



# RAPPORT ANNUEL

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

**2018-2019**

## **Auteur**

Marion Carrière, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

## **Planification et coordination**

Sylvie Marchand, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

## **Vérification des données et mise en page**

Jocelyn Cossette, technicien en administration

## **Source des données**

Système d'information sur la gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

Déposé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais et adopté le 17 juin 2019

Adopté au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 20 juin 2019

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Cette publication sera disponible sur le site internet du CISSS de l'Outaouais après son adoption à l'Assemblée nationale: [www.ciasss-outaouais.gouv.qc.ca](http://www.ciasss-outaouais.gouv.qc.ca)

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

ISBN : À venir (version imprimée)

ISBN : À venir (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2019

© CISSS de l'Outaouais, 2019

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Liste des sigles, tableaux et graphiques</b> .....	1
<b>Mot de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services</b> .....	3
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
Introduction .....	7
Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales .....	7
Pouvoir et fonction du commissaire et commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services .....	7
Statut .....	8
La mission, la vision et les valeurs organisationnelles .....	8
Les principes directeurs de l'équipe du commissaire .....	8
Clientèle desservies .....	9
Guichet d'accès .....	9
<b>PARTIE 1</b>	
<b>Rapport des commissaires aux plaintes et à la qualité des services</b> .....	11
1.1 Les faits saillants au cours de l'exercice 2018-2019 .....	13
1.2 Bilan des dossiers de plaintes .....	14
Plaintes par mission et installations .....	15
Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et services .....	16
Sujets de plainte récurrents pour l'année 2018-2019 .....	19
Délai de traitement des dossiers de plaintes .....	20
1.3 Bilan des dossiers d'interventions .....	22
Évolution des dossiers d'intervention .....	22
Interventions selon la mission .....	23
Motifs d'intervention .....	23
1.4 Bilan des plaintes analysées par le Protecteur du citoyen en deuxième instance .....	25
1.5 Bilan des dossiers provenant du CAAP .....	26
1.6 Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires .....	26
1.7 Bilan des dossiers de Maltraitance .....	26
1.8 Bilan des dossiers traités selon le Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH) .....	27
1.9 Bilan des recommandations des commissaires et du Protecteur du citoyen .....	27
1.10 Bilan des demandes d'assistances .....	28
1.11 Bilan des consultations .....	29
1.12 Bilan des autres fonctions et autres responsabilités légales des commissaires .....	30
<b>PARTIE 2</b>	
<b>Conclusion et objectifs 2019-2020 des commissaires</b> .....	35
<b>Annexes</b> .....	37
Annexe 1 : Informations complémentaires .....	39
Annexe 2 : Cheminement d'une plainte .....	41
Annexe 3 : Liste des droits des usagers .....	42
Annexe 4 : Recommandations des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services .....	43
Annexe 5 : Portrait global de la région et du CISSS de l'Outaouais .....	46
<b>PARTIE 3</b>	
<b>Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais</b> .....	49
3.1 Préambule .....	51
3.2 Traitement des plaintes du 1 <sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019 .....	53
Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen .....	53
Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission .....	53

État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires .....	54
État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif .....	54
État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen .....	55
Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen .....	56
3.3 Recommandations faites en 2018-2019 .....	56
3.4 Conclusions pour l'année 2018-2019 .....	57
3.5 Objectifs pour l'année 2019-2020 .....	58

#### **PARTIE 4**

<b>Rapport du comité de révision</b> .....	59
4.1 Mandat et responsabilités .....	61
4.2 Composition du comité de révision des plaintes médicales .....	61
4.3 Bilan des dossiers reçus en 2018-2019 .....	62
État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen .....	63
4.4 Conclusions et objectifs pour l'année 2019-2020 .....	63

## Liste des sigles ou acronymes

<b>APPR</b>	Agent de planification, programmation et de recherche
<b>CAAP</b>	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
<b>CHSGS</b>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHSP</b>	Centre hospitalier de soins psychiatriques
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CISSSO</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<b>CPQS</b>	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
<b>CVQ</b>	Comité de vigilance et de la qualité
<b>LPJ</b>	Loi de la protection de la jeunesse
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MDPR</b>	Médecin, dentiste, pharmacien ou un résident
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OC</b>	Organisme communautaire
<b>RI</b>	Résidence intermédiaire
<b>RPA</b>	Résidence pour personnes âgées
<b>RTF</b>	Résidence de type familial
<b>SIGPAQS</b>	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services

## Liste des graphiques

### Rapport annuel des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

Graphique 1.	Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2018-2019	13
Graphique 2.	Évolution du nombre de dossiers reçus depuis la création du CISSS	14
Graphique 3.	Répartition des plaintes conclues selon la mission	15
Graphique 4.	Motifs de plaintes par catégories	16
Graphique 5.	Évolution des motifs de plaintes par catégories	17
Graphique 6.	Évolution des interventions depuis la création du CISSS	22
Graphique 7.	Motifs de plaintes pour les interventions conclues pendant l'exercice	24
Graphique 8.	Évolution des motifs d'interventions depuis la création du CISSS	24
Graphique 9.	Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen	25
Graphique 10.	Évolution du nombre d'assistance depuis la création du CISSS	28
Graphique 11.	Évolution du nombre d'assistance par motif depuis la création du CISSS	29
Graphique 12.	Évolution du nombre de consultations depuis la création du CISSS	30

## Liste des tableaux

### Rapport annuel des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

Tableau 1.	Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen	14
Tableau 2.	Portée de la portée des mesures correctives des dossiers conclus	17
Tableau 3.	Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2018-2019	21
Tableau 4.	Évolution des dossiers d'intervention	22
Tableau 5.	Portrait des interventions selon la mission	23
Tableau 6.	Bilan des motifs de plaintes pour les dossiers conclus par le PDC	25
Tableau 7.	Bilan des recommandations émises par les commissaires	27
Tableau 8.	Bilan des recommandations émises par le Protecteur du Citoyen	28
Tableau 9.	Autres fonctions des commissaires	32

**Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais**

Tableau 10.	Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen .....	53
Tableau 11.	Bilan des dossiers de plainte médicales selon l'étape de l'examen et la mission .....	53
Tableau 12.	Dossiers médicaux transmis pour étude à des fins disciplinaires .....	54
Tableau 13.	État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif .....	54
Tableau 14.	Délai d'examen .....	55
Tableau 15.	Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen .....	56

**Rapport du comité de révision**

Tableau 16.	Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers .....	62
Tableau 17.	Délai d'examen .....	63

## Mot de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services



À titre de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services 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 CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, 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 et se veut un rapport quantitatif ainsi qu'un outil d'information et de renseignements sur le régime d'examen des plaintes.

Tout au long de l'année, les commissaires et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 1689 dossiers qui sont passés par les commissaires, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, d'intervention, de consultation et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais du système d'information des plaintes et de la qualité des services (SIGPAQS).

Au cours de cette année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir avec rigueur et célérité, un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants.

Le travail qu'effectue l'équipe des commissaires aux plaintes et de la qualité des services est un travail qui implique la collaboration du personnel,

des gestionnaires et directeurs du CISSS et je me dois de souligner leur excellente participation lors de l'analyse des dossiers. 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.

Malgré la crainte que peuvent avoir certains usagers de déposer une plainte formelle, je suis rassurée de constater que la perception qui y est rattachée a beaucoup évolué, les différents acteurs du réseau perçoivent les plaintes comme des occasions d'améliorer la qualité des soins et services et c'est dans cet esprit que la recherche de solutions et l'analyse des dossiers s'effectue. Les usagers sont les personnes qui vivent les expériences clients et leur rétroaction eu égard à la qualité des services reçus est primordiale pour travailler à l'amélioration continue de la qualité des services. Je dois également préciser que l'exercice de mes fonctions me permet de constater le dévouement et l'engagement dont fait preuve le personnel et les différents intervenants du réseau, au quotidien.

Vous trouverez dans les pages suivantes le détail des plaintes, des interventions, des demandes d'assistance et des consultations reçues par l'équipe des commissaires 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.



Marion Carrière

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais



## INTRODUCTION





## Introduction

Le présent rapport a pour objectif premier de renseigner la population concernant toutes les activités rattachées au régime d'examen des plaintes et de la qualité des services. Par ailleurs, le respect de l'application de la procédure d'examen des plaintes est une obligation de chaque conseil d'administration d'établissement.

Ce rapport comprend principalement le bilan des activités des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, celui des médecins examinateurs et du comité de révision.

En support à la réalisation de ce rapport, nous utilisons le système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Ce système permet une gestion intégrée et rapide des activités reliées à l'examen des plaintes formulées par les usagers.

## Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

### Pouvoir et fonctions du commissaire et commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)

La *Loi sur les usagers en matière de santé et de services sociaux* dicte les fonctions qui guident l'ensemble des services offerts par le CPQS.

Les pouvoirs du CPQS se résument en un **pouvoir d'examen**, de **recommandation** et **d'intervention**. Son pouvoir d'examen lui permet de consulter toute personne et d'accéder à tous les renseignements et documents qu'exige l'examen de la plainte ou la conduite d'une intervention. Son pouvoir de recommandation lui permet, au terme d'une analyse, de faire des recommandations au conseil d'administration ou la plus haute autorité visée par la recommandation. Son pouvoir d'intervention lui permet d'intervenir de sa propre initiative ou sur signalement lorsqu'il a des motifs de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés.

#### Les fonctions obligatoires du CPQS (art. 33 LSSSS) :

- **Applique la procédure d'examen des plaintes** dans le respect des droits des usagers ;
- **Recommande** au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, au besoin ;
- **Assure la promotion de l'indépendance** de son rôle pour l'établissement, diffuse de l'information sur les droits et les obligations des usagers, sur le code d'éthique et sur la promotion du régime d'examen des plaintes ;
- **Prête assistance** ou s'assure que soit prêtée assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte ;
- **Examine** avec diligence **toute plainte** d'un usager, dès sa réception et informe l'utilisateur au plus tard dans les 45 jours, des conclusions motivées auxquelles il est arrivé ;
- **En cours d'examen, lorsqu'une pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire**, il en saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement, ou le cas échéant, la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour l'étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu ;
- **Intervient de sa propre initiative** lorsque des faits sont portés à son attention concernant le non-respect des droits des usagers et le cas échéant, fait rapport et **recommande** toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leur droit, au conseil d'administration et à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement concerné, ou selon le cas, la plus haute autorité d'un organisme ou société ;

- **Donne son avis** sur toute question de sa compétence qui lui est soumise par tout conseil ou comité créé par lui ou de l'établissement ;
- **Dresse au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ces activités**, accompagné s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits ;
- **Prépare et présente** au CA, pour approbation, **un rapport annuel**, qui inclut un bilan des activités ainsi que le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

La Loi prévoit qu'un comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du CPQS ou celles du Protecteur du Citoyen en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

## Statut

Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est une entité indépendante, sans parti pris, nommé par le conseil d'administration (CA) du CISSS de l'Outaouais et qui relève de ce conseil. Le CA doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du CPQS.

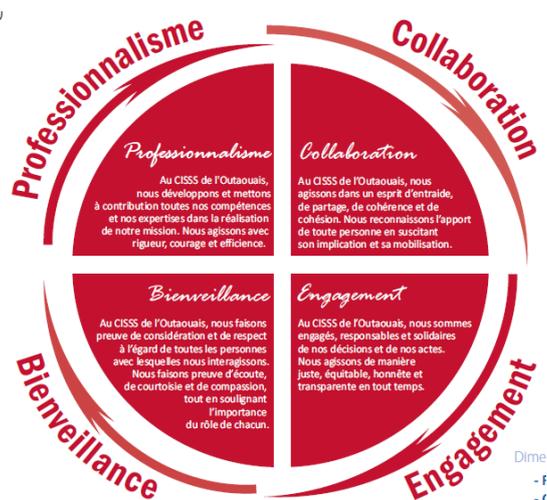
Le CPQS et les membres de son bureau ne peuvent être poursuivis en justice en raison d'omissions ou d'actes accomplis de bonne foi dans le cadre de leurs fonctions liées au régime d'examen des plaintes.

## La mission et les valeurs organisationnelles

Le bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) veille au respect des droits des usagers, au traitement diligent de leur plainte et ainsi participe à l'amélioration de la qualité et de l'intégrité de l'organisation.

Ce faisant, les actions du CPQS visent la mise en œuvre de mesures correctives ou d'amélioration continue dont certaines ont une portée systémique.

Pour la réalisation de la mission, les membres de l'équipe s'inspirent, entre autres, des valeurs organisationnelles du CISSS de l'Outaouais dont la collaboration, l'engagement, le professionnalisme et la bienveillance.



## Les principes directeurs de l'équipe du Commissaire

Depuis la restructuration du réseau, les commissaires et médecins examinateurs sont soutenus par une équipe pour être en mesure de répondre aux demandes des usagers.

Notre équipe adhère au principe d'amélioration continue en révisant régulièrement ses processus et ses partenariats pour atteindre, avec rigueur, une plus grande qualité de services.

Lors de chacune de ses actions, elle applique les principes suivants : respect, intégrité, transparence et éthique puisque ce sont des éléments essentiels pour faire la différence, avoir un impact significatif et maintenir un lien de confiance tant auprès des usagers, des partenaires internes et externes que de la population.

## Les clientèles desservies

La principale clientèle visée par les services offerts par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est toute personne qui estime être lésée dans ses droits en tant qu'utilisateur ou qui est insatisfaite d'un service ou des soins qu'il a reçus, aurait dû recevoir ou reçoit :

- D'une installation du CISSS de l'Outaouais ;
- D'une ressource intermédiaire ou de type familial ;
- De tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente pour la prestation de ces services (art. 34 LSSSS).

De même, peut s'adresser au CPQS toute personne qui :

- Est témoin ou a connaissance du fait que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs n'ont pas été respectés ;
- Veut signaler un cas de maltraitance ;
- Veut consulter le CPQS.

## Guichet d'accès

Le guichet d'accès pour nos services est bilingue, multimodal et permet aux clientèles desservies de déposer des informations et des documents à un point d'entrée unique. À l'entrée du guichet, une analyse de la recevabilité est faite selon les critères prévus à la LSSSS. Ainsi, le CPQS peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire, faite de mauvaise foi ou hors du champ de sa compétence (art. 35 LSSSS). Une évaluation globale de la demande est réalisée afin de déterminer l'examen requis, d'établir le niveau de priorité, de l'assigner à la bonne personne et d'établir l'échéancier pour émettre nos conclusions.

Nos services en personne ou au téléphone sont accessibles du lundi au vendredi, de 8h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00, sauf les jours fériés.

**Formulaire Web :** [ciss-ouataouais.gouv.qc.ca](http://ciss-ouataouais.gouv.qc.ca) / La voix de l'utilisateur / Faire une plainte

**Courriel :** [commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca)

**Téléphone/télécopieur :** Local : 819 771-4179 Sans frais : 1-844 771-4179

Télécopie : 819 771-7611

**Courrier/en personne :** Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
105, boul. Sacré-Cœur  
Gatineau (Québec) J8X 1C5



Les membres de notre équipe se déplacent dans les centres d'hébergement et dans les autres installations sur demande ou lorsque nécessaire.

## Droit de réserve

Il importe de préciser que ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel SIGPAQS (système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services). Cette application assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques sur les plaintes des différents établissements du réseau de la santé. La commissaire se garde une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport.



# Partie 1

## Rapport des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

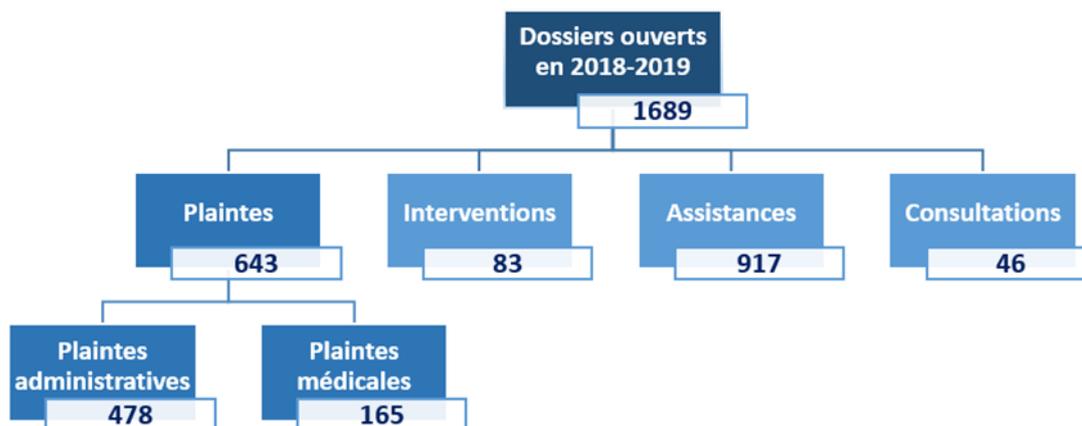




## 1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2018-2019

Tout au long de l'année, les commissaires et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 1689 dossiers qui sont passés par le bureau des commissaires au cours de l'exercice 2018-2019, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, d'intervention, de consultation et des plaintes de nature médicale.

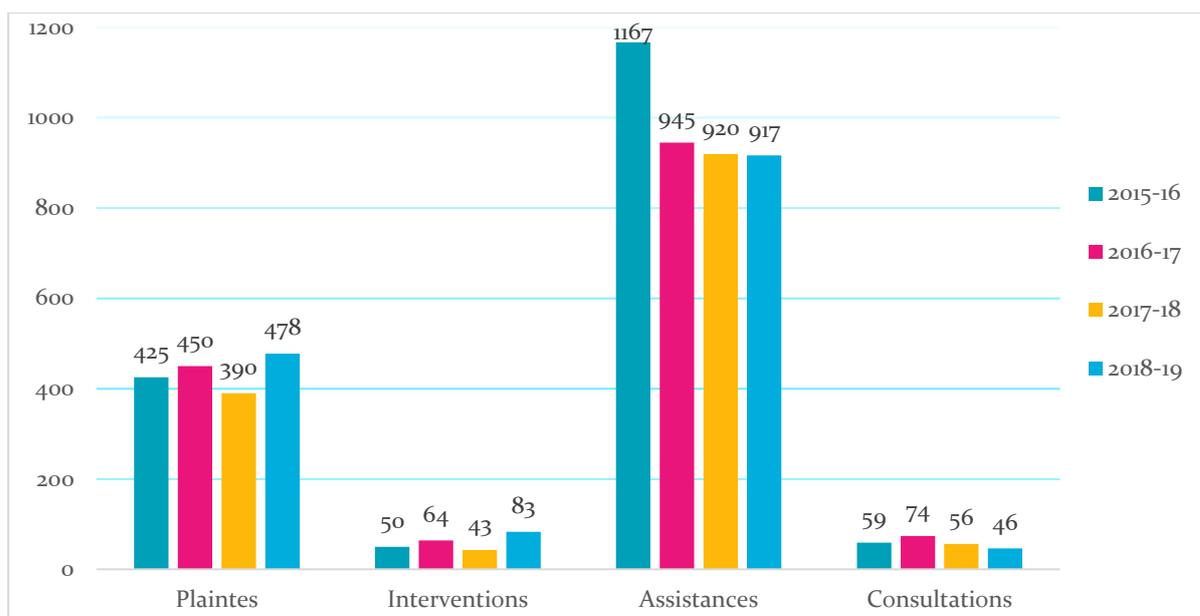
Le bureau du Commissaire a débuté l'année 2018-19 avec seulement 50 % de ses ressources humaines, ce qui a eu un impact direct sur le respect du délai de réponse aux usagers. Au mois d'octobre, tous les postes furent comblés.



Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type, pour l'exercice 2018-2019

Nous avons débuté l'année 2018-19 avec 186 dossiers de plaintes provenant de l'exercice 2017-18 et nous avons reçus 478 nouveaux dossiers de plainte au cours de l'année 2018-19, pour un total de 664 dossiers. Puis, de ces 664 dossiers de plaintes, 627 ont été conclus en 2018-19, soit 94 %.

- 478 plaintes administratives, soit une augmentation de 23 % comparativement à l'année précédente et une augmentation de 6 % par rapport à 2016-17; il s'agit du nombre de plaintes le plus élevé depuis la création du CISSS de l'Outaouais en 2015;
  - 52,2 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 16,7 % pour l'année 2017-18, ce qui représente une amélioration significative. Par contre, au 30 janvier 2019, après avoir réussi à récupérer les retards dans le traitement des plaintes 2016-17 et 2017-18 (ad janvier 19), les délais de 45 jours sont respectés pour plus de 74 % des plaintes;
  - 21 dossiers de plaintes et 2 interventions ont été acheminés en deuxième instance au Protecteur du citoyen, similaire à l'année précédente.
- 165 plaintes médicales transmises aux médecins examinateurs, comparativement à 202 en 2017-2018, soit 18 % de moins;
  - 15 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au comité de révision;
- 83 dossiers d'intervention, soit une augmentation de 52 % par rapport à l'année précédente;
- 917 demandes d'assistance soit pour de l'aide à la formulation d'une plainte ou concernant l'accessibilité à un soin ou un service, démontrant une stabilité par rapport à l'année précédente;
- 46 demandes de consultation référant notamment à des demandes d'avis sur l'application du régime d'examen des plaintes et sur les droits des usagers, soit une diminution de 18 % par rapport à l'année précédente;



Graphique 2. Évolution du nombre de dossiers reçus depuis la création du CISSS

## 1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

Au cours de l'année 2018-2019, 627 plaintes ont été conclues au cours de l'exercice puisque 186 dossiers étaient encore en cours au début de l'exercice (transférées de l'exercice 2017-2018), nous en avons reçu 478 au cours de l'exercice et il nous en restait 37 en cours d'examen à la fin de l'exercice 2018-2019. Ce sont 21 dossiers qui ont été transmis au Protecteur du Citoyen.

68 % de ces plaintes nous ont été soumises par des usagers, 31 % par des représentants et 1 % par des tiers. Par cet apport, la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de 524 mesures correctives tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires.

Concernant les plaintes reçues et analysées par les commissaires, il y a eu une augmentation de 23 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente.

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		Transmis au 2 <sup>e</sup> palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2018 - 2019	186	37	478	23	627	84	37	-80	21	-16
2017 - 2018	136	172	390	-13	340	-7	186	37	25	-31
2016 - 2017	50	163	450	6	364	-8	136	172	36	80
2015 - 2016	19	-76	425	-21	394	-34	50	163	20	11

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen

De l'analyse et du traitement des 627 dossiers de plaintes portés à l'attention du CPQS, 32 dossiers, soit 5,10 %, ont mené à la formulation de recommandations qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services, ce qui est le but du régime d'examen

des plaintes. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de veiller à s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3)

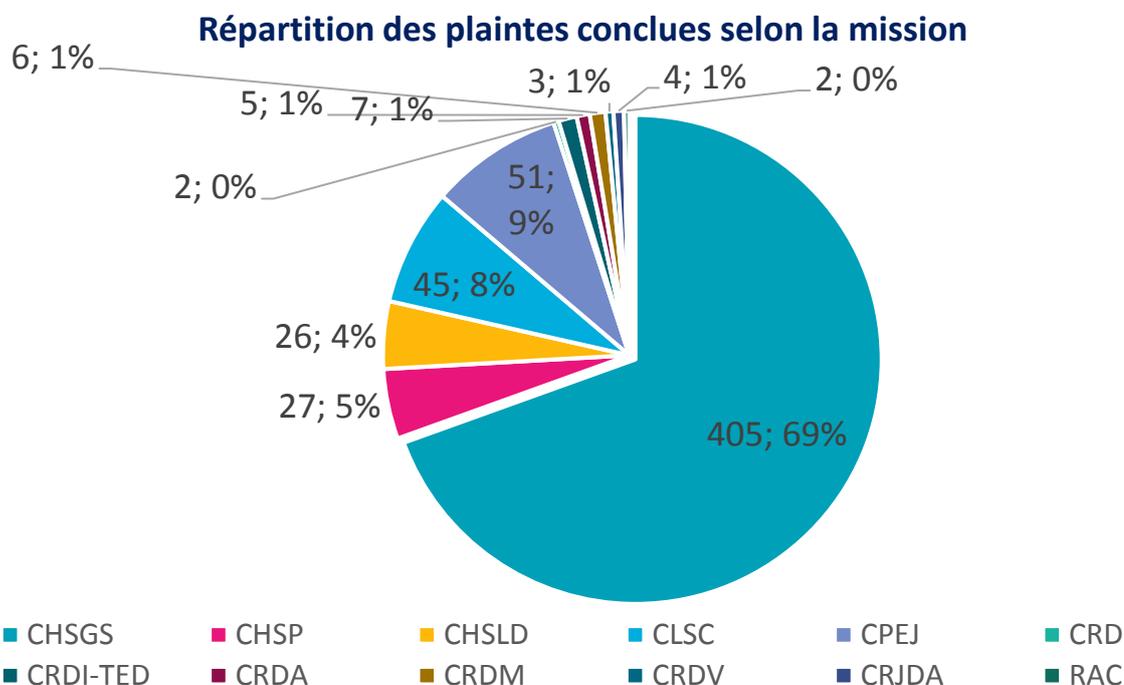
Il faut rappeler ici que le bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services encourage les intervenants et les responsables des services à gérer sur le terrain les insatisfactions au lieu de les référer immédiatement au régime d'examen des plaintes, qui est en fait le dernier recours dans l'organisation.

En ce qui concerne le recours au Protecteur du citoyen, 21 usagers ont utilisé ce recours de 2<sup>e</sup> instance en 2018-2019. Les plaintes transmises avaient 35 motifs dont 14 ont mené à des mesures.

### Plaintes par mission et installations

Des 627 plaintes conclues en 2018-2019, la répartition par mission est la suivante, pour un total de 583 plaintes dont la mission est connue:

- 69,47 % pour la mission CHSGS, soit 405 plaintes, dont 10 ont été transmises au PDC
- 4,63 % pour la mission CHSP, soit 27 plaintes
- 4,46 % pour la mission CHSLD, soit 26 plaintes, dont 1 a été transmise au PDC
- 7,72 % pour la mission CLSC, soit 45 plaintes, dont 1 a été transmise au PDC
- 8,75 % pour la mission CPEJ, soit 51 plaintes, dont 2 ont été transmises au PDC
- 0,34 % pour la mission CRD, soit 2 plaintes
- 1,2 % pour la mission CRDI-TED, soit 7 plaintes, dont 1 a été transmise au PDC
- 0,86 % pour la mission CRDA, soit 5 plaintes
- 1,03 % pour la mission CRDM, soit 6 plaintes, dont 2 ont été transmises au PDC
- 0,51 % pour la mission CRDV, soit 3 plaintes
- 0,69 % pour la mission CRJDA, soit 4 plaintes
- 0,34 % pour les RAC, soit 2 plaintes



Graphique 3. Répartition des plaintes conclues selon la mission

De ces missions, les installations les plus visées, (ayant reçus plus de 20 plaintes) par les plaintes conclues, pour un total de 73,84 % (463 plaintes) sont :

- Hôpital de Hull 26,95 % (169 plaintes) ;
- Hôpital de Gatineau 21,37 % (134 plaintes) ;
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 8,77 % (55 plaintes);
- Hôpital et CHSLD de Papineau 5,10 % (32 plaintes) ;
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 4,47 % (28 plaintes) ;
- Hôpital et CHSLD Mémorial de Wakefield 3,67 % (23 plaintes) ;
- RPA 3,51 % (22 plaintes).

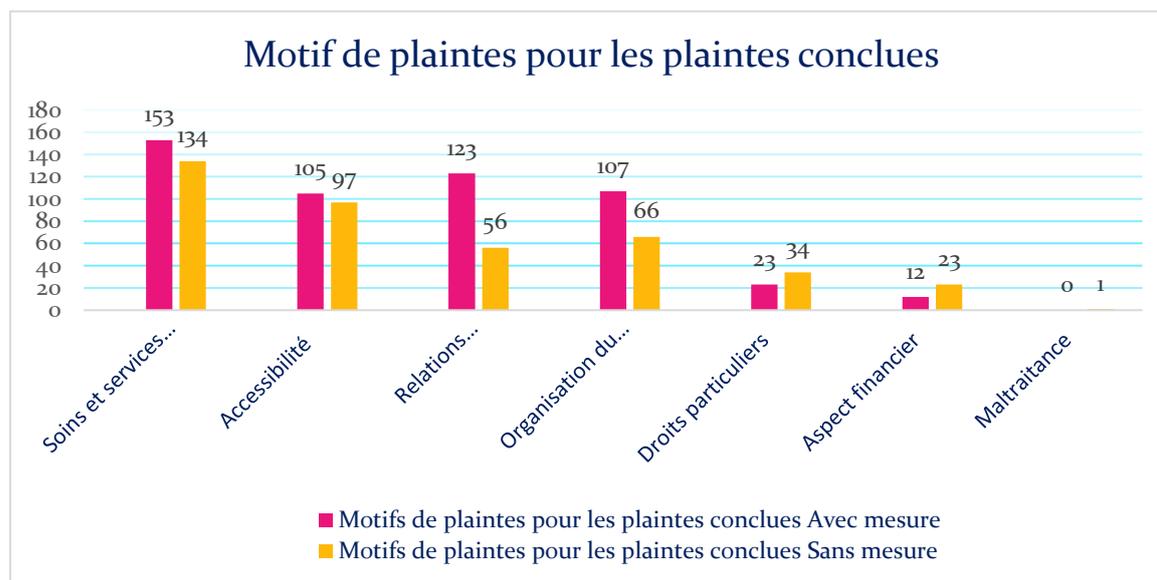
### Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services

Une fois les plaintes analysées, nous pouvons déterminer combien de motifs de plaintes nous sont soumis. Les 627 plaintes conclues visaient 934 motifs. De ces motifs :

- 524 ont mené à des mesures (56,10 %) donc ont conduit à la formulation de recommandations et à la mise en place de mesures correctives ;
- 410 n'ont pas mené à des mesures (43.9%).

Il faut savoir que les plaintes ne conduisent pas nécessairement à la mise en place de mesures correctives ou à la formulation de recommandations; elles peuvent être une opportunité pour préciser les services offerts, donner de l'information générale touchant le fonctionnement des services concernés ou bien expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment du traitement de la plainte.

Le tableau suivant nous permet de voir la tendance pour les catégories de motifs pour l'exercice 2018-2019.



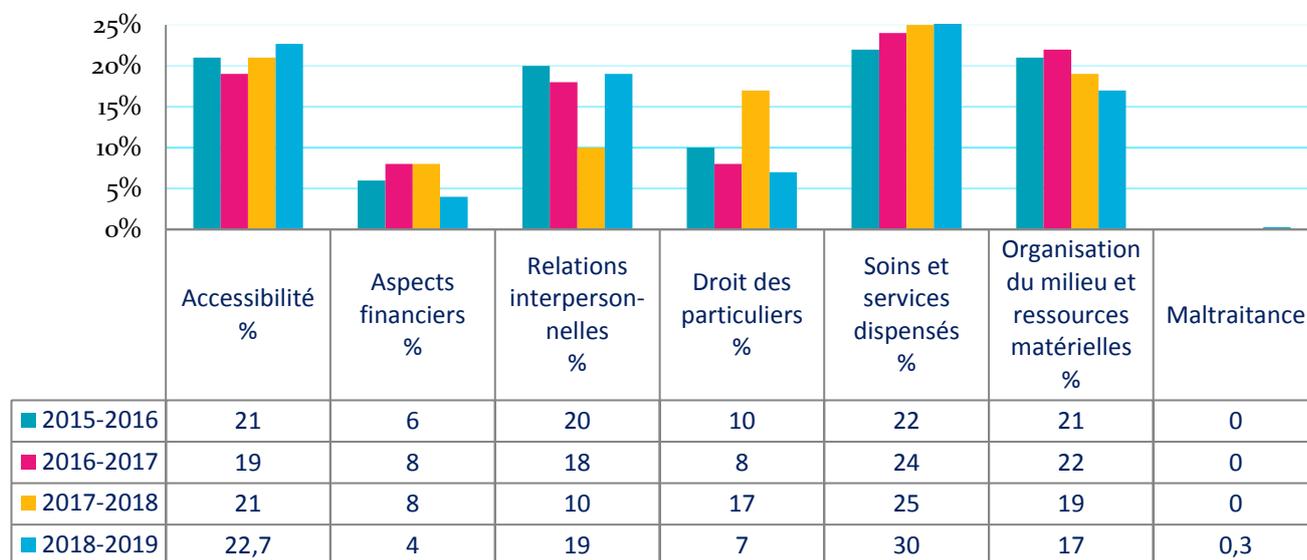
Graphique 4. Motifs de plaintes par catégories

La portée des mesures, lorsque connue, touche un individu ou a une portée systémique. Des 934 motifs de plaintes, nous avons la portée pour 881 de ceux-ci.

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique	Total
	%	%	%
Accessibilité	3,07	14,30	17,37
Aspect financier	1,02	1,59	2,61
Droits particuliers	1,02	3,41	4,43
Maltraitance	0,12	0,11	0,23
Organisation du milieu et ressources matérielles	2,04	14,76	16,80
Relations interpersonnelles	9,08	17,48	26,56
Soins et services dispensés	8,51	23,50	32,01
<b>Total</b>	<b>24,86</b>	<b>75,14</b>	<b>100,00</b>

Tableau 2. Portée de la portée des mesures correctives des dossiers conclus

À partir de l'extraction de données dans SIGPAQS, nous pouvons ventiler les principaux motifs de plaintes (ceux supérieurs à 2 %). Prendre note que ces données incluent les plaintes dont le traitement n'est pas complété à la fin de l'année, ce qui nous donne 934 motifs qui concernent les plaintes conclues.



Graphique 5. Évolution des motifs de plaintes par catégories

Une analyse plus fine des motifs nous donne ce portrait :

- Les soins et services dispensés (30 %) :
  - Compétence technique et professionnelle (habiletés techniques et professionnelles et respect du code des professions concernées)
  - Continuité (absence de suivi)
  - Respect de l'ordonnance

- L'accessibilité (22 %) :
  - Temps d'attente pour un rendez-vous
  - Absence de service ou de ressource
  - Temps d'attente pour obtenir un résultat
  - Triage à l'urgence
  - Liste d'attente
  - Report de chirurgie
  
- Les relations interpersonnelles (19 %) :
  - Communication / attitude: représente 65 % de ce motif (commentaires inappropriés, manque d'empathie, commentaires discriminatoires et attitude non-verbale inappropriée)
  - Respect et manque à l'égard de la personne (manque de politesse)
  
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (17 %) :
  - Absence de service ou de ressource
  - Sécurité informationnelle
  - Règles et procédures du milieu (respect des règles)
  - Stationnement
  - Hygiène et salubrité des lieux
  
- Droits particuliers (7 %) :
  - Accès au dossier de l'utilisateur (obtention d'un formulaire complété, refus d'accès) confidentialité)
  - Droits linguistique (accès aux services en langue anglaise)
  - Droit à l'information sur les droits et recours (autre que par le Commissaire)
  
- La maltraitance (Loi) (0,3 %)\* :
  - Organisationnelle: négligence (manque de soins et services)
  - Financière par un proche ou un tiers

\*Il s'agit de la première année pour les déclarations obligatoires en CHSLD ou pour les usagers sous tutelle/curatelle, ce qui explique le faible pourcentage de déclaration.

Nous pouvons observer une augmentation de 5 % pour les soins et services dispensés, ce qui semble très peu. Par contre, ce motif de plainte est en augmentation constante depuis les quatre dernières années. Les principaux constats qui ressortent de nos analyses sont les compétences techniques et professionnelles (64 %), les habiletés techniques et professionnelles (41 %) et le respect du code des professions concernées (23 %), l'absence de suivi (9 %) et le respect de l'ordonnance (5 %).

En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, nous notons une augmentation de 9 % dans la dernière année. Cinq demandes d'enquête à des fins disciplinaires ont été adressées à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques concernant les comportements et attitudes d'employés spécifiques ainsi que plusieurs mesures d'encadrement et de soutien ont été demandées aux gestionnaires à l'égard de comportements et d'attitudes inappropriés d'employés. À l'égard de l'accessibilité, les constats nous permettent de constater que la situation est statu quo, tandis que pour les droits particuliers des usagers, nous notons une diminution.

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 de tous.

### **Sujets de plainte récurrents pour l'année 2018-2019**

Certains sujets ont fait l'objet de plaintes récurrentes au CISSS de l'Outaouais au cours de la dernière année et des recommandations en ont découlées. En voici quelques-uns.

#### **➤ La qualité des soins et services**

Dans les deux dernières années, plusieurs recommandations ont été émises à l'égard du personnel de soins infirmiers concernant cet enjeu. Ces recommandations ont mené entre autres, à la révision de protocoles, d'outils cliniques, à de la formation du personnel et à l'élaboration de plans d'action dans le but d'assurer une meilleure prise en charge à l'égard de la qualité des soins et services, de l'évaluation clinique, de la tenue de dossier, de l'application des protocoles cliniques (contentions, opiacés, etc.) et de la procédure de déclaration des incidents/accidents.

Malgré toutes ces actions, de nombreuses insatisfactions sont toujours soulevées à l'égard des habiletés techniques et professionnelles des employés, particulièrement à l'égard du personnel de soins (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires), du manque de rigueur, du manque de surveillance, de l'application des procédures et protocoles, des suivis pour assurer la continuité des soins et du respect de l'ordonnance médicale. Nous demeurons préoccupés pour les usagers car les constats relevés suite à l'analyse de plaintes ou d'interventions continuent de démontrer que ces mêmes écarts persistent malgré les différentes mesures mises en place et que l'intégration des meilleures pratiques est difficile et n'assure pas une pérennité.

#### **➤ L'accessibilité**

Plusieurs assistances et plaintes ont été traitées par les commissaires à l'égard de l'accessibilité pour certains soins et services. Les trois secteurs où le nombre d'insatisfactions est le plus élevé sont l'imagerie, la chirurgie et les centres de prélèvement en CLSC et en périphérie.

Pour l'imagerie, les insatisfactions sont à l'égard des délais pour obtenir un rendez-vous et recevoir les résultats. Pour la chirurgie, l'insatisfaction majeure est le report de chirurgies. Pour les centres de prélèvements, les insatisfactions majeures sont le virage vers le sans rendez-vous, la capacité limitée des infirmières pour répondre à un grand volume de clientèle particulièrement lors d'achalandage élevé, ce qui a pour conséquence que les usagers se font dire régulièrement de revenir plus tard dans la journée ou le lendemain en leur indiquant que le quota est atteint. Certains usagers réussissent à avoir le service après 2 ou 3 tentatives sur 2-3 journées consécutives. De plus, les usagers font la file à l'extérieur pendant 1h00 à 1h30 avant l'ouverture, de peur de ne pas pouvoir recevoir le service. Puis, dû à la capacité qui semble limitée particulièrement en avant-midi, les heures d'ouverture ne sont pas respectées car les centres de prélèvement ferment aux usagers sans préavis et donc des usagers se présentent durant les heures d'ouverture mais en vain.

#### **➤ Les relations interpersonnelles**

De nombreuses insatisfactions ont été soulevées eu égard à l'attitude, au manque d'empathie et au manque de respect et de politesse de certains membres du personnel. Dans plusieurs cas, cela a mené à l'émission de recommandations allant de la sensibilisation d'employés à l'analyse

du dossier à des fins disciplinaires selon la gravité des allégations rapportées et la récurrence de ce type de plaintes à l'endroit de certaines personnes.

➤ **Les résidences pour personnes âgées (RPA)**

Plusieurs plaintes et signalements de tiers nous ont été rapportés à l'égard du non-respect des normes relatives à la certification par les exploitants ainsi que pour les soins et services. Des interventions ont été faites pour assurer la sécurité de la clientèle et la qualité des soins et services. D'ailleurs, des interventions sont toujours en cours à ces égards. Les éléments fréquemment soulevés sont liés à la qualité des soins et services, à l'absence de ces services et au manque de surveillance et de suivi.

➤ **Les urgences**

Malgré les différentes mesures mises en place pour améliorer les délais d'attente ainsi que la qualité des soins et services, les insatisfactions demeurent particulièrement pour les urgences des hôpitaux de Hull et Gatineau. Les éléments récurrents sont à l'égard du délai d'attente pour voir un médecin, la qualité de l'évaluation initiale et de la réévaluation faite par l'infirmière du triage incluant l'évaluation physique de l'utilisateur, l'évaluation de la douleur, la surveillance, la tenue de dossiers et les réévaluations des infirmières au triage qui respectent très rarement les délais requis par l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Un autre élément qui revient fréquemment est l'attitude des employés plus spécifiquement le manque de respect et le manque d'empathie.

### **Délai de traitement des dossiers de plaintes**

Le délai du traitement des plaintes consiste au temps écoulé entre la réception d'une plainte et l'envoi des conclusions à l'utilisateur avec ou sans recommandation. La LSSSS précise que, dans le délai légal de 45 jours de la réception de la plainte, la formulation des conclusions, incluant les recommandations, le cas échéant, doit être transmise à l'utilisateur. Lorsque le délai de traitement est dépassé, les commissaires aux plaintes et à la qualité des services avisent toujours l'utilisateur en lui envoyant un avis de prolongation de délai afin de l'informer des raisons sous-tendant le non-respect de la période de temps prévue pour le traitement de sa plainte et lui expliquer l'état de l'analyse de cette dernière ainsi que la possibilité de recourir sans attendre au Protecteur du citoyen.

Pour atteindre nos délais, l'attente du bureau du CPQS face à ses partenaires est :

- Une collaboration diligente de la direction du CISSS de l'Outaouais ou de l'autorité externe visée pour l'analyse de la plainte dans un délai de 10 jours suivant la réception de l'avis de plainte.
- Mettre en place les mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.
- Fournir tous les renseignements et tout document exigé, y compris ceux contenus dans le dossier de l'utilisateur.
- Assister à toute rencontre convoquée par le CPQS (art. 36 LSSSS).
- Répondre rapidement aux questions additionnelles du bureau du CPQS découlant de l'analyse de plainte.
- Déterminer les mesures correctives pour aborder les écarts.
- Collaborer lorsque des recommandations sont formulées, pour en discuter la faisabilité et l'échéancier.
- Mettre en place les actions retenues pour réaliser les recommandations.

- Transmettre une lettre au CPQS, une fois la recommandation réalisée, selon la procédure en vigueur.

Cette année, le délai de 45 jours a été respecté pour 327 des 627 dossiers de plainte conclus, soit dans 52,15 % des cas. Si nous retirons les 186 dossiers de plaintes que nous avons reportés en début d'année et que nous calculons à nouveau notre délai pour les plaintes reçues et conclues en cours d'exercice, nous avons rencontré le délai de 45 jours pour 74,35 % des plaintes.

Alors qu'en 2017-2018, le délai de traitement était de 16,7 %. La diminution notable de notre traitement est principalement due au mouvement de personnel dans la dernière année soit l'ajout de personnel professionnel et la dotation des postes vacants. L'autre élément important est la révision de nos processus (cartographie optimisée de notre trajectoire), la réorganisation du travail et la bonification des responsabilités des professionnels.

Dossiers conclus pendant l'exercice			Dossiers reçus et conclus pendant l'exercice		
Délai	Nombre	%	Délai	Nombre	%
Moins de 3 jours	73	11,64	Moins de 3 jours	73	16,40
4-15 jours	72	11,48	4-15 jours	73	16,40
16-30 jours	38	6,06	16-30 jours	39	8,76
31-45 jours	144	22,97	31-45 jours	146	32,81
Sous-total	<b>327</b>	<b>52,15</b>	Sous-total	<b>331</b>	<b>74,38</b>
46-60 jours	46	7,34	46-60 jours	45	10,11
61-90 jours	15	2,39	61-90 jours	14	3,15
91-180 jours	54	8,61	91-180 jours	28	6,29
181 jours et plus	185	29,51	181 jours et plus	27	6,07
Sous-total	300	47,85	Sous-total	114	25,62
Total	627	100,00	Total	445	100,00

Tableau 3. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2018-2019

### 1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTIONS

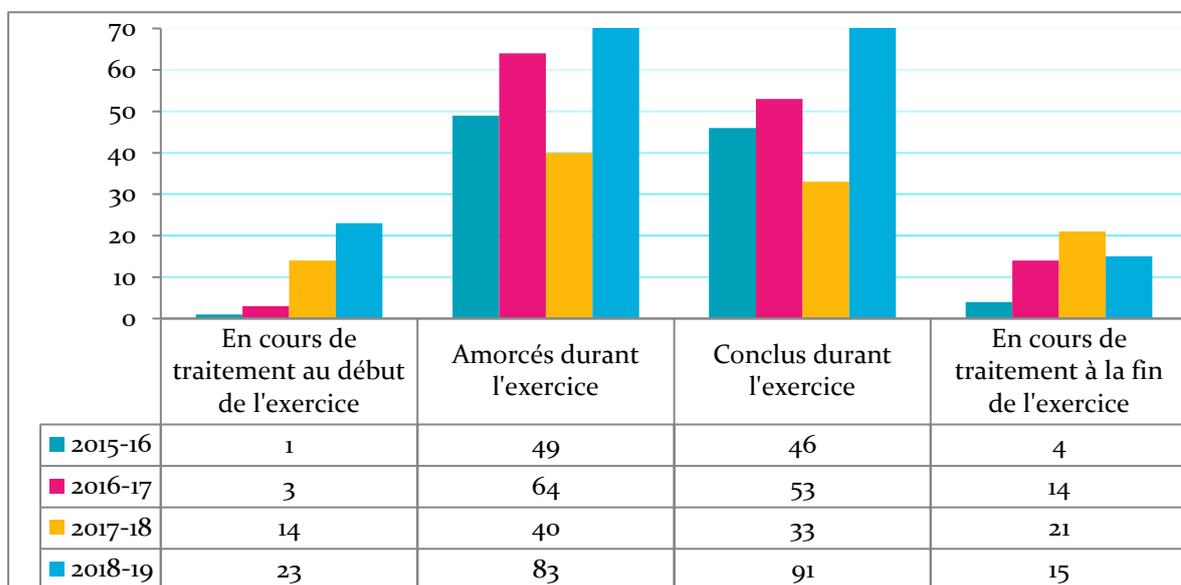
La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permet au Commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés.

Nous avons amorcé 83 interventions durant l'exercice et poursuivi les 23 dossiers en cours de traitement au début de l'exercice. Au final, ce sont 91 dossiers qui ont été conclus. Nous avons 15 dossiers en cours de traitement à la fin de l'exercice.

#### Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorçés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2018 - 2019	23	64	83	93	91	168	15	-35
2017 - 2018	14	367	43	-33	34	-36	23	64
2016 - 2017	3	50	64	28	53	8	14	367
2015 - 2016	1	0	49	-7	46	-9	4	50

Tableau 4. Évolution des dossiers d'intervention



Graphique 6. Évolution des interventions depuis la création du CISSS

## Interventions selon la mission

MISSION / CLASSE / TYPE	En cours de traitement au début de l'exercice	Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
		Nombre	%	Nombre	%	
<b>CH</b>						
CHSGS	10	38	61,29	41	59,42	7
CHSP	0	1	1,61	1	1,45	0
<b>CHSLD</b>	2	8	12,90	8	11,59	2
<b>CLSC</b>	1	3	4,84	4	5,80	0
<b>CPEJ</b>	2	8	12,90	10	14,49	0
<b>CR</b>						
CRDI-TED	1	3	4,84	4	5,80	0
<b>CRDP</b>						
CRDA	0	1	1,61	0	0,00	1
<b>RI</b>	1	0	0,00	1	1,45	0
<b>TOTAL</b>	17	62	100,00	69	100,00	10

Tableau 5. Portrait des interventions selon la mission

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 91 dossiers conclus :

- 6 sur constat du Commissaire, donc 6,59 %
- 85 sur signalement au Commissaire, donc 93,41 %

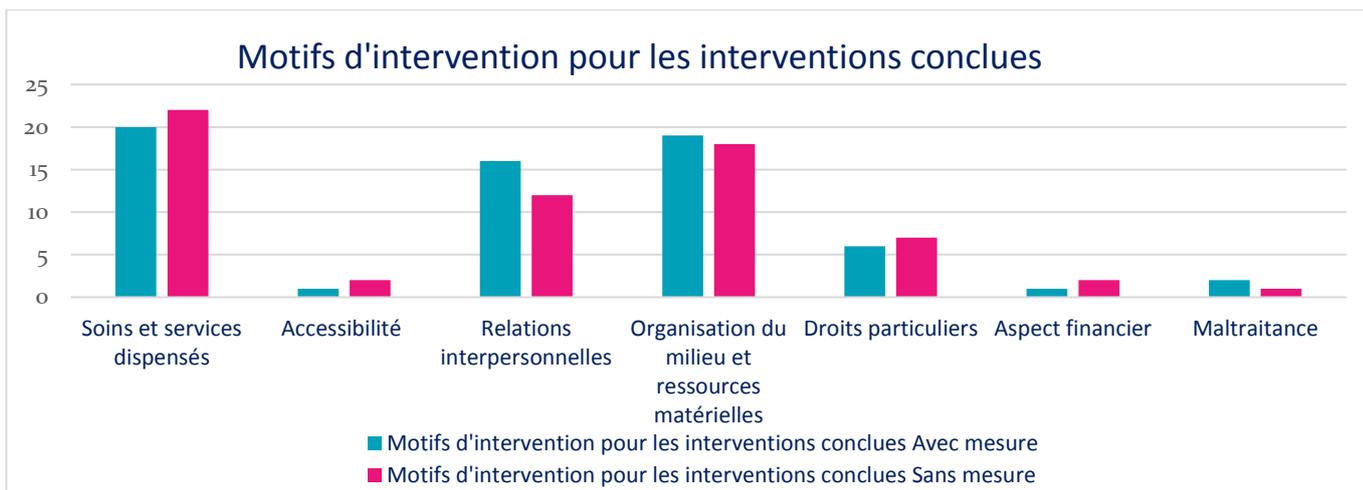
Les principales installations visées par les interventions sont sensiblement les mêmes que pour les plaintes pour un total de 67,03 % (61 interventions) :

- Hôpital de Hull 15,38 % (14 int.)
- Hôpital de Gatineau 13,19 % (12 int.)
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 10,90 % (10 int.)
- Hôpital et CHSLD de Papineau 5,49 % (5 int.)
- RPA 20,88 % (19 int.)

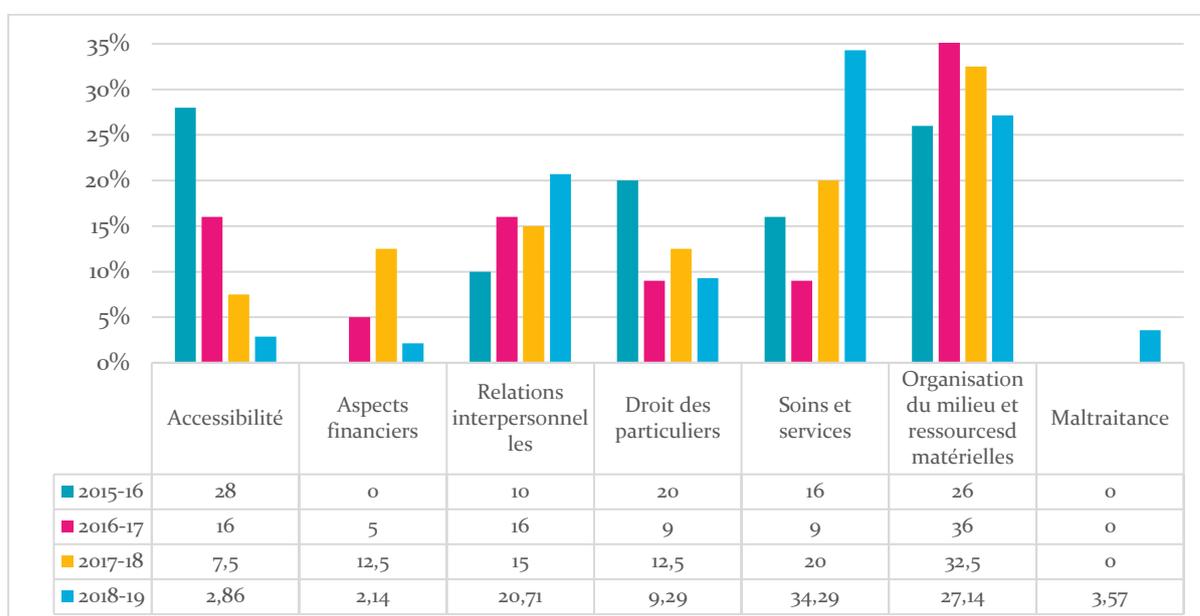
## Motifs d'intervention

Pour les 91 dossiers d'interventions nous avons 129 motifs dont 65 avec mesures et 64 sans mesures. Les principaux motifs d'interventions demeurent dans l'ordre :

- Manque d'habileté techniques et professionnelles (6,43 %)
- Commentaires inappropriés (4,29 %)
- Insuffisance de service ou de ressource (4,29 %)



Graphique 7. Motifs de plaintes pour les interventions conclues pendant l'exercice



Graphique 8. Évolution des motifs d'interventions depuis la création du CISSS

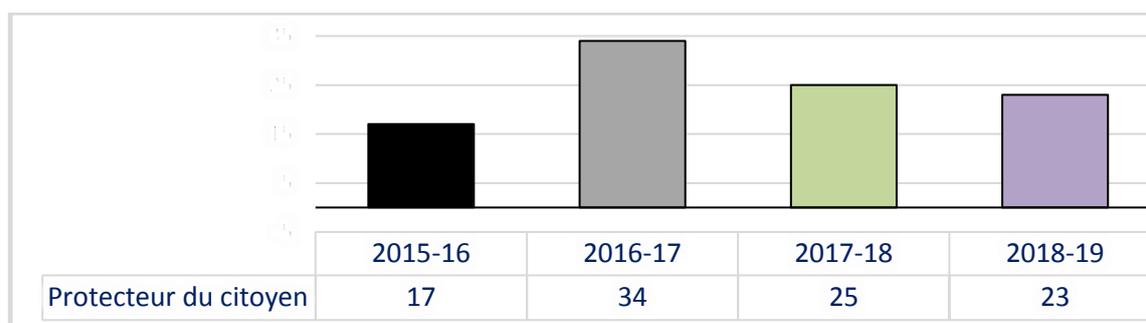
Le graphique 8 illustre que pour l'exercice 2018-2019 les interventions sont majoritairement liées aux soins et services (34,29 %) puis à l'organisation du milieu et ressources matérielles (27,14 %) et aux relations interpersonnelles (20,71 %). Notons que les motifs concernant les soins et services et les relations interpersonnelles sont également dominants dans les plaintes reçues. Nous observons une hausse de 14,29 % quant au motif lié aux soins et services et une hausse de 5,71 % pour le motif lié aux relations interpersonnelles. Ces constats nous permettent de constater que des enjeux communs ressortent car les éléments prédominants pour le motif sur les soins et services se situent au même niveau que ceux pour les plaintes, soient la compétence technique et professionnelle (habiletés techniques et professionnelles et respect du code des professions concernées) et continuité (absence de suivi). Puis, nous notons la prédominance des mêmes éléments que dans les plaintes pour le motif lié aux relations interpersonnelles, soient la communication / attitude (commentaires inappropriés, manque d'empathie, commentaires discriminatoires et attitude non-verbale inappropriée) et respect et manque à l'égard de la personne (manque de politesse).

À l'égard de la maltraitance (Loi), 5 interventions pour des résidents en CHSLD ont été faites suite à des signalements pour négligence physique (manque de soins) et pour abus financier. Ces signalements ont été faits dans le cadre de signalements obligatoires tel que stipulé par la Loi.

Nous notons cette année une augmentation des signalements dans les résidences pour personnes âgées (RPA) par des usagers, leurs proches ou par un tiers. Pour 2018-19, 25 % des interventions sont liées à des RPA comparativement à 17 % pour 2016-17 et 2017-18. Les éléments majeurs soulevés sont liés à la qualité des soins et services et à l'absence de ces services, au manque de surveillance et de suivi.

L'analyse de l'ensemble des dossiers d'intervention a donné lieu à 65 mesures correctives, soit 34 à portée systémique et 31 à portée individuelle. Les mesures à portée systémique émises visaient à adapter les soins et les services, à adapter le milieu et l'environnement, à adopter, réviser et appliquer des règles et procédures. Pour les mesures à portée individuelle, elles visaient à encadrer et à sensibiliser des intervenants sur de l'information à transmettre aux usagers.

#### 1.4 BILAN DES PLAINTES ANALYSÉES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE



Graphique 9. Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen

Le nombre de recours au Protecteur du citoyen est similaire à l'exercice précédent. Les recommandations du Protecteur du citoyen sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse des plaintes.

MOTIFS	Protecteur du citoyen	
	Nombre	%
Soins et services dispensés	14	36,84 %
Relations interpersonnelles	5	13,16 %
Droits particuliers	6	15,79 %
Aspect financier	3	7,89 %
Accessibilité aux soins et services	5	13,16 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	5	13,16 %
Maltraitance	0	0,00 %
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00 %</b>

Tableau 6. Bilan des motifs de plaintes pour les dossiers conclus par le PDC au cours de l'exercice 2018-2019

### **1.5 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP**

Au cours de l'exercice 2018-2019, sur les 643 plaintes reçues, autant administratives que médicales et les 77 signalements menant à une intervention, nous en avons reçu 150 du CAAP. Ce sont donc 20,8 % des usagers qui ont fait appel au Centre pour les assister dans la rédaction de leur plainte ou de leurs demandes d'intervention.

### **1.6 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES**

En cours d'examen lorsque la plainte concerne un employé non médecin, dentiste, pharmacien ou résident, nous devons informer et référer la situation à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques qui fera le lien avec le soutien à la pratique selon l'intervenant ciblé pour faire l'analyse et déterminer si des mesures disciplinaires doivent être prises à l'endroit du professionnel. Au besoin, le PDG (ou le directeur à qui l'activité est déléguée) doit en aviser par écrit l'ordre professionnel et le CPQS. (art. 39 LSSSS). Si le CA juge que la gravité de la plainte à l'endroit du professionnel le justifie, il la transmet à l'ordre professionnel concerné (art. 39 LSSSS).

Dans le cas d'un stagiaire, nous devons informer et référer la situation à la Direction de l'enseignement, relations universitaires et recherche, responsable des stages, qui fera le lien avec le soutien à la pratique selon l'intervenant ciblé et verra à faire des liens avec l'établissement d'enseignement.

Au cours de l'exercice 2018-2019, nous avons transmis 5 dossiers à des fins disciplinaires ou déontologiques, dont 3 ont mené à des mesures.

### **1.7 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS EN MALTRAITANCE**

Le projet de loi 115, sanctionné en mai 2017, a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés.

Cette loi confère au Commissaire aux plaintes la responsabilité de traiter les plaintes et signalements effectués dans le cadre de la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité*. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement fait de bonne foi.

Cette année, trois dossiers de plaintes pour maltraitance et 5 dossiers d'intervention ont été traités par les commissaires. Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate de ces dossiers.

## 1.8 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS SELON LE PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES (PAPH)

Le plan d'action à l'égard des personnes handicapées est un outil de planification exigé par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Il vise la mise en place de mesures concrètes afin de réduire les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées.

Cette année, sept plaintes ont été enregistrées à ce titre au bureau des Commissaires. Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate de ces dossiers.

Nous n'avons reçu aucune demande d'assistance ou d'intervention sur le sujet. Les motifs de plaintes reçues concernent particulièrement les difficultés d'accès physiques ou structurels à :

- des salles de toilette dans 3 secteurs différents ;
- l'adaptation d'une salle d'attente ;
- un mauvais fonctionnement des portes d'une entrée principale ;
- une plainte concerne le travail d'un interprète qui n'a pas été facilité dans une situation. Un rappel a été fait pour assurer que l'interprète et l'utilisateur aient toujours un contact visuel durant la consultation.

Les suivis demandés portent à parfaire la signalisation d'accès à des toilettes adaptées, s'assurer d'accommoder la clientèle, les informer, les accompagner et leur fournir du support lorsque nécessaire et de respecter l'accessibilité dans toutes les nouvelles rénovations et constructions. De plus, si une salle d'attente ne peut contenir que quelques chaises, assurer un service à la clientèle plus rapidement.

## 1.9 BILAN DES RECOMMANDATIONS DES COMMISSAIRES ET DU PROTECTEUR DU CITOYEN

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
52	38	51	39

Tableau 7. Bilan des recommandations émises par les commissaires pour l'exercice 2018-2019

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 qualité des soins et services et de favoriser le respect des droits des usagers.

En 2018-2019, les commissaires ont émis 38 recommandations alors que 52 recommandations émises dans les années antérieures 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, 51 recommandations ont été réalisées cette

année. Ainsi, 39 recommandations demeurent en suivi actif au début de l'année 2019-2020. Toutes ces recommandations font l'objet d'un suivi auprès du Comité de vigilance et de la qualité.

Ainsi, en 2018-2019, le Protecteur du citoyen a émis 18 recommandations à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures a mené à la réalisation de 34 d'entre elles. Deux recommandations sont à poursuivre en 2019-2020.

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
18	18	34	2

Tableau 8. Bilan des recommandations émises par le Protecteur du Citoyen pour l'exercice 2018-2019

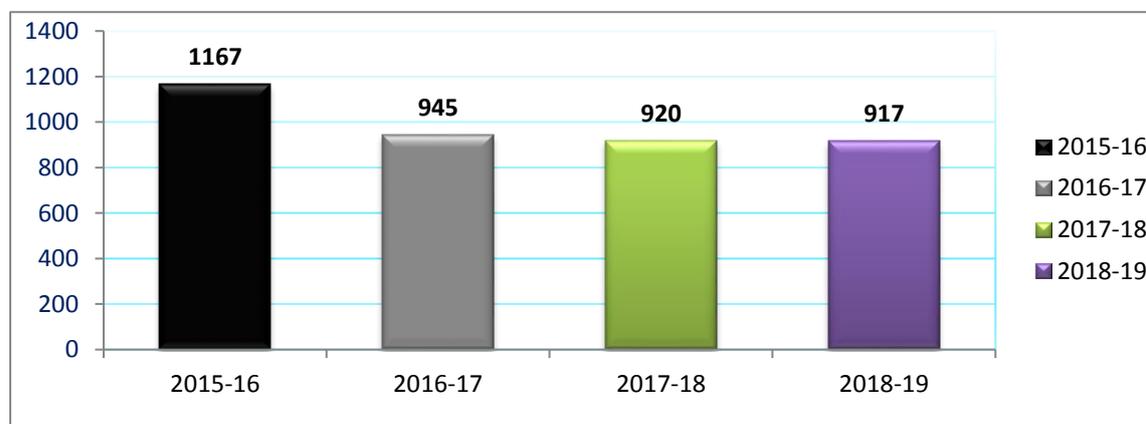
En 2019-2020, les directions impliquées dans la réalisation des recommandations des commissaires et du Protecteur du citoyen devront faire un effort pour respecter les échéanciers convenus avec ces derniers. Cette année, 28 % des recommandations des commissaires et du Protecteur du citoyen ont été réalisées avant ou selon l'échéancier fixé. 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.

#### 1.10 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCES

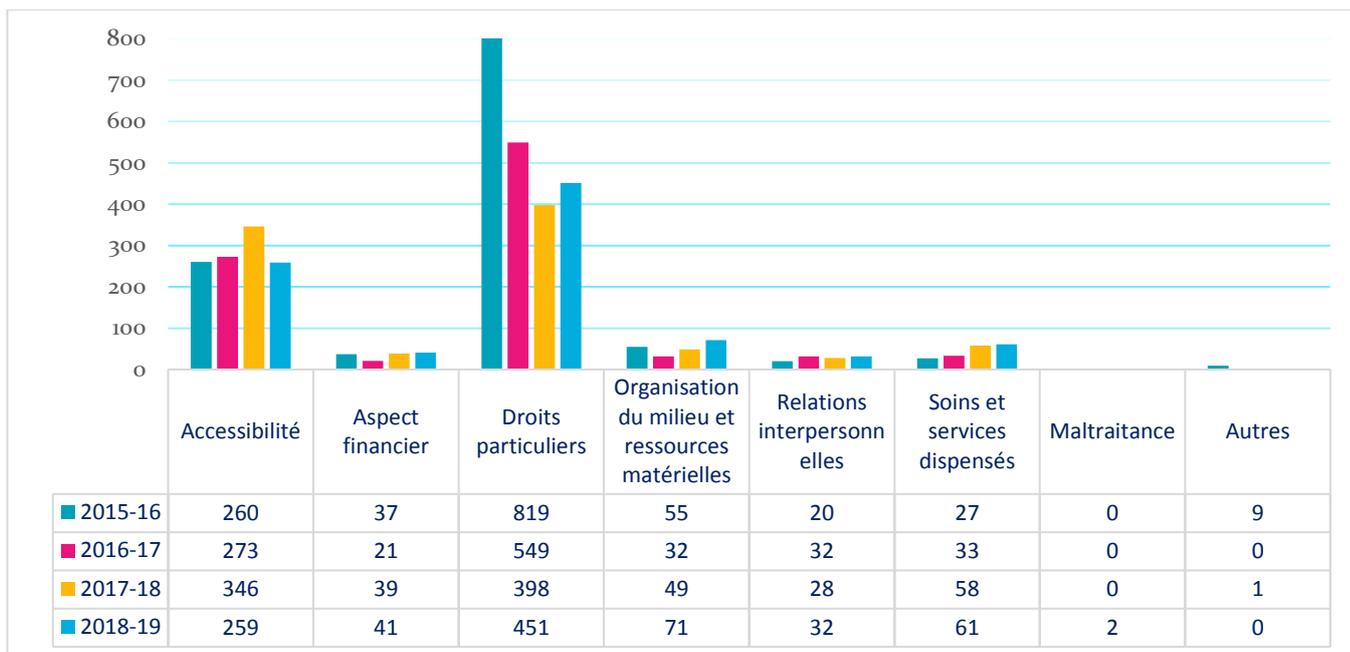
L'assistance est souvent le premier niveau d'agir des commissaires. Lorsqu'un usager nous demande de l'assister, tous les membres de notre équipe peuvent interpellier les gestionnaires concernés afin de résoudre l'insatisfaction exprimée.

Par ailleurs, grâce aux assistances, les usagers obtiennent une réponse rapide des membres du bureau du CPQS, la grande majorité par téléphone, à leurs insatisfactions exprimées, donnant souvent lieu à une correction immédiate de la situation (difficulté à rejoindre un service, diriger la demande au bon endroit, etc...).

L'attente à l'égard du partenaire est une collaboration et une implication rapides ainsi que la mise en place des mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.



Graphique 10. Évolution du nombre d'assistance depuis la création du CISSS



Graphique 11. Évolution du nombre d'assistance par motif depuis la création du CISSS

Le graphique 11 illustre que les assistances sont majoritairement liées aux droits particuliers (51 %) et à l'accessibilité (28 %). En fait, les usagers nous contactent régulièrement pour s'informer sur leurs droits et sur le régime de plainte et leur droit de recours incluant le volet médical, ce qui explique la proportion élevée pour ce motif. Quant au motif sur l'accessibilité, nous notons que ce motif présente une diminution de 25 % comparativement à l'an dernier. Cette diminution est attribuable aux mesures mises en place par l'organisation à l'égard de l'accès téléphonique à la clinique régionale d'orthopédie.

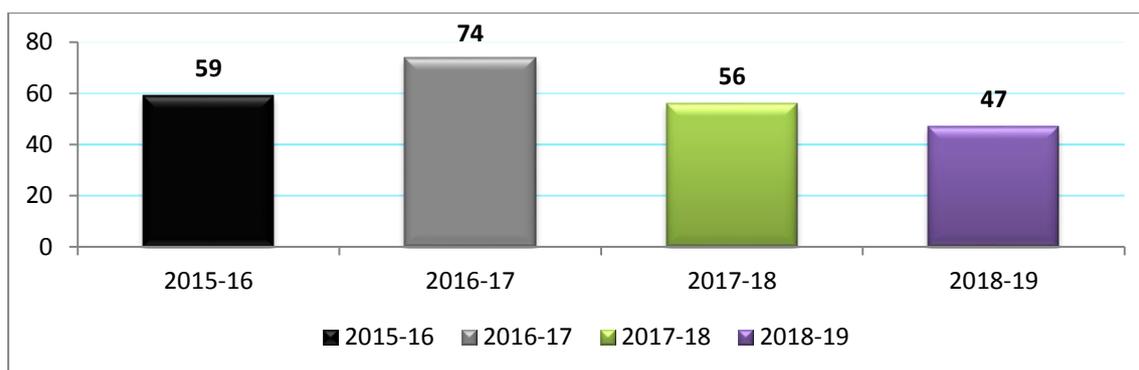
### 1.11 BILAN DES CONSULTATIONS

Les consultations sont des demandes formulées à l'endroit de l'équipe du CPQS en raison de son expertise portant sur les droits des usagers. Les commissaires traitent des demandes diverses formulées par des professionnels et des gestionnaires :

- dans le cadre du traitement d'un dossier ;
- en vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes et sur la promotion de celui-ci ;
- sur le respect des droits des usagers ;
- sur les préoccupations quant à la sécurité des soins et des services.

Lors de la formulation de recommandations aux directions, les commissaires consultent les directeurs dans le but d'en valider la faisabilité et l'échéancier afin de s'assurer de l'actualisation des dites recommandations.

Au cours de l'année 2018-19, les commissaires ont traités 47 demandes diverses formulées par des professionnels et des gestionnaires.



Graphique 12. Évolution du nombre de consultations depuis la création du CISSS

## 1.12 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DU CPQS

### Les participations statutaires de la CPQS

#### ➤ Engagement au niveau provincial

La CPQS est membre de l'exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser notamment l'échange d'expertise, le développement de la pratique, d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé. La Commissaire a participé au comité consultatif national sur la maltraitance matérielle et financière. L'organisation de rencontres pour l'ensemble des commissaires et commissaires adjoints pour des sessions d'information et discussion avec des invités-clés du ministère de la santé et services sociaux, incluant le secrétariat aux aînés, le Protecteur du Citoyen et le CAAP.

#### ➤ Comité de vigilance et de la qualité des services

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la CPQS présente les recommandations faites dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services et fait part aux membres des différents enjeux ou situations qui portent ou pourraient porter atteinte aux droits des usagers. Ces rencontres permettent aux membres de recevoir le bilan des différents dossiers traités par l'équipe de la commissaire.

#### ➤ Séances du conseil d'administration du CISSS

La CPQS utilise ce moment privilégié afin de dresser un bilan annuel de ses activités et répondre à tout questionnement relevant de sa compétence. La CPQS dépose un rapport annuel pour adoption.

### Les autres fonctions du CPQS

La Loi assigne d'autres fonctions au CPQS. Elles sont catégorisées sous l'appellation « autres fonctions du CPQS ». Ainsi, pour l'année 2018-2019, ces obligations ont généré la participation du Commissaire, du Commissaire adjoint à 78 activités diverses; celles-ci sont décrites au tableau 10.

Les démarches entreprises en 2018-2019 par la Commissaire et les membres de son équipe ont donné lieu à 51 actions portant sur la promotion du régime. Ces occasions ont permis d'expliquer la portée et les limites du mandat du commissaire à ses interlocuteurs. De plus, le bureau du CPQS profite de ces circonstances pour sensibiliser et informer ces personnes sur le respect des

droits des usagers. La promotion du régime favorise également une démarche proactive et préventive rejaillissant sur l'ensemble des usagers, de leurs proches ainsi que des professionnels qui côtoient les personnes nécessitant des services de santé.

Au cours de la dernière année, le CPQS et les membres de son équipe ont également établi des liens de confiance avec les différents gestionnaires du CISSS car l'amélioration des soins et des services est la priorité de tous.

Voici quelques activités effectuées afin de promouvoir et d'améliorer les services du bureau du Commissaire :

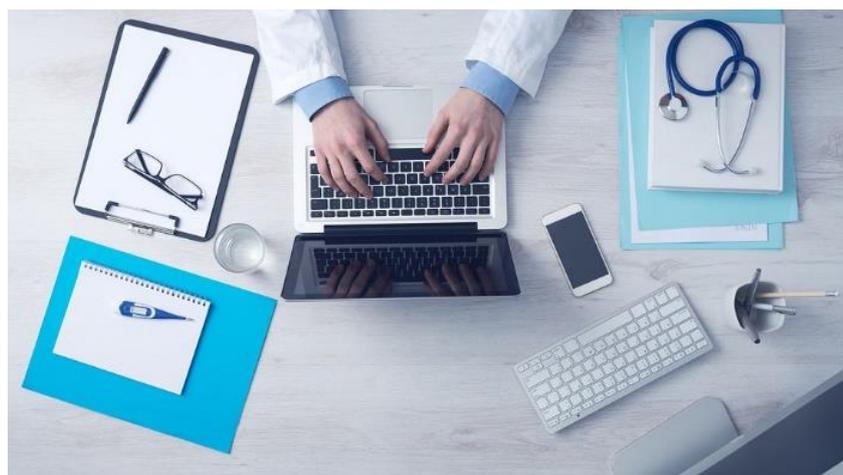
- Présence lors des comptes rendus des visites ministérielles en CHSLD ou autres.
- Participation aux assemblées générales annuelles des comités d'usagers et de résidents dans les différentes installations du CISSS.
- Participation aux rencontres de famille en CHSLD
- Tournées annuelles du CA sur les 5 territoires du CISSS
- Tournée des RPA avec la DQEPE afin de présenter le nouveau règlement pour la certification et le mandat, les fonctions ainsi que les attentes du Commissaire à l'égard des exploitants lors de la réception d'une plainte/intervention ainsi que la promotion sur le régime d'examen des plaintes, les droits et les responsabilités des usagers.
- Activités de promotion sur le régime d'examen des plaintes, les droits et les responsabilités des usagers dans les différentes installations du CISSS.
- Participation à des tables sectorielles, dont celle portant sur la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures vulnérables ainsi que sur le comité pour la gestion intégrée de la qualité.
- Parallèlement au traitement des plaintes, des rencontres avec les gestionnaires de certains secteurs d'activités pour discuter de situations problématiques, nous ont permis de lever des drapeaux rouges et d'adresser les constats mis en lumière aux directions, lesquelles ont porté des actions par la suite.
- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plaintes, d'interventions et d'assistance et des motifs à la direction générale pour les salles de pilotage
- Rencontre annuelle avec la directrice générale du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).
- Présence des commissaires aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise, le développement de la pratique et d'améliorer par le fait même, la qualité des interventions des commissaires;

<b>Autres fonctions du Commissaire</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Promotion / Information</b>		
Droits et obligations des usagers	13	16.67
Loi de lutte contre la maltraitance	12	15.38
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0	0.00
Régime et procédure d'examen des plaintes	26	33.33
<b>Sous-total</b>	<b>51</b>	<b>65.38</b>
<b>Communications au conseil d'administration (en séance)</b>		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	0	0.00
Attentes du conseil d'administration	1	1.28
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>1.28</b>
<b>Participation au comité de vigilance et de la qualité</b>		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	5	6.41
<b>Sous-total</b>	<b>5</b>	<b>6.41</b>
<b>Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes</b>		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	15	19.23
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	2	2.56
Soutien aux commissaires locaux	4	5.13
<b>Sous-total</b>	<b>21</b>	<b>26.92</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.00</b>

Tableau 9. Autres fonctions des commissaires

## Partie 2

# Conclusion et objectifs 2019-2020 des commissaires

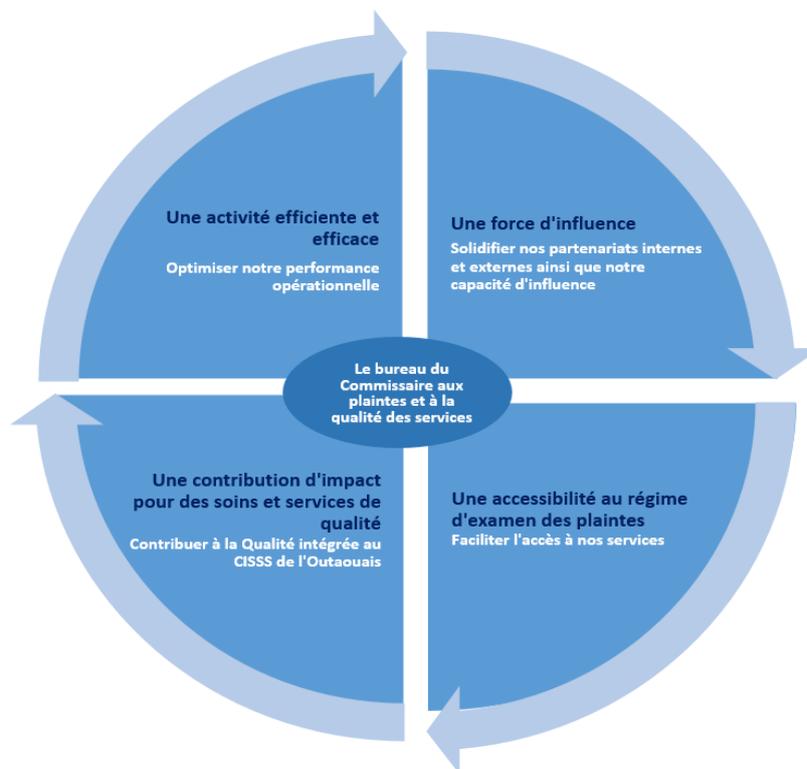




## CONCLUSION ET OBJECTIFS

### Objectifs 2019-2020 du bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Afin de remplir notre mission, voici nos objectifs pour l'exercice 2019-2020 :



### Enjeux et défis organisationnels

Nous sommes bien conscients que nous n'avons qu'une vision tronquée de la réalité. Nous pouvons seulement nous prononcer qu'à partir des demandes d'assistance, des plaintes et des signalements qui ont été déposés à notre bureau ainsi que sur les dossiers qui ont mené à l'émission des 38 recommandations du CPQS, des 7 des médecins examinateurs et des 18 du PDC.

Pour avoir une vision juste de la qualité et de la sécurité des soins et services donnés dans l'organisation, il faut mettre ensemble les éléments provenant de plusieurs sources : rapports des coroners, rapports des visites d'agrément, suivis des inspections faites par les ordres professionnels, poursuites judiciaires, analyse des AH-223, avis des conseils professionnels, recommandations du Protecteur du Citoyen, interventions et visites ministérielles, etc.

Le comité de vigilance est probablement, dans l'organisation, l'instance qui possède cette vue d'ensemble.

À partir des plaintes, des mesures prises par les gestionnaires et des recommandations émises par les commissaires, les enjeux de qualité les plus importants que nous pouvons cibler concernent les habiletés et compétences du personnel clinique. Intimement lié à ses enjeux, un défi majeur demeure soit la documentation adéquate des soins et services donnés ainsi que du processus de consentement. Un autre défi qui nuit à la relation de confiance réside dans les habiletés requises pour établir une relation interpersonnelle professionnelle.

L'examen des plaintes nous permet souvent de diagnostiquer un manque de communication à plusieurs niveaux : entre les intervenants et les usagers ou la famille, entre les intervenants d'une même équipe ou de plusieurs équipes et entre les intervenants et les médecins.

Le manque d'informatisation de la tenue de dossier nuit grandement à cette communication et à une documentation structurée des soins et services dispensés.

Un autre défi est le manque de connaissance des gestionnaires quant aux meilleures pratiques attendues de leur personnel. Un encadrement adéquat et compétent permet de rehausser la qualité et la sécurité des soins et des services. L'implication des équipes de soutien à la pratique est primordiale pour aiguiller les équipes vers les pratiques de pointe et innovante.

L'adoption prochaine d'une politique de gestion intégrée de la qualité des soins et des services est un levier important pour engager les équipes cliniques et autres dans la recherche de la qualité. Les commissaires ont à cœur cette démarche et participent activement aux travaux qui vont mener à cette politique.

## Annexes

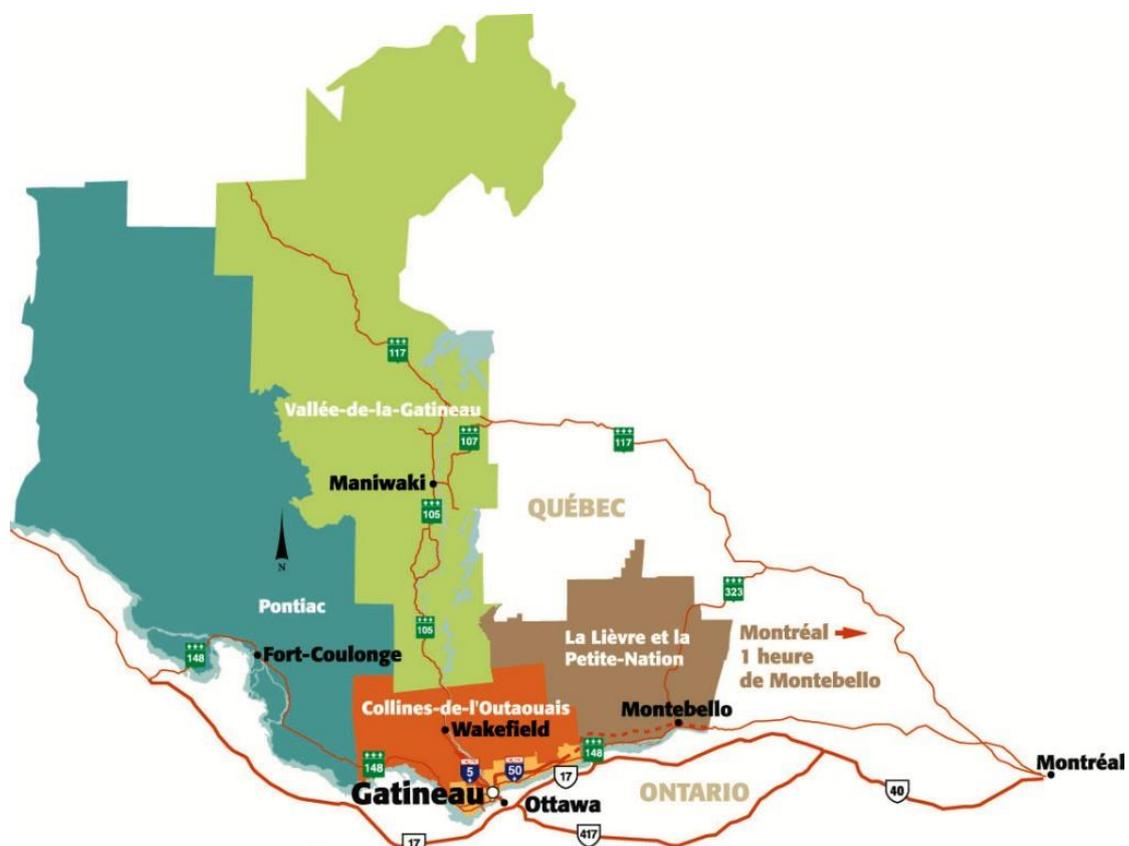
Annexe 1 : Informations complémentaires

Annexe 2 : Cheminement d'une plainte

Annexe 3 : Liste des droits des usagers

Annexe 4 : Recommandations des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

Annexe 5 : Portrait global de la région et du CISSS de l'Outaouais





## ANNEXE 1

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

#### Description sommaire des différents types de dossier

<b>Plainte</b>	Insatisfaction exprimée auprès du CPQS ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.
<b>Intervention</b>	Action effectuée, sur demande ou de sa propre initiative, par le CPQS, lorsqu'il est d'avis que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être compromis. Lorsqu'il s'agit d'une intervention, la demande peut provenir d'un usager qui désire préserver l'anonymat ou d'un tiers qui a constaté une situation et craint que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs soient compromis.
<b>Assistance</b>	Demande d'aide ou d'assistance formulée par un usager ou son représentant. Peut concerner l'accès à un soin ou un service, de l'information ou de l'aide dans les communications d'un usager avec un membre du personnel. Peut aussi concerner l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance, car le CPQS a l'obligation de prêter assistance ou de s'assurer que soit prêtée assistance à toute personne qui le requiert lorsque celle-ci formule une plainte.
<b>Consultation</b>	Demandes diverses formulées par des professionnels dans le cadre du traitement d'un dossier ou en vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes, la promotion de celui-ci et le respect des droits des usagers.
<b>Plainte médicale</b>	Insatisfaction exprimée auprès du CPQS, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou résident.

#### Terminologie

<b>Motifs</b>	Les motifs représentent les raisons de la demande exprimés par l'auteur. L'analyse des motifs de plaintes retenues ou abandonnées selon divers critères est quantifiée et peut donner lieu à l'application de mesures correctives.
<b>Catégorie de motifs</b>	Regroupement de l'ensemble des motifs, selon les catégories prédéterminées par le cadre normatif du MSSS.
<b>Mesures correctives</b>	Catégorisation des activités réalisées et regroupées selon le cadre normatif du MSSS à la suite de l'examen de la situation par un CPQS visant l'amélioration de la qualité des services. Ces mesures sont individuelles quand elles visent une personne et systémiques quand elles visent à prévenir la répétition d'une situation pour un ensemble de personnes.

### Catégories de motifs

<b>Accessibilité</b>	Absence de services ou de ressources, délais, difficulté d'accès, refus de services et autres
<b>Aspect financier</b>	Allocation de ressources matérielles et financières, facturation, frais de déplacement/transport ou d'hébergement, legs et sollicitation, processus de réclamation et autres
<b>Droits particuliers</b>	Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte, assistance/accommodement, choix du professionnel ou de l'établissement, consentement, droit à l'information, à un accommodement raisonnable, de communiquer, de porter plainte, de recours ou linguistique, participation de l'utilisateur ou de son représentant, représentation, sécurité et autres
<b>Organisation du milieu et des ressources matérielles</b>	Alimentation, compatibilité des clientèles, conditions d'intervention ou de séjour adapté, confort et commodité, équipement et matériel, hygiène/salubrité/désinfection, organisation spatiale, règles et procédures du milieu, sécurité et protection et autres
<b>Relations interpersonnelles</b>	Abus, communication/attitude, discrimination-racisme, fiabilité, disponibilité, respect et autres
<b>Soins et services dispensés</b>	Compétence technique et professionnelle (à faire le travail), continuité, décision clinique, organisation des soins et services, traitement/intervention/services (action faite) et autres

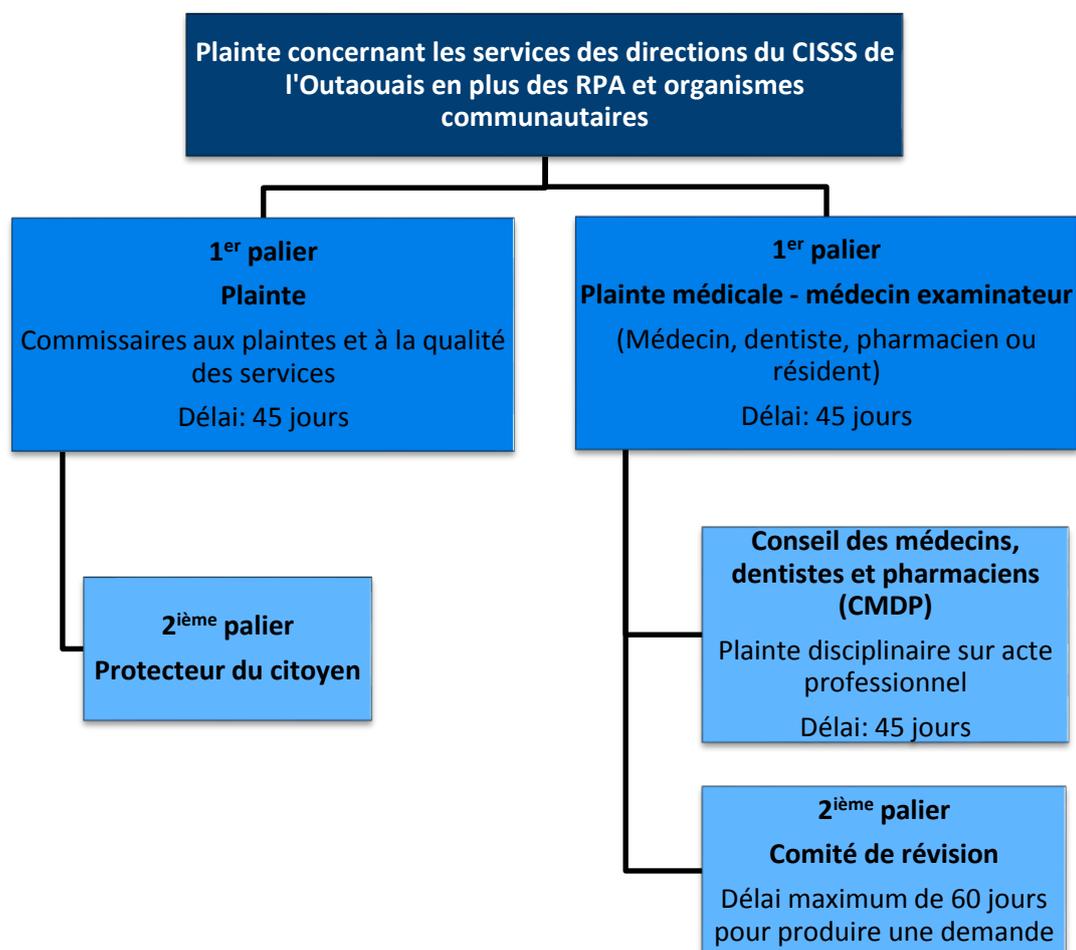
### Mesures correctives individuelles ou systémiques

<b>Adaptation des soins et des services</b>	Ajustement professionnel, amélioration des communications, cessation de services, collaboration avec le réseau, élaboration/révision/application, encadrement ou si nécessaire un changement d'intervenant, évaluation ou réévaluation des besoins, formation du personnel, réduction des délais, relocalisation/transfert d'un usager, services dans la langue de l'utilisateur et autres.
<b>Adaptation du milieu et de l'environnement</b>	Ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et de protection et autres.
<b>Adoption/ révision/ règles et procédures</b>	Code d'éthique, politiques et règlements, protocole clinique ou administratif et autres.
<b>Ajustement financier</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Communication/ promotion</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Conciliation/ intercession/ médiation/liaison/ prévision/explication</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Formation/ supervision</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

<b>Information et sensibilisation des intervenants</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Obtention d'un service</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Promotion du régime</b>	Communication avec les instances externes, communication avec le comité des usagers, organisation de séances d'information, production de documents, autres.
<b>Respect des droits</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Respect du choix</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

## ANNEXE 2

### Cheminement d'une plainte



## ANNEXE 3

### Liste des droits des usagers tel que prévu à la LSSSS<sup>1</sup>

1. Droit à l'information
2. Droit aux services
3. Droit de choisir son professionnel ou l'établissement
4. Droit de recevoir les soins que requiert son état
5. Droit de consentir à des soins ou de les refuser
6. Droit de participer aux décisions
7. Droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté
8. Droit à l'hébergement
9. Droit de recevoir des services en anglais
10. Droit d'accès à son dossier d'utilisateur
11. Droit à la confidentialité de son dossier d'utilisateur
12. Droit de porter plainte

---

<sup>1</sup> Regroupement provincial des comités des usagers. <http://www.rpcu.qc.ca>, consulté le 2019-05-30

## ANNEXE 4

Voici quelques recommandations sans informations nominatives émises par les commissaires au cours de l'exercice 2018-2019 :

### Soins et services dispensés (Compétences)

- Rappeler à l'ensemble de vos équipes l'importance de se référer aux documents d'encadrement à l'égard des paramètres de surveillance et s'assurer, lors de la révision d'une règle de soins infirmiers, qu'elle s'applique à tous les secteurs cliniques.
- S'assurer que l'exploitant de la RPA rappelle aux préposés aux bénéficiaires leurs obligations concernant le délai de réponse pour assister un usager qui en fait la demande.
- Assurer la mise en place de l'AAPA (approche adaptée à la personne âgée) (par l'utilisation de la grille AINÉ) afin d'offrir les soins appropriés et sécuritaires et ce pour toutes les urgences du CISSS de l'Outaouais.
- S'assurer que la Procédure Code blanc soit adoptée et diffusée à toutes les parties prenantes, dont les équipes d'intervention.
- Procéder à un rappel de la politique P-042 Continuité des soins et services pour les usagers qui ne requièrent pas de soins aigus et de la procédure Pro-050 Planifier le retour à la communauté et en assurer leur application.
- Rédiger et diffuser une procédure pour les appels aux médecins de garde, applicable à toutes les unités de soins du CISSS de l'Outaouais.
- Rédiger un état de situation quant à la réalisation du plan d'amélioration émis le 23 mai 2017 par le Comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ et vérifier que la RPA respecte toutes les recommandations émises.
- Mettre en place dans les urgences du CISSS de l'Outaouais, les conditions favorables ainsi que les meilleures pratiques, afin de respecter l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETC).
- Évaluer la conformité des responsabilités infirmières en lien avec la documentation légale requise au dossier et que des audits soient réalisés deux fois par année pour les deux prochaines années et fournir les résultats d'audit à la Commissaire.
- S'assurer que le personnel des résidences à assistance continue (RAC) (ainsi que dans les résidences article 108 ajout du 7 mai 2018) évalue adéquatement l'état de santé et la signification du langage corporel ou non verbal des résidents afin de détecter les problèmes de santé et d'en assurer le suivi.
- Conformément à l'article 104 de la LSSSS, s'assurer que chaque usager sous votre responsabilité professionnelle ait un plan d'intervention actif durant son parcours et qu'il contienne un échéancier relatif à son évaluation et à sa révision. De plus, le PI ou PSI doit être élaboré avec la participation de l'utilisateur ou de son représentant à partir d'évaluation rigoureuse de celui-ci en fonction de ses besoins et de ses capacités. Que la direction fournisse à la Commissaire le taux de réalisation des plans d'intervention (PI) des usagers hébergés en RI-RTF dans les derniers 6 mois.
- S'assurer que la démarche d'intégration dans un nouveau milieu de vie soit respectée pour tous les usagers sous votre responsabilité, en tenant compte des besoins spécifiques de l'utilisateur, de ses capacités et celles du milieu le mieux adapté pour lui offrir les services requis.
- Que le Programme de dépistage du cancer du sein procède à une recension des écrits concernant les meilleures pratiques relatives à la préparation pour une mammographie et qu'elle travaille en collaboration pour mettre en place ces pratiques.
- Mettre en place, pour l'ensemble des unités de soins du CISSS de l'Outaouais, des mesures uniformisées à tout le personnel des équipes de remplacement afin qu'il soit au fait des informations transmises lors des réunions d'équipe des unités de soins auxquelles il peut

être appelé à travailler. Que ces mesures permettent de s'assurer de la réception et de la compréhension des informations transmises.

- Soutenir le chef de département de chirurgie et accompagner l'équipe médicale dans la résolution de la problématique des suivis postopératoires des chirurgies générales afin de proposer une trajectoire claire pour ces cas.
- S'assurer que tous les décès inattendus fassent l'objet d'une analyse, par le service du soutien à la pratique, des circonstances des événements et des mesures à mettre en place pour les éviter.
- S'assurer que les gestionnaires soient informés qu'ils doivent adresser tous les cas d'entretien ou de bris d'équipement biomédicaux à la Direction des technologies biomédicales et de l'information afin d'éviter des délais pour les traitements requis.
- Revoir la trajectoire pour que les usagers atteints de cancer aient accès à un soutien suffisant durant la période entre leur chirurgie et la prise en charge en oncologie ou radio-oncologie.
- Implanter l'outil de dépistage de la détresse des personnes atteintes de cancer en accord avec la recommandation du Ministère de la santé et des services sociaux publiée en juin 2017 dans le rapport « La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins ».

### **Relations interpersonnelles**

- S'assurer que l'exploitant de la RPA fasse en sorte que chaque préposé aux bénéficiaires ait reçu la formation sur la civilité.

### **Accessibilité**

- Réviser la directive et la procédure au sujet de la consommation du cannabis à des fins médicales pour toutes les installations du CISSS de l'Outaouais afin de se conformer à la Loi encadrant le cannabis en vigueur depuis le 17 octobre 2018 et qu'elle en assure la diffusion et ce, d'ici le 20 mars 2019. Au besoin, émettre une politique sur l'usage du cannabis à des fins médicales pour encadrer davantage la directive et la procédure déjà adoptées.
- Revoir l'offre de service pour les prélèvements dans les territoires urbains et périphériques du CISSS de l'Outaouais.
- Augmenter le parc de fauteuils roulants de très grande taille dans les urgences afin de répondre aux besoins de la clientèle.

### **Droits particuliers**

- Rédiger une procédure claire et réaliste concernant le temps de réponse permis pour le retour d'appels laissés par un usager ou son représentant sur la boîte vocale d'un membre du personnel ou pour tout autre message reçu de la clientèle même par l'intermédiaire d'un autre membre du personnel de vos directions. Les directions doivent prévoir un plan de diffusion de cette procédure pour s'assurer qu'elle soit connue de tous ainsi qu'un programme d'audits pour s'assurer du suivi et transmettre les résultats de ces audits à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Rédiger une procédure pour les Dossiers absents de responsable afin d'inclure l'utilisateur dans la chaîne de transmission de l'information.
- Réviser le Guide sur l'accès à l'information et la gestion des dossiers et s'assurer de son application uniforme dans toutes les installations du CISSS de l'Outaouais.
- S'assurer que l'exploitant de la RPA permette aux résidents concernés de refaire le questionnaire afin de tenir compte de leurs choix et préférences, en ce qui a trait à l'heure à laquelle l'hygiène à la baignoire soit faite.
- Réviser la fiche d'identification de l'enfant (2012-07-6 - DSJF) pour y inclure les demandes particulières des parents quant à la présence ou non de fumeurs (de tous types) à la

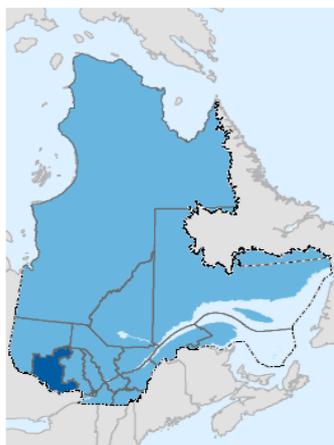
ressource de type familial. Que dès le début de la demande pour une RTF, les parents puissent être informés si la ressource retenue est un milieu sans fumée ou non.

#### **Aspect financier**

- Mettre en place une mesure pour informer le parent, qui quitte la chambre en congé temporaire avec son enfant hospitalisé, que la facturation de la chambre, lorsqu'elle s'applique, se poursuit pendant la durée du congé. Cette même mesure devra être applicable et mise en place pour les congés temporaires de toutes les unités de soins des hôpitaux.
- Mettre en place un comité de travail pour revoir la procédure relative à l'avis de facturation et déterminer les rôles et responsabilités ainsi que les outils nécessaires afin d'éviter toute confusion chez l'utilisateur en lien avec ladite facturation. Au besoin, implanter un nouveau formulaire expliquant les frais afférents aux soins et services en prévoyant d'en remettre une copie à l'utilisateur qui l'a signé.

## ANNEXE 5

### PORTRAIT GLOBAL DE LA RÉGION ET DU CISSS DE L'OUTAOUAIS



#### Superficie du Territoire

Le CISSS de l'Outaouais offre des soins et services à toute la population de la région 07. La superficie terrestre de son territoire est de 30 471 km<sup>2</sup>.<sup>2</sup>

Ce qui en fait la 6<sup>e</sup> région en terme de superficie terrestre après le Nord du Québec, la Côte Nord, le Saguenay-Lac St-Jean, l'Abitibi-Témiscaminque et la Mauricie.

Gatineau est d'ailleurs la 4<sup>e</sup> du Québec en terme de population derrière Montréal, Québec et Laval.

#### Population selon les MRC et les RLS<sup>3</sup>

Le découpage des MRC et des RLS étant différent, nous présentons ici la population selon ces deux configurations.

	MRC	RLS
Des Collines	53140	39180
Gatineau	294368	268056
Papineau	23738	57358
Pontiac	14106	20766
Vallée de la Gatineau	21242	21242
<b>Total</b>	<b>406594</b>	<b>406602</b>



#### Langue maternelle comparée au reste du Québec<sup>4</sup>

Les chiffres fournis par Statistique Canada nous permettent de constater que la population de l'Outaouais est plus anglophone que la population québécoise en général, avec une forte présence d'anglophones, particulièrement dans le RLS du Pontiac. Cette donnée a un impact sur le recrutement du personnel pour notre bureau puisque qu'un bilinguisme fonctionnel est requis et attendu.

<sup>2</sup> Le Québec chiffres en main, Institut de la statistique du Québec, 2019. P. 52

<sup>3</sup> Les données présentées sont des projections de population de l'Institut de la Statistique du Québec pour l'année 2019.

<sup>4</sup> Source : Statistique Canada, Recensement de 2016, Tableau de données géocodées pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC : Profil semi-personnalisé - Données intégrales (100 %), octobre 2018.

Région	Français	Anglais	Langue non officielle	Proportion de la population s'exprimant en anglais le plus souvent à la maison, RLS de l'Outaouais et ensemble du Québec, 2016	
Outaouais	76.8%	14.6%	8.6%	RLS du Pontiac	60,3%
Ensemble du Québec	78.7%	7.7%	13.6%	RLS de la Vallée-de-la-Gatineau	17,0%
				RLS des Collines-de-l'Outaouais	27,0%
				RLS de Gatineau	15,5%
				RLS de Papineau	6,6%
				Région de l'Outaouais	17,8%
				Ensemble du Québec	10,2%

*Remerciement spécial à Jacques Marleau, Ph. D. Sciences biomédicales, Équipe de surveillance, Direction de santé publique, qui nous a fourni plusieurs données pour cette section.*

## LE CISSS DE L'OUTAOUAIS EN QUELQUES CHIFFRES<sup>5</sup>

### Portrait des effectifs (au 31 mars 2016)

9 312 employés répartis notamment comme suit :

- 314 cadres
- 2 670 employés en soins infirmiers et cardiorespiratoires
- 2 713 employés paratechniques, services auxiliaires et métiers
- 1 395 employés de bureau, techniciens et professionnels administratifs
- 2 128 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux
- 64 sages-femmes, médecins ou pharmaciens

510 Médecins dont 292 omnipraticiens

### Installations

- 1 Maison des naissances
- 1 Service régional Info-Santé et Info-Social 811
- 1 Salle d'urgence en psychiatrie
- 1 Centre de recherche
- 2 Centres administratifs
- 3 Unités gériatriques hospitalières
- 3 Maisons de soins palliatifs
- 3 Hôpitaux de Jour gériatriques
- 4 Articles 108
- 5 Centres multiservices de santé et de services sociaux

<sup>5</sup> Information sur le site <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca>

- 5 Blocs opératoires
- 5 Unités de soins intensifs
- 5 Centres de jour gériatriques
- 6 Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme
- 6 Centres de réadaptation en déficience physique
- 6 Centres de réadaptation en dépendance
- 6 Ressources de réadaptation du comportement (anciennement RAC)
- 7 Hôpitaux dont un en santé mentale
- 8 Salles d'urgence
- 9 Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (services de protection et de réadaptation pour les jeunes)
- 16 Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) : 14 publics et 2 privés conventionnés totalisant 1290 places
- 19 CLSC
- 51 Cliniques médicales et Groupes de médecine familiale (GMF-GMF-U)
- 69 Résidences privées pour aînés (RPA)
- 154 Organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux dont 132 qui ont du financement
- 519 Ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF) liées par entente avec l'établissement

### Partie 3

## Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais





### 3.1 PRÉAMBULE

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la Commissaire locale 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, la Commissaire doit la transmettre au médecin examinateur.

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 la Commissaire, 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, 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 copies au professionnel visé et à la Commissaire locale 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'usager, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la Commissaire locale 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 la Commissaire locale 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, la Présidente-directrice général doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et la Commissaire locale 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.

### 3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019

#### 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 2 <sup>e</sup> palier
64	165	199	30	15

Tableau 10. Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Le nombre de plaintes reçues a diminué comparé à l'année précédente (165 vs 202). Le nombre de transferts de plaintes non traitées de l'année précédente qui est inclus dans ce nombre est en diminution.

Nous avons traité 55 plaintes de plus (199) durant l'exercice 2018-2019 comparé à 2017-2018.

À la fin de l'exercice 2016-2017, nous avons plus de 70 dossiers en attente d'assignation à un médecin et nous avons frôlé le 12 mois d'attente pour la prise en charge des plaintes.

À la fin de l'année 2017-2018, nous avons environ 3 mois d'attente pour la prise en charge des plaintes.

Lors de la préparation de ce rapport, le délai d'attente pour la prise en charge est d'environ 2 mois et 7 dossiers sont en attente de prise en charge, dont 3 dossiers qui sont prêts. Pour chaque dossier, il y a un délai nécessaire d'environ 1 mois pour sa préparation, c'est-à-dire l'obtention du dossier de l'établissement, l'avis envoyé au médecin visé et la réception de sa réponse; donc, à partir du moment où le dossier est prêt, il y a environ 1 mois d'attente pour la prise en charge.

En 2017-2018, nous avons constaté une augmentation significative, presque exponentielle, du nombre de plaintes portant sur des décès. La complexité des plaintes est restée stable en 2018-2019.

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

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 2 <sup>e</sup> palier
		Nombre	%	Nombre	%		
<b>CH</b>							
CHSGS	59	141	85,95	174	87,44	26	13
CHSP	2	17	10,37	18	9,05	1	1
CHSLD	0	3	1,83	1	0,50	2	0
CLSC	3	3	1,83	6	3,02	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>164</b>	<b>100,00</b>	<b>199</b>	<b>100,00</b>	<b>29</b>	<b>15</b>

Tableau 11. Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et la mission

95 % des plaintes proviennent de nos hôpitaux.

15 dossiers ont été transférés au comité de révision.

Nous avons un taux de demande de révision qui est d'environ 8 %.

Aucun médecin ne s'est prévalu de son droit de recours auprès du comité de révision.

Comparé à l'année 2017-2018, il y a eu une baisse significative de 20 % du taux de révision suite à l'amélioration des communications avec les plaignants après la transmission des conclusions

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

DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	Nombre
Transmission CMDP	3

Tableau 12. Dossiers médicaux transmis pour étude à des fins disciplinaires

En 2018-2019, 3 dossiers ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. Il reste 1 dossier datant des années antérieures (2016-2017) qui est encore à l'étude pour un total de 4 plaintes actuellement à l'étude (5 dossiers en 2017-2018).

La transmission de dossier pour étude à des fins disciplinaires reste un outil efficace de correction et prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible.

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

Motif	% par motif
Accessibilité	5 %
Aspect financier	0 %
Droits particuliers	0 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	0 %
Relations interpersonnelles	31 %
Soins et services dispensés	63 %
Autre	1 %

Tableau 13. État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Notez 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.

Sous le premier, relations interpersonnelles, les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, le manque d'information 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.

En 2018-2019, il n'y a eu aucune plainte qui rencontre les critères de harcèlement et visant des médecins. Durant la même période, il y a eu par contre une plainte d'incivilité qui a été traitée, dont le dossier a été transféré en comité de discipline par le comité de révision.

Le coordonnateur du bureau des médecins examinateurs a aussi agi comme médecin-conseil et médiateur pour la gestion de quelques dossiers d'incivilité dans le cadre de la « *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail* », mais ces dossiers ne remplissant pas les critères de harcèlement et n'ayant pas fait l'objet de plaintes officielles, ne sont pas comptabilisés dans ce rapport.

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

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	2	2	1,01
4 à 15 jours	11	15	7,54
16 à 30 jours	23	11	5,53
31 à 45 jours	38	19	9,55
<b>Sous-total</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>23,63</b>
46 à 60 jours	51	14	7,04
61 à 90 jours	75	46	23,12
91 à 180 jours	123	49	24,62
181 jours et plus	257	43	21,61
<b>Sous-total</b>	<b>139</b>	<b>152</b>	<b>76,39</b>
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>199</b>	<b>100,00</b>

Tableau 14. Délai d'examen

En terme des délais de prise en charge, l'année 2018-2019 a été un peu meilleure que l'année précédente. Il y a eu une diminution significative de 7 % du pourcentage de plaintes hors délais, mais il y a encore beaucoup d'amélioration à faire. Soulignons que les plaintes prenant plus de 180 jours ont diminué de 32 à 21 %. Les plaintes prenant de 90-180 jours ont baissé de 38 % à 24 %.

La moitié des médecins examinateurs se sont concentrés sur leurs activités cliniques dans les 6 derniers mois de l'année 2018-2019. Nous avons recruté 3 médecins examinateurs qui entreront en fonction en mai 2019 afin de diminuer encore davantage les délais de prise en charge.

Les retards dans certains dossiers ne dépendent pas nécessairement du travail des médecins examinateurs ou du coordonnateur. Par exemple, dans un dossier, nous attendons que le plaignant précise sa plainte depuis plus de 3 mois et en attendant, le dossier accumule des retards.

### 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		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2018 - 2019	64	43,3	165	-18	199	33	30	-53	15	-21
2017 - 2018	12	200	202	98	144	53	70	483	19	171
2016 - 2017	4	-79	102	11	94	-12	12	200	7	133

Tableau 15. Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

En 2018-2019, il y a eu moins de plaintes au total, moins de plaintes transférées de l'année précédente, 33 % plus de plaintes prises en charge et 56 % moins de plaintes en cours d'examen à la fin de l'exercice.

L'évolution du nombre de dossiers pris en charge est notable:

- 94 en 2016-2017
- 144 en 2017-2018
- 199 en 2018-2019

### 3.3 RECOMMANDATIONS FAITES EN 2018-2019

1- Que le Direction des services professionnels élabore une politique claire quant aux demandes de suivi des patients connus pour l'ensemble des spécialités en clinique externe au CISSS de l'Outaouais. Cette politique devrait comporter des éléments définissant les raisons pour lesquelles une demande de consultation serait nécessaire et le tout devrait être conforme au Code de déontologie du Collège des médecins du Québec, d'ici le 15 septembre 2018.

➤ Cette recommandation a été complétée.

2- Que le Directeur des services professionnels ainsi que le Chef de département de médecine générale fassent un rappel d'ici le 15 septembre 2018 à l'ensemble des médecins quant à l'importance de communiquer les sommaires d'hospitalisation aux médecins de famille pour permettre une continuité de soins, ce qui nécessite qu'ils indiquent eux-mêmes le nom du médecin de famille sur la feuille sommaire d'hospitalisation à l'endroit prévu à cet effet.

➤ Cette recommandation a été complétée.

3- Que la Direction des services professionnels révise en profondeur le cheminement d'un rapport de radiologie et médecine nucléaire débutant par l'interprétation d'un résultat d'examen et se terminant avec la transmission au médecin requérant. L'objectif de cette révision serait de diminuer les délais à tous les niveaux et d'offrir aux médecins une procédure unique et simple pour la gestion des rapports urgents avec une méthode de transmission efficace et rapide aux médecins requérants, peu importe leur lieu de pratique. J'estime que l'utilisation de la reconnaissance vocale est un pas dans la bonne direction.

➤ Cette recommandation est toujours en cours de réalisation.

4- Que le département d'obstétrique et gynécologie révise son processus de transfert de patients entre les médecins à la fin et au début de chaque garde afin d'éviter que des patientes soient oubliées au suivi sur les étages.

➤ Cette recommandation a été complétée.

5- Que la Direction des services professionnels s'assure que les départements d'oncologie et de pathologie clarifient et élaborent le protocole de la trajectoire du test Oncotype DX en accord avec les recommandations du document publié par l'INESSS, «*Utilisation du test Oncotype DXMD aux fins de décision thérapeutique dans le contexte du traitement du cancer du sein infiltrant*». Que les médecins connaissent la trajectoire et que les usagers en soient informés d'ici le 30 septembre 2019.

➤ Cette recommandation a été complétée.

6- Que le CISSS de l'Outaouais mette en place des moyens afin d'offrir les ressources permettant à ses chirurgiens de donner aux usagers des interventions dans des délais qui respectent les normes de pratique, et ce, d'ici le 1<sup>er</sup> septembre 2019.

➤ Cette recommandation est toujours en cours de réalisation.

7- Que le département de radiologie révise ses processus afin de trouver une façon conviviale pour les radiologistes de savoir quelles sont les priorités des nombreux scans qu'ils ont à lire et développer un moyen de retracer systématiquement les scans dont le délai de lecture approche leur niveau de priorité (A à D) pour relancer la lecture par le radiologiste ou, si besoin est, de l'attribuer à un autre radiologiste.

➤ Cette recommandation a été complétée.

Il reste 7 recommandations des années antérieures. Ces recommandations ont déjà été présentées. Elles ont été acceptées, mais leur application est plus longue que prévu.

Selon leur nature, le suivi des recommandations est assuré par le comité de vigilance et de la qualité et le médecin examinateur.

### **3.4 CONCLUSIONS POUR L'ANNÉE 2018-2019**

Durant l'exercice 2018-2019, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 199 dossiers de plainte, soit une augmentation de 33 % du volume comparé à 2017-2018.

Le nombre de dossiers en traitement à la fin de l'exercice a diminué de 56 % comparé à 2017-2018.

Le délai de traitement des plaintes reste supérieur aux normes de 45 jours prévues à cet effet dans un pourcentage élevé (76 %) des dossiers.

La prise en charge initiale de la plainte avant son attribution prend généralement 4 semaines avant que le dossier soit attribué. C'est la période requise pour recevoir la réponse du médecin et une copie du dossier. Une fois attribué, les médecins ont besoin d'un bon mois pour conclure un dossier de plainte.

Des retards sont inévitables, mais nous sommes d'avis qu'ils peuvent être diminués davantage et des efforts seront déployés à cet effet, principalement par l'arrivée de 3 nouveaux médecins examinateurs.

Un changement de procédure a récemment été implanté. Le dossier est dorénavant demandé par le bureau dès la réception de la plainte. Ceci va davantage diminuer les délais de prise en charge et permettre la confirmation du médecin visé avant l'envoi de l'avis de plainte.

Il reste que 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.

Enfin, 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.

### **3.5 OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2019-2020**

Les objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs seront:

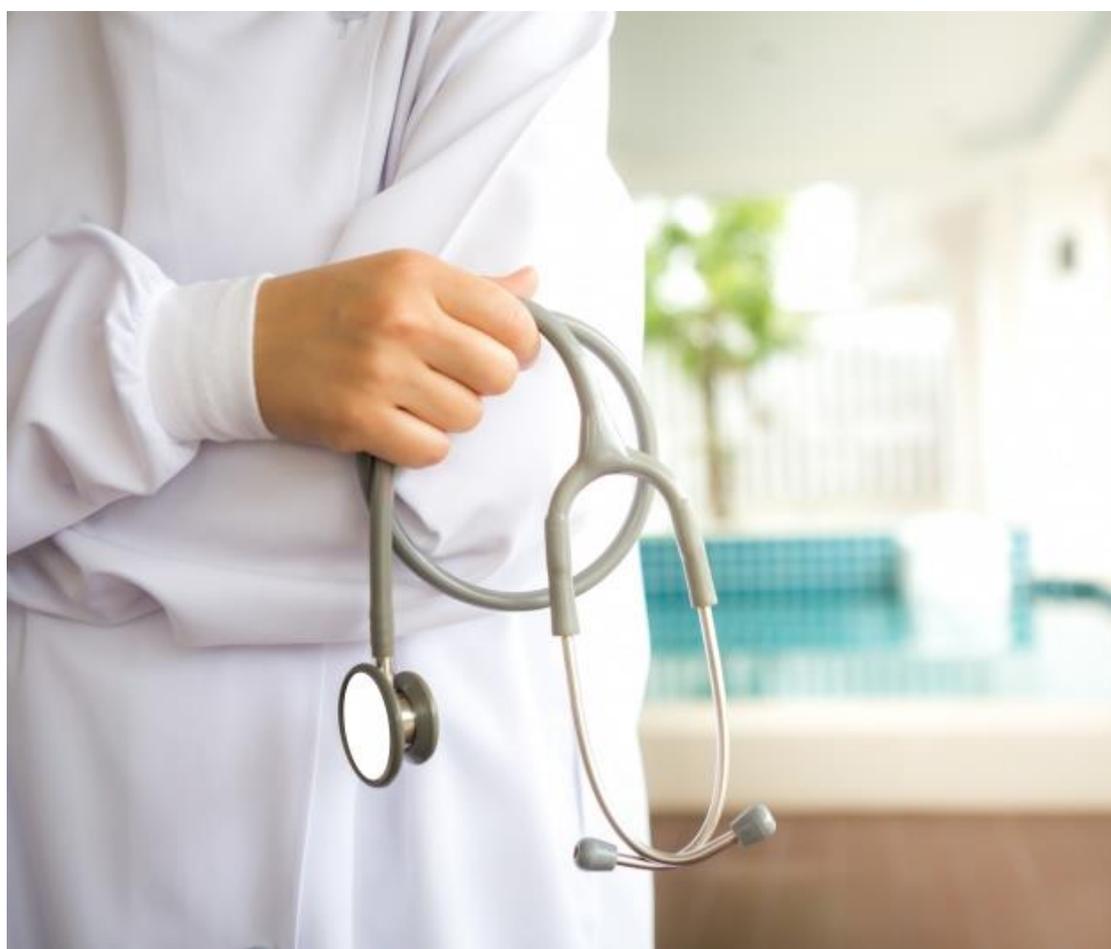
- Continuer d'optimiser les processus pour améliorer le délai de prise en charge et diminuer le taux de révision.
- Ajouter à notre équipe 3 médecins examinateurs pour stabiliser et protéger le bureau à long terme.
- Développer et stabiliser l'expertise locale.



Dr Martin Pham-Dinh,  
Médecin examinateur, Coordonnateur

## **Partie 3**

### **Rapport du comité de révision**





#### **4.1 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.

#### **4.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES**

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2019 des membres suivants :

- M. Michel Roy, président
- Mme Monique Séguin, présidente substitue
- Dr Gilles Aubé, membre
- Dre Amélie Gervaise, membre
- Dr Carl Boucher, membre substitut

Le comité s'est rencontré à 9 reprises, soit :

- 2 mai 2018
- 6 juin 2018
- 20 juin 2018 (séance ajournée au 24 juillet 2018)
- 30 août 2018
- 5 septembre 2018
- 3 octobre 2018
- 7 novembre 2018
- 6 décembre 2018
- 6 février 2019

Un total de 14 demandes de révision de plaintes a été reçues dans l'année. Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers figurent dans le tableau suivant :

#### 4.3 BILAN DES DOSSIERS REÇUS EN 2018-2019

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
1	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (28 jours)
2	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (28 jours)
3	Diagnostic/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (46 jours)
4	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (46 jours)
5	Décision médicale/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + recommandation d'organisation d'une rencontre de conciliation	Oui (52 jours)
6	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + recommandation d'organisation d'une rencontre de conciliation	Oui (42 jours)
7	Qualité des soins	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
8	Qualité des soins	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
9	Délai pour l'obtention d'un service	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (46 jours)
10	Négligence médicale	Dossier transféré au CMDP pour étude à des fins disciplinaires	Oui (46 jours)
11	Incivilité/harcèlement	Dossier transféré au CMDP pour étude à des fins disciplinaires	Oui (56 jours)
12	Communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (35 jours)
13	Brutalité	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (19 jours)
14	Décision médicale	Complément d'examen demandé au médecin examinateur	Oui (59 jours)

Tableau 16. Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers

Aucune recommandation 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	43	100
61 à 90 jours	0	0
91 à 180 jours	0	0
181 jours et plus	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Tableau 17. Délai d'examen

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.

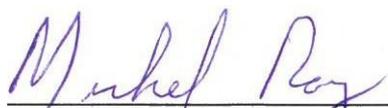
#### 4.4 CONCLUSIONS ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2019-2020

Le comité de révision a vu une stabilisation du nombre de demandes de révision. L'augmentation du volume de demandes depuis l'an dernier a nécessité de revoir le mode de fonctionnement du comité. Ainsi, en plus des trois membres réguliers qui sont en poste depuis 2015, le comité a pu compter sur l'apport de deux membres substitués, ce qui a apporté la souplesse nécessaire pour respecter dans tous les cas le délai maximal de 60 jours. Également, soulignons que lors de toutes les séances du comité, au moins deux membres réguliers étaient présents.

Le comité constate que les communications entre les usagers, leurs familles et les professionnels de la santé sont souvent au cœur des insatisfactions de la clientèle. Le corps médical et les professionnels de la santé doivent être de plus en plus conscients de l'importance de la communication lors de la prestation de soins et de services. Ceux-ci doivent aussi s'assurer que les usagers comprennent les informations qui sont transmises, et que les consignes soient claires aux dossiers.

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 s'assurer que toutes les demandes de révision soient traitées dans le délai maximal de 60 jours.



M. Michel Roy, président

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de l'Outaouais**

**Québec** 