



RAPPORT ANNUEL
2011-2012
sur l'application de la procédure d'examen des plaintes

par

Sylvie Presseault
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Présenté au comité de vigilance et de la qualité des services, le 17 mai 2012

Adopté au conseil d'administration, le 18 juin 2012

**ON PREND SOIN
DE NOTRE MONDE**

TABLE DES MATIÈRES

Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	1
1. Mandat de la commissaire	3
2. Demandes reçues et traitées	4
<i>Tableau 1 – Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice</i>	4
2.1 Les assistances.....	5
<i>Tableau 2 – Demandes d'assistance</i>	5
2.2 Les plaintes.....	6
<i>Tableau 3 – Nombre de plaintes conclues, par installation visée</i>	6
<i>Tableau 4 – Tableau comparatif des délais d'examen</i>	7
2.2.1 Les principaux motifs de plainte et les mesures correctives ou d'amélioration de la qualité.....	7
<i>Tableau 5 – Nombre de motifs de plainte reçus</i>	8
<i>Tableau 6 – Nombre de motifs de plainte par direction</i>	10
<i>Tableau 7 – Motifs de plainte par niveau de traitement</i>	15
<i>Tableau 8 – Nombre de mesures par motif</i>	16
2.2.2 Transfert au 2 ^e palier - Protecteur du citoyen.....	17
2.2.3 Satisfaction des usagers quant au traitement de leur plainte.....	18
2.3 Les interventions.....	19
<i>Tableau 9 – Motifs d'interventions par niveau de traitement</i>	19
<i>Tableau 10 – Nombre d'interventions, par installation visée</i>	20
<i>Tableau 11 – Nombres de mesures par motif</i>	22
3. Autres fonctions de la commissaire	22
<i>Tableau 12 – Autres fonctions du commissaire locale aux plaintes et à la qualité</i>	23
Conclusion	27
Recommandations	27
Remerciements	29

Annexe I – Rapport annuel du médecin examinateur

Annexe II – Rapport annuel du comité de révision

Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

J'ai à nouveau le plaisir de vous transmettre mon rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et sur l'exercice des autres fonctions que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* attribue aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

En 2011-2012, j'ai reçu et traité plus de plaintes que les années précédentes, toutefois, on a porté à mon attention un peu moins de motifs de plainte que l'an dernier. L'un des motifs principaux invoqués par les usagers qui formulent une plainte est qu'ils veulent que leur plainte soit utilisée pour améliorer la qualité des services et qu'ils veulent que la direction et le conseil d'administration soient informés de leur insatisfaction afin que des solutions soient trouvées le plus rapidement possible pour corriger la situation. Ce rapport vise à mieux vous informer de la nature des motifs d'insatisfaction reçus et des suivis donnés ainsi que des diverses activités effectuées pour faire connaître mon rôle et les démarches pour déposer une plainte.

Ainsi que le prévoit la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le rapport du médecin examinateur et du comité de révision sont joints en annexe au présent rapport.

1. MANDAT DU COMMISSAIRE

En vertu des pouvoirs qui lui sont dévolus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. Dans ce cadre, il doit assister tout usager qui veut porter plainte. Il accueille toutes les plaintes des usagers. Il traite les plaintes des usagers concernant les services de santé et des services sociaux que les usagers ont reçus, reçoivent, requièrent ou auraient dû recevoir. Lorsqu'une plainte vise les services effectués par un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident, le commissaire reçoit la plainte écrite ou verbale et la transfère au médecin examinateur pour que celui-ci la traite. Il accueille également les demandes de révision des personnes insatisfaites des conclusions du médecin examinateur et les transmet pour examen au comité de révision.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services intervient également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Il doit également diffuser de l'information sur les droits et les obligations des usagers, sur le code d'éthique et assurer la promotion du régime d'examen des plaintes.

Pour chacune des demandes formulées par les usagers, j'ai tenté de bien cerner l'insatisfaction et l'attente de l'utilisateur lors d'un entretien avec celui-ci. J'ai consulté son dossier, lorsque c'était nécessaire, puis me suis entretenue avec le gestionnaire du service visé. Il a souvent été nécessaire d'entendre le ou les employés témoins ou visés par la plainte ou d'autres personnes qui pouvaient commenter les faits, d'entreprendre des recherches documentaires ou de consulter d'autres personnes pour être en mesure d'évaluer la qualité des services. Par la suite, une conclusion de l'examen de la plainte a été transmise au plaignant, verbalement ou par écrit, dans laquelle je me suis prononcée sur la qualité des services. Dans certains dossiers, des recommandations ont été émises en vue d'améliorer la qualité des services et dans d'autres, les gestionnaires ont répondu à la demande de l'utilisateur ou se sont engagés à effectuer des changements dans l'offre de services. Un suivi systématique de tous les engagements et de toutes les recommandations a été effectué afin de s'assurer de leur mise en œuvre.

2. DEMANDES REÇUES ET TRAITÉES

En se référant au *Tableau 1* ci-dessous, on constate que 668 demandes ont été reçues en 2011-2012, comparativement à 572 demandes en 2010-2011. De ce nombre, on note que 278 plaintes, 35 demandes d'intervention (signalements), 259 demandes d'assistance et 21 consultations m'étaient destinées. Ont également été reçues, 71 plaintes destinées à l'examen du médecin examinateur et 4 plaintes au comité de révision. J'ai complété (conclu) 581 demandes durant l'année, dont 265 plaintes, 36 interventions, 259 demandes d'assistance et 21 consultations.

Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice

	En traitement au 1 ^{er} avril 2011	Reçus durant l'année	Conclus durant l'année	En traitement au 31 mars 2012	Transmis au 2 ^e palier
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité					
• Plaintes	16	278	265	29	6
• Interventions	4	35	36	3	s/o
• Assistances	0	259	259	0	s/o
• Consultations	0	21	21	0	s/o
Sous-total	20	593	581	32	6
Médecin examinateur	12	71	71	12	4
Comité de révision	1	4	4	1	s/o
TOTAL DES DOSSIERS	33	668	656	45	10

L'année 2011-2012 démontre une hausse constante dans les demandes reçues à mon bureau, soit 668, comparativement à 562 en 2010-2011, 515 en 2009-2010 et à 491 en 2008-2009. De ce nombre, j'ai reçu 10% de plus de plaintes que l'an dernier, soit 278, comparativement à 253, et 13% de plus de dossiers d'intervention ont été reçus, soit 35, comparativement à 31.

L'essentiel de ce rapport exposera les dossiers de plainte et d'intervention que j'ai examinés. Il est intéressant de savoir que 21 personnes m'ont consultée sur des questions reliées aux droits des usagers. Les questions les plus fréquemment posées ont porté sur l'approche à adopter pour respecter les droits des usagers (8) notamment en lien avec les droits d'accès au dossier et le droit de porter plainte, les soins et les services dispensés (8) et trois personnes m'ont questionnée concernant des aspects financiers. J'ai aussi été invitée à commenter deux projets de politique : l'un, sur la gestion des effets personnels des usagers et l'autre, sur la possession ou la vente de substances illicites dans les installations de l'établissement.

2.1 Les assistances

Les demandes d'assistance proviennent d'un usager ou de l'un de ses proches qui souhaite l'aide de la commissaire. Parfois, c'est pour porter plainte, dans d'autres cas, c'est pour obtenir un service de l'établissement comme on le constate au [Tableau 2](#) qui suit.

Tableau 2 – Demandes d'assistance

ASSISTANCE	Nombre	%
Aide à la formulation d'une plainte lors du dépôt d'une plainte	149	57.53
Aide à la formulation d'une plainte	31	11.97
Aide concernant un soin ou un service	79	30.50
TOTAL	259	100

Le nombre de dossiers d'assistance traités a été de 259, comparativement à 160 l'an dernier. L'augmentation est due à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux de consigner l'aide apportée à une personne pour formuler sa plainte. Au [Tableau 2](#), on constate qu'à 31 reprises, des personnes m'ont contactée parce qu'elles voulaient de l'information sur le processus de plainte. J'ai également aidé 149 personnes à formuler leur plainte auprès de moi ou je leur ai donné de l'assistance en vue de porter plainte auprès d'une autre instance lors du traitement d'un motif de plainte.

Des 110 demandes d'assistance qui n'ont pas donné lieu au dépôt d'une plainte, j'ai été interpellée à 16 reprises parce que l'utilisateur vivait une difficulté lors de la prestation d'un service ou qu'il voulait que je l'aide pour recevoir la médication ou parce qu'il voulait savoir comment faire connaître son point de vue relativement à la décision d'un professionnel ou d'un médecin. À 32 reprises, les personnes ont signalé avoir de la difficulté à obtenir un service soit parce qu'on leur refusait accès au service ou en raison des listes d'attente. Plusieurs personnes ont aussi demandé de l'aide pour obtenir un résultat ou un rapport. Vingt-deux personnes ont demandé de l'aide sur une question reliée à un droit particulier notamment leur droit d'être informées de leur état de santé (5) et le droit d'accès au dossier (8).

La plupart du temps, l'assistance a donné lieu à une référence (70) auprès du gestionnaire ou d'une personne en mesure de mieux les aider et répondre à leurs demandes. Une démarche pour améliorer la situation de l'utilisateur (4), l'obtention d'un

service (4) ou une action directe auprès du gestionnaire (5) a souvent été réalisée. J'ai aussi transmis de l'information générale ou clarifier une situation auprès de 13 personnes. Les personnes référées à un gestionnaire ont été informées que si elles n'obtenaient pas satisfaction, elles n'avaient qu'à communiquer de nouveau avec moi.

2.2 Les plaintes

Le **Tableau 3** illustre le nombre de dossiers de plainte reçus et conclus par installation. En 2011-2012, 265 dossiers de plaintes ont été conclus. Il s'agit d'une augmentation de 4%, ou 9 dossiers, par rapport à l'an dernier.

Tableau 3 – Nombre de plaintes reçues et conclues, par installation visée

INSTANCE VISÉE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
Centrale Info-Santé	0	5	1.80	5	1.89	0	0
Centre d'hébergement Champagnat	0	3	1.08	3	1.13	0	0
Centre d'hébergement Georges-Phaneuf	0	4	1.44	4	1.51	0	0
Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance	1	4	1.44	5	1.89	0	1
Centre d'hébergement Sainte-Croix	0	2	0.72	2	0.75	0	0
Centre d'hébergement Saint-Joseph	0	1	0.36	1	0.38	0	0
Centre d'hébergement Val-Joli	0	3	1.08	3	1.13	0	0
CLSC du Richelieu	0	23	8.27	21	7.92	2	0
CLSC du Richelieu (St-Césaire)	1	1	0.36	2	0.75	0	0
CLSC Vallée des Forts	2	41	14.75	41	15.47	2	0
CLSC Vallée des Forts (Henryville)	0	1	0.36	1	0.38	0	0
Hôpital du Haut-Richelieu	12	179	64.39	167	63.02	24	5
Les Services de consultation externe	0	3	1.08	2	0.75	1	0
Sous-total	16	270	97.12	257	96.98	29	6
Ressource intermédiaire	0	7	2.52	1	2.64	0	0
Autre	0	1	0.36	1	0.38	0	0
TOTAL	16	278	100	265	100	29	7

De façon générale, dans les différentes installations de notre établissement, le nombre de plaintes a été assez comparable à celui de l'an dernier. L'augmentation du nombre de dossiers de plainte reçus cette année concerne plus particulièrement les services reçus à l'Hôpital du Haut-Richelieu, soit 179 plaintes, comparativement à 161 l'an dernier

(64,39% des dossiers). Dix dossiers de plaintes de plus concernaient des services réalisés ou gérés au CLSC de la Vallée-des-Forts.

Comme on peut le constater au *Tableau 4*, j'ai traité dans un délai de 45 jours ou moins, plus de plaintes que l'an dernier, soit 231, comparativement à 208. Le pourcentage de plaintes traitées dans un délai de 45 jours ou moins s'est amélioré, passant de 81.89% à 87.18% cette année.

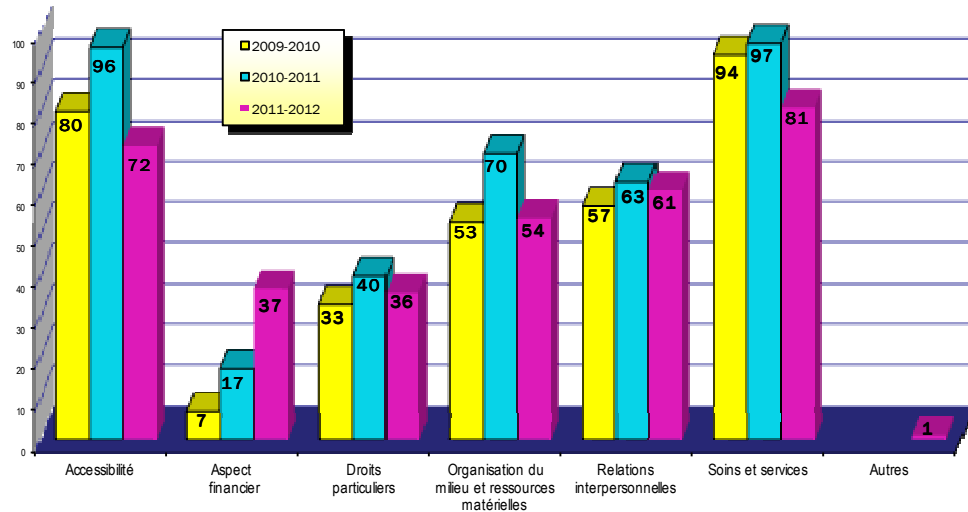
Tableau 4 – Tableau comparatif des délais d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	2010-2011	%	2011 -2012	%
Moins de 3 jours	9	3.54	13	4.91
4 à 15 jours	32	12.60	32	12.08
16 à 30 jours	80	31.50	66	24.91
31 à 45 jours	87	34.25	120	45.28
Sous-total	208	81.89	231	87.18
46 à 60 jours	24	9.45	27	10.19
61 à 90 jours	19	7.48	6	2.26
91 à 180 jours	3	1.18	1	0.38
Sous-total	46	18.11	34	12.83
TOTAL	254	100	265	100

2.2.1 Les principaux motifs de plainte et les mesures correctives ou d'amélioration de la qualité

Les usagers ont soumis 342 motifs de plainte à mon attention, comparativement à 383 l'an dernier et 324 l'année précédente. Douze motifs de plainte n'ont pas été examinés. De ce nombre, neuf motifs de plainte ont été abandonnés par l'utilisateur, généralement parce que la situation s'était corrigée. Au total, j'ai donc examiné 330 motifs de plainte, comparativement à 375 l'an dernier et à 320 en 2009-2010. Bien qu'il y ait eu une augmentation du nombre de dossiers reçus, il y a donc eu une diminution du nombre de motifs d'insatisfaction. Le *Tableau 5* ci-dessous illustre la comparaison des motifs de plainte reçus avec les années antérieures.

Tableau 5 - Nombre de motifs de plainte reçus



Encore cette année, le plus grand nombre de motifs portés à mon attention concerne les soins et services (81) malgré une diminution du nombre de motifs portés à mon attention depuis l'an dernier. Le plus souvent, on s'est plaint de manquements au niveau des soins d'assistance, particulièrement pour les activités de la vie quotidienne (17), des soins de santé au niveau physique (13), des habiletés techniques et professionnelles du personnel (9), de l'évaluation ou du jugement professionnel d'un membre du personnel (6), de l'approche de soins (6) ou d'une intervention du personnel infirmier reliée à la médication (5).

La deuxième cause d'insatisfaction, avec 72 motifs, a été l'accessibilité aux services. Il y a ici aussi une diminution du nombre de motifs de plainte dans cette catégorie par rapport à l'an dernier où j'avais reçu 96 motifs de plainte. Un grand nombre de personnes (39) se sont plaintes des délais : pour être examinées par un médecin à l'urgence (10), d'un report de chirurgie (7) ou que leurs demandes de soins ou services soient inscrites sur une liste d'attente (6). On a aussi porté à mon attention, l'absence de service ou de ressource (13), le fait qu'on leur ait refusé l'accès à un service ou un programme (8) et la difficulté d'accéder à des services (9).

Au niveau des relations interpersonnelles, 61 motifs de plainte m'ont été soumis, comparativement à 63 l'an dernier. Les éléments qui ont le plus été portés à mon attention sont: attitude non verbale inappropriée (13), manque de politesse (9),

manque d'empathie (7), manque de disponibilité ou de fiabilité du personnel (7), ou forme d'abus de la part du personnel (14). Dans la plupart de ces derniers cas, il s'agissait d'abus d'autorité.

Au plan de l'organisation du milieu et des ressources matérielles, les usagers se sont plaints à 54 reprises, comparativement à 70, l'an dernier. Les points qui ont été le plus soulevés ont été : perte ou le vol de biens (8), bris d'équipement (5), propreté de certains lieux (6) ainsi que des aspects reliés au confort des usagers dans une chambre ou celui des personnes placées sur des civières dans les corridors répartis sur les étages (10).

Trente-sept motifs de plainte ont porté sur les aspects financiers, comparativement à 17 l'an dernier et à 7, l'année précédente. De ce nombre, 20 personnes se sont plaintes d'une facturation inadéquate au niveau des frais de chambre (12) et des frais reliés à la contribution à l'hébergement (8). Six personnes se sont plaintes de l'aide financière insuffisante.

À 36 reprises, les usagers ont invoqué le non respect d'un droit particulier (non inclus dans les autres catégories de motifs de plainte), comparativement à 40 fois, l'an dernier. Les usagers ont souvent invoqué le fait qu'on ne respectait pas leur droit d'obtenir de l'information (13) sur les services et les modes d'accès (5) et concernant leur état de santé (5). Huit usagers se sont plaints de l'hébergement transitoire qu'on leur proposait. Sept personnes se sont plaintes d'un problème lié à la confidentialité.

Les motifs de plainte soumis par les usagers ont interpellé presque toutes les directions et plus particulièrement, les directions qui offrent directement des soins aux usagers comme on peut le constater au [Tableau 6](#), à la page suivante.

Tableau 6 – Nombre de motifs de plainte reçus par direction

Directions	Motifs							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relation inter-personnelles	Soins et services dispensés	Autre	
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et DP	9	12	14	10	14	23	0	82
Médecine, services spécialisés et services ambulatoires	13	0	1	15	15	23	0	67
Chirurgie, services ambulatoires, réadaptation, natalité et pédiatrie	19	0	4	6	11	14	0	54
Services généraux, santé publique et dépendances	21	1	6	3	7	8	0	46
Affaires cliniques et médicales	6	5	2	2	7	2	1	25
Ressources financières	0	18	1	0	0	0	0	19
Ressources techniques et d'hôtellerie	0	1	0	12	1	0	0	14
Santé mentale	0	0	2	4	2	4	0	12
Enfance-Famille-Jeunesse DI, TED et DP	4	0	3	0	4	1	0	12
Soins infirmiers	0	0	1	1	0	3	0	5
Aucune direction identifiée ¹	0	0	1	1	0	2	0	4
Communications et affaires publiques	0	0	1	0	0	0	0	1
Ressources humaines	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	72	37	36	54	61	81	1	342
	21.05%	10.82%	10.53%	15.79%	17.84%	23.68	0.29 %	100 %

La majorité (60) des motifs d'insatisfactions des services gérés par la direction du PROGRAMME **PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIEE AU VIEILLISSEMENT (PALV) ET DEFICIENCE PHYSIQUE (18 ANS ET PLUS)**, ont porté sur différents services non institutionnels. Vingt-six motifs de plainte ont porté sur les services de soutien à domicile. À sept reprises, les usagers se sont plaints qu'on ne leur ait pas octroyé une aide financière pour répondre à leur besoin notamment au niveau du soutien à domicile (allocation directe, répit ou dépannage). Ils se sont aussi plaints à sept reprises des soins et des services dispensés. À six reprises, ils se sont plaints des difficultés pour obtenir un service. Plusieurs motifs (15) de plainte ont par ailleurs été formulés dans huit plaintes concernant des services offerts dans des places achetées (ressources externes) par l'établissement. Parmi ceux-ci, cinq motifs ont

¹ Il s'agit de dossiers abandonnés par l'utilisateur avant que la direction concernée ait été identifiée.

porté sur les soins dispensés, quatre sur les relations interpersonnelles et trois sur l'organisation du milieu qui les accueillait. Plusieurs usagers ou leur représentant se sont par ailleurs plaints d'un transit dans des ressources d'hébergement qui ne répondaient pas au choix (8) de l'utilisateur ou de ses proches. Différentes mesures ont été prises dont la réévaluation des besoins d'un usager par une nutritionniste, des fenêtres ont été sécurisées pour répondre aux normes du bâtiment dans une ressource à contrat et de l'information concernant la facturation des résidents en longue durée est maintenant transmise à la famille ou à l'utilisateur dès la déclaration de séjour prolongé.

J'ai par ailleurs reçu un nombre presque équivalent de dossiers de plainte des résidents des centres d'hébergement que l'an dernier. En effet, cette année, j'ai reçu 13 dossiers de plainte comparativement à 14 l'an dernier. Au total, j'ai examiné 22 motifs d'insatisfaction comparativement à 25 l'an dernier. De ce nombre, la majorité des motifs (10) a porté sur les soins et les services dispensés par les professionnels (6) et sur les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne (4). Certaines plaintes ont nécessité une réévaluation de la condition du résident pour mieux répondre à ses besoins ou des rappels au personnel afin de donner le service requis. Cinq motifs ont porté sur l'organisation du milieu notamment la dimension ou l'entretien des chambres et cinq sur les attitudes du personnel. Une des plaintes concernait certaines chambres trop petites en centre d'hébergement et la discussion qui en découlera servira à illustrer certains besoins en vue de l'élaboration d'un plan directeur immobilier.

J'ai reçu 67 motifs de plainte concernant des services offerts par la **DIRECTION DE LA MEDECINE, SERVICES SPECIALISES ET SERVICES AMBULATOIRES**. Il s'agit ici d'une nette diminution par rapport à l'an dernier où 101 motifs de plainte avaient été enregistrés. Les plaintes ont porté principalement sur les services de l'urgence (37 motifs). Il faut souligner ici qu'il s'agit d'une diminution de 36% du nombre de motifs de plainte dans ce service, comparativement à l'an dernier (58). Au niveau de l'urgence, 10 fois les usagers se sont dits insatisfait des soins et services. Les usagers se sont aussi plaints d'un problème d'attitude ou de communication du personnel (11), de l'accessibilité à des services (10) – notamment du délai pour rencontrer le médecin au triage – et de différents éléments en lien avec l'organisation du milieu et des ressources matérielles (5). On constate également que plusieurs usagers ont souligné avoir perdu ou s'être fait voler un bien durant

l'année à l'urgence ou à l'unité où les usagers ont été conduits; ce problème a mis en lumière l'importance que l'établissement se dote d'une politique sur la gestion et la sécurité des biens personnels des usagers.

Six motifs d'insatisfaction ont par ailleurs été portés par des usagers insatisfaits d'avoir été orientés pour leurs soins dans un lit installé dans le corridor d'un étage au lieu d'avoir obtenu un lit dans une chambre. Ces personnes ont souligné entre autres : le manque d'intimité, le bruit, le fait d'être constamment dérangé et de n'avoir pas d'espace de rangement. Ils ont souligné aussi qu'il était difficile d'y reprendre des forces, se reposer ou être soigné. Au 7^e Nord, plusieurs personnes (13) se sont plaintes des soins et des services (9) ou d'un problème de communication du personnel (4).

Les actions entreprises l'an dernier pour améliorer la qualité des services notamment à l'urgence et au 5^e Nord semblent porter fruit. L'examen des plaintes dans les différentes unités de cette direction a aussi donné lieu à plusieurs interventions auprès du personnel. On retient par exemple, les interventions pour que le personnel documente adéquatement les dossiers, intervienne de façon adéquate avec la clientèle, donne les services d'aide à l'hygiène ou l'assistance requise notamment au 7^e Nord, et assure la vérification des ordonnances des 24 dernières heures.

Les plaintes dont les services relèvent de la **DIRECTION DE LA CHIRURGIE, DES SERVICES AMBULATOIRES, READAPTATION, PEDIATRIE ET NATALITE** ont surtout porté sur les activités de chirurgie du 6^e Nord, des consultations externes et de suivis systématiques (27 motifs). Les usagers ont notamment porté à notre attention le délai pour voir le médecin lors des cliniques d'orthopédie (8) et des difficultés vécues au niveau des relations interpersonnelles (8 motifs). Huit plaintes ont par ailleurs été formulées au sujet de reports de chirurgie. Des consignes ont dû être rappelées au personnel de la natalité pour s'assurer que les bris des chaises berceuses soient rapportés et que les démarches soient faites pour les faire réparer. Au 5^e Sud (pédiatrie), quelques plaintes ont porté sur des délais avant d'obtenir un service ou de la médication.

Concernant la **DIRECTION DES SERVICES GENERAUX, SANTE PUBLIQUE ET DEPENDANCES**, 21 des 46 motifs ont porté sur l'accessibilité aux services. Plusieurs usagers (10)

se sont plaints de n'avoir pu rencontrer un médecin au service de « sans rendez-vous » du CLSC du Richelieu. C'est moins que l'an dernier où 21 personnes avaient formulé des plaintes pour ce motif. On peut penser que les mesures prises pour mieux informer et accueillir la population ont dû avoir un impact et expliquent la diminution du nombre de plaintes à cet égard. L'offre de services limitée est toutefois encore insatisfaisante pour la population. Des personnes se sont aussi plaintes de l'accessibilité à un médecin de famille notamment de n'avoir pu obtenir rapidement un médecin ou d'être refusé au guichet PECCO (Prise en charge de la clientèle orpheline). Des personnes se sont plaintes soit d'un problème relié à une habileté technique au service de prélèvements du CLSC soit à un conseil reçu du Service régional Info-Santé et Info-Social en Montérégie, ce qui a donné lieu, lorsque nécessaire, à un encadrement individuel ou à des rappels collectifs. Cinq motifs d'insatisfaction de cette direction ont aussi porté sur l'attitude de certains membres du personnel (5). Afin de soutenir le personnel dans leur approche à la clientèle, plusieurs employés ont reçu une formation à cet effet dans la dernière année.

Les plaintes concernant les activités de la **DIRECTION GENERALE ADJOINTE AUX AFFAIRES CLINIQUES ET MEDICALES** ont surtout été réparties entre l'imagerie médicale (11 motifs) et le service d'accueil et archives (8 motifs). Trois personnes se sont plaintes d'un problème d'accessibilité aux services du personnel de l'accueil. L'attitude de quatre membres du personnel, les frais demandés pour une copie d'image sur CD (3) et l'accessibilité à des services d'imagerie médicale (3) a aussi été jugé insatisfaisante.

À la **DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIERES**, 19 motifs de plainte ont été déposés, comparativement à 17, l'année précédente. De ce nombre, treize personnes se sont plaintes d'une facturation inadéquate relativement aux frais de chambre et quatre, des frais reliés à la contribution à l'hébergement. Lorsque nécessaire, les frais ont été annulés à la suite de ma recommandation.

Les plaintes concernant des services offerts par la **DIRECTION DES RESSOURCES TECHNIQUES ET D'HOTELLERIE** ont été très variées. Elles ont mis en lumière la nécessité d'apporter certains correctifs au 4^e Nord afin d'assurer la sécurité des usagers et du personnel. En outre, certaines fenêtres au 4^e Nord étaient brisées et n'ouvraient pas ; elles ont été réparées afin de permettre une ouverture

sécuritaire de la fenêtre. La technique de nettoyage avec lingette a été revue avec les employés affectés à l'hygiène et la salubrité car certains n'avaient pas bien compris les directives. La température dans les salles d'examen du CLSC de la Vallée-des-Forts a aussi été déplorée par des usagers; pour améliorer la situation, un « balancement d'air » a été réalisé dans toutes les salles et bureaux.

Du côté de la **DIRECTION DE LA SANTE MENTALE**, les neuf dossiers de plainte ont donné lieu à 12 motifs d'insatisfaction. Dix des douze motifs de plainte examinés ont porté sur les services internes de psychiatrie. Les motifs ont été variés. L'examen d'une plainte a donné lieu à la révision du registre de garde en établissement et aux inscriptions qui y sont faites pour mieux correspondre à ce qui est prévu dans la loi. Un autre dossier a donné lieu à une révision des actions à poser et du fonctionnement lors d'un *code blanc*.

Les plaintes concernant la **DIRECTION ENFANCE-FAMILLE-JEUNESSE, DEFICIENCE INTELLECTUELLE, TED ET DEFICIENCE PHYSIQUE (0-17 ANS)** ont porté sur des sujets variés allant de l'attitude d'un intervenant social, le fait de n'avoir pas tenu compte d'un refus du parent par une infirmière ou la difficulté à entrer en communication avec une commis en pédiatrie. Le message d'accueil de la boîte vocale a été modifié afin de mieux informer les parents; le peu de plages horaire disponibles pour avoir un rendez-vous avec un pédiatre demeure toutefois un motif d'insatisfaction pour la clientèle. L'affichage concernant l'allaitement a été révisé afin de mieux répondre à l'ensemble de la clientèle notamment aux mères ne pouvant allaiter.

Le **Tableau 7** ci-dessous indique le niveau de traitement accordé aux motifs de plainte. On constate que dans 183 motifs d'insatisfaction sur 330, soit 55%, une mesure est prise ou recommandée en vue d'améliorer la qualité des services ou la satisfaction des usagers. Dans quatre dossiers, j'ai demandé à la direction des ressources humaines d'examiner le travail des membres du personnel pour étude à des fins disciplinaires.

Tableau 7 - Motifs de plainte par niveau de traitement

Motifs	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété			Total reçu
					Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	TOTAL EXAMINÉ	
Accessibilité	3	0	0	0	28	41	69	72
Aspect financier	0	0	0	0	23	14	37	37
Droits particuliers	2	1	0	0	22	11	33	36
Organisation du milieu et ressources mat.	0	1	0	0	27	26	53	54
Relations interpersonnelles	1	0	0	0	38	22	60	61
Soins et services dispensés	3	0	1	0	44	33	77	81
Autre	0	0	0	0	1	0	1	1
TOTAL	9	2	1	0	183	147	330	342

Le **Tableau 8** plus bas indique la nature de mesures prises pour corriger ou améliorer les services des différents motifs de plainte. On constate donc qu'il y a eu 234 mesures proposées pour 183 motifs de plainte qui ont nécessité des améliorations. Certaines mesures (93) ont eu une portée individuelle, tandis que 141 mesures avaient une portée systémique.

Parmi les mesures à portée individuelle fréquemment appliquées, il y a eu l'adaptation des soins et services (39), l'information ou la sensibilisation d'un intervenant (17), un ajustement financier (15) et l'obtention de services (13).

Les mesures à portée systémique les plus fréquentes ont été l'adaptation des soins et des services (73), l'adoption ou la révision d'une procédure (26), l'adaptation du milieu et de l'environnement (21) et l'amélioration de la communication (13).

Des explications ont été fournies à l'utilisateur chaque fois qu'une mesure corrective ou d'amélioration de la qualité des services n'a pas été prise.

RAPPORT ANNUEL 2011-2012
Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes

Tableau 8 - Nombre de mesures par motif

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ress. mat.	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À PORTÉE INDIVIDUELLE									
• Adaptation des soins et services (39)									
Ajustement professionnel	0	1	0	2	3	6	0	12	5.13
Amélioration des communications	0	0	0	0	1	0	0	1	0.43
Changement d'intervenant	0	0	0	0	2	1	0	3	1.28
Élaboration / révision / application	0	0	0	1	0	2	0	3	1.28
Encadrement de l'intervenant	1	0	2	0	2	6	0	11	4.70
Évaluation ou réévaluation des besoins	0	1	0	1	0	6	0	8	3.42
Réduction du délai	0	0	0	1	0	0	0	1	0.43
• Ajustement financier	0	0	0	2	0	0	0	2	0.85
• Information / sensibilisation d'un intervenant	1	0	3	0	9	4	0	17	7.26
• Obtention de services	7	0	2	2	0	2	0	13	5.56
• Respect du choix	0	0	1	0	0	0	0	1	0.43
Sous-total	9	16	11	11	18	28	0	93	39.74
À PORTÉE SYSTÉMIQUE									
• Adaptation des soins et services (73)									
Ajustement des activités professionnelles	2	3	2	3	2	12	0	24	10.26
Ajout de services ou de ressources humaines	2	0	0	0	0	1	0	3	1.28
Amélioration des communications	0	0	1	0	1	1	0	3	1.28
Élaboration / révision / application	3	0	0	0	0	0	0	3	1.28
Encadrement des intervenants	4	0	1	0	2	9	0	16	6.84
Évaluation des besoins	1	0	1	0	1	0	0	3	1.28
Information et sensibilisation des intervenants	2	0	4	2	9	1	0	18	7.69
Autre	2	0	0	1	0	0	0	3	1.28
• Adaptation du milieu et de l'environnement (21)									
Ajustement technique et matériel	3	1	1	8	1	2	0	16	6.84
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	1	0	1	0	2	0.85
• Adoption / révision / application de règles et procédures (26)									
Politiques et règlements	0	0	0	1	0	0	0	1	0.43
Protocole clinique ou administratif	2	4	2	1	2	6	1	18	7.69
Autre	1	1	0	2	2	1	0	7	2.99
• Communication / promotion	4	3	2	1	3	0	0	13	5.56
• Formation / supervision	0	0	0	1	4	1	0	6	2.56
• Respect des droits	0	0	1	0	0	0	0	1	0.43
Autre	0	0	0	1	0	0	0	1	0.43
Sous-total	27	13	15	23	27	35	1	141	60.26
TOTAL	36	29	26	34	45	63	1	234	100

Les directions concernées ont confirmé qu'elles ont mis ou qu'elles mettront en œuvre les mesures correctives. Je suis en attente, dans quelques dossiers, de la réalisation complète des engagements ou de recommandations. Dans tous les cas, il apparaît que les gestionnaires concernés font diligence dans la mise en œuvre des mesures.

2.2.2 Transfert au 2^e palier : Protecteur du citoyen

Dans six dossiers, les usagers se sont prévalus de leur droit de recours au Protecteur du citoyen, en 2011-2012. Trois dossiers étaient en cours d'examen à la fin de l'année.

Deux dossiers n'ont pas donné lieu à des recommandations. Dans un premier dossier, une personne était insatisfaite de la disparition d'un bien d'un usager. Le Protecteur a souligné qu'il n'y avait pas d'élément qui permettait de penser que la disparition était due aux actes du personnel. Un autre dossier concernait une garde en établissement jugée illégale par le plaignant, en 2006, ainsi que des informations erronées dans son dossier. Après avoir pris connaissance de l'examen du commissaire, le Protecteur n'a pas poussé plus loin l'examen car les faits relatés s'étaient déroulés en 2006 et que la commissaire aux plaintes avait indiqué au plaignant toutes les mesures qui avaient été prises par l'établissement pour corriger la situation.

Trois dossiers ont par ailleurs fait l'objet de recommandation. Dans un premier dossier, l'usager était insatisfait du plan d'intervention qui lui était destiné à l'urgence. Le protecteur du citoyen a recommandé à l'établissement d'élaborer un plan d'intervention en collaboration avec l'usagère, de le consigner à son dossier et de rendre disponible cette dernière version au service de l'urgence. Compte tenu du temps écoulé depuis la survenance des faits justifiant le plan d'intervention et que l'usagère n'utilisait plus le service, l'établissement a indiqué qu'aucun plan ne serait réalisé. Le Protecteur du citoyen a été satisfait de la réponse.

Un autre dossier a porté sur la facturation d'une chambre d'une personne déclarée en soins de longue durée, l'information donnée par une intervenante

sociale et les soins et l'assistance requis par un usager en fin de vie. L'examen des deux premiers motifs a confirmé les conclusions de la commissaire. Le protecteur a toutefois recommandé que le CSSS fasse parvenir au Protecteur du citoyen, le bilan de mise en œuvre du plan d'action visant l'amélioration des soins à l'unité du 6^e Sud.

Dans un dernier dossier, l'usager s'est plaint du manque de continuité au niveau des soins infirmiers et d'assistance à une usagère tant à l'urgence qu'au 5^e Nord ainsi que de l'attitude inadéquate de certains membres du personnel. Ayant constaté les mesures déjà prises par l'établissement pour améliorer la qualité des services, le Protecteur du citoyen a recommandé que l'établissement lui fasse parvenir le bilan de mise en œuvre du plan d'action visant l'amélioration des soins aux unités de l'urgence et du 5^e Nord.

À chaque dossier conclu par le Protecteur du citoyen, le comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration en a été informé et il s'est assuré que les recommandations étaient suivies.

2.2.3 Satisfaction des usagers quant au traitement de leurs plaintes

À la demande du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration, les personnes qui ont porté plainte sont sondées sur leur satisfaction quant au processus suivi lors de l'examen de leur plainte. Ainsi, j'ai préparé un sondage de satisfaction qui est transmis avec mes conclusions. Les seules personnes qui ne reçoivent pas le sondage sont généralement les personnes qui n'ont pas donné leur adresse. En outre, cette année, les sondages n'ont pas été transmis aux usagers qui ont reçu des conclusions à compter du 20 mars 2012 en raison de l'omission de donner cette directive à une agente administrative remplaçante. Les sondages remplis ne sont pas nominatifs et sont acheminés directement par les plaignants à la direction de la qualité, performance, évaluation et gestion des risques qui les compile. Sur 195 personnes sondées en 2011-2012, nous avons obtenu 64 réponses au 1^{er} mai 2012, soit un taux de réponse de 33 %. Le taux de satisfaction global est de 79,52%.

2.3 Les interventions (signalements)

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* édicte que le commissaire peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou de plusieurs usagers ne sont pas respectés.

J'ai reçu 35 signalements formulés par des membres de famille, du personnel ou des usagers, en 2011-2012 qui ont donné lieu à l'ouverture de 35 dossiers d'intervention. J'ai conclu et fermé 36 dossiers durant l'année. Il s'agit donc d'une augmentation de sept dossiers d'intervention de plus que l'an dernier où j'avais complété 29 dossiers.

Ces 35 dossiers ont donné lieu à 46 motifs. Dans 60 % des motifs examinés, une mesure corrective ou d'amélioration de la qualité des services a été instaurée, comme on peut le constater au *Tableau 9* suivant.

Tableau 9 - Motifs d'interventions par niveau de traitement

Motifs	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété			Total reçu
					Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	TOTAL EXAMINÉ	
Accessibilité	0	0	0	0	3	5	8	8
Droits particuliers	1	0	0	0	1	3	4	5
Organisation du milieu et ressources mat.	1	0	0	0	11	2	13	14
Relations interpersonnelles	1	0	0	0	6	5	11	12
Soins et services dispensés	0	0	0	0	5	2	7	7
TOTAL	3	0	0	0	26	17	43	46

Comme on peut le constater au *Tableau 10* à la page suivante, 19 dossiers concernaient des situations qui ont eu lieu à l'Hôpital du Haut-Richelieu, 8 au CLSC de la Vallée-des-Forts et quatre dans des ressources intermédiaires ; les autres se répartissent entre les autres installations.

Tableau 10 - Nombre d'interventions, par installation visée

INSTANCE VISÉE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice
		Nombre	%	Nombre	%	
Centre d'hébergement Georges-Phaneuf	0	2	5.71	1	2.78	1
Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance	0	1	2.86	1	2.78	0
CLSC du Richelieu (Clinique jeunesse du bassin de Chambly)	0	1	2.86	1	2.78	0
CLSC du Richelieu (St-Césaire)	0	1	2.86	1	2.78	0
CLSC Vallée des Forts	0	6	17.14	5	13.89	1
CLSC Vallée des Fort (Henryville)	0	1	2.86	1	2.78	0
Hôpital du Haut-Richelieu	4	19	54.29	22	61.11	1
Ressource intermédiaire	0	4	11.43	4	11.11	0
TOTAL	4	35	100.00	36	100.00	3

Les dossiers d'intervention ont porté en grande partie sur des questions d'organisation du milieu, de soins et services dispensés et de relations interpersonnelles. Les motifs sont très variés. Voici quelques exemples de signalements portés à mon attention :

- Congé donné à une personne âgée inapte sans que la résidence où elle vit ou son représentant n'en ait été avisé ;
- Aucune réponse à la clinique jeunesse à des heures où celle-ci devait être ouverte ;
- Refus de permettre un changement de chambre à une personne en fin de vie qui le demande ;
- Mauvaise gestion des narcotiques ;
- Refus d'aide pour relocaliser la clientèle d'une résidence privée dont la maison était devenue inhabitable en raison des inondations.
- Moyens insuffisants pour protéger les visiteurs d'un usager présentant des signes d'agressivité ;
- Multiples transferts de milieu de vie à une personne dont l'état de santé mentale et physique s'est détérioré ;
- Délai de réponse à la cloche d'appel et manquement dans les soins d'hygiène ;
- Absence d'une étude sérieuse par une intervenante sociale d'une information à l'effet qu'un usager était victime d'abus financier ;

- Attitude inappropriée d'une réceptionniste ;
- Commentaires manquant de confidentialité et de professionnalisme pour expliquer l'absence d'un médecin ;
- Absence de médecins pour servir la clientèle du CLSC de la Vallée-des-Forts à domicile.

Le **Tableau 11** indique dans les dossiers conclus le nombre de mesures par motif d'insatisfaction. On constate que sept mesures à portée individuelle ont été prises et 27 à portée systémique, pour 34 mesures correctives ou d'amélioration de la qualité des services. Un total de 26 motifs sur 43, ont donné lieu à des mesures, soit dans 60 % des motifs examinés. Parmi les mesures prises, on constate que 14 mesures dont 12 à impact collectif ont porté sur l'adaptation des soins et des services, sept ont donné lieu à l'adaptation du milieu et de l'environnement et six à l'adoption ou à la révision de règles ou de procédures. Certaines mesures se sont traduites, par exemple, par la révision de la façon de conserver les narcotiques, la modification de l'information transmise au public concernant les conditions d'accès à la Clinique jeunesse, la réalisation d'un audit pour évaluer l'aide à l'alimentation et à l'hygiène donnée par le personnel et des rappels de différentes natures au personnel.

Tableau 11 - Nombres de mesures par motif

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ress. mat.	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL	% Par mesure
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
• Adaptation des soins et services								
Ajustement professionnel	0	0	0	1	0	0	1	2.94
Élaboration / révision / application	0	0	0	0	1	0	1	2.94
Information / sensibilisation d'un intervenant	1	0	0	0	2	0	3	8.82
Obtention de services	0	0	0	1	0	0	1	2.94
Autre	1	0	0	0	0	0	1	2.94
Sous-total	2	0	0	2	3	0	7	20.59

Tableau 11 - Nombres de mesures par motif (suite)

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ress. mat.	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL	% Par mesure
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
• Adaptation des soins et services (12)								
Ajustement des activités professionnelles	0	0	0	0	0	4	4	11.76
Amélioration des communications	0	0	0	0	1	0	1	2.94
Encadrement des intervenants	0	0	0	0	1	1	2	5.88
Évaluation des besoins	0	0	0	0	0	2	2	5.88
Information et sensibilisation des intervenants	0	0	1	0	1	0	2	5.88
Autre	1	0	0	0	0	0	1	2.94
• Adaptation du milieu et de l'environnement (7)								
Ajustement technique et matériel	0	0	0	4	0	0	4	11.76
Amélioration des conditions de vie	0	0	0	1	0	0	1	2.94
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	2	0	0	2	5.88
• Adoption / révision / application de règles et procédures (6)								
Politiques et règlements	0	0	0	3	0	0	3	8.82
Protocole clinique ou administratif	0	0	0	1	0	2	3	8.82
• Communication / promotion								
	1	0	0	0	1	0	2	5.88
Sous-total	2	0	1	11	4	9	27	79.41
TOTAL	4	0	1	13	7	9	34	100

3. AUTRES FONCTIONS DE LA COMMISSAIRE

La Loi prévoit que le commissaire exerce d'autres fonctions, telles que promouvoir le régime d'examen des droits des usagers, de veiller au bon fonctionnement du régime des plaintes et de participer au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Le *Tableau 12* ci-joint illustre le nombre de fois où j'ai effectué ces activités en 2011-2012.

Tableau 12 - Autres fonctions du commissaire locale aux plaintes et à la qualité

AUTRES FONCTIONS	Nombre
● PROMOTION / INFORMATION	
- Droits et obligations des usagers	18
- Code d'éthique	6
- Régime et procédure d'examen des plaintes	14
- Autre	1
Sous-total	39
● COMMUNICATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION (EN SÉANCE)	
- Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	1
- Attentes du conseil d'administration	1
Sous-total	2
● PARTICIPATION AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
- Participation au comité de vigilance et de la qualité	6
● COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME DES PLAINTES	
- Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	8
- Collaboration avec les comités des usagers / résidents	18
- Soutien aux commissaires locaux	1
Sous-total	27
TOTAL	74

Au niveau de la promotion des droits et des obligations des usagers, je me suis assurée que les affiches produites par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le régime d'examen des plaintes et les dépliants, soient disponibles dans tous les sites. Des contacts ont été faits à deux reprises, durant l'année, auprès des responsables de tous les sites pour s'assurer qu'ils aient suffisamment de dépliants et de leur en acheminer, au besoin.

Durant l'année 2011-2012, j'ai rencontré le comité des usagers et les comités de résidents à plusieurs reprises. Avec ces derniers, nous avons élaboré une activité « *Les droits, c'est ton histoire* » où les résidents des centres d'hébergement et leurs familles ont été invités à participer et identifier les droits des résidents et les attentes envers le personnel inscrit dans le code d'éthique de l'établissement. Cette activité a été un franc succès dans les centres d'hébergement et la participation des familles et résidents fut excellente. Au centre d'hébergement Sainte-Croix, nous avons invité les résidents et leur famille à l'activité « *Le cercle sur les droits* » qui n'avait pu être effectuée l'année précédente. Environ 180 personnes se sont déplacées pour les activités sur les droits dans les centres d'hébergement.

J'ai, par ailleurs, rencontré des employés ou des gestionnaires pour leur parler du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers et du code d'éthique. J'ai donc été invitée à rencontrer le comité de direction, les intervenants sociaux des services sociaux hospitaliers et des services multidisciplinaires gériatriques ainsi que plusieurs intervenants et infirmières de la direction de la santé mentale.

À l'externe, j'ai participé aux réunions des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de la Montérégie. J'ai également contribué à l'amélioration du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), en participant aux réunions du comité des utilisateurs organisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Société de gestion informatique Sogique.

Comme l'an dernier, j'ai également œuvré à titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services au Manoir Soleil, en vertu d'une entente de service convenue entre nos deux établissements. Les activités réalisées au Manoir Soleil ne sont pas comptabilisées dans le présent rapport.

CONCLUSION

On constate donc que plus de dossiers de plainte ou d'intervention ont été portés à mon attention pour la période 2011-2012, mais que moins de dossiers ont eu plus d'un motif d'insatisfaction. Certaines améliorations, tel le changement du système téléphonique, ont permis de mieux servir la clientèle, toutefois, elles ont provoqué un certain nombre de plaintes car des membres du personnel n'avaient pas pris soin de modifier leur message téléphonique d'accueil, n'avaient pas donné de consignes à la personne qui recevait les appels ou de l'information dans la nouvelle boîte vocale était imprécise ou insatisfaisante pour la clientèle. Plusieurs de ces plaintes ont pu être facilement corrigées.

Par ailleurs, un motif qui revient régulièrement depuis quelques années est la perte de biens appartenant à l'utilisateur. Malgré différentes mesures prises par certains services, les pertes sont fréquentes, ce qui causent des désagréments ou des préjudices parfois importants à certaines personnes et peuvent entraîner quelquefois la responsabilité civile de l'établissement. Des discussions ont lieu depuis plusieurs mois sur les moyens à prendre pour consigner les biens de l'utilisateur et assurer leur protection pour le cas où l'utilisateur ne serait plus capable de le faire. Selon l'information que j'ai obtenue, une politique est en voie d'être adoptée. Il m'apparaît que la situation nécessite qu'une politique sur la gestion des biens personnels des usagers soit adoptée dans les meilleurs délais et qu'elle soit rapidement mise en application dans les différentes unités.

RECOMMANDATION 1 : Je recommande à l'établissement de se doter dans les meilleurs délais d'une politique sur la gestion des effets personnels des usagers et que celle-ci fasse l'objet d'un suivi du comité de direction afin de s'assurer de sa mise en œuvre dans toutes les unités.

L'un des secteurs où il y avait eu le plus d'insatisfactions l'an dernier était l'urgence. On constate que les améliorations apportées ont eu un impact significatif sur la satisfaction des usagers car moins de plaintes ont été portées à mon attention notamment au niveau des soins et services et de l'organisation des lieux. La vigilance est toutefois toujours de mise car l'organisation physique actuelle de l'urgence, le nombre élevé d'utilisateurs qui s'y présentent ainsi que la non disponibilité d'un lit dans une unité de soins, associée à un stress important, tant pour les usagers, les visiteurs que pour le personnel qui y intervient, en font une unité où les conditions sont réunies pour l'expression d'insatisfactions.

Dans ce secteur comme dans l'ensemble de l'établissement, on peut toutefois constater que malgré les efforts effectués pour faire connaître le code d'éthique et la conduite attendue du

personnel en matière de qualité de relations interpersonnelles, il y a eu autant de personnes qui se sont plaintes d'une attitude du personnel (61 comparativement à 62 motifs) que l'an dernier. Il m'apparaît que l'établissement doit donc poursuivre ses démarches pour faire connaître et appliquer le code d'éthique et également pour intervenir auprès des personnes qui refusent d'adopter une attitude empreinte de civilité ou d'accueil des autres. À cet égard, il m'apparaît que l'établissement devrait encore cette année, rendre disponible la formation sur l'approche à la clientèle pour les employés ciblés qui ont besoin d'être outillés.

RECOMMANDATION 2 : Je recommande donc à l'établissement de continuer à offrir aux membres du personnel ciblés, des formations sur le service à la clientèle.

Il m'apparaît également que la conduite envers la clientèle et avec les collègues de travail ainsi que le respect du code d'éthique devraient être évaluées annuellement, soit lors de l'évaluation de l'employé(e) ou lors d'une rencontre spéciale. Ce serait l'occasion de souligner aux membres du personnel qui ont des habiletés interpersonnelles ou qui ont démontré une conduite conforme au code d'éthique, la satisfaction de l'établissement et, pour ceux qui ont de points à améliorer, ce serait l'occasion de leur faire part des attentes signifiées ou de leur proposer une activité de formation ou de sensibilisation pour les aider à s'améliorer. Il va s'en dire que le non respect des attentes devraient faire l'objet d'un suivi durant l'année.

RECOMMANDATION 3 : Je recommande donc à l'établissement de porter une attention spéciale à l'application du code d'éthique lors de l'évaluation du personnel ou selon toutes autres modalités.

Encore cette année, bien que les motifs de plainte formulés aient été nombreux, j'ai noté que les gestionnaires n'ont pas hésité à remettre en question leurs pratiques ou l'organisation de leurs services pour les améliorer. Dans les faits, à 268 reprises, des mesures correctives ou d'amélioration de la qualité ont été prises à la suite d'une plainte (234) ou d'une intervention (34). Au nom des usagers, je les remercie de leur collaboration et de leur ouverture à tenir compte du point de vue des usagers. Il est aussi important que je souligne la contribution de plusieurs membres du personnel – les conseillères cliniques en soins infirmiers spécialisés, des gestionnaires et des médecins – qui m'ont aidée, par leur témoignage, à mieux comprendre une situation et à identifier les zones d'amélioration des services lorsque c'était nécessaire.

Remerciements

Je veux profiter de ce rapport pour remercier les directeur(trice)s, les gestionnaires, les médecins, les professionnel(le)s et les employé(e)s qui ont démontré beaucoup d'ouverture d'esprit et de désir d'améliorer la qualité des services et la satisfaction des usagers.

Je veux souligner la belle complémentarité développée avec le comité des usagers et les comités des résidents des centres d'hébergement et remercier également les animatrices des services des loisirs des centres d'hébergement pour leur soutien dans la mise sur pied des activités sur les droits des usagers. Je tiens aussi à souligner le soutien des membres du conseil d'administration, anciens et nouveaux, et plus particulièrement, celui des membres du comité de vigilance et de la qualité, qui ont le souci de veiller à ce que les recommandations soient mises en œuvre, qui sont très intéressés à comprendre les insatisfactions des usagers pour en faire rapport au conseil d'administration. Je veux souligner et remercier docteur Pierre Lemlin, médecin examinateur, qui en plus d'examiner les plaintes des usagers, s'est rendu disponible pour répondre à mes questions. Je remercie également madame Johanne St-Cyr, agente administrative, pour son excellent soutien au niveau du secrétariat et son accueil des personnes qui formulent une demande ou une plainte ainsi que madame Christiane Deschênes qui m'a donné du soutien clérical à plusieurs reprises en l'absence de madame St-Cyr dans la dernière année. Sans la collaboration de celle-ci et des autres agentes administratives qui ont accepté de me fournir leur aide lors d'absences de madame St-Cyr, les usagers n'auraient pu obtenir la qualité du service qu'ils ont obtenue. Je remercie à cet égard les directrices qui m'ont permis d'obtenir le soutien de leurs agentes administratives durant ces périodes.

Finalement, j'aimerais en profiter pour remercier les usagers et leurs familles qui m'ont fait confiance et qui permettent ainsi à chacune des personnes concernées d'améliorer la qualité des services. Je m'engage par ailleurs à continuer à être vigilante afin de bien accueillir les insatisfactions de la clientèle et de la servir au meilleur de ma connaissance.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services,



Sylvie Presseault

SP/cnf/jsc



Annexe I

**RAPPORT ANNUEL
2011-2012**
sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
du médecin examinateur

par

docteur Pierre Lemlin, médecin examinateur

Présenté au comité de vigilance et de la qualité des services, le 17 mai 2012

Adopté au conseil d'administration le 18 juin 2012

**ON PREND SOIN
DE NOTRE MONDE**

TABLE DES MATIÈRES

Mandat du médecin examinateur	1
1. Bilan des dossiers reçus et examinés	3
<i>Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice</i>	3
<i>Tableau 2 - Nombre de plaintes conclues par Instance visée</i>	3
1.1. Délai de traitement des plaintes.....	4
<i>Tableau 3 - Délai de traitement des plaintes</i>	4
1.2 Motifs de plaintes	4
<i>Tableau 4 - Motifs de plainte par niveau de traitement</i>	5
<i>Tableau 5 - Nombre d'actions effectuées pour les motifs reçus</i>	5
<i>Tableau 6 - Nombre de médecins visés par une ou plusieurs plaintes</i>	6
Conclusion	8

MANDAT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

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

Le mandat du médecin examinateur est d'examiner toute plainte qui lui est transmise par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services impliquant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

Le processus d'examen des plaintes par le médecin examinateur consiste, dans un premier temps, à évaluer si la plainte est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Dans ce cas, elle est rejetée. En cours d'examen, si le médecin examinateur présume qu'il y a faute déontologique grave, il transmet la plainte sans délai au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens en vue de son étude par un comité de discipline.

S'il procède à l'examen de la plainte, le médecin examinateur transmet au professionnel visé copie de la plainte écrite ou, lorsqu'elle est reçue verbalement, le libellé rédigé par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les commentaires du professionnel sont demandés par la suite.

Le dossier médical du plaignant est étudié, au besoin. Les précisions nécessaires à l'examen de la plainte sont obtenues, de la part du plaignant et du professionnel, soit par téléphone, soit par une rencontre ou par correspondance. Dans le cadre de cet examen, une conciliation des intérêts en cause est recherchée.

Le médecin examinateur doit transmettre les conclusions de son examen de la plainte au(à la) plaignant(e), au(x) professionnel(s) visé(s), à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et à la direction pour dépôt au dossier du professionnel.

Une fois par année ou chaque fois qu'il l'estime nécessaire, le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et résidents son rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que ses recommandations ayant pour objet, notamment l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux.

Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services qui en intègre le contenu à son rapport annuel.

1. Bilan des dossiers reçus et examinés

Du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, la commissaire aux plaintes a reçu et transféré 71 nouvelles plaintes au médecin examinateur dont 71 ont été conclues durant l'année et 12 étaient en traitement au 31 mars 2012 (*Tableau 1*).

Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice

	En traitement au 1 ^{er} avril 2011	Reçus durant l'année	Conclus durant l'année	En traitement au 31 mars 2012	Transmis au comité de révision (2 ^e palier)
Médecin examinateur	12	71	71	12	4

De ce nombre, 20 dossiers ont fait l'objet de remarques, de mention ou de rappel de la part du médecin examinateur au médecin impliqué. Quatre dossiers ont été transmis au comité de révision, à la demande du plaignant; aucune à la demande d'un médecin. Pour ma part, j'ai transmis au comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens deux dossiers pour étude à des fins disciplinaires.

Le *Tableau 2* démontre le nombre de plaintes conclues par installation. On note que la majorité des plaintes visait des médecins exerçant à l'hôpital.

Tableau 2 - Nombre de plaintes conclues par instance visée

INSTANCES VISÉES	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 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CLSC du Richelieu	0	1	1.41	1	1.41	0	0
CLSC du Richelieu (Clinique jeunesse)	0	1	1.41	1	1.41	0	0
Hôpital du Haut-Richelieu	12	68	95.77	69	97.18	11	4
Les Services de consultation externe	0	1	1.41	0	0.00	1	0
TOTAL	12	71	100	71	100	12	4

1.1 Délai de traitement des plaintes

On remarque dans le *Tableau 3* que 55% des plaintes ont été conclus dans un délai de 45 jours et moins. La réponse des médecins visés explique en partie les délais de traitement de plus de 45 jours.

Tableau 3 - Délai de traitement des plaintes

DÉLAI D'EXAMEN	2010-2011	%	2011-2012	%
Moins de 3 jours	0	0.00	1	1.41
4 à 15 jours	6	7.79	2	2.82
16 à 30 jours	6	7.79	16	22.54
31 à 45 jours	30	38.96	20	28.17
Sous-total	42	54.54	39	54.94
46 à 60 jours	13	16.88	16	22.54
61 à 90 jours	19	24.88	11	15.49
91 à 180 jours	2	2.60	4	5.63
181 jours et plus	1	1.30	1	1.41
Sous-total	35	45.46	32	45.07
TOTAL	77	100	71	100

1.2 Motifs de plainte

Dans le *Tableau 4* ci-dessous, on note que les 71 dossiers ont fait l'objet de 86 motifs de plainte. Quarante-six sont reliés aux soins et services dispensés, notamment au niveau de l'évaluation et du jugement professionnel (8), la médication (8), les habiletés techniques et professionnelles (7), les soins physiques (7) et le congé ou la fin de service prématuré (3). Dans 19 cas, les plaignants ont déploré les relations interpersonnelles avec le médecin : attitude, absence d'empathie, manque de politesse. Quant aux motifs liés à l'accessibilité (12), les plaignants ont été insatisfaits du délai d'attente lors de rendez-vous médicaux et de certains refus de service. Les droits particuliers (5) visaient entre autres, le droit d'obtenir des informations sur l'état de santé (3).

Trois plaintes ont été rejetées après un examen sommaire. L'examen de quatre plaintes a été cessé et deux plaintes ont été abandonnées par les usagers.

Tableau 4 - Motifs de plainte par niveau de traitement

Motifs	Traitement non complété				Traitement complété			TOTAL
	Abandonné	Cessé	Traitement refusé	Rejeté sur examen sommaire	Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	TOTAL EXAMINÉ	
Accessibilité	0	0	0	0	3	9	12	12
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	0	0	5	5	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	3	3	3
Relations interpersonnelles	0	1	0	0	10	8	18	19
Soins et services dispensés	1	3	0	3	7	32	39	46
Autres	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	2	4	0	3	20	57	77	86

Aucune recommandation ou mesure particulière n'a découlé de l'examen de ces plaintes, toutefois, le médecin examinateur a fait des rappels ou remarques aux médecins visés, à 20 reprises. Les différentes actions résultant de l'examen des plaintes sont décrites dans le *Tableau 5* :

Tableau 5 - Nombre d'actions effectuées pour les motifs reçus

Traitement / Actions	2010-2011	211-2012	%
SANS MESURES			
Aucune action	16	9	14
Clarification	39	37	58
Conseil	1	0	0
Démarche d'amélioration	9	5	8
Information générale	12	6	10
Conciliation	0	1	2
Intercession ou liaison	0	1	2
Orientation au CMDP pour étude aux fins disciplinaires	4	4	6
Sous-total	81	63	100

RAPPORT ANNUEL 2011-2012
Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
du médecin examinateur

Tableau 5 - Nombre d'actions effectuées pour les motifs reçus (suite)

Traitement / Actions	2010-2011	211-2012	%
AVEC MESURES			
• À portée individuelle :			
Ajustement professionnel	1	1	5
Amélioration des communications	2	2	10
Encadrement d'un intervenant	0	1	5
Information / Sensibilisation d'un intervenant	5	12	60
Réduction du délai	0	1	5
Sous-total	8	17	85
• À portée systémique :			
Amélioration des communications	1	0	0
Information / Sensibilisation des intervenants	1	2	10
Elaboration, révision ou application d'un correctif	0	1	5
Sous-total	2	3	15
TOTAL	91	83	100

Pour terminer, le *Tableau 6* indique le nombre de médecins qui ont interpellés dans une, deux ou trois plaintes durant l'année

Tableau 6 - Nombre de médecins visés par une ou plusieurs plaintes

Nombre de médecins	Visé dans
40	1 plainte
6	2 plaintes
2	3 plaintes
2	4 plaintes

CONCLUSION

Comme l'année antérieure, je veux souligner la collaboration de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité, madame Sylvie Presseault ainsi que de l'agente administrative, madame Johanne St-Cyr, qui a fait en sorte que la majorité des plaintes ont été traitées avec diligence.



Pierre Lemlin, M.D.

Médecin examinateur

PL/jsc



**RAPPORT ANNUEL
2011-2012**
sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
du comité de révision

par
André Gladu
Pierre Normandin, M.D.
Henri Poirier, M.D.

Présenté au comité de vigilance et de la qualité le 17 mai 2012
Adopté au conseil d'administration le 18 juin 2012

**ON PREND SOIN
DE NOTRE MONDE**

TABLE DES MATIÈRES

Mandat du comité de révision	1
1. Bilan des dossiers reçus et examinés par le comité.....	3
<i>Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice</i>	3
1.1. Délai de traitement des plaintes.....	3
<i>Tableau 2 - Délai de traitement des plaintes</i>	3
1.2. Motifs de plaintes	3
<i>Tableau 3 - Motifs de plainte par niveau de traitement</i>	4
2. Rencontre avec le médecin examinateur	4
3. Commentaires.....	4

MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision est institué par le conseil d'administration pour réviser le traitement accordé à l'examen des plaintes effectué par le médecin examinateur de l'établissement.

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration de l'instance locale. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'un ou l'autre des établissements du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux visé à l'article 99.2 de la LSSSS dont la coordination des activités et des services est assurée par l'instance locale. Ces nominations sont faites sur recommandation des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Le comité de révision a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne, par le médecin examinateur du CSSS Haut-Richelieu—Rouville.

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers.

Dans ce rapport annuel, le comité de révision peut en outre formuler des recommandations ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans l'établissement.

Un exemplaire du rapport annuel est également transmis au commissaire local des plaintes et de la qualité, qui en intègre le contenu à son rapport qu'il remet au conseil d'administration (visé à l'article 76.10 de la Loi), ainsi qu'au Protecteur du citoyen.

1. Bilan des dossiers reçus et examinés par le comité de révision

En 2011-2012, le comité de révision a reçu quatre demandes de révision, comparativement à 7 l'année précédente, qui concernaient les services des médecins de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Quatre dossiers ont été complétés et un dossier était en traitement au 31 mars 2012.

Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice

	En traitement au 1 ^{er} avril 2010	Reçus durant l'année	Conclus durant l'année	En traitement au 31 mars 2011
Comité de révision	1	4	4	1

1.1 Délais de traitement

Au *Tableau 2*, on peut constater, que trois dossiers ont été complétés dans un délai de 60 jours et moins. Il nous apparaît important de souligner que le comité de révision permettait chaque fois à l'utilisateur, aux médecins visés ainsi qu'au médecin examinateur, d'être entendus par le comité, s'ils le souhaitaient. En raison du décès de monsieur Robert Blanchard, président du comité de révision, un dossier n'a pu être traité avant la nomination d'un nouveau membre.

Tableau 2 - Délai de traitement des plaintes

DÉLAI D'EXAMEN	2010-2011	%	2011-2012	%
Moins de 60 jours	3	50.00	3	75.00
Sous-total	3	50.00	3	75.00
61 à 90 jours	2	33.33	1	25.00
91 à 180 jours	1	16.67	0	0
Sous-total	2	50.00	1	25.00
TOTAL	3	100	4	100

1.2 Motifs de plaintes

Dans le *Tableau 3*, on note que le comité a complété quatre dossiers. Un dossier a été considéré comme irrecevable car le plaignant n'avait pas formulé son motif de plainte au médecin examinateur. Le plaignant a été orienté au médecin examinateur pour l'examen de sa plainte.

Tableau 3 - Motifs de plainte par niveau de traitement

Motifs	Traitement non complété				Traitement complété			TOTAL
	Abandonné	Cessé	Traitement refusé	Rejeté sur examen sommaire	Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	TOTAL EXAMINÉ	
Soins et services dispensés	0	0	1	0	1	1	2	3
Droits particuliers	0	0	0	0	0	1	1	1
TOTAL	0	0	1	0	0	2	3	4

Trois plaintes ont porté sur les soins et les services donnés par un médecin. Dans deux d'entre elles, les usagers se sont plaints de la décision clinique du médecin soit dans un cas de l'évaluation et du jugement professionnel du médecin et dans l'autre de placer la personne sous garde en établissement. Une autre plainte a porté sur l'information donnée sur l'état de santé.

Dans deux des plaintes examinées, le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur. Dans le troisième cas, le comité a demandé au médecin de procéder à un complément d'examen qui a par la suite été fait.

3. Commentaires

Le comité de révision n'a pas formulé de recommandation en lien avec les dossiers examinés. Il s'est toutefois assuré que le suivi d'une recommandation concernant le suivi médical des patients recevant leur congé des soins intensifs avait été mis en œuvre ; ce qui lui a été confirmé par la direction.

Le comité a également procédé à l'examen de son règlement et a demandé que celui-ci soit considéré comme révisé sans modification.

Les membres sont disponibles pour répondre aux questions des différentes instances intéressées par le présent rapport.

Les membres du comité de révision,



André Gladu
Président*



Henri Poirier, M.D.
Secrétaire



Pierre Normandin, M.D.
Membre

SP/cnf/jsc

* Monsieur Gladu qui a été nommé président du comité de révision en mars 2012 par le conseil d'administration, a succédé à monsieur Robert Blanchard qui a assumé le rôle de président jusqu'en janvier 2012.