

## RAPPORT ANNUEL DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION<sup>1</sup>

ANNÉE FINANCIÈRE : 2014-2015

1. Nom et prénom du commissaire local aux plaintes et à la qualité (CLPQ) :

Presseault Sylvie

Côté Alexandrine, nommée commissaire intérimaire aux plaintes et à la qualité le 9 mars 2015 par le Conseil d'administration

2. Nom et prénom du commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité :

Guévin Émilie (remplacement de vacances estivales)

3. Mandat général du commissaire local aux plaintes :

Le commissaire 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 de services sociaux que les usagers ont reçus, reçoivent, requièrent ou auraient dû recevoir. Il accueille également les plaintes médicales et les demandes de révision des personnes insatisfaites des conclusions du médecin examinateur et les transmet pour examen au comité de révision. Il intervient aussi 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.

4. Le commissaire local aux plaintes a-t-il bénéficié de toute l'indépendance nécessaire à l'exercice de ses fonctions?  
Si non, décrire les causes : Oui

5. Mandat ou objectifs spécifiques ou avis demandés par le conseil d'administration au cours de l'année financière :

Aucun

6. Bilan des activités :

6.1.1 Nombre total de plaintes reçues dans l'année : 385 (diminution de 5 %)

Nombre total de plaintes conclues dans l'année : 403 (diminution de 5 %)

Nombre total de motifs conclus dans l'année : 553 (diminution de 10,37 % des motifs conclus par rapport à l'an dernier)

À la fin de l'année, 26 plaintes sont en cours d'examen comparativement à 51 l'an dernier.

6.1.2 concernant les droits des usagers : 31 motifs

6.1.3 concernant la qualité des services : 522 motifs

<sup>1</sup> Rapport annuel obligatoire en vertu de l'article 50 LSSSS.

- 6.1.4 concernant les problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques : 12 (données approximatives)
- 6.1.5 nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 8
- 6.1.6 nombre d'interventions : 46 amorcés durant l'année (l'an dernier 58 donc diminution de 21 %), 53 dossiers conclus pour les motifs d'insatisfaction (égal à l'an dernier)
- 6.1.7 nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 0
- 6.1.8 nombre de plaintes retirées : 24
- 6.1.9 nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 8 dont 3 sont toujours en traitement. Le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions de la commissaire dans 11 dossiers (certains transmis au Protecteur du citoyen l'an passé) et a fait des recommandations dans 4 dossiers, au total 7 recommandations ont été formulées :
- S'assurer que le personnel utilise les ridelles conformément à sa politique interne sur l'utilisation des mesures de contrôle;
  - Rappeler au personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu l'importance de noter au dossier l'évaluation de la douleur selon l'échelle de douleur;
  - Rappeler au personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu de faire les réévaluations conformément aux délais prescrits par l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence;
  - Considérer et rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés que la substance chimique est une mesure de contrôle au sens de l'article 118.1 de la LSSSS;
  - Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés qu'une mesure de contrôle : - ne doit être utilisée que pour empêcher les personnes de s'infliger de façon imminente des blessures ou d'en infliger à autrui. - ne doit être envisagée qu'en dernier recours lorsque tous les autres moyens ont échoué, et ce conformément aux orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques;
  - Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés que lorsqu'une telle mesure est prise, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'usager et que doivent notamment y être consignées : une description des moyens utilisés; la période pendant laquelle elles ont été utilisées; et la disposition du comportement motivant cette mesure de contrôle;
  - Annuler la facture d'un l'usager pour son transport ambulancier.
- 6.1.10 délai moyen pour le traitement d'une plainte : 32 jours
- 6.1.11 nombre d'assistance faites auprès des usagers : 541  
consultation du personnel : 23
- 6.1.12 principaux motifs des plaintes :
- Accessibilité 140 (25,32 %)
  - Aspect financier 67 (12,12 %)
  - Autres 3 (0,54 %)
  - Droits particuliers 31 (5,61 %)
  - Organisation du milieu et ressources matérielles 94 (17 %)
  - Relations interpersonnelles 82 (14,83 %)
  - Soins et services dispensés 136 (24,59 %)

### 6.1.13 tendances des motifs des plaintes au cours des deux dernières années financières :

L'an dernier, on avait connu une augmentation de 27 % du nombre de plaintes traitées et une augmentation de motifs de 31 % pour un total de 617 motifs. Cette année nous avons eu une légère diminution des plaintes de 5 % et une diminution de 10,37 % des motifs pour un total de 553 motifs.

Motifs	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Écart avec l'an dernier	% d'écart
Accessibilité	112	147	140	↘ 7	↘ 4,76 %
Aspect financier	37	101	67	↘ 34	↘ 33,66 %
Droits particuliers	56	29	31	↗ 2	↗ 6,90 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	89	83	94	↗ 11	↗ 13,25 %
Relations interpersonnelles	63	90	82	↘ 8	↘ 8,89 %
Soins et services dispensés	114	151	136	↘ 15	↘ 9,93 %

Cette année, 63,52 % (256) des motifs concernant l'hôpital par rapport à 69 % (294) l'an dernier.

L'écart entre les motifs de plainte au niveau des aspects financiers s'explique notamment par la diminution de 15 motifs de frais de chambre et de 10 motifs de frais de transport. Au niveau des soins et services, il y a eu 58 motifs de moins de plainte au niveau des interventions du personnel. Il y a par ailleurs eu 28 motifs de plainte portant sur la sécurité (lieu ou effets personnels) comparativement à 20 l'an dernier.

### 6.1.14 principales conclusions :

348 motifs de plainte ont donné lieu à 388 mesures d'amélioration; les autres à des explications et des précisions sur les soins. 184 mesures à portée individuelle dont : encadrement de l'intervenant (86); ajustement financier (29); obtention de services (13); ajustement professionnel (13); information / sensibilisation d'un intervenant (6) et 204 mesures à portée collective dont : encadrement des intervenants (93); ajustements des activités professionnelles (52); ajout de service ou de ressources humaines (9); ajustement technique et matériel (20).

### 6.1.15 indicateurs de suivi utilisés :

Pour toutes les mesures d'amélioration (engagement, recommandation ou application d'une mesure immédiate) : nous demandons au gestionnaire qu'un suivi soit fait dans les 30 jours pour être informé de la mise en œuvre. En outre, trois fois par année nous demandons au gestionnaire la date de mise en œuvre de la réalisation de la mesure si on ne nous l'a pas déjà transmise et, s'il s'agit d'une mesure qui nécessite un délai de mise en œuvre plus long que le 30 jours, un suivi.

## 7. Recommandations ou applications de mesures d'amélioration de la qualité des services visant :

### 7.1 L'amélioration de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits :

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre dont la révision des modalités de distribution du Guide d'accueil afin de mieux informer les usagers hospitalisés; la révision du message téléphonique d'accueil afin d'insérer un message lorsque les personnes composent le 7000 pour suggérer aux gens de s'informer des tarifs applicables aux interurbains; la révision des messages d'accueil dans nos CLSC afin que les personnes puissent parler à une téléphoniste; des consignes ont été données de convenir, lors des rencontres pour l'élaboration ou la révision des plans d'accompagnement interdisciplinaires, du niveau d'information que le répondant veut recevoir; des rappels des attentes en matière de respect de la clientèle afin que les gestes et les attitudes soient conformes aux engagements pris dans le code d'éthique ont été faits à plusieurs occasions; un outil d'information a été créé pour que le personnel soit mieux informé des règles entourant l'utilisation des transports afin de mieux informer la clientèle.

### 7.2 La révision de la procédure et du traitement diligent des plaintes :

Conformément à l'article 29 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville a adopté, lors de la

réunion tenue le 12 juin 2014, les modifications au Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux a été changée et elle permet *maintenant à toute personne qui participe à une recherche, qu'il s'agisse ou non d'un usager, de même que ses héritiers ou représentants légaux* de formuler une plainte, le règlement a donc été modifié en conséquence.

### 7.3 La qualité des services :

Plusieurs mesures ont été prises ou recommandées dont des notes de service ont été transmises à l'ensemble du personnel et aux médecins afin qu'il n'y ait pas d'équivoque lors des demandes d'analyse de sérologie virale; des rappels ont été faits pour que le professionnel qui a convenu avec le répondant des moyens pour éviter les chutes fasse le suivi auprès du répondant si le moyen a été changé; des moyens ont été pris pour bonifier la transmission d'information inter-quart afin que les particularités soit précisées en lien avec les soins ou les besoins des résidents, pour veiller à ce que tous les usagers aient une surveillance usuelle à toutes les heures et pour que la surveillance appropriée soit accordée aux usagers sous contention et que les feuilles de suivi soient complétées tant dans les centres d'hébergement qu'à l'hôpital; le formulaire de surveillance a été modifié afin de préciser notamment qui doit faire certaines observations entre les infirmières et les préposés; un rappel a été fait sur la façon de rédiger un plan d'accompagnement interdisciplinaire (P.A.I.) en centre d'hébergement et les suivis à y faire.

### 7.4 L'organisation des services :

Parmi les mesures prises, l'utilisation des ascenseurs à l'hôpital a été revue pour que les urgences soient priorisées; les requêtes de chirurgie ont été précisées afin que le personnel prépare la veille le matériel nécessaire à une chirurgie; l'organisation de la prise de rendez-vous en endoscopie a été revue pour mieux répondre aux demandes; le processus d'évaluation des demandes d'orthophonie a été revu afin notamment de prioriser les enfants qui iront bientôt à l'école; la politique sur l'inspection sécuritaire a été adoptée et mise en œuvre; le registre de la morgue a été modifié pour qu'une inscription y soit faite chaque fois qu'un sac contenant des effets personnels y est amené et chaque fois qu'il est remis.

## 8. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière :

On ne m'avait pas fixé d'objectifs précis en matière de traitement de dossiers car nous n'avons aucun contrôle sur le volume. Le nombre de dossiers traité a été similaire à l'an dernier ainsi que les délais de traitement. 77,91 % de dossier a été traité dans les 45 jours. Le délai moyen de traitement des plaintes est passé de 37 à 32 jours. Les liens ont été maintenus avec les comités de résidents et j'ai été présente tous les mois dans chaque CHSLD.

## 9. Perspectives d'action pour la prochaine année financière :

Étant donné la fusion d'établissement et ma retraite, le nouveau commissaire aux plaintes devra s'assurer que des ressources suffisantes seront prévues pour traiter les plaintes des usagers du territoire du CSSS Haut-Richelieu – Rouville qui connaissent pour plusieurs l'existence du recours de plainte. Le nouveau commissaire devra aussi s'assurer que les plaintes sont reçues et traitées d'une façon comparable sur tout le territoire; ce qui inclut notamment de s'assurer que les plaintes verbales soient acceptées pour toutes les installations du nouveau CISSS tel que le prévoit la loi.

## 10. Conclusion

En 2014-2015, j'ai examiné 456 dossiers de plainte et d'intervention pour 616 motifs de plainte ou d'intervention. Au total, 429 mesures ont été prises dont 202 à portée individuelle et 227 à portée systémique. Les insatisfactions portées à mon attention ont été très variées allant de l'attitude d'un employé, à la qualité d'une intervention, au manque de personnel, à un délai pour obtenir un service. Malgré ces chiffres, en 2014-2015, on a constaté une première diminution du nombre de plaintes depuis plusieurs années qui se situe principalement par rapport aux soins reçus à l'hôpital. Certaines mesures prises durant l'année telles de ne plus avoir de chambres à trois, de ne plus installer de patients au corridor et d'augmenter le nombre de chambres privées à l'hôpital permettant à des patients en fin de vie ou en isolement de pouvoir avoir une chambre privée ont augmenté la satisfaction des usagers. Les mesures prises pour mieux informer la population des frais de chambre ou des frais

d'hébergement portent fruit car on constate des baisses importantes de plaintes à cet effet. Au niveau des frais de transport ambulancier ou adapté, on a connu une première diminution de ces plaintes depuis que certaines factures sont maintenant transmises aux usagers. Les résultats de l'Agrément ont aussi paru rassurer la population sur notre capacité à offrir des services de qualité.

Certains changements dans la réorganisation de l'automne ont cependant occasionné de l'insatisfaction chez la clientèle. Ainsi, le fait qu'on ait déplacé certains services d'un point de service de CLSC à un autre a déplu à certaines personnes, qu'on propose un congé que l'utilisateur ou sa famille estime hâtif de l'hôpital ou qu'on propose un transit rapide pour les usagers qui doivent être hébergés a parfois inquiété ou insatisfait les usagers ou leur famille. La difficulté à se trouver un médecin de famille, les modalités demandées pour être inscrit sur la liste du guichet PECCO et les délais de retour de réponse pour savoir si les usagers sont inscrits ont été des motifs de plainte récurrents. À plusieurs reprises, les usagers ont aussi soulevé la difficulté pour obtenir un rendez-vous notamment pour obtenir la ligne en endoscopie, des reports de chirurgie, des relations interpersonnelles difficiles avec certains membres du personnel, des questions d'hygiène et de salubrité des lieux ou la perte d'effets personnels.

Malgré une année de grande réorganisation, j'ai constaté l'engagement du personnel, des médecins et des gestionnaires à offrir de bons soins. La plupart des usagers apprécient les services de l'établissement et par leurs plaintes, ils ont souhaité que les services soient améliorés. C'est dans cet esprit que les plaintes ont été traitées et des correctifs proposés et mis en œuvre par les gestionnaires. Je remercie l'ensemble des gestionnaires, médecins et membres du personnel pour leur collaboration.

La prochaine année sera une autre année de défis. Tout comme on l'a vu dans la dernière année, il est important que les changements dans les modalités de services qui seront issus de la fusion soient bien expliqués tant au personnel qu'à la population et que le prochain commissaire aux plaintes et ses adjoints puissent rapidement se faire l'écho des insatisfactions nouvelles afin que des correctifs soient trouvés.

L'année 2014-2015 aura aussi été un défi pour le traitement des plaintes compte tenu du volume d'activités important et du fait que je n'ai pu avoir recours à une commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services en dehors de mon remplacement estival. Il est à souhaiter que dans la prochaine organisation de service du bureau du commissaire aux plaintes, on s'assure que des ressources suffisantes soient prévues pour l'ensemble des sites. J'ai heureusement pu compter sur l'excellente collaboration et le soutien constant de madame Caroline Duquette, technicienne en administration qui a su être à l'écoute des demandes des usagers et me donner du soutien de multiples façons pour accomplir mon travail. Je la remercie très chaleureusement et lui souhaite la meilleure des chances dans ses futurs défis. En terminant, j'aimerais aussi remercier docteur Jacques Poisson et docteur Luc Deneault pour la qualité des réponses qu'ils font aux usagers et pour leur précieuse collaboration comme médecin examinateur.



Signature



Date

## **ANNEXE 10**

### **RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION<sup>1</sup> AU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

**ANNÉE FINANCIÈRE : 2014-2015**

**1. Nom et titre des membres du comité de révision :**

- Madame Jacqueline Drouin, présidente
- Docteure Christine Gaucher, membre (arrivée le 27 octobre 2014)
- Docteur Pierre Normandin, membre
- Docteur Henri Poirier, membre (départ le 1<sup>er</sup> septembre 2014)

**2. Mandat général du comité de révision :**

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

**3. Bilan des activités :**

**3.1 Nombre de réunions du comité de révision: 4**

**3.2 Nombre de demandes de révision du traitement d'une plainte :**

3.2.1 concernant les médecins : 2 et 1 dossier traité durant l'année, reçu l'année précédente

3.2.2 concernant les dentistes : 0

3.2.3 concernant les pharmaciens : 0

3.2.4 concernant les résidents : 0

3.2.5 nombre total de demandes de révision : 2

3.2.6 délai moyen pour traiter une demande de révision : 53 jours

**3.3 Motifs des plaintes reçues :**

**3.4.1 concernant les médecins :**

Communication / attitude : 2

Respect : 1

Traitement / intervention / services : 2

---

<sup>1</sup> Rapport annuel d'activités obligatoire en vertu de l'article 57 LSSSS.

3.4.2 concernant les dentistes :  
Sans objet

3.4.3 concernant les pharmaciens :  
Sans objet

3.4.4 concernant les résidents :  
Sans objet

3.4 Conclusions :

3.4.1 concernant les médecins :

- Le comité de révision des plaintes médicales a référé un dossier au CMDP pour étude pour fins disciplinaires;
- Il a entériné les conclusions du médecin examinateur dans un dossier;
- Il a rejeté une demande de révision car le médecin examinateur avait rejeté le dossier, le jugeant vexatoire et de mauvaise foi.


3.4.2 concernant les dentistes :  
Sans objet

3.4.3 concernant les pharmaciens :  
Sans objet


3.4.4 concernant les résidents :  
Sans objet

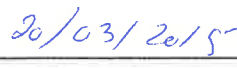
  
Jacqueline Drouin, présidente

  
Date

  
Christine Gaucher, M.D.

  
Date

  
Pierre Normandin, M.D.

  
Date

## RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS<sup>1</sup>

ANNÉE FINANCIÈRE : 2014-2015

1. Nom et prénom des médecins examinateurs :

- Deneault Luc
- Poisson Jacques

2. Mandat général 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.

3. Bilan des activités :

3.1 Nombre total de plaintes reçues dans l'année : 83 (augmentation de 28 %)

3.1.1 concernant les médecins : 82

3.1.2 concernant les dentistes : 0

3.1.3 concernant les pharmaciens : 0

3.1.4 concernant les résidents : 1

3.1.5 nombre total de plaintes traitées dans l'année : 89

3.1.6 nombre de plaintes examinées avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (plaintes portant sur des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques) : 12, chiffre approximatif

3.1.7 nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 3

3.1.8 délai moyen pour le traitement d'une plainte : 43 jours

---

<sup>1</sup> Rapport annuel obligatoire en vertu de l'article 50 LSSSS.



### 3.2 Motifs des plaintes reçus : 95

#### 3.2.1 concernant les médecins :

##### Accessibilité : 11

- Délais : 9
- Difficulté d'accès : 1
- Refus de services : 1

##### Aspect financier : 1

- Autre : 1

##### Droits particuliers : 6

- Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte : 3
- Choix de l'établissement : 1
- Droit à l'information : 2

##### Relation interpersonnelles : 24

- Abus : 1
- Communication / attitude : 20
- Respect : 3

##### Soins et services dispensés : 52

- Compétence technique et professionnelle : 3
- Continuité : 6
- Décision clinique : 11
- Traitement / intervention / services (action faite) : 32

#### 3.2.2 concernant les dentistes : Sans objet

#### 3.2.3 concernant les pharmaciens : Sans objet

#### 3.2.4 concernant les résidents :

##### Soins et services dispensés : 1

- Évaluation et jugement professionnels : 1

### 4. Recommandations ou mesures d'amélioration de la qualité des services visant :

#### 4.1 L'amélioration de la qualité des soins et services médicaux, dentaires et pharmaceutiques :

##### 23 mesures d'amélioration à portée individuelle

- Adaptation des soins et services : 11
- Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication : 1
- Information / sensibilisation d'un intervenant : 10
- Respect du choix : 1

##### 6 mesures à portée systémique

- Adaptation des soins et services : 6

#### 4.2 L'amélioration de l'accessibilité et la continuité des soins et services médicaux, dentaires et pharmaceutiques :

- Assurer un meilleur arrimage entre les différents dispensateurs de soins obstétricaux;
- Sensibiliser les médecins à remplir rapidement le formulaire SP3 lors de décès;
- Préciser clairement les responsabilités respectives de chacun dans la prise en charge des bébés au sortir de l'hôpital.

### 5. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière, s'il y a lieu : Sans objet

Les points suivants, 6 et 7, ont été complétés par Docteur Luc Deneault :


6. Perspectives d'action pour la prochaine année financière :

L'année qui vient de se terminer, a connu un retour de la quantité de plaintes médicales au niveau de 2012-2013 soit un total de 83. Les relations interpersonnelles demeurent toujours une problématique importante soit 24 des 83 plaintes. La plus grande part demeure par ailleurs les soins et services dispensés, 50 plaintes. La bonne communication avec son patient est primordiale et permet de limiter le nombre de plaintes. Je tenterai de faire cheminer les plaintes, le plus rapidement possible et je continuerai à examiner les plaintes de façon rigoureuse dans le respect de tous.

7. Conclusion et commentaires

Je voudrais remercier tous les intervenants en particulier la secrétaire à la commissaire aux plaintes pour sa grande disponibilité, le personnel des archives que je sollicite régulièrement, la commissaire aux plaintes pour son support constant et surtout les médecins pour leur diligence à répondre rapidement aux demandes de commentaires souvent écrits qu'ils formulent.

Le processus d'examen d'une plainte demeure un point central dans l'amélioration de la qualité des soins et je vous remercie d'y participer.



---

Luc Deneault, M.D.

2015/05/05

---

Date

Les points suivants, 6 et 7, ont été complétés par Docteur Jacques Poisson :

6. Perspectives d'action pour la prochaine année financière :

- a) Modifier le formulaire d'avis de plainte aux médecins pour favoriser un temps de réponse (écrite ou verbale) n'excédant pas un délai de dix jours ouvrables;
- b) Suivre de façon proactive les processus décisionnels susceptibles de modifier le rôle du médecin examinateur dans la réforme du système de santé qui s'amorce;
- c) Porter une plus grande attention dans l'identification des médecins visés par une plainte avant de leur envoyer un avis.

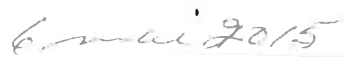
7. Conclusion et commentaires

La dernière année a été passablement occupée en regard du nombre de plaintes examinées. Le dernier bilan m'apparaît très satisfaisant à deux points de vue : 1) il y a de moins en moins de plaintes quant aux relations médecins – patients; 2) la compétence de nos médecins est rarement questionnée.

Les interactions entre le médecin examinateur, la commissaire aux plaintes, le CMDP et les différents intervenants hospitaliers ont été harmonieuses et efficaces, notamment en regard de l'arrimage des rendez-vous en clinique externe d'orthopédie et la disponibilité des rapports de radiologie. Globalement on note une meilleure gestion des rendez-vous. La venue d'un nouveau neurologue a certes contribué à l'amélioration de l'accessibilité aux spécialistes en clinique externe. En obstétrique-gynécologie, on peut espérer une harmonisation des relations avec les sages-femmes, compte tenu de la désignation d'un membre du département par son directeur pour optimiser le rôle de tous les intervenants dans la dispensation des soins aux femmes enceintes.

Merci à tous. Je demeure ouvert à toute discussion/rencontre susceptible d'améliorer la qualité des soins au Centre hospitalier du Haut-Richelieu.

  
\_\_\_\_\_  
Jacques Poisson, M.D.

  
\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE 12

### RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION<sup>1</sup>

ANNÉE FINANCIÈRE : 2014-2015

1. Nom et titre des membres du comité de vigilance et de la qualité (CVQ) :

Nicole A. Laporte, vice-présidente, arrivée le 29 septembre 2014;  
Luc Boulais, président, départ le 30 juin 2014;  
Daniel Dyotte, vice-président jusqu'au 30 juin; président par la suite;  
Christine Lessard, directrice générale, départ le 7 novembre 2014;  
Lise Pouliot, directrice générale intérimaire, arrivée le 7 novembre 2014;  
Micheline Stjagow Lapointe, secrétaire, départ le 9 mars 2015;  
Sylvie Presseault, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

2. Mandat général du CVQ :

Assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes et à la qualité des services qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la loi.

Coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'un ou l'autre des éléments mentionnés au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 181.0.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et assurer le suivi de leurs recommandations.

3. Mandat ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière :

Sans objet

4. Bilan des activités :

4.1 Nombre de réunions du CVQ et taux de participation des membres :

Nombre : 6 réunions ordinaires, 1 réunion extraordinaire

Taux de participation : 94,3 %

4.2 Concernant les liens systémiques au regard de la qualité des soins et des services :

4.2.1 Liste des rapports et des recommandations transmis par le conseil d'administration :

- Rapport annuel d'application de la procédure d'examen des plaintes incluant celui de la commissaire locale, des médecins examinateurs, du comité de révision et du comité de vigilance et de la qualité
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire

<sup>1</sup> Rapport annuel d'activités obligatoire en vertu de l'article 57 LSSSS.

- Rapport annuel des activités reliées à la sécurité de l'information
- Rapport annuel du comité de prévention et de lutte contre les infections
- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers
- Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Bilan des sondages satisfaction de la clientèle
- Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen
- Plans d'action des visites ministérielles à CGL, Saint-Joseph et Champagnat
- Rapport de la visite d'évaluation de la qualité de vis au Centre d'hébergement Saint-Joseph
- Rapport de la visite d'évaluation de la qualité de vie au Centre d'hébergement Champagnat
- Suivi du comité de gestion des risques
- Suivi du plan d'action du bloc opératoire
- Suivi des plans d'action suite aux rencontres annuelles des familles en CHSLD (les six centres)

4.2.2 Les conclusions que le CVQ tire, après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations :

Les mécanismes sont en place et lorsqu'une recommandation est faite des actions sont posées afin d'améliorer la qualité des services.

4.2.3 Les actions menées par le CVQ pour favoriser la collaboration et la concertation des intervenants, des organismes ou des instances concernés :

Lorsque le CVQ constate que des instances de l'établissement travaillent sur le même problème, ils les en informent s'ils participent à la réunion ou la directrice générale se charge de le faire.

4.2.4 Le tronc commun des recommandations qui ressortent à la suite de l'analyse de ces rapports :

Les recommandations visent généralement à assurer la sécurité des usagers et leur qualité de vie.

4.2.5 Les indicateurs de suivi utilisés :

Les directions concernées par des recommandations font un plan d'action qui est discuté au CVQ. Le CVQ s'est doté d'un tableau de bord où il fait le suivi de toutes les recommandations transmises au conseil d'administration.

4.2.6 Les recommandations quant à la qualité des soins et des services :

Les différentes instances ont fait plusieurs recommandations concernant la qualité des soins et services. Dès que le CVQ en est saisi, on lui remet un plan d'action où il constate que plusieurs recommandations sont déjà mises en œuvre ou en voie de l'être.

4.3 Concernant le traitement des plaintes :

4.3.1 Les suites apportées par le comité de vigilance et de la qualité aux principales recommandations formulées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et le Protecteur du citoyen d'administration :

Le CVQ prend connaissance d'un résumé de toutes les plaintes et interventions de la commissaire. Si des recommandations ou engagements ne sont pas mis en œuvre la commissaire en saisi le CVQ afin qu'il en fasse le suivi. Le CVQ fait par ailleurs le suivi des plans d'actions demandés par la commissaire à la suite de plaintes.

Chaque conclusion du Protecteur du citoyen est déposée au CVQ et celui-ci en assure également le suivi.

#### 4.3.2 Les indicateurs de suivi utilisés :

Tableau de bord de toutes les recommandations ou plans d'action mis en place à la suite du traitement d'une plainte ou d'une intervention.

#### 4.3.3 Les recommandations quant au traitement des plaintes :

Le comité constate que plusieurs mesures ont été prises pour améliorer la qualité des services.

#### 5. Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations :

Il n'y a pas eu de recommandation particulière du CVQ au conseil d'administration.

#### 6. L'appréciation globale des mécanismes existant en matière d'évaluation de la qualité des services :

Les mécanismes sont actifs et axés sur leur tâche.

#### 7. L'appréciation globale du fonctionnement du régime d'examen des plaintes et de la satisfaction des usagers :

La commissaire traite un grand nombre de dossiers par année dans une perspective d'amélioration de la qualité des services. Comme comité, il faut s'assurer que du soutien est donné à la commissaire lorsque le volume de plaintes est important.

#### 8. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière :

Comme notre objectif était d'analyser tous les rapports et recommandations portés à notre attention ainsi que d'assurer le suivi, nous avons réalisé nos objectifs.

#### 9. Perspectives d'action pour la prochaine année financière :

Non applicable

#### 10. Recommandations générales, le cas échéant :

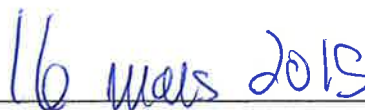
Sans objet

#### 11. Conclusions :

Les membres du comité de vigilance ont constaté qu'en raison de la présence de la directrice générale il n'y a pas eu lieu de formuler de recommandations particulières à l'établissement car celle-ci s'assure des suivis des recommandations formulées de l'établissement.



Daniel Dyotte, président



Date