

Bureau de la commissaire locale à la qualité des services et aux plaintes du CUSM

RAPPORT ANNUEL 2015-2016

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



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
BUREAU DE LA COMMISSAIRE/OMBUDSMAN DU CUSM.....	3
PLAINTES	4
DEMANDE D'ASSISTANCE	9
CONSULTATIONS	8
INTERVENTIONS	9
AUTRES FONCTIONS.....	10
PROTECTEUR DU CITOYEN	10
MÉDECINS EXAMINATEURS DU CUSM	12
COMITÉ DE RÉVISION DU CUSM.....	14
COMITÉ DE VIGILANCE DU CUSM	14
PLAN D'ACTION 2014-2015	13
CONCLUSION	14
ANNEXES.....	14
Annexe A: Organigramme du Bureau de la commissaire aux plaintes	16
Annexe B: Catégories de plaintes	17
Appendix C: Activités du Bureau de la commissaire aux plaintes 2014-2015	19
Appendix D: Lexique	20
Appendix E: Liste des tableaux et graphiques	21

INTRODUCTION

Le présent rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CUSM présente un tableau des événements importants survenus au cours de la période 2015-2016¹. Et, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (LSSSS), ce rapport contient, entre autres, (a) le rapport des commissaires locales aux plaintes, (b) le nombre de dossiers transmis au bureau du Protecteur du citoyen, (c) le rapport des médecins examinateurs, (d) le rapport du Comité de Révision, ainsi qu'un (e) résumé des travaux du Comité de Vigilance².

Cette année le Comité de vigilance et le comité de révision ne se sont pas réunis comme par le passé car le Conseil d'administration (CA) avait été aboli par le projet de loi 10. Cependant ces comités seront recréés à l'automne 2016 .

Après révision des données de cette année, le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (le Bureau) (f) a élaboré un plan d'action pour la période couvrant 2015-2016. Cette section du rapport peut sembler répétitive d'année en année en ce que les points sur lesquels nous nous attardons reviennent et parfois sans amélioration réelle et en conséquence nous les ramenons dans la mire de notre plan d'action pour l'année qui vient. Par exemple, l'an dernier nous avons souligné le problème d'accès téléphonique difficile pour les patients. Cette année nous constatons que la situation ne s'est pas améliorée. Il faut dire qu'un groupe de travail multidisciplinaire et dynamique, composé de gestionnaires, infirmières, médecins et patients partenaires et d'un membre de notre bureau a été créé pour étudier et régler le problème. Ce comité énergique a un mandat clair et limité dans le temps. Il a déjà réussi à débloquer certains obstacles et améliorer la communication dans certains secteurs. Mais le tableau spécial que nous vous présentons cette année fait état de sept (7) ans de chiffres qui démontrent une détérioration claire. Nous espérons que le groupe de travail en place et les mesures correctives en cours auront un effet d'amélioration réelle.

Nous allons continuer de soulever les embûches et défis auxquels les patients se butent, d'année en année et jusqu'à ce que les situations problématiques soient résolues. Voilà notre promesse.

1. BUREAU DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DU CUSM

Les chiffres qui suivent devraient être interprétés dans le contexte de notre mandat dans le système de santé du Québec et dans le contexte d'une année de déménagement, un changement sans précédent.

Les responsabilités et fonctions de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (le Bureau) sont les suivantes :

- Recevoir et examiner toute plainte conformément à la Loi sur la santé.
- Enquêter, examiner et régler plaintes ou problèmes connexes de manière équitable, impartiale et humaine.
- Promouvoir les droits des patients et l'application du système de traitement des plaintes au sein du CUSM.

¹ Le Rapport statistique complet émanant du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) est disponible sur demande au Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM.

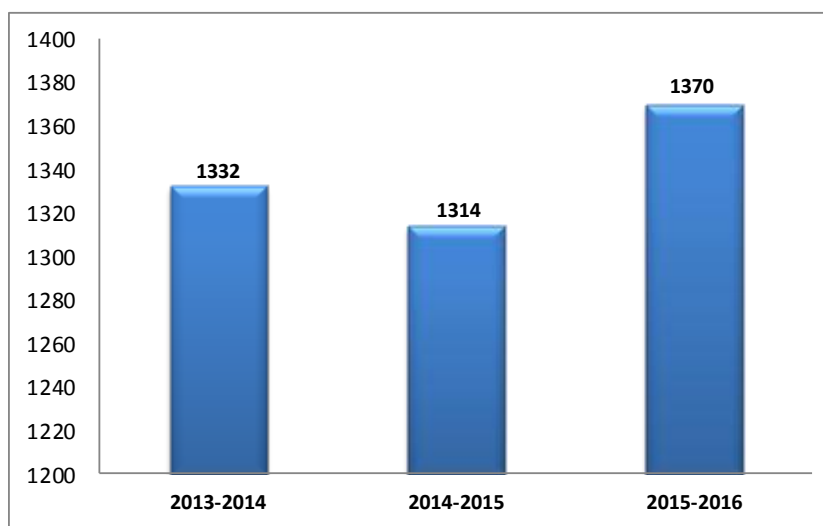
² En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., Chapitre S-4.2, a. 76.11 et de la Loi sur le Protecteur du citoyen, L.R.Q. Chapitre P-32.

- Proposer des mesures et des moyens systémiques qui pourraient améliorer l'accès pour tous à des soins et à des services de qualité élevée.

C'est le déménagement de trois (3) sites hospitaliers qui a constitué un changement sans précédent en 2015-2016. Certains de nos bureaux ont aussi déménagé. Nos efforts vers un bureau sans papier ont contribué à rendre ce mouvement plus facile et nous avons pu offrir un service ininterrompu.

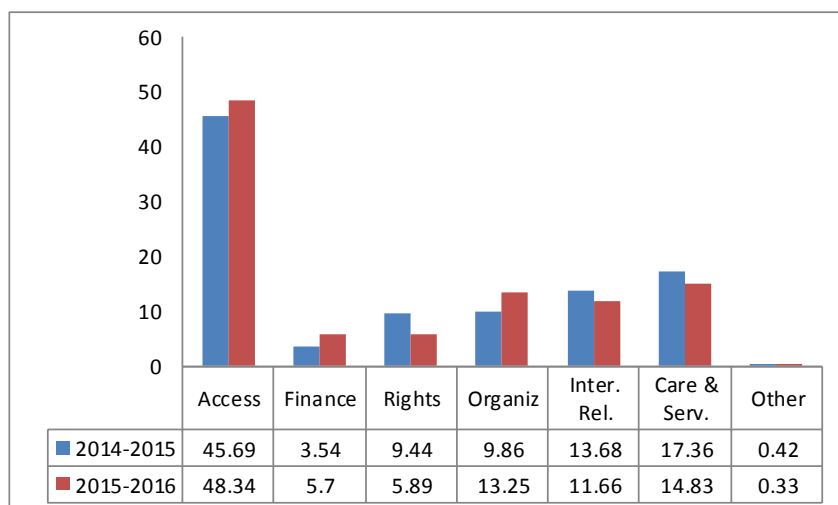
PLAINTES

Graphique 1 : Nombre total de plaintes au cours de la période (2013-2016)



En 2015 – 2016, le nombre de plaintes déposées auprès du bureau de la commissaire locale a augmenté d'environ 4%. Cette augmentation s'explique possiblement par plusieurs facteurs qui ont causé des failles dans les réseaux de communication interne du CUSM lors du déménagement de l'hôpital Royal Victoria, l'Hôpital de Montréal pour Enfants et l'Hôpital Thoracique et la réorganisation sismique des cliniques et services qui s'en est suivie.

Graphique 2 : Comparatif sur une période de deux ans des différentes catégories de plaintes



Le graphique 2 donne un aperçu quant aux tendances observées dans chacune des catégories de plaintes au cours de ces deux années.

Les secteurs principaux, où il y a eu une légère augmentation du nombre de plaintes en 2015-2016, sont celles de « *l'accès* » et de « *l'organisation du milieu et ressources matérielles.* » Nous pouvons présumer que le déménagement vers le site Glen a créé des interruptions dans l'accès aux services et à la communication entre ces services et les patients. Nous savons que le personnel et les professionnels ont eux-mêmes eu des problèmes à se rejoindre, à communiquer.

Chacune de ces catégories de plaintes se subdivise en un certain nombre de sous-catégories. Se reporter à l'**Annexe B** pour un résumé de ce qui est regroupé dans chaque catégorie de plaintes.

Les sous-catégories de plaintes venant en tête de liste restent les mêmes qu'en 2015-2016, à savoir :

1. **Accès téléphonique**
2. **Respect (manque de politesse)**
3. **Temps d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous**
4. **Temps d'attente pour une chirurgie/annulation d'une chirurgie élective**
5. **Compétences techniques/professionnelles**

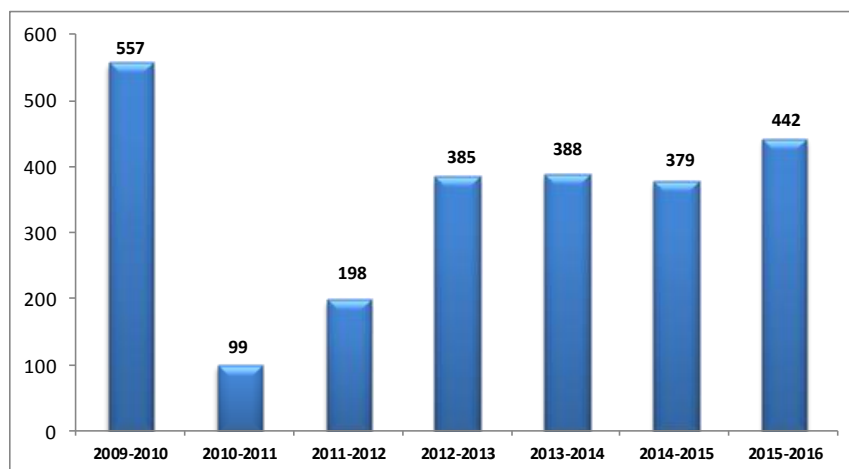
Il convient de noter que trois de ces cinq catégories-vedettes sont liées à ce que nous appelons **Accès**, à savoir : *accès téléphonique, temps d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous, temps d'attente pour chirurgie ou annulation de chirurgie.* L'accès est le problème principal des soins en général. Une des solutions à ce problème pourrait par ailleurs être une meilleure gestion des difficultés d'accès téléphonique.

PLAINTES D'ACCÈS TÉLÉPHONIQUE

Nous pouvons constater au **Graphique 3** que le nombre de plaintes d'Accès téléphonique n'a cessé d'augmenter. Ce problème d'ordre systémique a été porté à l'attention des autorités du CUSM et du Comité de vigilance.

Cette sphère d'activité mérite que nous y regardions de plus près considérant les sentiments de frustration et d'impuissance rapportés par tous ceux qui ont subi ces importantes difficultés d'accès.

Graphique 3 : Plaintes liées à l'accès téléphonique au cours de la période 2009-2016



L'accès téléphonique (AT) est un problème qui a changé au cours des années comme nous pouvons le constater au graphique 3. La différence substantielle entre 2009 et 2010 s'explique par le fait que notre bureau a commencé à recueillir de l'information en vue d'un rapport spécial. Nous avons informé tous nos interlocuteurs au CUSM et fait des recommandations en cours de route. Le résultat dramatique qui a suivi en 2010 a démontré que l'amélioration était réalisable.

Au cours de l'année 2015 un groupe de travail AT a été formé tel que mentionné ci-dessus. Nous espérons que ce groupe de travail aura un effet similaire à celui que nos efforts ont eu en 2010. L'optimisme ne suffit pas et nous allons continuer de suivre de près le travail et les recommandations de ce groupe de travail.

Tourner en rond, une histoire de patience :

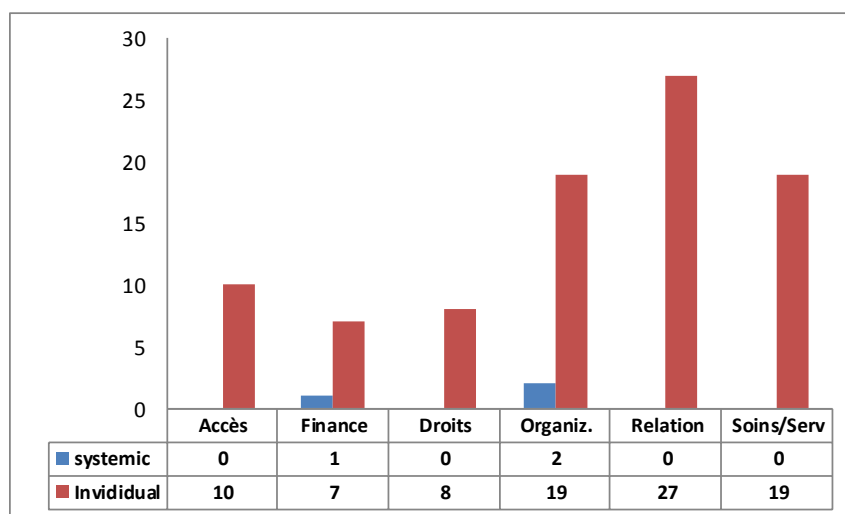
Un usager nous a contacté et informé qu'il avait reçu un billet de confirmation concernant un examen qui aurait lieu le avril 2016 à 12 h 30. Or, il lui était impossible de se libérer pour un rendez-vous à cette date et il n'arrivait pas à joindre quelque service que ce soit pour le reporter. Seulement le numéro général du CUSM est indiqué sur le billet de confirmation et tous les transferts d'appel ne trouvaient jamais leur chemin jusqu'au bon numéro de poste. Le seul numéro qui semblait pertinent était le, celui de la réception du bureau des D^{rs} X et Y mais c'était un message enregistré qui accueille les patients et les invite à laisser un message. Par ailleurs, les messages laissés par ce patient n'avaient pas été retournés.

Solution individuelle : *ce patient fut rappelé dans l'heure qui a suivi son appel à nos bureaux. Mais une solution systémique est requise. Le groupe de travail de l'AT va-t-il être la solution?*

MESURES PRISES POUR AMÉLIORER LES SOINS ET SERVICES

De façon générale, une fois le motif de plainte jugé valable et fondé et que des améliorations concrètes sont décidées, la commissaire locale et le service ou le département concerné s'entendent sur les modalités à prendre et sur un plan d'action visant à l'amélioration des soins et des services. Les mesures pourront donc être entreprises par ledit département ou service, et les recommandations pourront être formulées par le Bureau de la commissaire locale aux plaintes. Or, en fonction du motif de la plainte, les mesures correctives pourront avoir une portée différente. En effet, dans certains cas, ces mesures pourront être appliquées au **niveau individuel**, et ce, en réponse à une question spécifique ou à une situation donnée; tandis que dans d'autres cas, elles devront être mises en œuvre à un **niveau systémique/organisationnel**. **Le Graphique 4** présente la distribution des mesures systémiques/ organisationnelles et individuelles pour chaque type de plaintes. Globalement, 93 mesures ont été mises en œuvre en 2015-2016, dont trois (3) de niveau systémique/organisationnel, 16 de niveau individuel et 74 engagements.

Graphique 4: Mesures systémiques/organisationnelles et individuelles selon la catégorie de la plainte



Exemples de mesures individuelles ou systémiques/organisationnelles :

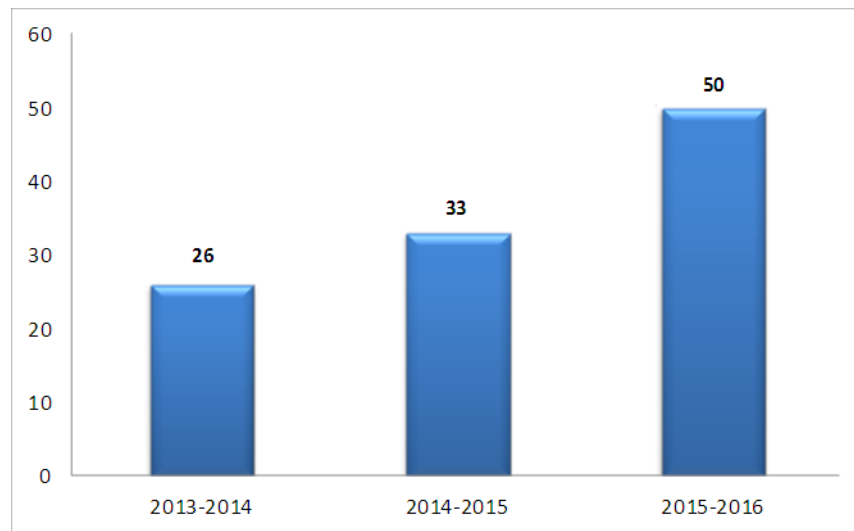
- *Mesures individuelles :*
 - Suite au déménagement vers le Glen des infirmières sur une unité ne pouvaient être rejointes par téléphone. Une boîte de communication temporaire fut créée pour pallier temporairement à la situation.
 - Une employée fut rencontrée par sa gestionnaire pour revoir son approche client avec les usagers et familles.
- *Mesures systémiques/organisationnelles :*
 - Les portes des toilettes près des entrées principales ont été automatisées pour améliorer l'accès aux patients à mobilité réduite.
 - Chaises additionnelles ajoutées au Centre de prélèvement.

INTERVENTIONS

Les interventions sont des enquêtes en profondeur menées par la commissaire aux plaintes, chaque fois qu'il y a raison de croire (preuve/évidence formelle ou informelle) que les droits fondamentaux d'une personne ou d'un groupe de personnes ont été ou pourraient être affectés ou en danger. Les interventions sont multi-services et peuvent souvent s'étendre sur de longues périodes de temps.

Au cours de la période 2015-2016, le Bureau est intervenu à 50 reprises. La plupart de ces interventions ont permis une adaptation systémique/organisationnelle des soins et services au moyen de ressources supplémentaires et de pratiques améliorées de communication.

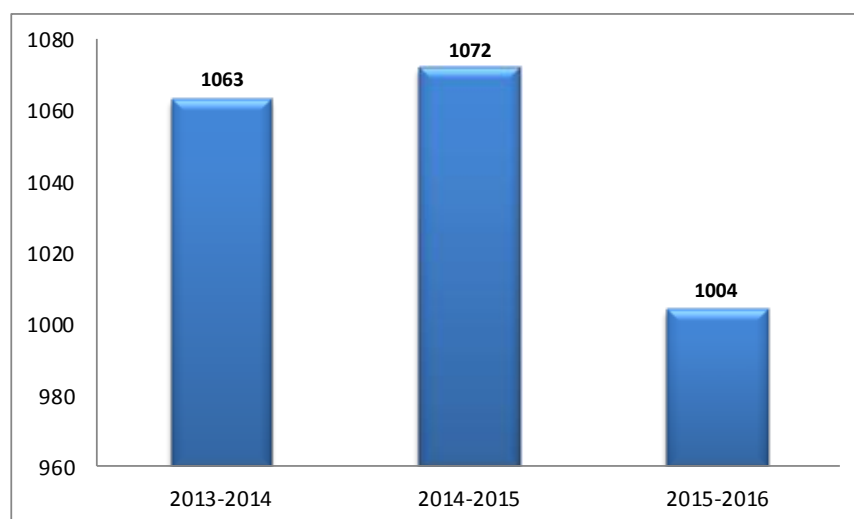
Graphique 7 : Nombre total d'interventions au cours de la période de 2013-2015



DEMANDES D'ASSISTANCE

Il s'agit ici de cas où les patients, familles, employés ou docteurs communiquent avec la commissaire aux plaintes pour demander de l'information quant aux droits des patients, comment déposer une plainte, comment naviguer dans le système, ou encore, pour être tout simplement dirigés vers les ressources appropriées. Ces demandes peuvent conduire à des plaintes ou tout simplement à une demande d'aide et d'orientation par un citoyen perplexe et déconcerté par la complexité du système de soins. Pour le Bureau, le temps nécessaire pour répondre à une demande d'aide ou d'assistance est à peu près du même ordre que pour répondre à une plainte, et peuvent aussi mener à des améliorations de soins ou de service.

Graphique 5 : Nombre total de cas d'assistance au cours de la période 2013-2015



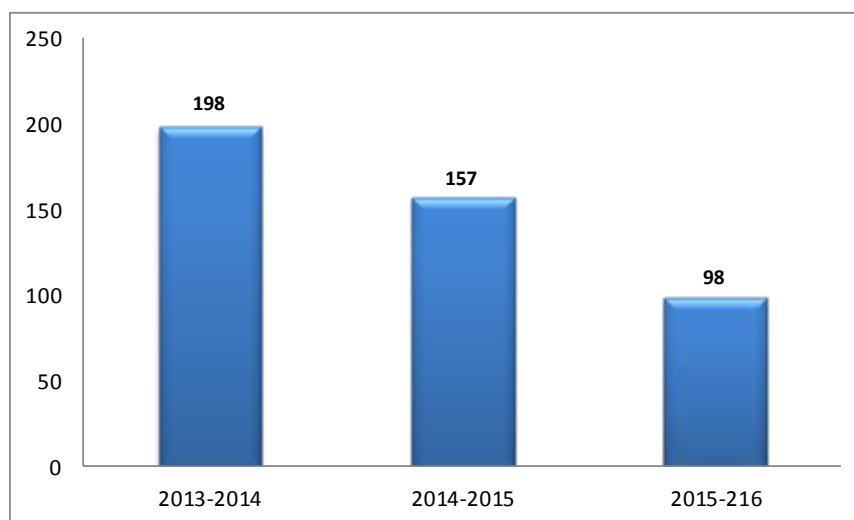
Bien diriger une requête :

Un patient a appelé notre bureau. Elle voulait s'assurer que sa requête avait été envoyée au bon endroit. Elle insistait qu'elle ne voulait pas se plaindre. Après quelques démarches nous avons constaté une erreur dans le numéro de fax remis au patient et avons redirigé cette requête. En outre nous avons pu communiquer avec le service de référence des requêtes pour corriger le tir. Ce dossier d'assistance a été l'occasion occasion d'améliorer immédiatement les services pour tous.

CONSULTATIONS

Cette catégorie fait référence aux situations où directeurs, gestionnaires, professionnels, personnel de soutien ou patients communiquent avec la commissaire aux plaintes pour fins d'avis ou de conseils sur les droits et obligations des patients, des familles et du personnel. Le nombre de dossiers de consultation (se reporter au **Graphique 6**) a diminué cette année possiblement parce qu'il s'agissait d'une année de transition. Nous attendrons les résultats de 2016-2017 afin de procéder à une analyse plus complète de nos chiffres.

Graphique 6 : Nombre total de consultations au cours de la période 2013-2015



AUTRES FONCTIONS RELIÉES AU PROCESSUS DE PLAINTES

Cette catégorie englobe la participation aux activités des différents comités (**se reporter à l'Annexe C**), y compris le Comité des usagers et d'Éthique et le Comité de vigilance du CUSM. Le Bureau organise aussi des séances de formation et d'information à l'intention de la communauté du CUSM, afin de les aider à se familiariser avec les droits des patients et le régime d'examen des plaintes.

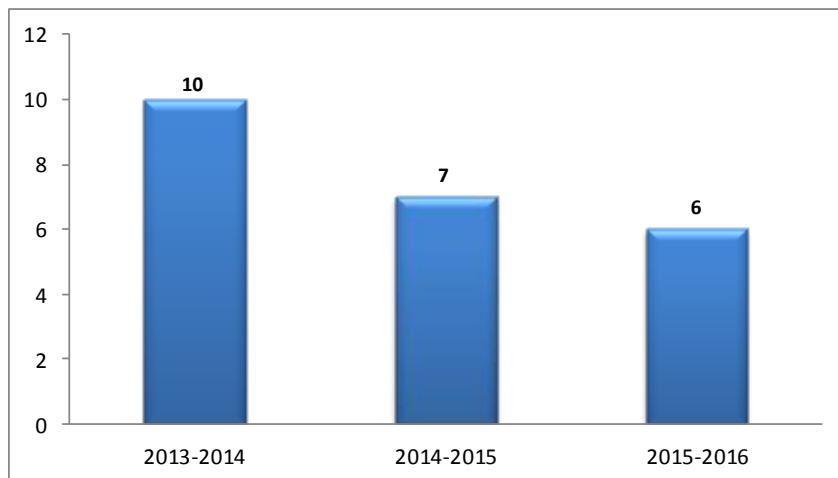
Enfin, le Bureau participe à des activités de réseautage avec d'autres bureaux de commissaires aux plaintes œuvrant dans les différents établissements de soins de santé à travers la Province et au Canada. Par exemple nous sommes membres de la Fédération Canadienne des Ombudsmen (FCO), du regroupement des commissaires aux plaintes du grand Montréal et nous rencontrons nos collègues des autres Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), en provenance de Montréal, Québec et Sherbrooke.

Nous continuons d'accueillir parmi nous un étudiant de la Faculté de droit de l'université McGill dans le contexte d'un cours clinique légale.

PROTECTEUR DU CITOYEN

En 2015-2016, 6 cas (**se reporter au Graphique 8**) ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen par des plaignants mécontents du traitement de leur plainte ou des conclusions rendues par la commissaire. Le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées dans 5 cas, et des recommandations furent reçues et mises en application par le CUSM dans 1 cas.

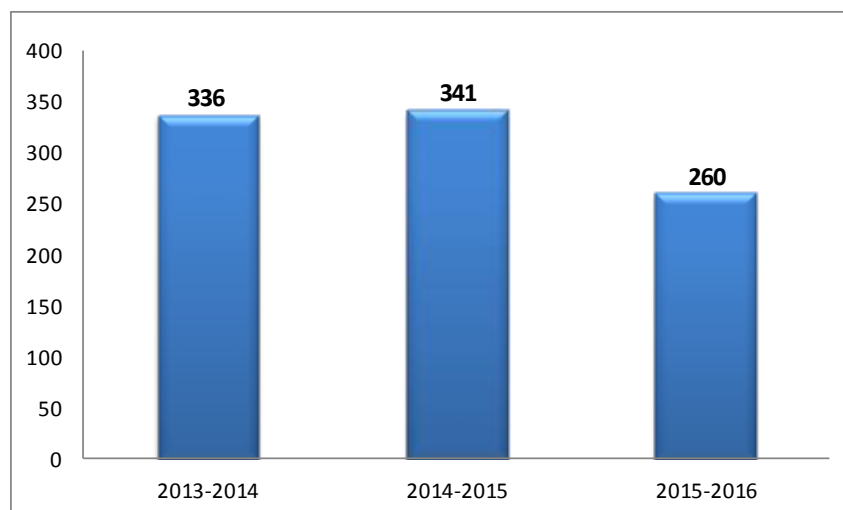
Graphique 8 : Nombre total des cas portés auprès du Protecteur du Citoyen au cours de la période 2013-2016



MÉDECINS EXAMINATEURS

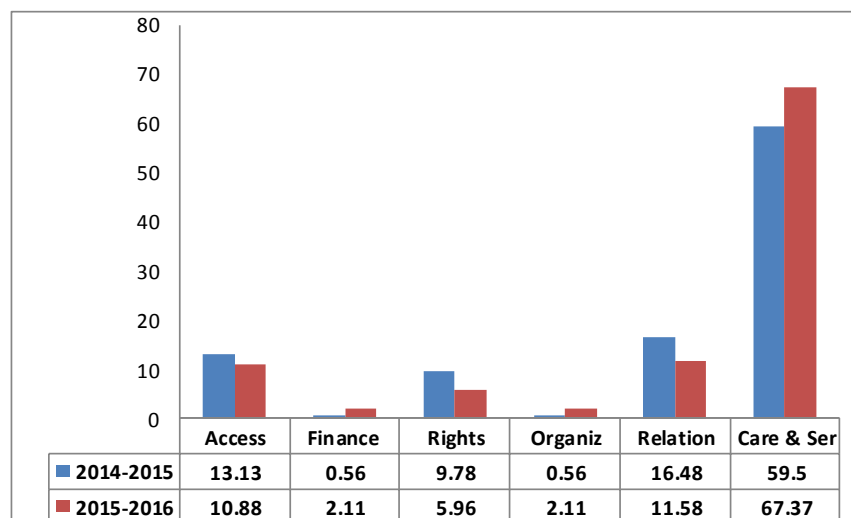
Le nombre de cas qui ont été soumis aux médecins examinateurs du CUSM a diminué au cours de la période 2015-2016, comme l'indique le **Graphique 9**.

Graphique 9 : Nombre total des plaintes des médecins examinateurs du CUSM au cours de la période 2012-2015



Dans la majorité des cas, les médecins examinateurs continuent de rendre leurs conclusions dans un délai de 45 jours du dépôt de la plainte, et cela, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*.

Graphique 10 : Comparatif sur deux (2) ans sur la nature des plaintes

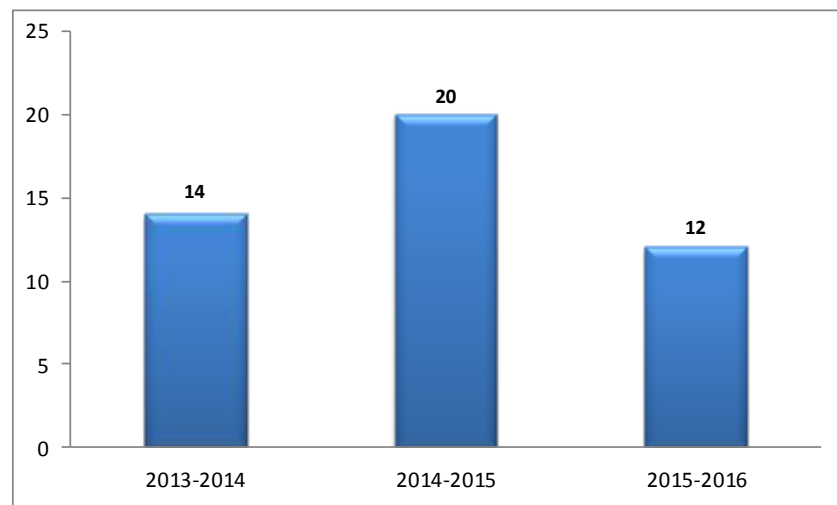


Les principaux motifs de plaintes reçues par les médecins examinateurs relèvent de la catégorie des soins et des services. Parmi ces motifs figurent le jugement professionnel et compétences spécialisées/techniques. Ces questions et d'autres ont été portées à l'attention du Conseil du CMDP du CUSM par les médecins examinateurs qui assurent le contrôle et le suivi de cet aspect des soins médicaux fournis aux patients et aux familles.

COMITÉ DE RÉVISION DU CUSM

Au cours de la période 2015-2016, le Comité de révision du CUSM a reçu douze demandes de révision de dossiers traités par les médecins examinateurs, comme on le voit dans le **Graphique 11**. En raison des amendements proposés à la Loi sur la santé et les services sociaux ce Comité n'a pu se rencontrer et a été dissous dès le 1^{er} avril 2015. Le conseil d'administration a recréé ce comité qui révisera tous les dossiers en souffrance. Tous les demandeurs ont été informés de la situation. Nous prévoyons que la situation sera corrigée au cours de la période 2016-2017.

Graphique 1 1 : Nombre total de cas adressés au Comité de révision pour la période 2012-2015



COMITÉ DE VIGILANCE DU CUSM

Au cours de la période 2015-2016, le Comité de vigilance s'est réuni une seule fois. Les rapports annuels de la commissaire aux plaintes et des médecins examinateurs ont été présentés lors de l'Assemblée générale annuelle du CUSM.

PLAN D'ACTION 2016-2017

En 2016-2017, le Bureau de la commissaire aux plaintes entreprendra les initiatives suivantes :

- Continuation du suivi des recommandations du groupe de travail sur l'accès téléphonique
- Poursuite de la communication avec les Comités des usagers du CUSM dont une rencontre avec l'Exécutif afin de favoriser notre collaboration mutuelle.
- Participation aux activités du Comité central des usagers lors de la promotion des droits des usagers.
- Continuer à promouvoir les droits des patients à tous les niveaux, incluant lors des *Grands Rounds* et aux comités des différentes Missions

CONCLUSION

Dans son rapport annuel, le Bureau de la commissaire aux plaintes veut donner un aperçu général de quelques-uns des domaines d'insatisfaction vécus par certains patients et familles. Cette année encore, le message qui se dégage est que l'un des principaux enjeux pour les patients et les familles demeure l'épineuse question de « *l'accès aux soins et aux services* ». Cette situation se reflète dans le nombre soutenu des cas de demande d'assistance que nous avons reçus et nos chiffres des dossiers de plaintes. Par conséquent, une fois encore, notre Bureau souligne que cette question constitue la pierre d'achoppement de notre système et qu'elle doit être abordée par le CUSM.

Nous souhaitons remercier les patients et leurs familles ainsi que le personnel du CUSM. En effet, c'est grâce à l'éloquence et à la fière détermination des patients et de leurs familles vis-à-vis de leurs plaintes qui permet souvent que la prochaine personne aura droit à de meilleurs soins et services. Et, c'est ce qui explique pourquoi les patients et leurs familles prennent le temps de communiquer avec nous.

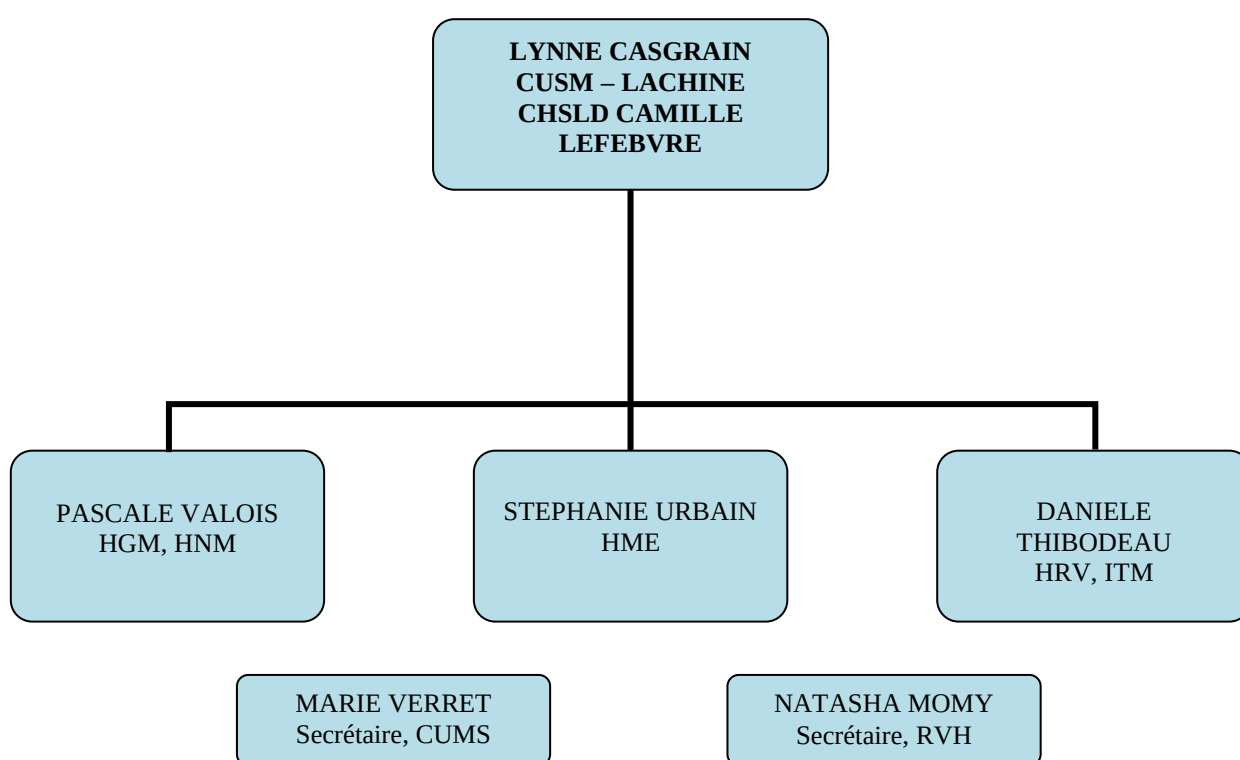
Par ailleurs, tous les jours, nous sommes témoins des petits et grands gestes et des efforts supplémentaires que font les membres du personnel du CUSM pour atteindre, voire même dépasser les attentes des patients et de leurs familles quant à la résolution de problèmes ou de malentendus.

Soumis avec respect

Lynne Casgrain
Commissaire aux plaintes
Centre universitaire de santé McGill

ANNEXES

Annexe A: Organigramme du Bureau de la commissaire aux plaintes



Annexe B: Catégories de plaintes

Vous trouverez ci-après les principales catégories de plaintes telles que définies par le Ministère de la santé pour les besoins du système SIGPAQS de collecte de données, avec des exemples, de même qu'une liste des catégories et des exemples en anglais.

- **Accessibilité:** délais, refus de services, transfert, absence de services ou de ressources, accessibilité linguistique, choix du professionnel, choix de l'établissement, autre.
- **Soins et services dispensés:** habiletés techniques et professionnelles, évaluation, jugement professionnel, traitement ou intervention, continuité, autre.
- **Relations interpersonnelles :** fiabilité, respect de la personne, respect de la vie privée, empathie, communication avec l'entourage, violence et abus, attitudes, disponibilité, identification du personnel, autre.
- **Organisation du milieu et ressources matérielles :** alimentation, intimité, mixité des clientèles, organisation spatiale, hygiène et salubrité, confort et commodité, règles et procédures du milieu de vie, conditions vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux, sécurité et protection, relations avec la communauté, équipement et matériel, stationnement, autre.
- **Aspect financier :** frais de chambre, facturation, contribution au placement, frais de déplacement, frais de médicaments, frais de stationnement, prestation reçue par les usagers, besoins spéciaux, aide matérielle et financière, allocation des ressources financières, réclamation, sollicitation, legs, autre.
- **Droits particuliers :** information, dossier de l'utilisateur et dossier de plainte, participation de l'utilisateur, consentement aux soins, accès à un régime de protection, consentement à l'expérimentation et à la participation à un projet de recherche, droit à la représentation, droit à l'assistance, droit de recours, autre.
- **Autres motifs de demandes :** aucun objet.

Exemples for each categories:

- **Access to and continuity of services:**
Wait times in clinics and emergency departments;
Difficulty in reaching doctors' offices or clinics by phone;
Difficulty in obtaining surgery (i.e. delays or cancellation);
Difficulty in obtaining tests or appointments in a timely fashion;
Difficulty obtaining follow-up care after discharge from hospital;
Difficulty in receiving coordinated care between clinics, services and/or hospital sites.
- **Care and Services**
Professional techniques;
Judgment and treatment as well as decisions and interventions;
Technical skill and professional judgment of the health-care provider.
- **Interpersonal Relations.**
Lack of empathy, lack of reliability, or rudeness;
Physical and verbal abuse.
- **Hospital Environment and Physical Resources**
Complaints regarding cleanliness, food, and/or organization and comfort of rooms;
Problems with the physical plant (such as falling plaster, peeling paint, broken chairs, lack of wheelchairs) (adult sites);
Security of patient's property (adult sites).
- **Finance**
Billing of patients: long-term care, private and semi-private rooms; non-resident fees.
- **Rights**
Complaints about lack of respect for rights enshrined in Quebec law;
Right to informed consent;
Right to know one's state of health;
Right of access to the medical chart;
Right to confidentiality;
Right to services in language of choice.

Annexe C : Activités du Bureau de l'ombudsman pour l'année 2014-2015

Membre ou participation aux comités suivants :

- Comités des usagers (sur place et CUSM)
- Comité d'éthique pédiatrique
- Regroupement CLPQS du Grand Montréal
- Forum canadien des ombudsmans
- Comité du réseau d'éducation des patients du CUSM
- Comité contre la violence au CUSM
- Comité de vigilance
- Comité de la sécurité et de la gouvernance au CUSM
- Comité d'examen de la sécurité des patients du CUSM
- Comité de gestion des risques et de la qualité du CUSM (COQAR).

Annexe D : Lexique

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services : Cette appellation ou désignation est le titre officiel en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, L.R.Q., chap. S-4.2. Cependant, plusieurs patients étant plus familiers avec le terme d'*ombudsman*, nous utilisons cette appellation ainsi que commissaire aux plaintes.

Médecin examinateur : Dans les pays de langue anglaise, un médecin examinateur (*Medical Examiner*) est un médecin légiste ou coroner, une appellation qui peut effrayer certains patients lorsqu'ils sont dirigés vers ce professionnel. Le médecin examinateur ici est le médecin chargé d'enquêter sur les plaintes touchant les actes médicaux.

Bureau du commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services : notre Bureau

Protecteur du Citoyen (*Bureau du Protecteur du citoyen*): Ce terme, utilisés dans le cadre du régime juridique du Québec, correspondent à celui de *l'Ombudsman / commissaire provincial* utilisé ailleurs au Canada. Tout comme les autres ombudsmans provinciaux, le Protecteur du citoyen est tenu de produire et de présenter régulièrement des rapports à l'Assemblée nationale du Québec.

Comité de vigilance : Un comité « Watchdog ». Le Comité de vigilance est composé de représentants du Conseil d'administration, de gestionnaires et de patients. Ce Comité est à la fois chargé de recevoir et de faire des recommandations visant à améliorer les soins et les services hospitaliers. En outre, c'est ce Comité qui veille à ce que les projets, une fois mis en œuvre, soient exécutés et viennent à terme en temps utile et de manière opportune et efficace.

Assistance : Ce terme désigne toute demande d'aide ou d'assistance pour **(1)** l'accès aux soins, aux services et à l'information; **(2)** communiquer avec les membres du personnel médical; **et enfin, (3)** formuler une plainte.

Consultation : Ce terme désigne tout administrateur, gestionnaire ou patient qui contacte la commissaire/ombudsman dans le but d'obtenir des conseils quant aux droits et obligations des patients et de leur famille.

Intervention : Ce terme désigne toute enquête menée par la commissaire aux plaintes lorsque des preuves, obtenues par voie formelle ou informelle, indiquent que les droits d'un individu ou d'un groupe d'individus sont possiblement lésés ou compromis.

Annexe E : Liste des tableaux et des graphiques

- Graphique 1** Nombre total de plaintes reçues au cours de la période 2013-2016
- Graphique 2** Comparatif sur 2 ans des différentes catégories de plaintes reçues
- Graphique 3** Plaintes liées à l'accès téléphoniques au cours de la période 2009-2016
- Graphique 4** Mesures individuelles et systémiques par catégorie de plaintes
- Graphique 5** Nombre total de demandes d'assistance au cours de la période 2013-2016
- Graphique 6** Nombre total de consultations au cours de la période 2013-2016
- Graphique 7** Nombre total d'interventions au cours de la période 2013-2016
- Graphique 8** Nombre total des cas portés auprès du Protecteur du Citoyen au cours de la période 2013-2016
- Graphique 9** Nombre total de plaintes transmises aux médecins examinateurs au cours de la période 2013-2016
- Graphique 10** Comparatif sur deux ans des différentes catégories de plaintes transmises aux médecins examinateurs du CUSM
- Graphique 11** Nombre total de cas adressés au comité de révision du CUSM au cours de la période 2013-2016