

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Rapport annuel 2016-2017



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



**Centre de
Réadaptation
Marie Enfant**

CHU Sainte-Justine

Université 
de Montréal

Déposé au
CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CHU SAINTE-JUSTINE
par Andrée Normand
le 16 juin 2017

Table des matières

1. MOT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

2. FAITS SAILLANTS

3. PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

4. BILAN DES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

4.1. PLAINTES FORMULÉES

4.1.1. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

4.1.2. MOTIFS DES PLAINTES CONCLUS

4.1.3. MOTIFS DE PLAINTES AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

4.1.4. DÉLAIS POUR LE TRAITEMENT DES PLAINTES

4.2. INTERVENTION

4.2.1. PORTRAIT DES INTERVENTIONS EFFECTUÉES PAR LE COMMISSAIRE

4.2.2. MOTIFS AYANT MENÉ À L'INTERVENTION DU COMMISSAIRE

4.2.3. MOTIFS D'INTERVENTION AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

4.3. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

4.3.1. DEMANDES D'ASSISTANCE

4.3.2. DEMANDES DE CONSULTATION

4.3.3. AUTRES ACTIVITÉS

5. RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

5.1. PLAINTES TRAITÉES

5.1.1. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

5.1.2. MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

5.1.3. MOTIFS DE PLAINTES AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

5.1.4. DÉLAIS POUR TRAITEMENT DES PLAINTES

6. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

6.1 DEMANDES DE RÉVISION

6.1.1. MOTIFS DES PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÉVISION

6.1.2. CONCLUSIONS

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE I - LES ACTEURS DU RÉGIME

7.2. ANNEXE II - LES TYPES DE DOSSIERS

7.3. ANNEXE III - LISTE DE GRAPHIQUES ET TABLEAUX

1. MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Tel que prévu aux alinéas 9 et 10 de l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), voici le bilan annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (commissaire). Ce rapport annuel s'inscrit dans une perspective de reddition de compte au conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire Ste-Justine (CHUSJ) et le Centre Réadaptation Marie-Enfant (CRME). Celui-ci témoigne du travail des commissaires visant à assurer à tous les usagers et à leurs familles le respect de leurs droits et la qualité des services auxquels ils peuvent s'attendre. Ce rapport annuel est public et accessible à tous sur le site internet du CHU Sainte Justine. Il constitue une source d'information importante sur le type de plaintes et leurs règlements, et ce, dans le respect de la confidentialité des usagers et des familles qui se sont adressés au commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Le commissaire examine toutes les situations portées à son attention avec rigueur et impartialité. Cependant, les situations ne font pas toutes l'objet de mesures correctives, car il ne faut jamais perdre de vue que la médiation et conciliation entre les familles et les équipes sont une partie importante du travail des commissaires. De plus, il faut souvent expliquer les raisons d'un refus de service ou fournir de l'information supplémentaire, faciliter la communication et la transmission d'informations entre l'utilisateur, les familles vivant des situations de stress liées à la santé de leur enfant ou encore à une grossesse ou à un accouchement difficile. La préoccupation constante est de tenter de rétablir une relation de confiance avec l'équipe soignante, ce qui est primordial. Le travail quotidien du commissaire comporte plusieurs interactions avec les médecins, les gestionnaires, les chefs de service ainsi que des membres du personnel pour dénouer des situations de désaccord et d'incompréhension.

Le travail du commissaire ne pourrait se faire sans collaboration soutenue des différentes directions, des chefs de service, des professionnels, des médecins, des infirmiers/infirmières, des aides-chefs (AIC) et aussi des assistants administratifs. D'ailleurs, leur ouverture et leur engagement témoignent de leur préoccupation envers la qualité des soins offerts, une approche centrée sur le patient et le respect des droits des usagers. Des rencontres sont faites avec les directions et servent à échanger sur les différentes problématiques, les pistes d'amélioration à apporter en lien avec les insatisfactions des usagers et les obligations de l'établissement par rapport aux services offerts aux usagers. Ces rencontres, ainsi que le lien étroit avec le comité des usagers de l'établissement permettent d'avoir un portrait plus juste des problématiques vécues par les usagers ainsi que des mesures d'amélioration à apporter.

En 2016-2017, l'équipe du commissaire locale a été renouvelée.

Le présent rapport a été rédigé par Madame Pascale Valois et revu par Madame Andrée Normand.

MADAME ANDRÉE NORMAND

2. FAITS SAILLANTS

Le rapport annuel offre une perspective du bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHUSJ et CRME. Les faits saillants sont présentés de façon à informer le public sur l'activité du commissaire pour l'année 2016-2017 et à offrir au conseil d'administration des informations qui seront utiles pour comparer l'activité de l'année en cours avec les années précédentes.

Pour l'année 2016-2017, le nombre de dossiers de plaintes est stable comparativement à l'année précédente (272/273). Le nombre de demandes d'assistances reçues par le commissaire a augmenté de plus de 25% pour la même période (479/382). Quant aux plaintes médicales, leur nombre a augmenté de 12%, passant de 43 dossiers à 48 comparativement à l'année 2015-2016. Ces demandes portent sur divers motifs d'insatisfaction envers les soins ou services du CHUSJ et CRME. Un usager peut invoquer plus d'un motif lorsqu'il dépose son dossier de plainte. Quatre recommandations ont été faites par le commissaire local aux plaintes aux directions concernées ayant pour but l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Dans le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) utilisé par le bureau du commissaire, les motifs des demandes, soit plaintes, assistances, consultations et interventions sont classés selon des catégories distinctes: l'accessibilité, les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles, l'organisation du milieu et des ressources matérielles et les aspects financiers. La distribution des demandes est illustrée ci-dessous :

883 DEMANDES REÇUES PAR LE COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES :

479 demandes d'assistance
272 dossiers de plaintes, dont 502 motifs invoqués
129 demandes de consultations
3 dossiers d'interventions

ÉGALEMENT

105 activités liées aux autres fonctions du commissaire

48 DOSSIERS REÇUS PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

502 MOTIFS DE PLAINTES REÇUS PAR LE COMMISSAIRE AUX PLAINTES PORTENT SUR:

141 les relations interpersonnelles
131 l'accessibilité
103 les soins et services
68 l'environnement ressources matérielles
35 les droits particuliers
24 l'aspect financier

78 MOTIFS DE PLAINTES REÇUS PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR PORTENT SUR:

40 les soins et services dispensés
34 les relations interpersonnelles
3 l'accessibilité
1 les droits particuliers

Cinq usagers ont exercé leur recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, mais aucun usager n'a demandé une étude au 2^e palier de sa plainte médicale par le comité de révision.

3. PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

La première partie de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)¹, sous le titre des droits des usagers, consacre plusieurs chapitres au régime d'examen des plaintes. Ce régime permet à l'utilisateur, ou à son représentant, insatisfait des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir, de s'adresser directement aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services. De plus, le régime offre un 2e recours à l'utilisateur non satisfait des conclusions obtenues ou du délai de réponse. Ce recours s'exerce directement auprès du Protecteur du citoyen.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration et relève de ce dernier. Le commissaire est le seul responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Il doit exercer ses fonctions de façon exclusive et assurer son indépendance. À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

- Il applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers;
- Il assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique et assure de plus la promotion du régime d'examen des plaintes;
- Il prête assistance ou s'assure que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- À la réception de la plainte d'un usager, il l'examine avec diligence;
- Au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte, il informe l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées le cas échéant, de ses recommandations;
- Il intervient 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'utilisateurs ne sont pas respectés;
- Il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.

Le médecin examinateur est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes formulées par un usager, et, par toute autre personne qu'un usager ou son représentant concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident. C'est le conseil d'administration de l'établissement qui désigne le médecin examinateur dans sa fonction, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Un médecin examinateur exerce ou non sa profession dans l'établissement.

Le comité de révision constitue le 2e palier de recours pour une plainte médicale. Le comité de révision est institué pour chaque instance locale. L'utilisateur qui est insatisfait de la décision du médecin examinateur (plainte médicale) peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit révisé.

¹ L.R.Q. c.S-4.2

4. BILAN DES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

4.1. PLAINTES FORMULÉES

4.1.1. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

Une plainte est une insatisfaction exprimée auprès du commissaire, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert. Comme dans les années précédentes, les dossiers de plaintes proviennent en très grande partie du CHUSJ, 267 dossiers comparativement à 5 dossiers qui proviennent du CRME. Les motifs de plainte pour le CRME portent sur *les soins et les services dispensés* (4), *l'accessibilité* (1), *les relations interpersonnelles* (1), *les droits particuliers* (1), *l'organisation du milieu et des ressources* (1).

Pour l'année 2016-2017, le nombre de dossiers de plaintes est stable depuis 2015-2016 (272/273). L'ensemble de ces plaintes sont reçues et traitées. Ces dossiers cumulent au total 502 motifs de plaintes qui visent les services du CHUSJ et du CRME. Il s'agit d'une augmentation d'environ 16% des motifs des plaintes comparativement à l'année 2015-2016 (502/433).

Dans l'ensemble, les motifs de plaintes ont été traités par le commissaire à l'exception d'un motif dont le niveau de traitement enregistré est « non complété ». La diminution des motifs non traités continue donc sa décroissance de 4% depuis 2015-2016 et de 6% en 2014-2015.

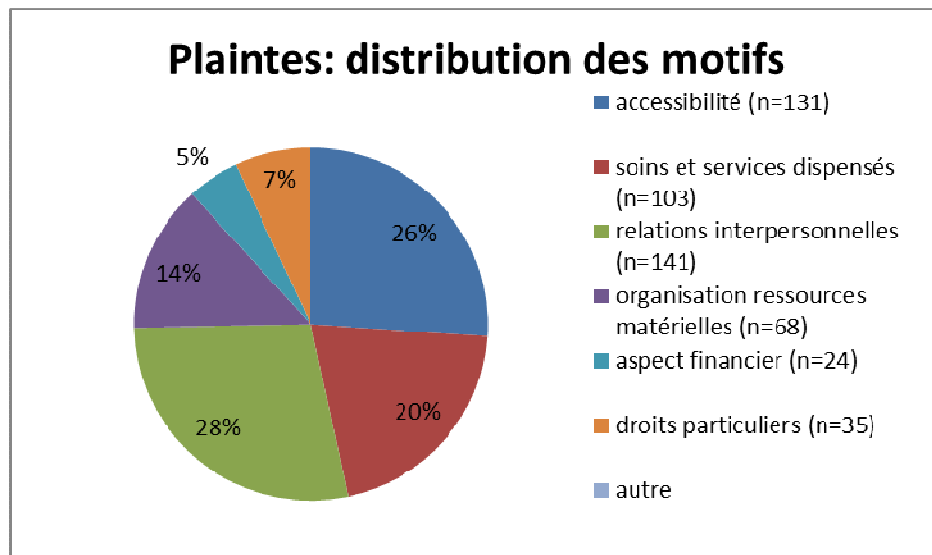
Le **Protecteur du citoyen** offre un recours de deuxième instance à l'usager qui est insatisfait de la conclusion du commissaire sur les plaintes non médicales. La décision du Protecteur du citoyen est finale. Au cours de l'année 2016-2017, cinq (5) usagers ont porté leur plainte en deuxième instance.

Les motifs retenus par le Protecteur du citoyen pour ces plaintes : deux portent sur la facturation à des non-résidents du Québec, un motif sur les frais de chambre, un sur l'accessibilité aux services requis et un sur les soins et services. Dans quatre de ces dossiers, le Protecteur du citoyen maintient la décision du commissaire local tandis qu'une de ces plaintes est retirée par le plaignant. Ainsi, aucune plainte reçue par le Protecteur du citoyen en cette année n'a fait l'objet de recommandation pour le conseil d'administration du Regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine.

4.1.2. MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les motifs de plaintes répertoriés sont regroupés en sept (7) catégories : *l'accessibilité*, *les soins et services dispensés*, *les relations interpersonnelles*, *l'organisation du milieu et des ressources matérielles*, *les droits particuliers*, *les aspects financiers*, *autres*. Les 502 motifs de plaintes conclus au cours de l'année 2016-2017 sont distribués de la façon suivante:

GRAPHIQUE 1



Cette année, les motifs de plainte *relations interpersonnelles* (28%) et *accessibilité* (26%), cumulent le plus fort taux d'insatisfaction. Le motif *accessibilité* enregistre la plus grande croissance des motifs avec une augmentation de 6%.

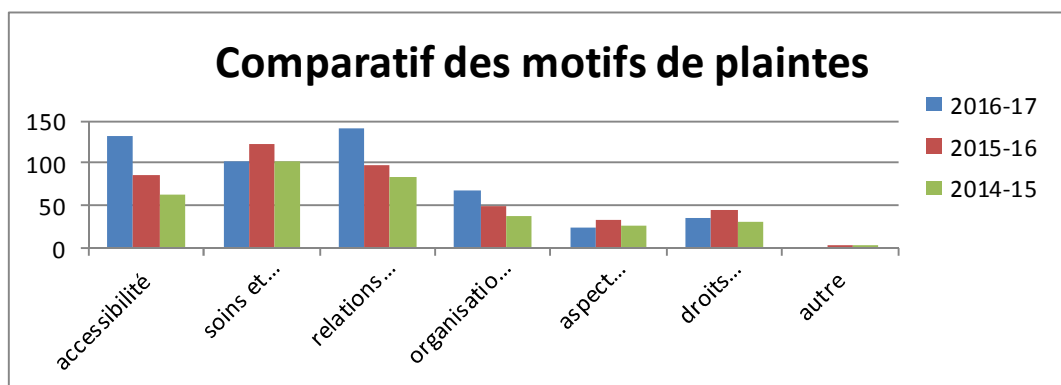
Les motifs d'insatisfaction des usagers en matière d'accessibilité sont principalement le *respect des délais prescrits* et le *temps d'attente pour un rendez-vous ou un examen* ainsi que la *difficulté d'accès aux services* et la *date de rendez-vous reçu*. L'exemple ci-dessous illustre un motif d'insatisfaction dans la catégorie *accessibilité* pour le *respect des délais prescrits* qui réfère à une situation où un usager attend pour un soin ou service et le délai d'attente dépasse le délai ciblé par le personnel clinique.

«Le patient A.M est suivi depuis sa naissance dans un des services de l'hôpital. Le médecin recommande un rendez-vous de suivi dans 5 mois à partir de la dernière visite. Le délai s'est écoulé et malgré plusieurs démarches des parents, le patient n'a pas encore eu son rendez-vous de suivi. La mère du patient téléphone chaque mois à l'hôpital, mais elle ne réussit pas à obtenir ce rendez-vous. Selon les agents administratifs qui répondent, il n'y aurait pas beaucoup de disponibilités dans les plages offertes, car il y a beaucoup d'urgences. Même si le dossier du patient est important, il n'obtient pas le rendez-vous. Au mois de mai, la liste des rendez-vous est complète pour le mois de juin et les parents se demandent si leur enfant pourra voir un médecin avant l'automne. Le père du patient trouve que les agents sont très gentils et professionnels, mais se plaint de la situation, car les délais prescrits par les médecins ne sont pas respectés. Les parents souhaitent que leur enfant ait le rendez-vous dans les délais prescrits.»

Dans la catégorie *relations interpersonnelles*, les principaux motifs de plainte ont porté sur des éléments de communication et de comportement (*fiabilité, manque d'empathie et commentaires inappropriés*). Dans le cadre d'une plainte pour motif de relation interpersonnelle visant un employé, une rencontre avec le superviseur est entreprise afin de recueillir leur

version des faits. Les rappels nécessaires sont faits sur l'attitude à adopter en tout temps auprès de la clientèle.

GRAPHIQUE 2



En 2016-2017, les motifs d'insatisfaction pour les *soins et services dispensés* connaissent une baisse de 9%, la plus importante insatisfaction dans cette catégorie de motifs reste l'insuffisance de service ou de ressource. Au cours de l'année précédente, des protocoles cliniques ont été revus et certaines activités professionnelles ont été ajustées pour personnaliser et adapter les soins offerts. La baisse du nombre de plaintes dans la catégorie *soins et services* pour l'année 2016-2017 reflète possiblement le résultat de ces changements qui ont augmenté la satisfaction des usagers.

4.1.3. MOTIFS DE PLAINTES AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

À la suite du traitement d'un motif de plainte, le commissaire peut prendre des mesures dans le but d'amélioration de la qualité. Une mesure peut être de nature corrective et applicable immédiatement telle qu'une recommandation ou l'engagement d'un gestionnaire à changer quelque chose. Les mesures répertoriées peuvent avoir une portée « individuelle » ou « systémique ». La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière.

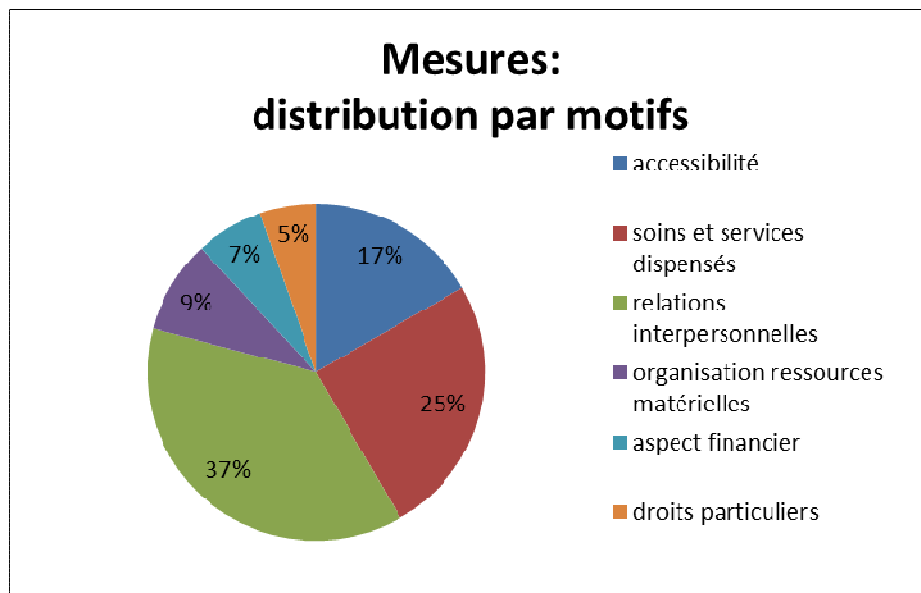
Au total de 170 mesures ont été prises dont les deux tiers (66%) sont à portée individuelle c'est-à-dire qu'elles visent les employés et intervenants de l'institution. Près du tiers (34%), soit 58 sont des mesures à portée systémique visant à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service. Cette répartition est comparable à l'année précédente.

Les mesures à portée individuelle sont classifiées selon plusieurs catégories, dont *l'adaptation des soins et services* et *l'adaptation du milieu et de l'environnement*. *L'adaptation des soins et services* s'inscrit en premier rang parmi les mesures à portée individuelles (73%). Ces mesures comprennent plusieurs sous-catégories dont les plus prédominantes en 2016-2017 sont *l'ajustement professionnel* et *l'encadrement de l'intervenant*.

Cette année, les mesures à portée systémique le plus importantes visent principalement l'amélioration des communications et la promotion soit par la mise en place d'adaptations (soins, services, milieu, environnement) ou de règles et procédures.

Les mesures identifiées et mises en place sont réparties selon les différentes catégories de motifs préalablement identifiés. Le graphique suivant illustre la distribution des motifs de plaintes qui ont fait l'objet de mesures en 2016-2017.

GRAPHIQUE 3



Dans l'ensemble, les mesures ciblées par le commissaire sont entérinées par l'établissement, ce qui traduit le travail fait avec un objectif conjoint d'amélioration de la qualité de la part des intervenants et du commissaire.

En 2016-2017, quatre (4) recommandations sont émises par le commissaire aux plaintes. Deux recommandations ont été appliquées et les dossiers fermés. Deux autres recommandations font l'objet du suivi et des mesures d'optimisation sont en cours par les services concernés. Il s'agit d'une augmentation du nombre de recommandations depuis 2015-2016.

4.1.4. DÉLAIS POUR LE TRAITEMENT DES PLAINTES

Pour 88% des dossiers de plaintes, l'examen a été conclu à l'intérieur des 45 jours prescrits par la LSSSS.

4.2. INTERVENTION

4.2.1. PORTRAIT DES INTERVENTIONS EFFECTUÉES PAR LE COMMISSAIRE

De façon générale l'intervention peut se définir comme une action effectuée par le commissaire pour examiner une situation qui a été portée à son attention ou, qu'il a lui-même constatée et qui n'est pas nécessairement en lien avec une plainte.²

En 2016-2017, trois interventions sont effectuées par le commissaire aux plaintes. Deux (2) interventions sont en lien avec le CRME et une avec le CHU Sainte-Justine. Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'année 2015-2016 pour laquelle deux interventions ont été effectuées et conclues pour le CHUSJ.

4.2.2. MOTIFS AYANT MENÉ À L'INTERVENTION DU COMMISSAIRE

Les motifs des trois interventions du commissaire sont relatifs à *l'organisation du milieu et ressources matérielles* soit en particulier le confort et aménagement des espaces pour la clientèle, la protection et sécurité des lieux ainsi que les règles et procédures du milieu. Ces motifs font référence aux demandes des usagers du CRME pour un système de communication sans-fil. Aussi, à la suite d'une préoccupation soulevée par le un gestionnaire une intervention a eu lieu afin de valider une procédure de sécurité.

Au CHUSJ l'intervention avait pour but de répondre aux besoins exprimés par les usagers d'améliorer la programmation des activités au service de multi spécialité. Des ajustements sont identifiés en collaboration avec les gestionnaires du service et les parents qui le fréquentent.

4.2.3. MOTIFS D'INTERVENTION AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

Deux (2) mesures sont identifiées par le commissaire et mises en place par l'établissement à la suite des interventions de 2016-2017. Ces mesures étaient à portée « systémique » et visaient l'adaptation des soins et services ainsi que l'adaptation du milieu et de l'environnement par l'amélioration des mesures de sécurité et protection.

Les motifs de ces deux mesures systémiques font partie de la catégorie *organisation du milieu et ressources matérielles*.

4.3. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

4.3.1. DEMANDES D'ASSISTANCE

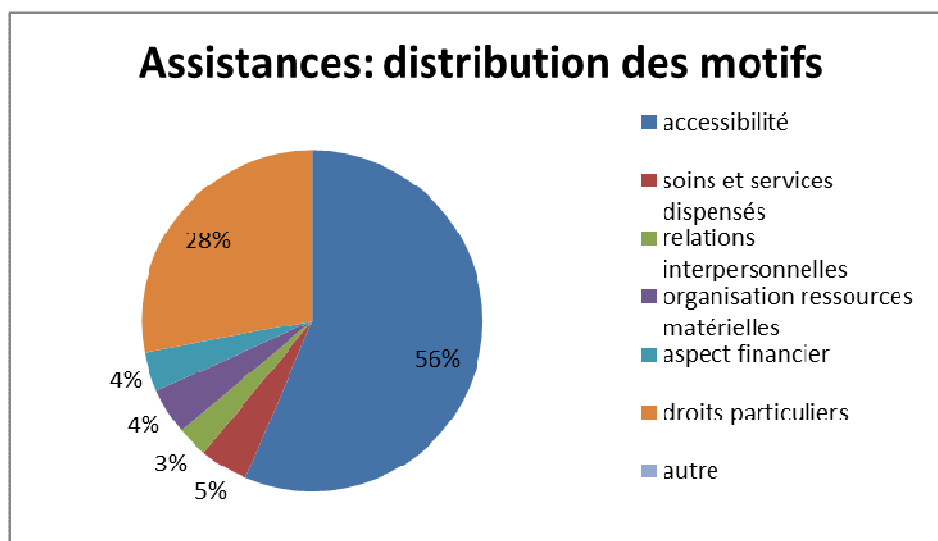
Un usager ou son représentant peut formuler une demande d'aide et d'assistance auprès du commissaire aux plaintes. La demande d'assistance vise généralement à obtenir l'assistance du commissaire pour l'accès à un soin et à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel de l'établissement.

² Si l'intervention est en lien avec une plainte, l'intervention ne donne pas accès au recours de 2^e instance.

Les demandes d'assistance conclues par le commissaire au cours de l'année 2016-2017 sont au nombre de 479. Ces activités sont majoritairement (95%) des demandes d'aide concernant des soins ou des services tandis que 5% de ces demandes d'assistance portent sur l'aide à la formulation d'une plainte. Ces proportions sont légèrement différentes pour 2015-2016, où 92% sont des demandes d'aide concernant des soins ou des services et 8% des demandes d'assistance portant sur l'aide à la formulation d'une plainte. En ce qui concerne 2014-2015, on compte 90% d'aides concernant les soins et services et 10% de demandes d'aide à la formulation d'une plainte.

La distribution des catégories de motifs de demandes d'assistance au commissariat est la suivante:

GRAPHIQUE 4



Depuis les dernières années, les plus importantes catégories de motifs d'assistance sont l'*accessibilité* et les *droits particuliers*. Pour l'année 2016-2017, on note une augmentation, de 4% pour l'*accessibilité* comparativement à l'année précédente. Par contre, les demandes qui touchent les droits particuliers sont en baisse de 1% par rapport à l'année 2015-2016.

Les demandes directement liées à l'*accessibilité* des soins et services sont en lien avec des difficultés éprouvées par les usagers à obtenir la ligne téléphonique dans certains secteurs. Dans ces situations, les gestionnaires sont avisés des difficultés de l'utilisateur dans le but de répondre à la demande, lorsque possible, ou de clarifier la situation au besoin. Les délais pour les rendez-vous ou le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous demeurent en 2016-2017 des motifs importants de demandes d'assistance.

Les assistances demandées pour les motifs de *droits particuliers* sont nombreuses en 2016-2017. Le commissaire aux plaintes offre de l'information aux usagers sur leurs droits et les recours afin de répondre à leurs questions et apporter de l'aide lorsqu'ils croient que leurs droits n'ont pas été respectés. Chaque demande d'assistance est accueillie par le commissaire. Les usagers sont

informés et orientés adéquatement ou encore accompagnés afin d'obtenir les soins et les services dont ils ont besoin.

4.3.2. DEMANDES DE CONSULTATION

Une consultation est une demande d'avis³ portant notamment sur toute question relevant de la compétence du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, soit l'application du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers ou l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes proviennent surtout des gestionnaires ou des professionnels du CHUSJ ou du CRME.

Cent vingt-neuf (129) demandes de consultation ont été effectuées en 2016-2017. Le nombre de consultations est en baisse de 16% comparé à l'année précédente. La majorité des consultations sont au sujet des droits des usagers comme pour les années précédentes. Ce sont les gestionnaires et les médecins qui s'adressent au commissaire avec des questions ou demandes de conseils en lien avec les droits des usagers et le régime de plaintes. Souvent le but d'une consultation est de prévenir les plaintes.

4.3.3. AUTRES ACTIVITÉS

D'autres activités sont liées aux fonctions du commissaire notamment les *activités de promotion et d'information*, les *collaborations au fonctionnement du régime des plaintes*, ainsi que les communications au conseil d'administration et la participation au comité de vigilance et de la qualité.

Le nombre de ces activités liées aux fonctions du commissaire a augmenté considérablement passant de 18 activités (2015-2016) à 105 activités (2016-2017).

Plusieurs activités visaient la promotion et l'information du régime et de la procédure des plaintes ainsi que les droits et obligations des usagers. Concrètement, il s'agit du développement de nouveaux outils d'information du commissaire dont le feuillet d'information, la mise à jour du site Web dont l'ajout du formulaire de plainte Web, ainsi qu'une adresse courriel générale du bureau du commissaire.

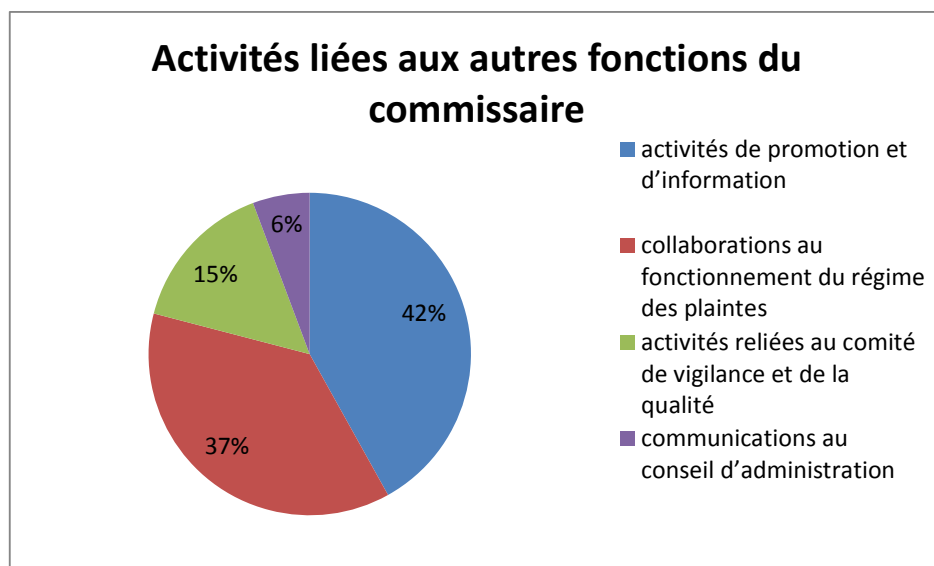
Une tournée d'information auprès des gestionnaires et directeurs s'est tenue dans les premiers mois de l'année 2016-2017. Des communications avec la direction générale et certaines directions ont entre autres pris la forme de rencontres statutaires.

Le commissaire a participé à différentes activités de planification et préparation relative au **comité de vigilance et de la qualité des services**. Ce comité a pris une forme nouvelle à l'image du conseil d'administration du Regroupement CHUM-CHUSJ. Cinq (5) rencontres officielles du comité se sont tenues en 2016-2017. Le comité de vigilance et de la qualité a la responsabilité d'assurer le suivi de l'ensemble des recommandations faites à l'établissement par différentes instances. Ceci inclut notamment les recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, du médecin examinateur et du Protecteur du citoyen. Ces recommandations découlent de l'analyse et des conclusions apportées à la suite du traitement de chaque motif plainte et visent l'amélioration de la qualité des soins et services.

³ LSSSS, L.R.Q. c.S-4.2, art 33(8).

Le commissaire a participé à chacune des réunions du **comité des usagers**. À ces rencontres, le commissaire dresse un bilan du nombre de plaintes et partage avec ses membres des informations de nature non confidentielle sur les problématiques importantes. Ces rencontres permettent d'identifier certaines problématiques et d'explorer des pistes d'amélioration face à certaines pratiques. Ces échanges offrent au commissaire la perception et le regard des membres du comité des usagers sur la qualité des services rendus par l'établissement. D'autre part des rencontres ont eu lieu avec la coordonnatrice du comité des usagers ainsi que certains membres afin de partager l'information et arrimer les pratiques.

GRAPHIQUE 5



5. RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

5.1. PLAINTES TRAITÉES

5.1.1. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

Le médecin examinateur est nommé par le conseil d'administration, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour examiner les plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident. Les plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident se définissent comme des insatisfactions exprimées auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Le commissaire aux plaintes prend connaissance de l'insatisfaction exprimée et transfère la plainte au médecin examinateur. Une plainte constitue également une insatisfaction exprimée quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes, une allégation d'inobservance des règlements de l'établissement ou de non-respect des termes de la résolution de nomination ou de renouvellement d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

Pour l'année 2016-2017, quarante-huit (48) nouveaux dossiers de plaintes médicales sont reçus. Il s'agit d'une augmentation de 12% du nombre de dossiers par rapport à l'année précédente et de 60% comparativement à l'année 2014-2015.

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES DU MÉDECIN EXAMINATEUR

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
2016 - 2017	21	48	41	28
2015 - 2016	29	43	51	21
2014 - 2015	24	30	25	29

Pour l'année 2016-2017, un total de 78 motifs de plaintes est enregistré comparativement à 94 motifs l'année précédente. Pour trois (3) de ces motifs, le traitement n'a pas été complété, car abandonné par l'utilisateur. Aucune plainte n'a été cessée, refusée ou rejetée sur examen sommaire par le médecin examinateur pour l'année 2016-2017. Il s'agit donc d'un taux d'environ 4% de motifs non traités pour 2016-2017 ce qui est inférieur aux taux de motifs de plaintes non traitées d'environ 12% en 2015-2016 et de 9% en 2014-2015.

L'ensemble de ces plaintes est pour le site du CHUSJ et aucun répertorié pour le CRME.

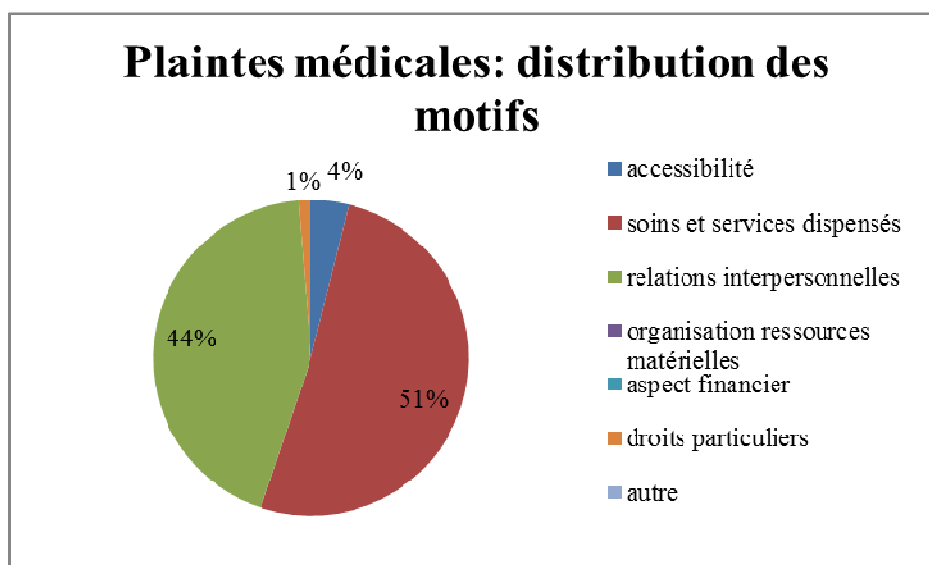
5.1.2. MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

La distribution, ci-dessous, illustre que les catégories de motifs de plaintes médicales conclues concernent presque exclusivement les *soins et services dispensés* et les *relations interpersonnelles*. Le comparatif des motifs de plaintes médicales (Graphique 6) présente une proportion importante de ces deux principales catégories de motifs de plaintes dans l'ensemble des motifs de plainte.

Même si les motifs de plainte pour *les soins et les services dispensés* (40) occupent le premier rang dans le cadre des motifs d'insatisfaction, leur taux dans l'ensemble de motifs a diminué de 9% comparativement à l'année 2015-2016, tout comme les motifs de plainte dans la catégorie *droits particuliers* (1), également à la baisse de 3%.

Pour l'année 2016-2017, les motifs *relations interpersonnelles* (34) se situent à 44% du total des motifs d'insatisfaction, avec une augmentation de 11% par rapport à l'année précédente.

GRAPHIQUE 6



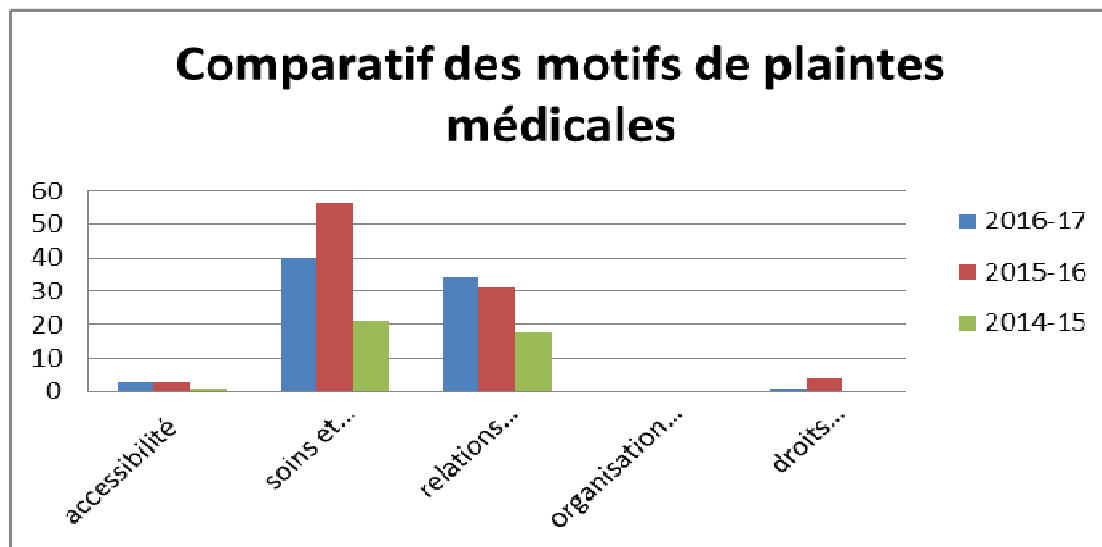
Les plaintes pour les motifs *soins et services dispensés* ont porté le plus souvent sur l'évaluation et le jugement professionnels, soit environ 12% et l'approche thérapeutique choisie par le médecin, dont le taux se situe à 8% dans l'ensemble des motifs d'insatisfaction.

Une plainte qui concerne les *soins et services dispensés* provient souvent d'une observation du parent envers le traitement choisi par le médecin. Ces plaintes surviennent lorsque l'utilisateur est insatisfait de l'approche clinique adoptée à la lumière des informations inscrites au dossier du patient ou fournies par le parent au sujet de l'état de santé de son enfant.

Les motifs *relations interpersonnelles* incluent, par exemple, les insatisfactions relatives à la communication et l'attitude des médecins, la fiabilité et la disponibilité de ceux-ci ou au manque de respect envers les patients.

Un exemple dans la catégorie *relations interpersonnelles* serait les commentaires inappropriés. Ce genre de situations se produit lors des consultations ou à l'occasion de certains traitements qui demandent une bonne collaboration entre le médecin et le patient. Il s'agit des commentaires parfois perçus comme critiques à l'égard des enfants qui refusent, par exemple, les consignes du personnel.

GRAPHIQUE 7⁴



5.1.3. MOTIFS DE PLAINTÉ AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

Une seule (1) mesure a été comptabilisée à la suite du traitement des plaintes médicales et elle est à portée systémique. Cette mesure vise les politiques et règlements pour des *soins et services dispensés*. D'autre part, certaines plaintes médicales ont donné lieu à différentes actions des médecins examinateurs soit un avertissement aux médecins visés (à l'égard de son comportement envers un employé ou la supervision d'un externe). Les médecins examinateurs ont fait des demandes d'excuses formelles par le médecin visé, de surveillance par le chef de département ou de changement de médecin pour un patient. Deux (2) plaintes ont mené à des recommandations formelles du médecin examinateur aux directions concernées tandis que trois (3) plaintes médicales reçues en 2016-2017 ont été transférées au comité de discipline.

5.1.4. DÉLAIS POUR TRAITEMENT DES PLAINTES

En 2016-2017, pour environ 15% des dossiers de plaintes médicales, l'examen a été conclu à l'intérieur des 45 jours prescrits par la LSSS.

⁴ Aucun motif de plainte ne portait sur les aspects financiers pour les trois dernières années.

6. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

6.1 DEMANDES DE RÉVISION

Le comité de révision constitue le 2^e palier de recours pour une plainte médicale. Un comité de révision est institué pour chaque établissement. L'utilisateur qui est insatisfait de la décision du médecin examinateur (plainte médicale) peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit révisé. La décision du comité de révision est finale. À la suite de son examen de plainte, le comité de révision peut effectuer différents suivis :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Demander un complément d'examen;
- Référer la plainte pour études aux fins disciplinaires;
- Recommander des mesures de réconciliations.

6.1.1. MOTIFS DES PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÉVISION

En 2016-2017, aucun usager n'a exercé son recours au comité de révision suite aux conclusions transmises par le médecin examinateur.

6.1.2. CONCLUSIONS

L'évolution du bilan des dossiers du comité de révision marque une diminution depuis l'année précédente.

Tableau 2 : Évolution du bilan des dossiers du comité de révision

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
2016 - 2017	0	0	0	0
2015 - 2016	0	1	0	0
2014 - 2015	0	4	4	1

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE I – LES ACTEURS DU RÉGIME

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services : Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration et relève de ce dernier. Le commissaire est le seul responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Ses principales responsabilités sont décrites aux articles 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Il doit exercer ses fonctions de façon exclusive et assurer son indépendance.

Médecin examinateur : Le médecin examinateur est nommé par le conseil d'administration, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour examiner les plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident.

Comité de révision : Un comité de révision est institué pour chaque instance locale. L'utilisateur qui est insatisfait de la décision du médecin examinateur (plainte médicale) peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit révisé. La décision du comité de révision est finale.

Comité de vigilance et de la qualité des services : Ce comité a la responsabilité d'assurer le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen. Ces recommandations découlent de l'analyse et des conclusions apportées à chaque plainte. Elles sont faites dans le but d'améliorer la qualité des services.

Protecteur du citoyen : Le Protecteur du citoyen agit généralement en deuxième recours lorsque l'utilisateur est insatisfait de la conclusion du commissaire local. Il n'intervient pas pour les plaintes médicales. La décision du Protecteur du citoyen est finale. Il peut aussi faire appel à son pouvoir d'intervention suite à un signalement d'une situation qui va à l'encontre des droits d'un usager ou qui compromet la santé et le bien-être d'un usager.

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) : Organisme communautaire qui a le mandat d'assister et d'accompagner, sur demande, les usagers qui résident dans son territoire et qui désirent porter plainte auprès d'un établissement de sa région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen ou dont la plainte a été acheminée vers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement.

7.2. ANNEXE II – LES TYPES DE DOSSIERS

Cinq types de dossiers sont gérés par le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Ces définitions sont particulièrement importantes puisqu'il s'agit de la base du classement des données, afin de produire une reddition de comptes significative et utile. La compréhension uniforme de ce qui se qualifie dans l'un ou l'autre des types de dossiers prend toute son importance.

Plainte : Insatisfaction exprimée auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Plainte médicale concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident : Insatisfaction exprimée auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Constitue également une plainte, une insatisfaction exprimée quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes, une allégation d'inobservance des règlements de l'établissement ou de non-respect des termes de la résolution de nomination ou de renouvellement d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

Assistance ou Aide concernant un soin ou un service : Demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant. La demande vise généralement à obtenir, du commissaire l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel de l'établissement

Intervention : Action effectuée par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement ou selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte, y compris au conseil d'administration de l'établissement, visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Consultation : Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers ou l'amélioration de la qualité des services.

Mesures : Catégorisation des activités réalisées à la suite de l'examen de la situation portée à l'attention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il peut y avoir plus d'une mesure pour chacun des motifs de plainte ou d'intervention. Une mesure peut avoir une portée individuelle ou systémique. La mesure d'ordre systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. Une mesure peut être de nature corrective et applicable immédiatement, comme une recommandation ou l'engagement d'un gestionnaire à changer quelque chose.

7.3. ANNEXE III – LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

GRAPHIQUE 1 : PLAINTES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	Page 7
GRAPHIQUE 2 : COMPARATIF DES MOTIFS DE PLAINTES	Page 8
GRAPHIQUE 3 : MESURES : DISTRIBUTION PAR MOTIFS	Page 9
GRAPHIQUE 4 : ASSISTANCES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	Page 11
GRAPHIQUE 5 : ACTIVITÉS LIÉES AUX AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Page 13
GRAPHIQUE 6 : PLAINTES MÉDICALES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	Page 15
GRAPHIQUE 7 : COMPARATIF DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES	Page 16
TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES DU MÉDECIN EXAMINATEUR	Page 14
TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DU COMITÉ DE RÉVISION	Page 17