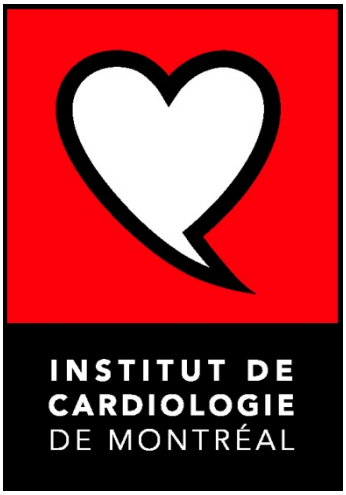


Plaintes et qualité des services

Rapport des activités 2016-2017

Gabrielle Alain-Noël

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS **3**

INTRODUCTION **4**

PARTIE 1 – BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE **6**

1.1 Activités internes **6**

1.2 Activités externes **6**

PARTIE 2 – BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS AU COURS DE L'ANNÉE **7**

2.1. Dossiers traités pendant l'année 2016-2017 ..... **7**

2.2. Délais de traitement **7**

2.3. Sommaire des dossiers **8**

2.3.1 Plaintes **8**

2.3.2. Assistances **12**

2.3.3 Consultations **14**

2.3.4 Interventions **15**

PARTIE 3 – ÉTUDE COMPARATIVE **16**

PARTIE 4 – RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE **17**

PARTIE 5 – RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS (ci-joint) **20**

PARTIE 6 – RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION (ci-joint) **20**

FAITS SAILLANTS

Nombre de dossiers traités durant l'année 2016-2017

Le bureau de la Commissaire a traité **205 dossiers** au cours de cette période qui se répartissent comme suit :

- 74 demandes d'aide ou d'assistance
- 63 plaintes
- 16 demandes de consultation
- 15 interventions
- 37 plaintes médicales

- Une **hausse de 61 % de l'ensemble des dossiers** (205 versus 127) reçus par la Commissaire est constatée pour l'année 2016-2017 par rapport à l'année 2015-2016.

- Une **hausse de 40 % des plaintes** (63 versus 45) reçues est constatée pour l'année 2016-2017 par rapport à l'année 2015-2016.

- Une **hausse de 236 % des plaintes médicales** (37 versus 11) reçues est constatée pour l'année 2016-2017 par rapport à l'année 2015-2016.

- **76 %** des dossiers de plaintes ont été traités par la Commissaire **à l'intérieur du délai légal** de 45 jours.

- **Des 103 motifs de plainte reçus par la Commissaire :**
  - 30 portaient sur les relations interpersonnelles ;
  - 26 portaient sur l'accessibilité ;
  - 23 portaient sur les soins et services dispensés.

- **Des 52 motifs de plainte reçus par les médecins examinateurs :**
  - 25 portaient sur les soins et services dispensés ;
  - 20 portaient sur les relations interpersonnelles.

INTRODUCTION

Au moins une fois par année, la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (ci-après « la Commissaire ») doit dresser un bilan de ses activités. Ainsi, conformément au paragraphe 10 de l'article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (*LSSSS*), je vous soumets le rapport annuel du Bureau de la Commissaire. Le rapport, couvrant la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision prévus aux articles 50 et 76.11 de la *LSSSS*.

La Commissaire est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement du respect et de la promotion des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle agit de façon indépendante des structures administratives. Son rôle consiste notamment à faire l'analyse des plaintes formulées par les usagers et de présenter des conclusions sur la situation rapportée. Elle peut émettre des recommandations, proposer des modifications aux pratiques ou encore, rappeler l'importance du respect des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement, et ce, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts par l'établissement.

La Commissaire doit également prêter assistance aux usagers dans la formulation de leur plainte, tout en répondant aux questions relatives à leurs droits ou aux préoccupations exprimées quant aux soins et aux services. Toutes les plaintes sont traitées dans la plus stricte confidentialité. Les plaintes peuvent être formulées par écrit ou de façon verbale. Le droit des usagers de formuler leur plainte sans aucune crainte de représailles est protégé.

L'année 2016-2017 est la première année complète durant laquelle la soussignée occupe les fonctions de Commissaire de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). La soussignée a pu parfaire ses connaissances particulièrement en ce qui a trait aux spécificités du milieu et de ses clientèles, tout en portant une attention particulière à un traitement humain, rigoureux et impartial des plaintes des usagers. La soussignée part du principe qu'une plainte constitue une manifestation d'insatisfaction, d'un sentiment d'injustice ou de mal-être et que chacune d'elle, qu'elle soit ultimement fondée ou non, doit faire l'objet d'un examen sérieux de manière à apporter des réponses ou du réconfort aux usagers et d'améliorer ou de rectifier des situations le cas échéant.

L'année 2016-2017 se distingue comme étant une année où une hausse de l'ensemble des dossiers reçus par la Commissaire a été constatée. Bien qu'une hausse des plaintes et des plaintes médicales soit notée, il convient de mentionner que dans 74 cas (dossiers d'assistance), il fut possible de remédier à une situation vécue par un usager avant le dépôt d'une plainte. La Commissaire est d'avis que la hausse des dossiers reçus ne correspond pas nécessairement à une détérioration de la qualité des soins et des services offerts à l'ICM, mais est possiblement le reflet de l'efficacité et de la connaissance du processus d'examen des plaintes en place. De fait, l'année 2015-2016 avait été une année de transition où quatre (4) différentes personnes avaient assumé les fonctions de Commissaire ; une baisse des dossiers reçus avait alors été notée. Les données de l'année 2016-2017 se rapprochent de celles de l'année 2014-2015 lors de

laquelle une seule Commissaire avait été en fonction et était connue du milieu. Ces manifestations des usagers reflètent donc possiblement le fait que, en raison du fait que la Commissaire est en fonction de façon stable, le processus d'examen des plaintes et le rôle de la Commissaire sont mieux connus par les usagers eux-mêmes, mais également par les employés, les gestionnaires et les médecins qui ont développé le réflexe de référer les usagers à la Commissaire. Il convient également de souligner que les insatisfactions des usagers constituent des opportunités pour l'établissement de se pencher sur diverses problématiques et, conséquemment, d'y améliorer l'expérience de l'usager.

Ce défi a pu être surmonté grâce à la collaboration de mesdames Véronique Péloquin et Laurie Choute, qui ont offert un support administratif indispensable, des Docteurs Robert Blain, Denis Burelle, Raymond Cartier, Georges Desjardins, Daniel Parent et Jean Taillefer, médecins examinateurs, ainsi que celle des gestionnaires et directeurs en poste qui m'ont offert une collaboration exemplaire. Je tiens à les remercier tous un chacun chaleureusement.

Gabrielle Alain-Noël
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

PARTIE 1 – BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE

Lors de l'année 2016-2017, la Commissaire a participé aux activités suivantes :

1.1 Activités internes

- Participation à la formation sur la rédaction des conclusions offerte par Me Simon Gagné, avocat associé chez Lavery et organisée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'ICM ;
- Participation à la formation sur l'examen des plaintes médicales offerte par l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) et organisée par le CMDP de l'ICM ;
- Participation à la formation sur la culture juste offerte par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et organisée par le CMDP de l'ICM ;
- Membre du comité de vigilance et de la qualité ;
- Participation au comité de gestion des risques ;
- Collaboration avec le comité des usagers.

1.2 Activités externes

- Fonctions de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal à raison de trois (3) jours par semaine ;
- Maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke en cours ;
- Étude sur la responsabilité de l'infirmière en salle d'opération dans le cadre du cours « Éléments de responsabilité médicale avancée » ;
- Membre du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec : participation aux rencontres ;
- Participation au Colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables ;
- Participation à la formation offerte par l'ACMDP sur l'évaluation de la qualité de l'acte ;
- Participation au colloque annuel des *Programmes en droit et politiques de la santé sur le droit et la santé en fin de vie* ;
- Participation à la journée-conférence organisée par le Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec sur les principes de base de la formulation du jugement par l'Honorable Henri Richard, juge à la Cour du Québec, et sur la psychologie et la gestion de certaines situations problématiques par le Professeur Gérard Ouimet ;
- Participation au séminaire sur le consentement et la vulnérabilité dans la relation de soins organisé par la Faculté de droit de l'Université McGill ;
- Participation au panel de discussion sur la *Loi P-38 : levier ou obstacle en santé mentale* organisé par la Faculté de droit de l'Université McGill.

PARTIE 2 – BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS AU COURS DE L'ANNÉE

2.1. Dossiers traités pendant l'année 2016-2017

La Commissaire a reçu, durant cette période, deux cent cinq (205) dossiers.

Types de dossiers	Nombre de dossiers
Demandes d'assistance	74
Plaintes	63
Interventions	15
Consultations	16
Plaintes médicales	37
TOTAL	**205**

Évolution du nombre de dossiers reçus par période financière

Type de dossier	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total
Demandes d'assistance	5	5	10	4	3	5	6	9	6	4	2	7	8	**74**
Plaintes	10	7	6	2	6	5	3	1	4	2	4	8	5	**63**
Interventions	0	1	0	0	0	1	2	1	1	3	3	3	0	**15**
Consultations	0	1	3	1	0	1	2	2	0	1	1	3	1	**16**
Plaintes médicales	2	1	4	3	3	5	7	0	2	4	1	0	5	**37**
Total (Tous dossiers)	**17**	**15**	**23**	**10**	**12**	**17**	**20**	**13**	**13**	**14**	**11**	**21**	**19**	**205**

2.2. Délais de traitement

Délais de traitement	Nombre de dossiers de plaintes conclus	%
Moins de 3 jours	7	**11.3 %**
4 à 15 jours	13	**21.0 %**
16 à 30 jours	16	**25.8 %**
31 à 45 jours	10	**16.1 %**
46 et plus jours	**16**	**25.8 %**

Le délai moyen pour traiter un dossier de plainte est de 37 jours.

Le tableau concernant le délai de traitement des dossiers de plaintes démontre une certaine problématique au niveau des délais de traitement des plaintes au cours de l'année 2016-2017. De fait, environ le quart des dossiers de plaintes ont été conclus hors du délai de 45 jours prévu par la LSSSS (paragraphe 6 de l'article 33).

Tous les dossiers de plaintes conclus en dehors du délai légal ont été revus par la Commissaire de manière à ce que soient documentées les explications en lien avec ces dépassements. Ces explications ont également été présentées par la Commissaire au comité de vigilance et de la qualité. Des justifications particulières motivent le fait que le délai ait été dépassé dans chacun des dossiers : délai de réponses des gestionnaires impliqués, absence prolongée d'un employé concerné, vacances de la Commissaire ou des intervenants concernés, complexité du dossier (nombre important de motifs de plainte, analyse du dossier impliquant de multiples intervenants, rencontres difficiles à coordonner compte tenu du nombre d'intervenants).

Par rapport au délai de réponses des gestionnaires impliqués dans les enquêtes de la Commissaire, des mesures ont déjà été prises afin d'améliorer cette situation, de sorte que les plaintes pourront être traitées, dans la mesure du possible, à l'intérieur du délai légal. En effet, la Commissaire tient maintenant des rencontres régulières avec la directrice des services multidisciplinaires ainsi qu'avec la directrice des soins infirmiers, afin que celles-ci soient au courant des plaintes qui impliquent leur direction respective et puissent assurer un suivi auprès de leurs gestionnaires.

Toutefois, il importe de souligner que, même dans des conditions les plus optimales, des délais de traitement des plaintes de plus de 45 jours peuvent être observés et sont parfois nécessaires. Ces délais sont reliés à la complexité des situations examinées ou encore à la mise en œuvre de solutions appropriées qui impliquent souvent la collaboration de différents intervenants ou d'une direction lorsque les gestionnaires ne sont pas en mesure de fournir les éléments demandés par la Commissaire.

2.3. Sommaire des dossiers

2.3.1 Plaintes

L'usager ou son représentant porte plainte au Commissaire lorsqu'il est insatisfait des services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Outre les quarante-trois (43) plaintes médicales**, soixante-trois (63)** plaintes ont été déposées au bureau de la Commissaire durant l'année, soit une **hausse de 40 %** par rapport à l'année dernière.

Sommaire des motifs de plainte

Les **63 plaintes** portées à l'attention de la Commissaire au cours de l'année comportaient **103 motifs** d'insatisfaction. Ainsi, certaines plaintes contenaient plus d'un motif.

Sommaire des motifs de plainte	Nombre de motifs invoqués	%
Relations interpersonnelles	30	29 %
Accessibilité	26	25 %
Soins et services dispensés	23	22 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	12	12 %
Aspects financiers	6	6 %
Droits particuliers	5	5 %
Autre	1	1 %
TOTAL	**103**	**100 %**

Relations interpersonnelles

Relativement au motif « relations interpersonnelles », les commentaires inappropriés au niveau de la communication ainsi que l'attitude non verbale inappropriée, le manque d'empathie et le manque de politesse sont les sujets qui sont invoqués dans les plaintes des usagers.

Sur ces trente (30) motifs relevant des « relations interpersonnelles », vingt-trois (23) se sont avérés fondés (environ 77 % d'entre eux) et donc ont fait l'objet d'un suivi propre à ce que commandait chacune des situations. Quinze (15) de ces vingt-trois (23) motifs de plaintes concernaient les agissements du personnel soignant (infirmier(ère)s et préposé(e)s aux bénéficiaires), alors que six (6) impliquaient ceux du personnel administratif (agent(e)s administratif(ve)s ou secrétaires médicales). Les deux (2) autres concernaient les comportements du personnel d'encadrement et du personnel d'une compagnie sous-traitante.

La Commissaire interpelle systématiquement le supérieur immédiat de l'employé(e) visé(e) par la plainte, afin qu'une enquête soit réalisée et, le cas échéant, qu'un suivi adéquat soit fait auprès de cet(te) employé(e). Cela peut se traduire en une rencontre de sensibilisation, en une transmission d'attente ou en une mesure disciplinaire plus formelle. Lorsqu'une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, soit par sa gravité ou par sa récurrence, la Commissaire fait le pont avec le secteur des

relations de travail à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées.

Afin d'assurer un meilleur suivi des employé(e)s visé(e)s par des plaintes impliquant un motif lié aux « relations interpersonnelles », à compter de l'année 2017-2018, la Commissaire impliquera automatiquement le secteur des relations de travail afin que celui-ci puisse garder traces des employé(e)s impliqué(e)s et soutenir les gestionnaires, le cas échéant, dans la détermination des mesures appropriées, de manière à établir un portrait global, à agir de façon cohérente et uniforme et à prévenir la récurrence de comportements répréhensibles portant atteinte aux droits des usagers.

Accessibilité

Le motif « accessibilité » englobe de nombreux sujets qui impactent, directement ou indirectement, l'accès aux soins et services de l'ICM. On retrouve sous ce thème des motifs liés à divers délais (accès téléphonique, temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport, triage à l'urgence, délais des listes d'attentes, etc.), à des difficultés d'accès (aux services formellement requis ou aux services réseau) et à des refus de services.

Sur ces vingt-six (26) motifs relevant de l'« accessibilité », quinze (15) se sont avérés fondés (environ 58 % d'entre eux) et donc ont fait l'objet d'un suivi propre à ce que commandait chacune des situations.

Les difficultés d'accès aux services formellement requis ont été une source d'insatisfaction à quelques répétitions pour les usagers. En effet, huit (8) motifs de plaintes liés à ce motif ont été reçus au bureau de la Commissaire. À titre d'exemple, on retrouve dans cette catégorie de motifs le fait que des documents contenant des informations non à jour concernant les heures d'ouverture de la clinique d'anticoagulothérapie étaient en circulation, ce qui a fait en sorte qu'un patient s'est présenté et n'a pu avoir accès aux services puisque la clinique était fermée, étant donné qu'il s'était fié au document non à jour. Également, un problème lié à la difficulté d'envoyer une télécopie pour faire parvenir une demande de consultation en cardiologie a constitué un motif de plainte à ce niveau.

Soins et services dispensés

Les motifs de plaintes liés aux soins et services dispensés se situent majoritairement au niveau des habiletés techniques et professionnelles des employés alléguées dans les plaintes.

Sinon, on retrouve des motifs reliés à la continuité des soins et services dispensés (absence de suivi, congé ou fin de service prématuré et coordination entre les services internes), à des décisions cliniques, à l'organisation des soins et services propre à l'établissement et à des traitements et interventions réalisés (approche thérapeutique, médication, soins physiques).

Sur ces vingt-trois (23) motifs relevant des « soins et services dispensés », quatorze (14) se sont avérés fondés (environ 61 % d'entre eux) et donc ont fait l'objet d'un suivi propre à ce que commandait chacune des situations.

Sommaire des niveaux de traitements des motifs de plaintes conclues

Sommaire des niveaux de traitements de motifs		%
Traitement non complété : Désistement/Hors compétence/Problème réglé avant la fin de l'examen/Rejeté sur examen sommaire	6	**6 %**
Traitement complété sans mesure identifiée	29	**31 %**
Traitement complété avec mesure identifiée	59	**63 %**

Sommaire des mesures correctives appliquées

Sommaire des mesures appliquées	
Information/sensibilisation d'un intervenant (mesure individuelle)	12
Information/sensibilisation des intervenants (mesure systémique)	6
Encadrement de l'intervenant ou des intervenants	16
Communication/promotion	4
Réduction du délai	2
Amélioration des communications	3
Élaboration/révision d'un document/procédure/protocole/politique	6
Ajout de services ou de ressources humaines	1
Ajustement financier	2
Ajustement technique ou matériel	4
Ajustement des activités professionnelles	1
Obtention de services	1
Autre	1

Sommaire des actions prises

Bien que chaque plainte n'entraîne pas nécessairement la prise de mesures correctives ou de recommandations, l'examen de la plupart d'entre elles entraîne une action par la Commissaire telle que :

- Clarification
- Conciliation
- Démarche d'amélioration
- Information générale
- Intercession/liaison

Appel des conclusions de la Commissaire au Protecteur du citoyen :

Tout comme l'usager insatisfait des conclusions du médecin examinateur a un droit de recours au comité de révision des plaintes médicales, l'usager insatisfait des conclusions de la Commissaire a un droit de recours au Protecteur du citoyen. Au courant de l'année 2016-2017, un seul usager s'est prévalu de ce mécanisme d'appel. Dans ce dossier examiné par le Protecteur du citoyen, le délégué de celui-ci a confirmé les conclusions de la Commissaire et n'a émis aucune recommandation.

2.3.2. ASSISTANCES

L'assistance est une demande d'aide visant généralement à soutenir ou orienter, selon sa volonté, l'usager dans ses démarches pour obtenir l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel ou encore de l'aide à la formulation d'une plainte.

Soixante-quatorze (74) demandes d'assistance ont été adressées au bureau de la Commissaire durant l'année.

Sommaire des motifs d'assistance	
Accessibilité	19
Soins et services dispensés	16
Droits particuliers	14
Aspect financier	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	6
Relations interpersonnelles	3
Autre	9
Total	**74**

Le motif « accessibilité » concerne des demandes d'usagers souvent (12 demandes sur 19) en lien avec des délais (temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, date de rendez-vous reçu, report de rendez-vous ou de traitement, temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport). Dans ces cas, la Commissaire peut assister les usagers en interpellant la chef des cliniques externes afin qu'elle vérifie auprès du cardiologue traitant si les délais peuvent être diminués ou si l'état du patient requiert un suivi plus rapide. Or, il faut comprendre que certains usagers ont été habitués, par le passé, à obtenir un suivi plus fréquent avec leur cardiologue, ce qui n'est plus ce qui est préconisé, à moins que l'état de santé du patient le requière. Ceci constitue un changement de culture qui apparait parfois difficile à comprendre et à accepter chez certains usagers.

En outre, toujours dans le motif « accessibilité », les demandes d'assistance en lien avec les difficultés d'accès ont, pour leur part, été du nombre de 6 sur 19. Celles-ci concernent souvent des difficultés d'obtention d'une ligne téléphonique. La modernisation du système téléphonique des cliniques externes et de celui de la centrale de rendez-vous qui est en cours favorisera la diminution de ce genre de problématiques auxquelles les usagers ont pu être confrontés.

Le motif « soins et services dispensés » représente les assistances de la Commissaire auprès des usagers qui peuvent se questionner quant à des décisions cliniques, une approche thérapeutique, une médication, une intervention ou un traitement. Dans ces cas, la Commissaire peut faire appel au médecin examinateur pour que ce dernier puisse offrir certaines explications médicales aux usagers. La Commissaire peut également interpeller le médecin traitant ou un clinicien traitant pour que l'usager puisse obtenir réponses à leurs questionnements.

Le motif « droits particuliers » représente les assistances de la Commissaire auprès des usagers dans leurs démarches relatives à l'accès à leur dossier d'usager, à l'obtention d'information quant à leurs droits et recours dans le système de santé et de services sociaux et à leur droit de porter plainte.

Le motif « autre » revient à plusieurs reprises étant donné que, lorsqu'un usager ou un proche ne sait à qui s'adresser pour obtenir une information ou un service, il s'adresse parfois à la Commissaire, qui elle réalise alors une intercession ou une liaison auprès du service ou à la personne pouvant répondre adéquatement à la demande.

Démarches accomplies en lien avec les assistances

Démarches accomplies	
Intercession/liaison	26
Clarification	15
Obtention d'un soin ou d'un service	15
Information générale	11
Autre	6
Démarche d'amélioration	1
Total	**74**

Le délai moyen pour conclure un dossier d'assistance est de **9 jours**.

2.3.3 CONSULTATIONS

Une consultation est une demande d'avis au Commissaire sur un objet de sa compétence.

Tant les directeurs, les gestionnaires, les comités, les conseils que les employés s'adressent au besoin à la Commissaire.

Cette année, seize (16) personnes ont requis ce service, et ce, sur différents sujets.

Sommaire des motifs de consultation	
Droits particuliers	7
Relations interpersonnelles	1
Soins et services dispensés	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Accessibilité	3
Aspect financier	0
Autre	3
Total	**16**

Les demandes d'avis transmises à la Commissaire concernaient majoritairement le motif « droits particuliers » car il s'agissait d'avis portant sur l'accès au dossier de l'usager et la conduite générale de l'examen d'une plainte par la Commissaire, par le médecin examinateur ou par le comité de révision.

Le délai moyen pour conclure un dossier de consultation est **6 jours**.

2.3.4 INTERVENTIONS

L'intervention est une action entreprise par la Commissaire à la suite d'une information reçue de toute personne ou tout groupe de personnes ou encore effectuée de sa propre initiative sans que la situation lui ait été signalée, lorsque les droits d'un ou de plusieurs usagers pourraient faire l'objet d'un préjudice.

Cette année, la Commissaire est intervenue à quinze (15) reprises de sa propre initiative, généralement lorsqu'une situation qui avait un potentiel d'atteinte aux droits des usagers lui était signalée par un employé de l'ICM ou par un proche d'un usager.

Sommaire des motifs d'intervention	
Relations interpersonnelles	8
Soins et services dispensés	6
Organisation du milieu et ressources matérielles	2
Droits particuliers	1
Accessibilité	1
Aspect financier	0
Autre	0
Total	**18**

Tout comme les motifs de plaintes, les motifs d'intervention sont principalement liés aux motifs « relations interpersonnelles » et « soins et services dispensés ».

Sommaire des niveaux de traitements des motifs d'intervention

Dans le cadre de ces analyses, la Commissaire s'est assurée que les droits des usagers étaient respectés. Ces analyses ont fait l'objet de mesures ou de recommandations dans douze (12) cas.

Sommaire des niveaux de traitements de motifs	
Traitement non complété : Hors compétence	1
Traitement complété sans mesure identifiée	2
Traitement complété avec mesure identifiée	12

Sommaire des mesures correctives appliquées

Sommaire des mesures appliquées	
Information/sensibilisation/encadrement des intervenants	6
Ajustement technique et matériel	2
Protocole clinique ou administratif	1
Communication/promotion	1
Ajustement des activités professionnelles	1
Autre	1

Le délai moyen pour conclure un dossier d'intervention est de **26 jours**.

PARTIE 3 – ÉTUDE COMPARATIVE

Tableau comparatif des objets de demandes (tous types de dossiers)

Dossiers	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Demandes d'assistance	98	58	74
Plaintes	79	45	63
Interventions	15	3	15
Consultations	62	10	16
Plaintes médicales	12	11	37
Total	**266**	**127**	**205**

L'année 2016-2017 est caractérisée par une hausse de tous les types de dossiers reçus par la Commissaire. En effet, il s'agit là d'une hausse de 61 % par rapport à l'année 2015-2016. Toutefois, il s'agit d'une baisse de 23 % par rapport à l'année 2014-2015.

Il convient de préciser que les données de ces trois années financières sont difficilement comparables. En effet, chacune d'elle implique une réalité différente. L'année 2016-2017 est la première année financière complète pour laquelle la Commissaire actuelle a été en fonctions. Lors de l'année 2015-2016, la Commissaire actuelle était entrée en fonction que pour le dernier quart de l'année financière ; pendant le reste de l'année, une Commissaire antérieure ainsi que deux Commissaires par intérim, occupant d'autres fonctions en cumul de celles de Commissaire, avaient traité les dossiers. En 2014-2015, une Commissaire antérieure était en fonction. Cette dernière ne colligeait pas les données de la même manière que la Commissaire actuelle. Il est donc difficile de dégager des tendances en se fiant à ces trois années financières ayant chacun leur propre contexte spécifique. Toutefois, on constate que les données de l'année 2016-2017 se rapprochent de celles de l'année 2014-2015, année lors de laquelle une seule Commissaire avait été en fonctions et assurait celles-ci depuis plusieurs années.

Tableau comparatif des motifs de plaintes soumis

Objets	2014-2015	%	2015-2016	%	2016-2017	%
Relations interpersonnelles	26	**30 %**	13	**28 %**	30	**29 %**
Accessibilité	9	**10 %**	10	**22 %**	26	**25 %**
Soins et services dispensés	21	**25 %**	10	**22 %**	23	**22 %**
Organisation du milieu et ressources matérielles	11	**13 %**	7	**15 %**	12	**12 %**
Aspect financier	6	**7 %**	2	**4 %**	6	**6 %**
Droits particuliers	2	**2 %**	4	**9 %**	5	**5 %**
Autre	11	**13 %**	0	**0 %**	1	**1 %**
Total	**86**	**100 %**	**46**	**100 %**	**103**	**100 %**

On constate que les pourcentages des différents motifs de plaintes demeurent relativement similaires à travers les années.

Le motif « relations interpersonnelles » demeure le plus élevé. La Commissaire a dû recommander à plus d'une reprise l'encadrement d'employé(e)s suivant un manque de respect envers la clientèle. En cours d'année, la Commissaire a commencé à impliquer, de façon systématique, la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, secteur des relations de travail, lorsqu'une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulevait des questions d'ordre disciplinaire. Ceci permettra d'assurer un suivi plus rigoureux quant aux comportements des employés envers la clientèle et à garder une trace de ceux-ci de manière à identifier les récidivistes et agir en conséquence.

PARTIE 4 – RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE

Cette partie du bilan, consacrée aux recommandations, fait état des mesures recommandées par la Commissaire en vue d'améliorer le niveau de satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Lorsque l'étude d'une plainte permet d'établir que plusieurs usagers ont pu être lésés dans des circonstances identiques, il importe d'étendre les correctifs envisagés à l'ensemble des personnes affectées. La préoccupation systémique fait partie du consensus et doit être présente dans l'analyse de chaque cas.

Ainsi, ont fait l'objet de recommandations ou de mesures prises les éléments suivants :

Mesures/recommandations relatives aux relations interpersonnelles :

- Encadrement/sensibilisation du personnel dans la majeure partie des plaintes comportant un ou des motifs lié(s) aux relations interpersonnelles ;
- Formation sur le service à la clientèle aux secrétaires médicales.

Mesures/recommandations relatives aux soins et services dispensés :

- Élaboration d'une politique relative à la planification de congé ;
- Sensibilisation des professionnels quant à la relation de confiance qui doit être établie avec le patient ;
- Élaboration d'un document de « plan de sortie » du patient, respectant les directives de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ;
- Rappel aux secrétaires à l'effet de noter au logiciel prévu les appels faits aux patients concernant les rendez-vous, afin de s'assurer que les patients reçoivent bien les informations concernant leurs rendez-vous ;
- Rappel aux travailleurs sociaux quant à la documentation au dossier de la présentation aux patients des options de plan de convalescence (publique ou privée) ainsi qu'aux informations transmises au conseiller en hébergement, s'il y a lieu ;
- Information donnée aux chirurgiens au moment d'un congé d'un patient ;
- Sensibilisation d'une infirmière quant à la documentation des raisons cliniques justifiant le retrait d'une mesure de contrôle lors d'une réévaluation ;
- Sensibilisation du personnel soignant quant à la possibilité de faire appel au service d'alimentation et de nutrition clinique pour évaluation des besoins lors des demandes de personnalisation de l'alimentation des patients ;
- Retour sur une situation avec les infirmières d'une équipe soignante relativement à l'évaluation du niveau de surveillance d'un patient ;
- Rappel quant à l'importance de noter l'information des patients à risque de chute au « Kardex » ;
- Sensibilisation du personnel infirmier quant à l'importance de la rétroaction à réaliser auprès des patients.

Mesures/recommandations relatives à l'organisation du milieu et aux ressources matérielles :

- Travaux pour rectifier un problème de climatisation dans une chambre ;
- Réaménagement du service alimentaire pour abolir le libre-service de plats réchauffés ;
- Rappel aux employés d'une unité de soins quant à la vérification systématique des dates de péremption des aliments conservés dans les réfrigérateurs des unités de soins ;
- Sensibilisation des chefs d'unités de soins quant au fait de privilégier, lorsque possible, les chambres privées pour les patients ayant des comportements pouvant perturber d'autres patients ;
- Solutions temporaires mises en place à l'urgence (jusqu'au déménagement) de manière à préserver la confidentialité des dossiers des patients dans la salle d'attente.

Mesures/recommandations relatives à l'accessibilité :

- Mise en place d'une procédure écrite relative à l'accompagnement des patients présentant une déficience visuelle ;
- Augmentation des heures d'ouverture de la centrale de rendez-vous ;
- Nouveau système téléphonique pour les cliniques et la centrale de rendez-vous ;
- Centralisation des prises de rendez-vous en cliniques à la centrale de rendez-vous pour assurer une meilleure disponibilité, une meilleure coordination et un meilleur suivi ;
- Déploiement prochain d'un « automatiseur d'appels » par lequel il sera possible pour les patients d'annuler des rendez-vous de façon automatisée ;
- Nouvelle offre quant à la possibilité d'envoyer une demande de consultation par courriel ;
- Encadrement du personnel quant au retour d'appels des patients ;
- Amélioration du système téléphonique du service de biologie médicale ;
- Révision de la documentation de la clinique d'anticoagulant afin de s'assurer que les heures d'ouverture sont à jour ;
- Réalisation de la traduction en langue anglaise d'un document pour qu'il soit accessible à la clientèle anglophone ;
- Démarches par le directeur des services professionnels pour réaliser une entente de services avec un autre établissement pour avoir accès à des neurologues.

Mesures/recommandations relatives aux aspects financiers :

- Montant crédité à un patient en raison d'une erreur d'une secrétaire médicale quant à la facturation.

Plaintes médicales

Rapport des activités 2016-2017

Dr Robert Blain / Dr Denis Burelle
Dr Raymond Cartier / Dr Georges Desjardins
Dr Daniel Parent / Dr Jean Taillefer
Médecins examinateurs

Table des matières

INTRODUCTION 3

1. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 4

1.1. Sommaire des motifs et sous-motifs de plaintes 4

1.2. Sommaire des niveaux de traitement des motifs 5

1.3. Sommaire des mesures correctives appliquées 5

1.4. Sommaire des actions prises 5

1.5. Délai de traitement 6

2. BILAN DES DEMANDES D'AIDES OU D'ASSISTANCES 7

3. RECOMMANDATIONS DES MÉDECINS EXAMINATEURS 7

4. DOSSIERS TRANSFÉRÉS AU COMITÉ DE RÉVISION 7

5. DOSSIER TRANSFÉRÉ AU COMITÉ DE DISCIPLINE 8

6. ÉTUDE COMPARATIVE 8

6.1. Étude comparative plainte médicale / demande d'aide ou d'assistance 8

6.2. Tableau comparatif des délais moyens de traitement de plaintes 8

6.3. Tableau comparatif du nombre de plaintes médicales 8

7. CONCLUSION 9

INTRODUCTION

La plainte médicale est une insatisfaction exprimée auprès de ou transmise à la commissaire locale par toute personne, relativement à la conduite, la compétence, le comportement ou à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un résident.

À la réception d'une telle plainte, la commissaire locale la transmet immédiatement au médecin examinateur pour examen.

Au moins une fois par année, les médecins examinateurs doivent, selon la loi, dresser un bilan de leurs activités.

Ce rapport couvre l'ensemble des activités des médecins examinateurs, Dr Robert Blain, Dr Denis Burelle, Dr Raymond Cartier, Dr Georges Desjardins, Dr Daniel Parent et Dr Jean Taillefer, pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.

1. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

- **Les médecins examinateurs ont traité 40 dossiers au cours de cette période.**

- **Des 40 dossiers traités :**
  - 37 plaintes médicales
  - 3 demandes d'aide ou d'assistance médicale

Évolution du nombre de dossiers reçus par période financière

Type de dossier	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total
Plaintes médicales	2	1	4	3	3	5	7	0	2	4	1	0	5	**37**

1.1. Sommaire des motifs et sous-motifs de plaintes

Certaines plaintes contenant plus d'un motif, 52 motifs furent étudiés par les médecins examinateurs.

MOTIFS ET SOUS-MOTIFS	NOMBRE	%
Soins et services dispensés	**25**	**48 %**
Décision clinique (évaluation et jugement professionnel et autres) / Interventions / Approche thérapeutique / Soins	11	
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) / Habiletés techniques et professionnelles	6	
Médication	3	
Continuité / absence de suivi	3	
Organisation des soins et services (systémique) / Propre à l'installation / Processus de transfert inter établissement	2	
Relations interpersonnelles	**20**	**38 %**
Communication / attitude : Commentaires inappropriés	7	
Communication / attitude : Manque d'écoute	2	
Commination / attitude : Attitude non verbale inappropriée	2	
Communication / attitude : Manque d'information	2	
Représailles ou intimidation suite au dépôt d'une plainte	2	
Communication / attitude : Manque de politesse	1	
Communication / attitude : Manque de respect à l'égard de la vie privée	1	
Communication / attitude : Manque d'empathie	1	
Communication / attitude : Manque de clarté	1	
Fiabilité / disponibilité	1	
Accessibilité	**5**	**10 %**
Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport	2	
Difficulté d'accès aux services formellement requis	2	
Délais – Date de rendez-vous	1	
Droits particuliers	**2**	**4 %**
Droit à l'information sur les services et modes d'accès	1	
Droit à l'information sur l'état de santé	1	
TOTAL	**52**	**100 %**

1.2. Sommaire des niveaux de traitement des motifs

Niveau de traitement des motifs de plaintes médicales	
Traitement non complété : abandonné par l'usager, refusé, rejeté	6
Traitement complété : sans mesure	31
Traitement complété : avec mesure	10

1.3. Sommaire des mesures correctives appliquées

Mesures correctives appliquées	
Information/sensibilisation d'un intervenant	3
Encadrement de l'intervenant	1
Ajustement professionnel (à portée individuelle)	1
Ajustement des activités professionnelles (à portée systémique)	2
Amélioration des communications	2
Élaboration/révision/application de règles et procédures	1

1.4. Sommaire des actions prises

Bien que chaque plainte n'entraîne pas nécessairement la prise de mesures correctives ou de recommandations, l'examen de la plupart d'entre elles entraîne une action par le médecin examinateur, telle que :

- Clarification
- Obtention d'un soin ou d'un service
- Conciliation
- Démarche d'amélioration
- Information générale

1.5. Délai de traitement

Délais de traitement	Nombre de dossiers de plaintes conclus	%
Moins de 3 jours	2	**5.71 %**
4 à 15 jours	3	**8.57 %**
16 à 30 jours	9	**25.71 %**
31 à 45 jours	4	**11.43 %**
46 et plus jours	**17**	**48.56 %**

- Le délai moyen de traitement des plaintes par les médecins examinateurs est de 62 jours.
- Trente-cinq (35) dossiers de plaintes médicales ont été conclus pendant l'année 2016-2017. Ces trente-cinq dossiers ont été traités par quatre (4) médecins examinateurs différents selon la répartition suivante :

Médecin examinateur	Conclu à l'intérieur du délai	Conclu hors du délai	TOTAL
Médecin examinateur 1	4	14	18
Médecin examinateur 2	13	2	15
Médecin examinateur 3	1		1
Médecin examinateur 4		1	1
TOTAL	**18**	**17**	**35**

- Sur les trente-sept (37) dossiers de plaintes médicales reçus pendant l'année 2016-2017, six (6) n'étaient pas conclus au 31 mars 2017. De plus, quatre (4) dossiers reçus pendant l'année 2015-2016 ont été conclus pendant l'année 2016-2017.
- Les raisons qui expliquent que le délai moyen de traitement des plaintes dépasse le délai prévu par la *LSSSS* et que près de 50 % des dossiers aient été traités hors de ce délai sont diverses, mais principalement liées :
  - Aux difficultés de synchroniser des rencontres entre médecins examinateurs et médecins impliqués dans les plaintes, compte tenu de leurs horaires chargés respectifs ;
  - Aux périodes de vacances (vacances estivales et temps des fêtes) ;
  - À des difficultés de joindre les plaignants (souvent les médecins examinateurs joignent une boîte vocale lors de leur tentative de communiquer avec les plaignants, mais ne laissent pas de message compte tenu du fait qu'ils sont difficilement joignables lorsqu'ils reprennent leurs fonctions médicales propres) ;
  - À la complexité d'une enquête et au nombre important d'acteurs concernés à contacter ;
  - À la difficulté à joindre un résident qui a terminé son stage à l'ICM au moment du dépôt de la plainte et qui est rendu ailleurs ;
  - À des tentatives de conciliation du dossier qui ne se dénouèrent finalement pas de façon positive, ce qui nécessitait une analyse de la plainte en bonne et due forme ;
  - Aux délais nécessaires liés aux démarches pour assigner un nouveau cardiologue à un plaignant.

2. BILAN DES DEMANDES D'AIDES OU D'ASSISTANCES

- Trois (3) demandes d'aide ou d'assistance ont été soumises par la commissaire aux médecins examinateurs. Ces demandes concernaient les sujets suivants :
  - Évaluation et décision concernant la conduite routière
  - Approche thérapeutique
  - Questionnement sur condition de santé

3. RECOMMANDATIONS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

- Obtention d'une ressource psychologique pour un patient
- Transmission d'excuses de la part du professionnel visé à un patient (2)
- Sensibilisation d'un résident par le directeur du comité pédagogique de chirurgie cardiaque de l'UDM
- Amélioration du service de la centrale de rendez-vous et du service de secrétariat des cliniques externes
- Ajustement des activités professionnelles des professionnels impliqués en les sensibilisant à la tournure des événements vécus par un patient
- Prise de connaissance de la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail* par le professionnel visé
- Révision du processus d'obtention de congé
- Amélioration des communications (respect de la confidentialité) à l'urgence

4. DOSSIERS TRANSFÉRÉS AU COMITÉ DE RÉVISION

Quatre (4) dossiers dont les conclusions ont été rendues par un médecin examinateur en 2016-2017 ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du comité de révision. Dans un (1) de ces dossiers, le comité de révision n'a pas procédé à la révision étant donné que la demande de révision avait été formulée hors du délai légal de 60 jours. Dans les trois (3) autres dossiers, le comité de révision n'avait pas encore rendu son avis en date du 31 mars 2017.

Compte tenu de la constitution du nouveau comité de révision en décembre 2015, certains dossiers dont les conclusions avaient été rendues par un médecin examinateur en 2014-2015 et en 2015-2016 et qui avaient fait l'objet d'une demande de révision n'avaient pas encore été traités par le comité de révision. Ainsi, deux (2) dossiers dont les conclusions ont été rendues par un médecin examinateur en 2014-2015 et deux (2) dossiers dont les conclusions ont été rendues par un médecin examinateur en 2015-2016 ont fait l'objet d'une révision du traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur par le comité de révision. Dans deux (2) dossiers, le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur. Dans les deux (2) autres, le comité de révision a demandé au médecin examinateur d'effectuer un complément d'examen.

5. DOSSIER TRANSFÉRÉ AU COMITÉ DE DISCIPLINE

Trois (3) dossiers de plainte impliquant le comportement d'un cardiologue ont été transmis à l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmacien (CMDP) pour étude disciplinaire.

6. ÉTUDE COMPARATIVE

6.1. Étude comparative plainte médicale / demande d'aide ou d'assistance

6.1.1. Tableau comparatif des motifs de plaintes

Sommaire des motifs de plaintes médicales	2014-2015	%	2015-2016	%	2016-2017	%
Soins et services dispensés	7	54 %	5	38.5 %	25	48 %
Relations interpersonnelles	5	38 %	5	38.5 %	20	38 %
Droits particuliers	1	8 %	1	8 %	2	4 %
Accessibilité	0	0 %	2	15 %	5	10 %
Organisation du milieu	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	**14**	**100 %**	**13**	**100 %**	**52**	**100 %**

6.2. Tableau comparatif des délais moyens de traitement de plaintes

Année	Délai moyen (jours)
2012-2013	40
2013-2014	62
2014-2015	40
2015-2016	60
2016-2017	62

6.3. Tableau comparatif du nombre de plaintes médicales

Année	Nombre de plaintes médicales
2012-2013	25
2013-2014	9
2014-2015	11
2015-2016	11
2016-2017	37

7. CONCLUSION

Nous espérons que ce rapport permettra aux membres du Conseil d'administration d'avoir une meilleure connaissance du travail des médecins examinateurs.

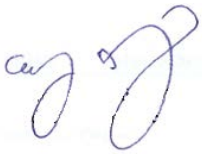
Nous tenons à remercier Mme Gabrielle Alain-Noël, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, pour son indéfectible disponibilité et pour la sagesse de ses conseils ainsi que Madame Véronique Péloquin et Madame Laurie Choute pour leur soutien clérical.

Respectueusement soumis,

Robert Blain, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur

Denis Burelle, MD, Cardiologue
Médecin examinateur

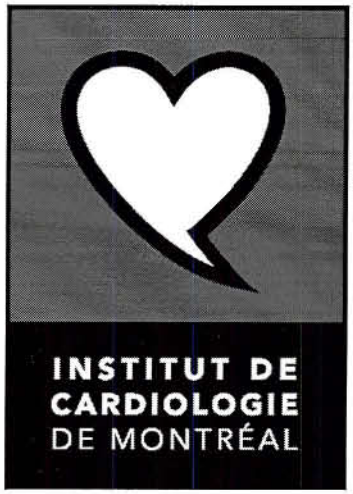
Raymond Cartier, MD, Chirurgien
Médecin examinateur



Georges Desjardins, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur

Daniel Parent, MD, Intensiviste
Médecin examinateur

Jean Taillefer, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur



Comité de révision des plaintes médicales

Rapport des activités 2016-2017

Me Éric Bédard

Président du comité de révision des plaintes médicales

INTRODUCTION

Le Comité de révision des plaintes de l'Institut de cardiologie de Montréal (ci-après le « **Comité** ») remet par la présente son rapport pour l'année 2016-2017.

Le Comité est présidé par Me Éric Bédard et complété par deux autres membres, soit le Dr Guy Pelletier et le Dr Denis Bouchard.

Le rôle du Comité est de réviser le traitement accordé à des plaintes d'usagers ou d'autres plaignants par les médecins examinateurs de l'établissement.

COMPTE-RENDU

Le Comité a rendu sa décision quant à quatre demandes de révision au courant de l'année financière se terminant le 31 mars 2017. Le Comité a également refusé une demande de révision n'ayant pas respecté les délais prévus par la loi. Par ailleurs, le Comité a traité trois autres demandes pour lesquelles il n'avait pas encore rendu sa décision à la fin de l'année financière.

Dans les quatre dossiers pour lesquels une décision a été rendue:

1. Trois demandes visent principalement le traitement médical reçu à l'ICM et proviennent du patient ou d'un membre de sa famille. Une demande provient d'un médecin de l'ICM suite aux conclusions du médecin examinateur découlant de plaintes de membres du personnel.

2. Dans deux cas, la demande de révision a été rejetée dans son ensemble. Dans deux cas, un complément d'information a été requis du médecin examinateur.

3. Dans tous les cas, le Comité a permis à l'usager ou plaignant, au(x) professionnel(s) concerné(s) et au médecin examinateur de formuler des représentations.

Dans les trois dossiers ayant fait l'objet d'une audition pendant l'année financière mais pour lesquels la décision n'avait pas été rendue :

1. Deux demandes visaient le traitement médical reçu à l'ICM tandis qu'une demande portait sur le travail du centre de rendez-vous;

2. Dans tous les cas, le Comité a permis à l'usager ou plaignant, au(x) professionnel(s) concerné(s) et au médecin examinateur de formuler des représentations.

CONCLUSION

Le Comité conclut sa première année complète depuis qu'il a été reformé avec une nouvelle composition. Cette année s'est avérée positive en ce qui a trait au traitement rapide et efficace des dossiers soumis. Le Comité entend poursuivre dans la même voie.

Éric Bédard
Président du Comité de révision des plaintes médicales