



Rapport annuel

**sur l'application de la procédure
d'examen des plaintes
et l'amélioration
de la qualité des services
2017-2018**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
I. BUREAU DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES DU CUSM.....	3
Plaintes et autres fichiers ouverts.....	4
Catégorie de plaintes.....	5
Plaintes d'accès téléphoniques.....	7
Délais d'examen des plaintes.....	8
Abandon de plaintes par le patient et rejets	8
Actions prises afin d'améliorer les soins et services	9
Interventions	11
Demandes d'assistance	12
Consultations	13
Maltraitance	13
Activités liées au système de plaintes.....	13
II. PROTECTEUR DU CITOYEN.....	15
III. MÉDECINS EXAMINATEURS	16
IV. COMITÉ DE RÉVISION DU CUSM.....	17
V. COMITÉ DE VIGILANCE DU CUSM	18
VI. PLAN D'ACTION 2017-2018	19
CONCLUSION.....	20
ANNEXE A : ORGANIGRAMME DU BUREAU DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES	22
ANNEXE B : MOTIFS DES PLAINTES ÉTUDIÉES	23
ANNEXE C : CATÉGORIES DE PLAINTES	24
ANNEXE D : ACTIVITÉS DU BUREAU DE L'OMBUDSMAN POUR L'ANNÉE 2016-2017.....	26
ANNEXE E : LEXIQUE.....	27
ANNEXE F : LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES.....	28

INTRODUCTION

Le présent rapport annuel de la commissaire aux plaintes du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) présente les données probantes de l'année 2017-2018.¹ Conformément à la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec (LSSSS), ce rapport comprend (I) le rapport des commissaires aux plaintes, (II) le nombre de cas revus par le Protecteur du citoyen, (III) le rapport des médecins examinateurs, (IV) le rapport du Comité de révision et (V) un résumé des travaux du Comité de vigilance.²

Cette année, le nouveau Comité de révision, reconstitué l'année précédente, a eu l'occasion d'étudier les dossiers accumulés et de se mettre à jour. Le nouveau Comité de vigilance a également pu accomplir son travail de révision des recommandations des instances externes et internes relativement à la qualité ainsi que les recommandations faites en raison des plaintes reçues et examinées au bureau de la commissaire et du protecteur du citoyen.

Après un examen des données de cette année, le Bureau de la commissaire aux plaintes (le Bureau) a élaboré (VI) un Plan d'action pour 2017-2018. La présence de ce plan année après année peut sembler répétitive puisqu'elle couvre souvent les mêmes situations. Toutefois, les problématiques identifiées l'année dernière n'ont toujours pas été résolues à notre satisfaction. Nous continuerons de les étudier jusqu'à ce que des améliorations substantielles soient observées.

Les difficultés majeures affectant l'accès téléphonique des patients aux services de santé figurent à notre plan d'action à nouveau, malgré les améliorations relevées. Nous avons recommandé que le CUSM réponde adéquatement à cette problématique. Dans nos rapports précédents, nous avons présenté la gravité de la situation grâce à un graphique qui illustre les plaintes liées à l'accessibilité téléphonique des patients sur une période de 7 ans. Ce rapport présente le même graphique mis à jour, que nous verrons plus loin.

Nous incluons également quelques cas (encadrés) afin d'illustrer les problèmes soulevés par les patients et l'importance des plaintes comme outils d'amélioration de la qualité des soins et des services.

I. BUREAU DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES DU CUSM

Le nombre de plaintes et d'autres demandes reçues et détaillées dans ce rapport devrait être interprété dans le cadre de notre mandat à l'égard du système de santé québécois et dans le contexte des années qui précèdent et qui ont été l'occasion, en rafale, de :

- Déménagement majeur de certains hôpitaux du CUSM;
- Relocalisation de plusieurs cliniques et services par la même occasion et ;
- Fusion et réorganisation massive de pratiquement tous les établissements publics dès avril 2015, à travers Québec, donc des partenaires du CUSM et ainsi des nombreux changements organisationnels de cette fusion.

¹ Le Rapport statistique brut 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.

Les responsabilités et fonctions de la commissaire aux plaintes (le Bureau) sont, brièvement, les suivantes :

- Recevoir et examiner toute plainte conformément à la LSSSS.
- Enquêter, examiner et régler les 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.
- Proposer des mesures et des moyens systémiques qui pourraient améliorer l'accès pour tous à des soins et à des services de qualité élevée.

PLAINTES ET AUTRES FICHIERS OUVERTS³

Tel qu'illustré par le tableau et graphique ci-dessous, le nombre de plaintes a diminué de 11%. Également, le nombre de personnes ayant contacté le Bureau a diminué (d'un total de 2900 dossiers ouverts à 2399).

Cette baisse des plaintes est liée à une amélioration de l'accès téléphonique au CUSM mais il faut souligner aussi certains phénomènes tels que l'adaptation de l'établissement, des patients et des familles à la nouvelle réalité du CUSM, et la familiarisation du public et du personnel avec les lieux géographiques qui sont propres et accueillants. En somme le CUSM et les usagers ont pris possession de leur centre de santé. Cette diminution du nombre de plaintes, la deuxième année de suite, est donc le fait saillant qui ressort de nos chiffres annuels.

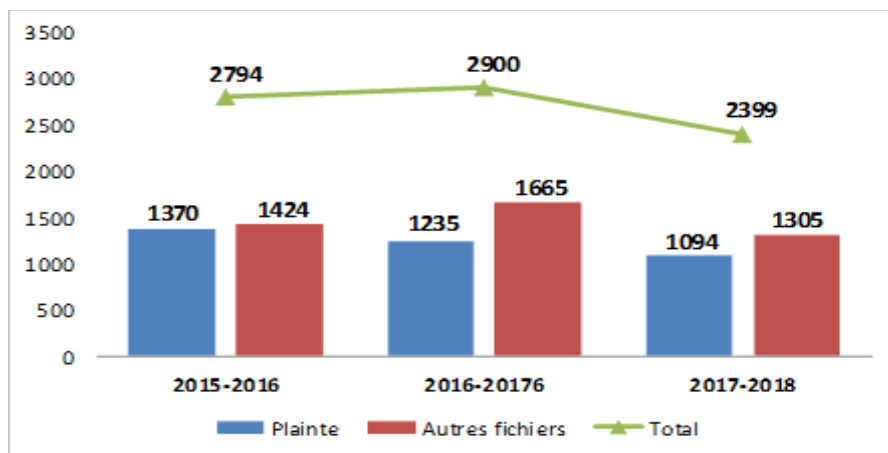
Tous les fichiers ouverts par le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM 2015 à 2018

	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Plaintes reçues	1370	1235	1094
Autres fichiers ouverts	1424	1665	1305
Totaux	2794	2900	2399

Nous notons également une diminution du nombre total de dossiers comme vous pouvez le constater ci-dessous.

³ Autre fichiers : nous ouvrons aussi des fichiers qui ne sont pas des plaintes mais qui sont reçus à nos bureaux au cours de l'année tels que les demandes d'assistance, de consultation et les dossiers d'intervention.

Graphique 1: Nombre total de fichiers et de plaintes reçus au cours de la période 2015-2018

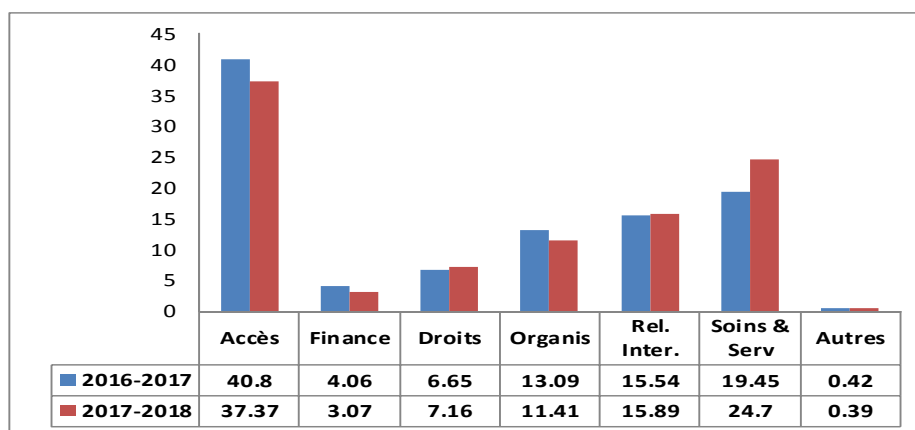


CATÉGORIE DE PLAINTES

Le **graphique 2** ci-dessous offre une vue d'ensemble des variations des catégories de plaintes sur une période de deux ans.

Il existe six (6) catégories de plaintes et chaque catégorie est sous-divisée en plusieurs sous-catégories. Vous pouvez consulter l'**Annexe C** pour un bref résumé des différentes catégories de plainte.

Graphique 2: Pourcentage (%) comparant les catégories de plaintes sur une période de deux ans



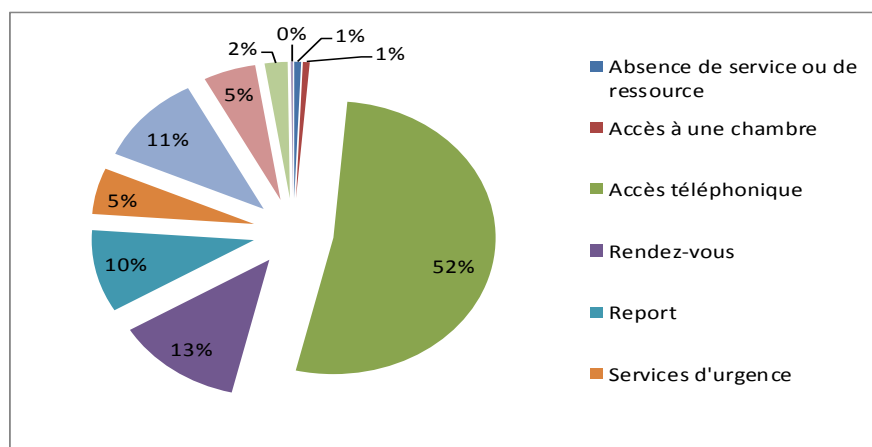
Chaque année nos chiffres démontrent que la catégorie **Accès** est de loin la plus problématique pour les usagers. Cette année, nous avons constaté une diminution des plaintes liées à l'accessibilité. Cette catégorie comprend l'accès aux soins, mais également l'un des principaux problèmes des patients soit l'accès téléphonique. Nous constatons que cette année l'accès téléphonique s'est encore amélioré. Cependant nous demeurons préoccupés par l'accès aux soins de façon générale, comme, par exemple, les délais aux urgences, les difficultés d'accès à certaines cliniques, à certains examens

et chirurgies.

Le **graphique 3** facilite la compréhension des différentes problématiques liées à l'« accessibilité aux soins ». Ce dernier illustre, en ordre d'importance, ses cinq principales sous-catégories:

- Accès téléphonique;
- Temps d'attente relié à un rendez-vous;
- Soins/services/programmes - par exemple : listes d'attentes ou attente pour obtenir un résultat;
- Report de chirurgie, de rendez-vous, de traitement ou d'examen;
- Difficulté d'accès aux services;

Graphique 3: Sous-catégories de plaintes liées à l'accès aux soins



Départ d'un médecin

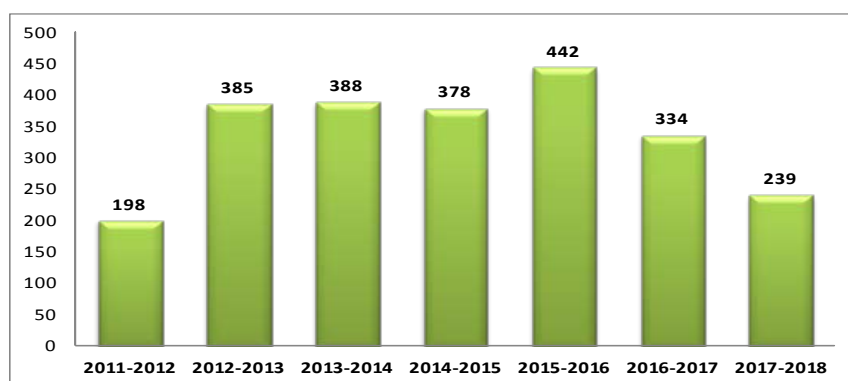
Un patient nous contacte après avoir appris que son médecin quittait l'organisation. Il appréciait énormément ce médecin et est inquiet pour son suivi. Il indique avoir vécu avec cette clinique plusieurs changements de médecin et que cela est difficile, car les approches thérapeutiques peuvent différer.

Actions : Nous avons communiqué avec le département afin que ce patient soit contacté et rassuré par une personne en autorité au sein du département. Nous avons également suggéré au département de préparer une réponse standardisée pour informer les patients comment la clinique allait assurer la continuité des services auprès d'eux.

PLAINTES D'ACCÈS TÉLÉPHONIQUES

Tel qu'identifié par le **graphique 4**, le nombre de plaintes concernant l'accès téléphonique a diminué encore cette année. Ce problème d'ordre systémique avait été porté à l'attention des autorités du CUSM et du Comité de vigilance plus vigoureusement au cours des dernières années. En conséquence, le CUSM lui a accordé une attention spéciale, ce qui explique l'amélioration.

Graphique 4: Plaintes liées à l'accès téléphonique 2011-2018



Depuis 2010, les problèmes liés à l'accès téléphonique avaient augmentés et plus spécifiquement (tel qu'illustré par le **graphique 4**), suite au déménagement au nouveau site en 2015. Notre bureau a évalué que les problèmes de communication pour les patients et le personnel sont devenus très urgents en 2015 et il convenait d'intervenir.

La mise en œuvre des recommandations émises par le groupe de travail qui s'est penché sur la question a eu un effet et constitue le début de l'amélioration recherchée. En effet une diminution d'environ 100 plaintes explique en partie la chute de 11% des plaintes totales reçues cette année. Néanmoins, nous resterons vigilants pour nous assurer que cette diminution va continuer. Ce problème est souligné année après année afin que le CUSM réponde à la demande d'accès téléphonique des usagers et élimine le problème.

Un service incomplet

Une assez large clinique donnant des services sur deux sites était extrêmement problématique l'an dernier (2016-2017) et occasionnait plusieurs plaintes d'usagers qui ne pouvaient absolument pas rejoindre le service et prendre le rendez-vous requis. Notre bureau, en cours de traitement de ces plaintes, a appris que le service, en déménageant de site entre 2015 et 2016, a perdu plusieurs employés cléricaux rendant l'accès téléphonique quasi impossible. Un blitz avec les ressources humaines a réussi à rétablir la situation et les plaintes ont diminué.

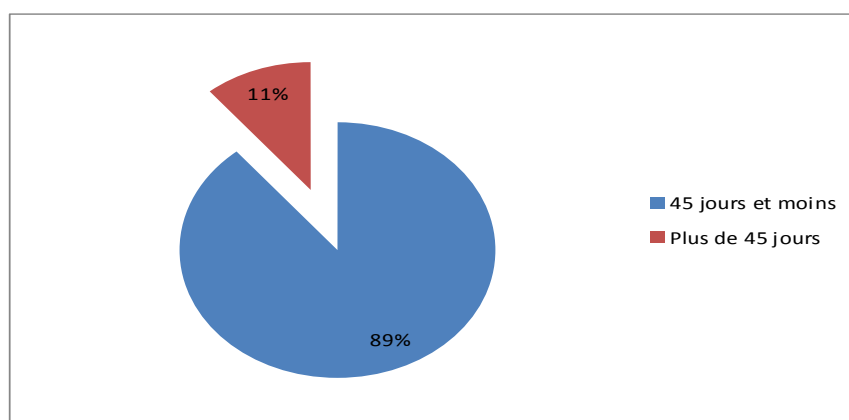
Mais bien que nous recevions moins de plaintes, celles qui nous arrivaient (en 2017) surprenaient l'équipe. En effet les patients nous parlaient d'attente interminable en ligne (30 ou 40 minutes) puis la ligne coupait. Par ailleurs en rappelant la fois suivante, le chemin à travers l'arbre décisionnel se faisait sans embûche et on obtenait le rendez-vous. Mais une prochaine tentative ramenait le patient à l'attente interminable, suivi du néant.

L'amélioration : Après quelques plaintes du même genre un examen approfondi par le gestionnaire du service a permis de découvrir que lors des pauses les transferts de lignes causaient des bris de services et expliquaient le problème qui est finalement réglé.

DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES

Tel que l'illustre le **graphique 5**, la grande majorité des plaintes (89%) ont été étudiées en 45 jours et moins lors de l'année 2017-2018. Les plaintes qui dépassent les 45 jours sont normalement des plaintes complexes et qui impliquent plus d'un département, plus d'un intervenant. Nous demeurons disponibles en tout temps au cours de l'examen du dossier pour expliquer les délais qui se présentent.

Graphique 5: Délais d'examen des plaintes

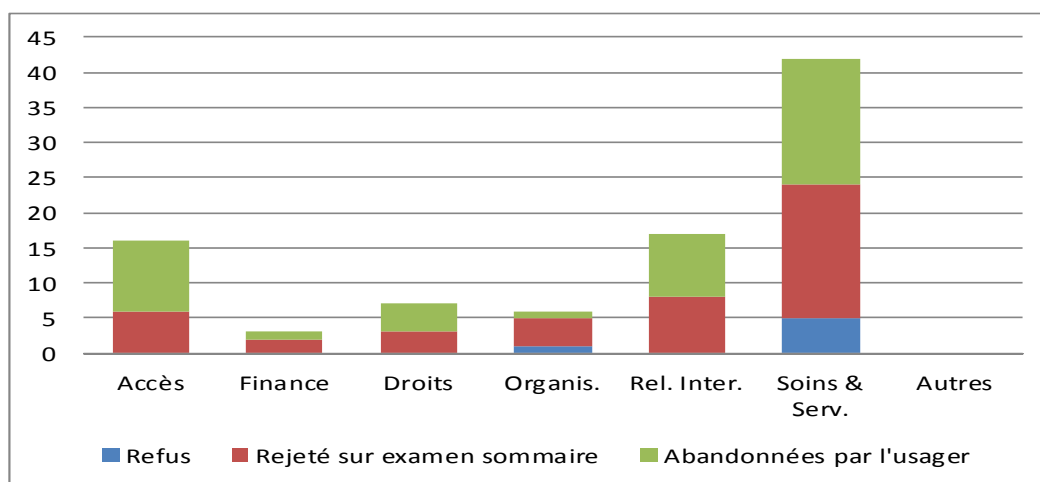


ABANDON DE PLAINTES PAR LE PATIENT ET REJETS

Comme il est de coutume, la grande majorité des plaintes étudiées ont été jugées recevables (98%). Néanmoins, 42 plaintes ont été rejetées sur examen sommaire, 6 ont été rejetées suite à une enquête sommaire et 43 ont été abandonnées par l'utilisateur depuis la formulation du dernier rapport.

Tel qu'illustré par le **graphique 6**, une majorité des plaintes jugées non-recevables se trouvent dans les 3 catégories *Accès*, *Soins et services* et des *Relations interpersonnelles*.

Graphique 6: Abandon de plaintes par le patient et rejets



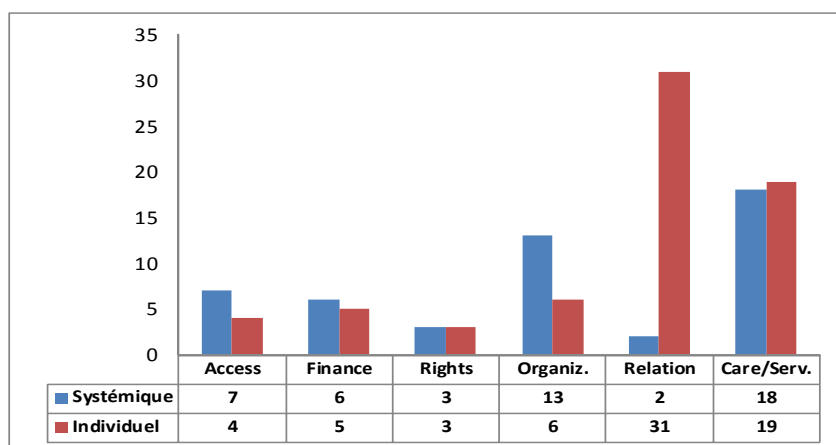
ACTIONS PRISES SUITE AUX PLAINTES CONCLUES

Généralement, lorsque les plaintes sont valides et que l'on constate que des améliorations sont nécessaires, le commissaire aux plaintes et le service (ou le département) concernés s'entendent pour mettre en place des mesures et un plan d'action afin d'améliorer les soins et les services et de corriger le problème identifié par la plainte. Il s'agit parfois d'initiatives engagées par le département lui-même ou des recommandations faites par notre bureau. La portée et la gravité des mesures correctives sont fortement influencées par le motif de la plainte. En outre, face à un problème ou à une situation d'ordre **individuel**, les mesures favorisées sont appliquées à un niveau **individuel**. Dans d'autres cas, il convient d'adopter des mesures supplémentaires au niveau **systémique**.

Le **graphique 7** illustre la répartition des mesures systémiques et individuelles selon la catégorie des plaintes. Au total, 117 mesures ont été mises en œuvre en 2017-2018 : 49 étaient systémiques et 68 étaient individuelles.

Quant aux recommandations et engagements des services impliqués : tous les engagements ont été respectés et les recommandations ont été acceptées et appliquées.

Graphique 7: Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes



Quelques exemples de mesures ou d'engagements individuels et systémiques au cours de l'année étudiée:

Mesures individuelles (pour une personne ou un petit groupe):

- Un rappel formel au personnel clérical d'une clinique sur l'attitude et le comportement attendus
- Un employé a été rencontré formellement par son gestionnaire pour discuter et améliorer son approche avec les patients et les familles.

Mesures systémiques (pour une catégorie d'utilisateurs ou ayant un effet transversal):

- Les services techniques du CUSM ont augmenté le nombre de places de stationnement pour automobiles avec vignettes
- Les portes de certaines toilettes aux abords des cliniques ont été automatisées pour assurer un meilleur accès aux personnes à mobilité réduite.

Finalement nous soulignons que parfois des démarches d'amélioration sont mises en place par le service ou département par la seule transmission d'une plainte et la plainte devient l'occasion d'améliorer les services, l'attitude, l'accès par des petits pas, sans échéancier formel et sans fanfare. Ces améliorations sont notées dans notre système électronique non pas comme des mesures mais elles contribuent à l'amélioration de la qualité. Nous avons tout de même recensé ces démarches dans 352 dossiers de plaintes et d'assistance.

Coordination défectueuse entre les services

La patiente est référée par le **département A** pour subir un examen au **département B**, et on lui donne un rendez-vous.

Le jour du rendez-vous elle arrive au **département B** à 7 h du matin. Elle est la première patiente planifiée de la journée. Elle est appelée pour son enregistrement et est informée par un membre du personnel qu'elle n'est pas dans le système informatique. Elle a donc dû retourner au **département A** qui l'avait référée. Il n'ouvrira qu'à 8 h du matin.

Voici la description de son expérience :

« Le personnel de bureau arrivait petit à petit alors que j'attendais l'ouverture du local. À 8 h, la jeune chargée de l'accueil des patients n'avait toujours pas ouvert. Lorsque je lui ai demandé si sa journée de travail débutait à 8 h, elle a répondu qu'elle avait encore quelques trucs à faire. Puis, on m'annonce que j'étais au mauvais bureau. Les réservations se faisaient à l'autre bout du couloir !

J'ai trouvé l'endroit indiqué et tout était fermé. Alors j'ai ouvert la porte et demandé si quelqu'un travaillait. Un homme m'a interrompu et m'a demandé s'il pouvait m'aider. Il a lu ma prescription et a ré-ouvert la porte. Une jeune femme s'est présentée en mangeant quelque chose et, au même moment l'homme m'a dit qu'il m'ajouterait à la liste. C'était un médecin (je ne sais pas qui), mais je l'ai remercié et j'ai obtenu un rendez-vous. »

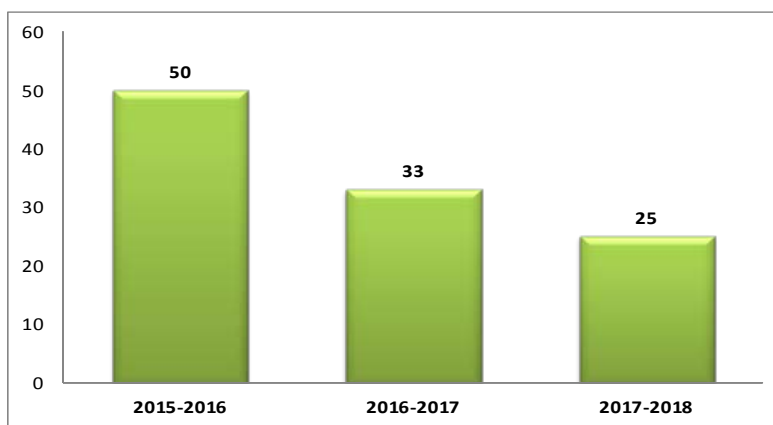
Action : les gestionnaires des départements de ces deux missions distinctes ont été mis en contact pour assurer une coordination et éviter ces imbroglios à l'avenir.

INTERVENTIONS

Les interventions sont des enquêtes approfondies initiées par le commissaire aux plaintes lorsqu'il existe des éléments de preuve, informels ou formels, indiquant que les soins et les services d'un individu ou d'un groupe de patients pourraient être négativement affectés. Le traitement d'une intervention a souvent lieu pendant l'année en cours et les problèmes qui sont examinés sont fréquemment de nature multi-départementale, donc complexe.

En 2017-2018, nous avons ouvert 25 interventions. Encore cette année, un grand nombre de nos interventions visaient l'accès aux soins et services et l'organisation de l'hôpital : portes automatisées, sièges disponibles pour certaines cliniques, espaces de stationnement, etc. Certains canaux de communication ont été améliorés entre les départements pour assurer de meilleurs services aux patients.

Graphique 8: Nombre total d'interventions 2015-2018

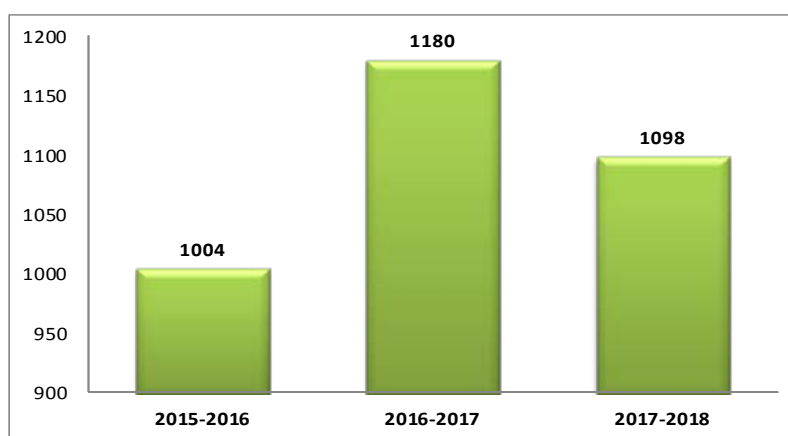


DEMANDES D'ASSISTANCE

Il s'agit de cas où les patients, les familles, les autres membres de la communauté du CUSM communiquent avec le Bureau pour demander des informations sur divers sujets tels que : comment déposer des plaintes, comment assurer le respect des droits lors des changements de structure ou réorganisation de certains services ou quelles sont les ressources appropriées. Ces demandes mènent parfois à la formulation de plaintes. Elles peuvent également se limiter à de simples demandes d'assistance par des citoyens éprouvant des difficultés à naviguer dans les procédures de notre système de soins de santé. Le temps consacré à la gestion d'une demande d'assistance est souvent aussi long que le temps consacré à la gestion d'une plainte. De plus, lorsque nous recevons fréquemment le même type de demande cela peut constituer un motif d'ouverture de dossier d'intervention et conduit ainsi à des améliorations dans les soins et les services.

Nous avons reçu 1098 demandes d'assistance cette année

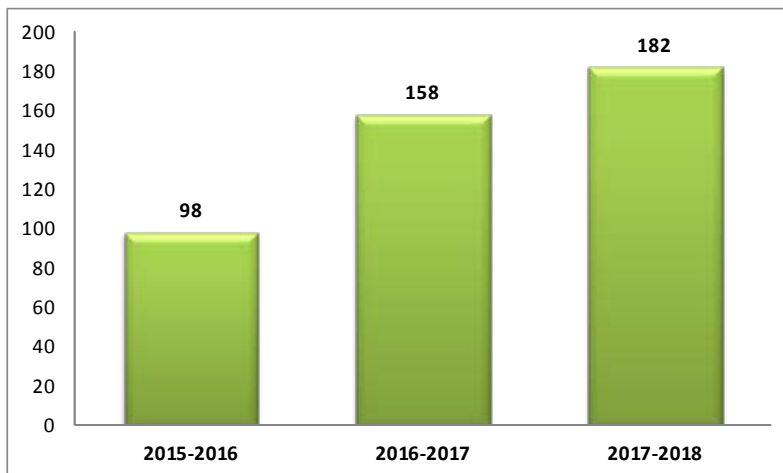
Graphique 9: Nombre total de demandes d'assistance 2015-2018



CONSULTATIONS

La catégorie des dossiers de consultation se réfère à des situations où des administrateurs, des gestionnaires, des professionnels, du personnel de soutien et des patients communiquent avec le Bureau pour discuter d'une situation précise ou obtenir des conseils sur les droits et obligations des patients, des familles et du personnel. Tel qu'illustré par le **Graphique 10**, nous constatons que les consultations ont continué d'augmenter depuis 2 ans.

Graphique 10: Nombre total des consultations 2015-2018



MALTRAITANCE

Le 30 mai 2017, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* a été adoptée et sanctionnée à l'Assemblée nationale du Québec. La loi prévoit pour les établissements au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* l'adoption et la mise en œuvre d'une *politique de lutte contre la maltraitance*.

Cette nouvelle section de notre rapport est en conformité avec cette loi et avec la politique cadre de lutte contre la maltraitance proposée par le Ministère de la santé et des services sociaux et le Ministère de la famille en date du 30 avril 2018.

En l'absence de catégorie de maltraitance dans le système provincial d'information de gestion des plaintes (SIGPAQS) utilisé par les bureaux des commissaires aux plaintes, nous avons recensé les dossiers qui soulevaient des motifs s'apparentant à de la négligence ou de l'abus. Nous avons reçu 4 plaintes et ouvert 1 dossier d'intervention en relation à ces motifs mais aucune plainte de maltraitance n'a été reçue ni retenue. Les 4 dossiers de plaintes recensés soulevaient des questions de relations interpersonnelles entre médecins, de l'impolitesse envers un usager, un manque de communication. Ces plaintes n'avaient pas pour objet une personne vulnérable ni un motif de maltraitance.

Cependant le dossier d'intervention retenu semblait démontrer une situation de négligence et la ressource impliquée dans cette négligence était sous l'autorité d'un CIUSSS. Nous avons signalé la situation sans tarder à l'établissement en question. Une prise en charge rapide a eu lieu et la situation gérée tout aussi rapidement.

ACTIVITÉS LIÉES AU SYSTÈME DE PLAINTES

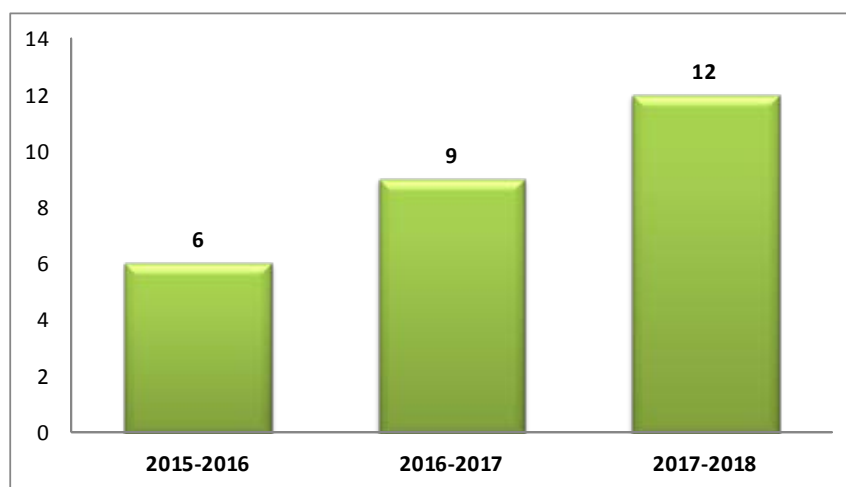
Cette catégorie englobe la participation aux activités des différents comités (se reporter à l'Annexe C), y compris les Comités des usagers, d'Éthique et de Vigilance du CUSM. Le Bureau organise aussi des séances de formation et d'information à l'intention de la communauté du CUSM, afin de les aider 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), et avons des liens avec nos vis-à-vis canadiens, les *Patients Representatives* des autres provinces. Nous continuons d'accueillir parmi nous un étudiant de la Faculté de droit de l'université McGill dans le contexte d'un cours clinique.

En outre, de mai à août nous avons accueilli un étudiant au Barreau du Québec qui a participé à la rédaction du rapport annuel précédent, au développement de présentations du système des plaintes et sa démystification, à la révision des règlements du Bureau en lien avec certains changements législatifs et finalement cet étudiant nous a appuyé dans notre démarche de réorganisation documentaire informatisée.

II. PROTECTEUR DU CITOYEN

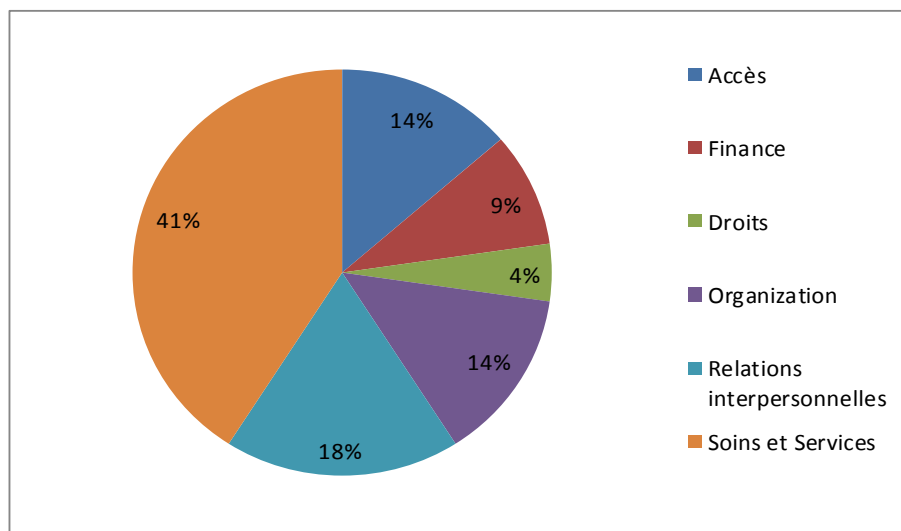
En 2017-2018, douze (12) cas (se rapporter au **graphique 11**) ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen par des plaignants insatisfaits du traitement de leur plainte ou des conclusions rendues par la commissaire. Le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées dans trois (3) cas, et des recommandations (3) furent reçues et mises en application par le CUSM dans deux (2) dossiers. Le bureau est en attente de conclusions dans sept (7) dossiers qui sont toujours au niveau du Protecteur.

Graphique 11: Nombre total de cas adressés au Protecteur du citoyen 2015-2018



Tel que démontré dans le **graphique 12**, les relations interpersonnelles et l'organisation du milieu constituent les principaux motifs de plaintes étudiées par le Protecteur du citoyen.

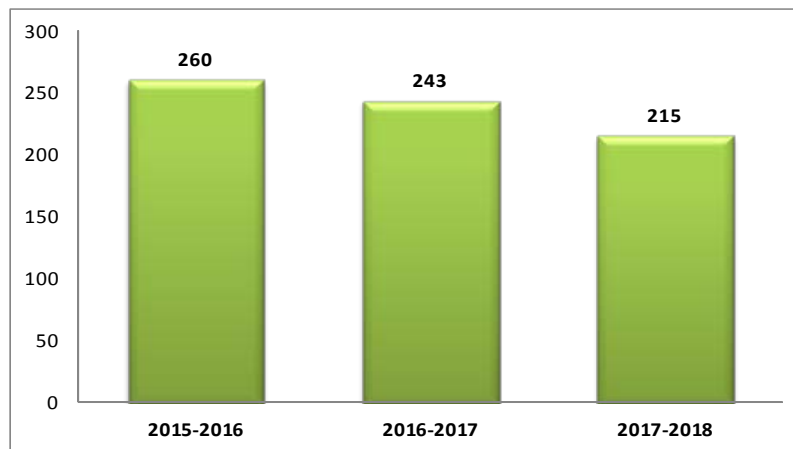
Graphique 12: Motifs des plaintes allant au Protecteur du citoyen



III. MÉDECINS EXAMINATEURS

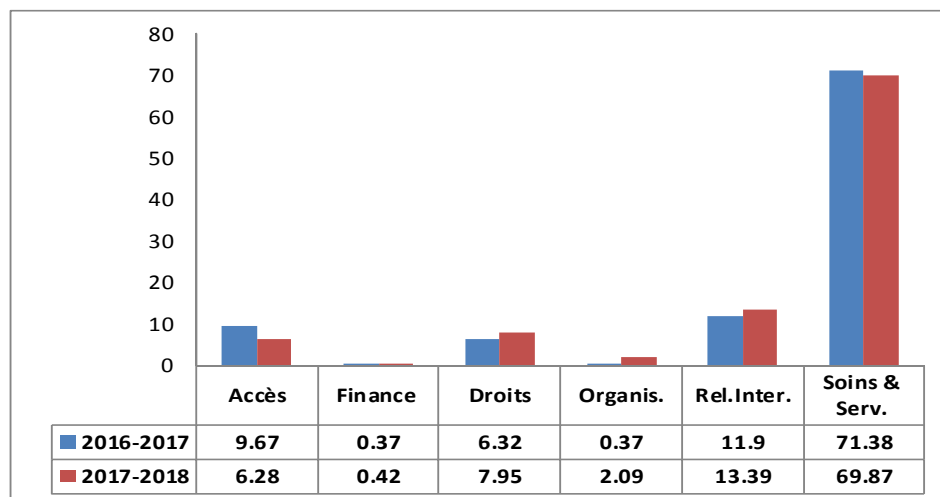
Le nombre de cas soumis aux médecins examinateurs du CUSM a diminué à nouveau en 2017-2018, comme le démontre le **graphique 13**.

Graphique 13: Nombre total de plaintes soumises aux médecins examinateurs 2015-2018



Dans la majorité des cas (69%), les médecins examinateurs continuent de fournir leurs conclusions dans le délai de 45 jours identifié dans la Loi sur la santé.

Graphique 14: Pourcentage (%) comparant les catégories de plaintes sur une période de deux ans.



Les principaux motifs des plaintes reçues par les médecins examinateurs se situent dans la catégorie des soins et des services. Ce sont des questions relatives au jugement professionnel et aux compétences techniques. Les médecins examinateurs ont présenté ces problèmes, au Conseil des médecins, des

dentistes et des pharmaciens du CUSM et surveillent cet aspect des soins médicaux pour les patients et les familles.

IV. COMITÉ DE RÉVISION DU CUSM

Faisant suite à la nomination par le ministre en septembre 2017 de dix (10) nouveaux membres indépendants, le comité de révision a été reconstitué et est maintenant présidé par D^{re} Sarah Prichard (qui remplace M^{me} Gail Campbell).

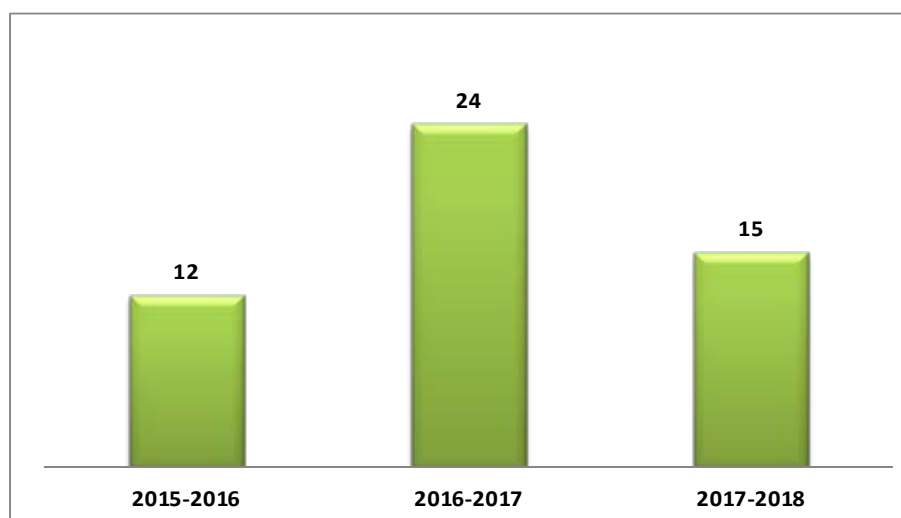
En 2017-2018, le comité de révision a reçu 15 demandes de révision formulées par des usagers qui sont en désaccord avec les conclusions qui transmises par l'un des médecins examinateurs du CUSM. Le comité s'est réuni six (6) fois (19 avril, 24 mai, 19 juin, 17 juillet, 25 janvier et 22 mars) afin de statuer dans le cadre de 25 dossiers (les demandes de révision formulées durant l'exercice financier, incluant certains dossiers reçus dans l'exercice financier précédent).

Conformément à la loi, le comité a conclu, motifs à l'appui, aux options suivantes :

	2017-2018
1° confirmer les conclusions du médecin examinateur	23 cas
2° requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité	1 cas
3° lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires;	0 cas
4° recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.	1 cas

Les motifs de plainte visent essentiellement la qualité des soins et des services, communication (relation professionnel-patient, langue utilisée), suivis défaillants (annulation de rendez-vous).

Graphique 15: Nombre total des cas présentés au Comité de révision du CUSM 2015-2018



V. COMITÉ DE VIGILANCE DU CUSM

Faisant suite à la nomination par le ministre en septembre 2017 de dix (10) nouveaux membres indépendants et la récente nomination du PDG du CUSM en mai 2018, le comité a été reconstitué et est maintenant composé des cinq personnes suivantes :

- D^r Pierre Gfeller, PDG du CUSM
- Lynne Casgrain, commissaire aux plaintes
- Deep Kholas, membre indépendant du CA
- D^{re} Sarah Prichard, membre indépendante du CA;
- Seeta Ramdass, membre du CA désignée par le comité des usagers du CUSM

En 2017-2018, le comité s'est donc réuni deux (2) fois (6 décembre 2017 et 7 février 2018).

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts au CUSM, les nouveaux membres ont pris connaissance du mandat du comité et instauré avec le soutien de la direction générale du CUSM plusieurs mécanismes visant à assurer le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions notamment.

À cette fin, le comité a pris connaissance des recommandations formulées par plusieurs ordres professionnels et instances intéressées à la qualité des services dispensés au CUSM et fait rapport aux rencontres du CA.

VI. PLAN D’ACTION 2017-2018

En 2017-2018, le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM s’engage à:

- Continuer de collaborer avec le Comité des usagers du CUSM, et de ses comités de sites, en assistant notamment à la majorité des rencontres de ces comités.
- Participer aux activités du Comité des usagers visant à promouvoir le système de plaintes et des droits des usagers.
- Continuer à promouvoir les droits des patients ainsi que le système de plaintes à tous les niveaux grâce à des conférences scientifiques, des présentations spécifiques aux différentes missions et directions du CUSM et de plus petites présentations personnalisées à des cliniques et services visés.
- Une nouvelle loi est entrée en vigueur le 30 mai 2017, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (promulguée le 30 mai 2017). Nous allons profiter de cette occasion et modifier nos règlements en 2018.

CONCLUSION

Dans son rapport annuel, le Bureau de la commissaire aux plaintes veut donner un aperçu général de certaines insatisfactions et difficultés vécues par certains patients et familles. Bien que le message qui se dégage de ce rapport demeure l'épineuse question de « *l'accès aux soins et aux services* », l'aspect de l'accès téléphonique sur lequel nous avons insisté depuis deux ans semble s'améliorer sensiblement. Nous allons continuer de surveiller la question et de faire un rapport détaillé de la situation de l'accès téléphonique.

Tel que souligné et démontré par tous nos chiffres la situation de « *l'accès aux soins et aux services* » constitue la pierre d'achoppement de notre système et elle doit être abordée par le CUSM toujours vigoureusement. Nous savons que certaines mesures ont été mises en place. Ces mesures et l'amélioration de l'accès téléphonique ont, sans aucun doute, contribué à améliorer l'expérience patient et expliquent en partie la diminution des dossiers de plaintes. Nous croyons aussi que l'adaptation du personnel et des usagers à un nouveau site hospitalier qui est mieux rodé et plus fonctionnel depuis presque trois ans après le déménagement ont pu avoir un effet positif.

Enfin, nous souhaitons remercier encore 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. C'est également parce que le personnel a pris le temps de nous écouter, de nous entendre et d'agir. Et, c'est ce qui explique pourquoi les patients et leurs familles prennent le temps de communiquer avec nous.

Par ailleurs, il faut souligner que malgré tous les changements qui ont secoué le réseau et plus particulièrement le CUSM depuis quelques années, nous sommes témoins tous les jours 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.

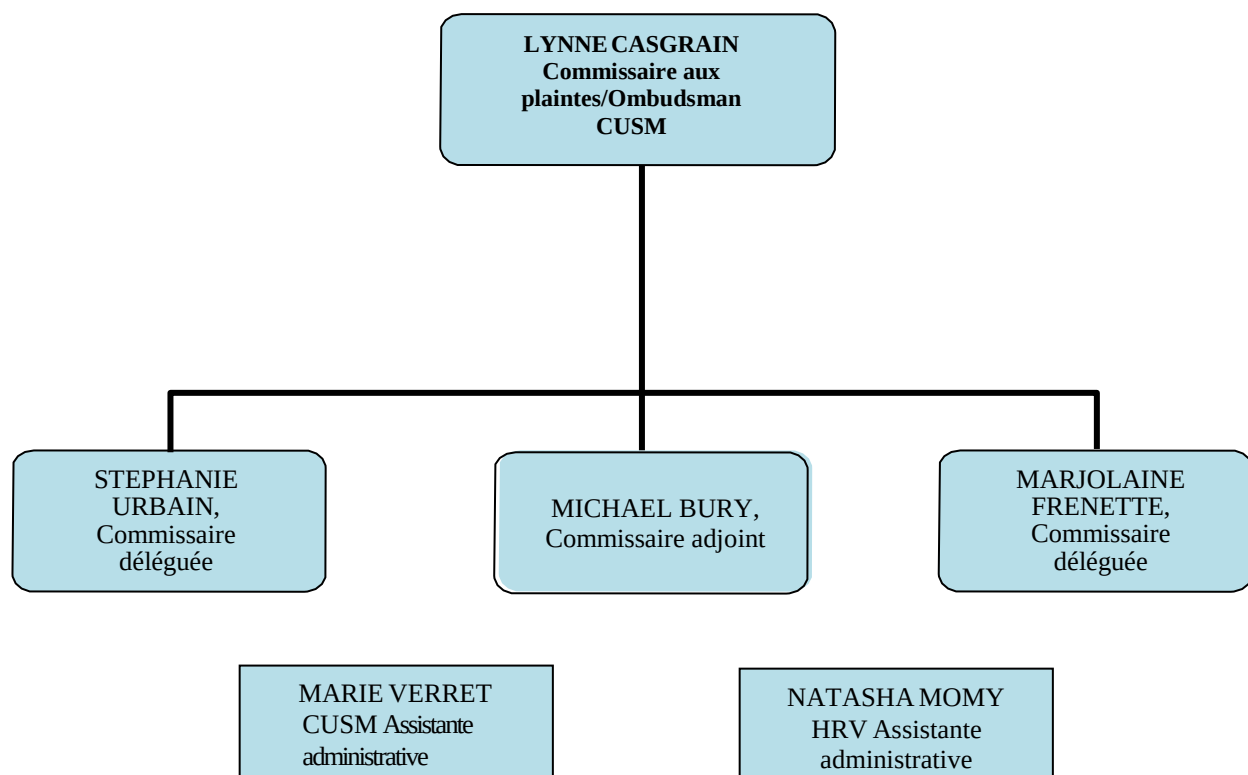
Soumis avec respect,

Lynne Casgrain
Commissaire aux plaintes
Centre universitaire de santé McGill

-

ANNEXES

Annexe A : Organigramme du Bureau de la commissaire aux plaintes



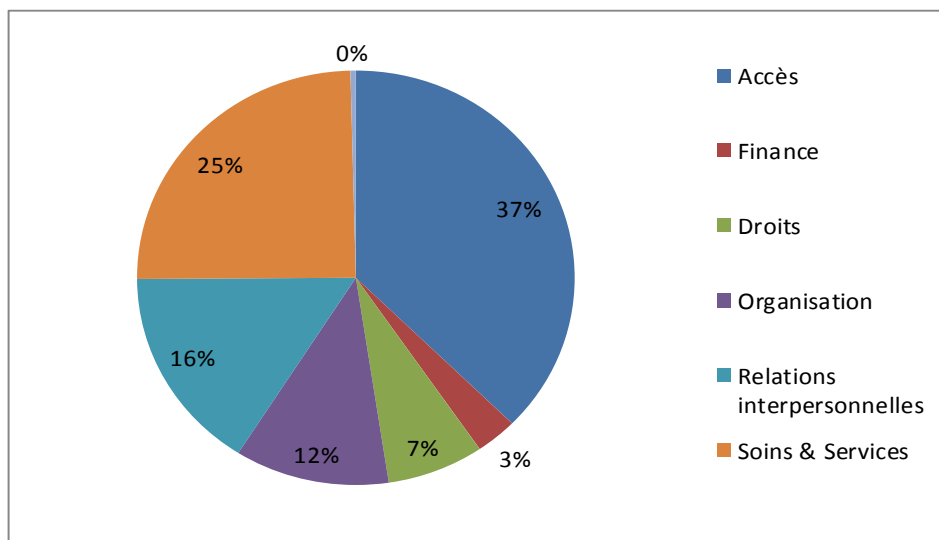
REMARQUE : ce bureau a été réorganisé entre les années 2015 et 2016. Trois nouveaux commissaires aux plaintes ont rejoint nos rangs et ont remplacé 3 départs dont 2 à la retraite. Ce changement a été en partie généré par la réorganisation du secteur de la santé à l'échelle de la province du 1^e avril 2015 qui a fusionné presque tous les petits établissements de soins de santé. Ceci, bien sûr, coïncide avec le début du déplacement d'une partie de l'hôpital et des cliniques de l'ancien Hôpital Royal-Victoria et de l'Hôpital de Montréal pour enfants au nouveau site du Glen et de la réorganisation de grande envergure qui a également touché les autres sites hospitaliers du CUSM.

Annexe B : Motifs des plaintes étudiées

A noter qu'il peut exister plus d'un motif par plainte. Le nombre total de plaintes conclues pour l'année 2017-2018 totalisent 1094⁴.

Motifs	Nombre de motifs
Accessibilité	475
Aspect financier	39
Droits particuliers	91
Organisation du milieu et ressources matérielles	145
Relations interpersonnelles	202
Soins et services dispensés	314
Autre	5

Graphique 16 : Graphique illustrant les motifs des plaintes étudiées



⁴ Il convient de différencier les plaintes reçues (page 4) des plaintes étudiées. Cette distinction est créée du fait que certaines plaintes ont été reçues l'année précédente, mais leur étude n'a été complétée que lors de l'année en cours.

Annexe C : Catégories et motifs de plaintes

Vous trouverez ci-après les principales catégories des motifs de plaintes telles que définies par le Ministère de la santé pour les besoins du système SIGPAQS de collecte de données, avec des exemples.

- **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 objets de demandes :** autre objet (motif que nous tentons de ne pas utiliser! Mais parfois inévitable).

Exemples des motifs pour chaque catégorie :

- **Accès et continuité des services:**
 - Temps d'attente dans les cliniques et les départements d'urgence;
 - Difficulté à rejoindre les bureaux des médecins ou les cliniques par téléphones;
 - Difficulté à obtenir une chirurgie (i.e. délais ou annulation);
 - Difficulté à obtenir des tests ou des rendez-vous dans un temps raisonnable;
 - Difficulté à obtenir un suivi après s'être fait donné congé de l'hôpital;
 - Difficulté de recevoir des soins coordonnés entre les cliniques, les services et/ou les sites hospitaliers.
- **Soins et services**
 - Techniques professionnelles;
 - Jugements et traitement ainsi que décisions et interventions;
 - Compétence technique et jugement professionnel liés aux soins;
- **Relations interpersonnelles.**
 - Manque d'empathie, de fiabilité ou grossièreté ;
 - Abus physique et verbal;
- **Organisation de l'environnement hospitalier et des ressources physiques**
 - Plaintes concernant la propreté, la nourriture et/ou l'organisation et le confort des chambres;
 - Problèmes avec l'environnement physique (comme la chute de plâtre, peeling, chaises cassées et / ou absence de fauteuil roulant) (sites adulte);
 - Sécurité de la propriété du patient (sites adulte).
- **Finance**
 - Facturation des patients: soins de longue durée, salles privées et semi-privées; Frais de non-résident.
- **Droits**
 - Plaintes concernant le manque de respect des droits consacrés dans les lois québécoises et plus précisément dans la Loi sur la santé;
 - Droit au consentement éclairé;
 - Droit de connaître son état de santé;
 - Droit d'accès au tableau médical;
 - Droit à la confidentialité;
 - Droit aux services dans la langue de son choix

Annexe D : Activités du Bureau de l'ombudsman pour l'année 2016-2017

Membre ou participation aux comités suivants :

- Comités des usagers des sites hospitaliers et Comité central des usagers
- Comité d'éthique pédiatrique
- Comité d'éthique clinique du CUSM
- Comité D'Éthique organisationnelle du CUSM – sur invitation
- Association provinciale des Commissaires aux plaintes du réseau de santé
- Forum canadien des ombudsmans
- Comité du CUSM pour un milieu respectueux
- Comité de vigilance
- Comité d'examen de la sécurité des patients du CUSM
- Comité de gestion des risques et de la qualité du CUSM (COQAR).

Annexe E : Lexique

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.

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.

Commissaire aux plaintes: 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.

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.

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.

Protecteur du Citoyen (Bureau du Protecteur du citoyen): Ce terme, utilisé 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.

Annexe F : Liste des tableaux et des graphiques

GRAPHIQUE 1: NOMBRE TOTAL DE FICHIERS ET DE PLAINTES REÇUS AU COURS DE LA PÉRIODE 2016-2017	4
GRAPHIQUE 2: POURCENTAGE (%) COMPARANT LES CATÉGORIES DE PLAINTES SUR UNE PÉRIODE DE DEUX ANS.	5
GRAPHIQUE 3: SOUS-CATÉGORIES DE PLAINTES LIÉES À L'ACCÈS AUX SOINS.....	6
GRAPHIQUE 4: PLAINTES LIÉES À L'ACCÈS TÉLÉPHONIQUE 2010-2017.....	7
GRAPHIQUE 5: DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES	8
GRAPHIQUE 6: ABANDON DE PLAINTES PAR LE PATIENT ET REJETS.....	8
GRAPHIQUE 7: MESURES INDIVIDUELLES ET SYSTÉMIQUES PAR CATÉGORIES DE PLAINTES	9
GRAPHIQUE 8: NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS 2014-2017	11
GRAPHIQUE 9: NOMBRE TOTAL DE DEMANDES D'ASSISTANCE 2014-2017	12
GRAPHIQUE 10: NOMBRE TOTAL DES CONSULTATIONS 2014-2017	13
GRAPHIQUE 11: NOMBRE TOTAL DE CAS ADRESSÉS AU PROTECTEUR DU CITOYEN 2014-2017	15
GRAPHIQUE 12: MOTIFS DES PLAINTES ALLANT AU PROTECTEUR DU CITOYEN	15
GRAPHIQUE 13: NOMBRE TOTAL DE PLAINTES SOUMISES AUX MÉDECINS EXAMINATEURS 2014-2017	16
GRAPHIQUE 14: POURCENTAGE (%) COMPARANT LES CATÉGORIES DE PLAINTES SUR UNE PÉRIODE DE DEUX ANS.	16
GRAPHIQUE 15: NOMBRE TOTAL DES CAS PRÉSENTÉS AU COMITÉ DE RÉVISION DU CUSM	17
GRAPHIQUE 16: GRAPHIQUE ILLUSTRANT LES MOTIFS DES PLAINTES ÉTUDIÉES	23