



Plaintes et qualité des services
Rapport des activités 2017-2018

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

TABLE DES MATIÈRES

1. FAITS SAILLANTS	3
2. INTRODUCTION.....	4
3. BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE.....	5
3.1. Activités internes	5
3.2. Activités externes	5
4. BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS AU COURS DE L'ANNÉE.....	6
4.1. Dossiers traités pendant l'année 2017-2018	6
4.2. Délais de traitement	7
4.3. Sommaire des dossiers.....	8
4.3.1. Plaintes	8
4.3.2. Assistances	12
4.3.3. Consultations	13
4.3.4. Interventions.....	14
5. RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE	16
5.1. Mesures/recommandations relatives aux relations interpersonnelles	16
5.2. Mesures/recommandations relatives aux soins et services dispensés	16
5.3. Mesures/recommandations relatives à l'organisation du milieu et aux ressources matérielles	17
5.4. Mesures/recommandations relatives à l'accessibilité :	18
5.5. Mesures/recommandations relatives aux droits particuliers :.....	18
6. PLAINTES ET SIGNALEMENT REÇUS CONCERNANT LES CAS DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ	19
7. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS (ci-joint)	20
8. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION (ci-joint)	20

1. FAITS SAILLANTS

↑ de 12 %	229	Dossiers traités en 2017-2018
↓ de 25 %	47	Plaintes reçues
↓	91	Motifs de plaintes conclus
↓	50	Motifs de plaintes conclus avec mesure corrective
↓	0	Dossiers transmis au Protecteur du citoyen
100 %	78	Motifs de plaintes reçus
31 %	24	Soins et services dispensés
27 %	21	Relations interpersonnelles
19 %	15	Organisation du milieu et ressources matérielles
14 %	11	Accessibilité
9 %	7	Droits particuliers
0 %	0	Aspects financiers
↑ de 9 %	83 %	% de plaintes conclues à l'intérieur du délai légal
↑ de 80 %	27	Interventions
↑	34	Motifs ayant conduit aux interventions
↑	16	Motifs d'intervention conclus avec mesure corrective
↑ de 28 %	95	Assistances
↑ de 81 %	29	Consultations
↓ de 16 %	31	Plaintes médicales reçues
↓	56	Motifs de plaintes conclus
↓	9	Motifs de plaintes conclus avec mesure corrective
=	4	Dossiers transmis au comité de révision
↓	1	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

2. INTRODUCTION

Conformément au paragraphe 10 de l'article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, la Commissaire vous soumet le rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Le rapport, couvrant la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision, lesquels sont prévus aux articles 50 et 76.11 de la *LSSSS*.

L'année 2017-2018 est la deuxième année complète durant laquelle la Commissaire actuelle occupe les fonctions de Commissaire de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). Ainsi, les données colligées au cours de l'année 2017-2018 sont comparables à celles de l'année 2016-2017. En effet, ces données sont collectées de façon standardisée et uniforme, ce qui assure une fiabilité accrue de celles-ci.

Une certaine continuité par rapport à l'année 2016-2017 est observée au cours de l'année 2017-2018. De fait, l'ensemble des dossiers reçus par la Commissaire est demeuré plutôt stable (légère hausse de 12 %). Or, il convient de mentionner que la répartition entre les différents types de dossiers reçus s'est quelque peu transformée. En effet, alors que le nombre de plaintes reçues a connu une baisse de 25 %, le nombre d'assistances et de consultations ont respectivement présenté une hausse de 28 % et de 81 %. Ce portrait est plutôt positif puisqu'il démontre qu'il fut possible de porter assistance à des usagers sans qu'ils aient à en venir au dépôt d'une plainte ou de conseiller l'établissement de manière à ce que des décisions soient prises, en amont, dans le respect des droits des usagers.

La Commissaire ne pourrait accomplir ses fonctions sans la collaboration très appréciée des gestionnaires, qui s'est vue s'enrichir tout au cours de l'année. La Commissaire tient à les remercier et à leur souligner que cette collaboration est indispensable puisqu'elle contribue directement à l'amélioration de la qualité des soins et services et au respect des droits des usagers.

Ce défi a pu être surmonté grâce à la collaboration de mesdames Laurie Choute et Marisol Paquin, 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

3. BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE

Lors de l'année 2017-2018, la Commissaire a participé aux activités suivantes :

3.1. Activités internes

- Membre du comité de vigilance et de la qualité ;
- Participation au comité de gestion des risques ;
- Collaboration avec le comité des usagers ;
- Rédaction d'un article sur le régime d'examen des plaintes et les données de l'année 2016-2017 dans Le Rythme, le bulletin de l'ICM.

3.2. 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 (rédaction de l'essai final) ;
- Membre du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec : participation aux rencontres et membre du comité exécutif ;
- Participation au colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables ;
- Participation au colloque annuel des Programmes en droit et politiques de la santé sur la couverture publique des services de santé au Québec ;
- Participation à la journée-conférence organisée par le Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec sur la maltraitance chez les aînés et les personnes majeures vulnérables.

4. BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS AU COURS DE L'ANNÉE

4.1. Dossiers traités pendant l'année 2017-2018

La Commissaire a reçu, durant cette période, **229 dossiers**.

Types de dossiers	Nombre de dossiers
Plaintes	47
Plaintes médicales	31
Interventions	27
Assistances	95
Consultations	29
TOTAL	229

Évolution du nombre de dossiers reçus par période financière

Types de dossier	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
Plaintes	2	3	6	6	5	2	6	3	1	3	4	5	1	47
Plaintes médicales	1	3	4	3	0	6	1	4	2	3	3	0	1	31
Interventions	0	1	1	3	1	1	2	2	2	6	2	4	2	27
Assistances	6	8	10	4	8	4	4	13	5	7	9	7	10	95
Consultations	1	2	1	8	0	0	0	2	4	4	1	2	4	29
TOTAL	10	17	22	24	14	13	13	24	14	23	19	18	18	229

Tableau comparatif des dossiers reçus par année financière

Dossiers	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Plaintes	45	63	47
Plaintes médicales	11	37	31
Interventions	3	15	27
Assistances	58	74	95
Consultations	10	16	29
Total	127	205	229

L'année 2017-2018 est caractérisée par une certaine continuité dans le nombre de dossiers reçus par la Commissaire par rapport à l'année précédente. En effet, seule une légère hausse de 12 % est constatée.

Comme il s'agit de la deuxième année financière complète durant laquelle la Commissaire actuelle occupe ses fonctions, les données de cette année sont comparables à celles de l'année dernière, car la collection de données se fait de la même manière et la Commissaire offre une disponibilité continue, ce qui n'avait pas été le cas avant son entrée en fonctions.

4.2. Délais de traitement

Délais de traitement	Nombre de dossiers de plaintes conclus	%
Moins de 3 jours	4	7.5 %
4 à 15 jours	13	24.5 %
16 à 30 jours	11	21 %
31 à 45 jours	16	30 %
46 et plus jours	9	17 %

Le délai moyen pour traiter un dossier de plainte est de 33 jours. Il était de 37 jours en 2016-2017.

Le tableau concernant le délai de traitement des dossiers de plaintes démontre une amélioration par rapport à l'année 2016-2017 quant au nombre de dossiers traités à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la LSSSS (paragraphe 6 de l'article 33). En effet, le pourcentage de dossiers traités hors de ce délai est passé de près de 26 % à 17 %. De plus, il importe de souligner que tous les dossiers de plaintes ont été traités à l'intérieur du délai légal au cours des périodes financières 7 à 13, ce qui témoigne que le traitement actuel des dossiers de plaintes est optimal.

Cette amélioration remarquable est due aux efforts des gestionnaires impliqués dans les enquêtes à répondre rapidement à la Commissaire lorsque celle-ci les interpellent. La Commissaire a tenu, tout au cours de l'année 2017-2018, 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 qu'elles puissent assurer un suivi auprès de leurs gestionnaires. Ces rencontres ont certes favorisé l'optimisation de la collaboration irréprochable des gestionnaires.

Les neuf 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. Celles-ci étaient liées à la complexité de la situation rapportée, aux délais de réponse des gestionnaires impliqués, à l'absence d'un intervenant concerné et à la nécessité qu'une intervention d'un médecin soit réalisée.

Il importe de souligner à nouveau cette année 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.

4.3. Sommaire des dossiers

4.3.1. Plaintes

La plainte constitue une insatisfaction exprimée auprès de la Commissaire par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Outre les 31 plaintes médicales, **47** plaintes ont été déposées au bureau de la Commissaire durant l'année, soit une baisse **de 25 %** par rapport à l'année dernière.

Sommaire des motifs de plainte

Les **47 plaintes** portées à l'attention de la Commissaire au cours de l'année comportaient **78 motifs** d'insatisfaction. Ainsi, certaines plaintes contenaient plus d'un motif.

Sommaire des motifs de plainte	Nombre de motifs invoqués	%
Soins et services dispensés	24	31 %
Relations interpersonnelles	21	27 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	15	19 %
Accessibilité	11	14 %
Droits particuliers	7	9 %
Aspects financiers	0	0 %
Autre	0	0 %
TOTAL	78	100 %

Soins et services dispensés

Il n'est pas surprenant que les motifs de plaintes en lien avec les soins et services dispensés obtiennent un pourcentage significatif de 31 % de tous les motifs de plaintes reçues. En effet, considérant la mission de l'ICM, de nombreux actes en lien avec la dispensation de soins sont réalisés par des professionnels de la santé de façon quotidienne. Sur 24 motifs de plaintes soumis en lien avec les soins et services dispensés, 12 (50 %) ont mené à la mise en place d'une mesure corrective.

Les motifs de plaintes liés aux soins et services dispensés se situent majoritairement (29 %) au niveau des soins de santé physique (traitement, intervention ou services). En effet, ce sous-motif comprend notamment des plaintes concernant les soins d'hygiène, la surveillance infirmière, l'installation d'une sonde urinaire et le suivi des plaies.

Sinon, on retrouve des motifs reliés aux habiletés techniques ou professionnelles, à la continuité des soins et services dispensés (absence de suivi ou insuffisance de service), à l'évaluation et au jugement professionnel, à l'organisation des soins et services propre à l'établissement et à des traitements et interventions réalisés (retour à domicile, approche thérapeutique, médication).

Relations interpersonnelles

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

Sur ces 21 motifs relevant des « relations interpersonnelles », 14 se sont avérés fondés (67 %) et ont fait l'objet d'un suivi propre à ce que commandait chacune des situations. 12 motifs de plaintes fondés concernaient les agissements du personnel soignant (infirmier(ère)s et préposé(e)s aux bénéficiaires), alors que 2 impliquaient ceux du personnel administratif (agent(e)s administratif (ve)s).

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 allant jusqu'au congédiement.

La Commissaire implique également automatiquement le secteur des relations de travail afin que celui-ci puisse garder des 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.

Organisation du milieu et ressources matérielles

Le motif « organisation du milieu et ressources matérielles » englobe de nombreux sujets variés. Ceux qui ont été soulevés cette année sont la tranquillité et les bruits (4), les conditions d'intervention ou de séjour adaptées aux incapacités de la personne (3), la perte de biens personnels (2), la sécurité et la protection des lieux (2), le confort et l'aménagement des espaces à la clientèle (1), la désuétude des lieux (1), la répartition des chambres (1) et la présence de règles et de procédures (1).

Sur ces 15 motifs relevant de l'« organisation du milieu et des ressources matérielles », 7 se sont avérés fondés (47 %) et ont fait l'objet d'un suivi propre à ce que commandait chacune des situations.

Tableau comparatif des motifs de plaintes soumis

Objets	2015-2016	%	2016-2017	%	2017-2018	%
Soins et services dispensés	10	22 %	23	22 %	24	31 %
Relations interpersonnelles	13	28 %	30	29 %	21	27 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	7	15 %	12	12 %	15	19 %
Accessibilité	10	22 %	26	25 %	11	14 %
Droits particuliers	4	9 %	5	5 %	7	9 %
Aspect financier	2	4 %	6	6 %	0	0 %
Autre	0	0 %	1	1 %	0	0 %
Total	46	100 %	103	100 %	78	100 %

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

Cette année, le motif « soins et services dispensés » est en tête, mais, globalement, moins de motifs de plaintes ont été reçus. Ainsi, les données demeurent comparables à ce niveau. De nombreuses mesures, qui seront abordées ultérieurement, ont été mises en place afin d’apporter des améliorations ou des correctifs au niveau des soins et services.

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	15	16 %
Traitement complété sans mesure identifiée	26	29 %
Traitement complété avec mesure identifiée	50	55 %

Sommaire des mesures correctives appliquées

Sommaire des mesures appliquées	
Encadrement de l’intervenant ou des intervenants	12
Information/sensibilisation des intervenants (mesure systémique)	6
Communication/promotion	6
Ajustement des activités professionnelles	5
Amélioration des communications	5
Information/sensibilisation d’un intervenant (mesure individuelle)	4
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	3
Ajout de services ou de ressources humaines	3
Ajustement technique et matériel	1
Évaluation des besoins	1
Politiques et règlements	1
Autre	3

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
- Intercession/liaison

Appel des conclusions de la Commissaire au Protecteur du citoyen :

Tout comme l'utilisateur insatisfait des conclusions du médecin examinateur a un droit de recours au comité de révision des plaintes médicales, l'utilisateur insatisfait des conclusions de la Commissaire a un droit de recours au Protecteur du citoyen. Au courant de l'année 2017-2018, aucun usager ne s'est prévalu de ce mécanisme d'appel.

4.3.2. Assistances

L'assistance est une demande d'aide visant généralement à soutenir ou orienter, selon sa volonté, l'utilisateur 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.

95 demandes d'assistance ont été adressées au bureau de la Commissaire durant l'année.

Sommaire des motifs d'assistance	
Accessibilité	37
Soins et services dispensés	24
Droits particuliers	18
Aspect financier	3
Organisation du milieu et ressources matérielles	8
Relations interpersonnelles	3
Autre	2
Total	95

Dans la majorité des cas (78 %), le motif « accessibilité » concerne des demandes d'utilisateurs en lien avec des délais (temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport, liste d'attente, obtention de la ligne, date de rendez-vous, respect des délais prescrits). 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. Le changement de culture décrit en 2016-2017 quant au fait 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) s'opère toujours et explique, en partie, le nombre élevé d'assistances à ce niveau.

Les demandes d'assistance en lien avec des difficultés d'obtention d'une ligne téléphonique ont diminué de 50 % comparativement à l'année 2016-2017. La modernisation du système téléphonique des cliniques externes et de celui de la centrale de rendez-vous, qui est pratiquement complétée, a certainement favorisé la

diminution de ce genre de problématiques auxquelles les usagers pouvaient 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 interpellier 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 leur droit de choisir l'établissement de santé et de services sociaux ainsi que celui de choisir un professionnel, à leur droit à l'information sur leur état de santé, à leurs droits linguistiques, à leur droit à l'assistance ou à l'accompagnement dans le processus d'examen des plaintes et leur droit de porter plainte en tant que tel.

Démarches accomplies en lien avec les assistances

Démarches accomplies	
Intercession/liaison	48
Obtention d'un soin ou d'un service	15
Clarification	9
Information générale	8
Conciliation	3
Référence	3
Démarche d'amélioration	1
Autre	6
Total	93

Le délai moyen pour conclure un dossier d'assistance est de **7 jours**.

4.3.3. Consultations

Une consultation est une demande portant notamment sur toute question relevant de l'application du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers ou de l'amélioration de la qualité des services.

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

Cette année, **29** personnes ont requis ce service, et ce, sur différents sujets.

Sommaire des motifs de consultation	
Droits particuliers	20
Soins et services dispensés	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	2
Relations interpersonnelles	1
Accessibilité	1
Aspect financier	0
Autre	0
Total	29

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'utilisateur, le droit à l'information, le droit à un accommodement raisonnable lié à un handicap, le droit de communiquer, le droit de recours et la conduite générale de l'examen d'une plainte par la Commissaire.

Le délai moyen pour conclure un dossier de consultation est **4 jours**.

4.3.4. Interventions

L'intervention est une enquête initiée par la Commissaire à la suite de faits rapportés ou observés lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Cette année, la Commissaire est intervenue à **27** reprises de sa propre initiative, 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	
Soins et services dispensés	10
Relations interpersonnelles	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	6
Droits particuliers	4
Accessibilité	6
Aspect financier	0
Autre	0
Total	33

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

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 **16** cas.

Sommaire des niveaux de traitements de motifs	
Traitement non complété	0
Traitement complété sans mesure identifiée	15
Traitement complété avec mesure identifiée	16
Sans niveau de traitement	2

Sommaire des mesures correctives appliquées.

Sommaire des mesures appliquées	
Information/sensibilisation/encadrement des intervenants	5
Amélioration des communications	5
Ajustement technique et matériel	4
Communication/promotion	2

Le délai moyen pour conclure un dossier d'intervention est de **18 jours**.

5. RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE

Cette année, aucune recommandation n'a été émise par la Commissaire, bien que de nombreuses mesures correctives et d'amélioration aient été mises en place par les instances visées ou concernées par les plaintes examinées. Ceci témoigne du fait que les directeurs et gestionnaires de l'ICM sont proactifs et soucieux d'améliorer le niveau de satisfaction des usagers. D'eux-mêmes, avant qu'il ne soit nécessaire pour la Commissaire d'émettre des recommandations, ils instaurent des changements visant à rectifier des situations et à parfaire de façon globale l'expérience des usagers dans le respect de leurs droits.

Ainsi, ont fait l'objet de mesures correctives ou d'amélioration les éléments suivants :

5.1. Mesures/recommandations relatives aux relations interpersonnelles

- Encadrement/sensibilisation du personnel dans la majeure partie des plaintes comportant un ou des motifs liés aux relations interpersonnelles (sensibilisation, transmission d'attente, fin à période de probation, avis verbaux et écrits, mesures disciplinaires, congédiement) ;
- Présentation d'excuses au patient par direction visée.

5.2. Mesures/recommandations relatives aux soins et services dispensés

- Rappel au personnel du service d'électrophysiologie relativement au fonctionnement de l'appel des patients dans la salle d'attente, afin de n'oublier personne, et ajout de deux plages horaires en avant-midi ainsi que deux plages horaires en après-midi dans ce secteur d'activités étant donné le nombre important d'ajouts de rendez-vous ;
- Disponibilité offerte au patient pour rencontrer médecin et gestionnaires concernés afin de répondre à l'ensemble de ses questions cliniques ;
- Sensibilisation d'un membre de l'équipe soignante quant aux circonstances lors desquelles, lors d'un examen, un patient devrait être référé à l'urgence afin que son état soit évalué ;
- Sensibilisation des employés du service de médecine nucléaire quant aux explications à fournir aux patients lors d'une procédure particulière (effets et présence du médecin qui est disponible en tout temps) ;
- Rappels à des infirmières quant à leurs obligations relatives à la tenue de dossier ;
- Attentes transmises aux équipes soignantes quant aux explications cliniques qui auraient dû être fournies à un patient après un épisode où il a dû être réintubé et, quant au devoir de faire appel au médecin, si des explications médicales qu'elles ne peuvent fournir sont requises ;

- Déploiement d'un projet pilote de responsabilisation des préposés aux bénéficiaires pour les soins d'hygiène sur une unité de soins ;
- Rappel aux assistantes-infirmières-chefs concernant la procédure qui doit être suivie lorsqu'un médicament prescrit n'est pas disponible ;
- Transmission d'une consigne aux infirmières d'une clinique en lien avec les prises de sang ;
- Rappel aux équipes de soins quant au contenu des notes infirmières au suivi des plaies pour lesquelles une particularité est notée ;
- Ajout de trois affiches dans le service de médecine nucléaire indiquant aux patients d'informer le personnel s'ils pensent voyager ;
- Ajout de services ou de ressources humaines et élaboration d'un plan d'action pour la prise en charge des cardiomémos ;
- Installation d'une pancarte à la tête du lit d'un patient afin d'indiquer de ne pas faire de ponction veineuse sur le bras en raison d'une situation clinique particulière.

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

- Rappel aux équipes soignantes quant à l'importance de préserver un climat thérapeutique calme (limiter bruits la nuit) ;
- Travaux effectués sur l'asphalte dans le stationnement afin de rectifier une situation (craque et dénivelé dans l'asphalte) ;
- Information transmise aux chefs des unités de soins et à leurs équipes quant à la procédure de location d'équipement particulier pour la clientèle qui le requiert ;
- Installation de panneaux temporaires afin de diriger les patients vers la salle d'attente des cliniques externes ;
- Rappel aux équipes soignantes afin que des informations exactes et complètes soient transmises aux patients et à leurs proches quant au parcours des patients entre l'unité d'urgence cardiologique et l'UHB ;
- Sensibilisation des équipes soignantes quant aux discussions de nature personnelle tenues sur l'unité devant les patients ;
- Transmission d'attentes aux équipes quant à l'application de la *Politique d'inventaire des effets personnels appartenant à un patient* ;
- Rectification d'une problématique au niveau des lignes téléphoniques extérieures et transmission d'une consigne aux téléphonistes afin d'éviter la récurrence d'une telle situation ;
- Mise en place d'un audit sur la complétion des formulaires d'inventaire des effets personnels des patients.

5.4. Mesures/recommandations relatives à l'accessibilité :

- Sensibilisation du personnel de l'urgence quant aux obligations de réévaluation dans l'aire de triage ;
- Transmission d'attentes au personnel d'une unité de soins relativement au fait de s'assurer que le patient est apte à quitter l'unité par ses propres moyens lors du congé et de mettre à sa disposition des ressources nécessaires, le cas échéant ;
- Transmission d'attentes aux coordonnateurs techniques de secteurs afin de leur faire part du fait qu'en aucun moment, un patient ne devait être retourné chez lui sans que son examen soit réalisé et quant à l'obligation d'interpeller la chef systématiquement ;
- Transmission d'une problématique au niveau de la ligne au service de l'informatique ainsi qu'au fournisseur du système téléphonique, afin qu'elle soit corrigée et apport de correctifs en conséquence.

5.5. Mesures/recommandations relatives aux droits particuliers :

- Sensibilisation des professionnels quant aux bris de confidentialité ;
- Sensibilisation d'une employée quant au traitement d'une demande de copie de dossier ;
- Rappel de l'ensemble des procédures à réaliser lors d'une demande d'accès au dossier, particulièrement dans les situations revêtant un contexte d'urgence ;
- Rappel quant à la démarche à expliquer à une personne qui demanderait une copie d'un élément du dossier d'un patient qui est hospitalisé hors pays ;
- Commande de brochures d'un fournisseur en langue anglaise ;
- Directive transmise à l'ensemble du personnel, relative aux enveloppes déposées au local de messagerie dans le but de préserver la confidentialité des documents.

6. PLAINTES ET SIGNALEMENT REÇUS CONCERNANT LES CAS DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Cette section du rapport est présentée conformément à l'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Le troisième alinéa de l'article 33 de la *LSSSS* prévoit que la Commissaire est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* et, lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, de diriger les personnes formulant ce signalement vers celle-ci.

Au cours de l'année 2017-2018, un signalement concernant un cas de maltraitance envers une personne en situation de vulnérabilité a été reçu par la Commissaire. L'auteur de la maltraitance alléguée était un tiers vis-à-vis l'ICM. La Commissaire a donc transféré le dossier aux autorités concernées pour une prise en charge.

7. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS (ci-joint)

8. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION (ci-joint)



Plaintes médicales
Rapport des activités 2017-2018

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 conclus	5
1.3. Sommaire des mesures correctives appliquées suite à un motif de plainte complété avec mesure.....	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 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018.

1. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

- Les médecins examinateurs ont traité 35 dossiers au cours de cette période.
- Des 35 dossiers traités :
 - 31 plaintes médicales
 - 4 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	1	3	4	3	0	6	1	4	2	3	3	0	1	31
Assistance médicales	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4

1.1. Sommaire des motifs et sous-motifs de plaintes

Certaines plaintes contenant plus d'un motif, 50 motifs furent étudiés par les médecins examinateurs.

MOTIFS ET SOUS-MOTIFS	NOMBRE	%
Soins et services dispensés	22	44 %
Continuité / absence de suivi	5	
Médication	5	
Approche thérapeutique	4	
Soins (santé physique)	2	
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) / Habiletés techniques et professionnelles	2	
Décision clinique / Évaluation et jugement professionnels	1	
Interventions	1	
Organisation des soins et services (systémique) / Propre à l'établissement	1	
Retour d'appel	1	
Relations interpersonnelles	16	32 %
Abus verbal	5	
Communication / attitude : Commentaires inappropriés	3	
Communication / attitude : Manque d'écoute	3	
Communication / attitude : Manque d'information	2	
Communication / attitude : Manque d'empathie	1	
Respect / Manque de politesse	1	
Abus / Menace	1	
Accessibilité	9	18 %
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	
Délais – Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous	1	
Délais – Respect des délais prescrits	1	
Refus de services / Services d'urgence	1	
Absence de service ou de ressource	1	
Droits particuliers	3	6 %
Consentement / Libre et éclairé aux services	1	
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte / Confidentialité	1	
Droit à l'information sur l'état de santé	1	
TOTAL	50	100 %

1.2. Sommaire des niveaux de traitement des motifs conclus

Niveau de traitement des motifs de plaintes médicales	NB	%
Traitement non complété : abandonné par l'utilisateur, refusé, rejeté, transfert vers CMDP pour étude disciplinaire, etc.	15	25 %
Traitement complété : sans mesure	33	56 %
Traitement complété : avec mesure	11	19 %
TOTAL*	59	100 %

* 4 dossiers reçus pendant l'année 2016-2017 ont été conclus pendant l'année 2017-2018, ce qui explique le nombre de motifs plus élevé qu'au tableau précédent.

1.3. Sommaire des mesures correctives appliquées suite à un motif de plainte complété avec mesure

Mesures correctives appliquées	Nombre
Communication/promotion	2
Transmission d'excuses	2
Protocole clinique ou administratif	2
Information/sensibilisation d'un intervenant	1
Amélioration des communications	1
Ajustement professionnel (à portée individuelle)	1
Ajustement technique et matériel	1
Évaluation ou réévaluation des besoins	1
TOTAL	11

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	1	3 %
4 à 15 jours	4	12 %
16 à 30 jours	7	19 %
31 à 45 jours	7	19 %
46 et plus jours	17	47 %
TOTAL	36	100 %

- Le délai moyen de traitement des plaintes par les médecins examinateurs est de 51 jours.
- 36 dossiers de plaintes médicales ont été conclus pendant l'année 2017-2018. Ces 36 dossiers ont été traités par 6 médecins examinateurs différents selon la répartition suivante :
 - Médecin examinateur #1 : 13
 - Médecin examinateur #2 : 7
 - Médecin examinateur #3 : 6
 - Médecin examinateur #4 : 5
 - Médecin examinateur #5 : 3
 - Médecin examinateur #6 : 2
- Sur les 31 dossiers de plaintes médicales reçus pendant l'année 2017-2018, 1 n'étaient pas conclus au 31 mars 2018. De plus, 6 dossiers reçus pendant l'année 2016-2017 ont été conclus pendant l'année 2017-2018.
- 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 ou divers intervenants impliqués dans les plaintes, compte tenu de leurs horaires chargés respectifs ;
 - Aux périodes de vacances (vacances estivales et temps des fêtes) ;
 - Au nombre de professionnels visés par une plainte (plus d'un) ;
 - 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 ;
 - Aux difficultés à joindre un professionnel visé (résident ayant terminé son stage à l'ICM, médecin n'œuvrant pas à l'ICM de façon régulière, etc.) ;
 - Au temps requis pour rédiger les conclusions (conclusions transmises verbalement dans les délais).

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

- 4 demandes d'aide ou d'assistance ont été soumises par la commissaire aux médecins examinateurs. Ces demandes concernaient les sujets suivants :
 - Décision sur la priorisation;
 - Temps d'attente pour obtenir un résultat ;
 - Information sur la conduite générale de l'examen par le médecin examinateur ;
 - Questionnement sur condition de santé.

3. RECOMMANDATIONS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

- Transmettre des excuses de la part du professionnel visé à un patient.
- Mettre en place un système de signalisation (« Alerte ») lorsque les rendez-vous d'un patient sont reportés plus d'une fois à la clinique externe.
- Redéfinir les rôles et responsabilités des infirmières praticiennes, des infirmières cliniciennes, de la Direction des soins infirmiers et des médecins d'une clinique.
- Prévoir des rencontres entre deux départements concernés afin de favoriser une meilleure complicité dans le but de garantir une qualité de soins aux patients, tout en minimisant certains irritants potentiels.
- Rappeler aux résidents de garde qu'ils peuvent appeler le patron de garde à l'urgence, quelle que soit l'heure pour donner congé à un patient, étant donné que le patron n'est habituellement pas dans l'hôpital.
- Rappeler aux résidents de mettre une note explicative au dossier dans le cas d'un départ sans congé médical.

4. DOSSIERS TRANSFÉRÉS AU COMITÉ DE RÉVISION

4 dossiers dont les conclusions ont été rendues par un médecin examinateur ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du comité de révision en 2017-2018. Dans ces 4 dossiers, le comité de révision n'avait pas encore rendu son avis en date du 31 mars 2018.

3 dossiers dont les conclusions ont été rendues par un médecin examinateur en 2016-2017 ont fait l'objet d'un avis du comité de révision. Dans 2 de ces 3 dossiers, le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur. Dans l'autre, le comité de révision a demandé au médecin examinateur d'effectuer un complément d'examen.

5. DOSSIER TRANSFÉRÉ AU COMITÉ DE DISCIPLINE

1 dossier de plainte impliquant le comportement d'un médecin a été transmis à l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour étude disciplinaire.

1 dossier de plainte avait été acheminé vers l'exécutif du CMDP pour étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin en 2016-2017. Suite à cette étude, l'exécutif du CMDP a donné son avis quant aux mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer au professionnel visé. Le médecin examinateur est en attente de la décision du conseil d'administration relative aux mesures disciplinaires prises.

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	2015-2016	%	2016-2017	%	2017-2018	%
Soins et services dispensés	5	38.5 %	25	48 %	22	44 %
Relations interpersonnelles	5	38.5 %	20	38 %	16	32 %
Accessibilité	2	15 %	5	10 %	9	18 %
Droits particuliers	1	8 %	2	4 %	3	6 %
Organisation du milieu et des ressources matérielles	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	13	100 %	52	100 %	50	100 %

6.2. Tableau comparatif des délais moyens de traitement de plaintes

Année	Délai moyen (jours)
2013-2014	62
2014-2015	40
2015-2016	60
2016-2017	62
2017-2018	51

6.3. Tableau comparatif du nombre de plaintes médicales

Année	Nombre de plaintes médicales
2013-2014	9
2014-2015	11
2015-2016	11
2016-2017	37
2017-2018	31

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 sa disponibilité et pour ses conseils ainsi que Madame Laurie Choute et Madame Marisol Paquin pour leur soutien clérical.

Respectueusement soumis,



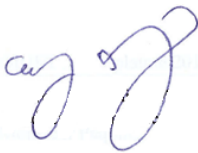
Robert Blain, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur



Denis Burelle, MD, Cardiologue
Médecin examinateur



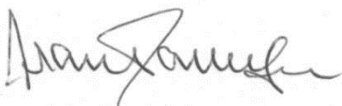
Raymond Cartier, MD, Chirurgien
Médecin examinateur



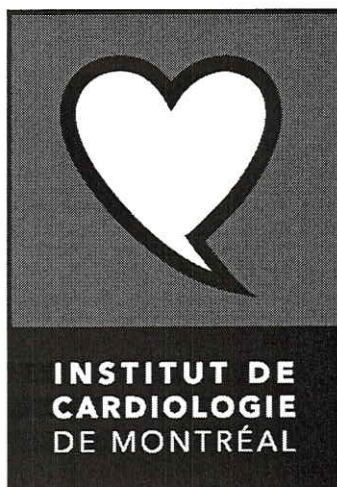
Georges Desjardins, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur



Daniel Parent, MD, Intensiviste
Médecin examinateur



Jean Taillefer, MD, Anesthésiologiste
Médecin examinateur



Comité de révision des plaintes médicales
Rapport des activités 2017-2018

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 2017-2018.

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.

Pour l'année 2017-2018, le Comité était présidé par Me Éric Bédard et complété par deux autres membres, soit le Dr. Guy Pelletier et le Dr. Denis Bouchard.

COMPTE-RENDU

Le Comité a rendu deux décisions au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2018. Ces décisions découlent de demande de révision et d'auditions de l'année financière précédente. Dans le cadre de ces décisions :

- a) Le Comité a rejeté une demande de révision de la plaignante dans un dossier.
- b) Dans l'autre dossier, le Comité a requis un complément d'information de la part du médecin examinateur suite à une demande de révision de la plaignante.

Le Comité a reçu quatre demandes au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2018. Il a tenu des auditions à la fin de l'année financière pour trois de ces demandes. Les décisions ont été rendues au cours de l'année financière suivante. Deux des demandes de révision traitées ont été introduites par des usagers ou membre de la famille des usagers, lesquels avaient formulé leur plainte traitée par le médecin examinateur. Dans le troisième dossier, la demande de révision a été formulée par le professionnel concerné suite aux conclusions du médecin examinateur.

Dans tous les cas, le professionnel concerné, le plaignant et le médecin examinateur ont eu l'occasion de présenter leurs observations.

CONCLUSION

Le Comité poursuit son travail en cherchant à réduire les délais pour obtenir une audition et une décision. Le Comité remercie Marisol Paquin de son soutien précieux.



Éric Bédard

Président du Comité de révision des plaintes médicales