

BUREAU DU
COMMISSAIRE
AUX PLAINTES ET
À LA QUALITÉ DES
SERVICES

RAPPORT ANNUEL
2021-2022



Version du : 2022-05-20

Mai 2022

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2022

Aucune reproduction complète ou partielle de ce document n'est permise
sans l'autorisation écrite du CHU de Québec-Université Laval.

© CHU de Québec-Université Laval, 2022.

MOT DE LA COMMISSAIRE PAR INTÉRIM

Je vous présente le rapport annuel 2021-2022 sur l'application du régime d'examen des plaintes au CHU de Québec-Université Laval (CHU). Ce rapport annuel est composé de quatre sections, soit le rapport du commissaire, le rapport des médecins examinateurs, les dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le rapport du président du comité de révision.

Encore cette année, le réseau de santé québécois a dû s'adapter afin de traverser plusieurs vagues successives de pandémie à la COVID-19 et des stratégies de tous niveaux ont été mises en place pour en diminuer les impacts. Nous sommes conscientes que ce contexte de crise sanitaire inhabituel a entraîné de grands bouleversements pour tous. Nous constatons une fois de plus que la contribution du régime d'examen des plaintes prend tout son sens puisqu'il permet, par la voie de ceux qui reçoivent les soins et les services, de se faire entendre et mettre en place les mesures d'amélioration lorsque requises.

Il est important de souligner l'apport de collaborateurs externes comme le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) et les autres établissements de santé de notre territoire dans la réalisation du mandat qui nous est confié. Au sein même de notre établissement, nous reconnaissons la contribution exceptionnelle du comité des usagers, des gestionnaires ainsi que leurs équipes dans l'examen des dossiers et leur engagement pour l'amélioration des soins et des services dans l'établissement.

En terminant, je vous présente l'équipe du Bureau du commissaire qui a grandement contribué à l'élaboration de ce rapport :

| | |
|--|---|
| M. Robin Bégin : | commissaire aux plaintes et à la qualité des services (1 ^{er} avril au 9 juillet 2021) |
| M ^{me} Julie Bilodeau : | commissaire aux plaintes et à la qualité des services par intérim |
| M ^{me} Diane Blanchet : | commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services |
| M ^{me} Valérie Martel : | commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services |
| M ^{me} Hélène Picher : | adjointe administrative |
| M ^{me} Laurence Huard-Godin : | agente administrative |
| M ^{me} Joanne Simard : | agente administrative |

À cette équipe s'ajoute celle des médecins examinateurs :

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| D ^r Denis D'Amours | D ^r Marc De Blois |
| D ^{re} Marie-Claire Denis | D ^r André Garon |
| D ^r Michel Lizotte | D ^{re} Maria-Élissa Picard |

Bonne lecture!
Julie Bilodeau

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| FAITS SAILLANTS | 1 |
| 1. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES | 2 |
| 1.1. LES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES..... | 2 |
| 1.1.1. <i>Délai de traitement des plaintes examinées et conclues</i> | 7 |
| 1.1.2. <i>Présentation des dossiers de plaintes examinés selon le niveau de traitement et le motif</i> | 7 |
| 1.1.3. <i>Suivi des recommandations</i> | 7 |
| 1.1.4. <i>L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen</i> | 9 |
| 1.2. LES DOSSIERS D'INTERVENTIONS..... | 10 |
| 1.2.1. <i>Délais de traitement des dossiers d'interventions examinés et conclus</i> | 12 |
| 1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCES | 13 |
| 1.4. LES DOSSIERS DE CONSULTATIONS | 14 |
| 1.5. LA MALTRAITANCE..... | 14 |
| 1.6. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE..... | 15 |
| 1.7. LA PANDÉMIE..... | 16 |
| 2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS | 17 |
| 2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI..... | 18 |
| 2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES..... | 19 |
| 3. DOSSIERS À L'ÉTUDE AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) | 22 |
| 4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION | 23 |
| CONCLUSION | 25 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|------------------|
| <i>TABLEAU 1 – COMPARATIF DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR ANNÉE.....</i> | <i>1</i> |
| <i>TABLEAU 2 – NOMBRE TOTAL DE RECOMMANDATIONS PAR ANNÉE</i> | <i>7</i> |
| <i>TABLEAU 3 – NOMBRE DE RECOMMANDATIONS PAR MOTIFS</i> | <i>8</i> |
| <i>TABLEAU 4 – NOMBRE ET RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN</i> | <i>9</i> |
| <i>TABLEAU 5 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L’EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT.....</i> | <i>18</i> |
| <i>TABLEAU 6 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L’EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 2E PALIER SELON LE NIVEAU ET LE TRAITEMENT</i> | <i>23</i> |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|-----------|
| FIGURE 1 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS DE PLAINTES PAR SITE..... | 2 |
| FIGURE 2 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES | 2 |
| FIGURE 3 – RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES..... | 9 |
| FIGURE 4 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D’INTERVENTIONS REÇUS PAR SITE..... | 10 |
| FIGURE 5 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS D’INTERVENTIONS | 10 |
| FIGURE 6 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D’ASSISTANCES OUVERTS PAR SITE..... | 13 |
| FIGURE 7 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DES DOSSIERS D’ASSISTANCES | 13 |
| FIGURE 8 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS DE CONSULTATIONS PAR SITE | 14 |
| FIGURE 9 – RÉPARTITION DES MOTIFS DES DOSSIERS DE CONSULTATIONS | 14 |
| FIGURE 10 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR SITE | 16 |
| FIGURE 11 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES PAR SITE..... | 17 |
| FIGURE 12 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES | 19 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

| | |
|----------|--|
| BEEPP | Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat |
| CAAP | Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes |
| CHU | CHU de Québec - Université Laval |
| CHUL | Centre hospitalier de l'Université Laval |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| COVID-19 | Coronavirus |
| CUO | Centre universitaire d'ophtalmologie |
| DQEEAI | Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles |
| HEJ | Hôpital de l'Enfant-Jésus |
| HSFA | Hôpital Saint-François d'Assise |
| HSS | Hôpital du Saint-Sacrement |
| IUCPQ | Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval |
| L'HDQ | L'Hôtel-Dieu de Québec |
| LSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| MSSS | Ministère de la santé et des services sociaux |

| | |
|---------|--|
| PDG | Président directeur-général |
| RCPQS | Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services |
| SIGPAQS | Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services |
| TMC | Table ministérielle des commissaires aux plaintes et à la qualité de services |

DÉFINITIONS

| | |
|------------------------|---|
| Abandonné : | Plainte abandonnée par l'utilisateur (désistement, peur des représailles, problème réglé avant la fin de l'examen). |
| Cessé : | Traitement cessé en cours d'analyse (problème réglé avant la fin de l'examen, absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant, hors compétence, intervention inutile, refus de collaborer). |
| Consultation : | Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services. |
| Demande d'assistance : | Aide concernant un soin ou un service; aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance. |

| | | | |
|---------------------|--|------------------------------|---|
| Deuxième instance : | Recours à un deuxième palier afin que la plainte soit examinée à nouveau, soit par le Protecteur du citoyen pour une plainte ayant été traitée par le commissaire, soit par le comité de révision pour une plainte ayant été traitée par le médecin examinateur. | Refusé : | Délai expiré pour recours au comité de révision, hors compétence. |
| Intervention : | Toute action visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, qui peut-être initiée par le commissaire ou toute autre personne qui n'est pas l'utilisateur ou le représentant légal. | Rejeté sur examen sommaire : | Plainte frivole, vexatoire ou de mauvaise foi. |
| Motif de plainte : | Une même plainte peut comporter plusieurs motifs. Par conséquent, le nombre de motifs de plainte est plus élevé que le nombre de plaintes. | | |
| Plainte : | Insatisfaction exprimée par un usager ou son représentant sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requière, tant au niveau général que médical. Elle est traitée de la même façon, qu'elle soit verbale ou écrite. | | |
| Plainte générale : | Insatisfaction de toute nature pour les soins et services en général. | | |
| Plainte médicale : | Insatisfaction concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident. | | |
| Première instance : | Plainte traitée par le commissaire, les commissaires adjointes ou les médecins examinateurs. | | |

FAITS SAILLANTS

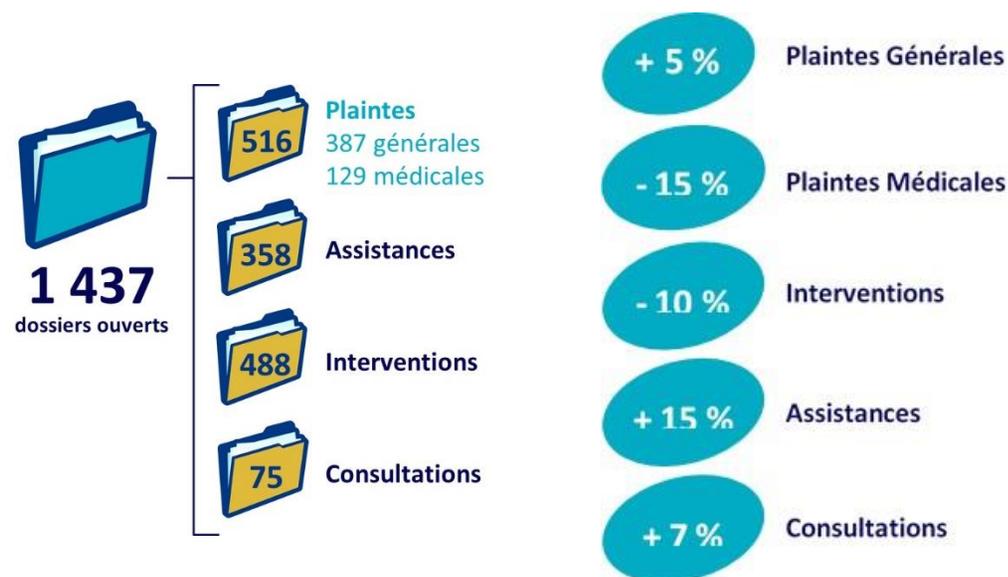


TABLEAU 1 – COMPARATIF DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR ANNÉE

| Types de dossiers | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 | Écart |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| Plaintes générales | 418 | 371 | 387 | ↑ 5 % |
| Plaintes médicales | 132 | 150 | 129 | ↓ 15 % |
| Demandes d'assistances | 289 | 311 | 358 | ↑ 15 % |
| Interventions | 531 | 542 | 488 | ↓ 10 % |
| Consultations | 99 | 70 | 75 | ↑ 7 % |
| Nombre total de dossiers reçus | 1 469 | 1 444 | 1 437 | ↓ 0.5 % |

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

1.1. LES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES

Pour le présent exercice, on observe une augmentation du nombre de dossiers de plaintes de l'ordre de 5 % comparativement à l'année précédente.

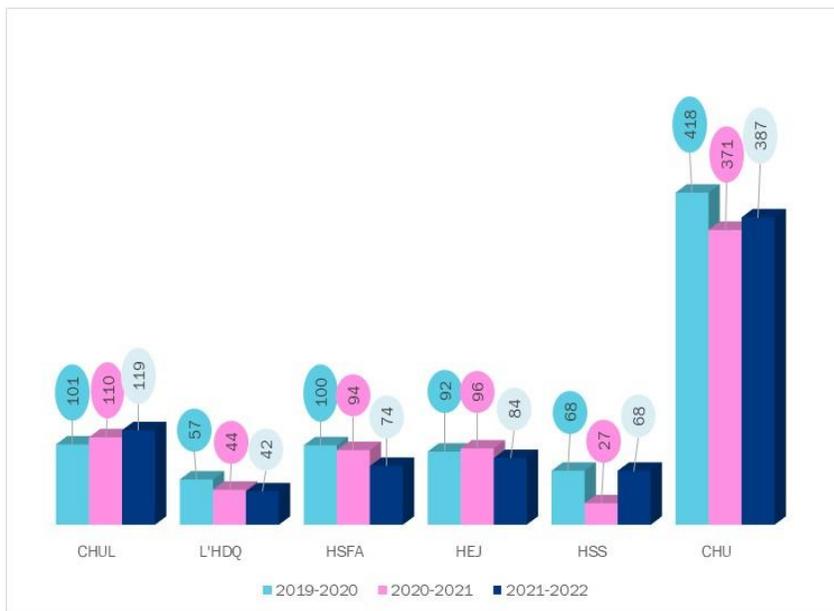


FIGURE 1 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS DE PLAINTES PAR SITE

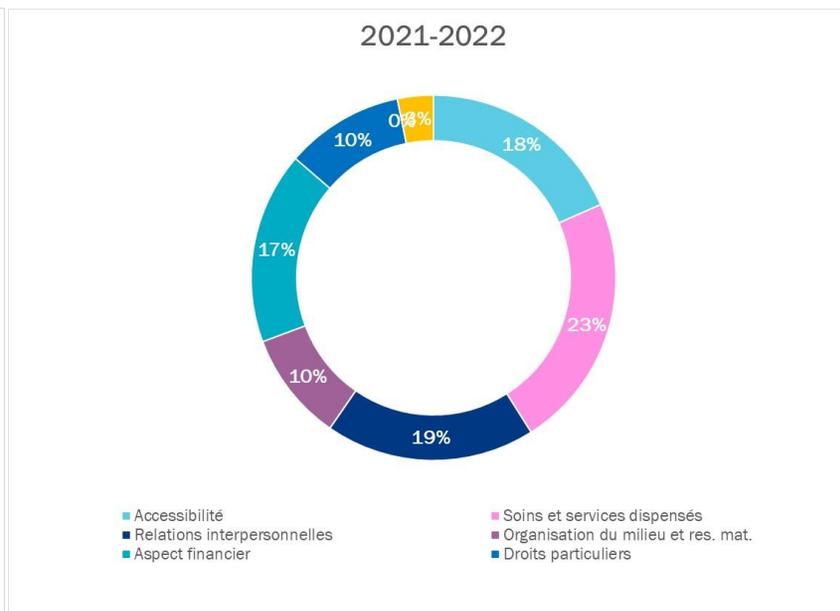
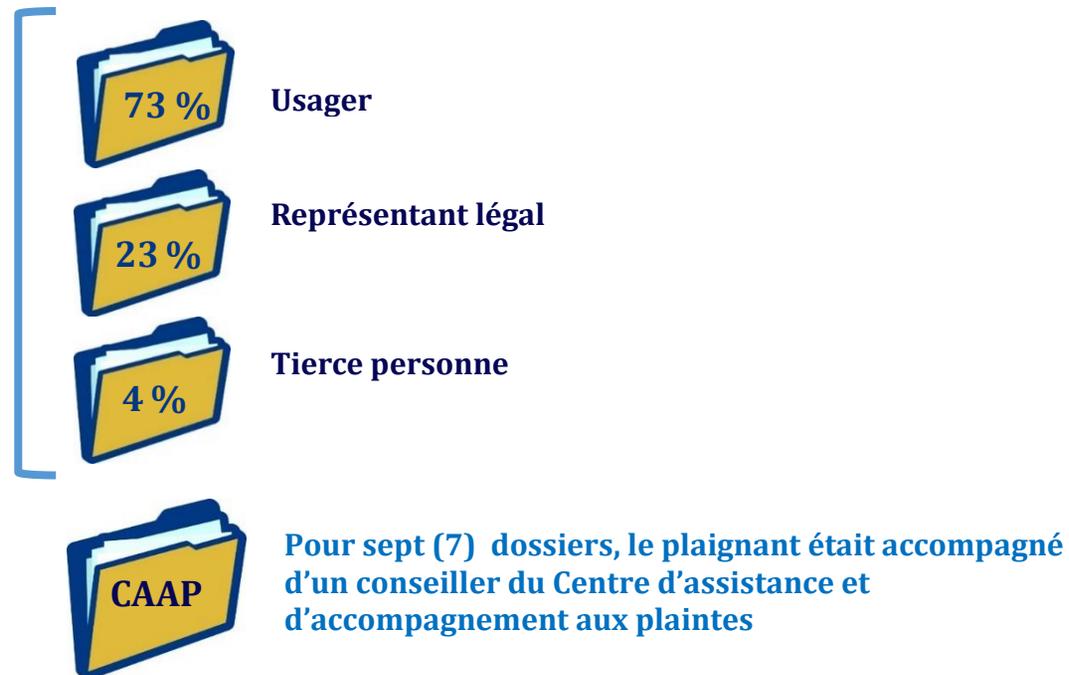


FIGURE 2 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES

Provenance des dossiers :

Reprenons par ordre d'importance, les principaux motifs de plaintes :

➤ **Soins et services dispensés**

La proportion de plaintes pour ce motif est demeurée stable par rapport à l'année dernière.

Ces situations concernent principalement :

- Les compétences techniques et professionnelles;
- Le jugement professionnel et les décisions cliniques;
- La qualité des interventions ou des traitements donnés;
- La continuité des soins dans le processus de transfert.

L'aspect clinique du travail des intervenants dans les unités de soins est principalement mis en cause. Bien que les protocoles, les procédures et les techniques de soins existent, qu'ils sont connus et accessibles par l'ensemble des équipes, leur intégration peut parfois faire défaut.

La formation continue (rappels, capsules d'informations cliniques, scrums) concernant les protocoles de soins, les politiques, les procédures ou les règlements dans l'établissement est la mesure la plus souvent appliquée, afin d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation et la mise à niveau des compétences cliniques sont d'autres leviers utilisés, tant individuellement qu'en équipe.

➤ **L'accessibilité aux soins et services**

Au cours du présent exercice, marqué par une modulation des activités liées aux mesures de délestage en lien avec les consignes ministérielles, on observe une augmentation des plaintes concernant ce motif.

Les principaux motifs d'insatisfaction soulevés sont les suivants :

- L'organisation des rendez-vous;
- Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous;
- Les refus de rendez-vous.

Les travaux d'amélioration se sont poursuivis par le biais du « chantier accès » qui déploie des centres de rendez-vous pour les consultations externes spécialisées. Aussi, il nous a été possible de remarquer que les travaux effectués à la centrale des rendez-vous au Centre Universitaire d'ophtalmologie (CUO) ont généré un nombre important de plaintes.

Lors de l'examen de ces motifs de plaintes, les commissaires effectuent des vérifications afin de s'assurer que les patients sont bien inscrits sur les listes d'attente et que leur priorisation correspond à leur condition de santé conformément, aux critères établis par les équipes médicales. Ces vérifications sont d'autant plus pertinentes qu'une proportion importante de la clientèle se plaignant de ce motif a subi les impacts liés aux mesures de délestage des vagues successives de la pandémie de COVID-19.

➤ **Relations interpersonnelles**

Les plaintes concernant le motif des relations interpersonnelles ont diminué de 2 %, comparativement à l'année dernière.

Ces situations portent sur :

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d'empathie;
- Le manque d'écoute;
- L'attitude non verbale inappropriée;
- Le manque de politesse.

Ces plaintes témoignent de situations relatant des commentaires, des attitudes et des comportements inappropriés d'employés à l'égard de la clientèle. En collaboration avec les gestionnaires, les employés concernés sont rencontrés et des objectifs d'amélioration sont fixés en lien avec les conduites attendues, décrites dans le code d'éthique. Il est à noter que cinq dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques au cours de cet exercice financier.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

Les plaintes touchant le motif de l'organisation du milieu et des ressources matérielles ont diminué de 5 % par rapport à l'année 2021-2022.

Ces situations portent essentiellement sur :

- Les règles et procédures;
- Les mécanismes de prévention des infections;
- La perte ou le vol de biens personnels;
- L'hygiène et la salubrité des lieux;
- Le confort et la commodité des lieux (tranquillité/bruit).

Tout comme pour l'année précédente, le contexte pandémique a eu un impact important sur l'expérience-patient. La transmission de l'information sur les consignes sanitaires a représenté un enjeu de taille pour les équipes dispensant des soins dans un contexte en constante modification, ce qui requérait de l'agilité de la part de tous.

➤ **Aspect financier**

Les plaintes concernant ce motif sont en diminution de 4 % par rapport à l'année dernière.

Les principaux motifs évoqués :

- La facturation des frais de chambre et d'hébergement;
- La facturation à des non-résidents du Québec;
- Les autres frais facturables (matériel de soins et frais de transport).

Des efforts concertés ont été réalisés afin d'améliorer l'information transmise aux usagers lorsqu'ils complètent un formulaire de choix de chambre, particulièrement dans le contexte pandémique que nous connaissons. La procédure téléphonique mise en place au début de la pandémie, afin de limiter les contacts avec le personnel administratif, s'est poursuivie. De plus, des travaux sont toujours en cours avec la Direction des ressources financières afin d'identifier des pistes d'amélioration.

➤ **Droits particuliers**

Les plaintes en lien avec ce motif sont en augmentation de 3 % par rapport à l'année 2021-2022.

Ces situations visent principalement :

- Le droit à la confidentialité;
- Le droit à l'information sur les services et les modes d'accès;
- Le droit d'être accompagné;
- Le droit à l'information sur l'état de santé et sur les services et modes d'accès.

En raison du contexte pandémique qui a eu cours durant cette année financière, l'accès à des visiteurs a parfois été suspendu ou restreint à la seule présence de proches aidants. On constate que cela a été difficile pour tous. De plus, les changements fréquents dans les consignes en provenance de la santé publique ont entraîné une certaine confusion quant à l'exactitude de l'information transmise aux usagers et à ses proches.

1.1.1. Délai de traitement des plaintes examinées et conclues

Le pourcentage de dossiers traités dans le délai de 45 jours prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) a augmenté par rapport à l'année dernière. Il est passé de 94 % à 97 %, et ce, malgré l'absence d'un membre de l'équipe.

Au-delà des exigences du cadre légal, l'équipe des commissaires accorde une grande importance à répondre avec diligence aux personnes qui requièrent nos services.

1.1.2. Présentation des dossiers de plaintes examinés selon le niveau de traitement et le motif

Des 629 motifs de plaintes examinés, des mesures correctives ont été proposées pour 307 d'entre eux. Elles se présentent comme suit : 31 % concernent les relations interpersonnelles et 26 % concernent les soins et les services dispensés. Globalement, 47 % des mesures correctives ont eu une portée individuelle, alors que 53 % d'entre elles ont eu une portée systémique.

On observe que, parmi tous les motifs de plaintes examinés, 295 motifs, soit 47 %, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants. Finalement, 27 motifs de plaintes (4 %) ont été abandonnés, cessés ou rejetés en conformité avec les règles établies par la procédure d'examen des plaintes.

Soulignons qu'au terme de notre analyse, nous considérons qu'une plainte n'ayant pas entraîné de mesure corrective demeure le reflet d'une expérience patient qui n'est pas à la hauteur des attentes des usagers fréquentant le CHU.

1.1.3. Suivi des recommandations

TABLEAU 2 – NOMBRE TOTAL DE RECOMMANDATIONS PAR ANNÉE

| Année | Nombre de plaintes | Nombre d'interventions | Total des plaintes et interventions | Nombre de recommandations |
|-----------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 2019-2020 | 418 | 531 | 949 | 105 recommandations |
| 2020-2021 | 371 | 542 | 913 | 85 recommandations |
| 2021-2022 | 387 | 488 | 875 | 49 recommandations |

Spécifiquement, 38 recommandations ont eu une portée individuelle alors que 11 d'entre elles ont eu une portée systémique.

Le tableau ci-dessous résume et décline les diverses recommandations formulées par motifs.

TABLEAU 3 – NOMBRE DE RECOMMANDATIONS PAR MOTIFS

| Motifs | Nombre de recommandations | Recommandations |
|---|---------------------------|---|
| Soins et services | 7 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir une trajectoire afin de déterminer les rôles et les interventions de chaque professionnel à l'accueil obstétrical; ➤ Prendre les mesures appropriées afin que les infirmières du service de l'accueil obstétrical colligent une documentation exhaustive et représentative des interventions réalisées; ➤ Auditer les dossiers médicaux afin de s'assurer de répondre aux obligations déontologiques de documentation; ➤ Poursuivre les travaux en vue de l'implantation de la campagne « Meilleurs ensemble » dans les urgences où elle n'a pas encore été implantée. |
| Aspects financiers | 38 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réviser le processus de facturation pour les usagers non-résidents; ➤ Ajuster les factures. |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 3 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implanter la procédure de décompte des effets personnels des patients à l'urgence et en assurer la sécurité. |
| Droits particuliers | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Statuer sur les mesures à prendre pour améliorer la confidentialité au pré triage dans les urgences du CHU. |

À la fin du présent exercice, cinq recommandations n'avaient pas encore fait l'objet d'un suivi de la direction concernée. Il est important de préciser toutefois que le délai de 60 jours n'était pas dépassé. Les autres recommandations ont été fermées à la satisfaction des commissaires.

1.1.4. L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen

La LSSSS prévoit que l'utilisateur qui est insatisfait des conclusions transmises par le commissaire dispose d'un droit de recours. À cet égard, il peut s'adresser au Protecteur du citoyen.

Au cours de l'année, 29 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen, en plus des neuf dossiers acheminés l'année précédente qui étaient toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice 2020-2021.

Pour les 29 dossiers à l'étude les motifs concernaient :

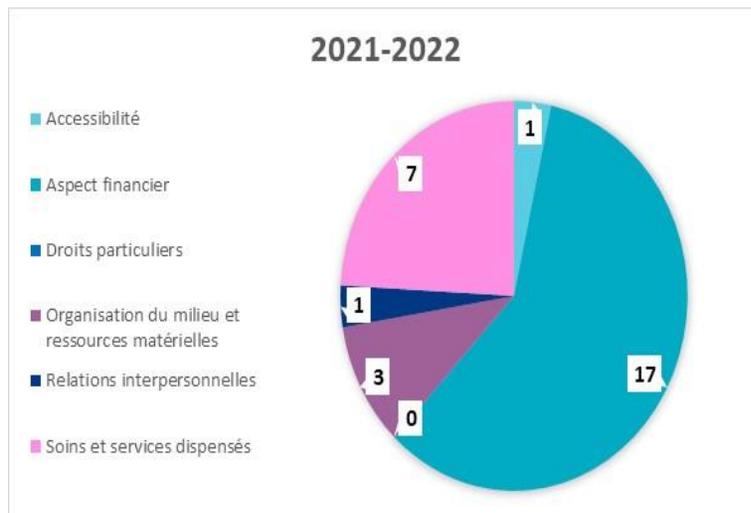


FIGURE 3 – RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES

| Motifs | Nombre | Recommandations |
|-----------------------------|--------|--|
| Accessibilité | 2 | Assurer le suivi des demandes de consultations pour un spécialiste et le suivi de sa liste d'attente; Transmettre un état de situation au Protecteur du citoyen. |
| | | Réviser la trajectoire à l'urgence des personnes immunosupprimées suspectées COVID-19 et la transmettre au Protecteur du citoyen. |
| Soins et services | 2 | Revoir le processus de gestion de la douleur; Rappeler l'importance de l'identification du personnel. |
| | | Réviser la trajectoire de transfert des usages de l'urgence physique vers l'urgence psychiatrique. |
| Relations interpersonnelles | 1 | Assurer une meilleure gestion de l'information concernant les mesures de contrôle. |
| Aspect financier | 8 | Ajuster, rembourser ou annuler des factures selon les circonstances. Informer adéquatement les usagers concernant le processus de facturation. |

TABLEAU 4 – NOMBRE ET RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Parmi les 22 dossiers conclus au cours de l'année, 13 dossiers ont fait l'objet de recommandations. Des mesures ont été mises en place, et ce, à l'entière satisfaction du Protecteur du citoyen. À la fin de l'année 2021-2022, 16 dossiers demeuraient en cours d'analyse par le Protecteur du citoyen.

1.2. LES DOSSIERS D'INTERVENTIONS

Pour le présent exercice, on observe une diminution du nombre de dossiers d'interventions de l'ordre de 10 % comparativement à l'année précédente.

Sur les 502 dossiers conclus, les commissaires sont intervenus à plus de deux reprises de leur propre initiative au cours du présent exercice, mais dû à des limites techniques du logiciel de reddition de comptes du MSSS (SIGPAQS), il est difficile de le démontrer avec plus de précisions.

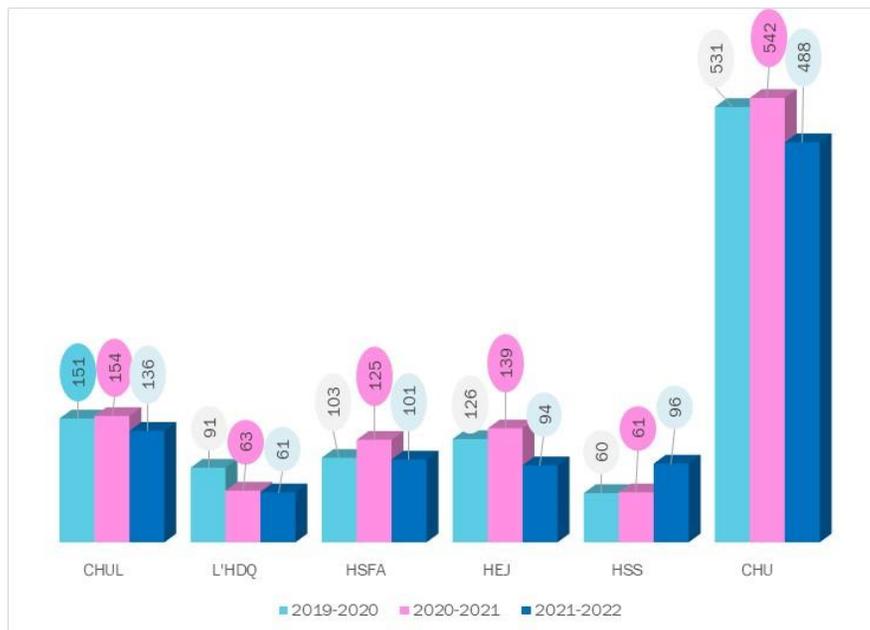


FIGURE 4 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTIONS REÇUS PAR SITE

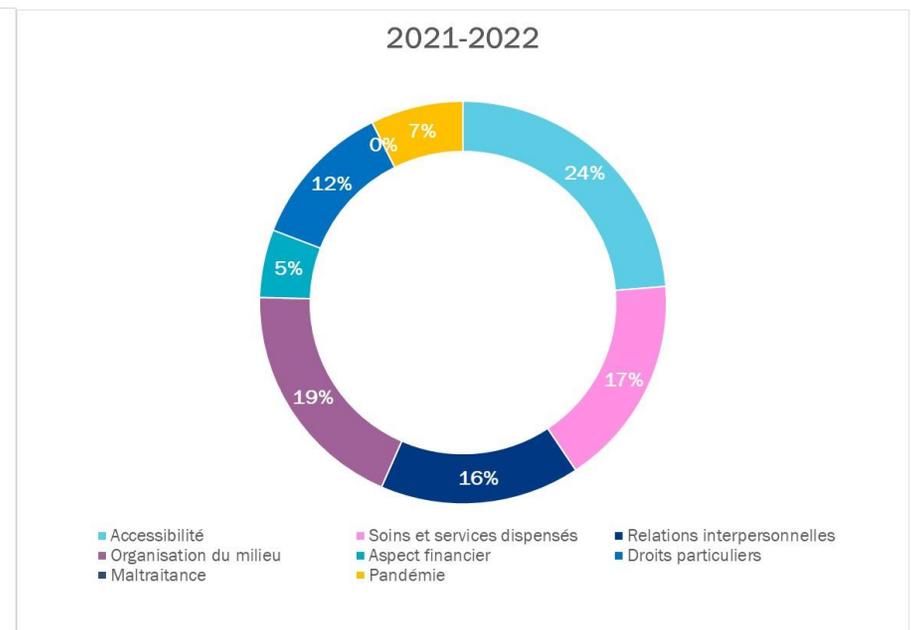


FIGURE 5 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS D'INTERVENTIONS

Voici, par ordre d'importance, les principaux motifs d'interventions :

➤ **Accessibilité**

- Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous;
- L'organisation des rendez-vous;
- L'accès à une ligne téléphonique;
- Le refus de services.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

- Les règles et les procédures du milieu (heures de visite, organisation des services);
- L'hygiène, la salubrité et la désinfection des lieux;
- L'organisation spatiale (l'adaptation, l'accessibilité des lieux et la désuétude du bâtiment);
- La sécurité et la protection des usagers (mécanisme de prévention des infections, protection des biens personnels).

➤ **Soins et services dispensés**

- Les traitements et les interventions cliniques (médication, soins de santé physique);
- La continuité des soins (absence de suivi, congé ou fin de service prématuré);
- Les décisions cliniques ainsi que l'évaluation et le jugement professionnel;
- Les habiletés techniques et professionnelles.

➤ **Relations interpersonnelles**

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque de politesse;
- L'attitude non verbale inappropriée;
- Le manque d'empathie.

➤ **Droits particuliers**

- Le droit à l'information;
- Le droit à la confidentialité;
- Le droit à l'accompagnement.

1.2.1. Délais de traitement des dossiers d'interventions examinés et conclus

Le délai moyen de traitement des dossiers d'interventions a été de 18 jours.

Des mesures correctives pour améliorer les soins et les services ont été proposées pour 317 motifs examinés, ce qui représente 49 %. Notons que 46 % des mesures correctives ont eu une portée individuelle, alors que 54 % ont eu une portée systémique.

On observe que parmi tous les motifs d'insatisfactions examinés, 334 motifs, soit 51 %, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants. Comme pour les dossiers de plaintes, nous considérons que les dossiers d'interventions n'ayant pas entraîné de mesure corrective demeurent le reflet d'une expérience patient qui n'est pas à la hauteur des attentes des usagers fréquentant le CHU.

Finalement, 29 motifs d'interventions (soit 4 %) ont été abandonnés, cessés ou rejetés selon la procédure d'examen des plaintes.

1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCES

Pour le présent exercice, on observe une augmentation du nombre d'assistances de l'ordre de 15 % comparativement à l'année précédente.

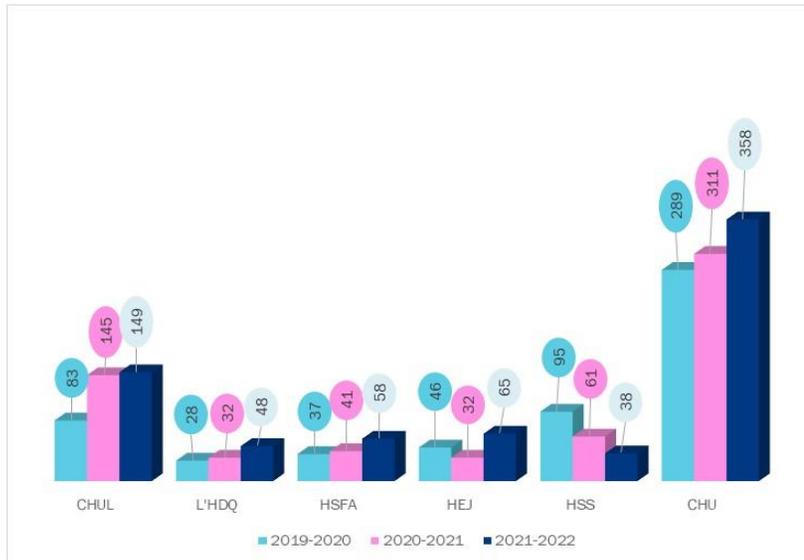


FIGURE 6 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'ASSISTANCES OUVERTS PAR SITE

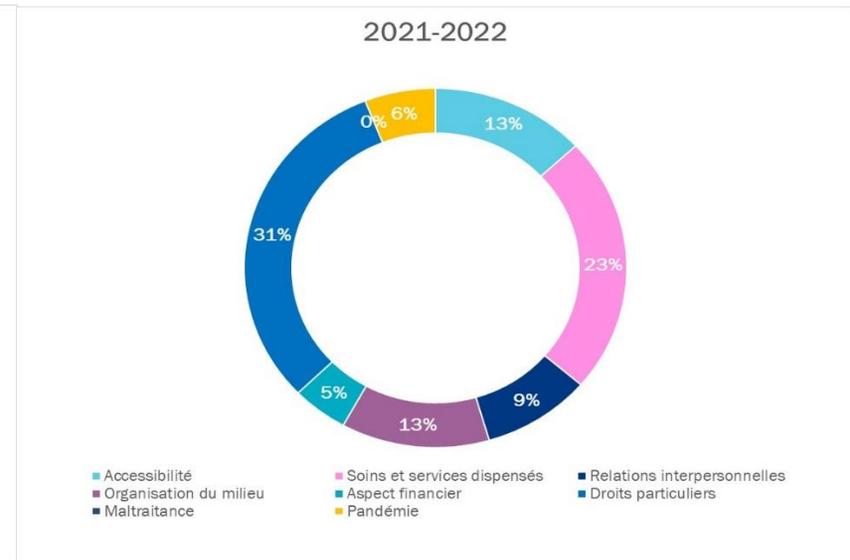


FIGURE 7 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DES DOSSIERS D'ASSISTANCES

Les demandes d'assistances proviennent d'un usager ou de l'un de ses proches, qui souhaite obtenir l'aide du commissaire. Dans certains cas, de l'information est donnée sur le processus de plainte, tel que décrit par la LSSSS. Dans d'autres cas, les personnes sollicitent notre aide pour obtenir un soin ou un service parce qu'ils ont une méconnaissance de l'organisation des milieux de soins ou lorsque l'accessibilité est difficile.

De plus, les commissaires peuvent être sollicités afin d'aider l'utilisateur dans la rédaction de sa plainte. Cependant, le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est un organisme communautaire mandaté par le MSSS pour accompagner toute personne qui souhaite déposer une plainte.

Parmi les demandes d'assistances, 68 % étaient des demandes d'aide à la formulation d'une plainte alors que 32 % concernaient un besoin d'aide afin d'obtenir un soin ou un service.

Pour les 358 dossiers d'assistances conclus dans l'année, le délai moyen de traitement a été de sept jours.

1.4. LES DOSSIERS DE CONSULTATIONS

Pour le présent exercice, on note une augmentation de 7 % du nombre de dossiers de consultations comparativement à l'année précédente.

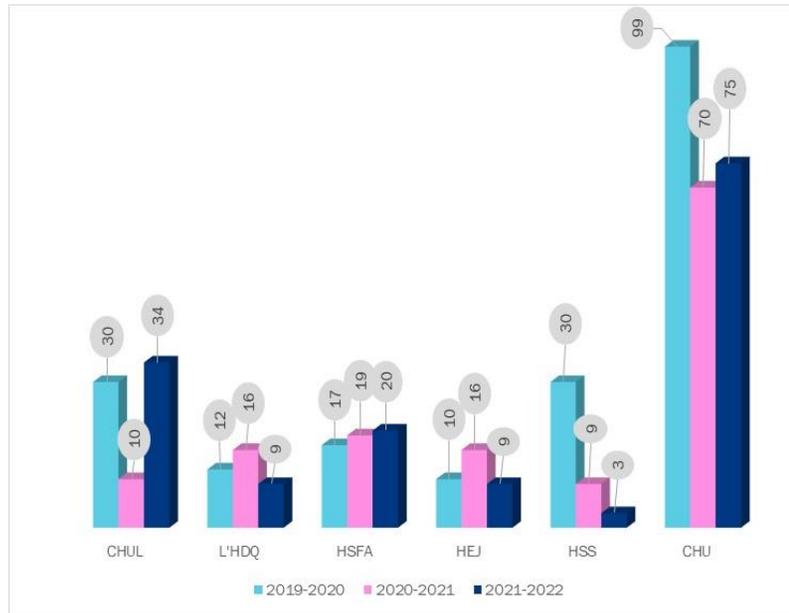


FIGURE 8 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS DE CONSULTATIONS PAR SITE

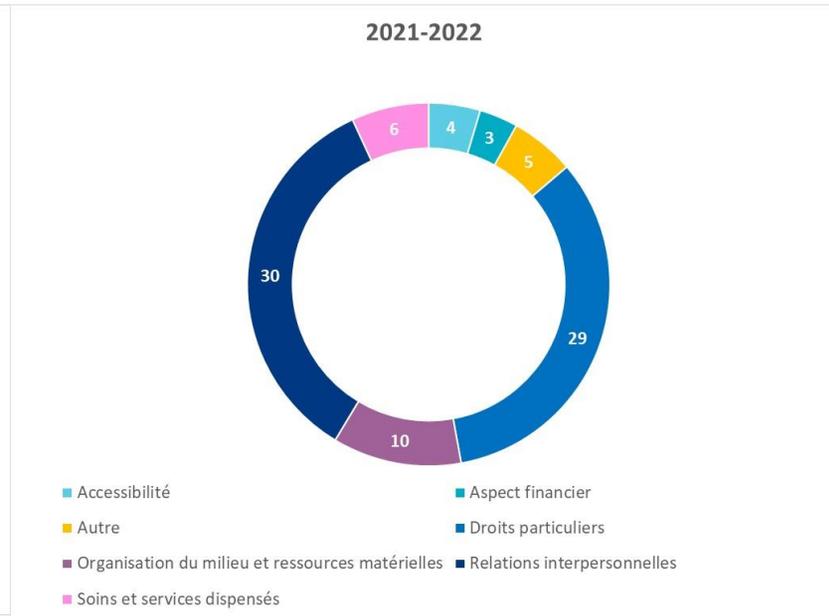


FIGURE 9 – RÉPARTITION DES MOTIFS DES DOSSIERS DE CONSULTATIONS

1.5. LA MALTRAITANCE

L'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* stipule que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit prévoir dans son rapport annuel, une section traitant spécifiquement des plaintes et des signalements qu'il a reçus concernant des cas de maltraitance.

Le Bureau du commissaire a reçu, pour l'année 2021-2022, un signalement qui a été traité rapidement. Nous tenons à souligner la collaboration diligente de nos partenaires.

1.6. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

Pour l'exercice 2021-2022, le commissaire et les commissaires adjointes ont réalisé, en plus du traitement des dossiers, des activités de promotion concernant le respect des droits des usagers et le régime d'examen des plaintes.



S'ajoutent à ces activités, des rencontres de coordination des membres de l'équipe du Bureau du commissaire. Aussi, des activités de représentation à la Table ministérielle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services (TMC) et une participation aux activités du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services (RCPQS) sont faites tout au long de l'année.

Une démarche d'évaluation de la satisfaction de la clientèle quant aux services dispensés par le Bureau du commissaire aux plaintes a été débutée en fin du présent exercice avec la collaboration du Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP).

1.7 LA PANDÉMIE

Pour le présent exercice, des 1 437 dossiers ouverts, 113 d'entre eux, soit 8 %, étaient directement liés à la pandémie.

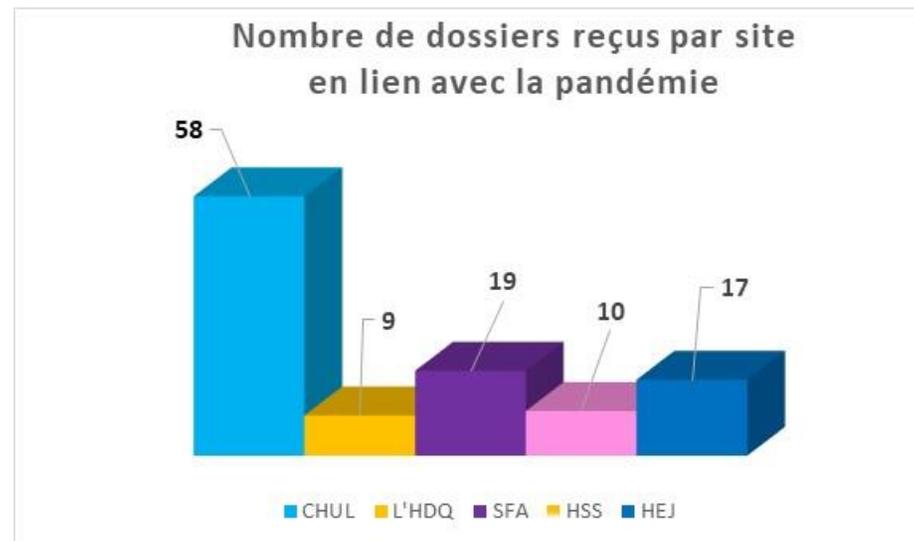


FIGURE 10 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR SITE

Concrètement, les motifs de plaintes concernant l'organisation du milieu et les ressources matérielles sont, de loin, les plus représentés. Ils sont en lien direct avec les mesures sanitaires soit : le respect du port du masque, le droit de visite et l'accompagnement des usagers qui se présentent à l'hôpital, la désinfection des surfaces, etc.

Puis viennent au deuxième rang, les plaintes touchant l'accessibilité aux soins et aux services. Ces dernières sont principalement des reports de chirurgie, des reports de rendez-vous en cliniques externes spécialisées, etc.

La situation épidémiologique a fluctué au cours des trois nouvelles vagues de la pandémie, ce qui a nécessité beaucoup d'agilité de la part du CHU quant aux consignes ministérielles et les mesures à mettre en place. Même si le CHU a raffiné ses outils de prise de décisions et a tenté de diminuer les impacts des consignes sanitaires sur les usagers et leur famille le plus possible, il n'en demeure pas moins que ces mesures étaient exécutoires et laissaient peu de marge de manœuvre aux établissements afin de les moduler.

2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Durant l'année 2021-2022, les plaintes médicales ont diminué de 15 %. Au total, 129 plaintes ont été reçues. À la fin de cette période, 10 dossiers demeuraient en traitement.

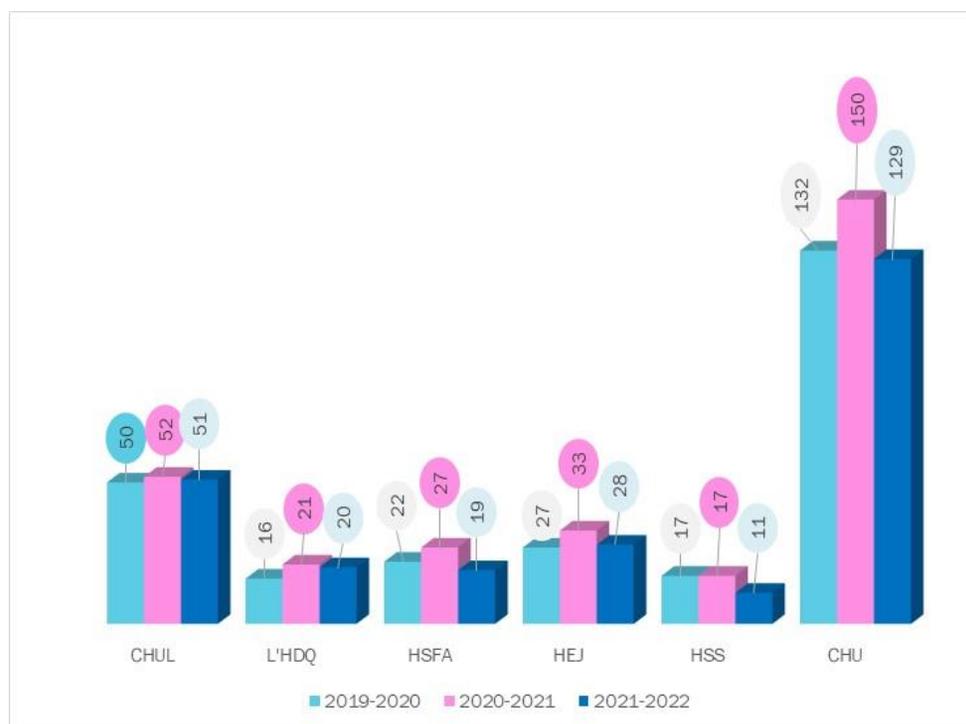


FIGURE 11 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES PAR SITE

Nous constatons que 69 % des plaintes médicales sont déposées par l'utilisateur lui-même, 24 % par un représentant, 5 % par une tierce personne et 2 % par un professionnel. Pour 27 dossiers, le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI

Malgré une tendance globale à la hausse du nombre de dossiers de plaintes médicales depuis les cinq dernières années, passant de 104 dossiers en 2017-2018, à 129 dossiers en 2021-2022, on constate que le délai de traitement des dossiers s'est significativement amélioré.

Pour l'année 2021-2022, 82 % des plaintes médicales ont été traitées dans le délai prescrit, comparativement à 70 % l'année dernière. Il faut toutefois spécifier que la complexité des dossiers et la disponibilité des médecins examinateurs sont les principaux enjeux qui interfèrent dans l'atteinte du respect du délai de traitement. L'un de ces enjeux réside dans le recrutement de médecins désirant exercer le rôle de médecin examinateur à un rythme soutenu et pour certains, en concomitance avec leurs activités cliniques comme mentionné précédemment.

Il est important de préciser que deux médecins examinateurs ont pris leur retraite cette année. Ces départs n'ont été que partiellement compensés par le recrutement d'un seul nouveau médecin examinateur.

TABLEAU 5 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT

| Année d'exercice | Délai de traitement 0 à 45 jours | Délai de traitement 46 à 60 jours | Délai de traitement de 61 à 90 jours | Délai de traitement de 91 à 180 jours | Délai de traitement de 181 jours et plus |
|------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 2019-2020 | 66% | 13% | 14% | 3% | 4% |
| 2020-2021 | 70% | 14% | 13% | 3% | 0% |
| 2021-2022 | 82% | 6% | 7% | 3% | 2% |

Dans tous les cas où le délai s'est prolongé au-delà de 45 jours, les usagers ont été avisés de la prolongation du délai de traitement de leur plainte. Par ailleurs, le délai de traitement de 45 jours prévu par la LSSSS demeure un défi et des efforts continuent d'être déployés afin d'améliorer le nombre de dossiers traités dans le délai prescrit.

2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES

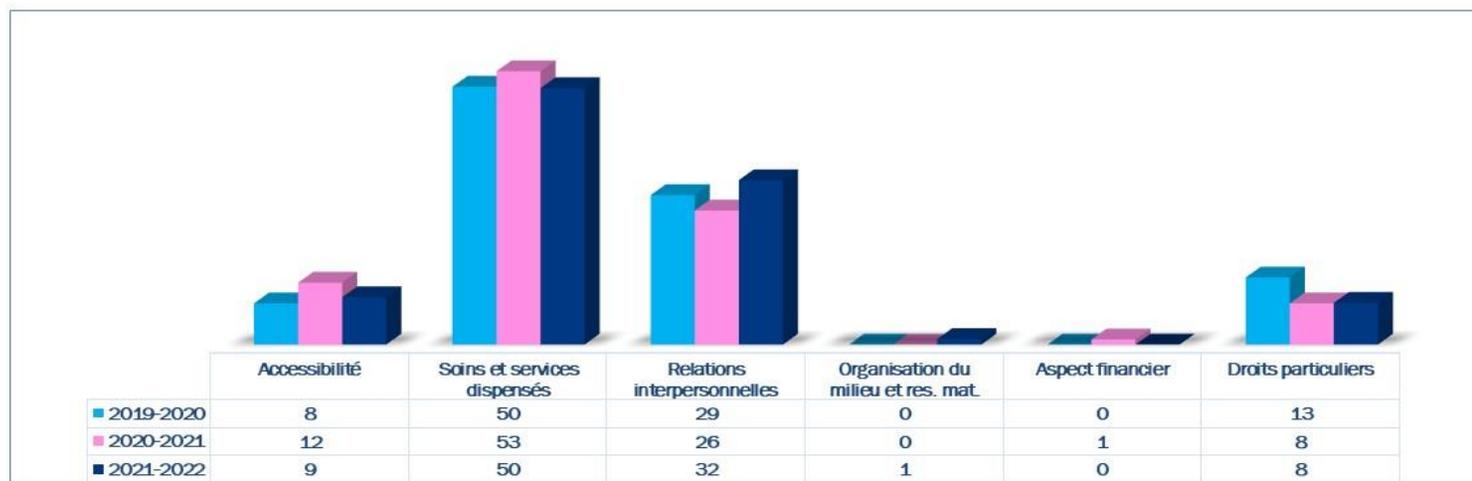


FIGURE 12 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES

Voici par ordre d'importance, les principaux motifs de plaintes médicales rencontrés lors de l'examen de celles-ci :

➤ Soins et services dispensés

- L'évaluation et le jugement professionnel;
- Le choix de médication;
- Les habiletés techniques et professionnelles lors des interventions de soins.

➤ Relations interpersonnelles

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d'empathie;
- Le manque de politesse.

➤ **Accessibilité**

- Le temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport;
- Le refus de services (Soins/Services/Programmes).

Parmi les motifs de plaintes examinés, 96 motifs de plaintes, ce qui représente 52 % des motifs totaux, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Pour ces motifs, les explications données aux plaignants par le médecin examinateur ont permis la conciliation quant à la situation d'insatisfaction.

Par contre, des mesures correctives ont été proposées pour 57 motifs de plaintes, représentant ainsi 31 % des motifs totaux évoqués. Ces mesures visaient à sensibiliser et inciter les professionnels concernés à modifier certains aspects de leur pratique, principalement ceux reliés aux politiques et règlements de l'établissement, ainsi qu'au code de déontologie de leur profession.

Pour les 32 motifs restants, représentant 17 % des motifs de plaintes médicales totaux, il s'agit de motifs qui ont été abandonnés, cessés et rejetés par les médecins examinateurs. Il est à noter que ce pourcentage est en diminution de 4 % comparativement à l'an dernier, qui avait été inhabituellement élevé, pour des raisons liées à la volonté des usagers de déposer leur plainte dans une forme irrecevable, malgré les explications et les références fournies.

Au total, 19 recommandations ont été formulées et 17 ont obtenu un suivi à la satisfaction des médecins examinateurs. Elles consistaient, entre autres, à :

- Améliorer la continuité des soins médicaux aux usagers hospitalisés sur des unités hors secteurs de la spécialité médicale effectuant la prise en charge;
- Améliorer la continuité des soins médicaux aux usagers avec les partenaires externes de l'établissement, autant locaux que régionaux, afin d'assurer une prise en charge communautaire sécuritaire de la clientèle à leur sortie de l'établissement;
- Examiner, par le biais des comités appropriés, la pratique médicale et les décisions cliniques en lien avec les bonnes pratiques en la matière;
- Favoriser la collaboration multidisciplinaire des équipes médicales pour diverses clientèles;
- Encadrer la tenue de dossier d'un médecin afin que les notes médicales soient rédigées dans un délai acceptable et de manière complète;

- Améliorer les communications entre un médecin et l’usager pour l’obtention d’un consentement libre et éclairé encadrant l’accès à son dossier médical;
- Examiner les trajectoires de prescription et de renouvellement de médicaments d’exception pour la clientèle pédiatrique;
- Améliorer la surveillance, la sécurité et les prescriptions médicamenteuses liées aux procédures radiologiques invasives.

En ce qui a trait aux deux recommandations n’ayant pas obtenu de suivi, une recommandation est toujours en cours de réalisation par les instances concernées, car elle nécessite des actions s’échelonnant à plus long cours. Quant à la seconde recommandation, le médecin visé a refusé sa mise en place. À la suite du refus adressé au médecin examinateur, des actions ont été entreprises pour encadrer la pratique de ce médecin par d’autres instances de l’établissement.

Il est important de mentionner que ces recommandations ont été reçues dans un esprit d’amélioration, et des changements ont été mis en place en ce sens.



André Garon, M.D.
Médecin examinateur



Marie-Claire Denis, M.D.
Médecin examinateur



Denis D’Amours, M.D.
Médecin examinateur



Marc de Blois, M.D.
Médecin examinateur



Michel Lizotte, M.D.
Médecin examinateur



Maria-Élissa Picard, M.D.
Médecin examinateur

3. DOSSIERS À L'ÉTUDE AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Sur la décision du médecin examinateur et en vertu de l'article 46 de la LSSSS, lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien membre du CMDP, le médecin examinateur peut au terme de son analyse, leur transmettre le dossier de plainte pour études aux fins disciplinaires.

En début d'année, neuf dossiers étaient à l'étude. Cinq nouveaux dossiers ont été acheminés au CMDP au cours de l'année 2021-2022.

À la fin de l'année, deux dossiers ont été finalisés et 12 dossiers demeuraient toujours à l'étude par le CMDP.

Malgré l'implication du président du CMDP et la mise en place d'un mécanisme de suivi des recommandations disciplinaires émises par les médecins examinateurs au cours de l'année financière précédente, il est possible de voir que l'examen de ces transmissions dans un délai raisonnable demeure un enjeu. Un travail de suivi soutenu est effectué par le Bureau du commissaire, en collaboration avec la Direction des services professionnels et des affaires médicales et le Service du contentieux et des affaires juridiques, afin de s'assurer que les plaignants reçoivent les communications qu'ils sont en droit d'attendre quant à l'examen disciplinaire en cours.

4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION

Comme le prévoit la LSSSS, le comité de révision est institué par le conseil d'administration pour procéder, lorsque demandé par un plaignant ou par le médecin faisant l'objet de la plainte, à la révision de l'examen de celle-ci. Ce comité est composé d'un président et de deux médecins, ainsi que de deux médecins substitués. Ils sont nommés par résolution du conseil d'administration.

Au début de l'année 2021-2022, aucun dossier de l'année précédente n'était à l'étude. On note toutefois que 12 nouvelles demandes ont été soumises au comité de révision pour le présent exercice et aucun dossier n'était en cours d'examen à la fin de l'année.

TABLEAU 6 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 2E PALIER SELON LE NIVEAU ET LE TRAITEMENT

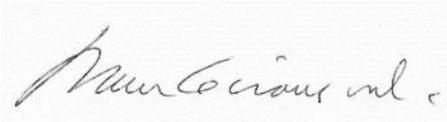
| Année d'exercice | Nouvelles demandes | Demandes rejetées | Demandes analysées | Demandes nécessitant un complément d'examen | Demandes analysées et conclues à la fin de l'exercice |
|------------------|--------------------|-------------------|--------------------|---|---|
| 2019-2020 | 11 | 2 | 9 | 2 | 9 |
| 2020-2021 | 11 | 1 | 10 | 0 | 10 |
| 2021-2022 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 |

Pour l'année financière 2021-2022, les membres se sont réunis à neuf reprises et ont complété le traitement de 12 demandes de révision. Dans tous les cas, les plaignants ont été contactés par le comité de révision, ce qui a permis aux membres dudit comité de recevoir leurs commentaires et de leur transmettre des explications supplémentaires. En ce qui a trait aux motifs de plaintes évoqués, la majorité des dossiers examinés concernaient les soins et les services dispensés et en plus faible proportion, l'accessibilité et les relations interpersonnelles.

Au terme de l'exercice 2021-2022, le comité de révision a confirmé les conclusions émises par le médecin examinateur pour les 12 dossiers qu'il a été mandaté d'examiner.

En terminant, à titre de président, je tiens à remercier tous les membres du comité, ainsi que la commissaire intérimaire et son adjointe administrative pour leur disponibilité et leur engagement dans le cadre de ce processus visant avant tout à assurer la meilleure qualité de service aux personnes qui sont traitées dans notre établissement.

Le président du comité de révision du CHU,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marc Giroux, M.D.', is written on a light-colored, textured background.

Marc Giroux, M.D.

Membres du comité de révision :

D^r Marc Giroux, président et membre du conseil d'administration

M^{me} Sophie Lefrançois, présidente substitut

D^r Jean-François Turcotte, pédiatre

D^{re} Pauline Crête, médecin omnipraticienne, membre substitut

D^{re} Geneviève Nadeau, urologue, membre substitut

CONCLUSION

Dans ce rapport annuel, le Bureau du commissaire aux plaintes vous transmet un portrait des insatisfactions et des difficultés vécues par les usagers et leurs familles. Encore cette année, le contexte pandémique a eu une influence significative sur les prestations de soins et services et ultimement, sur la nature des insatisfactions qui nous ont été signalées. Retenons de ce rapport annuel, une grande préoccupation concernant l'accessibilité aux soins et aux services de santé.

En plus de répondre aux besoins des usagers, le régime d'examen des plaintes est un outil décisionnel pour les membres du conseil d'administration de l'établissement, qui revêt une importance toute particulière dans les années hors normes que nous traversons. Il lui permet, par le comité de vigilance et de qualité, de prendre les orientations pertinentes et concrètes pour les usagers qui requièrent des soins et des services de santé. De plus, en collaboration avec les gestionnaires, les employés et les médecins qui œuvrent au CHU, de nombreuses mesures ont été mises de l'avant afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

Je profite de cette occasion pour remercier les commissaires adjointes ainsi que les médecins examinateurs pour leur engagement auprès des usagers. Leur dévouement pour l'amélioration de la qualité des soins et des services se traduit quotidiennement par une bienveillance dans le traitement des dossiers auprès de la clientèle. Je ne saurais passer sous silence le rôle important que jouent les agentes administratives puisqu'en plus des tâches cléricales, elles sont souvent les premières personnes avec lesquelles les usagers entrent en contact lors du dépôt de leur plainte.

Rappelons en terminant que notre rôle est d'assurer le respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de l'expérience patient. En ce sens, nous allons poursuivre nos efforts pour soutenir les équipes dans l'identification des pistes de solutions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services, afin de répondre aux attentes des usagers du CHU, et ce, en collaboration avec le comité des usagers et le module qualité, partenariats et expérience patient de la DQEEAI.

Soumis avec respect.



Julie Bilodeau, commissaire aux plaintes et à la qualité des services par intérim.

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Bureau du commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

HSS

1050, chemin Sainte-Foy, bureau E1-09

Québec (Québec) G1S 4L8

Téléphone : 418 525-5312 — Télécopieur : 418 649-5929