Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre

Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM

Rapport annuel 2020/21

Du 1er avril 2020 au 31 mars 2021

Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM

Rapport annuel 2020/21

Table des matières

Introduction 3

I. Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM 4

- Plaintes et autres fichiers ouverts 5
- Catégories de plaintes 7
- Plaintes d'accès téléphonique 9
- Amélioration et suivi 10
- Plaintes liées à l'accès aux services d'urgence 11
- Délais d'examen des plaintes 12
- Abandon de plaintes par le patient et rejets 13
- Actions prises suite aux plaintes conclues 14
- Interventions 16
- Demandes d'assistance 18
- Consultations 18
- Maltraitance 19
- Activités liées au système de plaintes 21

II. Protecteur du citoyen 22

III. Médecins examinateurs 24

IV. Comité de révision du CUSM 26

V. Comité de vigilance du CUSM 28

VI. Objectifs en 2021-2022 29

VII. Conclusion 30

Annexes 31

- Annexe A : Organigramme du Bureau de la commissaire aux plaintes 32
- Annexe B : Motifs des plaintes étudiéess 33
- Annexe C : Catégories et motifs de plaintes 34
- Annexe D : Activités du Bureau de l'ombudsman pour l'année 2020-2021 35
- Annexe E : Lexique 36
- Annexe F : Les sites du CUSM et d'OPTILAB-CUSM 37
- Annexe G : Liste des tableaux et des graphiques 38

Présentation du Rapport **2020-2021**

Ce rapport annuel de la commissaire aux plaintes du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) présente les points saillants de l'année 2020-2021. 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 . Nous présentons également (VI) nos objectifs et conclusion de l'année.

Dans la section de la Commissaire aux plaintes, nous ferons un suivi du problème systémique souligné dans notre rapport annuel précédent, soit la situation des urgences.

Également, dans nos rapports précédents, et ce depuis 2010, nous avons présenté à l'aide d'un graphique annuel les plaintes liées à l'accessibilité téléphonique. En effet, ce problème était un incontournable et en 2019-2020 la situation s'était améliorée mais nous verrons plus en détails le retour de ce problème.

Enfin, nous verrons certains effets de la situation COVID-19 sur les activités du Bureau de la Commissaire aux plaintes. Nous soulignons que même si la pandémie de COVID-19 pourrait s'estomper en 2021, les effets de la pression qui a été exercée sur le système de santé iront sans doute au-delà de la fin de l'urgence sanitaire actuelle.

[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.

I/

Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM

Le nombre de plaintes et d'autres demandes reçues et détaillées dans ce rapport doivent être interprété en tenant compte du cadre de notre mandat à l'égard du système de santé québécois. Ainsi, les principales responsabilités et fonctions de la commissaire aux plaintes sont, très brièvement, les suivantes :

- Recevoir et examiner toute plainte conformément à la loi.
- Transférer les plaintes de nature médicale aux médecins examinateurs.
- Recevoir et traiter tout signalement de maltraitance avec diligence.
- 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 individuels et systémiques qui pourraient améliorer l'accès à des soins et à des services de qualité élevée.

Plaintes et autres[3] fichiers ouverts

Fichiers ouverts par le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM 2018 à 2021			
	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Plaintes reçues	998	948	895
Autres fichiers ouverts	1391	1367	1124
Total	**2389**	**2315**	**2019**

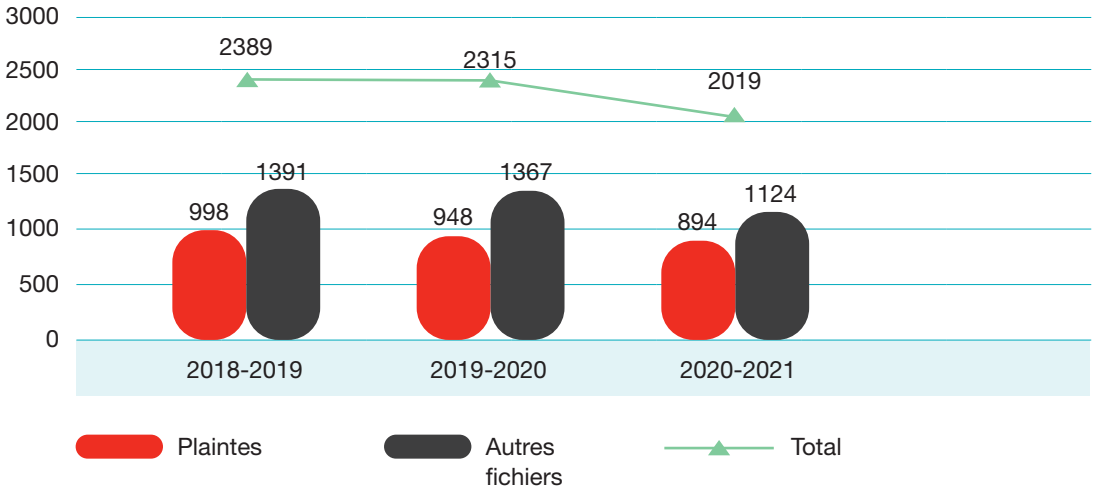
L'année 2019-2020 s'est terminée par le début du confinement mondial face à la menace, puis à l'essor de la COVID-19. C'est donc durant la première vague de la pandémie COVID 19, déclarée urgence sanitaire par le gouvernement du Québec, que l'année 2020-2021 est lancée. Certains effets de cette urgence se sont fait sentir immédiatement quand les urgences ont été délaissées par la population, quand les activités cliniques ont été réduites au maximum et quand l'accès à l'hôpital pour les familles a été quasiment éliminé. Cette importante baisse au niveau de la fréquentation du milieu de la santé explique la diminution de 300 dossiers à nos bureaux cette année.

D'autres restrictions sont apparues en cours de route , au fil des décrets ou ordonnances hebdomadaires et qui visaient la société civile et les institutions de santé du Québec. En déclarant une urgence sanitaire en mars 2020, des mesures de prévention et de protection de la population pouvaient être mises en place sans autre formalité que par décret ou ordonnance, donc immédiatement. Une communication claire et rapide de ces nouvelles mesures appliquées par les institutions de santé devenait essentielle.

[3] Autres fichiers : ce sont des fichiers que nous ouvrons lorsque nous aidons les patients qui ne formulent pas de plainte, lorsque nous faisons de la conciliation par exemple, de l'assistance, de la consultation et des interventions.

[4] Voir la page web du site de l'Institut national de santé publique du Québec : Ligne du temps COVID-19 au Québec | INSPQ, 14/07/2021.

Graphique 1 : Nombre total de fichiers et de plaintes reçus au cours de la période 2018-2021



Ces nouvelles directives soulevaient plusieurs questions pour les professionnels et pour les patients et familles, par exemple: Comment avoir de l'information concernant l'état de santé de la personne que l'on ne peut plus visiter? Qui peut accompagner le patient pour ses traitements de chimiothérapie? Qui peut accompagner la femme enceinte pour ses rendez-vous d'échographie? Une fille peut-elle accompagner à son rendez-vous sa mère qui a besoin d'aide pour marcher? Des mesures additionnelles de contrôle aux portes d'entrées ont été mises en place presqu'immédiatement et cela a causé des frictions, soulevé des plaintes et requis des ajustements rapides pour encadrer du nouveau personnel de sécurité.

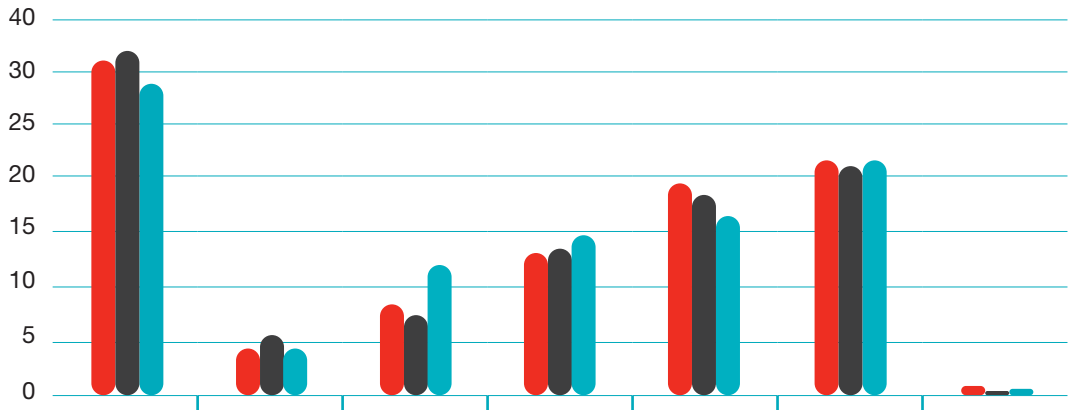
En somme les plaintes et demandes d'assistance n'étaient plus tout à fait les mêmes qu'à l'habitude.

Catégories de plaintes

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

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

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



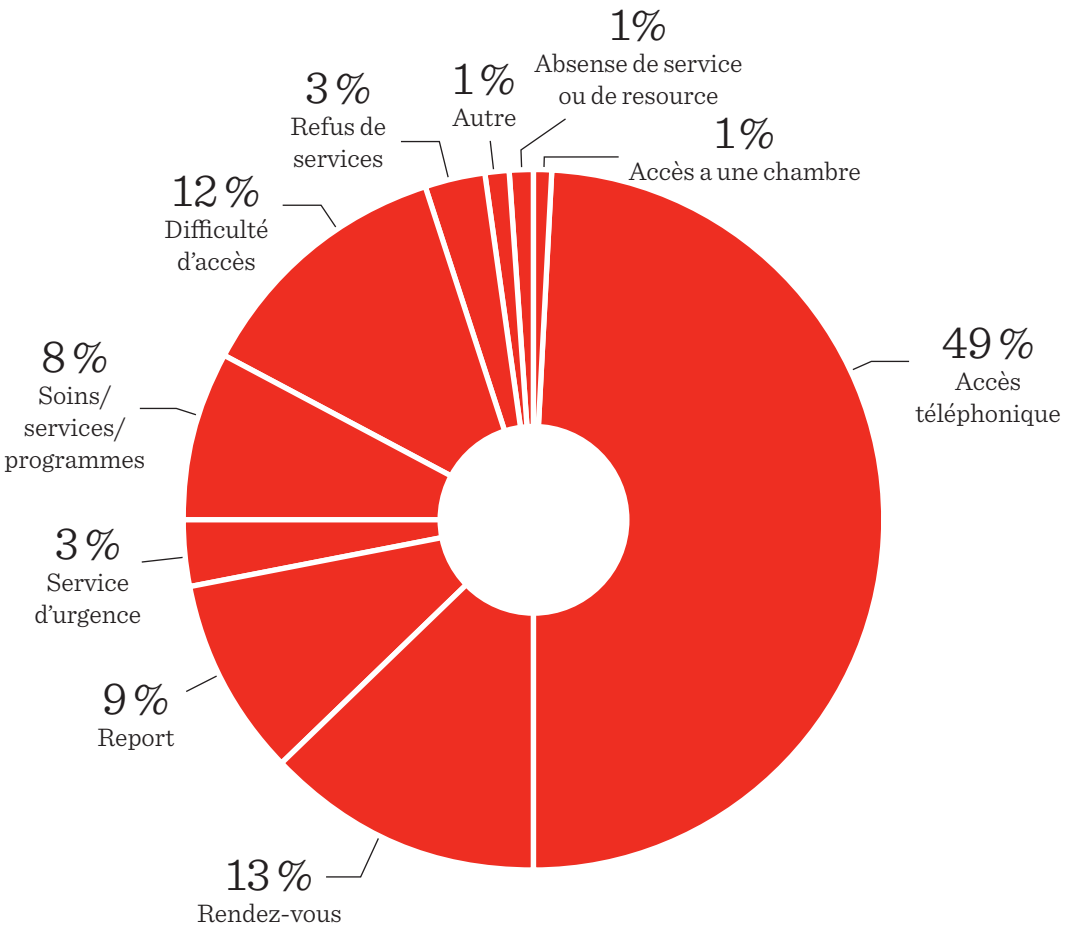
	Accès	Finance	Droits	Organis.	Rel. Inter.	Soins/ser.	Autres
2018-2019	31.75	4.24	8.49	12.73	19.27	22.33	1.19
2019-2020	33.4	5.82	7.5	13.12	18.09	21.65	0.37
2020-2021	28.78	4.13	11.79	14.73	16.7	22.4	0.59

Chaque année, nos données démontrent que la catégorie **Accès** est de loin la plus problématique pour les usagers. Cette année, nous avons constaté une légère diminution des plaintes liées à l'accessibilité mais aussi une augmentation de plaintes concernant les droits des usagers. Cette dernière catégorie reflète entre autres les difficultés pour les familles d'obtenir de l'information concernant leurs proches et le droit d'être accompagné, car depuis le 14 mars 2020 il y avait dorénavant une interdiction de visites non essentielles dans les hôpitaux et CHSLD. L'augmentation des plaintes concernant la catégorie **Organisation** est reliée au respect et à la mise en place des nouvelles règles et restrictions sanitaires. Par ailleurs la sous-catégorie de l'accès téléphonique représente maintenant près de 50% de la catégorie accès. Nous élaborerons sur cet aspect à la prochaine section.

Le **graphique 3** facilite la compréhension des différentes problématiques liées à l'accès aux soins et aux services. Ce dernier illustre ses cinq principales sous-catégories:

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

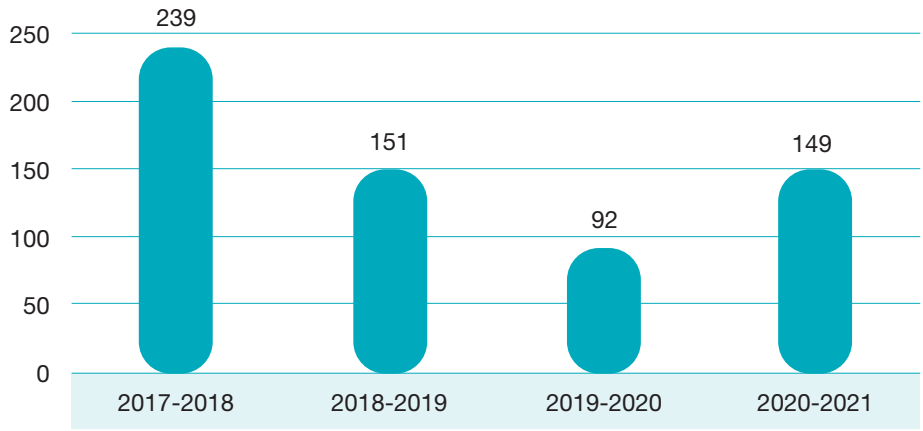
Graphique 3: Sous-catégories de plaintes liées à l'accès aux soins



Plaintes **d'accès téléphonique**

Tel qu'identifié par le graphique 4 ci-dessous, le nombre de plaintes concernant l'accès téléphonique continuait de chuter l'an dernier. Malheureusement nous voici à nouveau confrontés à une reprise des plaintes d'accès téléphonique. Il s'agit d'un retour en arrière qui doit être freiné.

Graphique 4: Plaintes liées à l'accès téléphonique 2017-2021



Ce revirement de la tendance est d'autant plus inquiétant que pendant les première, deuxième et troisième vagues de la pandémie les patients avaient délaissé les services hospitaliers et presque tous les rendez-vous en personne avaient été annulés.

Cette sous-catégorie de plainte touche de près et de loin à presque toutes les autres catégories de plaintes (droit à l'information, organisation des services, relations interpersonnelles, soins et services). Il s'agit ici non-seulement de prendre rendez-vous, mais d'obtenir des suivis, de communiquer avec un membre de famille hospitalisé, d'obtenir des renseignements sur les préparatifs complexes de certains examens, de reporter un rendez-vous à cause d'un empêchement sérieux (maladie, accident, etc.). Quand il faut appeler pendant plusieurs jours, parfois des semaines, à raison de 5 ou 6 appels par jour pour rejoindre une clinique que l'on nous a dit d'appeler: il faut arrêter, écouter, analyser et réparer.

Amélioration et suivi

Le CUSM comprend les problèmes d'accès et de communication auxquels font face les patients et semble être déterminé, malgré la pandémie et ses répercussions, à changer la situation. Toutefois, en ce moment les démarches suivantes sont difficilement réalisables, voire impossibles pour certaines cliniques. Or, ces démarches sont importantes pour que les patients puissent recevoir des services adéquats et personnalisés :

1. La clinique retourne l'appel ou message du patient laissé sur la boite vocale de la clinique;
2. Changer efficacement de rendez-vous en raison d'un imprévu sérieux (problème de santé, obligation immuable et soudaine, etc.);
3. Rejoindre la clinique pour prendre le rendez-vous au moment auquel le médecin et le patient en ont convenu;
4. Obtenir de l'information supplémentaire concernant un examen prescrit;
5. Vérifier si l'information demandée par le spécialiste et envoyée par le patient ou sa famille ou par le médecin de famille a bien été reçue;
6. Recevoir la confirmation que le patient est bien sur la liste d'attente du spécialiste, tel qu'anticipé suite à l'envoi de la référence.

Dans ces circonstances le bureau des plaintes va dorénavant suivre les progrès du CUSM et faire part à la population du CUSM, sur sa page web (https://cusm.ca/commissaire), du résultat des démarches d'amélioration entreprises en ce sens. Le nombre de plaintes sera révélé à trois reprises (automne, hiver, été) au cours de l'année ainsi que les mesures concrètes qui auront été mises en place par le CUSM, pour régler les problèmes énumérés.

Plaintes liées à l'accès aux services d'urgence

Depuis 2018 l'augmentation du nombre de dossiers reliés aux services d'urgence et délais de prise en charge médicale a été remarquable. Cette occupation de l'urgence a été interrompue par l'avènement de la pandémie dès mars 2020 et à chaque nouvelle vague. Cependant le phénomène est revenu à des niveaux de plus en plus élevés après le passage de chaque vague.

Rappelons que ce problème des temps d'attente aux urgences est complexe, qu'il est multifactoriel et continue d'être associé à:

- La disponibilité des lits à l'hôpital, donc à la disponibilité du personnel de première ligne;
- La capacité de l'hôpital de transférer les patients qui n'ont plus besoin de soins spécialisés dans d'autres établissements plus adaptés aux besoins des patients (ex : CHSLD, centre de réadaptation, etc.);
- Les effectifs en personnel de l'urgence;
- La complexité de l'état des patients présents à l'urgence (peu de priorité 4 et 5, plutôt des cas de priorité 1, 2 et 3)[5].

Nous savons que des discussions ont toujours lieu entre le CUSM et le Ministère de la santé pour tenter d'identifier des solutions durables, mais le problème demeure.

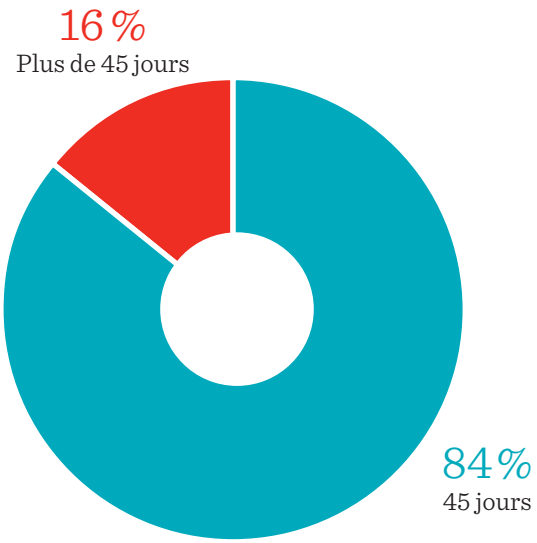
En conséquence de notre analyse, en 2021, nous considérons qu'il est impératif pour le CUSM et le Ministère d'agir rapidement pour assurer un accès dans des délais raisonnables aux soins et services d'urgence.

[5] http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhLKb96mm75DwfLeUjab

Délais d'examen des plaintes

Tel que l'illustre le graphique 5, la grande majorité des plaintes (84%) a été étudiée à l'intérieur de 45 jours lors de l'année 2020-2021. Les plaintes qui dépassent les 45 jours sont normalement des plaintes complexes et qui impliquent plusieurs départements ou intervenants. Nous demeurons disponibles en tout temps au cours de l'examen du dossier pour expliquer le processus d'examen de la plainte et les délais qui se présentent.

Graphique 5 : Délais d'examen des plaintes

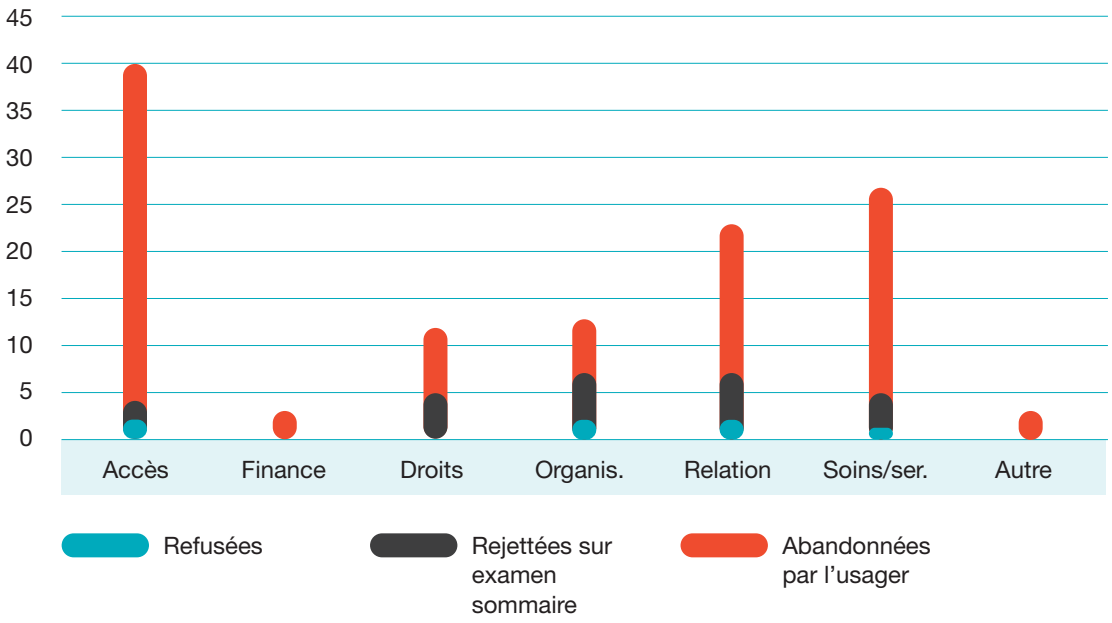


Abandon de plaintes par **le patient et rejets**

La majorité des plaintes étudiées ont été jugées recevables (89%). Néanmoins, 48 plaintes ont été rejetées sur examen sommaire, 2 ont été refusées et 93 ont été abandonnées par l'usager depuis la formulation du dernier rapport.

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

Graphique 6 : Abandon de plaintes par le patient et rejets

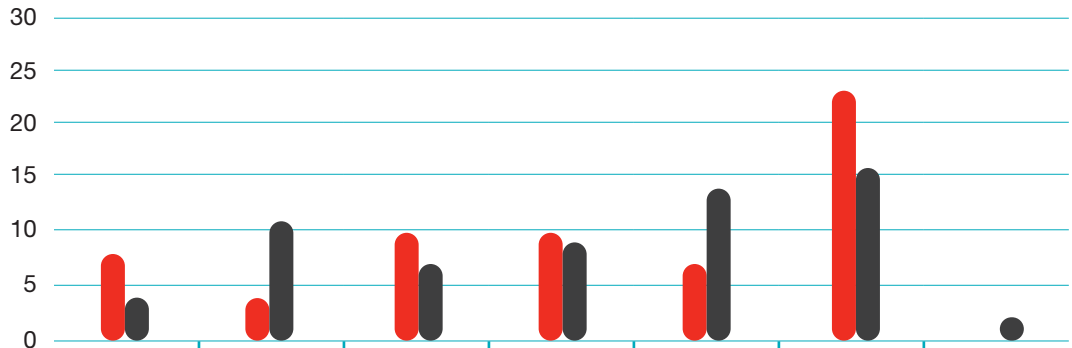


Actions prises suite aux plaintes conclues

Généralement, lorsque les plaintes sont valides et que l'on constate que des améliorations sont nécessaires, le commissaire aux plaintes (ou son délégué) 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 et la gravité des impacts de la situation sur la clientèle. 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, 126 mesures ont été mises en œuvre en 2020-2021: également divisé de 63 étaient à portée systémique et 63 étaient individuelles.

Graphique 7 : Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes



	Accès	Finance	Droits	Organis.	Relation	Soins/ser	Maltrait
Systémique	8	4	10	10	7	23	0
Indivduel	4	11	7	9	14	16	2

Les mesures individuelles visent principalement l'encadrement de l'intervenant, la sensibilisation d'un intervenant et le respect des droits. Parmi les mesures systémiques nous retrouvons par exemple la sensibilisation des intervenants et la révision de protocoles cliniques ou administratifs.

Parmi les mesures mises en place pour donner suite aux recommandations soulignons celles-ci :

- Encadrement du personnel : certains employés ont suivi des cours de service à la clientèle suite à des plaintes concernant leur approche avec la clientèle;
- Révision de protocole clinique ou administratif: amélioration des communications interdépartementales;
- Ajustement technique comme, par exemple, installation de portes automatiques, cloches d'appel adaptées aux besoins de la clientèle, barrière de sécurité érigée près d'un débarcadère;
- Rappel au personnel de l'obligation de s'identifier;
- Plusieurs rappels ont été faits afin d'améliorer la documentation aux dossiers;
- Les services techniques du CUSM ont amélioré la sécurité d'une aire de débarcadère devant l'un des sites et se sont engagés à effectuer les réparations permanentes requises à l'entrée d'un autre des sites;
- Rappel au personnel infirmier de documenter de façon détaillée les évaluations et actions prises suite à une chute;
- Rappel au personnel du CUSM de leurs obligations quant à l'utilisation des médias sociaux;

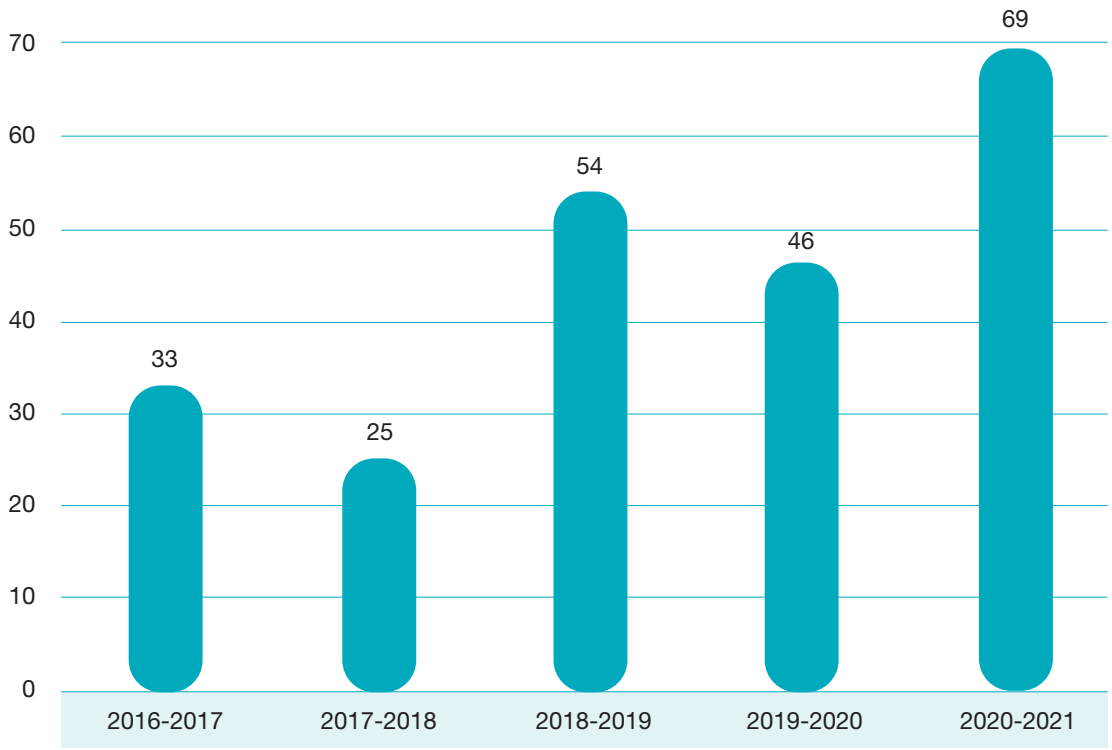
Parfois des démarches d'amélioration sont mises en place par le service ou département par la seule transmission d'une plainte, ainsi la plainte devient l'occasion d'améliorer les services, l'attitude, ou l'accès, à travers de petits gestes, sans échéancier formel et sans fanfare.
Ces améliorations sont notées dans notre système électronique de gestion de dossiers. Nous avons recensé ces démarches d'amélioration dans 261 cas de plaintes et d'assistance.

Interventions

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

En 2020-2021, nous avons ouvert 69 dossiers d'intervention. Un grand nombre de nos interventions étaient en lien avec les mesures sanitaires d'urgence, la réorganisation et l'accès aux services et le respect des droits des usagers. Voici quelques instances où des interventions ont été entamées : entrée à sécuriser, listes d'attente, délais aux urgences, politique des visites, processus aux entrées et aux cliniques, communication avec le public, etc.

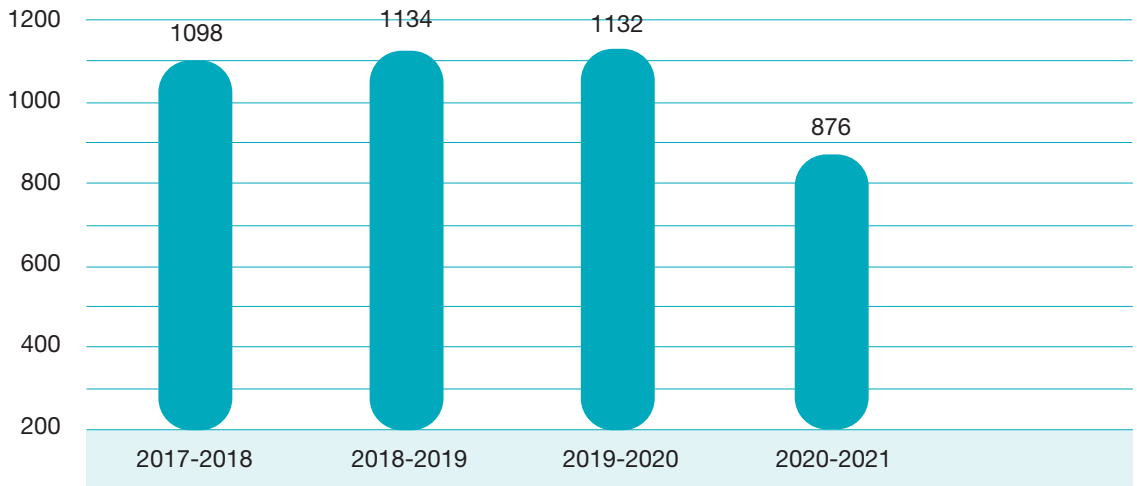
Graphique 8 : Nombre total d'interventions 2017-2021



Demandes **d'assistance**

Nous avons reçu 876 demandes d'assistance cette année. Il s'agit de cas où les patients, les familles ou 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 de la réorganisation de certains services ou quelles sont les ressources appropriées. Ces demandes mènent parfois à la formulation de plaintes. Il peut aussi s'agir de demandes d'assistance par des citoyens éprouvant des difficultés à naviguer 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 systémiques dans les soins et les services.

Graphique 9 : Nombre total de demandes d'assistance 2017-2021



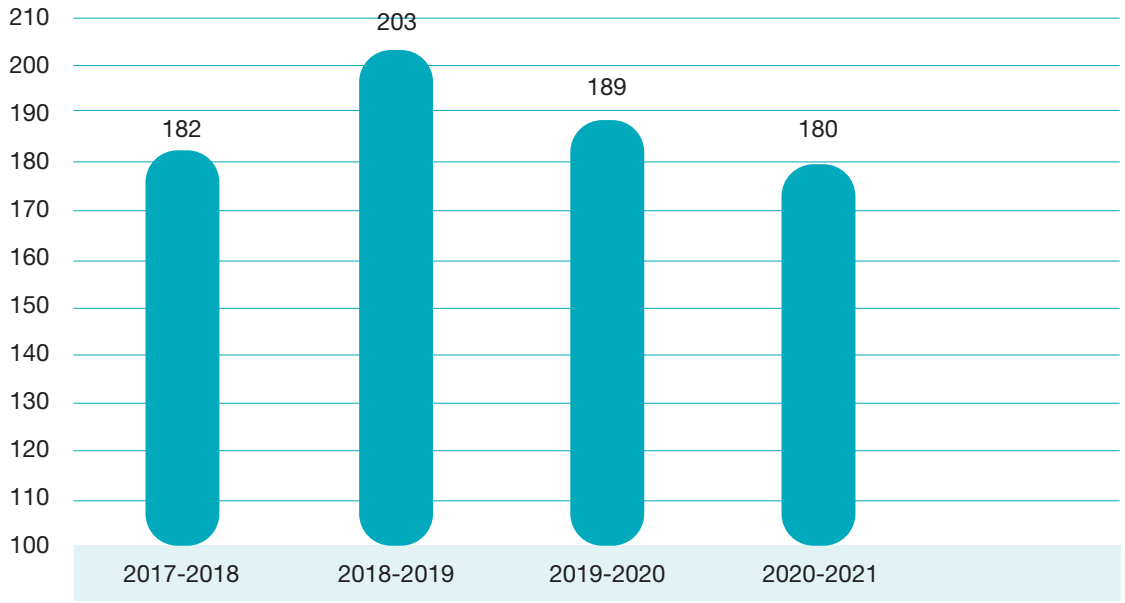
Consultations

La catégorie des dossiers de consultation, au **Graphique 10**, se réfère à des situations où des patients, des membres de famille, des administrateurs, des gestionnaires, des professionnels, du personnel de soutien, ou même des collègues d'autres établissements communiquent avec le Bureau pour discuter d'une situation précise ou pour obtenir des conseils sur les droits et obligations des patients, des familles et du personnel et sur le système de plainte du CUSM.

La majorité des consultations vise des questions concernant les droits et obligations et surtout des questions sur le régime des plaintes. Le reste est réparti assez également entre les autres catégories.

Par ailleurs les consultations font foi du souci du personnel pour le respect des droits des usagers, de la participation de la famille et de la sécurité des soins.

Graphique 10 : Nombre total des consultations 2017-2021



Maltraitance

Les cas de maltraitances sont peu fréquents dans un établissement de santé qui offre majoritairement des soins tertiaires, donc à court terme. En outre, lorsque des situations de maltraitance se présentent, les signalements sont effectués rapidement auprès des établissements communautaires où les services à ces patients ont lieu.

Au cours de l'année 2020-2021, notre bureau a enregistré un total de 15 cas de maltraitance allégué pour tous nos sites. Ces cas ont été rapportés à notre bureau par le personnel du CUSM tel que prévu à la loi.

De ces 15 cas, un a fait l'objet de mesures disciplinaires prises par le CUSM incluant formation et surveillance supplémentaire. Un cas concernait une demande de curatelle privée et un cas a abouti à une ordonnance d'hébergement. Les 12 cas restants n'étaient soit pas fondés au sens de la loi ou concernaient d'autres établissements pour les suivis. À noter que notre bureau a participé à un sondage via entrevue sur l'implantation de la loi concernée et sur différentes manières d'améliorer la collecte de donnée en lien avec la maltraitance.

Exemples de dossers

- Nous avions reçu une plainte en janvier 2020 soulignant le besoin des patients de dialyse du site de Lachine de stationner plus près de l'entrée. Ce besoin a été validé par les gestionnaires de la clinique et le service de stationnement a finalement réussi, entre deux vagues de COVID-19, à réserver des places de stationnement pour ces patients mieux adaptés à leurs besoins et réalité.
- Un client dans l'impossibilité de bouger et parler, et dépendant d'une respiration assistée, a vu son tube respiratoire se déconnecter accidentellement du ventilateur. L'alarme du ventilateur a sonné dans sa chambre cependant l'alarme à distance au poste de soins infirmiers n'a pas sonné comme elle était censée le faire causant un délai avant qu'on ne lui porte assistance. Heureusement, il n'y a eu aucune conséquence physique pour le patient. Un examen approfondi a révélé par ailleurs deux mesures systémiques qui devaient être prises, soit le remplacement des câbles défectueux et l'établissement d'un horaire de vérification mensuel du fonctionnement des alarmes. Ceci a donc été établi et une réserve de nouveaux câbles est maintenant disponible.

- Une mère dont le bébé est décédé pendant l'accouchement a fait une demande pour obtenir des copies des traceurs cardiaques fœtaux, mais ne les a pas reçus, car ils n'ont pas été trouvés. Après examen, nous avons appris qu'une nouvelle machine avait été récemment installée et que les moniteurs de trace fœtale étaient désormais stockés sur des serveurs plutôt que sur papiers mis dans des boîtes. Les deux services concernés n'étaient pas au courant de ce changement, mais à la suite de cette plainte, elles ont pu coordonner une solution pour de telles demandes et la mère a reçu ses copies.
- Un membre de famille d'un patient s'est vu refuser une visite sous prétexte qu'il n'était pas un proche aidant par définition. Suite à notre examen, le membre de la famille a été autorisé à rendre visite au patient, car selon les restrictions c'est le patient qui détermine qui est le proche aidant. Cela a permis une meilleure compréhension et application des restrictions concernant les visites.
- Ajustement de la communication sur le site web concernant les mesures sanitaires à respecter aux entrées des différents sites.
- Intervention liée à la restructuration des rendez-vous téléphoniques et des plages horaires d'appels données aux patients. Les plages horaires d'appels d'une clinique étaient trop grands (une semaine). Le patient recevait donc un rendez-vous qui pouvait avoir lieu à tout moment pendant une semaine donnée. Cela imposait un fardeau non négligeable aux patients qui ne savaient jamais quand ils recevraient l'appel de leur médecin et devaient constamment avoir leur téléphone à portée de main pendant la semaine du rendez-vous. Cette pratique fut modifiée, la plage horaire des appels de rendez-vous étant maintenant à l'intérieur de deux heures.

Activités liées au système de plaintes

Cette section du rapport englobe la participation aux activités des différents comités (consulter l'Annexe C), y compris les Comités des usagers, d'Éthique et de Vigilance du CUSM. Nous organisons des séances de formation et d'information sur le régime d'examen des plaintes à l'intention de la communauté du CUSM et d'étudiants dans le domaine de la santé à l'Université McGill ou ailleurs. Nous répondons aussi aux invitations de tout autre groupe qui souhaite mieux connaitre le système de plainte au CUSM et les services que nous offrons.

Nous participons 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. Nous sommes notamment membres de la Fédération Canadienne des Ombudsman (FCO), et avons des liens avec nos vis-à-vis canadiens, les *Patients Representatives* des autres provinces.

Cette année nous avons participé à la création de nouveau regroupement provincial des commissaires aux plaintes. Il s'agit d'une association formée par les commissaires pour les commissaires, commissaires-adjoints et les professionnels des bureaux d'examens des plaintes dans le but de partager et développer les bonnes pratiques et l'expertise, pour organiser des activités de formation et pour représentation auprès des partenaires et instances impliquées dans l'examen des plaintes comme le regroupement des médecins examinateurs, le Centre d'assistance et accompagnement aux plaintes (CAAP), le bureau du Protecteur du citoyen, la Commissaire-Conseil, le MSSS et les comités des usagers.

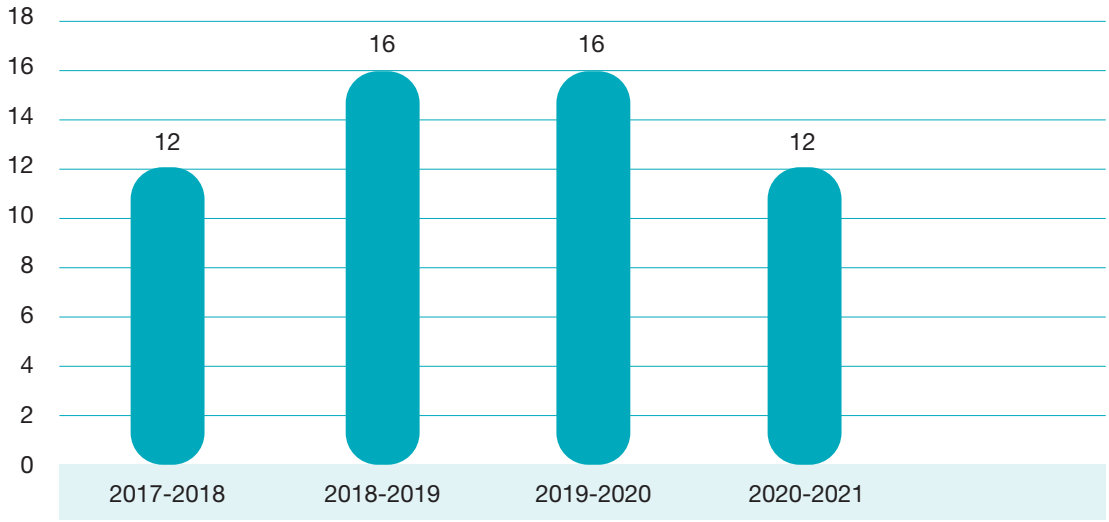
La majorité de nos activités (près de 70%) sont des activités de promotion des droits et obligations des usagers et de promotion et présentation du régime d'examen des plaintes auprès du personnel. Notons également notre participation au Comité de vigilance, un comité du Conseil d'administration du CUSM, qui a pour but d'assurer le suivi des recommandations reliées à la qualité et émanant des différents groupes d'audit incluant les recommandations de notre bureau et celles du Protecteur du citoyen.

II/

Protecteur du citoyen__

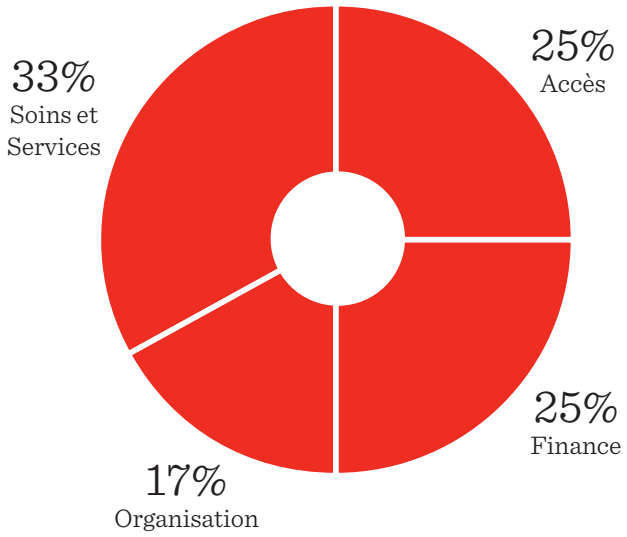
En 2020-2021, douze (12) nouveaux cas ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen par des plaignants insatisfaits du traitement de leur plainte ou des conclusions rendues par la commissaire. Dans cinq (5) de ces cas le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées et un dossier a été rejeté. Dans trois (3) cas des recommandations furent reçues et mises en application par le CUSM. Le bureau de la commissaire est en attente de conclusions dans quatre (4) dossiers qui sont toujours au niveau du Protecteur.

Graphique 11 : Nombre total de cas adressés au Protecteur du citoyen 2017-2021



Tel que démontré dans le **graphique 12**, la question des soins et services occupe le premier rang des quatre sujets qui constituent les principaux motifs de plaintes étudiées par le Protecteur du citoyen. Les plaintes concernant les soins et services visent principalement les décisions cliniques, le jugement professionnel, le traitement reçu, l'approche thérapeutique.

Graphique 12 : Motifs des plaintes allant au Protecteur du citoyen



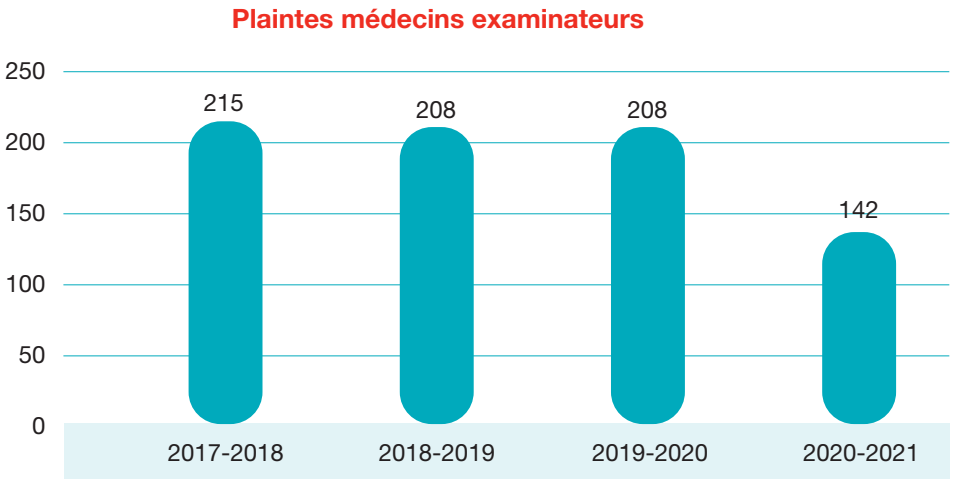
III/

Médecins **examinateurs**

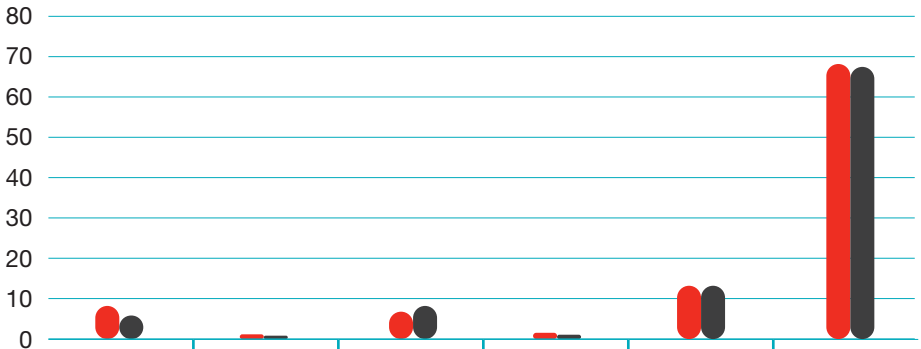
Le nombre de cas soumis aux médecins examinateurs du CUSM a diminué en 2020-2021, comme le démontre le **graphique 13**. Une partie de ce déclin est lié au fait que dès le 24 mars 2020 le gouvernement annonce la fermeture de tous les services sauf les services essentiels et le 27 mars, la ville de Montréal annonce l'état d'urgence sanitaire[6]. Dès ce moment les chirurgies électives sont arrêtées, des lits voués à l'urgence pandémique doivent être créés parmi ceux qui existent et les cliniques doivent réduire de façon majeure leurs activités.

[6] Voir le site internet précité pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps.

Graphique 13 : Nombre total de plaintes soumises aux médecins examinateurs 2017-2021



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



	Accès	Finance	Droits	Organis.	Relation	Soins/ser
2019-2020	8.49	0.94	7.08	1.42	13.68	68.4
2020-2021	6.33	0.63	8.23	0.63	16.46	67.72

Les principaux motifs des plaintes reçues par les médecins examinateurs se situent dans la catégorie des soins et services. Ce sont des questions relatives au jugement professionnel, à la communication avec les patients et familles et aux compétences techniques.

IV/

Comité de révision du CUSM

Le Comité de révision est un comité du Conseil d'administration du CUSM qui a le mandat d'examiner, en deuxième recours, les plaintes des usagers en désaccord avec les conclusions des médecins examinateurs. Il est composé de trois (3) membres.

Pour les audiences du 21 mai 2020 et du 18 juin 2020, les membres étaient :

- Dre Sarah Prichard (présidente)
- Dr Thomas Milroy
- Dr Antoine Loutfi

Pour les audiences du 18 novembre 2020 et du 26 novembre 2020, les membres étaient :

- Dre Sarah Prichard (présidente)
- Dr Thomas Milroy
- Dr Michael Churchill-Smith

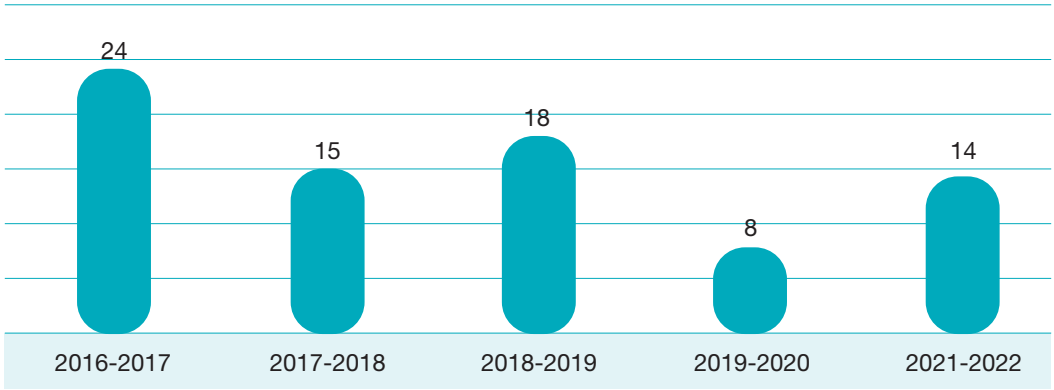
En 2020-2021, le Comité de révision a étudié 14 demandes de révision. Le Comité s'est réuni quatre (4) fois (le 21 mai 2020, le 18 juin 2020, le 18 novembre 2020 et le 26 novembre 2020) afin de statuer dans le cadre de ces 14 dossiers. Le Comité a examiné 10 demandes de révision formulées durant l'exercice financier 2020-2021 et 4 dossiers reçus dans des exercices financiers précédents.

Conformément à la loi, le Comité a conclu, motifs à l'appui, aux options suivantes : 2020-2021 :

	2020-2021
1° confirmer les conclusions du médecin examinateur	10 cas
2° requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le Comité	3 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	1 cas
4° recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.	0 cas

Les motifs de plainte visaient essentiellement l'accessibilité (délai pour obtenir les soins et services), la qualité des soins et des services, la communication (relation professionnel-patient), les délais d'attente et la continuité des soins (la fluidité des services reçus à travers le continuum de services).

Graphique 15 : Nombre total des cas présentés au Comité de révision du CUSM 2016-2021



V/

Comité de vigilance du CUSM[7]__

Le Comité de vigilance est composé des cinq (5) personnes suivantes :

- Dr Pierre Gfeller, PDG du CUSM;
- Lynne Casgrain, commissaire aux plaintes;
- Deep Khosla, membre indépendant du Conseil d'Administration (CA);
- Dre Sarah Prichard, membre indépendante du CA;
- Seeta Ramdass, membre du CA désignée par le comité des usagers du CUSM

En 2020-2021, le Comité s'est réuni quatre (4) fois (le 28 mai 2020, le 3 septembre 2020, le 3 décembre 2020 et le 3 mars 2021). Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts au CUSM, le Comité a assuré le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du Citoyen relativement aux plaintes ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS

Le Comité a également pris connaissance des recommandations formulées par plusieurs ordres professionnels et instances intéressées à la qualité des services dispensés au CUSM et en a fait rapport aux rencontres du Conseil d'administration. De plus, des présentations furent effectuées à chacune des rencontres sur les problématiques ciblées.

[7] La description des activités du comité se retrouve à l'annexe E.

VI/

Objectifs en 2021-2022

En 2021-2022, le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM s'engage à:

- Faire le suivi des progrès périodiques (automne, hiver été) de l'avancement du CUSM pour améliorer l'accès téléphonique pour patients et leurs proches;
- Faire le suivi de la situation des délais et des dépassements à l'urgence;
- Participer aux activités du Comité des usagers visant à promouvoir le système de plaintes et des droits des usagers;
- Continuer de 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;
- Continuer d'évaluer nos processus afin d'améliorer notre efficacité et la qualité de nos dossiers;
- Poursuivre les efforts pour un accès simple et rapide à nos services;
- Continuer d'offrir des messages télévisuels sur les écrans du CUSM sur les mécanismes d'accès au système de plainte afin de favoriser l'accès à nos services pour toutes les clientèles;
- Continuer de renforcer nos liens avec nos partenaires dans le réseau afin de mieux desservir les clientèles culturelles diversifiées.

VII/
Conclusion

Dans ce 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 les thématiques soulevées cette année sont différentes des années précédentes puisque reliées directement à la pandémie et à ses effets collatéraux sur les services de santé, le message qui se dégage de ce rapport en fin d'année et fin de pandémie demeure encore la question de « l'accès aux soins et aux services », plus précisément l'accès téléphonique.

Cette année 50% de la catégorie accès aux soins et services est réservée au problème de l'accès téléphonique. Cette problématique paraissait s'estomper en 2019-2020 mais suite à la pandémie les patients et familles se retrouvent à nouveau avec le problème éternel qu'il faut régler. Dans ces circonstances et considérant que l'amélioration de la communication au CUSM, à tous les niveaux, demeure à la base de meilleurs soins et d'une meilleure coordination des soins nous prenons une autre approche pour l'année 2021-2022 et nous allons suivre ce problème sans relâche et vous en faire part au cours de l'année 2021-2022.

Nous souhaitons remercier encore les patients et leurs familles ainsi que le personnel du CUSM. Nous le répétons mais il est vrai : c'est l'éloquence et la détermination des patients et de leurs familles vis-à-vis leurs plaintes qui permettent souvent que la prochaine personne aura droit à de meilleurs soins et services. C'est également parce que le personnel souhaite profondément offrir des services de qualité et 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.

Ce rapport de l'année COVID-19 nous laisse devant plusieurs défis : maintien des services, rattrapage de toutes sortes, de chirurgies, d'examens, de suivi médical sur un fond d'épuisement de tous, patients comme professionnels de la santé, et bien sûr, le débordement des urgences. Il est certain que nos urgences débordantes en 2019-2020 et délaissées en 2020-2021 seront à nouveau dans des situations critiques en 2021-2022.

C'est dans ce contexte que se poursuivra notre mandat en cette nouvelle année, où nous nous assurerons de collaborer au meilleur de nos capacités avec les intervenants du CUSM et nos partenaires réseau afin d'allier le respect des droits des usagers, la qualité et la sécurité des soins malgré une situation post-pandémique éprouvante.

Soumis avec respect,

Lynne Casgrain

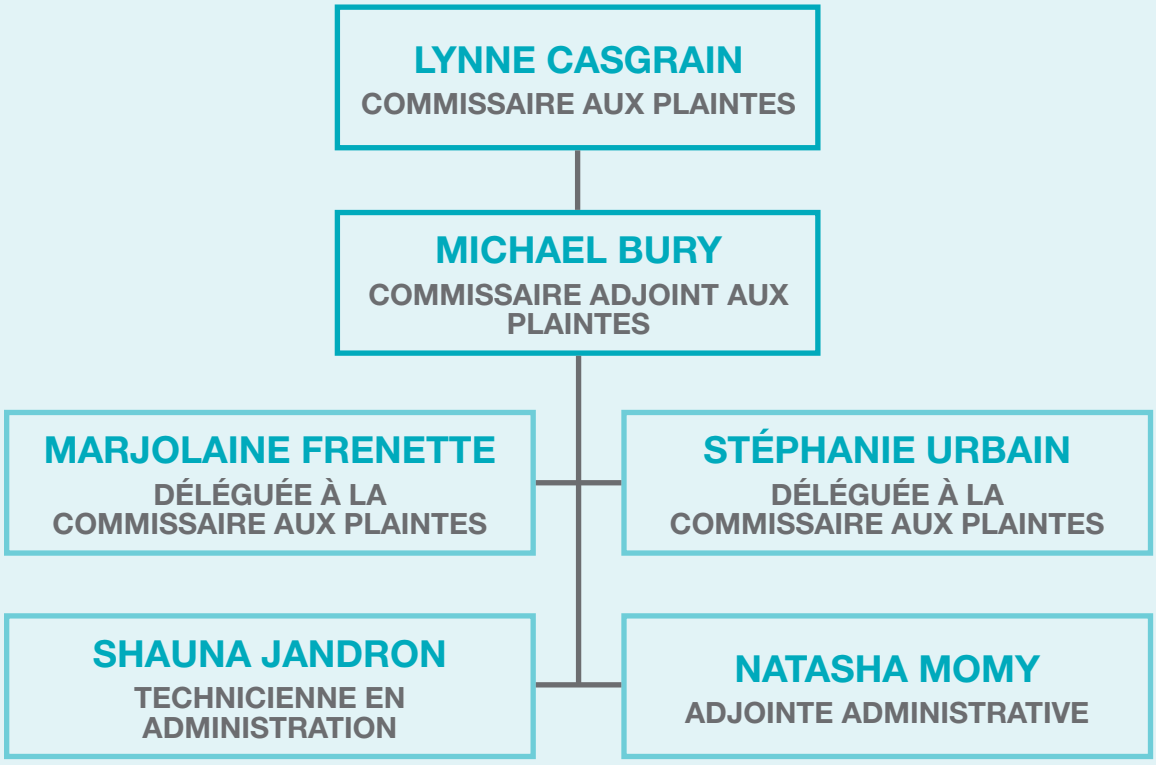
COMMISSAIRE AUX PLAINTES

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Annexes

ANNEXE A : ORGANIGRAMME DU BUREAU DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES

ÉQUIPE CUSM 2020 – 2021



MÉDECINS EXAMINATEURS

- **DR JOSHUA CHINKS,** MÉDECIN EXAMINATEUR EN CHEF
- **DR DOMINIC CHALUT**
- **DRE JOSEPHINE PRESSACCO**
- **DR ZACHARY LEVINE**
- **DR MANUEL BOROD**
- **DRE PASCALE DES ROSIERS**

Téléphone: 514-934-8306

Courriel: ombudsman@muhc.mcgill.ca

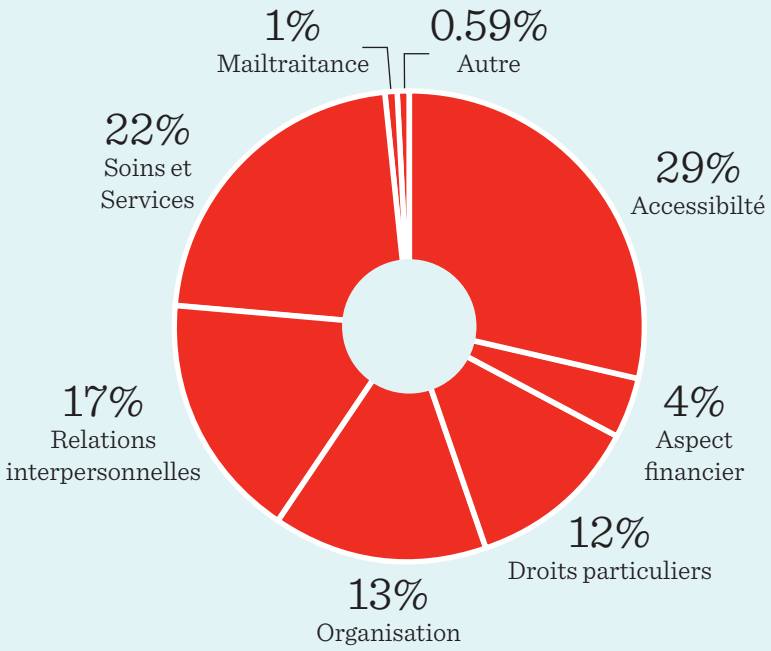
Site web: https://cusm.ca/patients/bureau-de-la-commissaire-aux-plaintes

ANNEXE B : MOTIFS DES PLAINTES ÉTUDIÉES

À noter qu'il peut exister plus d'un motif par plainte. Le nombre total de plaintes conclues pour l'année 2020-2021 totalise 1018[8].

CATÉGORIES DE MOTIFS	
Accessibilité	293
Aspect financier	42
Droits particuliers	120
Organisation du milieu et ressources matérielles	150
Relations interpersonnelles	170
Soins et services dispensés	228
Maltraitance	9
Autre	6

Graphique 16 : Graphique illustrant les motifs des plaintes étudiées



[8] 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.
- R**elations 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'usager et dossier de plainte, participation de l'usager, 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:

- Difficulté d'accès téléphonique
- 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 intervenions;
- Compétence technique et jugement professionnel liés aux soins;

Relations interpersonnelles

- Manque d'empathie, de fiabilité ou de politesse ;

Maltraitance

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 2020-2021

Membre ou participant des comités suivants :

- Comités des usagers des sites hospitaliers et Comité central des usagers – pas de rencontre en personne
- Comité d'éthique organisationnelle du CUSM – sur invitation
- Association provinciale des Commissaires aux plaintes du réseau de santé
- Forum canadien des ombudsmans – activités de cafés midi - rencontres ZOOM
- Comité du CUSM pour un milieu respectueux - TEAMS
- Comité de vigilance -TEAMS
- Présentation sur le système de plaintes et la gestion de comportements difficiles

ANNEXE E : LEXIQUE

Assistance : Ce terme désigne toute demande d'aide ou d'assistance pour **(1)** accéder 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 un sous-comité du Conseil d'administration (CA) composé de représentants du CA, de patients et, sur invitation, de gestionnaires. 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 et à la qualité des services : 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 un dossier où un administrateur, gestionnaire ou patient 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 informations ou 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, en somme ses fonctions ressemblent à celles d'un ombudsman médical.

Protecteur du Citoyen ou de l'usager *(Bureau du Protecteur du citoyen)* : Ces termes, utilisés 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. Il a également un devoir de surveillance des lois.

ANNEXE F : LES SITES DU CUSM ET D'OPTILAB-CUSM

Le CUSM ou Centre Universitaire de Santé McGill comprend les sites suivants :

- Site Glen pour adultes (adresse)
- Site Glen pour enfants
- HGM
- HNM
- Hôpital de Lachine

La grappe de laboratoires **OPTILAB-CUSM** regroupe les laboratoires des institutions suivantes :

Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

- Site Glen, adultes/enfants
- Hôpital général de Montréal
- Hôpital de Lachine

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- Hôpital général juif

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- Centre hospitalier de Saint Mary's
- Hôpital général du Lakeshore
- Hôpital de LaSalle

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

- Hôpital et CLSC de Val-d'Or
- CLSC de Senneterre
- Hôpital de Rouyn-Noranda
- Hôpital d'Amos
- Centre de soins de courte durée La Sarre (CSCD)
- Pavillon Sainte-Famille
- Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

- Centre de santé Inuulitsivik
- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

- Hôpital de Chisasibi
- CMC Mistissini

ANNEXE G : LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Nombre total de fichiers et de plaintes reçus au cours de la période 2018-2021 — 6

Graphique 2 : Pourcentage (%) comparant les catégories de plaintes sur une période de trois ans — 7

Graphique 3 : Sous-catégories de plaintes liées à l'accès aux soins — 8

Graphique 4 : Plaintes liées à l'accès téléphonique 2017-2021 — 9

Graphique 5 : Délais d'examen des plaintes — 12

Graphique 6 : Abandon de plaintes par le patient et rejets — 13

Graphique 7 : Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes — 14

Graphique 8 : Nombre total d'interventions 2017-2021 — 16

Graphique 9 : Nombre total de demandes d'assistance 2017-2021 — 17

Graphique 10 : Nombre total des consultations 2017-2021 — 18

Graphique 11 : Nombre total de cas adressés au Protecteur du citoyen 2017-2021 — 23

Graphique 12 : Motifs des plaintes allant au Protecteur du citoyen — 23

Graphique 13 : Nombre total de plaintes soumises aux médecins examinateurs 2017-2021 — 25

Graphique 14 : Pourcentage (%)comparant les catégories de plaintes sur une période de deux ans — 25

Graphique 15 : Nombre total des cas présentés au Comité de révision du CUSM 2016-2021 — 27

Graphique 16 : Graphique illustrant les motifs des plaintes étudiées — 33

Centre universitaire
de santé McGill

McGill University
Health Centre