

**Bureau de la
commissaire
aux plaintes du
CUSM**

**Rapport
annuel**

2019/20

Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

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 téléphoniques	9
Plaintes liées à l'accès aux services d'urgence	10
Délais d'examen des plaintes	11
Abandon de plaintes par le patient et rejets	12
Actions prises suite aux plaintes conclues	13
Interventions	15
Intervention liée à la facturation des non-résidents à l'urgence	16
Demandes d'assistance	17
Consultations	18
Maltraitance	19
Activités liées au système de plaintes	19
II. Protecteur du citoyen	20
III. Médecins examinateurs	22
IV. Comité de révision du CUSM	24
V. Comité de vigilance du CUSM	26
VI. Objectifs en 2020-2021	27
VII. Conclusion	28
Annexes	29
Annexe A : Organigramme du Bureau de la commissaire aux plaintes	30
Annexe B : Motifs des plaintes étudiées	31
Annexe C : Catégories et motifs de plaintes	32
Annexe D : Activités du Bureau de l'ombudsman pour l'année 2019-2020	33
Annexe E : Lexique	34
Annexe F : Liste des tableaux et des graphiques	35

Présentation du Rapport 2019-2020

Ce rapport annuel de la commissaire aux plaintes du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) présente les données probantes de l'année 2019-2020.¹ Conformément à la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec (LSSSS), ce rapport comprend (I) le rapport des commissaires aux plaintes, (II) le nombre de cas revus par le Protecteur du citoyen, (III) le rapport des médecins examinateurs, (IV) le rapport du Comité de révision et (V) un résumé des travaux du Comité de vigilance². Nous présentons également (VI) nos objectifs et conclusion de l'année 2019-2020.

Dans la section de la Commissaire aux plaintes, nous nous attarderons à des problématiques systémiques qui sont ressorties de l'examen des plaintes, entre autres la situation des urgences et la facturation des visites à l'urgence chez les patients non assurés.

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 nous constatons enfin que la situation s'est améliorée, ce que nous verrons plus en détail ci-dessous.

Enfin, nous verrons certains effets de la présente pandémie sur les activités du Bureau de la Commissaire aux plaintes.

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.



Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM

Le nombre de plaintes et d'autres demandes reçues et détaillées dans ce rapport devrait être interprété dans le cadre de notre mandat à l'égard du système de santé québécois. Ainsi, les principales responsabilités et fonctions de la commissaire aux plaintes sont, 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.

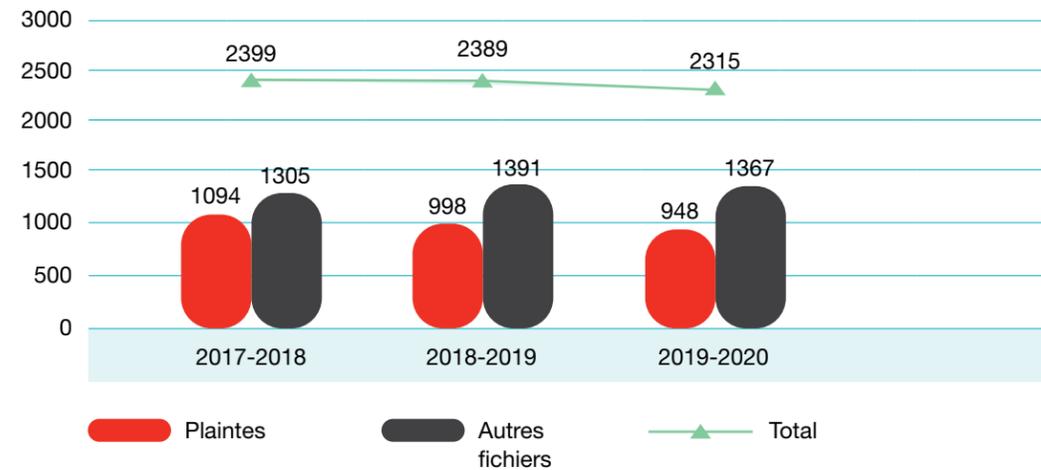
Plaintes et autres³ fichiers ouverts

Tel qu'illustré par le tableau et le graphique ci-dessous, le nombre de plaintes a diminué de 5% durant la dernière année. Par ailleurs, le nombre de personnes ayant contacté le Bureau, que ce soit pour une plainte ou une autre sorte de demande/dossier (une assistance ou une consultation), a diminué en partie dû au fait que l'année a été écourtée d'un mois exceptionnellement, suite à la réduction importante des services lors du confinement.

Fichiers ouverts par le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM			
2017 à 2020			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Plaintes reçues	1094	998	948
Autres fichiers ouverts	1305	1391	1367
Total	2399	2389	2315

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.

Graphique 1: Nombre total de fichiers et de plaintes reçus au cours de la période 2017-2020



Effectivement, 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. Les hôpitaux et le personnel du CUSM ont répondu à l'appel du Ministère de la Santé du Québec de créer des lits et d'augmenter le nombre de services pour accommoder la crise potentielle de la COVID-19. La situation de crise a eu pour effet de réduire au maximum les activités cliniques, et d'interdire l'accès à l'hôpital pour tout visiteur. Le nombre d'appels à nos bureaux a donc chuté sensiblement en mars 2020 étant donné la préoccupation et la préparation universelles en lien avec la pandémie.

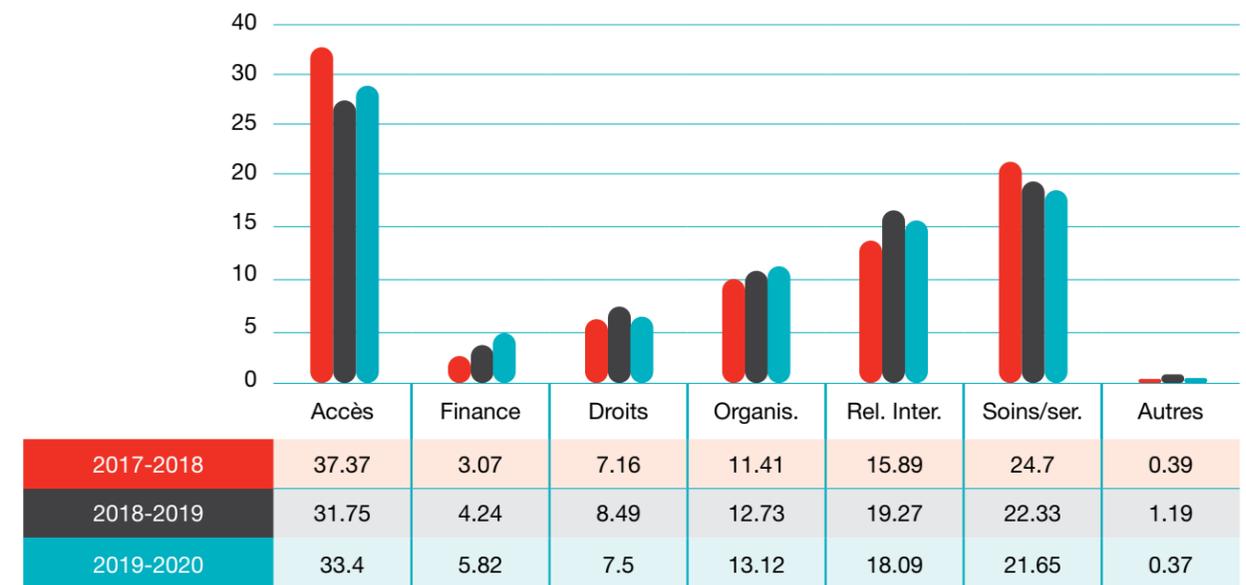
Par ailleurs, cette baisse des plaintes et autres dossiers est aussi liée à une nette amélioration de l'accès téléphonique au CUSM en 2019-2020.

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

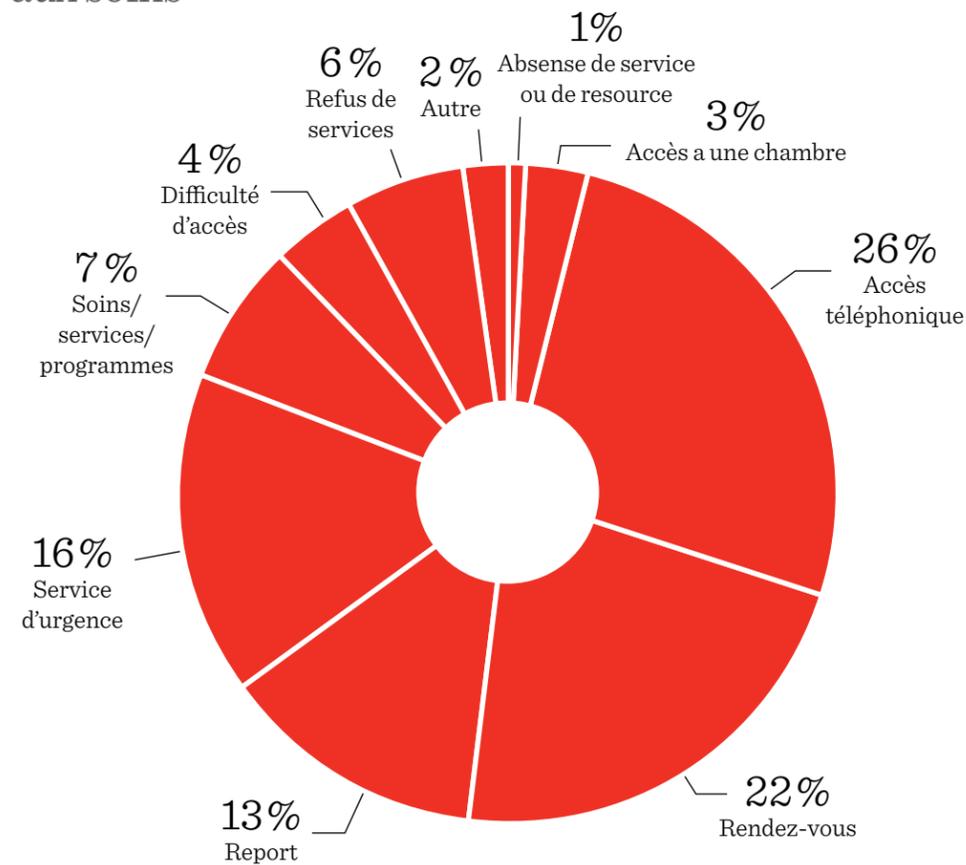


Chaque année, nos données démontrent que la catégorie Accès est de loin la plus problématique pour les usagers. Cette année, nous avons constaté une légère augmentation des plaintes liées à l'accessibilité. Nous constatons toutefois que l'accès téléphonique s'est nettement amélioré depuis 4 ans. Cependant nous demeurons préoccupés par l'accès aux soins de façon générale, par exemple, les délais aux urgences, les difficultés d'accès à certaines cliniques, les attentes à ces cliniques, les délais pour examens et chirurgies, etc. Nous attribuons une partie de cette hausse de plaintes d'accès aux problèmes d'attente et de congestion dans les urgences du CUSM. Nous élaborerons plus loin sur cet aspect.

Par ailleurs, 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.

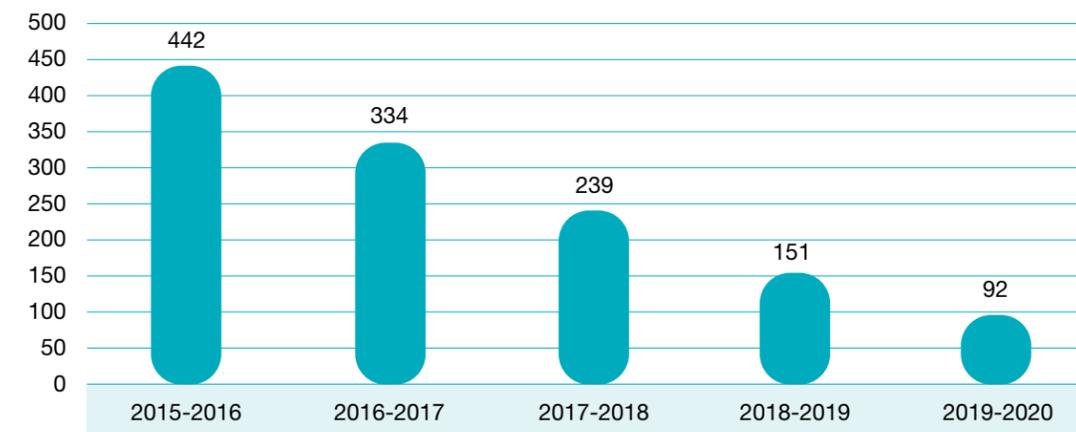
Graphique 3: Sous-catégories de plaintes liées à l'accès aux soins



Plaintes d'accès téléphonique

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

Graphique 4: Plaintes liées à l'accès téléphonique 2015-2020



Depuis 2016 et 2017, nous notons une diminution de 350 plaintes seulement en ce qui concerne l'accès téléphonique. Nous continuerons de surveiller cette problématique pour nous assurer de la pérennité de cette amélioration, et parce que la communication dans notre système de santé est toujours perfectible et primordiale. Nous anticipons par ailleurs que la reprise des activités va créer une augmentation des plaintes, surtout liées à l'accès.

Plaintes liées à l'accès aux services d'urgence

Dans le rapport annuel de 2018-2019, nous avons souligné l'augmentation du nombre de dossiers reliés aux services d'urgence, en particulier l'augmentation du nombre de patients des catégories les plus urgentes, l'attente avant la prise en charge médicale, et les délais avant le transfert à un lit lorsqu'admis. Or ce problème a pris de l'envergure en 2019-2020, jusqu'à ce que la pandémie ait l'effet de diminuer drastiquement les visites à l'urgence en mars 2020. Cependant nous croyons que le phénomène risque de revenir à des niveaux alarmants, considérant que les patients qui affluaient aux urgences du CUSM jusqu'alors y étaient pour des raisons urgentes et souvent complexes.

Le problème des temps d'attente aux urgences est complexe et il s'agit d'un problème multifactoriel associé entre autres à :

- La disponibilité des lits à l'hôpital;
- 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 de l'urgence;
- La complexité des patients présents à l'urgence.

Certains de ces facteurs sont systémiques et doivent être adressés par le CUSM en collaboration avec d'autres entités. Comme notre mandat est limité au CUSM, nous ne sommes pas en mesure d'examiner les facteurs qui sont liés à des entités externes. Par ailleurs, la question du flux des patients fait l'objet d'une rencontre quotidienne et du personnel est dédié et spécialisé dans la gestion complexe des lits pour que celle-ci soit optimisée. Cet hiver, une unité de débordement a été ouverte à l'Hôpital Général de Montréal. De plus, des discussions ont eu lieu entre le CUSM et le Ministère de la santé pour identifier des solutions. Le CUSM a également revu certains de ces aspects avec d'autres établissements de santé afin d'aider avec le transfert de patients dans la communauté. Un mémo contenant des recommandations de pratiques pour la gestion du flux des patients a aussi été envoyé aux médecins du CUSM.

⁴ http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf, où les catégories 1 à 3 représentent respectivement les cas de réanimation, les cas très urgents et les cas urgents.

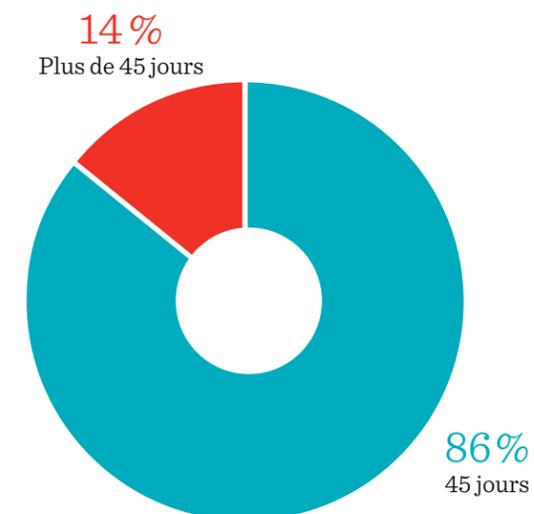
Ce que nous retenons de 2019-2020 sera en partie l'augmentation très importante, et à grande échelle au Québec également, de l'achalandage dans les salles d'urgence du nombre de patients qui nécessitaient les soins les plus urgents, c'est-à-dire de catégories 1, 2 et 3 selon l'Échelle canadienne de triage pour les départements d'urgence⁴, alors que les moyens de donner ces soins et le personnel formé demeurent presque identiques aux années précédentes. Cette situation a des répercussions dans tout le système et exacerbe les difficultés qu'ont les patients d'obtenir les soins requis.

En conséquence de notre analyse de ces données, nous considérons qu'il est impératif pour le CUSM de continuer ses démarches avec le Ministère pour assurer un accès dans des délais raisonnables aux soins et services d'urgence.

Délais d'examen des plaintes

Tel que l'illustre le **graphique 5**, la grande majorité des plaintes (86%) a été étudiée à l'intérieur de 45 jours lors de l'année 2019-2020. 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. Nous anticipons des délais plus importants pour l'année 2020-2021, en conséquence de la pandémie.

Graphique 5 : Délais d'examen des plaintes

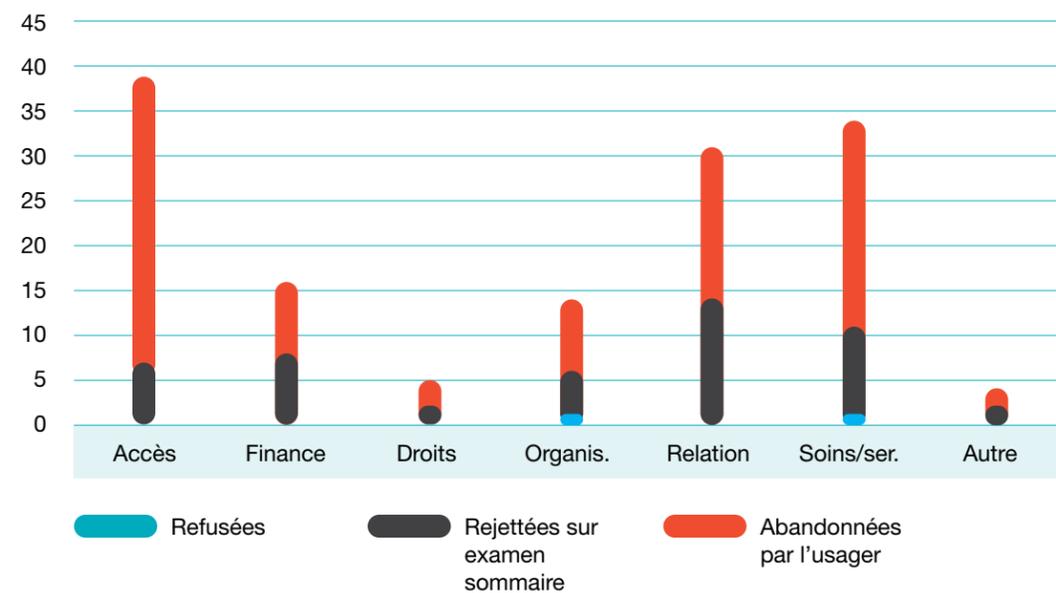


Abandon de plaintes par le patient et rejets

Comme il est de coutume, la grande majorité des plaintes étudiées ont été jugées recevables (95%). Néanmoins, 48 plaintes ont été rejetées sur examen sommaire, 2 ont été refusées et 93 ont été abandonnées par l'utilisateur depuis la formulation du dernier rapport.

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

Graphique 6 : Abandon de plaintes par le patient et rejets



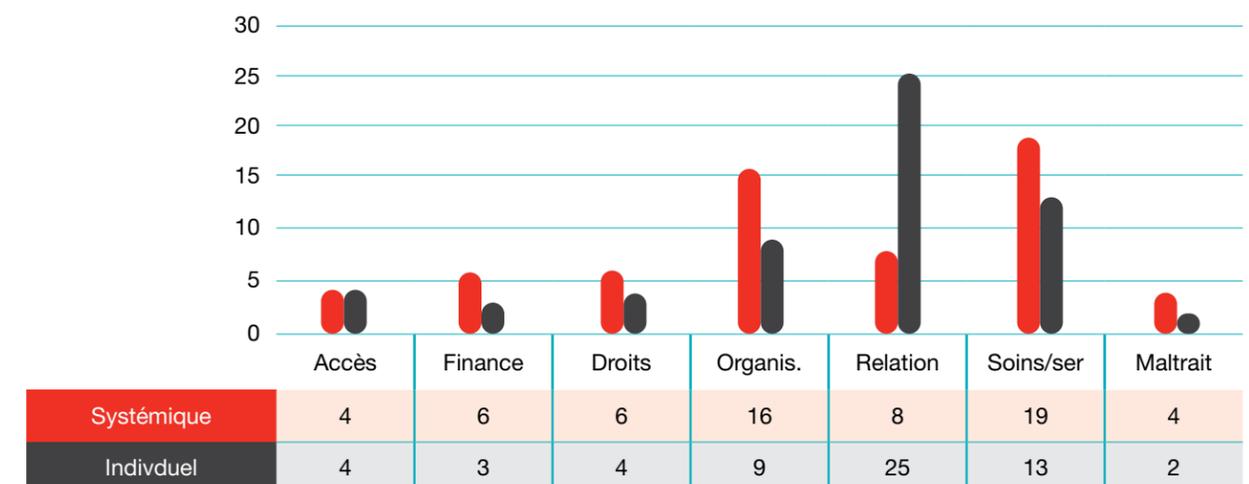
Actions prises suite aux plaintes conclues

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, 123 mesures ont été mises en œuvre en 2019-2020 : 61 étaient à portée systémique et 62 étaient individuelles.

Nous soulignons que les recommandations et engagements ont tous été acceptés et appliqués.

Graphique 7 : Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes



Les mesures individuelles visent fréquemment l'encadrement du personnel (22), la sensibilisation des intervenants (10) ou la formation (5). Parmi les mesures systémiques, nous retrouvons des changements de protocoles cliniques ou administratifs (10), de l'ajout de matériel de communication (11), de l'ajustement technique (5) ou financier (5). Voici quelques exemples de mesures ou d'engagements individuels et systémiques au cours de l'année étudiée:

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

- Une formation donnée à du personnel administratif sur la qualité du service à la clientèle;
- Rappel au personnel infirmier d'une unité de documenter adéquatement au dossier le transfert d'un usager vers une autre installation. (Note : le rappel au personnel d'assurer une documentation adéquate est fait individuellement et de façon systémique);
- Mise à jour de pamphlets d'informations sur le fonctionnement d'une unité de soins;
- Formation sur la suction nasopharyngée au personnel infirmier;
- Révision de cas cliniques complexes à des fins d'apprentissage et de sensibilisation

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

- 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;
- Amélioration du transport d'échantillons au service OPTILAB;
- Modification de la politique de stationnement relativement à la conversion de passes;
- Ajouts de chaises roulantes;
- Développement d'un protocole en cas d'extravasation pour un médicament irritant

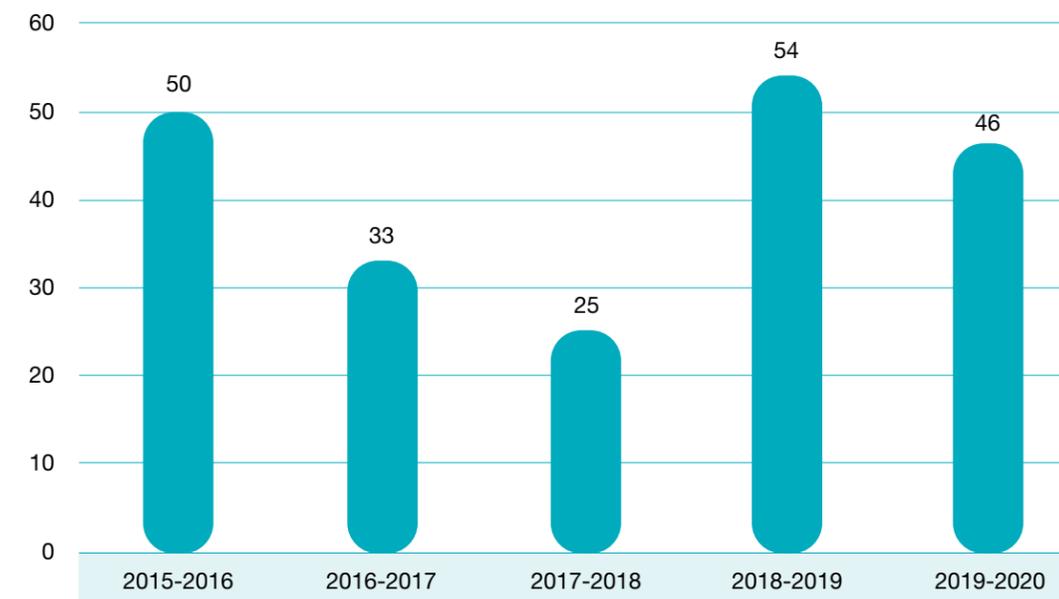
Finalement, nous soulignons que parfois des *démarches d'amélioration* sont mises en place par le service ou département par la seule transmission d'une plainte. Ainsi, la plainte devient l'occasion d'améliorer les services, l'attitude, ou l'accès, à travers de petits gestes, sans échéancier formel et sans fanfare. Ces améliorations sont notées dans notre système électronique de gestion de dossiers. Nous avons recensé ces démarches d'amélioration dans 351 dossiers 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 2019-2020, nous avons ouvert 46 dossiers d'intervention. Encore cette année, un grand nombre de nos interventions visaient l'accès aux soins et services et l'organisation de l'hôpital. Voici quelques instances où des interventions ont été entamées : entrée à sécuriser, listes d'attente, délais aux urgences, communication entre les services, etc

Graphique 8 : Nombre total d'interventions 2015-2020



Intervention liée à la facturation des non-résidents à l'urgence

Nous avons reçu, sous forme de plaintes et de demandes d'assistance, une trentaine (31) de dossiers de patients non-résidents du Canada où le patient ou sa famille se plaignait d'avoir reçu des factures pour des services non-reçus. Il s'agit de cas où le patient a décidé, après l'enregistrement à l'urgence, de quitter plutôt que d'attendre, mais se voyait facturer les frais pour les soins d'urgence. Ainsi, ces patients se retrouvaient avec des factures qui étaient conformes aux exigences de la circulaire ministérielle, mais qui nous apparaissaient inéquitables puisque le patient n'avait été vu ni par l'infirmière du triage ni par le médecin.

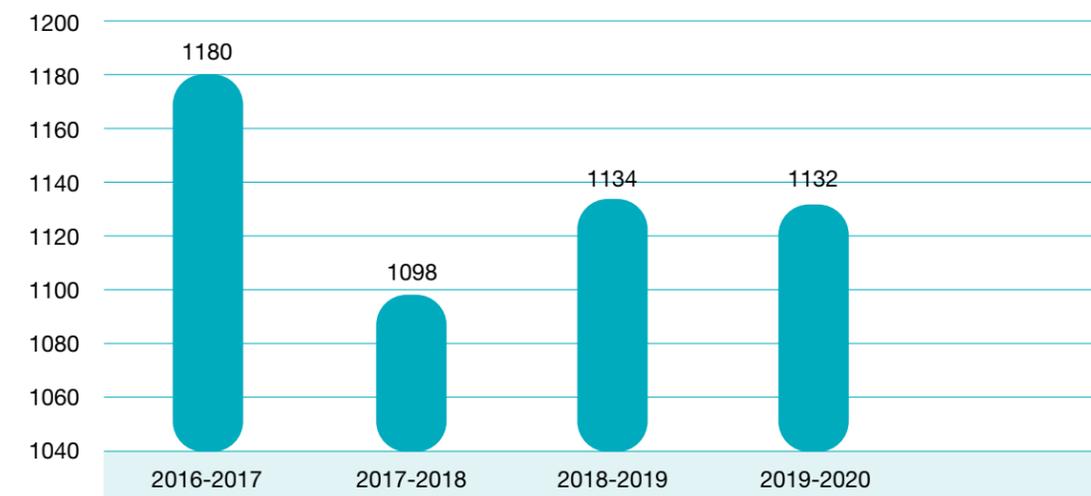
Grâce à l'importante collaboration de la Direction des finances, le CUSM et le MSSS ont pu améliorer la situation pour tous ces usagers en modifiant les modalités inscrites à la circulaire et en s'assurant d'une facturation plus équitable pour les usagers non-résidents à travers la province.

Demandes d'assistance

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. Elles peuvent également se limiter à de simples 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.

Nous avons reçu 1132 demandes d'assistance cette année.

Graphique 9 : Nombre total de demandes d'assistance 2016-2020



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, on note un nombre important de consultations, signe d'un souci du respect des droits des usagers, de la participation de la famille et de la sécurité du personnel. Un certain nombre de ces consultations sont liées à des relations conflictuelles et éprouvantes entre les équipes et les familles requérant beaucoup de ressources ainsi qu'un soutien de la part de l'établissement (direction, services juridiques).

Graphique 10 : Nombre total des consultations 2016-2020



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. Ainsi en 2019-2020 nous avons reçu une plainte alléguant de la maltraitance et 6 signalements de maltraitance, traités et référés rapidement.

Activités liées au système de plaintes

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

Enfin, 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 Ombudsmen (FCO), et avons des liens avec nos vis-à-vis canadiens, les *Patients Representatives* des autres provinces.

Nous avons également offert des présentations sur le système de plainte du CUSM et certains de ses aspects particuliers à l'université McGill (sciences infirmières et travail social).

20

Protecteur du citoyen

En 2019-2020, seize (16) 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 sept (7) de ces cas le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées et un dossier a été rejeté. Dans quatre (4) cas des recommandations furent reçues et mises en application par le CUSM. Cependant, dans un de ces dossiers trois recommandations sont dirigées conjointement au CUSM et au MSSS. Le bureau de la commissaire est en attente de conclusions dans deux (2) dossiers qui sont toujours au niveau du Protecteur.

Graphique 11 : Nombre total de cas adressés au Protecteur du citoyen 2016-2020

Période	Nombre de cas
2016-2017	9
2017-2018	12
2018-2019	16
2019-2020	16

Tel que démontré dans le graphique 12, l'organisation du milieu et la question des soins et services constituent les principaux motifs de plaintes étudiées par le Protecteur du citoyen.

Graphique 12 : Motifs des plaintes allant au Protecteur du citoyen

Motif	Pourcentage
Soins et Services	40%
Accès	20%
Droits	20%
Organisation	5%
Maltraitance	5%
Finance	5%
Relations interpersonnelles	5%

21

22

Médecins examineurs

Un poste de Médecin-examineur-en-chef a été créé en fin d'année afin de rehausser la qualité des enquêtes et du processus de plainte médicale pour les usagers du CUSM. En outre, le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens du CUSM a nommé à ce poste le Dr Joshua Chinks. Cette nomination a été entérinée par le Conseil d'Administration.

Le nombre de cas soumis aux médecins examineurs du CUSM est demeuré stable en 2019-2020, comme le démontre le **graphique 13**.

Graphique 13 : Nombre total de plaintes soumises aux médecins examineurs 2017-2020

Plaintes médecins examineurs

Période	Nombre de plaintes
2017-2018	215
2018-2019	208
2019-2020	208

Graphique 14 : Pourcentage (%) comparant les catégories de plaintes

Catégorie	2018-2019 (%)	2019-2020 (%)
Accès	2.61	8.49
Finance	1.30	0.94
Droits	7.39	7.08
Organisations	1.30	1.42
Relation	11.74	13.68
Soins/services	75.65	68.40

Les principaux motifs des plaintes reçues par les médecins examineurs 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. Nous notons une hausse importante de la question des délais des soins et services. Les médecins examineurs présenteront ces problèmes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CUSM et surveillent ces aspects des soins et services.

23

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:

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

En 2019-2020, le Comité de révision a étudié 8 demandes de révision. Le Comité s'est réuni trois (3) fois (le 27 mai 2019, le 20 juin 2019 et le 24 octobre 2019) afin de statuer dans le cadre de 8 dossiers. Le Comité a examiné 3 demandes de révision formulées durant l'exercice financier 2019-2020 et 5 dossiers reçus dans des exercices financiers précédents.

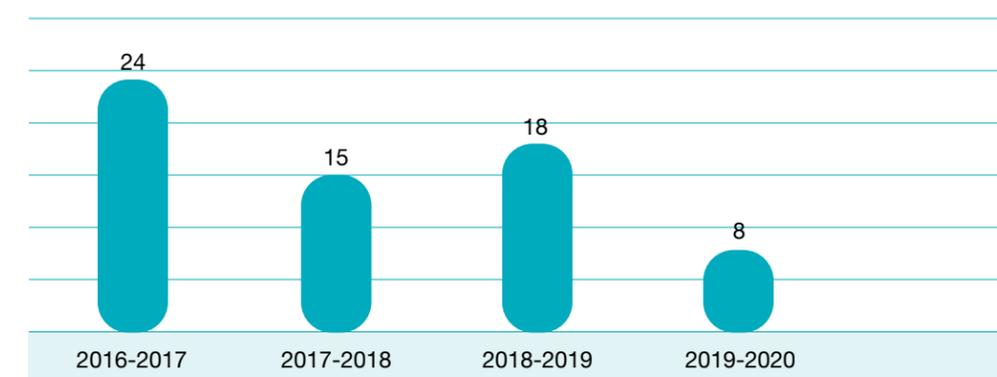
La rencontre prévue pour le 19 septembre 2019 a été annulée par manque de demandes de révision et la réunion prévue pour le 5 décembre 2019 a été annulée en raison de circonstances imprévues. Les demandes de révisions reçues après le 24 octobre 2019 ont été étudiées par le Comité de révision lors de l'exercice financier suivant.

Conformément à la loi, le Comité a conclu, motifs à l'appui, aux options suivantes : 2019-2020 :

	2019-2020
1° confirmer les conclusions du médecin examinateur	7 cas
2° requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le Comité	1 cas
3° lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires	0 cas
4° recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.	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), 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 2016-2020



V/

Comité de vigilance du CUSM⁵

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 2019-2020, le comité s'est réuni deux (2) fois (le 5 septembre 2019 et le 5 décembre 2019). Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts au CUSM, le comité a assuré le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyens sociaux 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 fait rapport aux rencontres du conseil d'administration. De plus, des présentations furent effectuées à chacune des rencontres sur des problématiques ciblées.

⁵ La description des activités du comité se retrouve à l'annexe E.

VI/

Objectifs en 2020-2021

En 2020-2021, le Bureau de la commissaire aux plaintes du CUSM s'engage à:

- 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 de poursuivre l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des dossiers;
- Poursuivre les efforts pour un accès simple et rapide à nos bureaux, dans un contexte de pandémie;
- Poursuivre l'évaluation des mécanismes d'accès au système de plainte afin de favoriser l'accès à notre bureau pour toutes les clientèles puis préparer, avec le service des communications et en collaboration avec les comités des usagers, des messages télévisuels sur les écrans du CUSM

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. Le message qui se dégage de ce rapport demeure encore l'épineuse question de « l'accès aux soins et aux services ». L'aspect de l'accès téléphonique sur lequel nous avons insisté depuis les dernières années s'est amélioré de façon considérable, mais 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 souhaitons remercier encore les patients et leurs familles ainsi que le personnel du CUSM. En effet, 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 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.

Nous voyons, avec la stabilisation de nos chiffres et nos rapports avec le personnel, que le CUSM se remet des tempêtes des dernières années et la résilience du personnel se fait ressentir dans leurs démarches pour améliorer les soins et leur collaboration avec notre bureau. Cependant, le début de la pandémie laisse entrevoir que tous les efforts d'amélioration des dernières années devront être soutenus pour répondre à la demande additionnelle de soins et services que cela représente. Il s'agit là d'un défi de coordination et d'adaptation à des besoins grandissants, surtout si la situation de délais dans les urgences reprend et revient à la situation pré-pandémie.

Soumis avec respect,



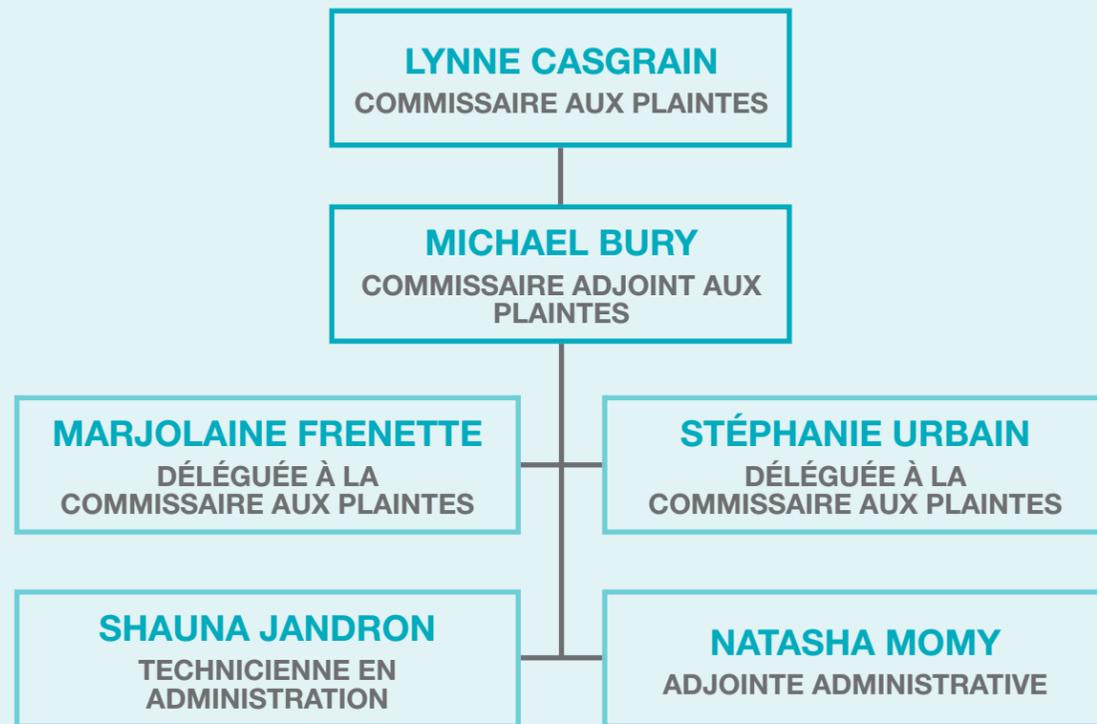
Lynne Casgrain

COMMISSAIRE AUX PLAINTES
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Annexes

ANNEXE A : ORGANIGRAMME DU BUREAU DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES

ÉQUIPE CUSM 2019 – 2020



MÉDECINS EXAMINATEURS

- **D^R JOSHUA CHINKS**, MÉDECIN EXAMINATEUR EN CHEF
- **D^R DOMINIC CHALUT**
- **D^{RE} JOSEPHINE PRESSACCO**
- **D^R ZACHARY LEVINE**
- **D^R MANUEL BOROD**
- **D^{RE} PASCALE DES ROSIERS**

Téléphone: 514-934-8306

Courriel: ombudsman@muhc.mcgill.ca

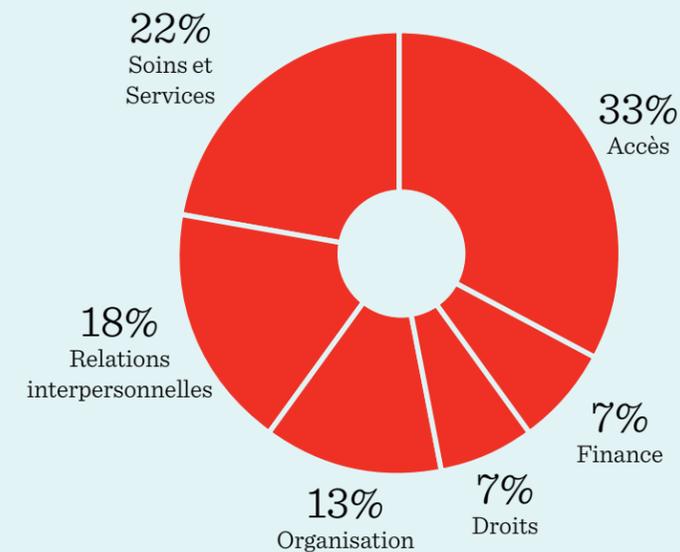
Site web: <https://cusc.ca/patients/bureau-de-la-commissaire-aux-plaintes>

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 2019-2020 totalise 912⁶.

CATÉGORIES DE MOTIFS	
Accessibilité	356
Aspect financier	62
Droits particuliers	80
Organisation du milieu et ressources matérielles	140
Relations interpersonnelles	198
Soins et services dispensés	231
Maltraitance	1
Autre	4

Graphique 16: Graphique illustrant les motifs des plaintes étudiées



⁶ Il convient de différencier les plaintes reçues (page 4) des plaintes étudiées. Cette distinction est créée du fait que certaines plaintes ont été reçues l'année précédente, mais leur étude n'a été complétée que lors de l'année en cours.

ANNEXE C : CATÉGORIES ET MOTIFS DE PLAINTES

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

- **Accessibilité** : délais, refus de services, transfert, absence de services ou de ressources, accessibilité linguistique, choix du professionnel, choix de l'établissement, autre.
- **Soins et services dispensés** : habiletés techniques et professionnelles, évaluation, jugement professionnel, traitement ou intervention, continuité, autre.
- **Relations interpersonnelles** : fiabilité, respect de la personne, respect de la vie privée, empathie, communication avec l'entourage, violence et abus, attitudes, disponibilité, identification du personnel, autre.
- **Organisation du milieu et ressources matérielles** : alimentation, intimité, mixité des clientèles, organisation spatiale, hygiène et salubrité, confort et commodité, règles et procédures du milieu de vie, conditions vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux, sécurité et protection, relations avec la communauté, équipement et matériel, stationnement, autre.
- **Aspect financier** : frais de chambre, facturation, contribution au placement, frais de déplacement, frais de médicaments, frais de stationnement, prestation reçue par les usagers, besoins spéciaux, aide matérielle et financière, allocation des ressources financières, réclamation, sollicitation, legs, autre.
- **Droits particuliers** : information, dossier de l'utilisateur et dossier de plainte, participation de l'utilisateur, consentement aux soins, accès à un régime de protection, consentement à l'expérimentation et à la participation à un projet de recherche, droit à la représentation, droit à l'assistance, droit de recours, autre.
- **Autres objets de demandes** : autre objet (motif que nous tentons de ne pas utiliser, mais parfois inévitable).

EXEMPLES DES MOTIFS POUR CHAQUE CATÉGORIE :

Accès et continuité des services:

- 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 interventions;
- 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 2019-2020

Membre ou participant des comités suivants :

- Comités des usagers des sites hospitaliers et Comité central des usagers
- Comité d'éthique organisationnelle du CUSM – sur invitation
- Association provinciale des Commissaires aux plaintes du réseau de santé
- Forum canadien des ombudsmans
- Comité du CUSM pour un milieu respectueux
- Comité de vigilance
- Présentation sur le système de plaintes et la gestion de comportements difficiles
- Conférence scientifique

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'utilisateur (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 : LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Nombre total de fichiers et de plaintes reçus au cours de la période 2017-2020 — **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 2015-2020 — **9**

Graphique 5 : Délais d'examen des plaintes — **11**

Graphique 6 : Abandon de plaintes par le patient et rejets — **12**

Graphique 7 : Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes — **13**

Graphique 8 : Nombre total d'interventions 2015-2020 — **15**

Graphique 9 : Nombre total de demandes d'assistance 2016-2020 — **17**

Graphique 10 : Nombre total des consultations 2016-2020 — **18**

Graphique 11 : Nombre total de cas adressés au Protecteur du citoyen 2016-2020 — **21**

Graphique 12 : Motifs des plaintes allant au Protecteur du citoyen — **21**

Graphique 13 : Nombre total de plaintes soumises aux médecins examinateurs 2017-2020 — **23**

Graphique 14 : Pourcentage (%) comparant les catégories de plaintes sur une période de deux ans — **23**

Graphique 15 : Nombre total des cas présentés au Comité de révision du CUSM — **25**

Graphique 16 : Graphique illustrant les motifs des plaintes étudiées — **31**

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre