



SANTÉ QUÉBEC

Rapport annuel 2025-2026

Application de la procédure d'examen des
plaintes et de l'amélioration de la qualité des
services

Le présent rapport a été produit par le Bureau du commissaire aux plaintes
et à la qualité des services du CUSM, le 2026-05-15.



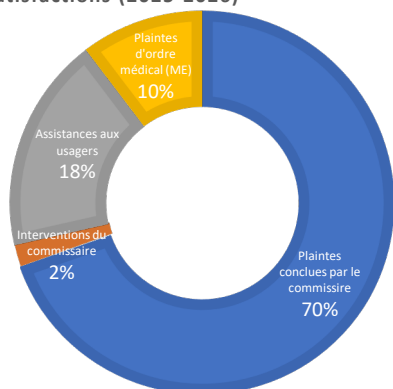
Table des matières

Portrait des activités du commissaire en un coup d’œil.....	1
Liste des acronymes.....	2
Lettre de présentation au Président du conseil d’administration de l’établissement	3
Lettre de présentation à la Commissaire nationale.....	3
Mot du commissaire	4
Coup d’œil sur le Centre universitaire de santé McGill	5
Présentation du rapport.....	6
Chiffres clés de l’année	6
1. Bilan des activités du commissaire.....	8
1.1. Plaintes générales traitées par le commissaire.....	8
1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales	8
1.1.1. Exemples issus du traitement des interventions	9
1.1.1. Exemples issus du traitement des dossiers liés à la maltraitance	10
1.1.2. Bilan des plaintes générales	11
1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen.....	12
1.2. Interventions	12
1.2.1. Bilan des interventions effectuées	13
1.2.2. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	14
1.3. Bilan des dossiers d’assistance	14
1.4. Bilan des demandes de consultation.....	15
1.5. Sur le terrain	16
1.5.1. Autres activités du commissaire.....	16
1.6. Volet maltraitance.....	16
1.6.1. Exemple issue de maltraitance	16
1.6.1. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance	17
2. Bilan des activités du médecin examinateur	18
2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales.....	18
2.2. Bilan des plaintes médicales.....	19
2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	20
Conclusion	21
Annexes.....	22

Portrait des activités du commissaire en un coup d'œil

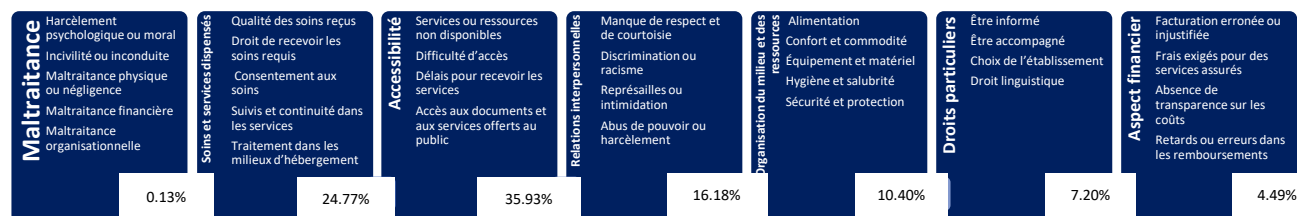
Le portrait sur la gestion des plaintes présente certaines données quantitatives.

Répartition des dossiers liés à des insatisfactions (2025-2026)



	Nombre	Variation année précédente
Dossiers liés à des insatisfactions conclus par le commissaire et les médecins examinateurs	2485	13.52 %
• Plaintes conclues par le commissaire	1732	24 %
• Interventions menées par le commissaire	45	36 %
• Assistances à un usager	452	-17.36 %
• Plaintes médicales	256	15%
Mesures correctives	163	12.41 %
• Plaintes	110	10 %
• Interventions	24	-20 %
• Plaintes médicales	29	93.33 %

Motifs de plaintes

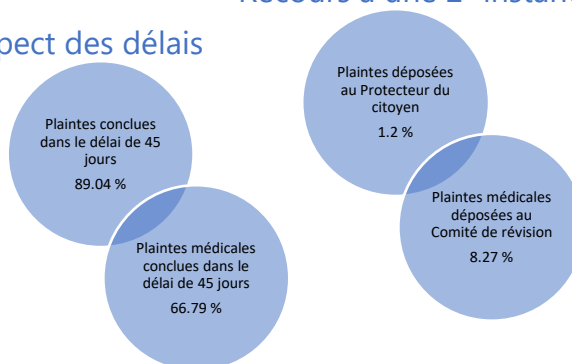


Plaintes selon la mission

Mission	Plaintes et intervention	Plaintes médicales
Centre hospitalier	1760	255
Hébergement longue durée (MDA, CHSLD, RPA, RI, etc.)	12	1

Recours à une 2^e instance

Respect des délais



Plaintes et d'interventions rapportées en lien avec des situations de maltraitance

Année	Nombre de dossiers de plaintes et d'interventions conclus	Variation année précédente (%)
2023-2024	12	71 %
2024-2025	22	83 %
2025-2026	17	-23 %

Liste des acronymes

CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
COMMISSAIRE	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CU	Comité des usagers
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DGSI	Direction générale des soins infirmiers
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
REP	Régime d'examen des plaintes
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIGPAQS	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Lettre de présentation au Président du conseil d'administration de l'établissement

Monsieur Peter Kruyt
Président
Conseil d'administration
Centre universitaire de santé McGill

Monsieur le Président,

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CUSM, pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Michael Bury
Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre universitaire de santé McGill

Lettre de présentation à la Commissaire nationale

Madame Martine Gosselin
Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services
Santé Québec

Madame la Commissaire nationale,

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du Commissaire du CUSM, pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Veillez agréer, Madame la Commissaire nationale, l'expression de ma considération distinguée.



Michael Bury
Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre universitaire de santé McGill



Mot du commissaire

Cette année marque l'introduction d'un nouveau format standardisé pour les rapports annuels des bureaux du commissaire aux plaintes à travers le Québec. Cette approche vise à améliorer la comparabilité, la qualité et l'efficacité de l'analyse des données par le Bureau du commissaire national, ainsi qu'à mieux cerner les enjeux auxquels font face les usagers du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec. Ce faisant, la commissaire nationale sera mieux outillée pour formuler des recommandations au Comité national de vigilance de Santé Québec, en s'appuyant sur un portrait provincial global des défis et des pistes d'amélioration des soins et des services.

Pour l'année 2025-2026, les enjeux prédominants demeurent liés à l'accès et aux délais. Ces défis s'expliquent en grande partie par la forte demande pour des services spécialisés et des examens diagnostiques, par le manque de ressources humaines pour y répondre, ou par une combinaison de ces facteurs. Bien que les données quantitatives fournissent des renseignements essentiels, elles ne suffisent pas, à elles seules, à rendre compte de toute la complexité des situations vécues. Elles doivent être interprétées à la lumière du contexte dans lequel les événements surviennent.

Cette compréhension des enjeux repose en grande partie sur les échanges que nous avons avec les patients et leurs proches, lesquels permettent de mieux saisir les répercussions concrètes de ces situations sur leur expérience de soins. Leur contribution à la réalisation de notre rapport annuel est essentielle, et nous les remercions sincèrement d'avoir pris le temps de communiquer avec nous au cours de la dernière année. Leur participation demeure indispensable afin que la perspective des usagers puisse être pleinement comprise et adéquatement représentée au sein du système de santé.

Nous tenons également à souligner l'excellente collaboration que nous continuons de recevoir de la part de l'ensemble des directions du CUSM, à tous les niveaux, et nous les en remercions chaleureusement. Dans un contexte marqué par des pressions croissantes pour en faire davantage avec des ressources limitées, tout en maintenant un niveau de qualité des soins et des services, nous reconnaissons que des décisions difficiles doivent être prises de façon continue.

Un grand merci à mes adjointes, Stéphanie Urbain, Marjolaine Frenette et Sonia Turcotte; à notre soutien administratif, Shauna Jandron et Sarine Chahmalian; ainsi qu'à nos médecins examinateurs, Dr. Borod, Dr. Liben et Dr. White. Sans vous, il me serait impossible de remplir ce mandat au service du public. Enfin, merci beaucoup à Dr. Dominic Chalut, médecin examinateur au CUSM pendant 16 ans qui a passé vers d'autres défis professionnels en 2025.



Michael Bury
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre universitaire de santé McGill

Coup d'œil sur le Centre universitaire de santé McGill

 		
	Population N/A	Territoire N/A
Installations		
CHSLD : 1	CH : 4	N/A
Ressources humaines		
Employés : 11 500 +	Cadres 339 (42 supérieurs)	Médecins : 1414
Bénévoles : 863	Stagiaires: 5000	Usagers partenaires : 76

Présentation du rapport

Ce rapport s'appuie sur les données recueillies tout au long de l'année auprès des patients, de leurs proches, des professionnels ainsi que des membres du public ayant communiqué avec notre bureau.

Les chiffres présentés correspondent au nombre de demandes ou à la proportion de personnes ayant exprimé des préoccupations dans chacune des catégories mentionnées. Ils ne reflètent pas nécessairement le nombre de plaintes jugées fondées. Notre analyse s'appuie plutôt sur les recommandations formulées en lien avec les enjeux soulevés.

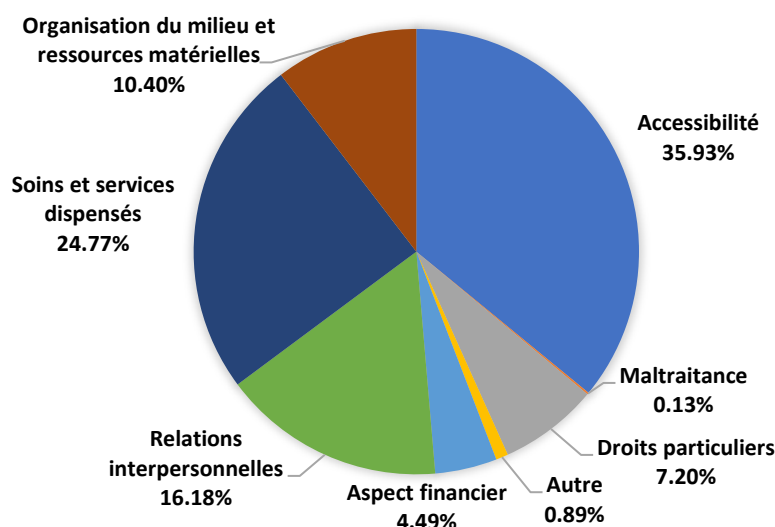
Il importe de souligner que ces indicateurs ne permettent pas de dresser un portrait exhaustif de la situation. En effet, certains problèmes ne peuvent être résolus par des mesures locales, puisqu'ils découlent de facteurs systémiques ou provinciaux. Cette réalité souligne l'importance d'une analyse contextuelle par le commissaire local.

C'est notamment le cas des patients en niveau de soins alternatif (NSA). Il s'agit de patients provenant d'autres établissements ou territoires, qui occupent un lit alors qu'ils sont prêts à recevoir leur congé. Leur retour ou leur transfert est toutefois retardé en raison d'une capacité d'accueil insuffisante dans leur milieu d'origine.

Chiffres clés de l'année

Ce graphique présente les données recueillies au sein de l'ensemble du CUSM par notre bureau au cours de l'année 2025-2026 et offre un aperçu des principaux enjeux soulevés par les usagers et leurs proches lors de leurs démarches auprès de notre bureau.

- **Motifs d'insatisfactions soulevés par les usagers**

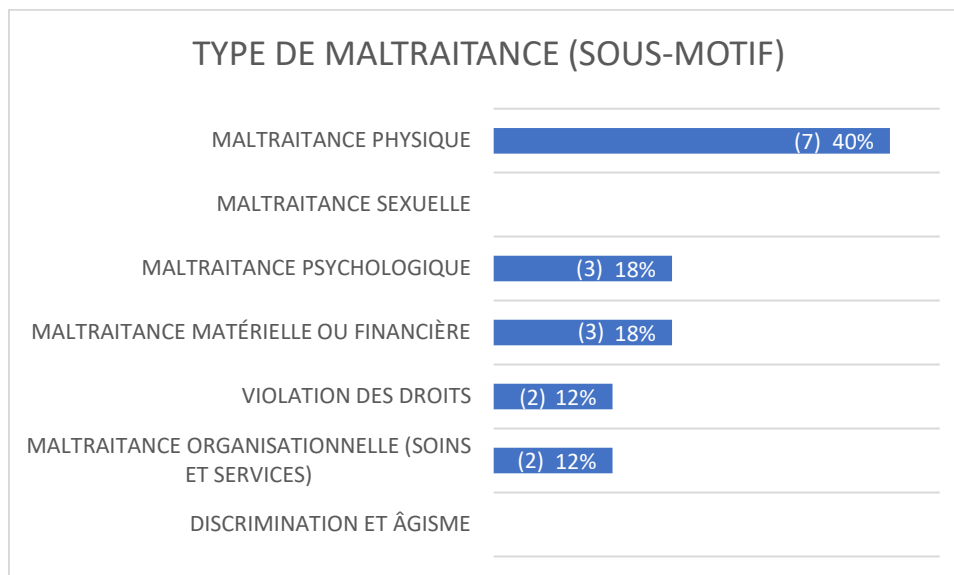


- **2485 : Total de dossiers** reçus au courant de l'année, soit une augmentation de 13.52 % par rapport à l'année d'exercice 2024-2025 (2189 dossiers) :
- **1732 dossiers** de plaintes conclus par le commissaire;
- **256 dossiers** de plaintes conclus par le médecin examinateur;
- **45 dossiers** d'interventions du commissaire dont 40 (88.89 %) à la suite d'un signalement et 5 (11.11%) de sa propre initiative;
- **452 demandes d'assistance** adressées au commissaire par l'utilisateur ou un proche.

Les mesures (recommandations et engagements) sont formulées lorsqu'un examen de plainte permet d'identifier des améliorations concrètes pouvant être mises en œuvre. Elles sont généralement discutées avec les parties prenantes avant d'être officialisées, et un suivi est effectué selon un échéancier convenu. Les dossiers pour lesquels des mesures ont été identifiées demeurent ouverts jusqu'à ce que notre bureau reçoive la confirmation qu'ils ont bel et bien été mises en place. Cette année, 163 mesures ont été mises en place dont 110 (79.13 %) par le commissaire et 29 (20.86 %) par le médecin examinateur. Parmi celles formulées par le commissaire, 26 (23.64 %) sont de nature individuelle et 84 (76.36 %) de nature systémique et la grande majorité (94) ont été des engagements de l'instance visée ; celles des médecins examinateurs se répartissent de la même façon dont 2 (6.9 %) individuelles, 27 (93.10 %) systémiques et du total de 29, 25 était des recommandations et 4 des engagements.

Type de maltraitance (sous-motif)

TOTAL: 17 (100 %)



1. Bilan des activités du commissaire

Chaque année, des patients et leurs proches communiquent avec notre bureau pour une variété de besoins et de préoccupations, allant de situations mineures mais pertinentes à des enjeux plus complexes et à fort impact. Ces demandes peuvent toucher plusieurs domaines, notamment les soins cliniques, l'environnement physique, les relations interpersonnelles, l'accès, les droits ou encore des questions de nature financières.

Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de dossiers traités au cours de la dernière année, que nous jugeons représentatifs de la diversité des demandes que notre bureau peut recevoir.

1.1. Plaintes générales traitées par le commissaire

1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales

1^{er} exemple

Un membre de la famille d'un patient a communiqué avec notre bureau afin de faire part de sérieuses préoccupations concernant la prise en charge d'une plaie de pression. Au fil du temps, la plaie s'est considérablement aggravée, entraînant le développement d'une septicémie ainsi qu'un transfert temporaire du patient à l'unité des soins intensifs (USI).

À la suite de notre examen de la situation, des lacunes en matière de formation sur les soins de plaies ont été relevées, de même qu'un besoin d'assurer une présence régulière sur place d'une spécialiste en soins de plaies.

Bien que l'état clinique du patient ait contribué à la progression rapide de la plaie de pression, plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées. Ainsi, une spécialiste en soins de plaies effectue désormais des visites hebdomadaires sur place, le matériel spécialisé nécessaire aux soins de plaies est maintenant rendu disponible immédiatement par la spécialiste en soins de plaies plutôt que par le processus habituel de commande, et toute plaie de pression de stade 2 ou plus entraîne désormais automatiquement une demande de consultation auprès du service en soins de plaie.

2^e exemple

Une usagère en situation de handicap nous contacte et nous explique que venir à l'hôpital général de Montréal est compliqué pour elle, car les toilettes publiques pour les personnes à mobilité réduite sont très basses. Bien qu'elles soient munies de barres de soutien et soient plus spacieuses, c'est la hauteur des toilettes qui pose un problème, notamment au niveau du couloir principal, mais aussi à l'urgence.

L'examen a permis de mettre en lumière que bien que les toilettes aient été conformes aux normes en vigueur lors de leur installation initiale il y a plusieurs années, elles présentent aujourd'hui une non-conformité, leur hauteur d'assise étant inférieure aux exigences actuelles.

Ainsi, des rehausseurs de sièges ont été installés aux toilettes du couloir principal. Le comité d'accessibilité a également établi comme priorité pour la nouvelle année de rehausser les sièges de l'urgence ainsi que d'autres secteurs clés de l'hôpital.

Cela profitera aux patients ayant des besoins de mobilité réduits, tout en contribuant au respect des obligations générales d'accessibilité du CUSM.

1.1.2. Bilan des plaintes générales

Pour l'année 2025-2026, 1746 plaintes ont été enregistrées, représentant une augmentation de 22 % par rapport à l'exercice 2024-2025. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par le fait que certaines demandes d'assistance sont désormais classées comme des plaintes, tandis qu'une hausse des visites dans les cliniques ambulatoires contribue probablement aussi à cette augmentation., plutôt que par une baisse spécifique de la qualité des soins et des services. Parmi les 1746 plaintes, nous avons reçu et traité un total de 2249 motifs d'insatisfaction et les plus fréquemment traités concernaient l'accessibilité (35.93 %) ainsi que les soins et services dispensés (24.77 %). Le délai moyen de traitement s'est établi à 17 jours, en diminution par rapport aux 18 jours observés en 2024-2025 et aux 23 jours en 2023-2024.

Sur l'ensemble des 2249 motifs de plaintes traitées, 110 mesures d'améliorations ont été identifiées. Toutefois, cela ne signifie pas qu'aucune autre amélioration n'est nécessaire. Plusieurs plaintes jugées fondées n'ont pas été accompagnées de mesures, puisqu'aucune intervention réalisable au niveau local n'aurait pu avoir un impact significatif dans les limites du mandat de l'établissement.

Un exemple classique concerne la congestion des urgences ou les délais d'attente pour certains rendez-vous spécialisés. Ces enjeux dépassent largement le cadre institutionnel et relèvent plutôt de problématiques systémiques à l'échelle provinciale ou nationale.

1.1.1. Exemples issus du traitement des interventions

1er exemple

Un individu a communiqué avec notre bureau afin de faire part de préoccupations concernant ce qu'il considérait comme un recours excessif aux mesures de contention auprès d'une patiente âgée vivant avec une démence. Il a soulevé des inquiétudes quant à la fréquence et à la durée de ces mesures, notant que la patiente avait néanmoins subi une chute et développé des plaies de pression ainsi qu'une perte de mobilité, qu'il attribuait à l'utilisation des contentions.

Les mesures de contention peuvent être utilisées dans des situations planifiées ou non planifiées afin de protéger une personne contre un risque pour elle-même ou pour autrui. Chaque contexte comporte des critères, des procédures et des exigences en matière de consentement qui lui sont propres. De plus, les différents types de contentions — chimiques, physiques et environnementales, sont encadrés par des conditions et des considérations distinctes.

Notre analyse a permis de constater que, compte tenu de la complexité de l'état de la patiente et de la présence de comportements agressifs représentant un risque pour elle-même et pour autrui, le recours aux mesures de contention était cliniquement justifié. Toutefois, nous avons également relevé une lacune importante en matière de connaissances et de formation du personnel quant à la distinction entre les contentions planifiées et non planifiées, ainsi qu'aux procédures appropriées à chacune. Par

ailleurs, les gestionnaires et les assistantes infirmières chef, qui partagent des responsabilités de supervision, n'avaient pas été inclus dans les formations pertinentes depuis un certain temps.

Notre bureau a émis des recommandations concernant spécifiquement le contenu de la formation, la nécessité d'y inclure les gestionnaires et les infirmières assistantes chef ainsi que certains éléments en lien avec la documentation.

Les retombées positives attendues de ces recommandations soulignent l'importance de veiller à ce que les gestionnaires et les gestionnaires adjoints reçoivent une formation adéquate afin d'exercer pleinement leur rôle de supervision dans des situations complexes, que le contenu de ces formations couvre tous les aspects nécessaires et d'assurer que les patients en situation de vulnérabilité bénéficient des meilleurs soins possibles lors du recours à des mesures restrictives.

2^e exemple

Au fil du temps, notre bureau a reçu plusieurs signalements de patients concernant des difficultés à obtenir des rendez-vous de suivi au sein d'une clinique particulière. Selon les informations reçues, la situation semblait liée à des défis organisationnels persistants impliquant un médecin. Toutefois, aucun patient ne souhaitait déposer de plainte formelle, le médecin étant hautement apprécié pour son expertise et demeurant activement impliqué dans leurs soins.

Un examen de l'historique des dossiers de notre bureau lié à cette clinique a permis de constater une récurrence de préoccupations similaires sur une longue période. Plusieurs tentatives avaient déjà été entreprises afin d'améliorer la situation, mais les difficultés persistaient. À la lumière de ces préoccupations répétées, notre bureau a compilé l'ensemble des informations recueillies au fil des années et les a portées à l'attention de l'autorité supérieure concernée.

Une intervention rapide a par la suite été menée en collaboration avec le médecin concerné, ce qui a permis d'améliorer les processus de suivi de la clinique. Depuis la mise en place de ces changements, notre bureau n'a reçu aucune autre préoccupation liée à cette situation.

1.1.1. Exemples issus du traitement des dossiers liés à la maltraitance

1^{er} exemple

Un patient s'étant présenté à l'un des départements d'urgence du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) était considéré comme possiblement victime d'une forme d'abus financier de la part d'un membre de sa famille. Le patient aurait exprimé une réticence à retourner à domicile en raison de cette situation alléguée et aurait communiqué avec la police, bien qu'il ne soit pas clair si une plainte officielle avait été déposée.

Durant le séjour du patient, le personnel soignant a observé des épisodes de confusion, des incohérences dans le récit des événements fourni par le patient, ainsi que des signes évocateurs d'un trouble cognitif, soulevant des préoccupations quant à sa vulnérabilité et à sa capacité de prise de décision.

Des préoccupations additionnelles ont été soulevées à l'effet que le membre de la famille aurait pu accéder au compte bancaire du patient ou en retirer des fonds sans autorisation. Toutefois, ces allégations n'ont pu être confirmées, le patient n'ayant pas eu accès à ce compte au moment des faits.

Au cours de l'hospitalisation, l'état cognitif du patient s'est amélioré et celui-ci a été réaffirmé comme étant apte à prendre ses propres décisions de manière autonome. Le patient a demandé que les visites du membre de la famille continuent d'être permises, tout en demandant expressément qu'aucune information médicale, aucun plan de congé ni aucun détail concernant ses futurs déplacements ne soient divulgués à cette personne. Une fois médicalement stable et jugé prêt pour son congé, le patient a été transféré vers un nouveau milieu de vie et orienté vers des ressources communautaires que le patient a accepté de recevoir.

2^e exemple

Une patiente d'âge moyen atteinte d'une maladie neurologique avancée et présentant une importante perte d'autonomie faisait l'objet de sérieuses préoccupations soulevées par des intervenants de soins communautaires. Les signalements faisaient état de possibles situations de négligence, de pratiques de soins inadéquates ainsi que de difficultés liées à l'hygiène, à la sécurité, à la mobilité et à l'accès aux soins et services recommandés. Des inquiétudes ont également été exprimées concernant le refus, par la proche aidante, de certains services professionnels et recommandations médicales.

Les professionnels impliqués dans le dossier ont indiqué que la situation pouvait compromettre la sécurité et le bien-être de la patiente, tout en précisant qu'il demeurerait difficile de déterminer si les problématiques observées découlaient d'une maltraitance intentionnelle, d'un épuisement de la proche aidante, de capacités limitées ou d'une combinaison de plusieurs facteurs. Compte tenu de la grande vulnérabilité de la patiente et du peu de mesures de protection disponibles, l'équipe de soins a envisagé la possibilité d'un milieu de vie supervisé afin d'assurer sa sécurité et son bien-être à long terme.

Après avoir procédé à une évaluation complète de ses besoins, une requête a été présentée au tribunal afin que la patiente soit admise dans un CHSLD.

1.1.2. Bilan des plaintes générales

Pour l'année 2025-2026, 1746 plaintes ont été enregistrées, représentant une augmentation de 22 % par rapport à l'exercice 2024-2025. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par le fait que certaines demandes d'assistance sont désormais classées comme des plaintes. Une hausse des visites dans les cliniques ambulatoires a contribué probablement aussi à cette augmentation. Parmi les 1746 plaintes, nous avons reçu et traité un total de 2249 motifs d'insatisfaction et les plus fréquemment traités concernaient l'accessibilité (35.93 %) ainsi que les soins et services dispensés (24.77 %). Le délai moyen de traitement s'est établi à 17 jours, en diminution par rapport aux 18 jours observés en 2024-2025 et aux 23 jours en 2023-2024.

Sur l'ensemble des 2249 motifs de plaintes traitées, 110 mesures d'améliorations ont été identifiées. Toutefois, cela ne signifie pas qu'aucune autre amélioration n'est nécessaire. Plusieurs plaintes jugées fondées n'ont pas été accompagnées de mesures, puisqu'aucune intervention réalisable au niveau local n'aurait pu avoir un impact significatif.

Un exemple classique concerne la congestion des urgences ou les délais d'attente pour certains rendez-vous spécialisés. Ces enjeux dépassent largement le cadre institutionnel et relèvent plutôt de problématiques systémiques à l'échelle provinciale ou nationale.

1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen

Dans le régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux, lorsqu'une personne demeure insatisfaite du traitement de son dossier ou lorsque l'examen dépasse le délai prescrit de 45 jours, elle peut s'adresser au Protecteur du citoyen comme deuxième recours. Pour l'année 2025-2026, nous avons observé une augmentation du nombre de dossiers transmis en deuxième recours de 50% passant de 14 plaintes déposées en 2024-2025 à 21 plaintes en 2025-2026. Compte tenu de l'augmentation de 22 % pour un total de 2249 motifs de plaintes enregistrées, nous ne considérons pas cela comme préoccupant ou problématique.

1.2. Interventions

Une intervention a lieu lorsque le bureau du commissaire entreprend une enquête après avoir obtenu des informations crédibles laissant croire que les droits d'une personne ou d'un groupe pourraient être compromis. Cette démarche peut être déclenchée suite aux observations du commissaire ou à la suite d'un signalement reçu.

Voici deux exemples d'intervention complétés par notre bureau en 2025-2026 :

1^{er} exemple

Un individu a communiqué avec notre bureau afin de faire part de préoccupations concernant ce qu'il considérait comme un recours excessif aux mesures de contention auprès d'une patiente âgée vivant avec une démence. Il a soulevé des inquiétudes quant à la fréquence et à la durée de ces mesures, notant que la patiente avait néanmoins subi une chute et développé des plaies de pression ainsi qu'une perte de mobilité, qu'il attribuait à l'utilisation des contentions.

Les mesures de contention peuvent être utilisées dans des situations planifiées ou non planifiées afin de protéger une personne contre un risque pour elle-même ou pour autrui. Chaque contexte comporte des critères, des procédures et des exigences en matière de consentement qui lui sont propres. De plus, les différents types de contentions — chimiques, physiques et environnementales, sont encadrés par des conditions et des considérations distinctes.

Notre analyse a permis de constater que, compte tenu de la complexité de l'état de la patiente et de la présence de comportements agressifs représentant un risque pour elle-même et pour autrui, le recours aux mesures de contention était cliniquement justifié. Toutefois, nous avons également relevé une lacune importante en matière de connaissances et de formation du personnel quant à la distinction entre les contentions planifiées et non planifiées, ainsi qu'aux procédures appropriées à chacune. Par ailleurs, les gestionnaires et les assistantes infirmières chef, qui partagent des responsabilités de supervision, n'avaient pas été inclus dans les formations pertinentes depuis un certain temps.

Notre bureau a émis des recommandations concernant spécifiquement le contenu de la formation, la nécessité d'y inclure les gestionnaires et les infirmières assistantes-chef ainsi que certains éléments en lien avec la documentation.

Les retombées positives attendues de ces recommandations soulignent l'importance de veiller à ce que les gestionnaires et les gestionnaires adjoints reçoivent une formation adéquate afin d'exercer pleinement leur rôle de supervision dans des situations complexes, que le contenu de ces formations couvre tous les aspects nécessaires et d'assurer que les patients en situation de vulnérabilité bénéficient des meilleurs soins possibles lors du recours à des mesures restrictives.

2^e exemple

Au fil du temps, notre bureau a reçu plusieurs signalements de patients concernant des difficultés à obtenir des rendez-vous de suivi au sein d'une clinique particulière. Selon les informations reçues, la situation semblait liée à des défis organisationnels persistants impliquant un médecin. Toutefois, aucun patient ne souhaitait déposer de plainte formelle, le médecin étant hautement apprécié pour son expertise et demeurant activement impliqué dans leurs soins.

Un examen de l'historique des dossiers de notre bureau lié à cette clinique a permis de constater une récurrence de préoccupations similaires sur une longue période. Plusieurs tentatives avaient déjà été entreprises afin d'améliorer la situation, mais les difficultés persistaient. À la lumière de ces préoccupations répétées, notre bureau a compilé l'ensemble des informations recueillies au fil des années et les a portées à l'attention de l'autorité supérieure concernée.

Une intervention rapide a par la suite été menée en collaboration avec le médecin concerné, ce qui a permis d'améliorer les processus de suivi de la clinique. Depuis la mise en place de ces changements, notre bureau n'a reçu aucune autre préoccupation liée à cette situation.

1.2.1. Bilan des interventions effectuées

Au cours de l'exercice 2025-2026, un total de 45 interventions ont été menées cette année, soit une augmentation de 12 interventions (36 %) par rapport à l'exercice précédent. Les principaux motifs d'intervention, classés par ordre d'importance, sont les suivants :

- Soins et services : 25 % (15 interventions);
- Relations interpersonnelles : 10 % (6 interventions);
- Accessibilité : 8 % (5 interventions);

- Aspect financier : 2% (1 intervention);
- Droits particuliers : 12 % (7 interventions);
- Maltraitance : 24% (14 interventions);
- Organisation du milieu et des ressources matérielles : 19 % (11 interventions).

À l'issue de ces interventions, 23 recommandations formelles ont été transmises aux instances concernées et leur mise en œuvre intégrale a été réalisée avant la fin de l'exercice.

1.2.2. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires¹

Lorsque des questions sont soulevées concernant des mesures disciplinaires visant des employés, le commissaire transmet ces dossiers aux gestionnaires et aux ressources humaines afin qu'ils fassent l'objet d'une évaluation disciplinaire. Bien que l'établissement conserve l'autorité décisionnelle quant aux mesures qu'il juge appropriées, il est tenu de communiquer sa décision à notre bureau. Nous informons ensuite le plaignant à savoir si des mesures disciplinaires ont été prises ou non.

Au cours de la dernière année, 2 dossiers comprenant 5 motifs de plainte ont été soumis pour évaluation disciplinaire, ainsi qu'une intervention. Dans tous ces cas, une forme de mesure disciplinaire a été prise. Voici un exemple d'un tel cas :

Exemple

Une patiente a eu besoin d'aide pour ses soins d'hygiène personnelle après être allée à la salle de bain et a utilisé la cloche d'appel pour demander de l'assistance. Une infirmière lui a répondu en l'informant que des préposés viendraient l'aider sous peu; toutefois, après un délai supplémentaire d'environ 20 minutes, la patiente a dû sonner de nouveau pour obtenir de l'aide.

Lorsque l'assistance a finalement été fournie, la patiente a rapporté que certaines interactions avec le personnel avaient été peu professionnelles et que les soins avaient été prodigués de façon brusque et avec un manque de sensibilité compte tenu de sa situation de vulnérabilité.

À la suite de discussions avec le gestionnaire et les employés concernés, il a été déterminé que certains éléments de la plainte étaient fondés. Des mesures correctives et disciplinaires appropriées ont par la suite été mises en place.

1.3. Bilan des dossiers d'assistance

Au cours de la dernière année, 452 dossiers d'assistance ont été ouverts, comparativement à 546 l'année précédente. Cette diminution s'explique principalement par un ajustement dans la façon dont certaines demandes ont été catégorisées dans notre système (plaintes versus dossiers d'assistance), plutôt que par un changement significatif dans la prestation des soins ou des services.

¹ LGSSSS, art. 684

La majorité des dossiers d'assistance (58,85 %) concernaient le soutien au dépôt de plaintes médicales. Dans ces situations, notre bureau aide les patients et les membres de leur famille à formuler clairement leurs préoccupations afin qu'elles puissent être adéquatement comprises et évaluées par un médecin examinateur.

Les autres dossiers (41,15 %) concernaient des assistances liées aux soins et aux services. Il s'agissait notamment de demandes d'assistance afin

- de changer de médecin (lorsque possible et approprié),
- d'accéder à des renseignements médicaux
- d'obtenir des réponses à des questions liées à l'obtention d'attestations ou à la confidentialité
- d'obtenir de l'accompagnement dans certaines situations difficiles
- d'obtenir une résolution à l'extérieur du processus formel de plainte

1.4. Bilan des demandes de consultation

Cette année, notre bureau a reçu 158 consultations portant sur divers enjeux, notamment l'accès aux soins, l'accès à son dossier médical ou à celui d'un proche, le droit de choisir son médecin ainsi que l'accès aux services. Le sujet de consultation qui retient le plus notre attention concerne toutefois la gestion des comportements abusifs de la part de patients et/ou de membres de leur famille. Ces demandes proviennent principalement de gestionnaires, d'assistants-chefs, de médecins et de cliniciens, parfois avec copie conforme à leurs supérieurs.

Cette problématique a été soulevée par notre bureau il y a trois ans, à un moment où elle avait été identifiée comme un besoin connu nécessitant une intervention au sein du CUSM. Un groupe de travail avait alors été mis en place afin de soutenir l'élaboration d'une formation améliorée et de lignes directrices et documentations plus claires. Auparavant, les directives à ce sujet étaient dispersées dans plusieurs documents et ne rejoignaient pas de façon uniforme l'ensemble des niveaux hiérarchiques, ce qui limitait leur efficacité à soutenir le personnel.

Cette question est importante pour le Bureau du commissaire pour deux raisons principales : premièrement, nous ne pouvons pas fournir de directives sur la gestion de telles situations, car cela pourrait placer notre bureau en situation de conflit d'intérêts advenant le dépôt d'une plainte concernant la gestion de l'événement. Deuxièmement, cette problématique a des répercussions plus larges sur l'accès équitable aux soins et aux services, puisque des comportements abusifs persistants peuvent monopoliser le temps, l'énergie, les ressources et avoir un impact sur le personnel, au détriment d'autres patients en attente de soins.

Sur les 48 consultations liées aux relations interpersonnelles, 32 concernaient spécifiquement des situations d'abus de la part d'un patient ou d'un membre de sa famille envers l'équipe traitante et les impacts sur la prestation des services. Au moment de la rédaction du présent rapport, nous recueillons activement les informations les plus récentes sur l'approche du CUSM à cet égard. La pertinence de formuler des recommandations sera évaluée à la lumière de l'ensemble des informations disponibles.

1.5. Sur le terrain

1.5.1. Autres activités du commissaire

Chaque année, notre bureau met en œuvre diverses initiatives afin de promouvoir le régime d'examen des plaintes, dans le but de démystifier le processus et de sensibiliser tant le public que les professionnels de la santé. Cette année, des présentations ont été offertes aux étudiants du programme de l'École de travail social de l'Université McGill, ainsi qu'aux résidents en chirurgie œuvrant au Centre universitaire de santé McGill.

Nous participons également au Comité de vigilance de l'établissement, qui a un mandat de vigilance concernant les recommandations émises par notre bureau, au Comité de l'expérience patient, lequel contribuera à déterminer certaines priorités d'amélioration pour la direction du Centre universitaire de santé McGill et enfin au comité d'éthique organisationnelle qui aide les gestionnaires et médecins à prendre des décisions en accord avec la mission propre à l'organisation et à ses valeurs dans des situations complexes.

1.6. Volet maltraitance

1.6.1. Exemple issue de maltraitance

1^{er} exemple

Un patient s'étant présenté à l'un des départements d'urgence du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) était considéré comme possiblement victime d'une forme d'abus financier de la part d'un membre de sa famille. Le patient aurait exprimé une réticence à retourner à domicile en raison de cette situation alléguée et aurait communiqué avec la police, bien qu'il ne soit pas clair si une plainte officielle avait été déposée.

Durant le séjour du patient, le personnel soignant a observé des épisodes de confusion, des incohérences dans le récit des événements fournis par le patient, ainsi que des signes évocateurs d'un trouble cognitif, soulevant des préoccupations quant à sa vulnérabilité et à sa capacité de prise de décision.

Des préoccupations additionnelles ont été soulevées à l'effet que le membre de la famille aurait pu accéder au compte bancaire du patient ou en retirer des fonds sans autorisation. Toutefois, ces allégations n'ont pu être confirmées, le patient n'ayant pas eu accès à ce compte au moment des faits.

Au cours de l'hospitalisation, l'état cognitif du patient s'est amélioré et celui-ci a été réaffirmé comme étant apte à prendre ses propres décisions de manière autonome. Le patient a demandé que les visites du membre de la famille continuent d'être permises, tout en demandant expressément qu'aucune information médicale, aucun plan de congé ni aucun détail concernant ses futurs déplacements ne soient divulgués à cette personne. Une fois médicalement stable et jugé prêt pour son congé, le patient a été transféré vers un nouveau milieu de vie et orienté vers des ressources communautaires que le patient a accepté de recevoir.

2^e exemple

Le patient vivait avec son fils et rapportait que leur relation était conflictuelle. Il indiquait que son fils lui prenait son argent chaque mois, de sorte qu'il n'avait plus accès à sa pension. Le patient a quitté le domicile de son fils et s'est retrouvé en situation d'itinérance. Cette situation aurait contribué à une détérioration de son état de santé, à une chute, puis à son hospitalisation.

Le patient a mentionné avoir reçu du soutien de sa communauté religieuse ainsi que de son pasteur. Selon ce dernier, le patient lui aurait également confié que son fils lui aurait asséné des coups de poing.

Le patient est jugé apte à prendre ses propres décisions et demande qu'aucun renseignement médical ni aucune information concernant son congé hospitalier ne soient communiqués à son fils. Les visites demeurent toutefois autorisées, conformément à la volonté du patient.

Le patient a depuis été transféré dans un milieu de vie substitut.

1.6.1. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance

La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité a été adoptée afin de renforcer et d'élargir la protection des personnes vulnérables, d'améliorer et de centraliser les mécanismes de signalement, de sensibiliser davantage le public, ainsi que de réaffirmer et de clarifier les responsabilités de l'ensemble des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans ce contexte, nous faisons rapport chaque année sur le nombre de situations portées à notre attention conformément aux exigences légales par les équipes cliniques impliquées dans l'identification de telles situations. Ces dossiers sont documentés, suivis, analysés au besoin et accompagnés jusqu'à leur résolution.

Il est important de rappeler que les personnes aptes conservent le droit de prendre leurs propres décisions, même lorsque celles-ci peuvent être perçues par autrui comme n'étant pas dans leur meilleur intérêt. Cela dit, nous sommes encouragés de constater que, parmi les situations qui nous ont été signalées, les issues ont généralement mené à une amélioration du bien-être des personnes concernées, le plus souvent par la mise en place de milieux de vie plus sûrs et mieux adaptés.

Pour l'année 2025-2026, le CUSM a enregistré 17 signalements de maltraitance, en baisse par rapport aux 22 de l'année précédente, dont 3 plaintes et 14 interventions. Ces signalements concernaient principalement des situations de maltraitance commise par un proche ou un tiers, souvent de nature physique, psychologique, financière ou une combinaison des trois.

Ces personnes en situation de vulnérabilité sont généralement identifiées par les équipes cliniques lors de leur passage au service des urgences ou au moment de leur admission à l'hôpital.

2. Bilan des activités du médecin examinateur

Les plaintes visant les médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes exerçant au sein d'un établissement public de santé relèvent de la responsabilité d'un médecin examinateur. Dans la plupart des cas, un membre de l'équipe du bureau du commissaire aide le plaignant à s'assurer que la plainte est formulée de façon claire et appropriée, afin qu'elle puisse être bien comprise par le médecin examinateur assigné au dossier.

L'objectif de ce processus demeure l'amélioration continue de la qualité des soins et des services, ainsi que le maintien de normes professionnelles élevées.

Si le plaignant est en désaccord avec les conclusions de l'examineur, il peut exercer un deuxième recours auprès du comité de révision. Voici deux exemples de cas traité cette année :

2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales

1^{er} exemple

Un membre de la famille d'un patient décédé a déposé une plainte concernant les soins prodigués pour une maladie grave et complexe.

Les principales préoccupations soulevées concernaient la communication avec l'équipe traitante, notamment à savoir si le patient et sa famille avaient reçu des informations suffisantes concernant le pronostic, les limites des traitements disponibles ainsi que les différentes options de soins à la suite de l'intervention chirurgicale. Des inquiétudes ont également été exprimées quant au soutien et au suivi offerts à la famille tout au long du parcours de soins.

La plainte a fait l'objet d'un examen détaillé. L'analyse a confirmé que l'état du patient était médicalement complexe et nécessitait des soins hautement spécialisés, incluant plusieurs interventions importantes. À la suite d'une évaluation approfondie, il a été conclu que le patient avait reçu des soins médicaux appropriés. Toutefois, l'examen a également permis de constater plusieurs préoccupations fondées relativement à la communication entre l'équipe traitante, le patient et sa famille.

Plus particulièrement, certaines possibilités d'amélioration ont été identifiées en ce qui concerne les discussions entourant les attentes liées au traitement, les complications et limites possibles, la continuité des communications entre les membres de l'équipe de soins ainsi que la documentation des échanges importants au dossier médical. L'analyse a également mis en évidence l'importance de s'assurer que les patients et leurs proches soient informés de l'ensemble des approches de soins disponibles tout au long de l'évolution de la maladie, y compris les soins de soutien et les soins palliatifs lorsque cela est approprié.

À la lumière des constats effectués, il a été recommandé que l'équipe traitante participe à une formation supplémentaire portant sur la communication en contexte de maladie grave afin de renforcer davantage les pratiques de communication auprès des patients et des familles confrontées à des situations médicales complexes.

2^e exemple

Une plainte a été déposée concernant la gestion de la douleur lors d'une intervention médicale réalisée dans le cadre d'un programme clinique spécialisé au CUSM.

La plaignante a rapporté avoir éprouvé un inconfort important durant la procédure, et ce, malgré les mesures mises en place pour assurer le soulagement de la douleur et la sédation. L'expérience a été décrite comme éprouvante et a soulevé des préoccupations quant à l'adéquation des pratiques de gestion de la douleur pour les patients soumis à des interventions similaires.

À la suite de l'examen de la plainte, il a été déterminé que les préoccupations soulevées étaient fondées et que des possibilités d'amélioration existaient quant aux approches actuelles de gestion de la douleur au sein du programme.

En conséquence, il a été recommandé que les équipes cliniques concernées révisent les pratiques en vigueur et évaluent des mesures potentielles visant à améliorer le confort des patients lors de ce type de procédures.

Un processus d'examen multidisciplinaire a par la suite été entrepris, et des recommandations ont été soumises aux comités concernés concernant des options additionnelles pour soutenir la gestion de la douleur lors de certaines interventions. À la suite de leur analyse et approbation, des modifications ont été mises en œuvre afin d'améliorer le confort des patients et d'enrichir l'expérience globale de soins.

2.2. Bilan des plaintes médicales

Cette année, notre bureau a reçu 266 plaintes médicales dont 56 en pédiatrie. Il s'agit d'une augmentation de 24 % par rapport à 2024–2025 (215), ce qui est notable. Ces plaintes comportaient 354 enjeux, dont la majorité étaient liés aux soins (62,15 %) et aux relations interpersonnelles (27,12%).

Le délai moyen de traitement est passé à 41 jours, comparativement à 18 jours l'année précédente. La complexité des dossiers ainsi que l'intégration de deux nouveaux médecins examinateurs ont probablement contribué à ces délais plus longs. Parmi les plaintes conclues, 25 personnes ont exercé leur droit de demander une révision, ce qui représente une diminution de 14 % par rapport à l'année précédente (29 sur 215).

Un total de 29 recommandations a été formulées dans 25 dossiers, dont 93 % étaient de nature systémique. Les catégories ayant généré le plus de recommandations étaient le jugement/évaluation professionnelle (6) et les relations interpersonnelles (5).

2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires²

Au cours de la période visée par le présent rapport, aucune plainte n'a fait l'objet de transfert auprès des responsables disciplinaires par le médecin examinateur conformément aux dispositions prévues à l'article 688.

² LGSSSS, art. 688

Conclusion

Alors que nous faisons le bilan de la dernière année, les leçons tirées des commentaires du public ainsi que les nombreuses discussions tenues avec différents membres de la direction ont mis en lumière une réalité récurrente : plus que lors des années précédentes, les difficultés d'accès aux soins sont de plus en plus attribuées au manque de personnel et à la nécessité d'optimiser les budgets. Dans plusieurs secteurs, les employés ne sont pas toujours remplacés durant les périodes de vacances en raison de contraintes financières, certains professionnels demeurent difficiles à recruter et, dans plusieurs domaines, la demande de services dépasse la disponibilité des ressources.

Cette observation ne se veut pas une critique de la gestion ou du personnel de première ligne, mais plutôt un constat d'une situation devenue progressivement plus évidente au fil des ans et impossible à ignorer lorsqu'on examine le contexte entourant les défis actuels du réseau de la santé. Cela ne signifie toutefois pas qu'il est impossible d'apporter des améliorations avec les ressources actuellement en place. Dans plusieurs secteurs, des possibilités de progrès et des efforts significatifs demeurent possibles.

Nous continuons notamment de suivre de près les défis liés à l'imagerie médicale et demeurons dans l'attente de la mise en œuvre de certaines mesures concrètes. De même, le besoin d'une approche plus claire et uniforme concernant la gestion des patients ou des membres de la famille ayant des comportements abusifs demeure un enjeu pour lequel nous attendons activement un plan formel, parmi d'autres problématiques ayant un impact sur la qualité et l'accessibilité des soins et services.

À l'échelle individuelle, plusieurs expériences vécues par des patients et leurs proches continuent de mener à des améliorations en matière de formation, à la révision de protocoles ainsi qu'à des changements organisationnels constructifs, démontrant qu'il ne manque pas de travail ni d'occasions d'amélioration au sein du réseau.

La réalité actuelle demeure que la demande pour les services de santé est extrêmement élevée, alors que les ressources subissent une pression importante pour réussir à y répondre. Nous encourageons donc le public à demeurer informé des différentes options de soins qui s'offrent à lui ainsi que du contexte plus large dans lequel les services sont dispensés, pendant que les équipes du réseau poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les soins et l'accès aux services pour tous.



Michael Bury
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre universitaire de santé McGill

Annexes

Annexe I – Nombre de dossiers ayant un motif lié à la maltraitance comparativement à l'année précédente

Nombre de dossiers	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
Plaintes				
2025-2026	0	6	3	3
2024-2025	0	1	1	0
Interventions				
Sur constat				
2025-2026	0	1	1	0
2024-2025	0	0	0	0
Sur signalements				
2025-2026	0	13	13	0
2024-2025	4	17	21	0
Total 2025-2026	0	20	17	3

Annexe II – Niveau de traitement des plaintes et d'intervention selon les motifs liés à la maltraitance

Type de dossiers	Traitement non complété					Traitement complété			Total
	Abandonnés	Cessées	Refusées	Rejetées sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	
Plaintes	0	0	0	0	0	1	2	3	3
Interventions	0	0	0	0	0	7	7	14	14
Total	0	0	0	0	0	8	9	17	17

Annexe III – Nombre de motifs de maltraitance selon type d'auteur

Auteur de la maltraitance	Plaintes		Interventions		Total	
	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%
Par un dispensateur de services	1	0.04	2	3.38	3	3.42
Par un proche ou un tiers	0	0	12	20.32	12	20.32
Par un usager	2	0.09	0	0	2	0.09
Total	3	0.13	14	23.70	17	23.83

Annexe IV – Dossiers de plaintes et d'interventions par type de maltraitance

Type de maltraitance	Plaintes		Interventions		Total
	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%	(%)
Discrimination et âgisme	0	0	0	0	0
Maltraitance matérielle	0	0	3	5.08	5.08
Maltraitance organisationnelle (soins et services)	1	0.04	1	1.69	1.73
Maltraitance physique	2	0.09	5	8.47	8.57
Maltraitance psychologique	0	0	3	5.08	5.08
Maltraitance sexuelle	0	0	0	0	0
Violation des droits	0	0	2	3.38	3.38
Total	3	0.13	14	23.70	23.84

Annexe V – Description des mesures apportées par type de maltraitance

Motifs	Mesures d'amélioration fréquentes	Exemples de mesures concrètes
Discrimination et âgisme	N/A	N/A
Maltraitance matérielle	Amélioration des mesures de sécurité	Avec l'appui des trois filles de la patiente, des restrictions de visite ont été instaurées à l'égard de la personne soupçonnée de maltraitance. La patiente a par la suite été transférée vers un centre de réadaptation, où elle bénéficie d'un suivi psychosocial ainsi que d'un accompagnement continu par l'équipe interdisciplinaire.
Maltraitance organisationnelle (soins et services)	Un proche du patient, bien intentionné, avait des antécédents d'ingérence dans les soins du patient en raison de ses convictions personnelles et avait déposé une plainte non fondée pour maltraitance organisationnelle. Le patient souhaitait recevoir de l'aide médicale, mais il redirigeait toujours les questions concernant ses soins vers cette proche.	Beaucoup de temps a été consacré à clarifier les faits avec elle, tout en établissant des limites et une structure concernant les visites. Comme aucun autre membre de la famille n'était en mesure de soutenir le patient, un compromis a été trouvé en maintenant le lien familial avec le patient, tout en veillant à ce qu'il reçoive les soins requis qu'il désirait.
Maltraitance physique	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Surveillance accrue de la résidente faisant acte de violence envers les autres résidents, utilisation du ruban rouge pour démarquer une zone de limite « ne pas rentrer »
Maltraitance psychologique	N/A	N/A

Maltraitance sexuelle	N/A	N/A
Violation des droits	N/A	N/A

Annexe VI – Nombre de dossiers et proportion des situations de maltraitance selon l'instance

Instance visée	Total de dossiers conclus	Proportion (%)
Installations CH	14	93.33
Installations CHSLD publics	1	6.67
Total	15	100.00

Annexe VII - Principales recommandations formulées par le commissaire durant l'année d'exercice (Dossiers hors situation de maltraitance (une page maximum))

L'énoncé de la recommandation	Les constats clés ayant mené à la recommandation	Instance concernée	Suivi/état d'avancement
1. Pour les prochaines élections, une communication sera faite aux gestionnaires d'unité afin de faciliter davantage le vote pour les populations plus vulnérables.	Un patient en soins psychiatriques a appelé notre bureau le jour des élections fédérales, souhaitant exercer son droit de vote. Bien que la responsabilité première incombe à Élections Canada, les communications internes étaient insuffisantes pour mobiliser une collaboration adéquate et proactive de la part des gestionnaires.	Communication interne	Accepté : réalisation se fera durant les prochaines élections.
2. Veiller à ce que les produits fournis pour l'hygiène correspondent aux obligations énumérées dans le guide d'accueil dans toutes les unités.	La fille d'un résident d'un CHSLD a demandé qu'on commande certains produits d'hygiène pour son parent, mais on lui a répondu que la famille fournissait ces articles depuis 2021. Les produits en question devraient être fournis par l'établissement.	CHSLD	Accepté/Complété
3. De rétablir le financement pour le traducteur humain pour le cas en question.	Cette mère de deux enfants aux besoins complexes ne parle qu'un sous-dialecte d'une langue. L'application de traduction utilisée par le service fonctionne dans la plupart des cas, mais n'est pas adaptée à cette situation. Le budget alloué à l'interprète humain, initialement prévu, a été supprimé. Grâce à notre intervention, la direction a accepté de rétablir le financement de cet interprète,	Service des Soins complexes	Accepté/Complété

	compte tenu du caractère exceptionnel de la situation		
4. Recommandations au gestionnaire de l'unité de renforcer l'exigence de compléter un rapport d'incident lorsqu'une lésion de pression de stade 2 ou plus est identifiée, et s'assurer qu'une demande de consultation immédiate à l'équipe de soins des plaies et stomies soit effectuée. Veiller à ce que les interventions visant la prévention et l'évolution des lésions de pression, telle que les évaluations cutanées de la tête aux pieds, les vérifications des points de pression et le repositionnement aux deux heures, soient clairement documentées dans la feuille de suivi quotidien et signée à chaque quart de travail par l'infirmière, avec la fréquence des interventions indiquée.	Il y a eu des délais dans le suivi en personne par l'infirmière en soins des plaies, et les produits spécialisés requis devaient être commandés puisqu'ils n'étaient pas disponibles en stock, ce qui a entraîné des retards supplémentaires dans le traitement de la plaie.	Unité de soins	Accepté/réalisé
5. Que les frais pour le dépistage de la malaria (codes 41120, 41121, 41122, 45074), totalisant un montant de 840,78 \$, soient retirés de la facture du patient.	Une ordonnance collective a été activée même si la patiente ne répondait pas aux critères, ce qui a entraîné des frais injustifiés pour le dépistage du paludisme.	Finance	Accepté/réalisé

Annexe VIII – Principales recommandations formulées durant l’année d’exercice par le médecin examinateur (une page maximum)

[Voir consignes dans le guide de rédaction]

La formulation de la recommandation	Les constats clés ayant mené à la recommandation	Instance concernée	Suivi/état d’avancement
1. a. Il est nécessaire de communiquer au patient les résultats de toute anomalie identifiée lors d’une visite à l’urgence et de s’assurer qu’il les comprend pleinement. Il est recommandé de communiquer et de documenter les démarches à entreprendre en cas de persistance et/ou d’aggravation des symptômes. b. Il est recommandé que les délais visés pour des investigations supplémentaires et/ou un traitement spécifique après le congé de l’urgence soient clairement documentés au dossier médical.	Le test d’urine de la patiente présentait des résultats anormaux. Toutefois, cette information ne lui a pas été communiquée. Elle ne l’a appris qu’une semaine plus tard, lorsqu’elle a dû retourner à l’urgence.	L’urgence	Accepté/réalisé
2. Renforcer les pratiques de consentement et de documentation liées aux investigations postnatales et aux autopsies, tout en assurant une communication claire et cohérente entre toutes les équipes concernées. Améliorer la collaboration interdisciplinaire, particulièrement entre l’équipe de génétique et le Centre des naissances, afin de veiller à ce que tous les aspects du plan de soins du patient	Comme les parents avaient refusé l’autopsie, aucun test génétique n’a été effectué. Toutefois, cette information n’avait pas été clairement communiquée auparavant, et les questions entourant le consentement n’avaient pas été pleinement clarifiées au début de la prise en charge médicale.	Obstétrique	Accepté/réalisé

soient clairement communiqués, coordonnés et mis en œuvre de façon appropriée.			
3. Il est recommandé que les protocoles de gestion de la douleur lors des prélèvements ovocytaires au Centre de reproduction du CUSM fassent l'objet d'une révision par la Division d'anesthésiologie. Il est également recommandé qu'un groupe de travail soit mis sur pied afin d'évaluer les approches pouvant améliorer la prise en charge de la douleur durant ces interventions.	Une personne ayant subi une intervention médicale dans le cadre d'un traitement de fertilité a rapporté avoir vécu une détresse importante et des douleurs sévères malgré l'administration d'une sédation. Selon cette personne, elle serait demeurée consciente pendant une grande partie de l'intervention et ses demandes répétées pour un soulagement supplémentaire de la douleur auraient été refusées en raison de l'application d'un protocole de dosage standardisé qui n'aurait pas été adapté aux besoins ou à la réponse individuelle du patient.	Obstétrique	Accepté/réalisé Approbation de l'utilisation de Pentrox pour patient subissant cette procédure.
4. Le médecin, avec le personnel infirmier et administratif, examinera les protocoles postopératoires et la communication dans les cliniques de gynécologie	La plainte concernant l'absence de suivi médical à la suite d'une intervention chirurgicale qui soulève des préoccupations importantes quant à la continuité des soins et à l'efficacité des mécanismes de communication clinique. Malgré la présence de douleurs importantes et de symptômes jugés préoccupants, les multiples tentatives effectuées par la patiente pour joindre le médecin traitant sont demeurées sans réponse, tant avant qu'après l'intervention. Selon les informations recueillies, même les démarches	Gynécologie	Accepté/réalisé

ambulatoire. J'ai demandé qu'il me fasse suivi avant le 31 janvier 2026.	entreprises par le personnel infirmier et administratif afin d'assurer un suivi seraient demeurées infructueuses. Ce n'est que plusieurs jours plus tard, alors que l'état de santé de la patiente se serait détérioré, qu'un contact médical aurait finalement été établi.		
5. Élaborer des protocoles plus clairs et standardisés pour l'administration de contraste oral chez les patients présentant un risque accru d'aspiration. Renforcer la communication et la prise de décision collaborative entre les équipes des soins intensifs et de chirurgie lors de la gestion de décisions complexes liées à l'imagerie et aux interventions. Développer les activités éducatives basées sur la simulation et l'analyse de cas portant sur la reconnaissance et la prise en charge des fuites	La famille soulève des préoccupations concernant les soins postopératoires et la détérioration de l'état du patient après une chirurgie majeure, notamment la décision de lui donner congé malgré des difficultés respiratoires persistantes, suivie d'une réadmission et d'une hospitalisation jusqu'à son décès. Des inquiétudes ont également été exprimées quant à la prise en charge clinique, la surveillance des complications, la prévention des infections, la communication avec la famille ainsi	Chirurgie thoracique	Accepté/réalisé

anastomotiques postopératoires et des complications connexes.	que la coordination et la continuité des soins durant l’hospitalisation.		
---	--	--	--

