



# RAPPORT ANNUEL

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES  
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

2019/2020







# Table des matières

PRÉAMBULE	4
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE 2019-2020	5
MANDAT	6
FAITS SAILLANTS	7
PORTRAIT DES DOSSIERS	8
PLAINTES	10
ASSISTANCE	17
INTERVENTION	18
CONSULTATIONS	19
MALTRAITANCE	20
COVID-19	21
RECOMMANDATIONS	22
ENGAGEMENTS ET MESURES D'AMÉLIORATION	23
PROTECTEUR DU CITOYEN	28
DOSSIERS DE PLAINTES NON COMPLÉTÉS	30
AUTRES FONCTIONS ET PROMOTION	31
OBJECTIFS 2020-2021	32
LES PLAINTES MÉDICALES	32
ÉPILOGUE	33
ANNEXES	34
RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR	35
RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	40

Sauf pour les infirmières, le masculin est utilisé dans ce rapport afin de faciliter la lecture, et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

## Préambule

L'année 2019-2020 s'est terminée sur une note de confinement et de pandémie liés à la COVID-19. L'ampleur de ce phénomène a soufflé littéralement la communauté CHUM en bousculant nos habitudes et nos façons de faire. De fait, en l'espace de quelques jours, les priorités ont été modifiées et nos pratiques ont dû s'adapter au contexte.

Nous constatons une diminution de 21 % des dossiers soumis par les usagers. Les motifs d'insatisfaction visant les soins et services, ainsi que les relations interpersonnelles, demeurent les principaux motifs de plainte. Malgré cette diminution, la complexité des dossiers de plainte et d'intervention s'est maintenue.

Ce sont les usagers qui, d'abord, nous ont aidés à améliorer les soins et services. Il n'est pas simple pour des usagers de déposer une plainte alors que la maladie les rend vulnérables. Nous constatons qu'ils choisissent d'adresser leurs insatisfactions avec l'intention que d'autres ne vivent pas les inconvénients qu'ils ont rencontrés. Ces mêmes usagers sont la raison d'être de la fonction de commissaire aux plaintes.

La collaboration notable des gestionnaires nous a guidés vers des pratiques différentes. Nous avons privilégié, pour la deuxième année, les engagements formels aux recommandations.

Tout le travail accompli prouve que la force des liens entre les gestionnaires et les équipes ne peut qu'aboutir à une préoccupation importante pour la qualité des soins et services offerts aux usagers.

Comme je l'écris chaque année, je souhaite que le contenu de ce rapport puisse être accessible et bénéfique à tous.

Bonne lecture!



**Sylvie Fortin**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUM



## Composition de l'équipe 2019-2020

L'équipe du Bureau de la commissaire se compose de la commissaire, de trois (3) commissaires adjointes et de deux agentes administratives :

- Madame Sylvie Fortin, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Madame Ariane Beaudet-Roy, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services;
- Madame Joane Boulanger, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services;
- Madame Louise Valiquette, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services;
- Madame Shannon Suffrard, agente administrative;
- Madame Tzvetelina Velinova, agente administrative.

## Mandat

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services exerce des fonctions exclusives et ne peut occuper toute autre fonction au cours de son mandat. Globalement, la commissaire doit :

- Assurer la promotion du régime des plaintes et de l'indépendance de la fonction;
- Diffuser l'information sur les droits et obligations des usagers et s'assurer de la formation des équipes de soins en lien avec lesdits droits;
- Examiner les plaintes avec diligence;
- Prêter assistance aux usagers durant tout le processus des plaintes;
- Assurer les communications avec les instances du CHUM et les divers comités;
- Traiter les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Produire le rapport annuel des activités du bureau de la commissaire.

Pour plus de précisions sur les fonctions de la commissaire aux plaintes et des commissaires adjointes, le lecteur peut se référer à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), chapitre III, section I, articles 29 à 40 :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

et au *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers* :

<https://portail.chum.rtss.qc.ca/Document.php?sid=110979>

**Si vous n'avez pas accès à l'Internet, veuillez composer le 514 890-8484 pour obtenir une copie du *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers* et nous nous ferons un plaisir de vous la faire parvenir.**



## Faits saillants

- L'année s'est terminée avec une baisse des insatisfactions. Cette diminution est évaluée à 21 %, soit 352 dossiers de moins que l'année précédente. Il importe toutefois de préciser que les demandes n'en sont pas moins complexes. Cette baisse se retrouve particulièrement du côté des assistances et des interventions.
- 98 % des dossiers ont été traités à l'intérieur de 45 jours tel que la LSSSS le prescrit.
- 17 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen, en deuxième recours prévu par la loi. Les conclusions des commissaires ont été maintenues pour 15 dossiers.
- Nous avons obtenu 150 engagements formels et 381 mesures correctrices visant l'amélioration des soins et services destinés aux usagers.
- Le Bureau de la commissaire a étudié 17 dossiers concernant des usagers hospitalisés au CHUM en lien avec la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- La pandémie de COVID-19, qui a débuté à la toute fin de la période de référence, a eu peu d'impact sur le traitement des insatisfactions puisque seulement 24 dossiers ont été traités.

## Données de l'année 2019-2020

Les plaintes médicales ne sont pas incluses dans nos données puisque c'est le médecin examinateur, et non les commissaires, qui traite ces dossiers.

Les données du présent rapport sont extraites de la base de données SIGPAQS (Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services). Nous devons donc composer avec la limitation de tout système qui a son lot d'erreurs possibles. Bien que certains écarts puissent être minimes, nous croyons important de souligner cette possibilité.

## Portrait des dossiers

DOSSIERS 2019-2020		
	Dossiers traités	%
Assistance	605	45
Plainte	384	28
Intervention	279	21
Consultation	85	6
<b>TOTAL</b>	<b>1353</b>	<b>100</b>

### Comparatif

Pour l'ensemble des dossiers, il y a une diminution de 21 %.

COMPARATIF ET VARIATIONS				
	DOSSIERS 2018-2019	DOSSIERS 2019-2020	VARIATIONS EN 2019-2020	
Assistances	795	605	-190	-24 %
Plaintes	446	384	- 62	-14 %
Interventions	387	279	-108	-28 %
Consultations	77	85	+8	+10 %
<b>TOTAL</b>	<b>1705</b>	<b>1353</b>	<b>-352</b>	<b>-21 %</b>

Il serait hasardeux d'émettre une seule hypothèse justifiant cette baisse du nombre de dossiers. En regardant les motifs de l'année en cours, nous pouvons constater que la clientèle semble s'être adaptée à son nouveau milieu de soins et que les améliorations qui avaient été demandées ont été réalisées. Notons, par exemple, l'ouverture du deuxième stationnement souterrain, la mise en place des portes automatisées qui avait débuté à l'an un du CHUM, la multiplication des plages horaires en radiologie, le fonctionnement optimal de la centrale des rendez-vous, etc.



## 1353 dossiers ont généré le traitement de 1821 motifs pour lesquels les commissaires sont intervenues.

Un dossier de plainte ou d'intervention peut présenter plus d'un motif lors du dépôt de la demande. En fait, le nombre de motifs est illimité et correspond au nombre d'insatisfactions émises par l'utilisateur.

1353 DOSSIERS : 1821 MOTIFS 2019-2020		
MOTIFS	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	620	34
Accessibilité	382	21
Relations interpersonnelles	346	19
Organisation du milieu et ressources matérielles	235	13
Droits particuliers	144	8
Aspect financier	51	3
Autre	43	2
<b>TOTAL</b>	<b>1821</b>	<b>100</b>

# Plaintes

## 384 DOSSIERS

Le dossier de plainte est ouvert lorsqu'un usager est insatisfait des services qu'il a reçus, qu'il reçoit, qu'il requiert ou aurait dû recevoir. L'utilisateur manifeste clairement qu'il désire déposer une plainte. La plainte peut être déposée par l'utilisateur ou son représentant; elle peut être verbale ou écrite. La recevabilité de la plainte est analysée et, si elle est recevable, elle doit être traitée dans les délais prescrits par la loi, soit 45 jours. L'aptitude à consentir est évaluée lors du dépôt de la plainte, et le consentement libre et éclairé de l'utilisateur occupe une place primordiale.

Comme mentionné plus haut, il peut y avoir plusieurs motifs d'insatisfaction dans un même dossier de plainte; c'est pourquoi le nombre de dossiers de plaintes et le nombre de motifs diffèrent.

Une insatisfaction quant aux conclusions d'une commissaire, à la suite du traitement de ce type de dossier, donne ouverture à un recours au Protecteur du citoyen, ce qui n'est pas le cas pour une assistance ou une intervention.

## MOTIFS D'INSATISFACTION

### Les 384 dossiers de plainte ont généré 806 motifs d'insatisfaction

806 MOTIFS D'INSATISFACTION 2019-2020		
MOTIFS	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	277	34
Relations interpersonnelles	205	25
Accessibilité	148	18
Organisation du milieu et ressources matérielles	129	16
Droits particuliers	31	4
Aspect financier	12	2
Autre	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>806</b>	<b>100</b>

De multiples insatisfactions proviennent d'un manque d'informations qu'aurait dû recevoir l'utilisateur.

Baucoup d'intercessions et d'actions de liaison sont faites avec les acteurs principaux d'un dossier. Il arrive fréquemment que des usagers soient dirigés, au départ, vers une personne qui est dans l'impossibilité de les aider dans l'obtention des services requis. Il nous incombe alors de mettre en contact les intervenants et l'utilisateur afin de faciliter l'accès aux services. Ces plaintes sont alors résolues rapidement et l'utilisateur a le choix de poursuivre la démarche ou de cesser le processus de plainte.



Il est presque inévitable que les versions des usagers et du personnel diffèrent dans une certaine proportion. Il convient dans ces cas de trancher selon la situation et de conclure en utilisant l'ensemble des éléments de notre investigation. Les versions contradictoires n'aboutiront pas nécessairement à une conclusion sans action ou mesure. Il est important que les commissaires précisent que même en présence de versions contradictoires, cela ne mine en rien la crédibilité que nous accordons à la version donnée par les usagers.

Si la plainte s'avère non fondée ou partiellement fondée, des clarifications sont apportées au plaignant afin de recadrer sa perception de la disponibilité ou la qualité des services.

## QUELQUES EXEMPLES DES DEMANDES ADRESSÉES

### Soins et services : 34 %

**La compétence technique et professionnelle des intervenants**, qui englobe le savoir et le savoir-faire :

- Contestation de la cote de triage attribuée aux urgences, erreur de compatibilité au laboratoire Optilab<sup>1</sup> pour une transfusion sanguine avec répercussion sur la production d'anticorps, etc.
- Risque de chute sous-évalué provoquant la chute d'un usager hospitalisé sur une unité de médecine.
- Lors de soins continus au chevet d'un usager, utilisation du cellulaire par des préposés pendant la surveillance.
- Erreur d'appel par une infirmière à un médecin, suite à un incident lié à un tube de gastrostomie sorti de son orifice. Ce retard a généré une seconde hospitalisation pour une intervention chirurgicale.

### L'organisation propre à l'établissement :

- Délai de réponse aux cloches d'appel sur certaines unités; choix de priorisation de certaines clientèles aux centres de prélèvements.
- Demande de stabilisation du personnel infirmier dans certaines cliniques externes pour assurer une meilleure connaissance des dossiers d'usagers ayant des problématiques complexes.
- Coordination des équipes d'entretien ménager lors de la gestion des éclosions sur certaines unités en lien avec les usagers devant attendre dans les corridors horaires au bloc opératoire.
- Système téléphonique automatisé pour la confirmation des rendez-vous.

<sup>1</sup> OPTILAB : Le CHUM a le mandat de gérer la grappe OPTILAB de Montréal, c'est-à-dire le regroupement des laboratoires de biologie médicale comprenant les établissements suivants : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Santa Cabrini, Institut psychiatriques de l'Est-de-Montréal, Institut de cardiologie de Montréal), CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Fleury, Hôpital Jean-Talon, Hôpital en santé mentale de Rivière-des-Prairies), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital de Verdun, Hôpital Notre-Dame, Institut universitaire de gériatrie de Montréal).

- Plusieurs usagers déplorent devoir attendre longtemps pour voir le médecin alors que le rendez-vous est planifié. Cette attente peut aller jusqu'à quelques heures d'attente en salle. La surcharge des horaires et l'ajout de patients surnuméraires en sont les causes les plus fréquentes. Cet élément concerne le médecin qui gère sa liste de rendez-vous.
- Certains usagers déplorent de devoir subir les prélèvements sanguins au CHUM alors qu'ils habitent loin. Cette exigence proviendrait du spécialiste consulté. L'information est corrigée : les usagers peuvent subir leurs prélèvements sanguins à l'établissement de leur choix. Le dossier DSQ offre un accès aux résultats pour tout professionnel de la santé.
- Les reports d'interventions chirurgicales, alors que l'utilisateur est déjà en attente sur place, au bloc opératoire, sont difficiles à accepter par les usagers. Ces reports sont justifiés par un temps opératoire généré par les complications de certains cas de chirurgie. Ceci a pour effet d'annuler une chirurgie prévue vers la fin du programme opératoire. Malgré les explications et les clarifications, cela demeure une source d'irritants majeurs pour la clientèle.

#### **La continuité :**

- Absence de coordination entre les services internes et ceux du réseau qui aboutit sur une planification du congé défaillante.
- Famille et proches ne sont pas avisés du transfert interétablissement.
- Mode de transport choisi mal évalué pour les besoins de l'utilisateur.
- CHSLD receveur non avisé du retour d'un résident.
- Absence de suivi lors des échanges du personnel infirmier au changement de quart de travail.
- L'utilisateur nous dit avoir l'impression que les informations pertinentes ne sont pas données lors de la transmission de rapports au changement de certains quarts de travail, car ils doivent répéter ce qu'ils avaient déjà expliqué à l'infirmière précédente.
- Plusieurs usagers nous disent laisser des messages téléphoniques à leur médecin et souhaitent un retour d'appel. Lorsqu'ils ne reçoivent pas l'appel espéré, ils sont persuadés que les agentes ne transmettent pas les messages. Tous les dossiers traités démontrent qu'il n'en est rien et que les messages sont transmis aux médecins.
- L'obligation de quitter l'hôpital lors du congé suite à une hospitalisation ou la contestation du transfert vers un autre établissement demeure un irritant pour certains usagers et leurs proches. Cela relève de la responsabilité médicale et cela est clairement énoncé dans la LSSSS. La vérification de la préparation du congé est toujours validée par les commissaires lorsqu'il y a une plainte. L'utilisateur a-t-il eu l'information suffisante pour se préparer au congé?
- La mission tertiaire et quaternaire du CHUM, dans certaines spécialités, est plutôt complexe à comprendre pour la clientèle. Le retour au centre hospitalier d'origine provoque des objections et des incompréhensions. Certains usagers y voient un bris de service.



**Les soins dispensés :** Difficulté à obtenir aide et soutien pour les besoins de base comme aller à la toilette et l'hygiène personnelle, difficulté à obtenir un changement de literie au besoin sur certaines unités.

## **Relations interpersonnelles : 25 %**

Les plaintes concernant les relations interpersonnelles présentent malheureusement un pourcentage assez stable. Nous sommes passés de 24 % à 25 %. Cette donnée varie très peu au cours des années. Des efforts sont déployés par les chefs de service et les diverses directions afin de rappeler aux intervenants les attentes de qualité d'intervention au CHUM. Malgré de nombreux rappels, nous retrouvons presque invariablement les mêmes insatisfactions qui sont reprochées au personnel. Nous remarquons une tendance similaire dans divers établissements.

Plusieurs usagers ont invoqué une forme de lassitude qu'ils percevaient lors de leurs interactions avec le personnel du CHUM. Ainsi, nous pouvons entendre de la part d'usagers que telle ou telle personne n'est « pas à sa place dans un service pour les patients ».

Nous devons également composer avec la maladresse de certains intervenants. L'art de bien communiquer avec une clientèle vulnérable doit faire partie de la formation du personnel. Si le personnel en place démontre des lacunes de ce côté, des formations sont accessibles au CHUM afin de corriger la situation. Nous avons pu noter une amélioration dans certains secteurs.

Il est aussi important de considérer certains facteurs culturels. Le CHUM accueille, autant du côté des usagers que du personnel, des gens de cultures différentes et enrichissantes. Cependant, nous devons prendre le temps d'apprendre et de comprendre que les attitudes et les réactions diffèrent d'une culture à l'autre. Par exemple, ce qui est perçu comme de la froideur chez certaines personnes est tout bonnement de la discrétion ou de la pudeur. En ce sens, le traitement de certains dossiers demande une analyse rigoureuse en tenant compte de tous les facteurs touchant la personne visée.

### **Humanisme et *caring***

Le savoir-être est universel et la personne qui s'engage à travailler avec des usagers doit avoir des valeurs liées à la philosophie humaniste du *caring* adoptée au CHUM, demande d'être sensible et de comprendre l'expérience de l'utilisateur. La philosophie humaniste privilégie des valeurs de respect et de dignité humaine. Elle reconnaît l'intégrité de la personne, sa liberté de choix et la confiance en son potentiel. Les valeurs humanistes influencent les attitudes du personnel soignant et guident leurs comportements.

Exemples d'attitudes : être attentif, se préoccuper, souhaiter comprendre l'autre, etc.

Exemples de comportements à adopter : se présenter à la personne avec qui nous devons interagir, expliquer son rôle, discuter des priorités de soins avec l'utilisateur, etc.

Ces exemples représentent des comportements que l'on doit exiger des intervenants qui travaillent au CHUM.

**Communication et attitude :** Voici des exemples d'insatisfaction :

- Des intervenants consultant leur cellulaire pendant le travail et devant les usagers.
- Des commentaires inappropriés de commis relativement aux demandes des usagers pour connaître les temps d'attente aux cliniques externes.
- Un manque d'écoute et d'empathie (nous retrouvons souvent le terme « froideur » dans les commentaires des usagers).
- Le refus de s'identifier demeure présent malgré l'obligation des intervenants de se présenter à la clientèle. Il nous est difficile de comprendre pourquoi on refuse de s'identifier aux usagers qui ont le droit de savoir avec qui ils interagissent.
- Un geste grossier de la main fait à un usager qui émettait un commentaire à une infirmière, sur le temps d'attente en clinique externe.
- Un attroupement de membres du personnel dans des corridors ou au poste d'une unité, pour raconter des pans de vie personnelle, qui sont également entendus par les usagers et leurs proches.

**Abus :** Il arrive que ce soient certains usagers qui présentent des problèmes de relations interpersonnelles et font preuve de violence envers le personnel. La plainte, d'abord déposée par l'utilisateur, se conclut par un abus de sa part lorsqu'il est prouvé que l'utilisateur menace et injurie les membres du personnel.

### **Accessibilité : 18 %**

Il y a une baisse significative des insatisfactions liées à l'accessibilité téléphonique. Les usagers déplorent toutefois qu'il n'y ait pas de possibilité de laisser des messages lors des appels à certaines cliniques. Lors des investigations, nous avons constaté que les usagers devaient contacter la centrale des rendez-vous et non les cliniques directement.

Des demandes sont fréquemment initiées par des usagers pour que les commissaires interviennent pour faire devancer une intervention chirurgicale ou un rendez-vous. Nous ne pouvons intervenir à la satisfaction des usagers puisque cela ne relève pas de notre compétence. La centrale de rendez-vous accommode les usagers lors de ces demandes. Quant à la priorisation des interventions chirurgicales, cela relève de la gestion des listes d'attente par les chirurgiens.

Les dates de rendez-vous peuvent s'avérer insatisfaisantes pour les usagers, mais ils ont la possibilité de demander des changements à la centrale des rendez-vous.

Les critères d'inclusion pour être vu par certains spécialistes ont généré des demandes d'intervention de notre part. Les usagers acceptent mal le fait d'être refusés. Les commissaires soumettent les demandes et ont pu constater que les refus étaient justifiés.

Plusieurs usagers jugent qu'ils attendent trop longtemps pour obtenir des formulaires devant être remplis par les médecins. Ces usagers subissent des pressions de la part des employeurs pour que les formulaires leur soient envoyés. Il y a presque toujours des enjeux financiers importants pour la clientèle. Nous intervenons à chaque demande pour faire accélérer les démarches. Il relève de la responsabilité médicale de remplir les formulaires en temps utile.

Du côté d'Optilab, des usagers sont retournés au médecin prescripteur lorsque les requêtes ne sont pas complétées selon les normes. Par exemple, si le numéro de pratique du médecin est manquant, l'utilisateur se verra refuser l'accès aux prélèvements sanguins. Bien que ces normes fussent établies pour assurer la sécurité des usagers, il nous apparaît difficile de justifier que l'utilisateur subisse les désagréments pour une omission qui n'est pas de son fait. De plus, nous avons constaté que certains centres Optilab n'appliquent pas cette politique uniformément. Un assouplissement a été demandé aux gestionnaires Optilab et les pourparlers sont en cours.

## **Organisation du milieu et des ressources : 16 %**

**Stationnement :** Avant l'ouverture du deuxième stationnement, de multiples plaintes ont été déposées concernant le manque d'espaces disponibles et l'obligation d'utiliser des stationnements extérieurs au CHUM. La question des frais fut aussi un enjeu, mais l'annonce de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs avantageux en juin 2020 a réglé la question. Offrir du stationnement n'est pas une obligation pour un centre hospitalier.

**Confort et commodité :** Le travail d'installation des portes automatisées se poursuit encore cette année. Plus de 50 % du projet est terminé, mais il y aurait un important achoppement dans la négociation du budget pour terminer le travail. Ce dossier sera suivi de près par notre service.

**Sécurité du milieu :** Les dossiers de réclamation pour perte ou vol d'objets et d'argent constituent l'élément principal de ce volet. Encore cette année, les services de sécurité ont été interpellés pour chaque dossier. Certains objets déclarés comme perdus ont été retrouvés peu de temps après la déclaration. Nous pouvons constater un manque de rigueur quant à la consignation des objets personnels lors des transferts interunités ou des urgences vers les unités.

**Organisation spatiale :** Certains espaces sont envahis par les fumeurs aux entrées au CHUM. Cet élément, bien que perturbant, est sous la gestion de la Ville de Montréal puisque les espaces extérieurs à l'établissement appartiennent à la Ville. Des demandes ont été adressées régulièrement aux instances de la Ville de Montréal, par le service de santé et sécurité.

## **Droits particuliers : 4 %**

**Accès au dossier de l'utilisateur :** Le refus d'accès au dossier médical d'utilisateurs décédés est un problème. Ces demandes sont transférées aux services juridiques du CHUM qui chapeaute l'accès à l'information.

**Accès aux soins pour la clientèle anglophone :** Peu de plaintes y sont reliées, mais celles-ci génèrent de vives émotions à chaque fois. Certains usagers veulent recevoir les soins en anglais. La LSSSS donne le droit à tout usager d'être servi dans la langue anglaise. Cependant, cet article de loi est assorti d'un programme qui dicte les modalités reliées à ce droit. Par exemple, les intervenants du CHUM sont soumis à une obligation de moyens pour aider les usagers anglophones, mais nous ne pouvons garantir que les soins et services seront donnés en anglais puisque le CHUM n'est pas un établissement désigné comme établissement bilingue et que le bilinguisme n'est pas un critère d'embauche au CHUM. Pour chaque plainte traitée, il a été prouvé que les intervenants avaient pris les moyens pour assurer la traduction des consignes à donner.



**Choix du professionnel :** Les plaintes reçues concernent les demandes de changement de médecin. Les changements demandés ont été généralement accordés par les chefs de départements visés.

### Aspect financier : 2 %

La facturation de soins et services *aux usagers non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)* demeure la principale source d'insatisfaction dans cette catégorie.

## DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE

### 98 % des dossiers en moins de 45 jours

Le délai de traitement, soit à l'intérieur des 45 jours, prévaut uniquement pour les plaintes puisqu'il n'y a pas de délai de prescription pour les autres dossiers.

Nous ne pouvons qu'être satisfaits par cette statistique et nous devons ce succès aux gestionnaires qui répondent à nos demandes avec célérité et diligence.

DÉLAI DE TRAITEMENT DES 463 DOSSIERS DE PLAINTE		
DÉLAI DE TRAITEMENT	Nombre de dossiers	%
Moins de 3 jours	80	21
4 à 15 jours	98	26
16 à 30 jours	109	29
31 à 45 jours	84	23
46 jours et plus	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100</b>

## Assistance

### 605 DOSSIERS

Essentiellement, nous utilisons le dossier d'assistance pour l'utilisateur qui désire de l'aide, mais ne veut pas déposer une plainte.

Les motifs d'assistances sont variés et ressemblent à ceux des plaintes, mais l'utilisateur désire que l'on règle son problème rapidement pour obtenir le service désiré. Nous ne retrouverons pas de problèmes de relations personnelles ni d'abus dans cette catégorie.

605 DOSSIERS D'ASSISTANCE		
MOTIFS	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	210	35
Accessibilité	175	29
Droits particuliers	68	11
Relations interpersonnelles	58	10
Organisation du milieu et ressources matérielles	42	7
Aspect financier	29	5
Autre	23	3
<b>TOTAL</b>	<b>605</b>	<b>100</b>

# Intervention

## 279 DOSSIERS

### Les 279 dossiers ont généré 332 motifs d'insatisfaction.

Le dossier d'intervention est utilisé pour investiguer, clarifier et corriger tout ce qui peut nuire à la qualité des soins et services, à la satisfaction des besoins des usagers et au respect de leurs droits. Les dossiers d'intervention sont ouverts sur constat ou signalement à la commissaire. Ils peuvent également aider des familles qui constatent des irrégularités des soins et services aux usagers.

Ces dossiers peuvent donner lieu à des engagements et à des recommandations pour assurer la mise en place de mesures d'amélioration. Une description des actions se trouve à la section des engagements et mesures d'amélioration qui découlent des conclusions d'intervention des commissaires.

332 MOTIFS POUR 279 DOSSIERS D'INTERVENTION		
MOTIFS	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	119	36
Accessibilité	58	17
Organisation du milieu et ressources matérielles	57	17
Relations interpersonnelles	50	16
Droits particuliers	28	8
Autres	11	3
Aspect financier	9	3
<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>100</b>

Voici des exemples des dossiers traités cette année :

- **Accessibilité** : Le père d'une usagère dépose une plainte en lien avec le report d'une intervention chirurgicale qui a désorganisé toute la famille, entre autres pour la prise en charge de son petit-fils. L'usagère était informée qu'elle était excédentaire et qu'il y avait un risque d'annulation. Elle nous demande de ne pas aller plus avant dans les démarches demandées par son père.
- **Organisation des services** : Une épouse nous demande d'intervenir pour que les multiples médecins qui traitent son époux se concertent pour éviter les démarches qui se multiplient. La Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) a été saisie de ce dossier et les demandes ont été adressées aux spécialistes concernés.
- **Droit à l'information** : Une famille souhaite avoir le déroulement des interventions en salle de réveil après le décès de leur père. La famille est référée au chirurgien et à l'infirmière-chef. Les renseignements concernant l'accès à l'information ont été fournis en lien avec les affaires juridiques du CHUM.

- **Matériel de soins :** Une intervention a été ouverte par les commissaires à la suite du traitement d'une plainte en lien avec le dysfonctionnement d'un appareil à écarteurs lumineux, qui a causé des brûlures à une usagère. Le retrait de l'appareil s'est fait rapidement au bloc opératoire et la source du problème ayant été identifiée, le matériel a été remplacé et le service des approvisionnements a changé de fournisseur.
- **Règles du milieu de soins :** Une usagère nous demande d'intervenir à la clinique de médecine environnementale pour que le port de parfum soit interdit. Les gestionnaires ont adopté une politique en lien avec l'interdiction de porter des parfums ou des produits parfumés au travail. Une affiche de deux mètres est installée visiblement à l'entrée de la clinique. Cette consigne s'adresse également aux usagers.
- **Aspect financier :** une demande d'intervention nous a été adressée par la conjointe d'un usager pour recevoir les formulaires destinés à l'institut bancaire à la suite de l'hospitalisation de son époux, qu'elle n'avait pas réussi à obtenir, ses demandes étant demeurées sans réponse. Nous sommes intervenues auprès des autorités concernées et avons obtenu les formulaires, que nous avons rapidement acheminés à l'usager.

## Consultations

### 85 DOSSIERS

Le dossier de consultation est dédié au personnel des services de santé ou à toute autre personne œuvrant dans la sphère de l'usager. La plupart des demandes proviennent du personnel du CHUM. Des personnes du réseau de la santé, extérieures au CHUM, nous consultent également relativement à nos pratiques. Ces dossiers sont confidentiels et le contenu des conversations n'est jamais divulgué.



# Maltraitance

## 17 SIGNALEMENTS

À la suite de l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, des signalements de maltraitance ont été faits à la commissaire concernant des usagers hospitalisés au CHUM. Nous avons reçu 17 signalements de maltraitance pour des abus financiers avec violence et/ou négligence.

Tel que requis par la loi, le consentement de l'utilisateur a été validé lorsque celui-ci était apte. Le travail minutieux du personnel du service social a permis de bien cerner les problématiques présentes dans la vie des usagers. Chaque cas soumis présentait un enjeu financier. Malgré certains constats, nous avons respecté le souhait des usagers aptes qui ne voulaient rien changer à leur situation. Pour les usagers inaptes, des mesures de protection rapides et nécessaires ont été mises en place par nos travailleurs sociaux pour quatre usagers :

**1 - Maltraitance par abus physique, psychologique et financière :** Ce dossier a nécessité la protection de multiples instances du CHUM afin que les abuseurs n'aient plus aucun contact avec l'utilisateur. Ce cas a démontré non seulement un abus financier, mais aussi de la violence physique de la part du fils. D'autres membres de la famille abusaient également de l'utilisateur mais le faisaient plus subtilement que le fils. L'inaptitude de l'utilisateur a été prouvée et les intervenants en service social ont mis en place les protections nécessaires pour que l'utilisateur puisse vivre sereinement sa vie et qu'il soit en sécurité.

**2 - Maltraitance par abus financier et négligence des besoins de base :** Une usagère a été isolée par sa petite-fille et gardée captive dans un studio exigu d'un motel sordide, sans que les besoins physiques vitaux de l'usagère soient comblés. L'usagère s'est révélée inapte selon des évaluations professionnelles. Il s'ensuivit une prise en charge par nos intervenants et des démarches de protection faites en vue d'un placement en CHSLD.

**3 - Maltraitance par négligence :** Une usagère était privée de soins et de services à cause des croyances de son fils. Lors de l'hospitalisation, elle a été mise sous régime de protection et elle a eu accès à un hébergement sécuritaire. Les autres membres de la famille ont bien entouré la dame par la suite.

**4 - Maltraitance par abus financier :** Un signalement a été fait par une conjointe qui visait les fils d'un usager. Les protections nécessaires ont été mises en place et l'investigation s'est poursuivie tout en s'assurant que l'utilisateur, partiellement inapte, ne serait jamais seul avec des membres de la famille lors de ses visites au CHUM. À la toute fin de l'investigation, il s'est avéré que l'utilisateur aurait fait don de certaines sommes à des membres de la famille, se sachant près de mourir.

Aucun dossier de maltraitance n'a été généré par le comportement d'un membre du personnel du CHUM.

## COVID-19

Nous avons ouvert le premier dossier lié à la COVID-19 le 13 mars 2020. Il est difficile de décrire tout ce que cette situation a apporté et de mesurer la détresse des usagers et des familles. Il est important de rappeler que la période de référence se terminant le 31 mars, nous devons nous en tenir aux premières semaines de la pandémie.

24 DOSSIERS COVID-19 2019-2020		
DOSSIERS	Nombre de dossiers traités	%
Intervention	11	46
Assistance	8	33
Plainte	5	21
Consultation	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

25 MOTIFS POUR 24 DOSSIERS COVID-19		
MOTIFS	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	9	36
Organisation du milieu et ressources matérielles	9	36
Droits particuliers	5	20
Relations interpersonnelles	1	4
Accessibilité	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

### Voici les principaux motifs d'insatisfaction pour ce volet :

- Uniformes portés par des employés à l'extérieur pendant les pauses : les directions étaient déjà au courant et cela a été répété plusieurs fois aux employés.
- Plainte relative aux restrictions imposées par les mesures d'isolement respiratoire à l'urgence en attente de l'évaluation médicale pour dépistage de la COVID-19. L'utilisateur s'est plaint que le personnel n'a pas respecté ses droits et libertés (p. ex : fumer, boire, manger, aller à la toilette) pendant le confinement dans la salle avec plusieurs personnes et s'est plaint de la difficulté de faire appel au personnel et de communiquer avec eux. Cette plainte est non avérée.

- Certaines plaintes de proches démontrent une inquiétude face aux soins que reçoivent les usagers. La peur que l'on contamine leur parent est présente. Les explications sont fournies et nous assurons la liaison avec les infirmières-chefs afin que ces familles soient rassurées.
- Distanciation non respectée par les signaleurs à l'entrée du stationnement. Une liaison a été faite avec la chef de service de sécurité et stationnement.
- Salles d'attente de diverses cliniques ne respectant pas la distanciation. Nous avons visité ces salles et cela s'est révélé faux lors de notre passage. Nous avons donc pris des photos à différentes heures pendant quelques jours et nous n'avons pas constaté de problème de distanciation.
- Plainte concernant l'absence de plexiglas au comptoir d'accueil Sanguinet : Les commis portent le masque en tout temps et l'installation du plexiglas avait été planifiée lorsque celui-ci serait livré.
- Hygiène salubrité : la propreté des lieux et des toilettes de la clinique d'oncologie a été jugée non satisfaisante par un visiteur. Une liaison a été faite avec le chef du service d'hygiène et salubrité et un correctif a été apporté.
- Visiteurs aux unités : Dès le début de la pandémie, l'interdiction de visiteurs sur les unités a suscité des contestations. La souffrance des familles et des proches était palpable. Par contre, aucun usager ne nous a interpellés.

## Recommandations

De concert avec la Direction générale, le Bureau de la commissaire n'a émis aucune recommandation encore cette année. L'exercice de l'année précédente a démontré le succès de cette approche et les engagements ont été respectés. Les engagements formels et les démarches d'amélioration ont été possibles grâce au soutien des diverses directions du CHUM. La démarche de collaboration et d'engagement privilégiée motive davantage les équipes à trouver des solutions adaptées et à atteindre les objectifs fixés.

# Engagements et mesures d'amélioration

## 150 ENGAGEMENTS FORMELS

Les engagements formels sont demandés lorsqu'une situation demande un temps d'intervention plus long ou lorsque les démarches nécessaires comprennent des actions multiples. Des changements qui touchent plusieurs personnes dans un service ou un département seront alors consignés dans un plan d'action qui sera suivi par le gestionnaire et la commissaire pour en assurer l'accomplissement. Nous retrouvons dans cette catégorie des actions qui seront à portée systémique, des mesures disciplinaires demandées par la commissaire ou jugées nécessaires par le gestionnaire.

150 ENGAGEMENTS FORMELS		
MOTIFS	Nombre	%
Relations interpersonnelles	58	39
Soins et services dispensés	45	31
Organisation du milieu et ressources matérielles	25	16
Droits particuliers	10	6
Accessibilité	9	6
Aspect financier	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

### Voici des exemples d'engagements réalisés

EXEMPLES D'ENGAGEMENTS RÉALISÉS		
MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
Bris de confidentialité par un infirmier qui a interpellé l'utilisateur en pleine salle d'attente.	Engagement de l'instance de recadrer l'infirmier. Rappel à l'infirmier quant à sa façon de s'adresser aux usagers et à la confidentialité.	Rappel à l'infirmier quant à sa façon de s'adresser aux usagers et à la confidentialité. Rappel à l'équipe quant à la confidentialité. Note au dossier de l'employé
Une technologue en radiologie ne s'est pas nommée; a appelé l'utilisateur par le mauvais prénom; elle ne lui a pas donné les informations nécessaires pour l'examen et a remis en question les informations que l'utilisateur lui donnait.	Engagement de la gestionnaire pour recadrer l'employée sur les manquements reprochés et corriger la pratique.	Rencontre formelle par la gestionnaire. Obligation de se nommer. Droit à l'information. Droit à des soins de qualité et sécuritaires. Avis verbal à l'employée et note au dossier.



MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
<p>Une usagère atteinte d'une maladie dégénérative voulait utiliser le matériel disponible au CHUM, de manière autonome, comme elle le fait chez elle. Cela lui a été refusé.</p> <p>Retard dans l'administration du gavage par manque de pompes.</p>	<p>Engagement à faire un rappel systématique concernant les autosoins, lorsque demandés par l'utilisateur.</p> <p>Assurer une réserve de pompes suffisantes pour le service.</p>	<p>Rappel aux infirmières quant aux possibilités d'autosoins par les usagers et les responsabilités professionnelles et légales qui y sont rattachées.</p> <p>La réserve de pompes pour le gavage sera située aux urgences.</p>
<p>Manque de respect de la confidentialité : prise de signes vitaux et divulgation à l'utilisateur dans l'espace gymnase.</p>	<p>Engagement du gestionnaire à créer un espace isolant les usagers pour la prise de signes vitaux.</p>	<p>Lieux aménagés pour que la prise de signes vitaux et la divulgation aux usagers se fassent en toute confidentialité.</p>
<p>Plainte d'une usagère selon laquelle une infirmière n'a pas respecté sa déontologie en ne décourageant pas les sentiments amoureux qui semblaient s'installer entre elles.</p> <p>L'infirmière aurait dû se retirer du dossier dès le début, mais elle ne l'a pas fait et elle a déposé une plainte contre la patiente pour harcèlement, à la police.</p> <p>Incarcération de 2 jours et frais juridiques importants pour l'utilisateur.</p>	<p>Engagement du cogestionnaire à rencontrer l'employée, à encadrer sa pratique.</p> <p>Engagement à faire l'analyse de cet événement et à mettre en place des moyens pour éviter la récurrence.</p>	<p>Lettre disciplinaire au dossier de l'infirmière.</p> <p>Le cogestionnaire s'est assuré qu'un rappel était fait à toute l'équipe concernant la déontologie.</p> <p>Plan d'action rigoureux déposé par le cogestionnaire : formations à l'équipe, obligation de lecture d'articles de l'OIIQ.</p> <p>Les situations similaires devront être déclarées rapidement et résolues en équipe multidisciplinaire.</p> <p>Les engagements ont tous été réalisés.</p>
<p>Une usagère déplore le temps d'attente pour recevoir un traitement oncologique.</p>	<p>Révision du processus à partir de la préparation par la pharmacie.</p>	<p>La pharmacie a revu son processus pour réduire le temps de préparation du médicament.</p> <p>Engagement réalisé.</p>
<p>Une usagère se plaint de l'attitude cavalière d'une agente administrative à la réception d'un service.</p>	<p>Rencontre et évaluation des pratiques de l'employée.</p>	<p>Il s'est avéré que c'était la troisième plainte en peu de temps concernant son attitude. Une suspension de 5 jours a été imposée à l'employée.</p>
<p>Familiarité de la part d'une infirmière de recherche lors d'échanges par courriel avec une usagère.</p>	<p>Encadrer le savoir-être de l'employée et faire un rappel sur les obligations déontologiques de l'infirmière.</p>	<p>L'infirmière a été formellement rencontrée et l'équipe a également eu un rappel préventif.</p>

MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
<p>Plainte touchant l'équipe des urgences concernant les soins à apporter aux usagères en menace d'avortement spontané du premier trimestre (fausse couche).</p> <p>Triage par infirmière.</p> <p>Approche thérapeutique.</p> <p>Relations interpersonnelles.</p> <p>Prise en charge.</p> <p>Informations à donner.</p>	<p>Encadrer la pratique de l'infirmière.</p> <p>Révision du processus d'accueil et de prise en charge lors de cas similaires aux urgences.</p> <p>Collaboration avec le secteur mère-enfant et sa conseillère en soins spécialisés.</p>	<p>Rencontre formelle de l'infirmière visée.</p> <p>Discussion en comité d'amélioration continue.</p> <p>Rencontres avec le secteur mère-enfant.</p> <p>Formations données aux infirmières.</p> <p>Formation spécifique pour les infirmières au triage.</p>
<p>Usager se plaint d'avoir passé une deuxième tomodensitométrie inutilement.</p>	<p>Revoir le processus du cheminement des requêtes.</p> <p>Commis en neurologie recadrée pour omission de détruire une requête lorsque le rendez-vous est attribué.</p> <p>L'agente de radiologie n'a pas vérifié la requête adéquatement.</p>	<p>Suspension de 5 jours pour une agente administrative.</p> <p>Rappel à l'équipe des technologues.</p> <p>Événement a été présenté au comité de gestion en radiologie.</p>
<p>Plainte concernant la propreté des lieux à divers endroits au CHUM.</p>	<p>Constations visuelles à faire par la visite des lieux.</p> <p>Amélioration rapide de la situation.</p>	<p>Augmentation de la fréquence des tournées par les chefs de secteur.</p> <p>Validation de l'exactitude du respect des protocoles en hygiène et salubrité.</p>
<p>Plainte concernant les erreurs de facturation à des non-résidents du Québec.</p> <p>Formulaire d'engagement non présenté à une usagère et non signé pour payer les frais médicaux et cliniques.</p> <p>Nombre de visites facturées serait inexact.</p>	<p>Révision de la facture.</p> <p>Évaluation de l'exactitude du nombre de visites avec le médecin.</p>	<p>Facture annulée, car l'usagère n'a jamais signé le formulaire des non-résidents qui aurait dû lui être présenté en premier lieu.</p>
<p>Plaintes fréquentes à l'égard du refus d'employés de décliner leur identité. La plupart du temps, ce refus a été fait lors de conversations téléphoniques.</p>	<p>Les divers services visés par ce genre de plainte se sont engagés, chaque fois, à faire des rencontres d'équipe et à imposer des sanctions aux employés visés par ces plaintes.</p>	<p>Des rappels ont été faits aux équipes.</p> <p>Des rencontres individuelles ont été faites.</p> <p>Des mesures disciplinaires ont été données selon la gravité de chaque cas et des notes ont été consignées aux dossiers des employés visés.</p>

MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
<p>Une famille dépose une plainte, car personne n'a été avisé du transfert interétablissement de leur mère vers un centre hospitalier régional. Aucun médecin, aucune infirmière n'a contacté la famille.</p>	<p>Revoir le processus de préparation au congé.</p>	<p>Rencontre formelle avec l'infirmière attitrée à l'utilisateur et note à son dossier. Rencontre d'équipe faite pour préciser de respecter les étapes de préparation au congé.</p>
<p>Plainte sur la qualité des soins continus assurés par une préposée aux bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de surveillance directe;</li> <li>• Utilisation du cellulaire dans la chambre pendant les heures de surveillance;</li> <li>• La préposée ne s'est pas identifiée.</li> </ul>	<p>Faire respecter les objectifs premiers des soins continus. Le rapport 1 pour 1 et l'obligation de contact visuel du préposé qui veille au bien-être de l'utilisateur en exclusivité.</p>	<p>Rencontres multiples pour les trois quarts de travail pour discuter des modalités des soins continus. Précisions des consignes qui doivent être données aux préposés au début de chaque quart. Avis verbal donné à la préposée qui a utilisé son cellulaire pendant le travail et note laissée à son dossier.</p>
<p>Intervention sur constat par la commissaire, en lien avec le fait de donner des nouvelles d'un usager par téléphone aux urgences.</p> <p>Conséquences graves liées à ce geste pour un usager qui était sous protection au CHUM pour maltraitance. Les facteurs de risque liés à la situation de l'utilisateur n'ont pas été considérés.</p>	<p>Les gestionnaires se sont engagés à rencontrer le personnel pour leur expliquer que ce geste, souvent répété et banalisé, ne respecte pas le droit à la confidentialité.</p>	<p>Rencontres d'équipes faites. Nouveaux scénarios proposés aux commis pour expliquer aux gens qui téléphonent comment ils doivent procéder pour avoir des nouvelles ou savoir si un membre de leur famille est hospitalisé au CHUM.</p>
<p>Erreur d'appel par une infirmière qui a contacté un médecin, mais qui n'était pas le médecin responsable de l'hospitalisation d'une usagère.</p> <p>Retard important pour la réinstallation de la gastrostomie.</p> <p>L'utilisateur a dû subir une seconde hospitalisation et une seconde intervention chirurgicale.</p> <p>Pas de rapport d'incident/accident (AH-223) au dossier.</p> <p>Pauvre qualité des notes infirmières.</p>	<p>Revoir le processus lors d'incident lié à la chute accidentelle d'un tube de gastrostomie.</p> <p>Évaluer le jugement infirmier lors de cet incident.</p> <p>Production d'un rapport d'incident/accident (AH-223)</p>	<p>Rencontre avec l'infirmière et lettre disciplinaire au dossier. Rappel aux équipes de produire un AH-223 lors d'incidents. Demande à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) de considérer ceci comme un incident avec conséquences sérieuses. Analyse approfondie faite par cette équipe. Rappel fait à tout le personnel infirmier pour suivre la procédure d'appel aux médecins lors d'incidents. Un comité aviseur a été mis sur pied pour réfléchir sur les soins de la gastrostomie.</p>

## 381 MESURES D'AMÉLIORATION

Les mesures d'amélioration (ou mesures correctrices) touchent des éléments qui seront réglés rapidement. Cela concerne souvent des rencontres entre un gestionnaire et un employé visé par une plainte ou une assistance. Dans certains cas, l'utilisateur n'a pas reçu le service qu'il souhaitait, mais il ne veut pas nuire à la personne et demande qu'on corrige la situation. Cela se conclut souvent par un rappel à faire aux membres du personnel dans le cadre d'une réunion mise sur pied rapidement pour diffuser une communication interne qui corrigera une situation indésirable, mais sans gravité.

Ces mesures touchent les soins, les lieux, les services et l'accessibilité et elles découlent du traitement des dossiers de plainte, d'assistance et d'intervention.

381 MESURES D'AMÉLIORATION		
MOTIFS	Nombre	%
Relations interpersonnelles	120	32
Soins et services dispensés	119	31
Organisation du milieu et ressources matérielles	65	17
Accessibilité	51	13
Droits particuliers	21	6
Aspect financier	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100</b>

### Quelques exemples d'améliorations obtenues à la suite d'insatisfactions ou de demande d'aide d'utilisateurs :

MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
Préparation au congé incomplète.	Un aide-mémoire pour assurer les départs sécuritaires est disponible aux étages.	Rappel général au personnel.
Heures de rendez-vous attribuées insatisfaisantes pour usagers (plusieurs demandes d'assistance).	Intercession-liaison avec la centrale de rendez-vous qui a adapté ses pratiques aux besoins des usagers.	Personnalisation des rendez-vous pour tous les usagers qui l'ont demandé.
Demande de changement de médecin (plusieurs demandes d'assistance).	Intercession-liaison faite avec le chef de service.	Changement de médecin accordé aux usagers dans 99 % des cas.
Limitation des services accordés par le CLSC à des usagers qui nécessitent des traitements posthospitalisation (les services s'arrêtaient à 15 h).	Démarches de liaison faites avec le CLSC et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour améliorer l'offre de service.	Extension des heures offertes aux usagers afin d'obtenir les traitements requis.



MOTIFS	ENGAGEMENT	MESURES/ACTIONS
Plusieurs usagers se plaignent de devoir se présenter à 6 h du matin en chirurgie d'un jour même si l'heure prévue est beaucoup plus tard dans la journée.	Révision des processus au bloc opératoire, chirurgie d'un jour pour changer l'heure de convocation de tous les usagers.	En septembre 2019, les procédures ont été modifiées et les usagers sont convoqués à des heures plus proches de l'heure de leur intervention chirurgicale.
Problèmes avec certaines lignes téléphoniques de cliniques externes. L'absence de boîte vocale avec la possibilité de laisser des messages est un irritant pour beaucoup d'usagers (plusieurs demandes d'aide de la part des usagers).	Chaque clinique a fait réviser les lignes problématiques. Certaines cliniques ne souhaitent pas adopter les boîtes vocales avec possibilité de laisser des messages. Nous avons constaté, lors de nos investigations, que plusieurs usagers tentaient de contacter la clinique au lieu de contacter la centrale de rendez-vous.	Lignes téléphoniques révisées et plus fonctionnelles. Certaines cliniques ont ajouté des boîtes vocales avec des menus précis.
Plusieurs usagers tentent de joindre leur chirurgien pour savoir quand ils seront opérés. Nous dirigeons les usagers vers le Guichet de programmation chirurgicale.	Usagers informés de la pertinence d'utiliser les services du Guichet.	Intercession-liaison avec le Guichet de programmation chirurgicale afin que le personnel entre en communication avec les usagers qui ont besoin d'une confirmation.

## Protecteur du citoyen

Les dossiers transférés au Protecteur du citoyen sont au nombre de dix-sept. Ces dossiers ont été transférés en 2019-2020 bien que certains aient été traités lors d'années antérieures. Le Protecteur a maintenu les conclusions des commissaires dans quinze dossiers qui ont été soumis et a conclu qu'une intervention de sa part ne permettrait pas d'améliorer le service ou serait inutile.

ANNÉE DU DOSSIER TRAITÉ PAR LA COMMISSAIRE	ANNÉE DU TRANSFERT AU PROTECTEUR	NOMBRE DE DOSSIERS	CONCLUSIONS DU PROTECTEUR 2019-2020
2017-2018	2019-2020	1	1
2018-2019	2019-2020	6	6
2019-2020	2019-2020	10	10

**Deux dossiers ont fait l'objet de recommandations correctrices par les déléguées du Protecteur du citoyen.**

MOTIFS	RECOMMANDATION	SUIVI
<p>Optilab HSC</p> <p>Méthode non optimale de ponction capillaire au talon du nouveau-né</p>	<p>R1. Prendre les moyens nécessaires afin que le personnel concerné du laboratoire œuvrant à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal réchauffe le site de ponction capillaire des nouveau-nés avant d'effectuer la ponction, tel qu'il est prévu au <i>Manuel opératoire normalisé du prélèvement de sang par ponction capillaire</i>.</p>	<p>Formations données aux technologues qui effectuent des ponctions veineuses au secteur mère-enfant en lien avec le <i>Guide de prélèvement de sang par ponction capillaire aux fins d'analyse</i> en vigueur à HSC.</p> <p>Recommandation réalisée.</p>
<p>Optilab HMR</p> <p>Délai d'attente inapproprié pour un prélèvement du taux de cortisol plasmatique.</p>	<p>R1. Dans l'attente des résultats de l'étude du Comité de pertinence, s'assurer que le prélèvement sanguin pour l'analyse du taux de cortisol soit effectué comme indiqué au <i>Répertoire des analyses et guide de prélèvements pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont</i>.</p> <p>R2. Ajuster le <i>Répertoire des analyses et guide de prélèvements pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont</i>, à la lumière des résultats de l'étude du Comité de pertinence, notamment en ce qui concerne l'heure du prélèvement sanguin pour le taux de cortisol.</p>	<p>Optilab s'est assuré que le prélèvement pour une épreuve de suppression à la dexaméthasone (1 mg) et les prélèvements de cortisol AM seraient faits entre 7 h et 10 h.</p> <p>Si le patient ne peut être prélevé avant 10 h, l'analyse demeure cliniquement valable en mettant un commentaire approprié pour signifier au médecin prescripteur l'heure réelle du prélèvement.</p> <p>Les heures associées aux valeurs de référence seront indiquées sur les rapports d'analyse.</p> <p>Recommandation en voie de réalisation; elle sera terminée au printemps 2020 en lien avec la réunion du comité de pertinence.</p>

## Dossiers de plaintes non complétés

3 %

Lors de l'analyse ou de l'examen sommaire d'un dossier, il est possible que celui-ci ne soit pas traité ou que le traitement n'aille pas jusqu'au bout de la procédure de traitement. Certaines plaintes sont abandonnées par les usagers en cours de traitement, d'autres sont cessées en l'absence de collaboration de l'utilisateur.

57 DOSSIERS DE PLAINTE NON COMPLÉTÉS		
	Nombre de dossiers	%
Abandonnées par l'utilisateur	18	38
Cessées	23	49
Rejetées sur examen sommaire	4	9
Refusées	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Rejetée sur examen sommaire :** Le rejet se fait sans investigation poussée, d'où le terme sommaire. La plainte ne sera pas traitée, car son contenu est soit :

- **Vexatoire :** Une plainte vexatoire est formulée de manière intentionnelle dans le but de vexer, d'importuner ou d'embarrasser une personne ou un établissement, et ne vise aucun résultat ou objectif concret. Ces plaintes contiennent souvent des mots blessants et/ou sont teintées de propos racistes.
- **De mauvaise foi :** Ces plaintes sont plus complexes à déceler, car elles comportent un motif plutôt caché, qui se traduit par une certaine malhonnêteté, de la vengeance, ou faites dans le but de nuire à une personne. Ce motif ne fut pas utilisé cette année.
- **Frivole :** Ces plaintes sont généralement sans fondement sérieux, sans objectif d'amélioration, et sont déraisonnables. Par exemple, une usagère désire se plaindre d'une résidente parce qu'elle juge que les talons hauts ne devraient pas être autorisés.
- **Abandonnée par l'utilisateur :** L'utilisateur se désiste à la suite d'une réflexion, par peur de représailles ou quand son problème a été réglé avant la fin du traitement de la plainte.
- **Cessée :** Absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant, refus de collaborer, ou encore le plaignant ne donne pas suite à nos demandes de communiquer avec nous. Ces demandes de communications sont souvent essentielles, car nous avons besoin de plus de précisions pour traiter le dossier. Ces cas sont généralement des plaintes déposées par boîte vocale ou par courriel.
- **Refusée :** Certains usagers veulent déposer une plainte concernant un événement précis, mais refusent de nous donner la moindre information, si bien que nous ne pouvons d'aucune manière faire une investigation et nous n'avons aucun point de repère. Par exemple, un usager désire déposer une plainte contre le CHUM pour les soins qu'il juge insatisfaisants. Nous ne pourrions traiter la plainte puisque nous n'avons pas le nom de l'utilisateur, le service visé et les événements qui se sont produits. Généralement, l'utilisateur allègue avoir peur de vivre les conséquences de sa plainte s'il révèle ces détails.

## Autres fonctions et promotions

La promotion du rôle de la commissaire, des droits et obligations des usagers et du code d'éthique du CHUM fait partie intégrante du travail des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Il est important de préciser qu'une partie des activités de la commissaire se passe en échanges divers, par téléphone, pour des précisions ou pour son expertise. C'est probablement le volet le plus important en matière de temps utilisé, mais impossible à comptabiliser.

- Participation ponctuelle à différents comités
- Assistance aux séances du conseil d'administration
- Les droits des usagers sont largement abordés lors des consultations qui nous sont demandées
- Publication d'articles dans le CHUMAGAZINE
- Rencontre systématique avec les nouveaux gestionnaires des unités de soins. Ceci a grandement amélioré la perception des gestionnaires quant au rôle des commissaires aux plaintes
- Rencontres individuelles avec des gestionnaires pour la promotion de la fonction et des droits et obligations des usagers
- Formations sur mesure offertes aux équipes de soins
- Révision de documents à la demande de certains gestionnaires
- Rencontre avec des commissaires d'autres établissements
- Participation aux rencontres du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité du Québec
- Formation et accompagnement d'une nouvelle commissaire adjointe
- Révision des conclusions émises pour la clientèle
- Supervision de stagiaires à la maîtrise - UQAM



## Objectifs 2020-2021

La raison d'être de notre fonction est l'utilisateur et ses proches. Le plus important de nos objectifs demeure la satisfaction des usagers autant que faire se peut.

La formation des équipes de soins et du personnel du CHUM s'inscrit systématiquement dans nos objectifs chaque année. Nos élans ont été freinés par la survenue de la pandémie qui est toujours présente. Nous sommes à modifier notre offre de service, suite aux règles restrictives de la COVID-19.

Nous avons franchi les étapes nécessaires pour intégrer des patients partenaires au bureau de la commissaire. Le soutien de la DQEPE nous a guidés dans cette quête. Le retard de cette réalisation est imputable aux priorités qui ont été chamboulées par la pandémie. Ce projet va se concrétiser au cours de l'an prochain.

Nous sommes à réviser nos pratiques afin de produire un document que nous pourrions partager avec les commissaires des autres centres hospitaliers. Par ce procédé, nous pourrions partager et apprendre de l'expertise des autres.

La présence de stagiaires demeure une priorité, mais elle sera modifiée en fonction des règles des maisons d'enseignement, soumises aux exigences de la pandémie.

D'autres objectifs vont inéluctablement se greffer à cette liste en lien avec les surprises que nous réserve notre fonction.

## Les plaintes médicales

Le rapport du médecin examinateur est produit par le bureau du médecin examinateur et est intégré, tel qu'il nous a été livré, dans le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. La commissaire aux plaintes doit recevoir les plaintes médicales et les transférer sans délai au médecin examinateur tel que le prescrit la LSSSS. Si la plainte médicale contient des éléments administratifs ou organisationnels, ces éléments seront regardés et traités par la commissaire.

Il n'appartient pas aux commissaires aux plaintes de proposer d'autres options afin d'éviter le dépôt de la plainte. Cela pourrait être interprété comme une tentative d'éviter le dépôt d'une plainte médicale.

## Épilogue

Ce fut une année de consolidation dans bien des domaines. Les usagers se sont bien intégrés dans les structures complexes du CHUM et semblent avoir trouvé leur zone de confort, pour la plupart. Le nombre de plaintes a diminué et nous avons observé des améliorations notables pour certains services puisque les plaintes y ont chuté. Il faut ici saluer les efforts des gestionnaires et du personnel.

Beaucoup de défis demeurent sur notre table de travail et nous savons que les possibilités de s'améliorer sont presque infinies. C'est avec la collaboration des gestionnaires et le soutien des directions que nous y arriverons. La notion de confiance prend tout son sens lorsque nous traitons des insatisfactions.

Merci aux membres du conseil d'administration qui nous ont accordé leur confiance. Nous ne soulignerons jamais assez l'importance de nous sentir pleinement épaulés par la Direction générale. Je tiens à remercier les membres du comité de vigilance et notre président, Michel Lamontagne, pour leur engagement sans faille. Tout ceci motive notre hardiesse dans certains dossiers plus sensibles.

Encore une fois, je souhaite remercier tous les gestionnaires, directeurs, chefs de départements, médecins, employés, bénévoles et patients partenaires qui ont mis l'épaule à la roue pour améliorer les soins et services. Les gestes les plus simples ont souvent été nos meilleurs leviers pour satisfaire nos usagers.

Finalement, comment ne pas saluer, de nouveau, les efforts constants de l'équipe du bureau de la commissaire? Je suis choyée de travailler aux côtés de ces femmes qui utilisent leur savoir et leur expérience pour ce travail qu'elles transforment en plaisir.

*« La vraie générosité envers l'avenir consiste à tout donner au présent. »*  
— Albert Camus



**Sylvie Fortin**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUM

# Annexes



# Rapport du médecin examinateur

## Gestion et examen des plaintes médicales 2019-2020

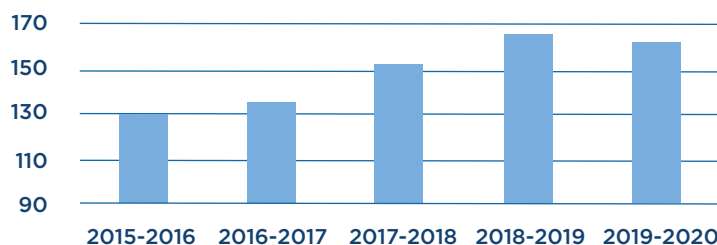
### Introduction

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services réfère au médecin examinateur pour examen, toute plainte formulée à l'endroit d'un étudiant de médecine, d'un médecin-résident en formation, ou d'un professionnel membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHUM.

### Nombre annuel de plaintes médicales

NOMBRE ANNUEL DE PLAINTES MÉDICALES				
2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
130	136	155	169	165

ÉVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL DE PLAINTES MÉDICALES



Le bureau du médecin examinateur a procédé à l'examen de 165 nouveaux dossiers de plainte pendant l'exercice 2019-2020. La diminution anticipée du nombre de plaintes conséquente au regroupement des activités cliniques au nouveau CHUM n'a pas été observée. Le nombre de plaintes médicales pour le présent exercice est comparable aux données de l'exercice 2018-2019 et reconferme la persistance d'un nombre important de plaintes au cours des cinq derniers exercices.

## Motif de la plainte

MOTIF DE PLAINTE		
MOTIFS	Nombre de plaintes	%
Relations interpersonnelles	88	53
Qualité des services médicaux	30	18
Combinée	43	26
Administratif	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

La qualité des relations interpersonnelles est identifiée comme motif principal de la plainte dans près de la moitié des dossiers. Elle met en cause une problématique perçue par le plaignant concernant l'attitude ou le comportement du médecin.

La mise en œuvre de conférences par le médecin examinateur sur la prévention et la gestion de la plainte médicale demeure l'outil de choix pour sensibiliser les médecins du CHUM et les médecins-résidents en formation à l'importance de l'élément relationnel dans la qualité des services.

## Statistiques des plaintes médicales au CHUM par département

STATISTIQUES DES PLAINTES MÉDICALES AU CHUM PAR DÉPARTEMENT		
DÉPARTEMENT	Plaintes par département	%
Anesthésiologie	5	3
Chirurgie	50	30
Médecine dentaire	1	1
Médecine	58	35
Obstétrique-gynécologie	14	8
Ophtalmologie	8	5
Psychiatrie	7	4
Radiologie	4	2
Urgence	18	11
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

La répartition du nombre de plaintes au sein des départements cliniques est en lien conforme avec le nombre de médecins de chacun des départements et le volume d'activités qui leur est associé. Aucune problématique départementale spécifique n'a été identifiée.



## Conclusions du médecin examinateur

CONCLUSIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR		
CONCLUSION	Nombre de plaintes	%
Plainte retirée	23	14
Plainte traitée / retenue	40	24
Plainte traitée / non-retenue	82	50
Plainte non-admissible	7	4
Plainte vexatoire - mauvaise foi	13	8
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

La répartition relative des conclusions du médecin examinateur est comparable aux statistiques des années antérieures en ce qui concerne le nombre de plaintes retenues et non-retenues.

Nous notons pour le présent exercice, une augmentation significative du nombre de dossiers de plainte retirée. En effet, dans 23 dossiers de plainte, les plaignants ont témoigné du fait que le dépôt d'une plainte médicale leur avait souvent été présenté comme étant l'unique outil permettant d'obtenir une solution au problème rencontré. Il s'agit d'une augmentation significative du nombre de retraits qui n'impliquait que 8 dossiers pour l'exercice antérieur.

Il convient de préciser que le médecin examinateur ne prend jamais l'initiative de proposer au plaignant de procéder au retrait de leur plainte. Le retrait d'une plainte s'inscrit toujours dans le cheminement de la réflexion personnelle du plaignant au terme de sa discussion avec le médecin examinateur. En effet, lorsqu'une solution efficace est proposée au plaignant, celui-ci remet lui-même en cause la pertinence de sa démarche de plainte. Le médecin-examinateur informe alors le plaignant qu'il est possible de maintenir le dépôt de la plainte, mais que l'option de retirer la plainte est également possible. Cette option présente l'avantage de préserver la qualité de la relation patient-médecin en particulier lorsque le plaignant souhaite maintenir son suivi médical avec le médecin en cause.

Il est essentiel de préciser que l'option de retrait de la plainte ne sera jamais présentée lorsqu'un motif correspondant à un manquement professionnel sérieux est en cause.

## Délai de traitement des plaintes

Le Loi propose que l'examen d'un dossier de plainte médicale soit complété dans un délai maximal de 45 jours. Le traitement diligent et efficace des dossiers de plainte médicale nous permet de témoigner auprès du plaignant et du médecin impliqué de l'importance accordée à la démarche de plainte.

Le délai de traitement des plaintes médicales demeure excellent au CHUM et 99% des dossiers ont été traités à l'intérieur du délai proposé par la Loi. Le délai moyen de l'examen d'un dossier de plainte est de 3 jours.

DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES		
DÉLAI DE TRAITEMENT	Nombre de plaintes	%
1 à 9 jours	86	8
10 à 19 jours	34	52
20 à 29 jours	22	21
30 à 39 jours	2	13
40 à 44 jours	3	1
>45 jours	4	2

## Demande d'examen par un Comité de discipline

Un seul dossier de plainte a justifié la demande de création d'un Comité de discipline au cours du présent exercice.

À tous les 60 jours, le médecin examinateur a la responsabilité légale de fournir un rapport d'évolution au plaignant dont le dossier fait l'objet d'un examen par un Comité de discipline. Le bureau du médecin examinateur a respecté cette obligation légale et un suivi régulier de l'évolution des activités du comité de discipline en cours d'examen a été assuré.

## Dossiers de plainte impliquant un médecin-résident

Nous avons traité 7 dossiers de plainte mettant en cause la responsabilité d'un médecin-résident. Conformément à notre recommandation pour l'exercice 2018-2019, le médecin examinateur a recruté deux médecins-conseils au sein des Départements de médecine et de chirurgie. Ces médecins agiront à titre de conseillers afin de fournir un support aux médecins-résidents ciblés par une plainte, ceci en toute confidentialité.

Les séances de formation aux médecins-résidents des programmes du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada concernant la gestion et la prévention des plaintes médicales se poursuivent à la demande de chacun des programmes.

## Recommandations du médecin examinateur

Le médecin examinateur a recommandé aux instances de la Direction des Affaires Médicales et Universitaires (DAMU) que le processus de consultation en chirurgie plastique soit révisé avec les autorités de ce service.

Une recommandation a été émise auprès du Service de neurologie afin que des mesures particulières soient mises en place lors de la procédure de ponction lombaire.

À la lumière de l'augmentation constante du nombre de plaintes médicales, le médecin examinateur recommande que les départements prévoient une séance de formation sur la prévention et la gestion de la plainte médicale pour les membres de leur département.

## Demandes d'examen par le Comité de révision du Conseil d'administration

Le Comité de révision du Conseil d'administration a reçu 13 demandes de révision adressées par les plaignants. Les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées pour 12 demandes. Malgré les dispositions de la Loi, un dossier de plainte considérée comme étant de mauvaise foi a été évalué par le Comité de révision. Ceci a permis de mettre en évidence la nécessité de revoir avec les membres du Comité les critères légaux qui définissent les circonstances permettant une demande de révision. Le médecin examinateur a communiqué aux médecins du Comité l'information légale concernant leurs fonctions au sein de ce comité.

## Projets et défis de l'exercice 2020-2021

- Le recrutement et la formation de nouveaux médecins examinateurs demeurent un enjeu important. Le médecin examinateur réitère l'importance que l'ECMDP du CHUM procède à la nomination de médecins afin d'assurer la formation de la relève pour cette fonction au CHUM.
- Intensification des efforts de formation auprès des membres du CMDP et des programmes de résidence sur la gestion et le traitement des plaintes médicales



**Élaine Letendre, M.D. Ph. D. FRCPC**  
Médecin examinateur  
Traitement des plaintes médicales du CHUM

Le 26 mars 2020

## Rapport du comité de révision

### Période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020

Le mandat du comité de révision des plaintes médicales est précisé à l'article 52 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Essentiellement, cet article mentionne que le comité doit prendre connaissance de l'ensemble de la plainte de l'utilisateur pour s'assurer, entre autres, que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Le comité de révision doit répondre à l'utilisateur dans les 60 jours de sa demande de révision.

Pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020, le comité de révision était composé de trois membres, plus un médecin substitut :

Michel Simard, président

Dr Roger-Marie Gagnon, médecin réviseur

Dr Jean-Gilles Guimond, médecin réviseur

Dr Danny Gauthier, médecin substitut

Suivant le tableau ci-dessous, le délai moyen du comité de révision pour communiquer sa décision à l'utilisateur est de 57 jours.

RÉVISION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES	
<b>Demandes reçues par le comité de révision</b>	23
<b>Délai moyen de traitement</b>	57 jours
<b>Demandes encore actives</b>	1
<b>Conclusions du médecin examinateur confirmées</b>	23
<b>Plaintes frivoles ou retirées</b>	1
<b>Motifs de la plainte : médecins</b>	23
<b>Recommandations au conseil d'administration</b>	0
<b>Transfert au CMDP</b>	0
<b>Décision maintenue</b>	23

Par rapport à l'année précédente, il s'agit d'une augmentation du nombre de demandes de révision passant de 12 à 23 mais le délai moyen de traitement a été réduit passant de 80 à 57 jours. Enfin, aucune de ces demandes de révision n'a remis en question l'acte médical posé ni les conclusions du médecin examinateur.

Sur les 23 dossiers soumis en révision, 15 concernaient les soins, 6 la relation interpersonnelle entre le patient et le médecin et 2 les insatisfactions administratives.

Au niveau des soins, l'élément générateur du dépôt d'une plainte est plus souvent qu'autrement le doute associé au traitement surtout lorsque celui-ci ne parvient pas à rétablir un équilibre de santé répondant aux attentes du patient. Comme le patient doit être au cœur de la démarche de soins, le comité ne peut faire autrement que d'encourager les médecins et tous les professionnels associés au continuum de soins à prendre le temps de bien exposer les enjeux aussi bien favorables que défavorables associés au traitement des soins proposés. L'analyse des plaintes et des demandes de révision mettent en exergues certaines incompréhensions qui auraient été possibles de remédier par une écoute active des besoins et attentes du patient.

Pour ce qui est de la relation interpersonnelle, le comité constate malheureusement quelque cas où la relation interpersonnelle entre le patient et le médecin a été difficile. Il peut s'agir de propos maladroits, d'un ton inapproprié ou de gestes d'impatience. Même si des excuses sont souvent offertes au patient par le médecin visé, elles n'effacent pas la perception du patient quant à l'atteinte à sa dignité et le bris de confiance qui en résulte. Jusqu'à présent, aucune sanction n'a été portée pour avoir manqué de respect ou avoir eu une communication difficile. Sans en atténuer l'importance, le comité rappelle aux médecins et à tous les professionnels concernés toute l'importance d'avoir des propos et une attitude respectueuse et exemplaire à l'égard du patient puisqu'en définitive, la personne qui vit le plus d'anxiété est celle dont le CHUM a la mission d'aider, à savoir le patient.

Quant aux deux situations administratives, elles ne relevaient pas des médecins visés et ne portaient aucunement préjudice à la santé des patients. Par contre, ces situations sont regrettables pour les patients. Possiblement que si elles avaient été traitées avec davantage d'empathie, aucune plainte n'aurait été formulée. En matière de services à la clientèle, il faut, aussi bien que faire se peut, trouver une solution au besoin du patient selon sa perspective et non selon celle que notre appréciation nous suggère. Le peu de plaintes en cette matière démontre que le CHUM y arrive très bien et que cette approche est à poursuivre.

En conclusion, aucun des dossiers portés à l'attention du comité de révision n'a démontré que les médecins impliqués avaient commis un manquement sur le plan professionnel. Le comité n'a pas non plus noté de concentration de plaintes à l'égard d'un médecin, d'un département ou d'un service qui serait de nature à porter préjudice à la qualité des services que les patients sont en droit de recevoir. Par ailleurs, le CHUM est un centre hospitalier universitaire de niveau tertiaire et quaternaire, ce qui nécessairement crée des attentes, qui lorsqu'insatisfaites peuvent générer de l'incompréhension. De l'avis du comité, le médecin ne doit pas seulement établir le meilleur traitement, il doit en exposer tous les enjeux au patient pour ainsi s'assurer d'une relation mutuelle de confiance et ainsi éviter toute incompréhension future quant à la qualité des soins reçus.

**Michel Simard**

Président

Comité de révision des plaintes médicales



**Auteur**

Sylvie Fortin, commissaire locale aux plaintes  
et à la qualité des services du CHUM

**Édition**

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

**Coordination et révision****Relecture**

Joane Boulanger, commissaire locale adjointe aux  
plaintes et à la qualité des services du CHUM

Louise Valiquette, commissaire locale adjointe aux  
plaintes et à la qualité des services du CHUM

Kathleen Poulin, conseillère

Claudine D'Anjou, conseillère

**Conception graphique**

Danielle Mongrain

**Commissaire locale aux plaintes et  
à la qualité des services du CHUM**

1001, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3H9

ISBN 978-2-89528-118-4/ISSN 2560-9467 (imprimé)

ISSN 2560-9475 (en ligne)

**Dépôt légal**

Droits réservés : la reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de  
ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable du CHUM.







CHUM



**CHUM**

Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal