

# Rapport annuel 2020-2021

## Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Bureau du commissaire aux plaintes  
et à la qualité des services

Version du : 2021-05-19

Mai 2021

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

© CHU de Québec-Université Laval, 2021.

## MOT DU COMMISSAIRE

---

Je vous présente, en cette année toute particulière sous le signe de la pandémie de COVID-19, le rapport annuel 2020-2021 sur l'application du régime d'examen des plaintes au CHU de Québec-Université Laval (CHU). Il est composé de quatre sections, soit le rapport du commissaire, le rapport des médecins examinateurs, les dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le rapport du président du comité de révision.

L'équipe du Bureau du commissaire se compose de :

M. Robin Bégin :	commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M <sup>me</sup> Julie Bilodeau :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M <sup>me</sup> Diane Blanchet :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M <sup>me</sup> Valérie Martel :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M <sup>me</sup> Hélène Picher :	technicienne en administration
M <sup>me</sup> Laurence Huard-Godin :	agente administrative
M <sup>me</sup> Joanne Simard :	agente administrative

À cette équipe s'ajoute celle des médecins examinateurs :

D <sup>r</sup> Denis D'Amours	D <sup>r</sup> Jean-Guy Émond	D <sup>re</sup> Maria-Élissa Picard
D <sup>r</sup> Marc De Blois	D <sup>r</sup> André Garon	D <sup>r</sup> Daniel Rizzo
D <sup>re</sup> Marie-Claire Denis	D <sup>r</sup> Michel Lizotte	D <sup>r</sup> Michel Vallières

Le régime d'examen des plaintes, assure à toute personne qui s'estime lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte concernant les services reçus ou qu'elle aurait dû recevoir. Il vise plus particulièrement l'amélioration de la qualité des soins et des services.

L'année 2020-2021 a contraint le réseau de santé québécois à s'adapter pour faire face aux trois vagues successives de pandémie de la COVID-19. De nombreuses stratégies tant locale, nationale qu'internationale ont été mises en place pour en diminuer les impacts. Évidemment, ces stratégies ont bouleversé nos habitudes de consommation et d'allocation des services de santé. Cela demeure une préoccupation constante que partagent les administrateurs, les employés, les médecins, et ce, au même titre que les usagers. Ici encore la contribution du régime d'examen des plaintes prend tout son sens puisqu'il permet, par la voie de ceux qui reçoivent les soins, de se faire entendre et assure les ajustements lorsque requis.

Ainsi, au cours de l'année 2020-2021, nous avons traité 1 444 dossiers, dont 521 plaintes, 542 interventions, 311 assistances et 70 consultations.

Grâce aux personnes qui nous ont fait part de leurs insatisfactions et à la collaboration de nos partenaires comme le comité des usagers du CHU et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la Capitale-Nationale, nous sommes en mesure de réitérer l'importance du régime d'examen des plaintes dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Il est important de souligner l'apport des gestionnaires et de leurs équipes pour leur contribution à l'examen des dossiers et leur engagement pour l'amélioration des soins et des services dans l'établissement.

Enfin, un merci tout particulier à M<sup>me</sup> Hélène Picher pour sa précieuse contribution dans l'élaboration du document, et aux commissaires adjointes pour leur participation à la rédaction du rapport.

Bonne lecture!

Robin Bégin

## **TABLE DES MATIÈRES**

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....</b>	<b>2</b>
1.1. LES PLAINTES GÉNÉRALES .....	2
1.1.1. <i>Délais de traitement des plaintes examinées et conclues .....</i>	<i>6</i>
1.1.2. <i>Présentation des dossiers de plaintes examinés selon le niveau de traitement et le motif.....</i>	<i>7</i>
1.1.3. <i>Suivi des recommandations.....</i>	<i>8</i>
1.1.4. <i>L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen.....</i>	<i>10</i>
1.2. LES INTERVENTIONS.....	12
1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCES .....	16
1.4. LES CONSULTATIONS .....	18
1.5. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE.....	19
1.6. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE « PANDÉMIE COVID-19 » SUR LES MOTIFS DE PLAINTES EN 2020-2021 .....	21
<b>2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS .....</b>	<b>23</b>
2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI.....	24
2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES.....	25
<b>3. DOSSIERS À L'ÉTUDE AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) .....</b>	<b>28</b>
<b>4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION .....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>32</b>

## LISTE DES TABLEAUX

---

<b>TABLEAU 1 – COMPARATIF DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR ANNÉE .....</b>	<b>1</b>
<b>TABLEAU 2 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT .....</b>	<b>6</b>
<b>TABLEAU 3 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF .....</b>	<b>7</b>
<b>TABLEAU 4 – NOMBRE TOTAL DE RECOMMANDATIONS PAR ANNÉE .....</b>	<b>8</b>
<b>TABLEAU 5 – MESURES MISES EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>TABLEAU 6 – RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN.....</b>	<b>10</b>
<b>TABLEAU 7– NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTIONS SELON L'ORIGINE DU SIGNALEMENT.....</b>	<b>12</b>
<b>TABLEAU 8 – AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE.....</b>	<b>19</b>
<b>TABLEAU 9 - RÉPARTITION PAR TYPE DE DOSSIERS DE PLAINTES PAR ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE.....</b>	<b>21</b>
<b>TABLEAU 10 –NOMBRE DE DOSSIERS PAR MOTIF ET PAR INSTALLATION EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE .....</b>	<b>21</b>
<b>TABLEAU 11 –ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT .....</b>	<b>24</b>
<b>TABLEAU 12 –RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT .....</b>	<b>24</b>
<b>TABLEAU 13 - ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF .....</b>	<b>26</b>
<b>TABLEAU 14 –RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 2<sup>e</sup> PALIER SELON LE NIVEAU ET LE TRAITEMENT .....</b>	<b>29</b>

## LISTE DES FIGURES

---

<b>FIGURE 1 – RÉPARTITION DES DOSSIERS OUVERTS POUR L'EXERCICE 2020-2021 .....</b>	<b>1</b>
<b>FIGURE 2 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES REÇUES POUR CHACUN DES HÔPITAUX .....</b>	<b>2</b>
<b>FIGURE 3 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES .....</b>	<b>2</b>
<b>FIGURE 4 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTIONS RÉALISÉES PAR HÔPITAL .....</b>	<b>12</b>
<b>FIGURE 5 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS D'INTERVENTIONS .....</b>	<b>13</b>
<b>FIGURE 6 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'ASSISTANCES OUVERTS PAR HÔPITAL .....</b>	<b>16</b>
<b>FIGURE 7 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DES DOSSIERS D'ASSISTANCES .....</b>	<b>17</b>
<b>FIGURE 8 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR HÔPITAL .....</b>	<b>18</b>
<b>FIGURE 9 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES REÇUES PAR HÔPITAL .....</b>	<b>23</b>
<b>FIGURE 10 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES .....</b>	<b>25</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

---

<b>ANNEXE 1 - DROITS DE L'USAGER .....</b>	<b>33</b>
--	-----------



## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

CHU	CHU de Québec-Université Laval
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
PDG	Président directeur-général

## DÉFINITIONS

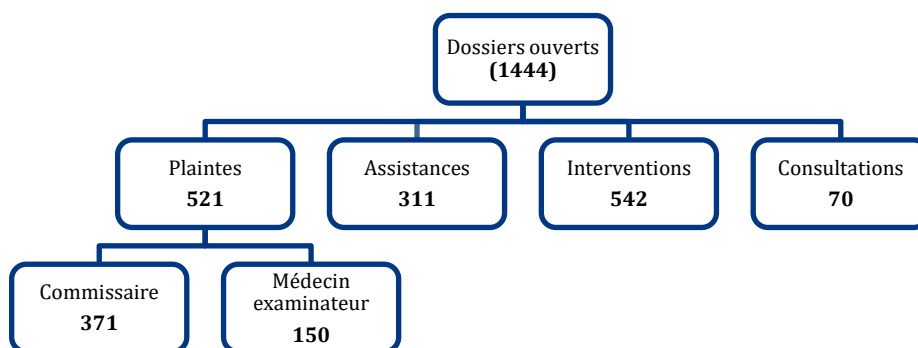
---

Plainte :	Insatisfaction, exprimée par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert, tant au niveau général que médical. Elle est traitée de la même façon, qu'elle soit verbale ou écrite.
Plainte générale :	Insatisfaction de toute nature pour les soins et services en général.
Plainte médicale :	Insatisfaction concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.
Motif de plainte :	Une même plainte peut comporter plusieurs motifs. Par conséquent, le nombre de motifs de plainte est plus élevé que le nombre de plaintes.
Consultation :	Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.
Demande d'assistance :	Aide concernant un soin ou un service; aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.
Intervention :	Toute action visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
Première instance :	Plainte traitée par le commissaire, les commissaires adjointes ou les médecins examinateurs.
Deuxième instance :	Recours à un deuxième palier afin que la plainte soit examinée à nouveau, soit par le Protecteur du citoyen pour une plainte ayant été traitée par le commissaire, soit par le comité de révision pour une plainte ayant été traitée par le médecin examinateur.
Abandonné :	Plainte abandonnée par l'utilisateur (désistement, peur des représailles, problème réglé avant la fin de l'examen).
Cessé :	Traitement cessé en cours d'analyse (problème réglé avant la fin de l'examen, absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant, hors compétence, intervention inutile, refus de collaborer).
Refusé :	Délai expiré pour recours au comité de révision, hors compétence.
Rejeté sur examen sommaire :	Plainte frivole, vexatoire ou de mauvaise foi.

## INTRODUCTION

### FAITS SAILLANTS

- Le nombre de plaintes générales a diminué de 11 %. Les trois motifs principaux sont les soins et services dispensés, les aspects financiers, ainsi que les relations interpersonnelles.
- Les plaintes médicales ont augmenté de 14 %, et le principal motif concerne les soins et services dispensés.
- Les interventions ont, quant à elles, augmenté de 2 %, et le motif le plus récurrent concerne l'organisation du milieu et ressources matérielles.
- Les demandes d'assistances, pour leur part, ont augmenté de 8 %. Le motif principal représente les droits particuliers.
- Les consultations ont diminué de 29 %. Elles proviennent essentiellement des chefs d'unité.
- Cette année, nous avons ouvert 25 dossiers de moins que l'an dernier, ce qui représente une diminution de 2 %.



**FIGURE 1 – Répartition des dossiers ouverts pour l'exercice 2020-2021**

**TABLEAU 1 – COMPARATIF DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR ANNÉE**

Types de dossiers	2018-2019	2019-2020	2020-2021	Écart
Plaintes générales	432	418	371	↓ 11 %
Plaintes médicales	113	132	150	↑ 14 %
Demandes d'assistance	320	289	311	↑ 8 %
Interventions	419	531	542	↑ 2 %
Consultations	87	99	70	↓ 29 %
Nombre total de dossiers reçus	1 371	1 469	1 444	↓ 2 %

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

## 1.1. LES PLAINTES GÉNÉRALES

Une plainte est l'expression d'une insatisfaction formellement adressée au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, provenant d'un usager, d'un représentant légal ou de l'héritier d'une personne décédée, concernant les soins et les services qu'il a reçus ou qu'il aurait dû recevoir. Cette forme de traitement prévoit un droit de recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, pour ceux qui souhaitent s'en prévaloir. Pour le présent exercice, on observe une diminution du nombre de plaintes de l'ordre de 11 %.

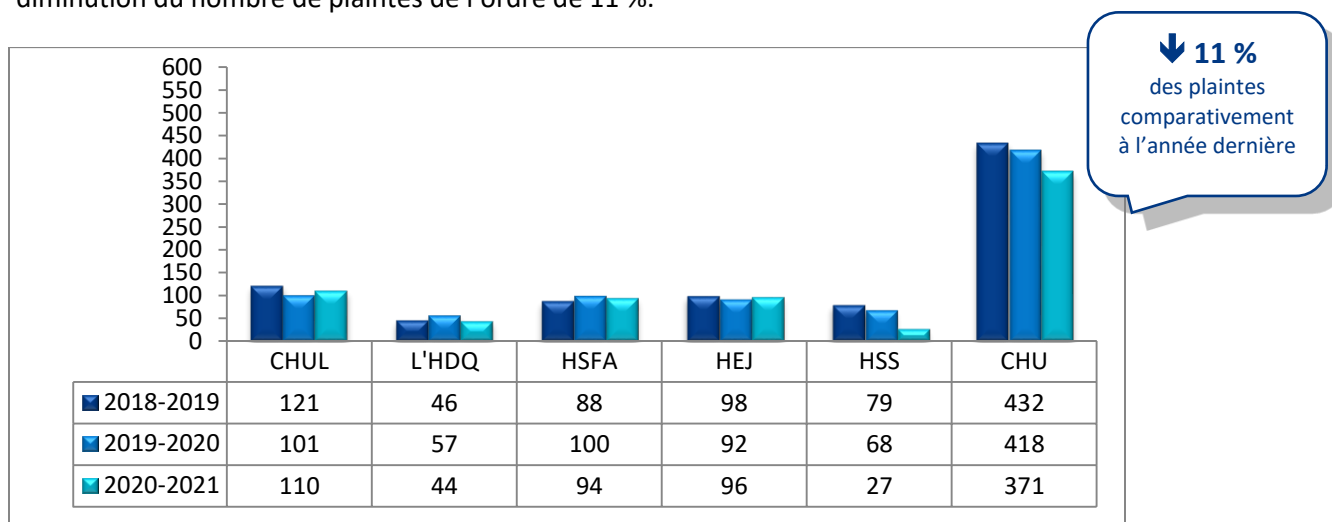


FIGURE 2 – Répartition du nombre de plaintes reçues pour chacun des hôpitaux

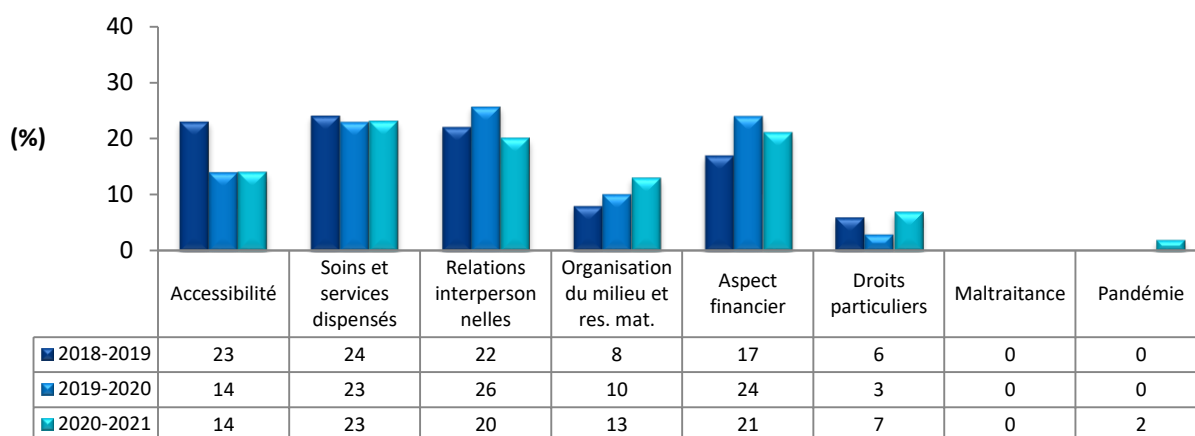


FIGURE 3 – Répartition en pourcentage des motifs de plaintes

On note que 74 % des plaintes proviennent de l'utilisateur, alors que 25 % proviennent de son représentant légal et que 1 % des plaintes proviennent d'une tierce personne légalement reconnue. Pour 13 dossiers, le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

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

➤ **Soins et services dispensés**

Les plaintes concernant les soins et services sont demeurées stables par rapport à l'année dernière. Ces situations concernent, entre autres :

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

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

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

Les gestionnaires, les conseillères cliniques et les infirmières cliniciennes sont impliqués activement avec les membres de leurs équipes dans la recherche de solutions concernant l'amélioration des soins et des services dispensés.

➤ **Aspect financier**

Une diminution de 3 % de ce motif de plaintes est observée par rapport à l'année dernière. Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

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

Cette année encore, des efforts concertés d'amélioration ont été réalisés afin d'améliorer l'information transmise aux usagers lorsqu'ils remplissent un formulaire de choix de chambre, particulièrement dans le contexte pandémique que nous connaissons. En effet, une procédure téléphonique a été mise en place afin de limiter les contacts avec le personnel de l'admission. Cette procédure permet également aux usagers qui le désirent de recevoir une copie de leur formulaire par courriel. De plus, des travaux sont toujours en cours avec la Direction des ressources financières afin d'identifier des pistes d'amélioration. Nous constatons que ce motif représente un enjeu de taille pour l'organisation et à cet effet, nos efforts se poursuivent.

➤ **Relations interpersonnelles**

Une diminution de 6 % est à noter pour ce motif de plaintes, comparativement à l'année dernière. Ces situations portent sur :

- les commentaires inappropriés;
- l'attitude non verbale inappropriée;
- le manque d'empathie;
- le manque d'écoute;
- le manque d'information.

Ces plaintes concernent des commentaires, des attitudes et des comportements inappropriés d'employés à l'égard de la clientèle. En collaboration avec les gestionnaires, des rencontres individuelles ont eu lieu avec les employés concernés, et des objectifs d'amélioration ont été fixés concernant les conduites attendues décrites dans le code d'éthique. Il est à noter qu'un dossier a été transmis à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

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

Au cours du présent exercice qui est fortement marqué par la pandémie, on observe que ce motif est demeuré stable par rapport à l'an dernier. Les principaux motifs d'insatisfaction soulevés sont les suivants :

- obtenir un premier rendez-vous aux consultations externes;
- obtenir un rendez-vous de suivi avec un médecin spécialiste;
- les listes d'attente;
- les reports de chirurgie.

Encore cette année, les travaux d'amélioration se sont poursuivis par le biais du « chantier accès ». Le déploiement des centres de rendez-vous pour les consultations externes spécialisées s'est poursuivi dans les services prévus au plan d'action.

Il est à noter que dans chacun des dossiers traités par les commissaires, des vérifications sont faites afin de s'assurer que les patients sont bien inscrits sur les listes d'attente et que leur priorisation correspond à leur condition de santé, selon les critères établis par les équipes médicales. Ces vérifications sont d'autant plus pertinentes qu'une proportion importante de la clientèle se plaignant de ce motif a subi les impacts liés aux mesures de délestage de la pandémie de COVID-19.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

Une augmentation de 3 % de ce type de motif est observée par rapport à l'année 2019-2020. Ces situations concernent :

- mécanismes de prévention des infections;
- les règles et procédures;
- la disponibilité du matériel;
- le confort et la commodité des lieux;
- la perte ou le vol de biens personnels.

Le contexte pandémique est venu bouleverser la réalisation d'une expérience-patient à la hauteur des attentes de la clientèle. La transmission de l'information sur les mesures mises en place a représenté un enjeu de taille pour les équipes dispensant des soins dans un contexte en constante modification, ce qui requérait de l'agilité de la part de tous.

➤ **Droits particuliers**

Une augmentation de 4 % de ce type de plaintes est observée par rapport à l'année 2019-2020. Ces situations concernent :

- le droit à la confidentialité;
- le droit à l'information permettant un consentement libre et éclairé;
- le droit à l'information sur les services et les modes d'accès;
- le droit d'être accompagné.

Des explications sont données au sujet de l'application des lois entourant l'accès au dossier de l'utilisateur et le consentement éclairé. Des rappels et des correctifs sont apportés dans les services, afin que ces aspects soient respectés de tous.

## 1.1.1. Délais de traitement des plaintes examinées et conclues

**TABLEAU 2 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES  
DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT**

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	55	14,63
4 à 15 jours	10	56	14,89
16 à 30 jours	23	85	22,61
31 à 45 jours	39	158	42,02
<b>Sous-total</b>	25	354	94,15
46 à 60 jours	52	12	3,19
61 à 90 jours	74	6	1,60
91 à 180 jours	109	4	1,06
181 jours et plus	0	0	0,00
<b>Sous-total</b>	68	22	5,85
<b>TOTAL</b>	27	376	100

Le pourcentage de dossiers traités dans le délai de 45 jours prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) a augmenté par rapport à l'année dernière. Il est passé de 91 % à 94 %.

Dans tous les cas, lorsque le délai de 45 jours n'a pu être respecté, le commissaire avise par écrit l'utilisateur ou son représentant. Le commissaire explique les motifs qui ont contribué à ce délai, ainsi que la possibilité de se rendre en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, si souhaité.

L'équipe des commissaires accorde une grande importance à répondre dans les meilleurs délais aux personnes qui déposent une plainte formelle. Au-delà des exigences du cadre légal, il s'agit d'une valeur que véhicule notre équipe en reconnaissant le courage et le temps investis pour défendre leurs droits et ultimement, le droit de l'ensemble des usagers du Réseau de la Santé.



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

Le tableau suivant présente un portrait détaillé des suites données à chaque dossier traité et conclu.

**TABLEAU 3 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES  
DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF**

Catégorie de motif	Abandonné *	Cessé *	Refusé *	Rejeté sur examen sommaire *	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	1	1	0	0	29	43
Aspect financier	0	0	0	1	49	60
Droits particuliers	0	0	0	1	17	18
Maltraitance (Loi)	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	1	0	0	35	35
Relations interpersonnelles	4	2	0	3	89	10
Soins et services dispensés	0	4	0	3	49	65
Autres et Pandémie	1	1	0	1	0	11
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>268</b>	<b>242</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>534</b>					

\* Voir liste des définitions en page ix

Des mesures correctives ont été proposées pour 248 motifs examinés, soit 51 %, pour améliorer les soins et les services dispensés. À noter que 58 % des mesures correctives ont été appliquées sur une base individuelle, alors que 42 % l'ont été sur une base systémique.

On observe que, parmi tous les motifs de plaintes examinés, 212 motifs, soit 44 %, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants. Toutefois, nous sommes sensibles et considérons que les faits rapportés sont le reflet d'une expérience patient qui n'a pas été à la hauteur des attentes des usagers fréquentant le CHU et de leurs proches.

Finalement, 20 motifs de plaintes (5 %) ont été abandonnés, cessés ou rejetés en conformité avec les règles établies par la procédure d'examen des plaintes.

### 1.1.3. Suivi des recommandations

Cette année, 85 recommandations ont été émises sur 913 dossiers de plaintes et d'interventions traités.

**TABLEAU 4 – NOMBRE TOTAL DE RECOMMANDATIONS PAR ANNÉE**

Année	Nombre de plaintes	Nombre d'interventions	Total des plaintes et interventions	Nombre de recommandations
2018-2019	432	419	851	14 recommandations
2019-2020	418	531	949	105 recommandations
2020-2021	371	542	913	85 recommandations

En somme, 65 recommandations avaient une portée individuelle et 20 une portée systémique.

Le tableau suivant présente le nombre de recommandations émises par motif. De plus, nous avons intégré les objectifs visés par les recommandations mises en place au cours de cette année.

**TABLEAU 5 – MESURES MISES EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX RECOMMANDATIONS**

Motifs	Nombre de recommandations	Mesures mises en place
<b>Accessibilité</b>	<b>0</b>	➤ Aucune
<b>Soins et services</b>	<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modification de l'approche clinique et amélioration de la documentation au triage avant le transfert d'un usager à l'urgence psychiatrique;</li> <li>➤ Suivi auprès des parents vivant le deuil de leur nouveau-né, et ce, rapidement après leur départ;</li> <li>➤ Élaboration d'un protocole concernant les prélèvements génétiques pour les tissus fœtaux et placentaires.</li> </ul>
<b>Aspects financiers</b>	<b>62</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Révision du processus de facturation pour les usagers non-résidents;</li> <li>➤ Ajustement de la facture pour les usagers selon les procédures en vigueur.</li> </ul>
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Obligation de remplir un formulaire de décompte d'objets personnels lors de l'admission à l'urgence et complétion d'un formulaire de déclaration d'incident/accident;</li> <li>➤ Intimité offerte aux mères qui allaitent à la pouponnière de l'HSFA ou qui doivent tirer leur lait;</li> <li>➤ Mesures mises en place aux entrées principales de chaque hôpital pour désinfecter les fauteuils roulants après chaque utilisation et identification d'un endroit réservé dans chaque site aux fauteuils désinfectés.</li> </ul>
<b>Droits particuliers</b>	<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formaliser le modèle d'affaires permettant le transfert d'image (échographie morphologique) aux usagers.</li> </ul>

Enfin, la majorité des recommandations a fait l'objet d'un suivi de la part des directions concernées et elles ont été fermées à la satisfaction du commissaire. À la fin de l'année financière, il reste huit recommandations pour lesquelles nous sommes en attente d'un suivi.

A cet égard, des mécanismes de relance en collaboration entre le commissaire, les directions visées et le PDG sont en cours de validation pour les recommandations qui nécessitent plus d'une relance. L'objectif visé par ce mécanisme de relance est qu'ultimement les recommandations émises soient mises en application dans les meilleurs délais.

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

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

Au cours de l'année, 21 nouveaux dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen en deuxième instance, en plus des sept dossiers acheminés l'année précédente qui n'avaient toujours pas été traités à la fin de l'exercice 2019-2020.

Pour les 28 dossiers à l'étude, les motifs concernaient :

- l'aspect financier (11);
- l'accessibilité (6);
- les soins et services dispensés (7);
- les relations interpersonnelles (2);
- l'organisation du milieu et ressources matérielles (1);
- les droits particuliers (1).

Parmi les 24 dossiers conclus au cours de l'année, huit dossiers ont fait l'objet de recommandations. Des mesures ont été mises en place, et ce, à l'entière satisfaction du Protecteur du citoyen, sauf pour deux dossiers où nous sommes en attente d'un retour de suivi du Protecteur du citoyen.

**TABLEAU 6 – RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN**

Motifs	Nombre	Dossier	Recommandations
Accessibilité	2	A1920-5126 (en attente retour du PC)	<p>R1 S'assurer que les demandes de consultation auprès du chirurgien concerné sont validées auprès des usagers après 12 mois d'attente, comme le prévoit la politique du CHU de Québec – Université Laval.</p> <p>R2 S'assurer que les usagers en attente pour une consultation avec le chirurgien concerné sont informés de la date prévisible d'obtention des services</p> <p>R3 Fournir au Protecteur du citoyen un état de la liste d'attente pour les consultations en orthopédie (première visite et contrôle) du chirurgien orthopédique concerné en date du 31 décembre 2020 en incluant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients en attente par priorité;</li> <li>• Nombre de patients hors délai par priorité;</li> </ul> <p>Nombre de patients dont la date d'inscription sur la liste d'attente est antérieure au 31 octobre 2016</p>
		A1920-4035 (fermé)	<p>R1 S'assurer que tous les usagers se présentant à l'urgence sont évalués par le personnel infirmier au triage, même s'ils ne peuvent présenter une carte d'assurance maladie.</p> <p>R2 S'assurer qu'un dossier est ouvert dès qu'un usager se présente à l'urgence, indépendamment du fait qu'il présente une carte d'assurance maladie.</p> <p>R3 S'assurer que l'évaluation de l'utilisateur au triage est toujours faite avant son inscription à l'urgence.</p> <p>R4 Prendre les mesures nécessaires afin que le personnel administratif ne soit aucunement impliqué dans l'évaluation de la condition de l'utilisateur lors de son arrivée à l'urgence.</p> <p>R5 S'assurer que le personnel infirmier au triage effectue une gestion continue des usagers dans l'aire d'attente, par une surveillance visuelle étroite.</p>

Motifs	Nombre	Dossier	Recommandations
Soins et services	2	A1920-3201 (en attente retour du PC)	Lacunes dans la gestion de la douleur R1 : Rappeler au personnel infirmier concerné qu'il doit administrer un médicament en respectant tous les éléments précisés dans l'ordonnance, notamment le délai entre chaque dose - Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 mars 2021, que ce rappel a été fait et le moyen pris pour le réaliser; R2 : S'assurer, notamment au moyen d'une formation, que le personnel infirmier fait la surveillance requise par l'utilisateur ou l'usagère à la suite de l'administration d'un médicament, afin de vérifier l'effet attendu et faire les suivis nécessaires - Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 29 mai 2021 des mesures qui ont été prises pour atteindre cet objectif. Absence d'identification du personnel R3 : Rappeler au personnel concerné l'importance de se présenter aux usagers et aux usagères en indiquant son nom et son titre lors de la prestation de soins ou de services - Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 mars 2021, que ce rappel a été effectué et le moyen qui a été pris pour le réaliser.
		A1920-1256 (fermé)	R1 : Rappeler à l'infirmière concernée l'importance de porter assistance à tout usager qui le lui réclame. R2 : S'assurer que l'ensemble du matériel prévu dans le document «L'autocathétérisme vésical chez la femme, Guide d'accompagnement et d'enseignement» est fourni aux usagères qui doivent procéder au cathétérisme vésical.
Aspects financiers	3	A1920-1229 (fermé)	R1 : Rembourser à l'usagère le montant apparaissant à la facture 1619041. R2 : Rappeler au personnel de la prévention et du contrôle des infections de ne pas aborder la question des frais de chambre lorsqu'il doit communiquer avec les usagers qui sont découverts porteurs de bactéries résistantes dont l'état nécessitera un isolement préventif.
		A1920-3208 (fermé)	R1 : Cesser de demander aux usagers non-résidents une avance qui totalise un montant qui dépasse ce qui est prévu à la circulaire. R2 : Réviser le formulaire au complet en tenant compte des normes applicables.
		A1920-2198 (fermé)	Ce dossier n'a pas été traité en première instance au CHU de Québec R1 : Rendre l'usagère visée dans le présent dossier admissible au programme de remboursement des pompes à insuline ; R2 : Sur réception des pièces justificatives nécessaires, procéder au remboursement de la pompe à insuline et des autres fournitures admissibles déjà achetées par l'usagère.
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	A2021-1390 (fermé)	R1 : Rappeler à tous les membres du personnel de l'urgence qu'ils doivent remplir le registre des biens d'un usager ayant été mis en dépôt particulièrement lorsqu'il a été décidé de retirer ses biens personnels pour des raisons de sécurité, qu'il soit admis ou non. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 15 mars 2021.

À la fin de l'année 2020-2021, cinq dossiers demeuraient en cours d'analyse par le Protecteur du citoyen.

En résumé, 28 des 371 plaignants dont le dossier a été traité en première instance, se sont prévalus de leur droit de recours auprès du Protecteur du citoyen, ce qui représente 8 % des dossiers. De ce nombre, huit des 24 dossiers analysés ont fait l'objet de recommandations de la part du Protecteur du citoyen ce qui représente 33 % des dossiers.

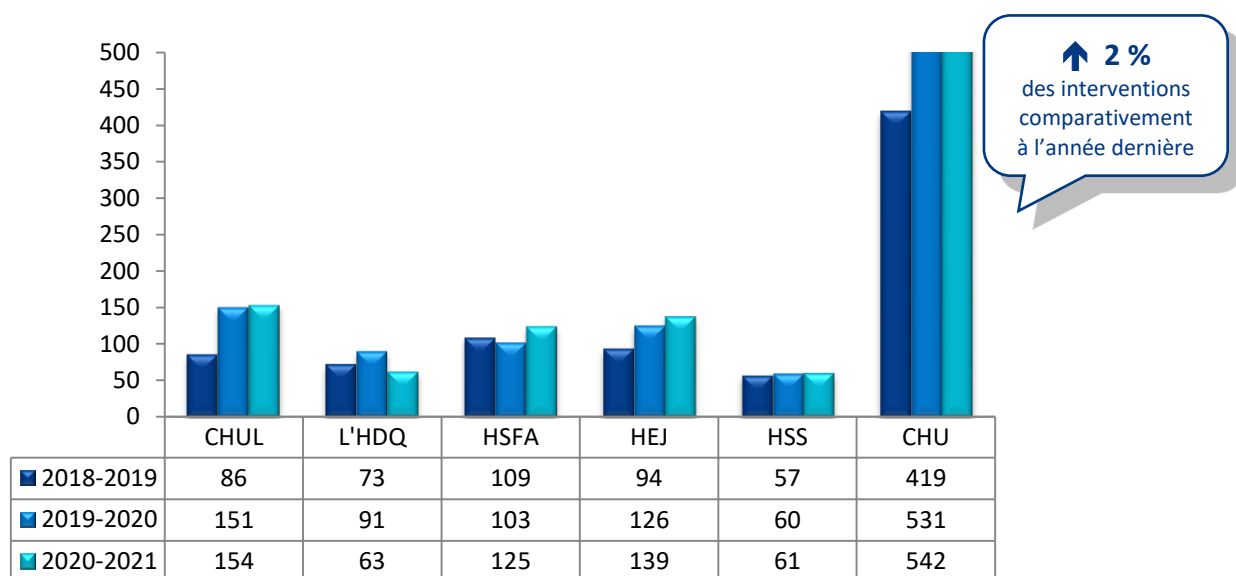
## 1.2. LES INTERVENTIONS

La LSSSS mentionne que le commissaire peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à son attention et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un ou de plusieurs usagers ne sont pas respectés.

**TABLEAU 7— NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTIONS SELON L'ORIGINE DU SIGNALEMENT**

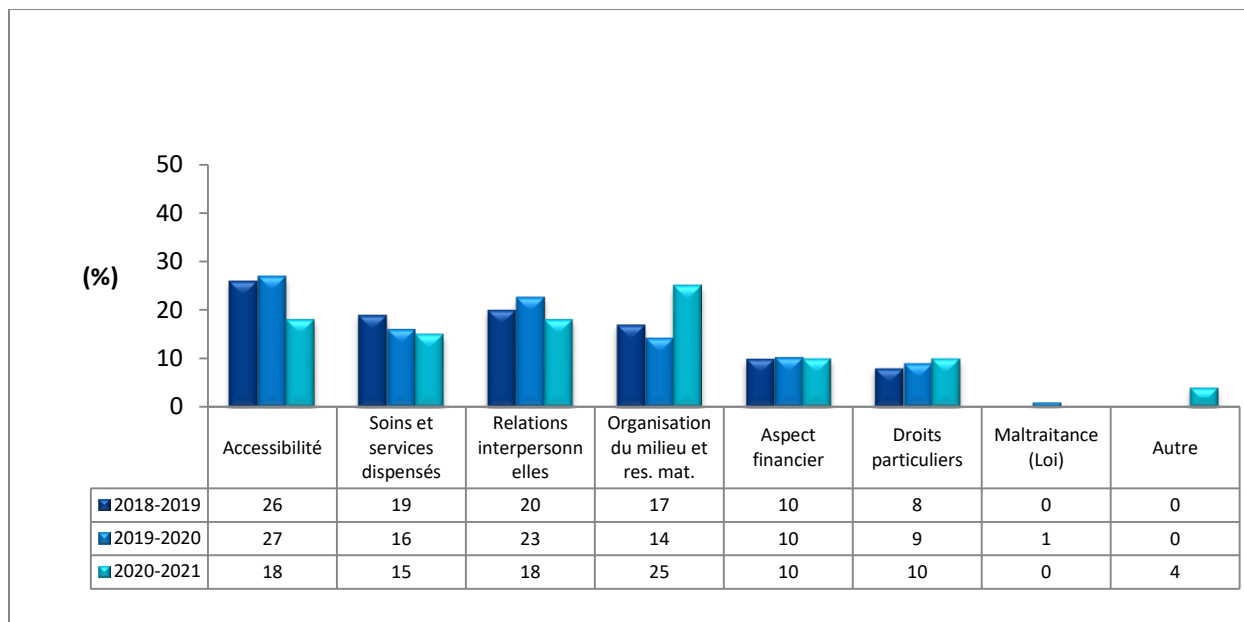
ORIGINE DU SIGNALEMENT	Nombre	%
Sur constat par le commissaire	10	2
Sur signalement au commissaire	524	98
<b>TOTAL</b>	<b>534</b>	<b>100</b>

Les dossiers d'interventions peuvent aussi être initiés par le commissaire à la suite d'une insatisfaction provenant d'un tiers, ou de toute autre personne qui n'est pas l'utilisateur ou le représentant légal. De même, un dossier d'interventions peut être ouvert si l'utilisateur qui a reçu un service ne souhaite pas déposer une plainte formelle.



**FIGURE 4 – Répartition du nombre de dossiers d'interventions réalisées par hôpital**

Comparativement à l'année précédente, il y a eu une augmentation de 2 % de ce type de dossier.



**FIGURE 5 – Répartition en pourcentage des motifs d'interventions**

Pour les 542 dossiers d'interventions, on compte 656 motifs différents. En effet, un dossier d'interventions peut comporter plus d'un motif. Pour les dossiers dont l'analyse était terminée en fin d'année, on constate que des mesures correctives ont été apportées dans différents secteurs d'activités pour près de la moitié des motifs. Le travail d'analyse que nécessite ce type de dossier est similaire à celui réalisé lors du traitement des plaintes et il s'effectue en collaboration avec les gestionnaires.

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

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

- Les règles et les procédures du milieu (heures de visite, organisation des services);
- La sécurité et la protection des usagers (mécanisme de prévention des infections, protection des biens personnels);
- Le confort et les commodités (le bruit et la température des locaux, l'intimité des lieux, le confort des chambres ou des lits, etc.);
- L'équipement et le matériel de soins (matériel défectueux ou non disponible, etc.);
- L'hygiène, la salubrité et la désinfection des lieux. L'organisation spatiale (l'adaptation, l'accessibilité des lieux et la désuétude du bâtiment).

➤ **Accessibilité**

- Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous;
- L'accès à une ligne téléphonique;
- Les reports de chirurgie et de rendez-vous;
- Le délai pour obtenir un résultat ou un rapport.

➤ **Relations interpersonnelles**

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

Il est à noter que deux dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. À ce jour, aucun suivi n'a été fait.

➤ **Soins et services dispensés**

- Les traitements et les interventions cliniques (médication, soins de santé physique);
- Le jugement et les décisions cliniques;
- L'approche thérapeutique;
- La continuité des soins lors du processus de transfert interne ou externe (absence de suivi, congé ou fin de service prématuré);
- Les habiletés techniques et professionnelles.

➤ **Aspect financier**

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

➤ **Droits particuliers**

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

Le délai moyen pour traiter un dossier d'interventions a été de 23 jours.

Des mesures correctives ont été proposées pour 302 motifs examinés, soit 46 %, pour améliorer les soins et les services dispensés. À noter que 47 % des mesures correctives ont été appliquées sur une base individuelle, alors que 53 % l'ont été sur une base systémique.

On observe que, parmi tous les motifs de plaintes examinés, 305 motifs, soit 46 %, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants. Toutefois, à l'instar des dossiers de plaintes, nous sommes sensibles et considérons que les faits rapportés sont le reflet d'une expérience patient qui n'a pas été à la hauteur des attentes des usagers fréquentant le CHU et de leurs proches.

Finalement, 42 motifs d'interventions (soit 6 %) ont été abandonnés, cessés ou rejetés selon la procédure d'examen des plaintes.



➤ **Maltraitance (Loi)**

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

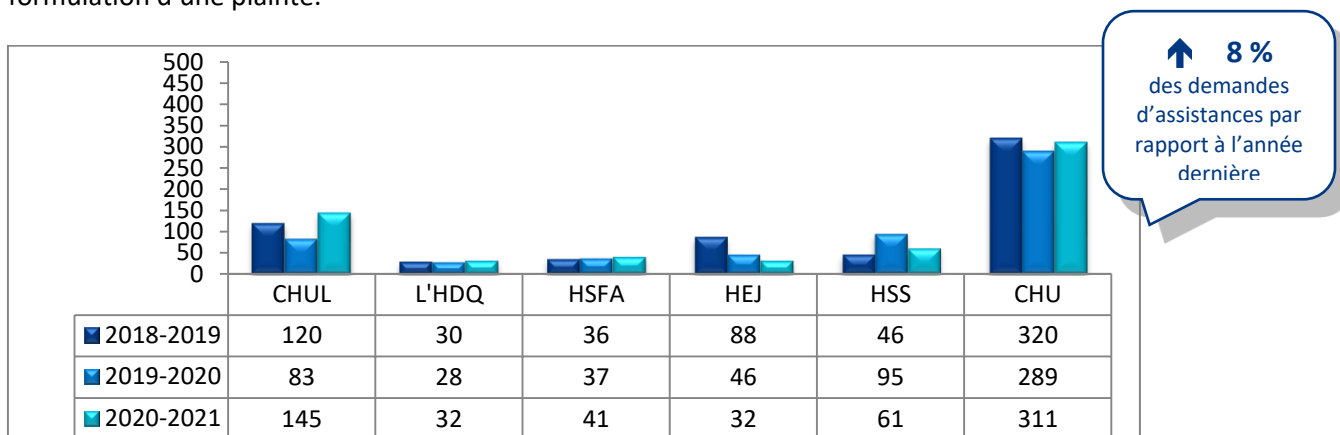
Le Bureau du commissaire a reçu, pour l'année 2020-2021, deux signalements qui ont été traités rapidement. Nous tenons à souligner la collaboration diligente de nos partenaires.

En cours d'année, le Bureau du commissaire a participé à l'élaboration de la procédure de gestion des situations de maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Les catégories des mesures correctives appliquées sont les mêmes que pour les plaintes. Les gestionnaires et les employés font preuve de collaboration et d'initiative dans la recherche de solutions d'amélioration.

### 1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCES

Les demandes d'assistances concernent principalement l'accès à un soin ou un service et l'aide à la formulation d'une plainte.



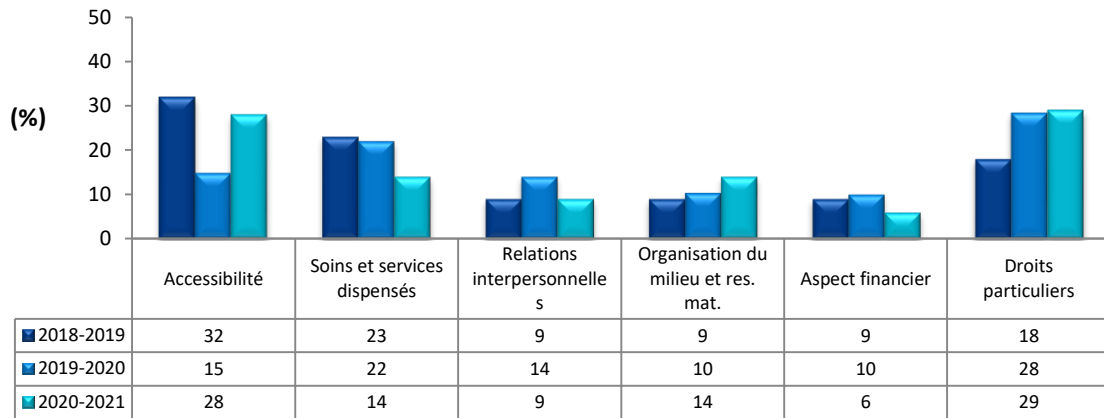
**FIGURE 6 – Répartition du nombre de dossiers d'assistances ouverts par hôpital**

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

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

Parmi les demandes d'assistances, 50 % étaient des demandes d'aide à la formulation d'une plainte alors que 50 % concernaient un besoin d'aide afin d'obtenir un soin ou un service.

Il est à noter que le délai moyen de réponse aux demandes d'assistances est de deux jours.



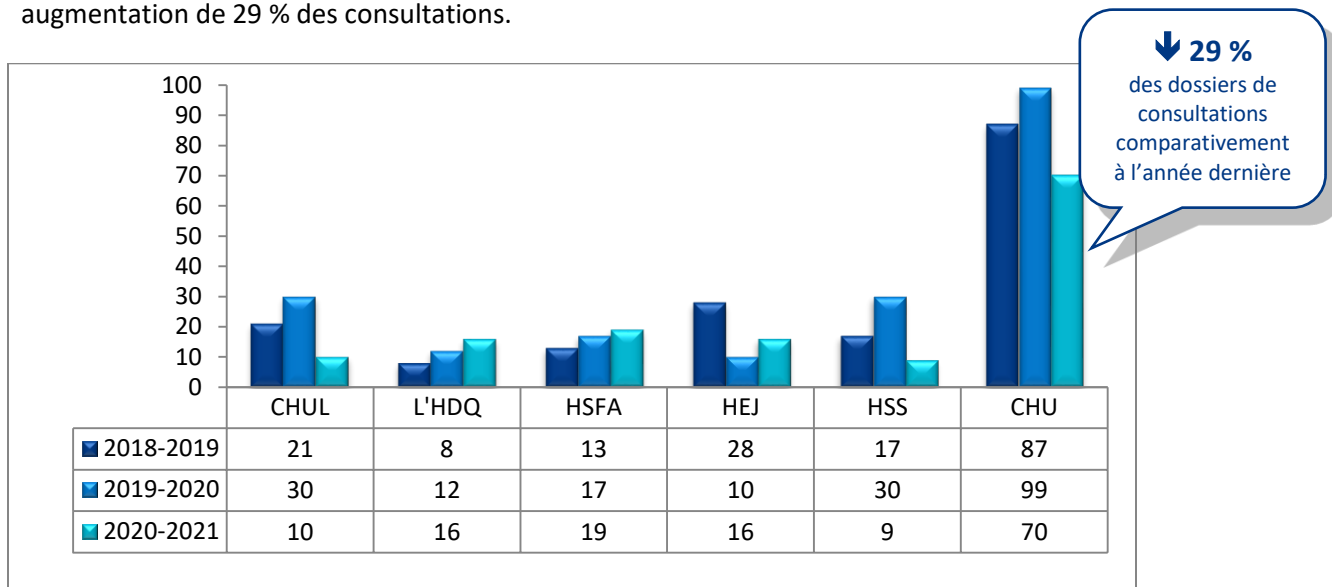
**FIGURE 7 – Répartition en pourcentage des motifs des dossiers d’assistances**

Pour l’année 2020-2021, les demandes d’assistances concernaient, par ordre d’importance :

- les droits particuliers;
- l’accessibilité aux soins et aux services;
- l’organisation du milieu;
- les soins et les services dispensés;
- les relations interpersonnelles;
- l’aspect financier.

### 1.4. LES CONSULTATIONS

Les consultations proviennent des chefs de départements, des chefs d'unités ou des intervenants, qui ont besoin de l'avis des commissaires concernant le respect des droits des usagers ou pour certaines situations ayant une composante éthique. Pour l'exercice en cours, on note une augmentation de 29 % des consultations.



**FIGURE 8 – Répartition du nombre de consultations par hôpital**

Les principaux motifs pour lesquels le commissaire est consulté sont :

- les relations interpersonnelles;
- les droits particuliers;
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles;
- le droit d'être accompagné;
- les responsabilités des usagers au sujet de certaines règles et procédures.

L'année 2020-2021 a été marquée par la COVID-19, ce qui a grandement affecté les activités de promotion du code d'éthique, du régime d'examen des plaintes et du rôle du commissaire, activités qui permettent de créer des liens entre les cadres de l'établissement, mais qui ont dû être remises en raison du contexte sanitaire.

En octobre 2020, une réorganisation administrative a eu lieu au sein de l'équipe des commissaires ayant comme impact d'assigner le commissaire et les commissaires adjointes vers de nouveaux sites au sein du CHU de Québec. Cette modification a contribué à diminuer le nombre de consultations. Pour contrer ce phénomène, nous devons dès que la crise sanitaire sera derrière nous, reprendre contact avec les cadres de l'établissement et offrir notre support afin de travailler en collaboration avec les équipes, car plusieurs insatisfactions, lorsqu'elles sont prises le plus près possible de l'évènement, se règlent à la satisfaction de tous.

## 1.5. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

Contrairement l'année dernière, le commissaire et les commissaires adjointes ont réalisé seulement quelques activités de promotion concernant le respect des droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. Les mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19, ont limité les rencontres et la plupart des activités qui avaient été planifiées, ont dû être annulées.

**TABLEAU 8 – AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE**

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Nombre	%
<b>Promotion / Information</b>		
Droits et obligations des usagers	1	3,23
Loi sur la lutte contre la maltraitance	5	16,13
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	1	3,23
Régime et procédure d'examen des plaintes	10	32,26
Autres	0	0,00
<b>Sous-total</b>	<b>17</b>	<b>54,85</b>
<b>Communications au conseil d'administration (en séance)</b>		
Bilan des dossiers de plaintes et des interventions	1	3,23
Attentes du conseil d'administration	0	0,00
Autre	0	0,00
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>3,23</b>
<b>Participation au comité de vigilance et de la qualité</b>		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	6	19,35
<b>Sous-total</b>	<b>6</b>	<b>19,35</b>
<b>Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes</b>		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	4	12,90
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	1	3,23
Soutien aux commissaires locaux	0	0,00
Autre	2	6,45
<b>Sous-total</b>	<b>7</b>	<b>22,58</b>
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Organisation de rencontres d'équipe et avec les médecins examinateurs	Nombre
Rencontre de l'équipe du BCAPQS	10
Rencontre de l'équipe avec les médecins examinateurs	2
<b>Sous-total</b>	<b>12</b>
<b>Participation aux rencontres du RCPQS</b>	
Collaboration à l'exécutif du regroupement	7
Participation aux rencontres du RCPQS	2
Rencontre avec la commissaire-conseil du MSSS	1
<b>Sous-total</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>

De plus, l'entente conclue concernant le remplacement de la commissaire de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ), lors de périodes de vacances, a été renouvelée entre les deux établissements. Cette entente permet au commissaire du CHU d'assurer la couverture d'une personne exerçant en fonction exclusive, pour recevoir et examiner les plaintes nécessitant une attention immédiate des usagers de l'IUCPQ.

Les commissaires ont également participé à une activité de réseautage au niveau provincial et ont offert du soutien à d'autres commissaires et partenaires du réseau, et ce, à plusieurs occasions. Il est à noter que le commissaire aux plaintes et à la qualité du CHU de Québec est membre de l'exécutif du regroupement provincial des commissaires du Québec. De nombreuses rencontres virtuelles ont eu lieu durant cette année tumultueuse et malgré un ralentissement des activités du regroupement, plusieurs dossiers portés par le regroupement ont suivi leur cours.

En 2020-2021, pour une deuxième année consécutive, une activité de communication avec la population a eu lieu lors des rencontres citoyennes tenues par le CHU en novembre dernier. À cette occasion, il a été possible pour le commissaire aux plaintes d'effectuer une prise de contact avec la population et promouvoir le régime d'examen des plaintes.

## 1.6. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE « PANDÉMIE COVID-19 » SUR LES MOTIFS DE PLAINTES EN 2020-2021

Sur l'ensemble des plaintes déposées par les usagers ou leurs représentants en 2020-2021, 226 plaintes sur 1444 avaient un lien direct avec la pandémie Covid-19.

**TABLEAU 9 - RÉPARTITION PAR TYPE DE DOSSIERS DE PLAINTES PAR ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE**

Site	Plaintes	Assistances	Interventions	Consultations	Plaintes médicales	Total
CHUL	11	11	30	1	1	54
L'HDQ	9	5	16	0	1	31
SFA	18	7	19	1	0	45
HSS	5	1	15	1	0	22
HEJ	24	9	39	1	1	74
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>119</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>226</b>

La répartition des plaintes qu'elles soient générales, médicales, en interventions ou en assistances a principalement nécessité l'ouverture de dossiers d'interventions et de plaintes générales. Le volume, plus important à l'HEJ, est probablement dû au fait que l'HEJ était le site désigné pour regrouper la cohorte des usagers atteints de la COVID-19 qui nécessitaient une hospitalisation.

**TABLEAU 10 – NOMBRE DE DOSSIERS PAR MOTIF ET PAR INSTALLATION EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE**

Site	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations Inter-personnelles	Soins et services dispensés	Total
CHUL	18	2	5	22	0	7	54
L'HDQ	4	3	1	18	3	2	31
SFA	7	6	4	24	2	2	45
HSS	7	0	1	11	0	3	22
HEJ	24	2	1	34	7	6	74
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>109</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>226</b>

Les motifs de plaintes entourant l'organisation du milieu et ressources matérielles sont de loin les plus représentés. Il est en lien direct avec les mesures sanitaires soient : le respect du port du masque, le respect des droits de visite et l'accompagnement des usagers qui se présentent à l'hôpital, la désinfection des surfaces, etc.

Puis vient au 2<sup>e</sup> rang, l'accessibilité aux soins et aux services, les reports de chirurgie, de rendez-vous en cliniques externes spécialisées, le refus de visites des proches, etc.

La situation a fluctué au cours des trois vagues de la pandémie. En effet, le CHU de Québec a raffiné ses outils de prise de décisions, en tentant d'en diminuer les impacts sur les usagers et leur famille. Néanmoins, les mesures imposées sont pour la plupart issues de la Santé publique, donc sans possibilité de rectifier le tir via un seul établissement.

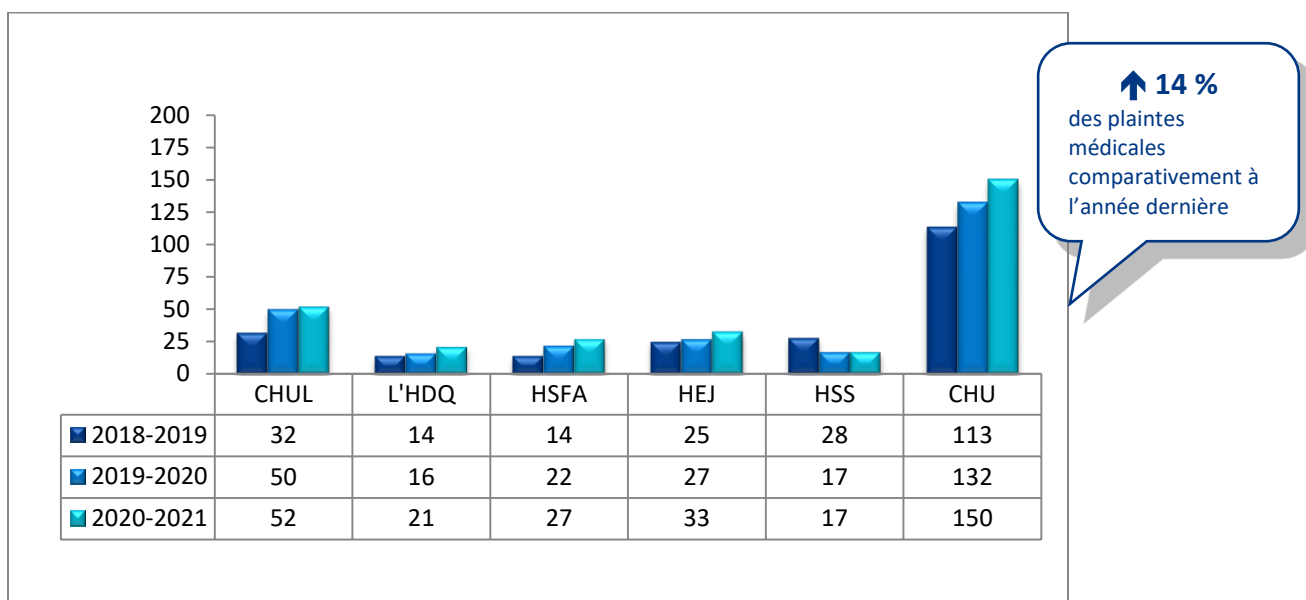
La vaccination permettra une protection communautaire et, nous l'espérons, le retour des activités liées à la mission de chaque établissement. Cependant, le délestage d'activités réalisé au cours de cette dernière année pour se concentrer sur la crise sanitaire aura des impacts importants pour les prochains mois, puisque le report de chirurgies et activités générant des listes d'attente n'a fait qu'augmenter.



## 2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le mandat du médecin examinateur consiste à analyser toute plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident en médecine du CHU.

Durant l'année 2020-2021, les plaintes médicales ont augmenté de 14 %. Au total, 150 plaintes ont été reçues. À la fin de cette période, 10 dossiers demeuraient en traitement.



**FIGURE 9 – Répartition du nombre de plaintes reçues par hôpital**

Les statistiques indiquent que 64 % des plaintes médicales sont déposées par l'utilisateur lui-même, 33 % par un représentant de l'utilisateur, et 3 % par une tierce personne. Dans 30 dossiers, le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

## 2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI

**TABLEAU 11 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES  
DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT**

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	19	12,03
4 à 15 jours	9	31	19,62
16 à 30 jours	24	27	17,09
31 à 45 jours	38	34	21,52
<b>Sous-total</b>	20	111	70,26
46 à 60 jours	50	22	13,92
61 à 90 jours	70	20	12,66
91 à 180 jours	118	4	2,53
181 jours et plus	224	1	0,63
<b>Sous-total</b>	68	47	29,74
<b>TOTAL</b>	34	158	100

Malgré l'augmentation constante des dossiers de plaintes médicales depuis les quatre dernières années, passant de 104 dossiers en 2017-2018, à 150 dossiers en 2020-2021, on constate que le délai de traitement des dossiers s'est amélioré. Pour l'année 2020-2021, 70 % des plaintes ont été traitées dans le délai prescrit, comparativement à 66 % l'année dernière. Il faut toutefois nommer que la complexité des dossiers et la disponibilité des médecins examinateurs sont les principaux enjeux qui persistent dans les délais de traitement.

De plus, au cours de l'année 2020-2021, le délai de prise en charge des dossiers par les médecins examinateurs, c'est-à-dire entre la réception de la plainte au commissaire et la prise en charge du dossier par le médecin examinateur, se situait entre 14 et 42 jours. Cette situation qui a perduré une bonne partie de l'année s'est rétablie à la mi-février 2021. L'arrivée d'un nouveau médecin examinateur au sein de l'équipe et le retour d'un congé prolongé d'un autre médecin, a contribué à l'amélioration de cette situation.

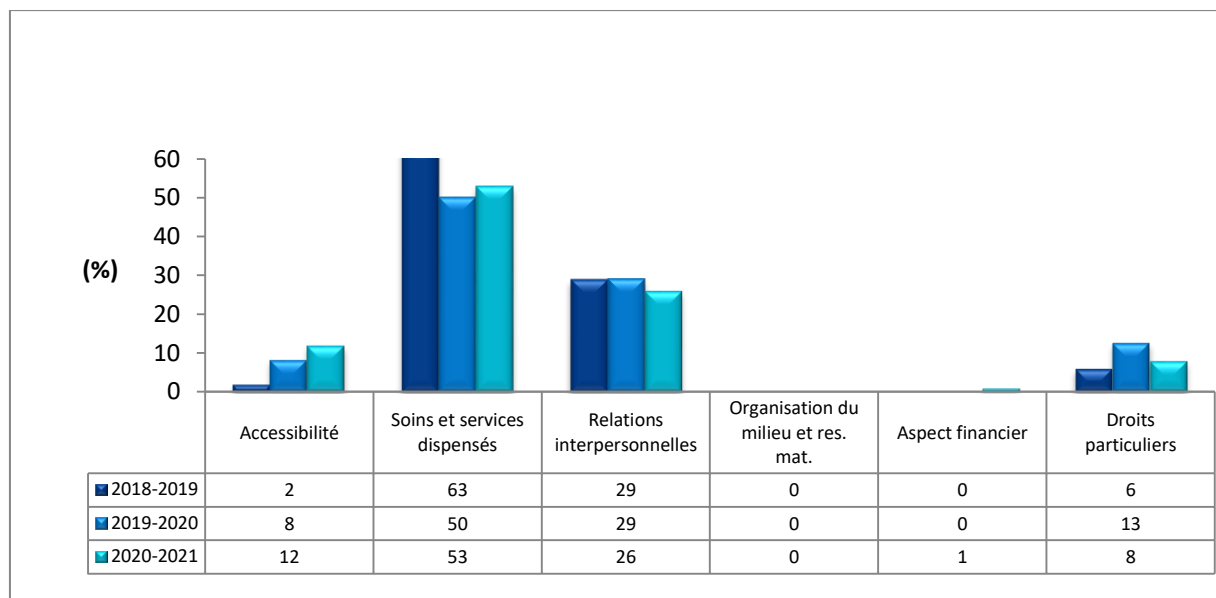
**TABLEAU 12 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES  
DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT**

Année d'exercice	Délai de traitement 0 à 45 jours	Délai de traitement 46 à 60 jours	Délai de traitement de 61 à 90 jours	Délai de traitement de 91 à 180 jours	Délai de traitement de 181 jours et plus
2018-2019	78%	5%	12%	5%	0%
2019-2020	66%	13%	14%	3%	4%
2020-2021	70%	14%	13%	3%	0%

Dans tous les cas où le délai s'est prolongé au-delà de 45 jours, les usagers ont été avisés de la prolongation du délai de traitement de leur plainte. Par ailleurs, le délai de traitement de 45 jours

prévu par la LSSSS demeure un défi et des efforts continuent d’être déployés afin d’améliorer le nombre de dossiers traités dans le délai prescrit. L’un de ces défis réside dans le recrutement de médecins désirant exercer le rôle de médecin examinateur à un rythme soutenu et pour certains, en concomitance avec leurs activités cliniques.

## 2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES



**FIGURE 10 – Répartition en pourcentage des motifs de plaintes médicales**

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

### ➤ Soins et services dispensés

- L’évaluation et le jugement professionnel;
- Les difficultés dans le suivi et la continuité des soins;
- Les habiletés techniques et professionnelles lors des interventions de soins.

### ➤ Relations interpersonnelles

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d’écoute et d’empathie;
- L’attitude non verbale inappropriée.

### ➤ Accessibilité

- Le temps d’attente pour obtenir un résultat ou un rapport;
- Le report de rendez-vous ou de chirurgies;
- Le délai avant la prise en charge médicale ou l’obtention d’un rendez-vous.

**TABLEAU 13 - ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU  
SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF**

Catégorie de motif	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	0	0	0	0	16	9
Aspect financier	0	0	0	0	0	1
Droits particuliers	1	0	0	4	6	6
Maltraitance (Loi)	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	1
Relations interpersonnelles	5	1	0	7	26	15
Soins et services dispensés	7	8	0	11	34	50
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>82</b>	<b>82</b>
<b>GRAND TOTAL DES MOTIFS</b>				<b>208</b>		

Parmi les motifs de plaintes examinés, 82 motifs (39 %) n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Dans la plupart des cas, les explications données aux plaignants par le médecin examinateur ont permis la conciliation quant à la situation d'insatisfaction.

Des mesures correctives ont été proposées de manière égale pour 82 motifs de plaintes, représentant ainsi 39 %. Ces mesures visaient à sensibiliser les professionnels concernés et à les inciter à modifier certains aspects de leur pratique, principalement reliés aux politiques et règlements de l'établissement ainsi qu'au code de déontologie. Pour le pourcentage restant (21 %), il s'agit de motifs qui ont été abandonnés, refusés et rejetés. Ce pourcentage est plus important que par les années passées, car un nombre inhabituel d'utilisateurs a déposé des plaintes visant de multiples médecins ou encore de multiples sites, dans une forme qui s'est révélée irrecevable pour une analyse par le médecin examinateur. Ces utilisateurs ont tenu à maintenir leur plainte dans cette forme, et ce, malgré les explications, la documentation et les références vers l'organisme d'accompagnement.

Au total, 33 recommandations ont été formulées et 15 ont obtenu un suivi à la satisfaction des médecins examinateurs. Elles consistaient, entre autres, à :

- Inscrire des notes détaillées et complètes au dossier;
- Favoriser la prise en charge médicale multidisciplinaire de plusieurs clientèles, et ce, sept jours sur sept;
- Valider la compréhension de la clientèle quant à la trajectoire de soins retenue, l'implication des résidents dans leur parcours de soins et les consignes en découlant;
- Améliorer les communications entre un médecin et l'utilisateur pour l'obtention d'un consentement chirurgical libre et éclairé;
- Améliorer la communication avec les partenaires externes à l'établissement pour la clientèle pédiatrique;
- Améliorer les communications entre deux spécialités médicales ayant à dispenser des soins de manière concomitante à un usager;
- Impliquer le chef de service médical et le CMDP afin de prioriser la révision de protocoles cliniques;
- Impliquer le chef de service médical et le CMDP afin d'encadrer un médecin devant améliorer certains aspects de sa pratique professionnelle et ses aptitudes de communication.

Pour les 18 recommandations restantes, elles sont toujours en cours de réalisation par les instances concernées, car elles nécessitent des actions s'échelonnant à plus long cours, ou encore parce que leur délai de traitement n'était pas arrivé à leur échéance à la production de ce rapport.

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



Jean-Guy Émond, M.D.  
Médecin examinateur



Michel Vallières, M.D.  
Médecin examinateur



Denis D'Amours, M.D.  
Médecin examinateur



Marc de Blois, M.D.  
Médecin examinateur



Michel Lizotte, M.D.  
Médecin examinateur



Maria-Élissa Picard, M.D.  
Médecin examinateur



André Garon, M.D.  
Médecin examinateur



Marie-Claire Denis, M.D.  
Médecin examinateur

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

---

Sur décision du médecin examinateur et en vertu de l'article 46 de la LSSSS, lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien membre du CMDP, le médecin examinateur doit acheminer la plainte vers ce conseil pour études aux fins disciplinaires.

En début d'année, deux dossiers étaient à l'étude.

Sept nouveaux dossiers ont été acheminés au CMDP au cours de l'année 2020-2021. À la fin de l'année, neuf dossiers sont toujours à l'étude par le CMDP.

Enfin, par son souci des usagers et de l'amélioration de la qualité des soins et des services, la présidente du CMDP s'est impliquée pour mettre en place avec le bureau du commissaire, un mécanisme de suivi des recommandations émises par les médecins examinateurs. Cette implication permettra, nous l'espérons, une mise en place des recommandations dans les meilleurs délais.

## 4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION

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

Au début de l'année 2020-2021, aucun dossier de l'année précédente n'était à l'étude et aucun dossier n'était en cours d'examen à la fin de l'année.

Comme pour l'année précédente, onze nouvelles demandes ont été soumises au comité de révision.

**TABLEAU 14 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 2<sup>E</sup> PALIER SELON LE NIVEAU ET LE TRAITEMENT**

Année d'exercice	Nouvelles demandes	Demandes rejetées	Demandes analysées	Demandes nécessitant un complément d'examen	Demandes analysées et conclues à la fin de l'exercice
2018-2019	6	4	2	0	2
2019-2020	11	2	9	2	9
2020-2021	11	1	10	0	10

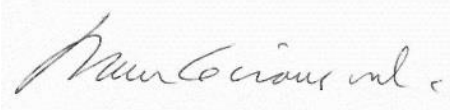
Le nombre de dossiers transmis au comité de révision est attribuable au fait que les usagers ont une meilleure connaissance de leurs droits de recours lors de l'examen de leur plainte médicale et désirent s'en prévaloir. En ce qui concerne le dossier qui a été rejeté pour l'année 2020-2021, ce rejet s'explique par le dépassement du délai stipulé dans la LSSSS.

Les membres se sont réunis à sept reprises et ont complété le traitement de 10 demandes de révision. Dans tous les cas, les plaignants ont été contactés, ce qui a permis aux membres du comité de recevoir leurs commentaires et de leur donner des explications supplémentaires. En ce qui a trait aux motifs de plaintes évoqués, la majorité des dossiers examinés concernaient les soins et les services dispensés et en plus faible proportion, les relations interpersonnelles.

Pour l'exercice 2020-2021, à la suite de l'examen des 10 dossiers soumis au comité de révision, ce dernier a confirmé les conclusions émises par le médecin examinateur pour tous les dossiers.

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

Le président du comité de révision du CHU,



Marc Giroux, M.D.

---

**Membres du comité de révision :**

D<sup>r</sup> Marc Giroux, président et membre du conseil d'administration  
M<sup>me</sup> Sophie Lefrançois, présidente substitut

D<sup>r</sup> Jean-François Turcotte, pédiatre  
D<sup>re</sup> Pauline Crête, médecin omnipraticienne, membre substitut  
D<sup>re</sup> Geneviève Nadeau, urologue, membre substitut



## CONCLUSION

---

En contexte pandémique, des modifications dans l'allocation de services ont eu lieu afin de répondre aux mesures sanitaires en vigueur. L'instauration du télétravail en mars 2020 a permis d'actualiser le projet de bureau sans papier, et ainsi faire d'une pierre deux coups en diminuant l'utilisation du papier et assurer la confidentialité des données des usagers.

En plus de répondre aux besoins des usagers, le régime d'examen des plaintes est un outil de décision pour les membres du conseil d'administration de l'établissement. Il lui permet, par le biais du comité de vigilance et de la qualité, de prendre des orientations qu'il juge pertinentes pour les usagers qui obtiennent des services de santé.

Encore cette année, le bureau du commissaire a contribué à faciliter l'accessibilité au régime d'examen des plaintes. De plus, en collaboration avec les gestionnaires, les employés et les médecins qui œuvrent au CHU, de nombreuses mesures ont été mises de l'avant afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

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

Néanmoins, même si notre objectif est d'assurer le respect des droits des usagers, nous souhaitons contribuer à l'amélioration de l'expérience-patient. Pour ce faire, nous allons poursuivre nos efforts afin de soutenir les équipes dans l'identification des pistes de solutions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services, afin de répondre aux attentes des usagers du CHU, et ce, en collaboration avec le comité des usagers et le module qualité, partenariats et expérience patient de la DQEEAI.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.



Robin Bégin

## ANNEXE

---

## Annexe 1 - Droits de l'utilisateur

- Droit au respect de la personne et de la dignité;
- Droit au respect de l'autonomie, de l'intégrité et des besoins individuels;
- Droit à l'information;
- Droit à la considération en toute égalité et équité;
- Droit à la reconnaissance de la liberté de conscience ou de religion;
- Droit à la liberté d'opinion, d'expression, de réunion pacifique et d'association;
- Droit à la sécurité et protection de la personne;
- Droit d'accès au dossier médical et à sa confidentialité ainsi qu'à la protection des renseignements personnels;
- Droit aux services de qualité, continus, personnalisés et accessibles;
- Droit à l'accompagnement et à l'assistance;
- Droit à la représentation;
- Droit concernant les soins de fin de vie.

**CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL**

Bureau du commissaire aux plaintes  
et à la qualité des services

CHUL

2705, boulevard Laurier

Québec (Québec) G1V 4G2

Téléphone : 418 525-5312 — Télécopieur : 418 654-2706