

Rapport annuel sur l'examen des plaintes
Exercice financier 2017-2018

Présenté au conseil d'administration

par

Pierre Poulin
Commissaire régional aux plaintes
et à la qualité des services

Le 19 juin 2018

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1. Le mandat lié au respect des droits des usagers	4
I - Les plaintes des usagers et des représentants.....	5
1. Les plaintes reçues	5
2. Les plaintes conclues, non complétées et le délai	7
3. Les plaintes revues par le Protecteur du citoyen	8
4. Plainte à l'égard d'un médecin.....	9
5. Le suivi sur les dossiers conclus	9
II - Les plaintes des partenaires et du public	11
1. Les plaintes reçues	11
2. Les demandes de réclamations	12
III - Les interventions.....	13
IV - Les assistances.....	14
PARTIE 2. Les autres mandats.....	15
I - Le programme de félicitations	15
II - Formation des gestionnaires.....	15
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	16
I - Le suivi des recommandations de 2016-2017	16
II - Les recommandations pour 2018-2019	17

INTRODUCTION

Ce rapport annuel du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de la Corporation d'urgences-santé présente le bilan de ses activités et ses réalisations pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2018.

Le document contient les informations qu'exige de divulguer la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2, art. 66, par. 11). Il tient compte de la procédure d'examen des plaintes portant sur le respect des droits des usagers et présente les informations relatives à l'examen des plaintes provenant des partenaires et du public.

Ce rapport a d'abord été soumis directement au conseil d'administration le 19 juin 2018 pour fins de discussion et d'adoption, avant sa transmission au ministre de la Santé et des Services sociaux et au Protecteur du citoyen.

En tenant compte du mandat régional dévolu au bureau du commissaire, le rapport traite de la place accordée aux droits des personnes à qui des services ont été rendus ou auraient dû être rendus, sur les territoires de Montréal et de Laval. Le rapport s'intéresse évidemment à la conformité de la pratique des techniciens ambulanciers paramédics et des répartiteurs médicaux d'urgence, qui sont responsables de la prestation du service. Il informe aussi le lecteur sur le nombre, la nature et le résultat des plaintes traitées à la suite d'une requête d'un partenaire ou du public, de même que des interventions, en deuxième instance, du Protecteur du citoyen. Il faut ajouter que d'autres réalisations du bureau du commissaire, en lien avec son mandat, ont permis de contribuer à la mission d'Urgences-santé.

La gestion des informations reliées à l'examen des plaintes s'appuie chez Urgences-santé, comme dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, sur le Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Le centre de services de la Direction générale des technologies de l'information gère ce système, qui dessert également les organismes du ministère de la Santé et des Services sociaux. En complément, pour répondre à des besoins spécifiques à l'interne, un système informatique permet de suivre au quotidien l'évolution du traitement des plaintes. Ces moyens dont dispose le Bureau du commissaire assurent la fiabilité des informations transmises au lecteur dans ce rapport.

Nous tenons à remercier le conseiller régional, Monsieur Bernard Simoneau, qui a annoncé son départ à la retraite et à qui revient une large part des réalisations qu'il présente. Il nous importe également de témoigner de la grande satisfaction du bureau du commissaire à l'égard des gestionnaires et du personnel œuvrant au sein de la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement et leurs co-directeurs, Madame Diane Verreault et Dr Gilles Bourgeois, de même que de la Direction des opérations et leur directeur, Monsieur Louis Poirier, ainsi que ses adjoints, Messieurs Raynald Simard et Michel Garceau. Leur collaboration diligente à fournir les renseignements demandés et à assurer l'encadrement clinique au personnel concerné par nos enquêtes témoigne au quotidien de l'engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et du respect des droits des usagers desservis par la Corporation.

PARTIE 1. LE MANDAT LIÉ AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Le Règlement sur la procédure d'examen d'une plainte par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services donne une orientation quant au processus à adopter pour évaluer la conformité du travail effectué par un technicien ambulancier paramédic, ou un répartiteur médical d'urgence. Il y a plusieurs sources de renseignements à considérer: ce qui est contenu au dossier de l'utilisateur, ce qui est détenu par le centre hospitalier receveur, et ce qui provient de l'utilisateur lui-même ou de son représentant, pour n'en nommer que quelques-unes. De plus, la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement et la Direction des opérations se révèlent des ressources essentielles pour la réalisation du mandat du commissaire, qui doit conclure quant au bien-fondé de la plainte après avoir complété sa démarche et des mesures à prendre, le cas échéant.

Un programme de formation destiné aux chefs aux opérations dispensé en cours d'année visait justement à soutenir la qualité du processus d'enquête. Il fera l'objet d'une attention plus loin dans le rapport. Cependant, mentionnons que ceci concerne la qualité de l'information recueillie et le maintien d'une communication de qualité durant les enquêtes, car le rôle des chefs aux opérations à la réalisation du processus d'enquête a toujours été déterminant.

Il importe d'ajouter que l'année écoulée a été marquée par un conflit de travail avec les divers syndicats représentant le personnel d'Urgences-santé. Les moyens de pression qui ont été autorisés par le Tribunal administratif du travail concernant le travail des paramédics ont eu pour effet d'altérer les renseignements cliniques concernant les usagers. En conséquence, ceux-ci devaient faire valoir leurs droits en s'appuyant sur des données peu fiables, voire absentes. L'examen de leurs doléances s'est aussi avéré plus ardu pour le commissaire régional. Les résultats que nous présentons en témoignent.

Les données qui suivent sont notamment marquées du fait que nous avons reçu 38 signalements de moins que l'année précédente. Comme les demandes d'examen adressées au commissaire régional concernant un transport possiblement imposé en vertu de la Loi P-38 (voir section interventions) ont été examinées avec rigueur, leur nombre provenant de notre bureau a significativement diminué. La conclusion de ces autres examens a été inscrite au chapitre des plaintes d'utilisateurs et représentants.

I – LES PLAINTES DES USAGERS ET DES REPRÉSENTANTS

Les plaintes reçues

Les plaintes reçues en 2017-2018 sont présentées dans un tableau comparant les données avec quatre années précédentes.

Tableau 1. Évolution des plaintes en comparaison avec les transports et interventions effectués

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
<i>Plaintes reçues</i>	161	142	176	185	190
<i>Transports</i>	226 938	225 667	223 783	227 112	226 679
<i>Interventions</i>	264 831	265 877	262 038	267 226	267 666
<i>Plaintes par 10 000 transports</i>	7,09	6,29	7,86	8,15	8,38
<i>Plaintes par 10 000 interventions</i>	6,08	5,34	6,72	6,92	7,10

En raison d'une panne, les transports et interventions des 6, 7 et 8 janvier 2018 ne sont pas compris.

Commentaires:

- Stabilisation apparente du nombre de plaintes depuis l'an dernier, considérant que 38 signalements de moins ont été ouverts (plaintes et interventions confondues). À première vue, il n'y a pas de données disponibles permettant d'expliquer cette situation. Le tableau qui suit présente les motifs à la source de ces plaintes, étant entendu qu'une plainte peut inclure plusieurs motifs. Voyons de plus près:

Tableau 2. Les motifs invoqués dans les plaintes reçues

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Motifs	(n = 284)	(n = 273)	(n = 298)	(n = 299)	(n = 236)
<i>Accessibilité</i>	15 % (n = 44)	13% (n = 35)	19 % (n = 57)	18% (n = 54)	22% (n = 51)
<i>Aspect financier</i>	22 % (n = 62)	14 % (n = 38)	17 % (n = 51)	16% (n = 47)	27% (n = 65)
<i>Droits particuliers</i>	19 % (n = 55)	17 % (n = 46)	16 % (n = 48)	10% (n = 31)	14% (n = 33)
<i>Organisation et ressources</i>	2 % (n = 6)	2 % (n = 4)	3 % (n = 9)	3% (n = 8)	3% (n = 7)
<i>Relations interpersonnelles</i>	21 % (n = 58)	21 % (n = 56)	16 % (n = 46)	16% (n = 47)	8% (n = 19)
<i>Soins et services</i>	21 % (n = 59)	34 % (n = 94)	29 % (n = 87)	37% (n = 112)	26% (n = 61)

Commentaires:

- Le motif **Accessibilité** se rapporte très majoritairement au délai d'attente, concernant principalement les basses priorités d'appel.
- Les plaintes concernant le motif **Aspect financier** découlent en partie d'une méconnaissance de la règle gouvernementale sur la responsabilité de l'usager transporté en ambulance. Une autre variable se rapporte à l'insatisfaction de certains usagers en ce qui a trait au service reçu, mais qui est exprimé par le refus de payer. Les moyens de pression exercés par les paramédics durant le conflit y ont également généré un bon nombre d'insatisfactions, de même que la diminution des interventions dites "P38", comme il est expliqué plus loin dans ce rapport.
- **Droits particuliers:** les plaintes regroupées sous ce motif s'appuient souvent sur l'argument des plaignants qu'il n'y a pas eu de consentement au transport en ambulance, vu l'absence d'information sur les frais, de même que les enjeux de choix de destination d'hôpital.
- Les motifs de plaintes portant sur l'**Organisation et les ressources** se rattachent au mal fonctionnement d'un équipement, du véhicule ou encore, un manque au plan de la sécurité ayant affecté les biens personnels.
- Ce que les usagers soulignent dans les plaintes relatives aux **Relations interpersonnelles** est en lien avec le manque d'empathie ou de bienveillance, ou encore avec un mode de communication perçu comme étant inapproprié. Une diminution significative, qui s'explique par l'absence de facturation transmise chez nombre d'usagers, en raison des moyens de pression des paramédics.
- Les motifs soulevés dans la catégorie **Soins et services** se rattachent aux protocoles et normes en vigueur (priorités, soins attendus), ainsi qu'aux décisions cliniques des répartiteurs médicaux d'urgence ou des paramédics. Ce motif a été significativement moins utilisé dans la dernière année et semble aussi refléter la proportion d'usagers n'ayant jamais reçu de facture.

Aussi, l'information compilée au tableau 3 démontre que ce sont encore majoritairement les usagers qui déposent eux-mêmes une plainte à propos des services rendus ou attendus, une proportion qui a diminué dans le temps, puisque les représentants (famille et proches) s'impliquent davantage et font valoir les droits des usagers.

Tableau 3. Origine des plaintes reçues

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
<i>Usagers</i>	65 %	87 %	59 %	52%	54%
<i>Représentants</i>	35 %	13 %	41 %	48%	46%

Les plaintes conclues, non complétées et le délai

En comparaison avec les années précédentes, le nombre d'enquêtes conclues à la fin de l'exercice financier 2017-2018 montre que le bureau du commissaire et l'ensemble de ses collaborateurs demeurent efficaces quant au traitement diligent des plaintes.

Tableau 4. Les plaintes conclues au 31 mars de l'exercice financier

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Nombre	164	146	181	191	189

Commentaire:

- Le nombre de plaintes conclues dans une année ne coïncide pas avec les plaintes reçues durant la même période, puisqu'il reste en fin d'année des plaintes dont l'examen n'est pas complété.

Tableau 5. Les plaintes non complétées au 31 mars de l'exercice financier

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Nombre	16	14	9	6	8

Commentaire:

- Les résultats affichés montrent que depuis l'année 2015-2016, la diminution du nombre de dossiers restant à examiner en fin d'année s'est maintenue.

En ce qui a trait à la période définie pour conclure une plainte, il existe un délai réglementaire fixant le temps de traitement à 45 jours. Sinon, l'utilisateur ou son représentant peut s'adresser directement au Protecteur du citoyen, puisqu'il y a une présomption que la plainte n'est pas retenue. Pour prévenir cette situation, la personne qui a déposé une plainte est avisée, le cas échéant, du problème qui ne permet pas de rédiger la conclusion d'enquête dans le délai prescrit. Le tableau ci-dessous illustre les excellents résultats obtenus sur le délai avant la conclusion du dossier.

Tableau 6. Évolution du délai de traitement des plaintes conclues en moins de 45 jours

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Moins de 45 jours	99 %	100 %	96 %	99%	100%

Commentaire:

- Fait à noter, le délai moyen pour traiter une plainte a été de 20 jours, une diminution de 23% par rapport à l'année précédente. Des processus de travail améliorés y ont grandement contribué. À cela s'ajoute l'emploi répandu de la correspondance par courriel, qui a réduit les délais de communication.

Les plaintes revues par le Protecteur du citoyen

En vertu de la loi (L.R.Q., c. P-32, art. 13), le Protecteur du citoyen, qui exerce les fonctions de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, peut examiner la conclusion d'une enquête remise à l'usager ou à son représentant, en deuxième instance, si la personne qui a déposé une plainte lui en fait la demande.

Tableau 7. Plaintes revues par le Protecteur du citoyen

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
<i>Nombre de dossiers soumis</i>	9	11	9	15	16
<i>Dossiers revus sans recommandations</i>	8	11	9	15	15
<i>Dossiers revus avec recommandations</i>	1	0	0	0	3
<i>Révision non complétée</i>	0	0	0	7	5

Note: Les données de 2016-2017 ont été révisées.

Commentaires:

- Les conclusions du Protecteur du citoyen ne sont pas toutes connues durant l'exercice financier où le dossier lui a été soumis. Toutefois, le tableau montre les résultats regroupés par année, pour simplifier la présentation. Cinq demandes d'examen n'étaient pas complétées à la fin de l'année.
- En ce qui a trait au **suivi des recommandations** reçues en cours d'année, l'une concerne l'amélioration de l'identification des nouvelles adresses dans la base de géolocalisation et elle a été implantée. La seconde touche à l'instauration d'un délai maximal pour la prise en charge de priorités faibles et a été rejetée. La troisième recommandation concerne le remboursement des frais de transport, du fait que l'usager aurait été induit en erreur par un paramédic. Celle-ci a également été acceptée.

Plaintes à l'égard d'un médecin

Le Règlement sur la procédure d'examen d'une plainte à l'égard d'un médecin prévoit, en cas de réception d'une plainte par le commissaire portant sur un médecin qui est intervenu dans le cadre des activités d'Urgences-santé, qu'elle soit transmise au médecin examinateur. En 2017-2018, aucune plainte n'a concerné les interventions de médecins exerçant chez Urgences-santé.

Le suivi sur les dossiers conclus

Les décisions qui découlent d'une enquête peuvent entraîner diverses mesures: un suivi administratif pour revoir une politique ou une procédure appliquée incorrectement, un suivi formatif s'il y a un constat qu'un protocole ou une norme n'est pas bien maîtrisé, une mesure disciplinaire, ou une combinaison de plusieurs de ces mesures.

Les plaintes conclues qui ont nécessité la mise de l'avant de mesures sont au nombre de 55 (94 l'année précédente). Une plainte peut nécessiter à la fois des mesures pour les paramédics et pour les répartiteurs médicaux d'urgence, ce qui explique les nombres du tableau 8, dont les résultats illustrent un des effets du conflit de travail sur la nature des insatisfactions exprimées (entre parenthèses, les données de l'année précédente).

Tableau 8. Répartition des plaintes ayant entraîné des mesures individualisées

Année 2017-2018	Techniciens ambulanciers paramédics	Répartiteurs médicaux d'urgence
Nombre	44 (142)	44 (55)

Voici l'état de situation quant à la réalisation des mesures décidées au 31 mars 2018:

Tableau 9. Suivi sur les mesures décidées (par dossier de plainte)

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Mesures à réaliser	63	65	93	94	55
Mesures complétées	59	59	86	85	50
Suivis restants	4	6	4	8	3
Départ ou retraite	N/D	N/D	3	1	2

De plus, quatre recommandations ont été faites au service des comptes-clients (2), à l'équipe des événements planifiés (1), et au centre de communication santé (1) afin d'apporter des correctifs relevant de leurs responsabilités et qui avaient eu une incidence sur le service.

Commentaires:

- Les dossiers dans lesquels s'effectue un suivi auprès d'un technicien ambulancier paramédic ou d'un répartiteur médical d'urgence absent depuis plus de trois mois font l'objet d'une attention particulière, au retour de l'employé. Une assurance est donnée qu'une mise à jour est effectuée couvrant notamment les aspects identifiés comme lacunaires et qui nécessitaient une mesure d'amélioration.
- Parmi les 88 mesures mises de l'avant, seulement trois (3) d'entre elles comportaient un volet disciplinaire individuel, sous forme d'avis formel mis au dossier.

II – LES PLAINTES DES PARTENAIRES ET DU PUBLIC

L'orientation qui prévaut pour le traitement des plaintes provenant des partenaires et du public consiste à adopter une approche d'information sur les normes et processus de travail, dans une orientation de service à la clientèle. Plusieurs observations portées à l'attention du bureau du commissaire nécessitent une enquête et conduisent à la formulation de propositions ou de suggestions visant à améliorer les processus de travail et les relations avec nos nombreux partenaires.

1. Les plaintes reçues

Tableau 10. Évolution des plaintes reçues provenant des partenaires et du public

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Nombre	99	57	71	80	97

Commentaires:

- En 2017-2018, l'origine des 97 plaintes s'établit ainsi: 60 des partenaires (62 %) et 37 du public (38 %). Cette répartition suit la tendance observée en 2016-2017.
- On observe une augmentation de 21 % du nombre des plaintes. Cette augmentation provient principalement des partenaires. On peut penser que les difficultés inhérentes au renouvellement de la convention collective des paramédics seraient à l'origine de cette hausse.

Tableau 11. Les motifs invoqués dans les plaintes reçues

Année	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Motifs	(n = 99)	(n = 57)	(n = 71)	(n = 80)	(n = 97)
Attitude / comportement des paramédics	53 % (n = 52)	42 % (n = 24)	48 % (n = 34)	48 % (n = 38)	45 % (n = 44)
Délai	12 % (n = 12)	10 % (n = 6)	14 % (n = 10)	12 % (n = 10)	12 % (n = 12)
Soins et protocoles	15 % (n = 15)	16 % (n = 9)	18 % (n = 13)	17 % (n = 14)	21 % (n = 20)
Ambulance (vitesse / bruit / pollution)	20 % (n = 20)	32 % (n = 18)	20 % (n = 14)	23 % (n = 18)	22 % (n = 21)

Commentaires:

- Le motif lié à l'**Attitude/comportement des paramédics** demeure le plus souvent invoqué, particulièrement chez nos partenaires. Le manque de professionnalisme est maintes fois cité comme la raison principale de ce motif.
- Les plaintes concernant le **Délai** d'attente ou de traitement proviennent de nos partenaires, au sujet d'appels de basse priorité. Habituellement, ces plaintes exigent une explication en lien avec nos volumes d'appels.
- Les plaintes pour les **Soins et protocoles** sont principalement en provenance des partenaires. Leur traitement requiert essentiellement la transmission d'informations sur notre mode de fonctionnement ou sur l'application de protocoles.
- Enfin, les plaintes portant sur l'usage du **Véhicule ambulancier** sont issues du public. La raison principale de ce motif réside dans la conduite du véhicule, qui est perçue à risque, ou dans la quiétude affectée par le bruit engendré.
- Il y a eu 36 propositions d'amélioration soumises à la Direction des opérations en 2017–2018: 25 après le traitement des plaintes reçues en provenance des partenaires et 11 propositions à la suite de commentaires de citoyens.

2. Les demandes de réclamations

Des demandes de réclamations ont été soumises à la suite d'interventions des paramédics, parce qu'il y avait eu, par inadvertance, un dommage causé à un bien d'un usager, ou à la personne même. Les demandes de réclamations font systématiquement l'objet d'un examen. Les réclamations touchant un dommage aux biens inférieur à 1 500 \$, soit le montant de la franchise, sont traitées par le bureau du commissaire et les autres, en collaboration avec l'assureur.

Il y a eu 23 réclamations soumises en 2017-2018, deux de plus que l'an passé, bien que seulement neuf ont impliqué la responsabilité de la Corporation. Les montants versés ont totalisé 6044.47\$ (contre 2992.98\$ l'année précédente). Trois dossiers sont toujours en traitement avec l'assureur.

III - LES INTERVENTIONS

De l'ensemble des signalements reçus par le bureau du commissaire, 42 ont été classés à titre d'interventions. De ce nombre, onze concernent essentiellement le fait de porter une situation à notre attention, ou encore une aide à la recherche d'un bien égaré.

Un (1) signalement a porté sur une intervention sujette à l'application de la *Loi visant à contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, grâce à la vigilance de paramédics ayant repéré un cas flagrant d'abus.

Enfin, une procédure mise en place en janvier 2013 a pour but d'éviter que les personnes transportées, à la demande des policiers, soient facturées. Il est arrivé 30 fois que le service des comptes-clients vérifie la pertinence d'expédier une facture, ou qu'un client dépose lui-même une requête pour faire annuler les frais de transport en ambulance imposé par un policier, en raison de son état mental.

Il a été établi qu'au total, 2207 usagers ont été transportés dans un tel contexte. Urgences-santé a assumé les dépenses qui en résultent, soit le montant de 289 238 \$¹. Il s'agit ici d'un programme de gratuité, demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en réponse aux besoins d'une clientèle vulnérable, dont le droit de refus était temporairement révoqué. Le tableau 12 illustre la récente tendance à ce propos.

Tableau 12. Le transport des cas P38

Années	Nombre	Coûts
2014-2015	2 117	262 141 \$
2015-2016	1 818	236 073 \$
2016-2017	2 228	305 197 \$
2017-2018	2 207	289 238 \$

¹ Information provenant du service des comptes-clients.

IV - LES ASSISTANCES

Les activités d'assistance du commissaire aux plaintes comprennent deux volets. D'abord, il y a des initiatives pour promouvoir le régime d'examen des plaintes. À cette fin, il y a eu six (6) séances d'information auprès de techniciens ambulanciers paramédics nouvellement engagés, auxquels s'ajouteront les répartiteurs médicaux d'urgence dès l'an prochain.

Ensuite, il est arrivé plusieurs fois que des informations aient été fournies en réponse à des questionnements, avant le dépôt d'une plainte, ou que des renseignements aient été communiqués à divers interlocuteurs référés au bureau du commissaire. Le nombre total d'assistances pour l'ensemble des situations (questionnement à propos d'une plainte, assistance à la rédaction d'une plainte ou réponse à des demandes de diverses natures) s'est élevé à 143 cas, dont 36 hors régions.

Il importe d'ajouter que les centres d'aide et d'assistance aux plaintes (CAAP) ont assisté trois (3) usagers auprès du bureau du commissaire régional.

PARTIE 2. LES AUTRES MANDATS

Pour la réalisation de ses mandats, le bureau du commissaire a pu compter sur l'étroite collaboration de monsieur Bernard Simoneau, pour des activités de nature professionnelle et sur celle de madame Sylvie Gagnon, secrétaire, dans un rôle administratif. Cette collaboration a aussi été présente dans la réalisation des mandats suivants:

I - LE PROGRAMME DE FÉLICITATIONS

Le programme de félicitations, en vigueur dans sa forme actuelle depuis quatre ans, vise à mettre en évidence des situations remarquables telles que reconnues par les usagers ou leurs représentants, ainsi que des partenaires depuis peu. Plusieurs ajustements ont aussi été apportés dans la façon de transmettre aux personnes visées les marques tangibles d'appréciation témoignées. Aussi, mensuellement, certains accomplissements, tant dans les volets savoir-faire que savoir-être, sont mis en évidence de façon spécifique, à travers le médium électronique de la Corporation transmis à l'ensemble du personnel.

Les changements apportés, qui visaient à actualiser la recommandation de l'année dernière à ce propos, ont été remarqués. De nombreux signes d'appréciation ont été portés à l'attention du bureau du commissaire, par le personnel et leurs gestionnaires.

Bien qu'à juste titre, de nombreux paramédics soient l'objet d'expressions de gratitude, il faut reconnaître que peu de répartiteurs médicaux d'urgence y sont exposés.

Tableau 13. Félicitations remises au cours des dernières années

Années	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Nombre	731	646	670	721	648

Commentaires:

- Le programme de félicitations procure une rétroaction positive aux répartiteurs médicaux d'urgence (22) et aux techniciens ambulanciers paramédics (626).
- Nous pouvons remarquer un rétablissement du nombre total davantage comparable à ce qui s'observait avant l'année dernière.

II - FORMATION DE GESTIONNAIRES

Deux nouveaux chefs aux opérations, rattachés aux activités du centre de communication santé, ont reçu la formation portant sur le processus d'enquête et sur le fonctionnement du bureau du commissaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le présent rapport a fait état des activités du bureau du commissaire pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2018.

Dans le rapport de l'année dernière, des recommandations avaient été proposées. Il est important d'y revenir pour fin de suivi. De plus, des recommandations seront mises de l'avant pour la prochaine année.

I - LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE 2016-2017

La recommandation 1, portant sur la mise à jour du règlement de la Corporation qui concerne le traitement des plaintes à l'endroit d'un médecin a été réalisée. Ce nouveau règlement est en vigueur. De plus, un candidat médecin examinateur a été identifié.

Il en est de même pour la recommandation 2, qui concerne la bonification de la portée du programme de félicitations auprès du personnel. Au cours de l'année écoulée, des nouveautés ont été implantées, comme en fait foi la description que l'on retrouve dans la section « Partie 2 – Les autres mandats ».

La recommandation 3, qui visait à utiliser les résultats du sondage 2016 auprès des utilisateurs du service de transport ambulancier et portant sur la notoriété de ce service n'a trouvé que peu d'écho au cours de l'année écoulée.

En ce qui a trait à la recommandation 4, à savoir, définir et concevoir un protocole s'appliquant aux situations de long délai et en dépit des efforts importants mis dans la réduction du nombre de situations dites de basse priorité, la situation a perduré. Aucune approche différenciée n'a été sérieusement envisagée.

Enfin, pour la recommandation 5, le contexte organisationnel, notamment le conflit de travail, n'a pas facilité l'émergence de pratiques nouvelles, que ce soit à l'égard d'une contribution de l'équipe médicale élargie auprès des paramédics, de l'usage de la transmission informatisée de renseignements avec les urgences hospitalières ou même, sur la révision plus globale de l'offre de services de la Corporation.

II – LES RECOMMANDATIONS POUR 2018-2019

Voici les recommandations issues de l'analyse des plaintes en 2017-2018:

Recommandation 1: Adapter et mieux encadrer la pratique en matière de défonçage de porte lors d'interventions domiciliaires

Certaines plaintes concernant les dommages causés par un défonçage de porte, lors d'une intervention au domicile, ont mis en lumière des difficultés d'application. Il s'agit ici de déterminer si, en l'absence de réponse à l'adresse où un transport est demandé, les paramédics doivent s'introduire de force pour compléter leur intervention. Le protocole actuel nécessite une mise à jour, pour tenir compte notamment des modes de communication sans fil qui ont profondément modifié le comportement et la localisation de l'appelant. Parmi les autres aspects à examiner, la nature de l'appel, sa priorité, de même que l'encadrement de la prise de décision méritent un réexamen.

Recommandation 2: Standardiser le traitement des demandes de « constat de décès » comme toute demande au centre de communication santé

Puisque le traitement d'un appel pour effectuer un « constat de décès » sur place, par un médecin, procède d'une affectation manuelle, il en résulte un risque d'erreur démontré. Le processus actuel suppose un échange entre le répartiteur et son chef d'équipe qui, parmi d'autres tâches, doit prendre en charge la situation. Ce processus doit être revu, afin d'accroître la sécurité du traitement de la demande. Nous savons que la révision de ce processus est en cours afin d'en améliorer l'efficacité et la sécurité.

Recommandation 3: Œuvrer à la réduction de la durée d'attente sur les lieux de destination en tant que source d'iniquité interrégionale

Cette recommandation s'appuie sur une observation, qui permet de comparer une région du Québec avec les résultats des régions de desserte de la Corporation d'urgences-santé (régions de Montréal et de Laval). À taux d'encombrement des urgences hospitalières comparables, les usagers de Montréal et Laval attendent significativement plus longtemps avant d'être vus au triage et que le véhicule ambulancier soit disponible, pour un prochain transport.

Cette illustration est stable dans le temps et ne trouve pas d'explication dans les caractéristiques des patients eux-mêmes. Il s'agirait possiblement d'un défi de culture organisationnelle et de réseau de la santé, qui prolonge la présence à l'urgence de l'hôpital, privant ainsi les usagers en attente d'un transport, d'une réponse dans un délai plus court. Ces situations de délais constituent un motif de plainte largement invoqué par les usagers, de même que par des partenaires. Les travaux et scénarios présentement en élaboration et en essai sont des plus prometteurs. Ils doivent mettre en cause tant le processus paramédical à proprement parler, que son interface avec les lieux de destination.

Recommandation 4 : Rendre accessible aux usagers l'information à l'égard des frais de transport

De nombreuses plaintes prennent appui, ou concernent les avis, opinions ou commentaires émis par les paramédics aux usagers transportés, ou réticents à accepter de l'être. De nombreuses situations requièrent des paramédics qu'ils répondent à des questions ou émettent des opinions sur la probabilité d'un transport sans frais pour l'utilisateur. Bon nombre de paramédics, de bonne foi, croient transmettre des renseignements utiles et exacts à l'utilisateur, sans connaître les particularités et exceptions parmi les règles en vigueur, ou sur la nature même des divers programmes de gratuité pour l'utilisateur.

Or, la seule directive existante à ce propos est celle que l'on retrouve dans le document « *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics 2017* » qui stipule: « Le technicien ambulancier paramédic ne détient pas les informations nécessaires pour informer adéquatement le patient concernant le coût final lié au transport ambulancier ». Une directive qui n'exclut pas que ce professionnel puisse avoir à portée de main des renseignements utiles, ainsi que des directives locales à appliquer, tout en respectant le fait qu'il « ne doit jamais initier une discussion pouvant se conclure en refus de traitement ou de transport ». À cet égard, la recommandation vise à ce que l'utilisateur puisse prendre une décision éclairée, sur les faits disponibles, en lien prioritairement avec sa condition clinique et les risques associés à un possible refus.

L'information étant publique, elle devrait être plus facilement accessible, lorsque demandée par les usagers à transporter. Les travaux en cours à ce propos méritent d'être menés à terme, appliqués et leur portée solidement évaluée. Ces préoccupations étant par ailleurs vérifiables dans d'autres régions du Québec, elles pourront y être également portées.

Assurer à la population de Montréal et de Laval des services préhospitaliers d'urgence de qualité, efficaces et appropriés, afin de réduire la mortalité et la morbidité associées aux conditions médicales urgentes.

Mission d'Urgences-santé