

2020 - 2021

RAPPORT ANNUEL

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



Centre intégré de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec 

Adopté par le conseil d'administration le 10 juin 2021.

Ce document a été réalisé par :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-5131

Télécopieur : 1 819 797-1947

Site Internet : <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca>

Production

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Julie Lahaie, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Révision des textes

Danielle Landriault, agente administrative

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

ISBN 978-2-550-89568-8 (PDF)

ISBN 978-2-550-89569-5 (imprimé)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Note : Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

@ Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes	iv
Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	11
Faits saillants	12
Un outil d'amélioration concret	13
Régime d'examen des plaintes	16
Premier palier	17
Les rôles et responsabilités	17
Deuxième palier	17
Assistance et accompagnement	17
Bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	20
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	20
Tableau 1 : Bilan des plaintes administratives reçues au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	20
Tableau 2 : Auteur de la plainte	20
Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2020-2021	21
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2020-2021 selon la mission	21
Motifs de plaintes et niveau de traitement	22
Graphique 1 : Motifs de plaintes reçus pour l'année 2020-2021	22
Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon le motif et le niveau de traitement	23
Recours au Protecteur du citoyen	23
Pouvoir d'intervention	24
Tableau 6 : Interventions amorcées pour l'année 2020-2021 selon la mission	24
Motifs d'intervention et niveau de traitement	24
Graphique 2 : Motifs d'interventions reçus pour l'année 2020-2021	25
Tableau 7 : Répartition des interventions selon les motifs et le niveau de traitement	25
Mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services	25
Tableau 8 : Mesures correctives identifiées	26
Assistances et consultations	27
Tableau 9 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires	28
Le bilan des dossiers de maltraitance	30
Graphique 3 : Évolution des dossiers dont les motifs réfèrent à de la maltraitance	31
Tableau 10 : Répartition des motifs de maltraitance selon le niveau de traitement	31
Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes	32
Rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs	36
Préambule	36
Traitement des plaintes du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021	37
Tableau 11 : Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen	37
Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues – Médecins examinateurs	38

TABLE DES MATIÈRES

Tableau 13: Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement – Plaintes médicales	38
Sommaire des recommandations faites en 2020-2021	39
Conclusions de plaintes en 2020-2021	39
Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires	40
Objectifs pour l'année 2021-2022	40
Rapport du comité de révision 2020-2021	42
Composition du comité	42
Bilan des activités	42
Conclusion et orientations	46
Remerciements	48
ANNEXE I	50
ANNEXE II	51
ANNEXE III	52
ANNEXE IV	53
ANNEXE V	54
ANNEXE VI	56

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGA	Assemblée générale annuelle
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
CAAP-AT	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Abitibi-Témiscamingue
CD	Centre de dépendance
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDM	Centre de réadaptation en déficience motrice
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DRHAJ	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
DSI	Direction des soins infirmiers
DSPEU	Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIC	Processus d'intervention concertée
PDU	Politique de déplacement des usagers
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
SIGPAQS	Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Droit de réserve

Il importe de préciser que ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Cette application assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques sur les plaintes des différentes installations du réseau de la santé. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services se garde une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport considérant l'absence de contre-vérification de celles-ci.

Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services



MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Dire que l'année 2020-2021 fut une année différente serait un euphémisme. La pandémie de COVID-19 a eu des impacts majeurs sur l'ensemble de la société incluant le réseau de la santé et des services sociaux. Le régime d'examen des plaintes n'a pas échappé à ce vent de changement, d'adaptation et de restrictions. Comme ce fut le cas dans plusieurs domaines, les acteurs du régime ont modifié leurs façons de travailler, de communiquer, d'intervenir, mais en ayant toujours le souci de demeurer disponibles et présents pour les usagers.

Le régime d'examen des plaintes constitue un moyen constructif mis à la disposition des usagers afin de s'exprimer sur la qualité des services de santé et des services sociaux de leur région. Mais cette année, les plaintes, les interventions et les assistances ont également permis de constater certains impacts de la pandémie et des mesures sanitaires sur la population. En plus de leurs mandats habituels, les acteurs du régime d'examen des plaintes sont intervenus à divers niveaux concernant l'application, la compréhension, l'information en lien avec les mesures sanitaires. Les changements fréquents dans les consignes, la complexité de celles-ci ont parfois conduit à des applications inexactes de celles-ci, ayant un impact sur les droits des usagers. Une vigilance à cet effet fut faite tout au long de l'année par l'équipe.

L'équipe a également maintenu ses efforts pour offrir un traitement diligent et attentif des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers, par leurs représentants ou par la population. Sans l'engagement des gestionnaires et des intervenants dans le processus d'analyse des plaintes, il serait impossible de procéder à des analyses complètes et justes des situations. Finalement, la vigilance des membres du conseil d'administration et leur rigueur quant au régime d'examen des plaintes démontrent toute l'importance qu'ils accordent à la satisfaction des usagers.

L'analyse des dossiers de plaintes traitées pour l'année 2020-2021 permet encore une fois de constater l'impact positif que le régime exerce sur la qualité des services offerts par les établissements de notre région. Cette année, c'est 432 mesures d'amélioration qui ont été mises en place grâce aux plaintes et aux signalements des usagers.

Conformément aux dispositions exposées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), je vous présente le « Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'année 2020-2021 ». Ce rapport annuel fournit l'essentiel des informations sur le nombre de plaintes reçues, les délais d'examen, les suites apportées aux motifs d'insatisfaction des usagers ainsi que le nombre de personnes ayant fait appel au Protecteur du citoyen en deuxième instance. De plus, ce document présente le rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs, qui inclut le rapport du comité de révision de l'établissement.

Bonne lecture,

La commissaire aux plaintes
et à la qualité des services,



Julie Lahaie

FAITS SAILLANTS

Nombre de dossiers administratifs reçus en 2020-2021

919

Plaintes reçues en 2020-2021	281	↑ de 4 %
Plaintes conclues en 2020-2021	280	-
Motifs de plaintes	492	↑ de 5 %
Mesures correctives	353	↑ de 26 %
Mesures correctives à portée individuelle	111	↑ de 5 %
Mesures correctives à portée systémique	242	↑ de 39 %
Dossiers transmis au Protecteur du citoyen	16	↓ de 12 dossiers
Interventions ouvertes en 2020-2021	89	↑ de 20 %
Interventions conclues en 2020-2021	82	↑ de 21 %
Motifs d'intervention	107	↑ de 12 %
Mesures correctives	79	↑ de 72 %
Mesures correctives à portée individuelle	28	↑ de 87 %
Mesures correctives à portée systémique	51	↑ de 65 %
Assistances en 2020-2021	491	↓ de 4 %
Consultations en 2020-2021	58	↑ de 18 %
Dossiers de maltraitance	20	↓ de 3 dossiers
Plaintes médicales reçues en 2020-2021	65	Considérant que les années antérieures comptabilisaient les dossiers en retard, le comparatif ne peut s'appliquer
Plaintes médicales conclues en 2020-2021	68	
Motifs de plaintes	97	
Mesures correctives	4 mesures à portée systémique	
Dossiers transmis au comité de révision	2	

UN OUTIL D'AMÉLIORATION CONCRET

Voici quelques exemples de dossiers choisis par les membres de l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans lesquels ils ont senti avoir fait une réelle différence dans la vie des usagers ou de leurs proches :

- L'équipe a reçu et analysé deux dossiers portant sur les conditions dans lesquelles des usagers ont vécu leurs séjours de répit dépannage dans des CHSLD de la région, et ce, en raison des consignes d'isolement nécessaire pour la prévention de la COVID-19. Plusieurs recommandations ont été faites pour s'assurer que les usagers et leurs proches avaient toute l'information adéquate pour bien préparer le répit. De plus, des mesures furent mises en place pour éviter le déconditionnement des usagers devant être isolé lors de leur séjour en CHSLD.
- Une dame nous a contactées en raison d'une problématique dans l'information au dossier de son enfant, information ayant comme impact de rallonger le délai d'attente de son enfant pour la prise en charge par un médecin spécialiste. L'enquête a permis de s'assurer que les droits de l'enfant étaient respectés et que celui-ci était bien priorisé sur la liste d'attente, ce qui n'était effectivement pas le cas avant l'enquête.
- L'équipe est contactée par une résidente d'un CHSLD qui déplore l'absence de lumière chauffante ou de système de chauffage dans les salles de bain de son milieu de vie. Lors de leurs sorties de la douche ou du bain, les résidents sont frigorifiés. Le tout a été corrigé en cours d'enquête. Les vérifications faites à la suite de l'enquête auprès de la résidente ont permis de comprendre que la situation est maintenant adéquate.
- L'analyse d'un dossier de plainte a mené à l'annulation d'une facture pour des services reçus à l'urgence, et ce, puisque l'information fournie à l'usagère sur les coûts concernant les services n'était pas exacte. Une recommandation a été faite aux directions concernées, à savoir de se doter d'un encadrement officiel sur la facturation et la perception des services et des biens aux non-résidents ainsi que pour les personnes n'ayant pas leur carte d'assurance maladie, et ce, pour éviter la répétition de tel événement.



Régime d'examen des plaintes



RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Dans le cadre de son mandat, le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services offre ses services à l'ensemble de la population utilisant les services des installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, des organismes communautaires en santé et services sociaux, des résidences privées pour aînés et des services préhospitaliers d'urgence de la région. Le régime d'examen des plaintes couvre également les services offerts par des partenaires en vertu d'une entente conclue avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue conformément à la LSSSS. Ce sont plus de 200 instances qui sont couvertes par le régime d'examen des plaintes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Équipe :

Madame Julie Lahaie

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Dominique Brisson

Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

Madame Janick Lacroix

APPR au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Julie Thibeault

APPR au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Claudie Lacroix

Agente administrative au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (en congé de maternité depuis fin septembre 2020)

Madame Danielle Landriault

Agente administrative au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (en remplacement de Claudie Lacroix depuis fin septembre 2020)

Le traitement des plaintes médicales est assuré par une équipe de médecins examinateurs expérimentés, le tout sous la supervision d'un coordonnateur. La commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services assure la gestion de la structure et du soutien administratif. Au 31 mars 2021, l'équipe de médecins examinateurs se composait des personnes suivantes :

Docteur Martin Pham Dinh	Coordination et couverture régionale
Docteure Catherine Bich	Couverture régionale
Docteure Andrée-Anne Corneau	Couverture régionale
Docteur Marc Gaudet	Couverture régionale
Docteure Cécile Saelen	Couverture régionale
Docteure Elizabeth Azuelos	Couverture régionale
Docteur Jean-Guy Ricard	Territoire de Rouyn-Noranda
Docteur Joël Pouliot	MRC de Témiscamingue et d'Abitibi-Ouest

Madame Jessica Vincent-Jollette

Agente administrative en soutien aux médecins examinateurs (depuis novembre 2020)

Madame Michèle Couturier

Agente administrative en soutien aux médecins examinateurs (avril à octobre 2020)

Premier palier

Les rôles et responsabilités

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la LSSSS, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les médecins examinateurs sont responsables, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent de leurs plaintes. Ils exercent, notamment, les fonctions suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes en recommandant, au besoin, toutes mesures susceptibles d'en améliorer le traitement;
- Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle, ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique;
- Examiner avec diligence une plainte, dès sa réception;
- Saisir toute instance visée lorsqu'en cours d'examen, une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire et formuler toute recommandation à cet effet dans ses conclusions;
- Informer le plaignant, dans un délai de 45 jours, des conclusions motivées auxquelles ils sont arrivés, accompagnées, le cas échéant, des recommandations transmises aux instances concernées et indiquer les modalités de recours auprès du Protecteur du citoyen ou du comité de révision dans le cas d'une plainte médicale;
- Dresser au moins une fois par année un bilan de leurs activités.

Deuxième palier

Le Protecteur du citoyen intervient à la demande d'un plaignant, lorsqu'il n'est pas satisfait des conclusions du commissaire au terme de l'examen de la plainte. Il peut également s'adresser au Protecteur du citoyen lorsqu'il n'y a pas eu de réponse de la part du commissaire dans les 45 jours suivant le dépôt de sa plainte. Il dispose d'un délai de deux ans suivant la date de réception de la conclusion de sa plainte par un commissaire, ou après la fin du délai de 45 jours, pour exercer ce droit de recours.

À la suite de la conclusion d'un médecin examinateur, un usager insatisfait des conclusions peut soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur au dossier. S'il n'a pas reçu les conclusions du médecin examinateur dans les 45 jours prescrits par la LSSSS, l'utilisateur peut également s'adresser au comité de révision de l'établissement. L'utilisateur dispose de 60 jours après la réception des conclusions du médecin examinateur ou après la fin du délai de 45 jours, pour déposer sa demande de révision. Précisons que le professionnel visé par une plainte médicale peut également requérir du comité de révision qu'il réviser le traitement de la plainte.

Assistance et accompagnement dans le processus

Comités des usagers et comités de résidents

Les mandats des comités des usagers et des comités de résidents sont exposés aux articles 209 à 212 de la LSSSS. Les comités des usagers et les comités de résidents de l'établissement sont des partenaires essentiels pour le régime d'examen des plaintes. La LSSSS leur confie un mandat d'accompagnement et d'assistance des usagers

pour toute démarche, y compris lorsque ceux-ci désirent porter plainte. En raison de nos mandats complémentaires, la collaboration est essentielle pour assurer la meilleure prise en charge possible du cheminement de l'utilisateur, selon ses besoins. Pour assurer un lien avec ces instances, le bureau du commissaire tient des rencontres régulières avec la présidente du comité des usagers du centre intégré (CUCI). De plus, les membres de l'équipe participent aux rencontres des comités des usagers locaux ainsi qu'à celles des comités de résidents, et ce, au besoin.

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Abitibi-Témiscamingue (CAAP-AT) est un organisme reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par la LSSSS. Sa mission est définie à l'article 76.6 de la LSSSS. Le CAAP-AT a pour fonction d'aider et d'assister les personnes qui désirent déposer une plainte auprès d'un établissement de santé, de services sociaux, d'un organisme communautaire, d'une résidence privée pour aînés (RPA), auprès des services préhospitaliers d'urgence ou auprès du Protecteur du citoyen. Le rôle du CAAP-AT n'en est pas un de représentant, mais bien d'assistant et d'accompagnateur du plaignant. Il s'agit d'un acteur important du régime, qui facilite le recours pour les usagers souhaitant déposer une plainte. La collaboration entre le commissaire et le CAAP-AT permet de rencontrer les responsabilités liées au soutien à offrir aux usagers dans leur démarche.

De par la Loi, l'utilisateur peut également se faire accompagner dans sa démarche de plainte par toute personne de son choix.

Agents d'information et facilitateur - Mino – Obigiwasin

L'année 2020 a vu la signature d'une entente entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et Mino Obigiwasin Services Enfance & Famille Anicinape, représentant quatre communautés signataires. Avec la création de cette agence est venue la création des agents d'information et facilitateur. La volonté est d'avoir un processus qui inspire davantage confiance aux Anicinape. Voici les mandats de ces agents :

- Informer sur les ressources d'aide offertes dans la communauté et celles de l'extérieur de la communauté;
- Informer sur les lois entourant les services en protection de la jeunesse. Entre autres, sur les principes de la Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (C-92);
- Organiser et animer des cercles des aidants et des processus décisionnels en équipe
- Agir comme médiateur pour l'amélioration des services en protection de la jeunesse;
- Faire la liaison et de l'accompagnement vers le commissaire aux plaintes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la CDPDJ et le Protecteur du citoyen au besoin.

Ce sont de nouveaux partenaires qui répondent à un besoin très important et spécifique. À ce jour, nous avons collaboré avec les agents dans deux dossiers. Nous avons également eu des rencontres d'échanges avec les agents en place. Toutefois, nous espérons développer davantage nos liens avec ceux-ci.

Bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services



BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Le tableau 1 fait état du bilan du nombre de plaintes adressées à la commissaire aux plaintes entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1er avril 2020, 20 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement. Pour l'année 2020-2021, 281 plaintes administratives ont été reçues.

En cours d'année, 16 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen en deuxième instance, soit 12 de moins que l'an dernier. Il est à noter que certains des dossiers acheminés en deuxième instance peuvent provenir des années antérieures puisque le délai de recours au Protecteur du citoyen est de deux ans maximum.

Tableau 1 : Bilan des plaintes administratives reçues au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

	En voie de traitement au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	Conclues durant l'exercice	En voie de traitement à la fin de l'exercice	Plaintes adressées en 2 ^e instance
Plaintes administratives	20	281	280	21	16

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2020-2021 est resté sensiblement le même que l'année 2019-2020, où 271 plaintes avaient été reçues. Il est important de souligner que, des 281 plaintes, 34 dossiers furent reçus concernant le délestage des services des soins infirmiers dans les points de service CLSC ayant eu lieu dans le cadre de la réorganisation des services liée à la pénurie de personnel infirmier. Sans cette situation, nous aurions possiblement eu un nombre de plaintes légèrement inférieur à l'année dernière.

La LSSSS indique qu'une plainte peut être déposée par un usager ou par son représentant légal. Toutefois, avec le consentement de l'usager concerné, un proche ou un tiers non-représentant peut également déposer une plainte en son nom. Il est à noter que la plainte peut comporter plus d'un auteur, ce qui explique que le total est plus élevé que le nombre de dossiers.

Tableau 2 : Auteur de la plainte

	Auteur de la plainte en 2020-2021		TOTAL
	Usager	Représentants/tiers	
Plaintes de nature administrative	202	80	282

La LSSSS impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'usager. Les délais d'examen des plaintes sont influencés par différents facteurs, comme la nature de la plainte, le nombre de motifs d'insatisfaction et le nombre de personnes à rencontrer pour recueillir des observations. Le tableau 3 permet de constater que le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour plus de 98 % des plaintes conclues en 2020-2021, alors que le taux était de 86 % en 2019-2020.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2020-2021

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	50	17,9
4 à 15 jours	53	18,9
16 à 30 jours	90	32,1
31 à 45 jours	82	29,3
Sous-total	275	98,2
46 à 60 jours	2	0,7
61 à 90 jours	3	1,1
91 à 180 jours	0	0
181 jours et plus	0	0
Sous-total	5	1,8
TOTAL	280	100

Le tableau 4 présente la répartition des plaintes reçues en fonction des diverses missions de l'établissement. Cette classification est limitée puisque le système de saisie SIGPAQS ne permet pas d'inscrire plus d'une mission par dossier de plainte alors que plusieurs plaintes touchent plus d'une mission. Les centres hospitaliers (CH) sont la mission qui reçoit le plus grand nombre de plaintes. Rappelons qu'il s'agit de l'endroit où se retrouve un grand nombre de soins et services reçus par une grande proportion de la population. Nuancions encore une fois le nombre de plaintes reçues en CLSC, puisque 34 d'entre elles sont en lien avec l'arrêt temporaire des soins infirmiers dans les points de service en raison de la réorganisation.

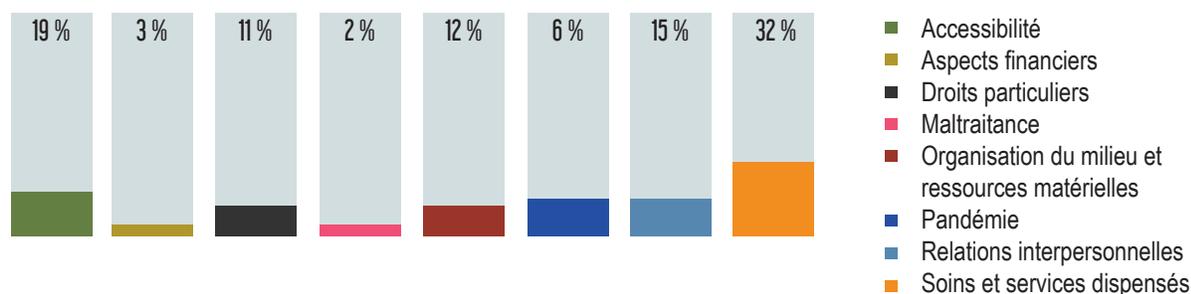
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2020-2021 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	131	46,6
CHSLD et RI	32	11,4
CLSC	62	22,0
CPEJ	32	11,4
CRDP – CRDI – TSA	10	3,6
Organisme communautaire	4	1,4
RPA	8	2,8
Services préhospitaliers d'urgence	1	0,4
Autre	1	0,4
TOTAL	281	100

Motifs de plaintes et niveau de traitement

L'objet d'une plainte est l'élément ou sont les éléments ayant conduit à l'insatisfaction de l'utilisateur. L'analyse de la prédominance ou de la récurrence des objets de plaintes peut permettre de cibler des secteurs à défi et ainsi améliorer l'efficacité des actions posées.

Graphique 1 : Motifs de plaintes reçues pour l'année 2020-2021



Voici les principaux constats :

- Le volet *Soins et services dispensés* est l'élément d'insatisfaction le plus souvent mentionné dans les plaintes. Dans cette catégorie, ce sont les habiletés techniques et professionnelles, l'évaluation et le jugement professionnel, et l'absence de suivi qui furent soulevés le plus fréquemment.
- L'*Accessibilité* est le deuxième motif de plainte le plus souvent évoqué. Dans cette catégorie, on retrouve, entre autres, 39 plaintes concernant l'absence de service ou de ressource, ce qui inclut les 34 dossiers concernant l'absence de soins infirmiers dans les points de service CLSC lors de la réorganisation.
- Les *Relations interpersonnelles* viennent au troisième rang des motifs d'insatisfaction. À ce niveau, c'est l'utilisation de commentaires inappropriés qui a été le plus souvent mentionnée par les plaignants comme motif d'insatisfaction.

Il est à noter que certaines problématiques récurrentes sont parfois identifiées. Lorsque c'est le cas, la commissaire fait des recommandations aux instances pour corriger la situation et en informe le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) qui veillera à assurer un suivi rigoureux de la situation. Parmi les éléments récurrents observés pour l'année 2020-2021, notons les défis entourant les réévaluations des usagers lors de leur attente dans les urgences de la région, les enjeux liés à la connaissance des plans de soins, les plans de traitement de la clientèle et les enjeux liés à l'accessibilité téléphonique à certains services.

Le tableau 5 permet de constater que la grande majorité des motifs d'insatisfaction sont jugés comme étant recevables et analysés. Rappelons que les plaintes aux motifs à l'évidence frivoles ou vexatoires ne sont pas retenues pour analyse, conformément aux enlignements de la LSSSS. Peu de motifs de plaintes sont abandonnés par l'utilisateur en cours de traitement. Dans les rares cas d'abandon, l'équipe de la commissaire s'assure que l'abandon ne découle pas de représailles faites à l'auteur de la plainte.

Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon le motif et le niveau de traitement

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	1	0	56	37	94
Aspects financiers	0	1	0	1	8	6	16
Droits particuliers	0	0	0	1	33	18	52
Maltraitance	0	0	0	0	5	2	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	0	0	0	44	14	59
Relations interpersonnelles	1	0	3	1	41	29	75
Soins et services dispensés	2	0	2	4	78	71	157
Autre	1	0	0	1	0	0	2
Autre - pandémie	0	0	0	0	11	19	30
TOTAL	5	1	6	8	276	196	492

L'analyse de ce tableau permet de constater que plus de la moitié des motifs de plaintes sont conclus avec une mesure identifiée. Le plus grand nombre de mesures mises en place est en lien avec les *Soins et services dispensés*. Toutefois, c'est au niveau de l'*Organisation du milieu et des ressources matérielles* et au niveau de la *Maltraitance* que le plus grand pourcentage de motifs est conclu, avec la mise en place de mesures, avec respectivement 74 % et 71 % de mesures mises en place pour les motifs conclus dans ces catégories.

Recours au Protecteur du citoyen

En 2020-2021, 16 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il s'agit d'une diminution du nombre de dossiers soumis en deuxième instance, comparativement à l'an dernier où 28 dossiers avaient été transmis au Protecteur. Il est à noter que des dossiers des années antérieures peuvent faire partie de ce nombre puisque le délai maximal pour transmettre un dossier de plainte en deuxième instance au Protecteur du citoyen est de deux ans à la suite de la réception, par le plaignant, des conclusions du commissaire.

En 2020-2021, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 16 dossiers. Des recommandations ont été faites par le Protecteur dans quatre dossiers, incluant un dossier où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance et un dossier où les recommandations ne pouvaient être faites au moment du traitement en première instance. Cela signifie que dans la majorité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par notre équipe, sans y ajouter d'autres éléments de recommandations.

Le Protecteur n'a initié aucune intervention concernant le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en 2020-2021.

Pouvoir d'intervention

Le pouvoir d'intervention donne à la commissaire la possibilité d'intervenir lorsqu'elle considère que les droits des usagers sont ou peuvent être lésés. Une intervention peut être effectuée à la demande de toute personne, sur signalement, ou peut résulter des constats de la commissaire. L'intervention, tout comme la plainte, peut conduire ou non à la formulation de recommandations pour l'application de mesures correctives.

En 2019-2020, 74 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, douze étaient toujours en examen au 1er avril 2020. Pour l'année 2020-2021, ce sont 89 dossiers d'intervention qui ont été ouverts par les commissaires. De ce nombre, 19 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2021.

Tableau 6 : Interventions amorcées pour l'année 2020-2021 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	21	23,6
CLSC	17	19,0
CHSLD	11	12,4
CPEJ	3	3,4
CR	3	3,4
RI	11	12,4
Organisme communautaire	3	3,4
RPA	14	15,7
SPU	1	1,1
Autre	5	5,6
TOTAL	89	100

Motifs d'intervention et niveau de traitement

Les motifs d'insatisfaction soulevés dans les demandes d'intervention concernent principalement les *Soins et services dispensés*, les *Droits particuliers* et l'*Accessibilité*. Il est également pertinent de noter que l'on remarque davantage de dossiers d'intervention portant sur la maltraitance que de plaintes. Ce constat peut s'expliquer par le fait que c'est une intervention qui est enregistrée lorsque le signalant n'est pas l'utilisateur ainsi que lorsqu'un signalement de maltraitance est reçu et ne touche pas les services et les soins dispensés par l'établissement.

Le tableau 7 permet de constater que comme c'était le cas pour les plaintes, presque la totalité des motifs d'insatisfaction dans les interventions voit leur traitement complété. Un seul motif a été abandonné en cours de traitement par le signalant. On constate également que plus de la moitié des motifs d'intervention sont conclus avec une mesure identifiée et que le plus grand nombre de mesures mises en place est en lien avec les Soins et services dispensés.

Graphique 2 : Motifs d'interventions reçus pour l'année 2020-2021

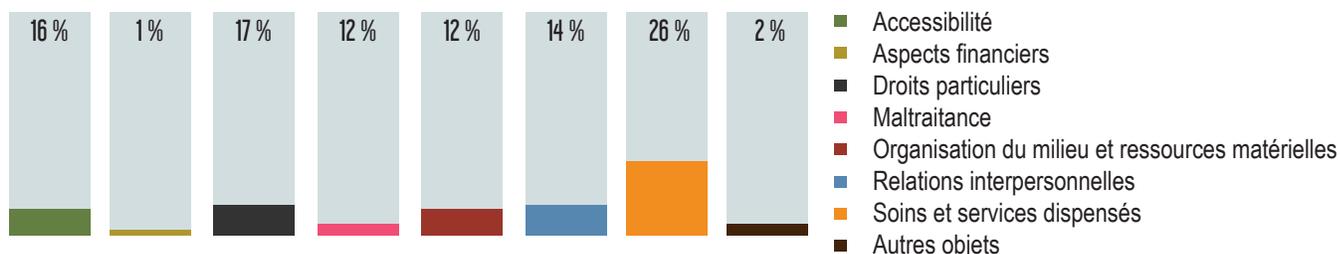


Tableau 7 : Répartition des interventions selon les motifs et le niveau de traitement

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	13	4	17
Aspects financiers	0	0	0	0	1	0	1
Droits particuliers	0	0	1	0	7	10	18
Maltraitance	0	0	0	0	8	5	13
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	7	6	13
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	11	4	15
Soins et services dispensés	0	0	0	0	15	13	28
Autre	0	0	0	0	0	0	0
Autre - pandémie	0	0	0	0	1	1	2
TOTAL	0	0	1	0	63	43	107

Mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services

À la suite de l'analyse d'une plainte ou d'une demande d'intervention, des conclusions sont émises. Dans certains cas, la plainte ou l'intervention sera conclue sans mesure. Généralement, cela sera l'occasion de fournir des explications ou des informations sur les situations rapportées et permettra au plaignant de mieux comprendre la situation à la base de son insatisfaction. Toutefois, lorsque des correctifs ou améliorations sont nécessaires, des mesures correctives sont mises en place ou des recommandations sont formulées aux instances concernées.

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts à l'établissement ou dans les organismes visés ou à garantir le respect des droits des usagers. Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par la commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement, ou d'un engagement d'un gestionnaire pour

corriger ou améliorer une situation. Les mesures peuvent être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Pour l'année 2020-2021, 111 mesures individuelles et 242 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plaintes, totalisant 353 mesures. Dans les dossiers d'intervention, c'est 28 mesures à portée individuelle et 51 à portée systémique qui furent mises en place soit 79 mesures. C'est donc un total de 432 mesures qui ont été identifiées pour bonifier la qualité des services offerts à la population. Le suivi de la mise en place est fait par le comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration de l'établissement.

Vous trouverez à l'annexe 6 un tableau présentant l'ensemble des recommandations faites selon le motif de plainte ou d'intervention. Voici les principaux constats qui ressortent de l'analyse des mesures mises en place en 2020-2021 :

- Le plus grand nombre de mesures est en lien avec l'*Accessibilité*. Toutefois, cela s'explique encore une fois par le nombre élevé de plaintes reçues concernant la situation de délestage. Les mesures mises en place dans le dossier du délestage sont donc comptabilisées plusieurs fois. C'est le cas de l'*Évaluation des besoins* qui fut recommandée de façon systémique dans le dossier de la réorganisation. Le système SIGPAQS ne permet malheureusement pas d'extraire ces données.
- Il est plus juste de considérer que le plus grand nombre de mesures correctives furent mises en place en lien avec les plaintes et interventions portant sur les *Soins et services dispensés*, avec un total de 111 mesures donc 40 avaient une visée individuelle.
- On observe encore l'importance de l'information et de la sensibilisation faites auprès des intervenants ainsi que de l'encadrement des intervenants dans les mesures mises en place
- Des ajustements financiers ont été faits dans 5 dossiers, ce qui a normalement un impact direct chez les usagers.
- Ce sont 5 usagers qui ont obtenu les services auxquels ils avaient droit à la suite de leur démarche auprès du régime d'examen des plaintes.

À titre indicatif, le tableau suivant présente le libellé de quelques recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services suite à l'analyse des plaintes et/ou des recommandations. Ce bref résumé permet de témoigner de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Tableau 8: Mesures correctives identifiées

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Exemple de mesures d'amélioration
Accessibilité : 120 mesures	Collaboration avec le réseau	L'établissement a travaillé avec les partenaires du milieu pour établir une offre de transport bénévole pour les usagers dans la cadre de l'arrêt temporaire de service
	Communication/Promotion	Les mécanismes de communication avec la population et les acteurs municipaux ont été améliorés suite aux premières plaintes

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Exemple de mesures d'amélioration
Aspects financiers : 12 mesures	Ajustement financier	Un remboursement a été transmis à une usagère qui avait payé pour des services non reçus dans une urgence de la région.
	Adoption/révision/application des règles et procédures	L'équipe a revu toutes les procédures pour la facturation pour les services à des non-résidents et des outils aide-mémoire ont été créés et sont disponibles.
Droits particuliers : 45 mesures	Information et sensibilisation d'un ou des intervenant(s)	Les employés sont rencontrés individuellement pour recevoir les rappels sur les droits des usagers. Les rappels sont faits en équipe s'il est impossible de cibler un individu.
Maltraitance : 16 mesures	Encadrement de l'intervenant	Mesures mises en place par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.
Organisation du milieu et ressources matérielles : 58 mesures	Ajustement technique et matériel	Des intervenants ont été relocalisés puisque les bruits des travaux à proximité nuisaient au contexte thérapeutique.
	Relocalisation/transfert d'un usager	Un usager ayant des SCPD et n'étant pas dans milieu adapté à ses besoins fut relocalisé.
Relations interpersonnelles : 54 mesures	Information et sensibilisation d'un intervenant (35 mesures individuelles)	Des processus disciplinaires furent mis en place dans certains dossiers à la suite de notre demande à la DRHCAJ de s'impliquer dans le dossier.
		De nombreux rappels sur la courtoisie et le respect furent faits par l'équipe du bureau de la commissaire à 35 employés, de façon individuelle.
Soins et services dispensés : 111 mesures	Élaboration/révision/adaptation	Un usager a été évalué par l'équipe SCPD et un plan adapté à ses besoins a été élaboré.
	Élaboration/révision/adaptation des protocoles	La procédure encadrant la fin d'un épisode de service a été revue par une direction.
Autre : 16 mesures	Adoption/révision/application des règles et procédures	Des correctifs ont été apportés dans l'application des consignes sanitaires en lien avec la COVID-19.

Assistances et consultations

La LSSSS stipule que le commissaire se doit de prêter assistance aux usagers le nécessitant ou de s'assurer que ceux-ci reçoivent l'assistance nécessaire. Lorsque l'usager en fait la demande et que la situation s'y prête, l'équipe du bureau de la commissaire peut agir rapidement pour faire le lien avec le gestionnaire concerné et voir s'il est possible de fournir rapidement une réponse à l'usager, voire même d'amorcer une action. Une assistance offerte rapidement par la commissaire peut parfois éviter qu'une insatisfaction ne se développe en plainte formelle due à une insatisfaction grandissante.

La LSSSS indique également que le commissaire peut donner son avis sur les sujets découlant de son expertise, et ce, par la voie des consultations faites par des collègues, des gestionnaires de l'établissement. Les consultations portent principalement sur des questions concernant les droits des usagers ou la qualité des services.

Tableau 9 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires

Type de dossier traité	Nombre de dossiers
Assistance	491
Aide à la formulation d'une plainte	203
Aide concernant un soin ou un service	288
Consultation	58
Consultation	58

Nos observations pour l'année 2020-2021 concernant les dossiers d'assistances et de consultations sont les suivantes :

- Les dossiers d'assistance représentent une part importante du travail quotidien de l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et présentent un niveau grandissant de complexité.
- La complexité des consignes sanitaires et la difficulté pour la population d'en comprendre le fin détail ont eu un impact important sur la nature des assistances reçues et traitées par l'équipe pour l'année 2020-2021.
- En 2020-2021, 107 assistances ont porté sur des questionnements en lien avec la pandémie de COVID-19, dont environ le tiers touchait des questionnements en lien avec les services CLSC (dépistage, vaccination, SAD).
- Plusieurs questionnements touchaient les conditions d'isolement et l'accès pour les proches aidants, principalement en RPA et en CHSLD.
- À l'exception de la catégorie *Autres* (ou l'on comptabilise les assistances touchant la pandémie de COVID-19), les principaux motifs d'assistances sont l'*Accessibilité* et les *Soins et services dispensés*.
- La très grande majorité des consultations portaient sur les *Droits particuliers*, avec 34 dossiers de consultations abordant cet aspect.

Le bilan des dossiers de maltraitance





LE BILAN DES DOSSIERS DE MALTRAITANCE

La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

De plus, la Loi édicte des mesures qui visent à faciliter la dénonciation des cas d'abus ou de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés. Elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement formulé de bonne foi.

Nous tenons à mentionner que les dossiers ouverts concernant des motifs de maltraitance sont toujours traités avec un niveau de priorité élevé. Dans une grande majorité des signalements reçus, des mesures de protection étaient déjà mises en place par les équipes dès la réception du signalement, afin d'assurer la sécurité des usagers. De plus, lorsque la situation de maltraitance ne découle pas d'un dispensateur de service de l'établissement, la situation est adressée aux équipes désignées en maltraitance qui assurent rapidement la mise en place des mesures appropriées.

Pour l'année 2020-2021, ce sont 20 situations de maltraitance qui ont été signalées au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice. De ce nombre, 13 dossiers ont été fermés avec la mise en place de mesures. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence de mesures dans certains dossiers. Il est possible que les motifs de maltraitance s'avèrent non fondés après examen. Mais, il arrive que la personne victime de maltraitance soit apte et qu'elle refuse l'intervention des professionnels visant à faire cesser la maltraitance. Dans ce dernier cas, les intervenants vont tenter de protéger la personne dans les limites de son accord.

Graphique 3 : Évolution des dossiers dont les motifs réfèrent à de la maltraitance



Tableau 10 : Répartition des motifs de maltraitance selon le niveau de traitement

Motif	Rejeté	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Maltraitance par un dispensateur de services ou un usager							
Discrimination et âgisme \ Violence	0	0	0	0	1	0	1
Maltraitance organisationnelle (Soins et Services) \ Négligence	0	0	0	0	0	3	3
Maltraitance psychologique \ Négligence	0	0	0	0	1	0	1
Maltraitance psychologique \ Violence	0	0	0	0	8	1	9
Maltraitance par un proche ou un tiers							
Maltraitance matérielle ou financière \ Violence	0	0	0	0	2	2	4
Maltraitance organisationnelle (Soins et Services) \ Négligence	0	0	0	0	0	1	1
Maltraitance sexuelle \ Violence	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	0	0	13	7	20

Voici nos principales observations en lien avec les dossiers examinés en maltraitance :

- Nous avons observé une hausse importante du nombre de signalements de maltraitance dans les résidences privées pour aînés (RPA), mais une forte diminution des signalements de maltraitance en CHSLD.
- Dans 70 % des dossiers, la maltraitance provenait d'un dispensateur de service, donc d'un employé, d'un membre du personnel de l'installation liée à l'établissement.
- Dans la majorité des cas, il y avait suffisamment d'éléments pour mettre en place des mesures de protection ou des mesures d'encadrement. Toutefois, dans 7 dossiers, il n'y a pas eu de mesures identifiées.
- La majorité des signalements en maltraitance proviennent des intervenants et des gestionnaires, ce qui nous confirme que l'obligation de signaler les situations de maltraitance à la commissaire aux plaintes commence à être connue. Néanmoins, nous devons continuer nos efforts de promotion à cet effet.

Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes

La LSSSS a confié aux commissaires le mandat de diffuser de l'information sur les droits et les obligations des usagers, en plus d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et de l'indépendance de leur rôle. À ces mandats de promotion, s'ajoutent diverses fonctions nécessaires au bon fonctionnement du régime d'examen des plaintes ainsi qu'à la collaboration avec les divers partenaires. Voici un bref survol des autres activités de l'équipe.

Activités de promotion

La pandémie de COVID-19 est venue grandement changer les activités régulières de l'équipe, mais principalement en ce qui concerne les activités de promotion. Néanmoins, avec divers moyens, l'équipe a réussi à assurer la réalisation de certaines activités de formation.

Voici quelques exemples d'activités de promotion réalisées en 2020-2021 :

- Présentation du Guide sur les droits et les obligations des usagers aux gestionnaires du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Envoi postal d'information sur le régime d'examen des plaintes, sur la maltraitance, aux répondants des résidents de deux CHSLD;
- Rencontre et discussion réalisées sur les droits, avec les résidents de 2 étages d'un CHSLD;
- Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes (par Teams);
- Présentation du régime d'examen des plaintes et des droits aux jeunes hébergés dans toutes les unités des Programmes jeunesse (Val-d'Or et Rouyn-Noranda).

Engagement auprès du conseil d'administration de l'établissement

De par la Loi, la commissaire aux plaintes relève du conseil d'administration de l'établissement et elle doit y présenter au moins une fois par année un bilan de ses activités. Le conseil reçoit à chaque séance de l'information sur la situation du régime d'examen des plaintes via les indicateurs présents dans leur tableau de bord. La commissaire présente habituellement l'état de situation du régime deux fois par année au conseil.

De plus, la commissaire est membre d'office du Comité de vigilance et de la qualité, comité du conseil qui est, tel que défini par la Loi, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux

dispositions de la présente loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Pour l'année 2020-2021, la commissaire a assisté à toutes les rencontres du comité.

Collaboration au fonctionnement du régime

L'équipe a la chance de compter sur d'importants collaborateurs dans le cadre de ses fonctions. Voici quelques activités réalisées avec nos plus proches partenaires :

- Activité d'appropriation - Guide sur les droits et responsabilités des usagers auprès des membres du CUCI et des CU, CR;
- Présence aux assemblées générales annuelles (AGA) des comités des usagers, des comités de résidents, du CUCI et du CAAP-AT;
- Présentation du Rapport annuel 2019-2020 à certains CU de la région;
- Rencontre avec les agents facilitateurs de Mino-Obigwasin.

Engagement au niveau provincial

Durant l'année 2020-2021, la commissaire aux plaintes a été nommée sur le comité exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Le regroupement a été mis sur pied pour favoriser les échanges d'expertise et pour développer une communauté de pratique. Avec l'ajout continu de nouveaux mandats, le besoin de réseautage et de formation est plus grand qu'auparavant et le regroupement est plus pertinent que jamais.

Le 5 novembre 2020, le MSSS a également annoncé l'arrivée de madame Dominique Charland à titre de commissaire-conseil. Cette nouvelle alliée sera assurément positive pour l'ensemble de la fonction. Nous aurons maintenant un interlocuteur au MSSS pour discuter des enjeux du régime et de nos constats. Nous avons eu l'occasion de travailler sur certains chantiers provinciaux en 2020-2021 et le support offert à ce niveau fut très apprécié.



Rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs



RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Préambule

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou un résident, la commissaire doit la transmettre au médecin examinateur.

Le médecin examinateur est responsable de l'application de la Procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP, incluant un résident. Il est désigné par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Son rôle est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit conforme à la norme de pratique.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par la commissaire, après consultation avec le médecin examinateur, puisque celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit verbale ou écrite, doit décider de son orientation parmi les options suivantes :

1. Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou de mauvaise foi;
2. Acheminer directement la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
3. Examiner la plainte;
4. Pendant ou après l'examen de la plainte, décider de l'acheminer vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

Le médecin examinateur doit, dans les 45 jours de la date où il accuse réception de la plainte, faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copies au professionnel visé et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les conclusions et, le cas échéant, les recommandations du médecin examinateur doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.

Dans les 60 jours de la date des conclusions du médecin examinateur, le plaignant ainsi que le professionnel visé peuvent demander au comité de révision de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur. Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration; deux de ces membres étant nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens, sur recommandation du CMDP.

Le comité de révision peut :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
2. Demander au médecin examinateur un complément d'enquête;
3. Acheminer le dossier vers le CMDP pour la formation d'un comité à des fins disciplinaires;
4. Recommander au médecin examinateur, ou aux parties elles-mêmes, des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Sur demande du médecin examinateur, la plainte sera traitée par un comité de discipline formé par le CMDP. Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP, qui formulera ses recommandations au conseil d'administration quant à l'imposition de mesures disciplinaires au médecin visé, s'il y a lieu, ou à propos de toute mesure susceptible d'améliorer la qualité des soins. À toutes les étapes de l'examen d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution. Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des

mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Si le conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le président-directeur général doit en informer le plaignant et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Traitement des plaintes du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Tableau 11 : Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen

	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	Conclues durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Plaintes adressées en 2 ^e instance
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	9	65	68	6	2

Tous les dossiers sont pris en charge dès réception, même si le traitement de la plainte peut ne pas débiter immédiatement. Cette façon de compiler les dossiers permet d'avoir un portrait juste de délais de traitements du point de vue du plaignant.

Il importe d'attirer l'attention du lecteur sur le fait qu'une importante réorganisation dans le traitement des plaintes médicales a été effectuée depuis 2018, ayant un impact positif sur le délai de traitement des dossiers. En effet, le nombre de dossiers en attente de traitement a été réduit considérablement, le « back log » observé dans les années passées a été complètement pris en charge. Afin d'illustrer la situation, notons qu'à la fin de l'exercice 2017-2018, 65 dossiers étaient toujours en attente de traitement. À la fin de l'exercice 2018-2019, 50 dossiers étaient en attente de traitement, à la fin de 2019-2020, on en compte 9 seulement. À la fin de l'exercice financier 2020-2021, 5 dossiers étaient actifs. C'est donc dire que les dossiers des années antérieures ont tous été traités, et ceux reçus dans l'année sont maintenant traités dans les délais prescrits. De façon plus précise, le délai d'attente moyen pour la prise en charge était d'environ 11 mois en 2018-2019, tandis qu'en 2019-2020, le délai moyen a graduellement diminué jusqu'à atteindre 4 mois. En 2020-2021, le délai moyen de traitement des dossiers est de 41 jours pour la prise en charge et le traitement du dossier, donc de la réception à la conclusion. Un seul dossier a eu un traitement nécessitant plus de trois mois.

Il importe également de préciser que 97 % des plaintes concernent les soins reçus dans les hôpitaux. Le nombre de plaintes reçues en 2020-2021 a baissé par rapport à l'année précédente, où 78 plaintes avaient été reçues.

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter un dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2019-2020, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 50 %, alors qu'il était de 27 % pour l'année précédente. Il importe d'interpréter cette donnée avec réserve puisqu'un dossier peut être reçu et pris en charge par le coordonnateur, tout en étant en attente d'assignation à un médecin examinateur; le délai commence à être comptabilisé dans le SIGPAQS dès réception de la plainte. Cette manière de présenter les délais est représentative de l'expérience de l'utilisateur et non de la performance du médecin examinateur.

Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues - Médecins examinateurs

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	11	16,18
4 à 15 jours	4	5,88
16 à 30 jours	7	10,29
31 à 45 jours	12	17,65
Sous-total	34	50,00
46 à 60 jours	21	30,88
61 à 90 jours	12	17,65
91 à 180 jours	1	1,47
181 jours et plus	0	0,00
Sous-total	34	50,00
TOTAL	68	100

Dans le contexte des plaintes médicales, tout comme dans celui des plaintes administratives, l'objet de la plainte est l'élément ayant conduit à l'insatisfaction de l'usager ou de toute personne portant plainte. Les sept mêmes catégories d'objets de plaintes sont utilisées pour classifier les motifs d'insatisfaction pour les plaintes médicales. Notons encore une fois qu'un dossier peut comporter plusieurs motifs.

Historiquement, les plaintes médicales touchent principalement les *Soins et services dispensés* et les *Relations interpersonnelles*. C'est encore le cas pour l'année 2020-2021, puisque 71 % des motifs de plaintes conclues concernaient les *Soins et services dispensés*, tandis que les *Relations interpersonnelles* étaient visées dans 25 % des motifs. Sous le volet *Soins et services dispensés*, nous retrouvons majoritairement la notion de décision clinique, regroupant l'évaluation et le jugement professionnel. Sous le volet *Relations interpersonnelles*, il est principalement question d'une communication ou une attitude inadéquate.

Tableau 13 : Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement - Plaintes médicales

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'usager	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	1	0	1
Aspects financiers	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	1	0	0	0	0	0	1
Maltraitance	0	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	1	0	1
Relations interpersonnelles	0	0	1	1	17	5	24
Soins et services dispensés	4	2	2	3	52	6	69
Autre	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	5	2	3	5	71	11	97
						11 %	

Sommaire des recommandations faites en 2020-2021

À la suite de l'analyse d'une plainte, un médecin examinateur peut faire certaines recommandations ou acheminer des avis aux médecins de l'établissement. Selon leur nature, le suivi de celles-ci est assuré par le CVQ.

En 2020-2021, quatre mesures à portée systémique ont été recommandées à la suite du traitement de dossiers, lesquelles ont pris la forme d'avis, adressés au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue par les médecins examinateurs. Notons qu'un avis peut être émis à l'intention de chefs de départements dans une perspective d'amélioration continue des soins et services, et ce, même si la conduite du médecin visé par la plainte a été jugée conforme à la norme de pratique. Les avis suivants ont été émis :

- Il a été suggéré à tous les médecins membres du CMDP de lire l'article « Le médecin et le consentement aux soins », publié par le Collège des médecins en septembre 2018, suite à la réception de plusieurs dossiers de plaintes visant des problèmes reliés au consentement éclairé;
- Aux urologues, à la suite de l'examen d'une plainte concernant des complications vécues à la suite de la procédure, la lecture de l'article du Collège des médecins du Québec sur « Les complications liées à la mise en place d'une bandelette sous-urétrale » a été suggérée, de même que l'utilisation du formulaire de consentement spécifique à cette procédure;
- Aux médecins d'urgence, il a été rappelé que la mention de « traumatisme » est insuffisante sur une requête en radiographie pour évaluer un traumatisme d'une extrémité. Il faut absolument ajouter le mécanisme de traumatisme et la zone atteinte. Cet avis faisait suite à l'analyse d'une plainte à propos d'une fracture du pouce manquée en raison d'une erreur d'interprétation causée par l'absence de renseignements cliniques pertinents sur la requête;
- Aux médecins d'urgence il a été rappelé l'importance d'obtenir un consentement avant de procéder à l'examen des parties du corps jugées « intime » chez un usager et de faire cet examen en présence d'un témoin. Cet avis a été émis à la suite du traitement d'une plainte d'une dame ayant perçu les gestes d'un médecin comme une agression alors que celui-ci procédait à une évaluation de polytraumatisé complète et systématique.

Conclusions de plaintes en 2020-2021

L'année 2020-2021 fut une année qui, à tous les niveaux, a testé notre résilience. Bien que le nombre de plaintes ait diminué, l'intensité de l'insatisfaction a monté d'un cran. Les médecins et la population ont dû accepter des diminutions d'activités et des contraintes imposées par la pandémie. Les communications entre les médecins, les patients et leur famille ont été éprouvées. Plusieurs plaintes sont nées de communications difficiles et d'attentes n'ayant pas toujours été satisfaites. Ceci reste déplorable, mais, malheureusement, pas toujours évitable.

Durant l'exercice 2020-2021, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 68 dossiers de plaintes, soit une diminution significative du volume comparativement à l'année précédente. Le délai de traitement des plaintes reste supérieur aux normes prévues à cet effet dans 50 % des dossiers, mais le délai moyen de traitement est, quant à lui, à l'intérieur du délai prescrit, ce qui représente une amélioration importante.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier, de documentation, des rencontres avec le plaignant et des professionnels visés, mais également avec divers consultants d'autres services. Ces rencontres sont nécessaires pour bien comprendre les causes des insatisfactions des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires. Certains dossiers complexes ne peuvent être conclus dans les délais prescrits, étant donné les délais nécessaires à l'obtention des informations et les rencontres à organiser.

Nous anticipons une augmentation significative des plaintes pour l'année à venir. Les retards d'investigation et de traitement accumulés pendant la pandémie seront une source d'insatisfaction proportionnelle à la durée de la pandémie.

Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires

Au cours de l'année 2020-2021, un seul dossier a été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. La transmission de ces dossiers est un outil efficace de correction et de prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible, ou encore lorsqu'on observe une récurrence de problématiques de même nature.

Objectifs pour l'année 2021-2022

Nos objectifs pour l'année à venir pour le bureau des médecins examinateurs seront :

- Se préparer pour les plaintes à venir en période post-pandémie;
- Maintenir les délais de traitement;
- Stabiliser l'équipe à long terme;
- Développer l'expertise locale.



Rapport du comité de révision 2020-2021



RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION 2020-2021

Composition du comité

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, dont un membre du conseil d'administration assurant la présidence et deux membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Minimale, deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans une installation du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, sur recommandation du CMDP.

- Le président est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration qui ne sont pas à l'emploi de l'établissement ou qui n'y exercent pas leur profession.
- Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'établissement, sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.
- Afin d'assurer un quorum lors des rencontres et ainsi éviter des délais de traitement de demandes de révision, le comité s'est doté de quatre membres supplémentaires substitués parmi les médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Ces nominations ont fait l'objet d'une approbation par le conseil d'administration, sous recommandation du CMDP.

Au 31 mars 2021, le comité est composé des membres suivants :

- Monsieur Daniel Lampron,
Membre du conseil d'administration, président
- Dre Marie-Pier Nolet
Membre désigné par le CMDP
- Dre Hélène Hottlet
Membre désigné par le CMDP
- Dre Nathalie East
Membre désigné par le CMDP
- Dre Stéphanie Jacques
Membre désigné par le CMDP
- Dre Julie Desroches
Membre désigné par le CMDP
- Dre Claudie Lavergne
Membre désigné par le CMDP

Mandat général du comité

Le comité de révision a pour fonction, lorsque la demande lui est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou toute personne par un médecin examinateur de l'établissement.

Dans son rapport annuel, il peut formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques dispensés par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Bilan des activités

Le contexte de pandémie mondiale a eu un impact important sur la tenue des rencontres. Dès l'annonce du confinement au printemps 2020, toutes les rencontres ont été suspendues. Ce n'est qu'à l'automne 2020 que les travaux ont repris avec l'alternative d'utiliser des moyens technologiques comme Zoom.

Conscient qu'il y avait des problématiques importantes de fonctionnement du comité et dans l'objectif de trouver des solutions, une rencontre spéciale s'est tenue le 30 novembre 2020 en présence des membres du comité, de la PDG,

madame Caroline Roy, du président du CMDP, Dr Pierre-Olivier Roy et du coordonnateur des médecins examinateurs de l'établissement, Dr Martin Pham Dinh.

Des pistes de solution ont été proposées, comme l'élaboration d'un calendrier semi-annuel des rencontres. Les nombreux changements de soutien administratif ont aussi nui aux nombreux suivis que demande ce type de comité, de par les éléments encadrés par la loi, dont les délais de traitement des plaintes. Consciente de cet enjeu, la conseillère-cadre à la Direction générale qui avait déjà été responsable de ce comité a alors proposé de reprendre le suivi du comité et a donc été déléguée par la PDG pour reprendre cette supervision.

Les actions suivantes ont alors été mises en place :

- Élaboration d'un calendrier semi-annuel;
- Prise de contact avec les membres et validation des moyens de communication et coordonnées;
- Prise de contact avec les partenaires (bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, coordonnateur des médecins examinateurs, CAAP-AT), afin de tisser des liens de collaboration et de processus;
- Révision complète des correspondances du comité.

Les rencontres ont donc repris en octobre 2020.

Comme il s'est avéré, lors des rencontres de traitement de dossiers, que le mandat du comité n'était pas clair pour les usagers, ceux-ci s'attendant pour la plupart à ce que le l'objet de la plainte soit revu et non le traitement fait par le médecin examinateur, un ajustement a été demandé au niveau des correspondances du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des explications données aux usagers par le bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que du CAAP-AT.

De plus, un nouveau processus de vérification de recevabilité des demandes de révision a été mis en place afin de s'assurer que la demande de révision correspondait bien à la demande initiale ayant fait l'objet d'une analyse par le médecin examinateur en première instance.

En janvier 2021, en continuité du processus d'amélioration de ses processus, une révision complète du règlement de régie interne du comité a été amorcée. Plusieurs collaborateurs ont participé à cette révision, dont le bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le coordonnateur des médecins examinateurs et le Service du contentieux de l'établissement. Le conseil d'administration adoptait cette nouvelle version lors de la séance du 18 mars 2021. Ce document, qui se veut très exhaustif, fera l'objet, à la demande du coordonnateur des médecins examinateurs, d'un dépôt auprès d'autres établissements de santé à titre d'exemple.

Dans la même période, considérant qu'il y avait de nouveaux membres au sein du comité et que la dernière formation donnée aux membres datait de plusieurs années, une formation fut donnée le 15 janvier 2021 par Dre Annie Léger, directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire.

Au 1^{er} avril 2020, sept dossiers étaient ouverts, dont :

- Un dossier 2015
- Deux dossiers 2018
- Quatre dossiers 2019
- Un nouveau dossier (2020) a été reçu en début d'année 2021, pour un total de huit dossiers.

Traitement des dossiers

Motifs à l'appui, l'avis du comité de révision doit conclure à l'une des options suivantes :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement concerné;
2. Requérir du médecin examinateur de l'établissement concerné qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions aux parties concernées avec copie au comité de révision ainsi qu'au commissaire de l'établissement concerné;
3. Acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers le CMDP de l'établissement concerné ou vers l'autorité de l'établissement concerné pour son étude à des fins disciplinaires;
4. Recommander au médecin examinateur de l'établissement concerné ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Rappelons que la conclusion retenue par le comité de révision de l'instance locale dans son avis est finale (article 56 de la LSSSS), sous réserve également du complément d'examen devant être transmis par le médecin examinateur à la demande du comité de révision.

De ces huit dossiers, six ont été traités et fermés. Les principales raisons de plaintes formulées concernaient la qualité des soins dispensés.

Les conclusions du comité pour ces six plaintes ont été :

- Trois dossiers : confirme les conclusions du médecin examinateur.
- Un dossier : irrecevable, le médecin concerné n'étant plus à l'emploi de l'établissement. Dans ce cas, le comité de révision perd sa capacité d'enquête du traitement de la plainte.
- Deux dossiers : requérir du médecin examinateur de l'établissement concerné qu'il effectue un complément d'examen.

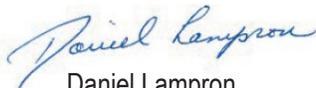
Perspectives d'action pour la prochaine année

Le comité de révision souhaite conserver sa présente amélioration du fonctionnement incluant le traitement des demandes de révision dans les délais prescrits par la loi.

Une amélioration des moyens technologiques de transmission des documents requis pour les rencontres est souhaitée afin de répondre adéquatement à l'obligation de confidentialité des dossiers, aux mesures de sécurité informationnelles et dans l'optique d'une accessibilité commune et efficace aux documents.

Conclusion

L'année 2020-2021 fut une année d'ajustements et de remises en fonction. Plusieurs révisions des processus ont été complétées en tenant compte des manquements et embuches du passé ainsi que de la réalité occupationnelle des membres. Motivés par la qualité des soins donnés aux usagers et soucieux de maintenir un suivi des demandes de révision des plaignants, les membres ont persévéré et sont demeurés en fonction. À l'heure actuelle, le comité a atteint une vitesse de croisière améliorée et qui répond aux attentes, mais aussi aux normes définies dans la loi. Le comité est donc fier de déposer ce présent rapport annuel.



Daniel Lampron,
Président

Conclusion et orientations



CONCLUSION ET ORIENTATIONS

En 2020-2021, le régime d'examen des plaintes a encore permis à l'établissement de recevoir les commentaires, les observations des usagers pour alimenter les réflexions à propos de l'organisation des services, pour revoir les façons de faire afin de les adapter aux besoins des usagers ou d'en expliquer le fondement. Il s'agit pour tous d'un geste constructif. Toutefois, l'année aura été teintée par la pandémie de COVID-19. Au-delà des chiffres, ce sont les gens, les personnes qui ont contacté l'équipe, parfois en grande détresse au sujet de ce qu'ils vivaient, qui auront marqué l'année.

Il est impossible de nier que les droits des usagers ont été brimés par la mise en place des mesures de prévention de la pandémie. Le droit à l'accompagnement fut très limité pour les résidents en CHSLD, pour les jeunes mères venant accoucher. Le droit de refuser certains examens de façon libre semblait parfois brimé. Nous ne contestons pas la nécessité des mesures. La situation était exceptionnelle. Mais certaines personnes ont souffert grandement de ses restrictions. L'équipe a référé plusieurs personnes vers les lignes d'aide ou vers les services de soutien psychosocial.

Concernant les problématiques auxquelles nous demeurons vigilantes pour l'année 2021-2022 :

- La pénurie de personnel est très préoccupante. Plusieurs départements dans tous les secteurs de la région sont au point de rupture. Nous sommes rassurées de voir l'énergie que les gestionnaires, la haute direction et le conseil d'administration mettent dans la recherche de solutions durables et innovantes. Nous demeurons tout de même vigilantes aux impacts des décisions concernant l'offre de service sur les usagers.
- Comme l'année dernière, nous sommes préoccupées par l'impact du manque de stabilité du personnel sur la constance des soins, sur la personnalisation de ceux-ci et sur leur continuité. La connaissance de l'usager, particulièrement dans les milieux de vie, est un élément pouvant avoir un grand impact sur le respect des routines de soin, du plan de traitement ou autre.
- Dans plusieurs secteurs, les délais d'attente pour obtenir une place dans un milieu adapté à ses besoins demeurent importants. Placer l'usager au bon endroit demeure un défi important pour l'ensemble du réseau. Nous sommes rassurées de constater les projets à venir, mais des environnements de vie adéquats doivent être offerts à ces usagers en attente d'une place d'hébergement.

Malgré la pandémie qui est toujours présente, l'année 2021-2022 devrait connaître un semblant de normalité au niveau du régime d'examen des plaintes. Pour la prochaine année, voici les principaux objectifs de l'équipe :

- Recommencer les activités de promotion traditionnelle si possible ou élaborer de nouvelles méthodes de promotion;
- Bonifier nos liens avec des partenaires du milieu externe au régime d'examen des plaintes dans un but de promotion auprès de certaines communautés ou clientèles.

Remerciements



REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous souhaitons remercier les usagers, les représentants et les signalants qui ont pris la décision parfois difficile de déposer une plainte. Par leur décision, ils permettent d'améliorer la qualité des services reçus par l'ensemble de la population de la région.

Merci également à tous les membres du personnel, tous les gestionnaires et les directeurs qui ont pris le temps de travailler avec nous à l'analyse d'une plainte. S'ils ne prenaient pas le temps de nous écouter, de nous entendre et surtout d'agir pour améliorer les choses, le régime ne servirait à rien! C'est en grande partie grâce à eux si les gens nous font confiance et viennent déposer des plaintes pour améliorer les choses.

Un merci particulier cette année aux membres de la Direction de la santé publique qui nous ont aidées à répondre rapidement et clairement aux nombreux questionnements et aux préoccupations réelles de la population en lien avec tous les aspects liés à la pandémie de COVID-19.

Aux membres du conseil d'administration du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui nous accordent leur confiance et leur soutien, un grand merci. Nous remercions particulièrement les membres du comité de vigilance et de la qualité qui analysent chaque recommandation avec rigueur. À mesdames Caroline Roy, présidente-directrice générale et Maggy Vallières, directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique, votre support sur ce comité et votre engagement continu pour la qualité des services sont une source de confiance et de motivation.

À madame Claudette Carignan, présidente du CUCI, pour votre implication et votre dynamisme. Votre collaboration est très appréciée.

À l'ensemble des membres des comités des usagers et des comités de résidents de la région, votre apport et votre collaboration sont excessivement utiles à notre travail et surtout, au bien-être des usagers. Vous avez fait face à cette pandémie avec détermination, avez innové dans vos façons de faire et vous êtes restés présents à votre façon pour le bien-être des usagers et des résidents malgré tout ! Vous êtes des héros méconnus !

ANNEXES



PORTRAIT GLOBAL DE LA RÉGION ET DU CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été créé le 1er avril 2015 à la suite de la fusion des neuf établissements qui composaient le réseau de la santé et des services sociaux et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux, soit les cinq centres de santé et de services sociaux, le centre de réadaptation en déficience intellectuelle – Clair Foyer, le Centre de réadaptation La Maison, le Centre Normand et le Centre Jeunesse.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par les dispensations des soins et services de première ligne et de proximité dans ses 67 installations, dispersées aux quatre coins de l'Abitibi-Témiscamingue. En 2018-2019, la population peut également recevoir des services par l'un des 131 organismes communautaires financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires. Le régime d'examen des plaintes couvre également les résidences privées pour aînés certifiées de la région, soit plus de 40 résidences. Les services de transport ambulancier sont assurés par quatre compagnies ambulancières dans la région, dont les services sont couverts par le régime d'examen des plaintes.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue compte sur l'expertise de ses 6 000 employés et plus de 300 médecins dévoués et engagés pour offrir des services de qualité et sécuritaires à sa population.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est responsable de veiller au maintien, à l'amélioration de l'état de santé et au bien-être de la population de la région. De manière à mener à bien sa mission, il a pour vision « Unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici. » Cette vision est supportée par quatre valeurs qui ont été adoptées en mars 2017, soit la collaboration, l'humanisme, l'engagement et la transparence.

Le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue est vaste, un territoire de 58 000 km². Cela a un impact sur l'organisation des services de santé et des services sociaux. Les estimations les plus récentes révèlent que l'Abitibi-Témiscamingue comptait 147 542 personnes en 2019. L'Abitibi-Témiscamingue continue de se démarquer avec un nombre d'hommes plus élevé que de femmes alors qu'au Québec, c'est la situation inverse qui prévaut. La distribution de la population selon l'âge indique que la part des jeunes de moins de 15 ans (16 %), de même que celle des 25 à 44 ans (24 %) est demeurée relativement stable dans la région au cours des cinq dernières années. La part des 15 à 24 ans de même que celle des 45 à 64 ans a un peu diminué. Quant aux personnes de 65 ans et plus, leur poids s'est accru, passant de 16 % à 19 %, signe du vieillissement de la population. À cet égard, deux municipalités régionales de comté (MRC) se démarquent : le Témiscamingue et l'Abitibi-Ouest, où la part des personnes âgées de 65 ans et plus atteint un peu plus de 22 %.

ANNEXE II

LISTE DES DROITS DES USAGERS

- Être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, en continu personnalisés et sécuritaires.
- Choisir le professionnel ou l'établissement, selon les ressources disponibles.
- Recevoir les soins nécessaires en cas d'urgence.
- Être informé de son état de santé ainsi que des options et de leurs conséquences avant de consentir à des soins.
- Être informé de tout accident et des conséquences survenues lors des soins et services ainsi que des mesures qui seront prises pour éviter que la situation se reproduise.
- Être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité et de son autonomie.
- Accepter ou refuser des soins de façon libre et éclairée, personnellement ou par l'entremise d'un représentant.
- Avoir accès à son dossier, lequel est confidentiel, selon les règles prévues.
- Participer aux décisions qui le concernent et affectant son état de santé ou de bien-être.
- Être accompagné d'une personne de son choix sauf exception en lien avec la qualité et la sécurité des soins.
- Porter plainte sur les services qu'il a reçus ou qu'il croit être en droit d'obtenir, et ce, sans représailles.
- Être représenté advenant l'inaptitude, temporaire ou permanente de l'utilisateur.
- Recevoir des services en anglais.
- Bénéficier d'un hébergement sécuritaire, selon l'état de l'utilisateur et les services requis.
- Recevoir des soins de fin de vie et le respect des directives médicales anticipées.



ANNEXE III

TYPES DE DOSSIERS

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services examine les plaintes et insatisfactions portées à son attention et elle répond aux demandes d'assistance et de consultation de la population et des professionnels du réseau de la santé.

Plainte

Concerne une insatisfaction exprimée auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident

Concerne une insatisfaction exprimée auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. La plainte qui implique un contrôle ou une appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques relève aussi de la compétence du médecin examinateur.

Intervention

Enquête initiée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite de faits rapportés ou observés, et qu'elle juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Assistance

Concerne une demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant concernant l'accès à un soin ou un service et l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.

Consultation

Concerne les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de l'application du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers ou de l'amélioration de la qualité des services.

ANNEXE IV

MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS

Accessibilité

Concerne les modalités des mécanismes d'accès à l'ensemble des services de l'établissement visé.

Concerne l'accès au bon service, au moment opportun, et dispensé aussi longtemps que le nécessite l'état de l'usager.

Aspects financiers

Concerne la contribution financière des usagers à certains services selon les normes prévues par la LSSSS :

- Facture d'hôpital;
- Facture d'ambulance;
- Contribution au placement;
- Aide matérielle et financière (maintien à domicile, répit-dépannage, etc.).

Autres

Concerne tous les autres motifs de plaintes :

- Pandémie – COVID-19.

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

- Sur leur état de santé;
- Sur les services offerts;
- Sur les droits, recours et obligations.

Concerne le droit des usagers :

- De consentir aux soins;
- De porter plainte;
- De participer à toutes décisions le concernant sur son état de santé et de bien-être;
- À la confidentialité.

Maltraitance

La définition de la maltraitance retenue par le gouvernement du Québec établit ceci :

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnelle ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée. »

Organisation du milieu et des ressources matérielles

Concerne l'environnement matériel et physique au sein duquel le service est donné et qui influe sur sa qualité (lieu, espaces, équipements, stationnements) :

- Mixité des clientèles;
- Hygiène et salubrité;
- Propreté des lieux;
- Sécurité et protection.

Relations interpersonnelles

Concerne l'intervenant, la relation d'aide qu'il a avec l'utilisateur, l'assistance et le soutien qu'il lui porte, et fait appel aux notions de respect, d'empathie et de responsabilisation.

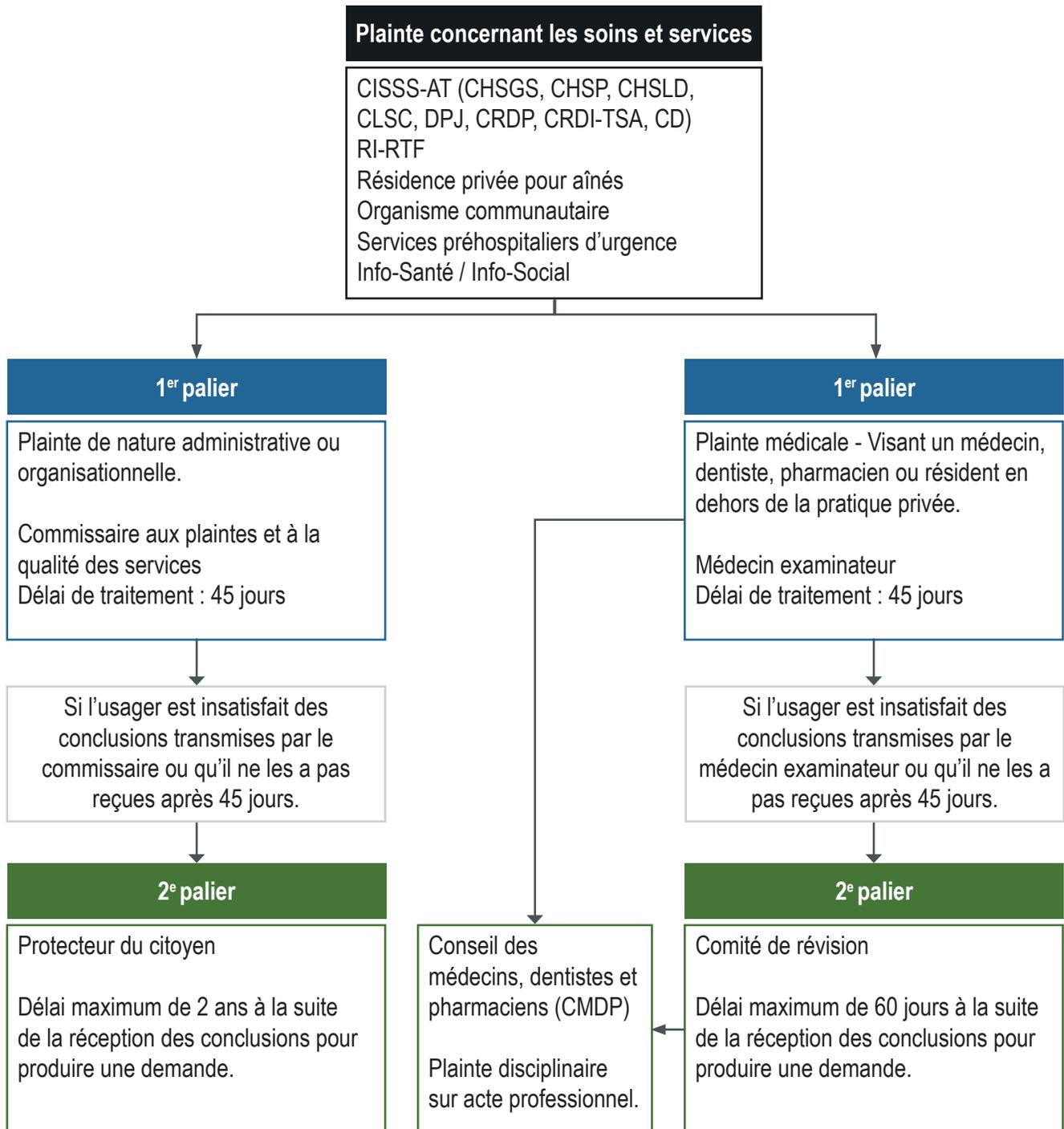
Soins et services dispensés

Concerne l'application des connaissances, du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants.

Concerne l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

ANNEXE V

CHEMINEMENT DES PLAINTES



RECOMMANDATIONS FAITES DANS LE CADRE DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Mesures/Motifs		Accessibilité	Aspects financiers	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE	Adaptation des soins et services									
	Ajustement professionnel	1						8		9
	Amélioration des communications	1		1				4		6
	Élaboration/révision/application					1		13		14
	Encadrement de l'intervenant	1		3	5		7	5		21
	Évaluation ou réévaluation des besoins			1				1		2
	Réduction du délai	1								1
	Relocalisation / transfert d'un usager	1				8		3		12
	Autre					1				1
	Adaptation du milieu et de l'environnement									
	Ajustement technique et matériel					4				4
	Amélioration des mesures de sécurité et protection				1					1
	Autre					1				1
	Ajustement financier		4			1				5
	Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication							2		2
	Information/sensibilisation d'un intervenant	1		7		1	35	3		47
	Obtention de services	3			1			1		5
	Respect des droits			2					2	4
	Respect du choix			1			1			2
	Autre				2					2
	Sous-total	9	4	15	9	17	43	40	2	139

Mesures/Motifs		Accessibilité	Aspects financiers	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
MESURES À PORTÉE SYSTÉMIQUE	Adaptation des soins et services									
	Ajustement professionnel	5		1		2		17	1	26
	Ajout de service ou de ressource humaine	1						1		2
	Amélioration des communications	2		4			1	3	1	11
	Collaboration avec le réseau	19								19
	Élaboration/révision/application	3		1		1		9	3	17
	Encadrement des intervenants		1			2	2	3		8
	Évaluation des besoins	40				1		1		42
	Information et sensibilisation des intervenants	4	1	8	1	3	2	7	2	28
	Réduction du délai	5						1		6
	Autre	1			1		1	4		7
	Adaptation du milieu et de l'environnement									
	Ajustement technique et matériel	2		1		12			1	16
	Amélioration des conditions de vie					5		1		6
	Amélioration des mesures de sécurité et protection			1		3		1	2	7
	Autre			1		3				4
	Adoption/révision/application des règles et procédures	8	4	5	1	8	1	18	3	48
	Communication/promotion	20	1	1	1			1		24
	Formation/supervision	1	1	2	1	1		4		10
	Promotion du régime			1						1
	Respect des droits			4	2		4		1	11
	Sous-total	111	8	30	7	41	11	71	14	293
	TOTAL	120	12	45	16	58	54	111	16	432

*Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue*

Québec 