

2016-2017 RAPPORT ANNUEL

**SUR L'APPLICATION DE LA
PROCÉDURE D'EXAMEN DES
PLAINTES ET DE L'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

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

Adopté par le conseil d'administration le ?? 2017

Ce document a été réalisé par :

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

1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-3264

Télécopieur : 1 819 797-1947

Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.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

Danielle Landriault, agente administrative

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

Révision des textes

Nathalie Bernier, conseillère-cadre | Bureau du président-directeur général

ISBN : 978-2-550-79324-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-79325-0 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2017

Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2017

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	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	ix
FAITS SAILLANTS	1
RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	2
Premier palier	2
Deuxième palier	2
Assistance et accompagnement	2
Partenariat avec les comités des usagers et les comités de résidents	3
BILAN DES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	4
Faits saillants	4
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	4
Motifs de plaintes et niveau de traitement	7
Motifs de plaintes et mesures correctives	8
Pouvoir d'intervention	9
Motifs d'intervention et mesures correctives	10
Assistances et consultations	11
Autres activités de l'équipe de la gestion des plaintes	12
RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS	13
RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	16
Fonctions du comité de révision	16
Officiers du comité de révision	16
Bilan des activités 2016-2017	17
Conclusion	18

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CAAP-AT	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Abitibi-Témiscamingue
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
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
NBRE	Nombre
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SIGPAQS	Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bilan des plaintes reçues au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.....	5
Tableau 2 : Auteur de la plainte.....	5
Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2016-2017	6
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2016-2017 selon la mission.....	6
Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon les motifs et le niveau de traitement	7
Tableau 6 : Mesures correctives identifiées	8
Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2016-2017 selon la mission.....	9
Tableau 8 : Répartition des objets d'intervention selon les motifs et le niveau de traitement.....	10
Tableau 9 : Mesures correctives identifiées	11
Tableau 10 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires	12
Tableau 11 : Plaintes traitées en 2016-2017- Médecins examinateurs	13
Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues - Médecins examinateurs	13
Tableau 13 : Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement – Plaintes médicales	14
Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs.....	15
Tableau 15: Dossier traités en 2016-2017 - Comité de révision	17
Tableau 16: Processus d'examen - Comité de révision	17

MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le régime d'examen des plaintes permet à l'établissement d'obtenir une évaluation de la qualité des services perçue par les usagers. Il s'agit de l'un des nombreux outils dont dispose l'établissement pour déterminer les actions à mettre en place dans le but d'améliorer de façon continue la qualité de ses services. L'objectif de ce rapport est de présenter la satisfaction et les préoccupations des usagers envers le réseau de la santé et des services sociaux et envers le respect de leurs droits.

L'année 2016-2017 est la deuxième année d'existence du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue regroupant les dix anciens établissements de la région. Celle-ci fut une année de consolidation de la nouvelle structure de l'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le traitement des plaintes, l'analyse des demandes d'intervention, les assistances aux usagers et le soutien aux gestionnaires ont constitué une grande partie du travail de l'équipe. Les activités de promotion des droits et du régime ont repris de plus belle et il fut possible de constater les résultats de cette promotion. En effet, une augmentation du nombre de plaintes est observée pour la région, comparativement à l'année 2015-2016, bien que nous ne soyons pas encore aux normales observables avant la création du CISSS.

À la lecture de ce rapport, vous constaterez l'engagement sérieux des gestionnaires dans l'amélioration de la qualité des services. De nombreuses mesures ont été mises en place par ceux-ci à la suite de la réception de plaintes. De plus, les recommandations formulées à l'établissement par l'équipe ont été acceptées en très grande majorité par l'établissement. Il est important de rappeler que la collaboration de l'ensemble des intervenants de l'établissement est nécessaire pour améliorer la satisfaction des usagers et de leurs proches.

L'analyse des dossiers de plaintes traitées pour l'année 2016-2017 permet de constater l'impact positif que le régime exerce sur la qualité des services offerts par les établissements de la région. Les insatisfactions exprimées par les usagers ont permis de modifier des façons de faire, de bonifier des services et de les adapter pour répondre de façon optimale aux besoins de la population.

Conformément aux dispositions exposées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), je vous présente avec plaisir 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 2016-2017* ». Ce document s'adresse non seulement au conseil d'administration, mais également à toute personne intéressée par l'amélioration de la qualité des services offerts au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

La commissaire aux plaintes
et à la qualité des services,

A handwritten signature in blue ink that reads "Julie Lahaie".

Julie Lahaie

FAITS SAILLANTS

La LSSSS stipule que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. 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. Un bilan des mesures correctives recommandées est également présenté selon les différentes catégories des plaintes conclues. Ce document présente également le rapport des médecins examinateurs et le rapport du comité de révision de l'établissement.

Pour l'année 2016-2017, l'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est demeurée stable :

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	Agente de planification, de programmation et de recherche au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Madame Julie Thibeault	Agente de planification, de programmation et de recherche au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Madame Danielle Landriault	Agente administrative au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les mandats de médecin examinateur sont actuellement couverts par secteur territorial. Dans les derniers mois de l'année, une amélioration a été constatée sur le plan de la stabilité de l'équipe de médecins examinateurs. Pour l'année 2016-2017, les mandats ont été confiés aux médecins suivants :

Municipalité régionale de comté (MRC) d'Abitibi Est :	Dre Audrey Vermette
Municipalité régionale de comté (MRC) d'Abitibi-Ouest :	Dr Issam El-Haddad
Territoire de Rouyn-Noranda :	Dr Roland Pouchol puis Dr Jean-Guy Ricard
Municipalité régionale de comté (MRC) de Témiscamingue :	Dr Issam El-Haddad puis Dr Michel Parayre (démission en mars 2017)
Municipalité régionale de comté (MRC) de la Vallée-de-l'Or :	Dre Katherine Perry-Charbonneau et Dre Catherine Bouchard

Dans le cadre de son mandat, le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services se doit d'offrir ses services à l'ensemble de la population utilisant les services des installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, des organismes communautaires, 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 avec qui le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a une entente en vertu de la LSSSS.

Pour l'année 2016-2017, l'établissement a reçu 259 plaintes administratives, soit une augmentation importante comparativement à l'année 2015-2016 où 201 plaintes avaient été reçues. Pour ce qui est des plaintes médicales, 66 dossiers furent attitrés à un médecin en 2016-2017, soit une forte augmentation comparativement à l'année dernière où 38 plaintes avaient été reçues. Il est important de spécifier que 11 dossiers de plaintes médicales furent reçus au bureau du commissaire dans les années antérieures. Toutefois, puisqu'ils ont été attitrés en 2016-2017, le logiciel les comptabilise pour cette année. Les plaintes administratives reçues portent principalement sur les *soins et services dispensés*, suivis par l'*accessibilité*, les *relations interpersonnelles* et les *droits particuliers*. Les plaintes médicales, quant à elles, portent principalement sur les *soins et services dispensés*, suivis par les insatisfactions touchant les *relations interpersonnelles*.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Premier palier

Les articles 33 et 66 de la LSSSS exposent les différents mandats confiés au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci, nommé par le conseil d'administration du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, est responsable du traitement des plaintes qu'elle reçoit en première instance. Par définition, une plainte constitue toute insatisfaction exprimée verbalement ou par écrit par un usager ou son représentant légal sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert de l'établissement ou d'une ressource avec qui l'établissement est lié par une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS.

La LSSSS attribue également au commissaire un pouvoir d'intervention qui lui permet d'intervenir sur demande ou de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à son attention et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés. Le commissaire se doit également de porter assistance ou de s'assurer que soit prêtée assistance à un usager qui le nécessite, pour toute démarche entourant sa plainte. Il collabore également à l'amélioration de la qualité et au respect des droits des usagers en donnant son avis sur toute question de sa compétence par le biais des consultations.

Finalement, le commissaire et son équipe ont un rôle de promotion important au sein de l'établissement et auprès de la population. En effet, les fonctions des commissaires incluent la promotion des droits des usagers et celle du code d'éthique de leur établissement. Pour ce faire, les comités des usagers et les comités de résidents sont des partenaires majeurs.

Les plaintes concernant les services d'un médecin, dentiste ou pharmacien, de même que d'un résident en médecine sont examinées par l'un des médecins examinateurs nommés par le conseil d'administration.

Deuxième palier

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

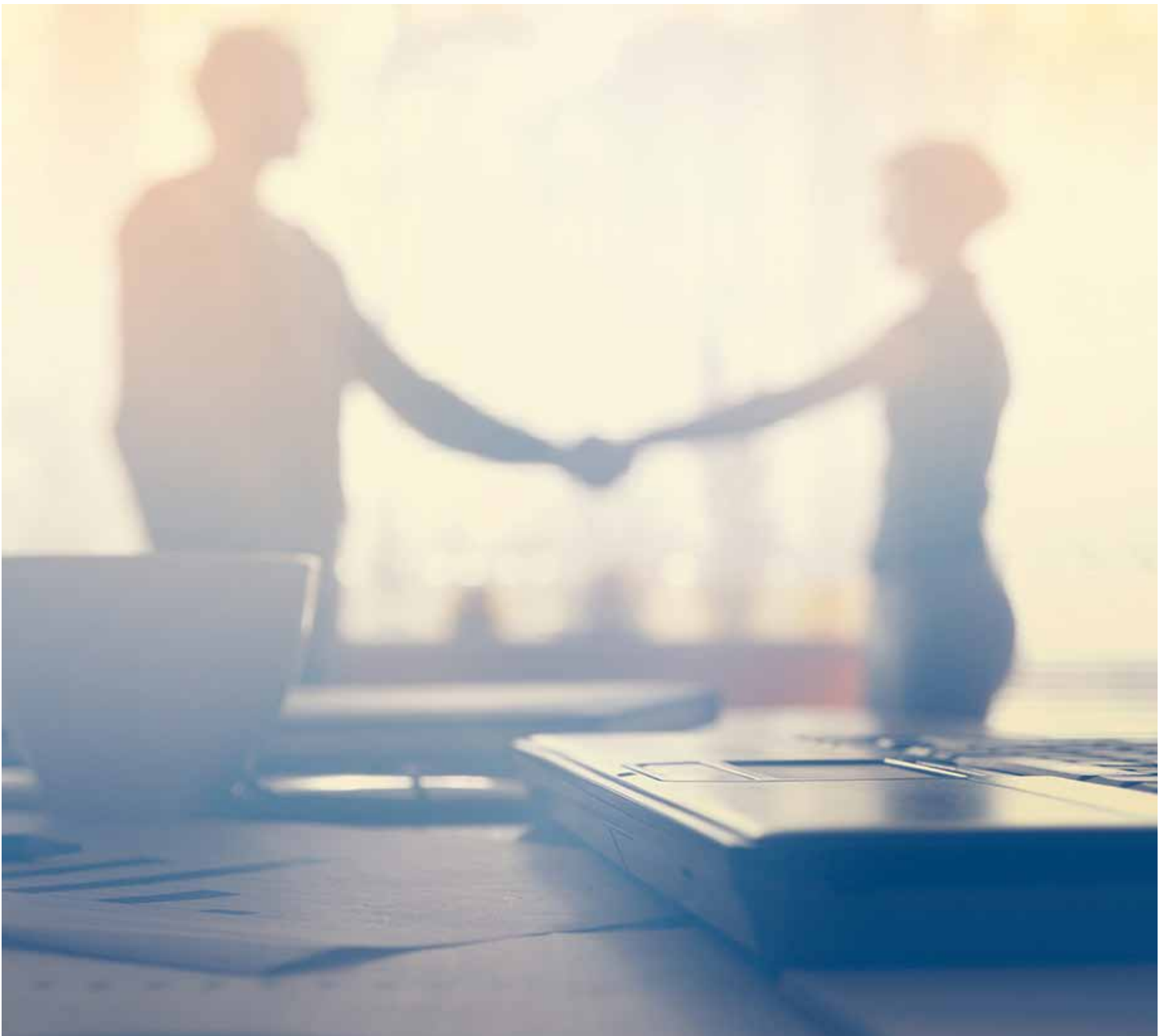
À la suite de la conclusion d'un médecin examinateur, un usager insatisfait des conclusions peut soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur au dossier. S'il n'a pas reçu les conclusions du médecin examinateur dans les 45 jours prescrits par la LSSSS, l'usager peut également s'adresser au comité de révision de l'établissement. L'usager 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.

Assistance et accompagnement

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 aide les personnes qui désirent déposer une plainte auprès d'un établissement de santé, d'un organisme communautaire, d'une résidence privée pour aînés, auprès des services préhospitaliers d'urgence ou auprès du Protecteur du citoyen.

Partenariat avec les comités des usagers et les 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 importants pour le régime d'examen des plaintes. En effet, la LSSSS leur confie des mandats communs sur le plan de la promotion des droits. Plusieurs activités de promotion des droits sont réalisées annuellement pour informer la population sur leurs droits et leurs obligations. La LSSSS leur confère également un mandat d'accompagnement et d'assistance des usagers pour toute démarche incluant lorsque ceux-ci désirent porter plainte. En raison de nos mandats complémentaires, la collaboration est essentielle pour assurer la meilleure prise en charge possible de l'utilisateur.



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

Faits saillants

Comme mentionné précédemment, l'année 2016-2017 a été une année de consolidation. Cette année, l'établissement a reçu 259 plaintes administratives et 66 plaintes médicales (incluant les 11 dossiers des années antérieures attirés cette année), pour un total de 325 plaintes. Pour les plaintes administratives, il s'agit d'une augmentation importante comparativement à l'année 2015-2016 où 201 plaintes avaient été reçues. Nous ne sommes toutefois pas encore revenus aux normales d'avant la création du CISSS qui étaient autour de 300 plaintes administratives. Pour les plaintes médicales, nous observons une forte augmentation comparativement à l'année dernière où 38 plaintes ont été reçues.

Les plaintes administratives reçues portent principalement sur les soins et services dispensés, suivis par l'accessibilité, les relations interpersonnelles et les droits particuliers.

Comme c'est le cas chaque année, les plaintes administratives portent principalement à l'endroit des centres hospitaliers de la région, ce qui s'explique par la diversité des services qu'on y retrouve de même que leur achalandage.

Le délai de traitement prescrit par la LSSSS, soit 45 jours, a été respecté pour 93 % des plaintes conclues en 2016-2017, alors que le taux était de 79 % en 2015-2016. Ce taux de respect du 45 jours est exceptionnel puisque les normales des dernières années tournaient autour de 75 %.

L'augmentation du nombre d'activités de promotion était l'un des objectifs identifiés pour l'année 2016-2017. Cet objectif a certainement été atteint puisque l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a réalisé de nombreuses activités de promotion des droits avec différents partenaires, tels les comités des usagers de la région. L'équipe a veillé à ce que des affiches sur le régime d'examen des plaintes, avec leurs coordonnées, soient installées en quantité suffisante aux endroits stratégiques des installations. La distribution des dépliants sur le régime d'examen des plaintes et des outils d'information a été mis en place au bénéfice des usagers. L'équipe est sensible aux besoins d'information des usagers et certaines rencontres ont eu lieu, autant avec les usagers qu'avec le personnel des établissements.

Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Le tableau 1 fait état du bilan du nombre de plaintes adressées au commissaire et aux médecins examinateurs entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1^{er} avril 2016, 19 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement et 23 plaintes médicales étaient également en cours de traitement. Pour l'année 2016-2017, 259 plaintes administratives et 66 plaintes médicales ont été reçues. Un total de 287 plaintes administratives a été conclu pour cette année.

En cours d'année, 9 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen et 7 plaintes médicales ont été transmises à l'attention du comité de révision en deuxième instance. Il est à noter que certains des dossiers acheminés en deuxième instance peuvent provenir des années antérieures.

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

	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2016	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2017	Plainte adressée en 2 ^e instance
Commissaire	19	259	278	243	35	9
Médecin examinateur	23	66	89	44	45	7
TOTAL	42	325	367	287	80	16

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2016-2017 a connu une augmentation d'environ 29 % comparativement à l'année dernière. L'année 2015-2016 avait été marquée par une forte diminution du nombre de plaintes administratives et force fut d'admettre que la réorganisation de l'équipe à la suite de la fusion des établissements avait probablement eu un impact sur l'accessibilité au régime d'examen des plaintes. Durant l'année 2016-2017, l'équipe étant en place et parfaitement fonctionnelle, il fut possible de réaliser de nombreuses activités de promotion, ce qui a assurément eu un impact positif sur la connaissance et l'accessibilité du régime.

La LSSSS indique qu'une plainte peut être déposée par un usager ou par son représentant légal. Toutefois, avec le consentement de l'usager, un proche ou un tiers non-représentant peut également déposer une plainte. Le tableau 2 démontre que 172 usagers ont déposé eux-mêmes la plainte, alors que 87 usagers étaient représentés ou accompagnés par une autre personne, un conjoint, un tiers ou un professionnel.

Tableau 2 : Auteur de la plainte

	Auteur de la plainte en 2016-2017				TOTAL
	Usager	Représentant	Tiers	Professionnel concerné	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	172	81	6	0	259

La LSSSS impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'usager et à l'installation visée. Les délais d'examen des plaintes sont influencés par différents facteurs comme la nature de la plainte, le nombre de motifs d'insatisfactions et le nombre de personnes à rencontrer pour recueillir des observations dans les 45 jours prévus par la LSSSS.

Le tableau 3 permet de dresser les constats en lien avec le délai de traitement des plaintes administratives. Il est constaté que le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour 93 % des plaintes conclues en 2016-2017, alors que le taux était de 79 % en 2015-2016. Il est important de rappeler que lorsque le délai de 45 jours doit être dépassé, l'usager est toujours avisé des raisons justifiant cette prolongation et peut en tout temps recourir au Protecteur du citoyen.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2016-2017

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	14	5,8 %
4 à 15 jours	33	13,6 %
16 à 30 jours	65	26,8 %
31 à 45 jours	115	47,3 %
Sous-total	227	93,5 %
46 à 60 jours	12	4,9 %
61 à 90 jours	3	1,2 %
91 à 180 jours	1	0,4 %
181 jours et plus	0	0 %
Sous-total	16	6,5 %
TOTAL	243	100 %

Le tableau 4 présente la répartition des plaintes reçues en fonction des diverses missions de l'établissement. Il est important de souligner que cette classification amène une limitation importante puisqu'il est fréquent qu'une plainte touche plusieurs missions. Le système de saisie actuellement disponible ne permet pas d'inscrire plus d'une mission par dossier de plainte.

Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2016-2017 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
Centre hospitalier (CH)	161	62,5
Centre local de services communautaires (CLSC)	37	14,2
Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	18	6,9 %
Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)	4	1,6 %
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDI et TSA)	2	0,8 %
Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)	8	3 %
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	16	6 %
Organisme communautaire	4	1,6 %
Résidence privée pour aînés	3	1,3 %
Services préhospitaliers d'urgence	2	0,6 %
Autre	4	1,5 %
TOTAL	259	100 %

Comme il est indiqué au tableau 4, l'établissement a reçu 161 plaintes concernant les services de la mission CH, suivi de 37 plaintes pour la mission CLSC. Les CHSLD, incluant les ressources intermédiaires (RI) des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ont fait l'objet de 18 plaintes, ce qui constitue une diminution importante comparativement à l'année dernière.

En utilisant les pourcentages du nombre de plaintes que représente chaque mission, nous pouvons obtenir un comparatif intéressant. En 2015-2016, 54 % des plaintes reçues visaient la mission CH, comparativement à plus de 62 % cette année. En 2016-2017, les plaintes visant les CLSC et les CHSLD représentaient respectivement 16 % et 14 %, alors que cette année les plaintes visant les CLSC représentent 14 % et celles en CHSLD 7 %. La forte diminution du nombre de plaintes visant les CHSLD démontre l'importance d'accentuer les efforts de promotion dans ces installations et de continuer notre collaboration avec les comités de résidents. Les plaintes visant spécifiquement le programme jeunesse représentent 9 % des plaintes, ce qui est similaire au 8 % de l'année dernière.

Motifs de plaintes et niveau de traitement

L'objet d'une plainte est l'élément ou les éléments ayant conduit à l'insatisfaction de l'utilisateur. L'analyse de la prédominance ou de la récurrence des objets de plaintes peut nous permettre de cibler des secteurs à améliorer et, ainsi, nous permettre d'être plus efficaces dans l'amélioration continue de la qualité de nos services. Les objets de plaintes, tels que retrouvés dans le logiciel SIGPAQS, sont répartis en 7 grandes catégories, soit : *accessibilité, aspects financiers, droits particuliers, organisation du milieu et ressources matérielles, relations interpersonnelles, soins et services et autres objets de demande*.

Lors de la réception d'une plainte, le commissaire se doit de décider de la recevabilité de celle-ci. Un objet de plainte peut être rejeté sur examen sommaire, abandonné par l'utilisateur ou encore, son traitement peut être cessé, par exemple s'il est hors compétence ou en l'absence du consentement de l'utilisateur. L'examen d'un objet de plainte peut également être complété avec ou sans mesure identifiée. Le tableau suivant démontre qu'en 2016-2017, près de 95 % des objets de plaintes ont été traités complètement. On y observe également que sur les 373 objets d'insatisfaction ayant eu un traitement complété, 190 objets, soit plus de la moitié, ont amené des mesures visant à améliorer la qualité des services.

Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes 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
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	1	1	2	0	49	38	91
Aspect financier	0	0	0	1	12	6	19
Droits particuliers	0	0	1	0	18	34	53
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	1	1	0	19	17	40
Relations interpersonnelles	3	1	2	1	23	33	63
Soins et services dispensés	0	2	1	0	62	62	127
Autre	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	6	5	8	2	183	190	394
						51 %	

Motifs de plaintes et mesures correctives

Sur les 190 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 240 mesures ont été identifiées. C'est donc 240 mesures qui ont été implantées, mises en place pour bonifier la qualité des services offerts à la population. Il est à noter que plus d'une mesure peut être apportée à un motif.

Tableau 6 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF							
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	2	1	3	1	9	12	0	28
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	1	2	2	0	1	0	6
Ajustement financier	0	4	0	1	0	1	0	6
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	0	0	1	0	0	2	0	3
Information/sensibilisation d'un intervenant	3	0	1	3	12	7	0	26
Obtention de services	2	0	0	0	0	2	0	4
Respect des droits	0	0	2	0	2	0	0	4
Respect du choix	0	0	1	0	0	1	0	2
Autre	0	0	0	0	3	1	0	4
Sous-total	7	6	10	7	26	27	0	83
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	24	1	15	1	6	33	0	80
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	7	1	1	0	9
Adoption/révision/application des règles et procédures	8	0	11	6	2	18	0	45
Communication/promotion	7	0	2	0	0	4	0	13
Formation/supervision	2	0	1	0	1	1	0	5
Respect des droits	0	0	4	0	1	0	0	5
Sous-total	41	1	33	14	11	57	0	157
TOTAL	48	7	43	21	37	84	0	240

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts à l'établissement ou dans les organismes visés. Des 240 mesures correctives recommandées en 2016-2017, 83 avaient une portée individuelle. Ces mesures ont donc permis d'assurer le respect des droits de l'utilisateur ayant déposé la plainte. Parmi les mesures correctives à portée individuelle, on retrouve principalement des mesures visant l'adaptation des soins et des services et des mesures permettant l'information et la sensibilisation d'un intervenant.

Les 157 autres mesures avaient une portée plus systémique, c'est-à-dire que ces mesures ont eu un impact positif sur un groupe d'utilisateurs ou même sur l'ensemble des utilisateurs utilisant le service visé. Les mesures à portée systémique ont majoritairement permis de cibler des moyens pour adapter les soins et les services, par exemple en ajustant les activités professionnelles. Les recommandations ont également permis de revoir certaines façons de faire de l'établissement en adoptant, en révisant ou en appliquant des règles et procédures.

Pouvoir d'intervention

Le pouvoir d'intervention donne au commissaire la possibilité d'intervenir lorsqu'il considère que les droits des utilisateurs sont ou peuvent être lésés. Une intervention peut être effectuée à la demande de toute personne ou peut résulter des constats du commissaire. L'intervention, tout comme la plainte, peut se terminer avec ou sans mesure corrective.

En 2015-2016, 30 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, 9 étaient en cours de traitement au 1^{er} avril 2016. Pour l'année 2016-2017, c'est 44 dossiers d'intervention qui ont été entamés par les commissaires et l'équipe. De ce nombre, 16 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2017. C'est très majoritairement dans la mission CH que les interventions ont eu lieu.

Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2016-2017 selon la mission

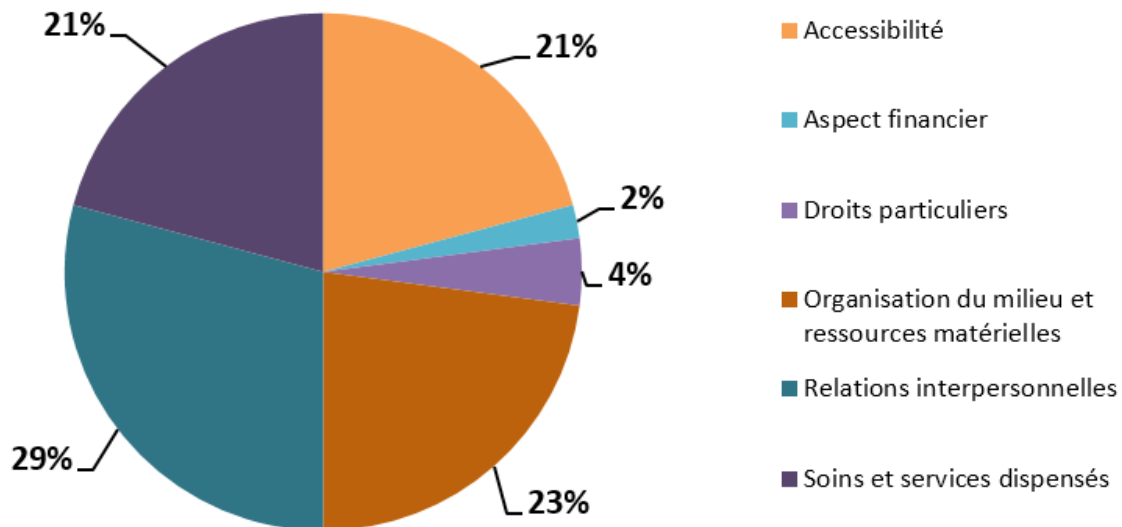
Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	30	68,2 %
CLSC	4	9 %
CHSLD	4	9 %
CRDP	0	0 %
CRDI – TSA	0	0 %
CRJDA	0	0 %
CPEJ	1	2,3 %
Organisme communautaire	1	2,3 %
Résidence privée pour aînés	3	6,9 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	2,3 %
Autre	0	0 %
TOTAL	44	100 %



Motifs d'intervention et mesures correctives

Le graphique suivant démontre que les motifs d'insatisfaction soulevés dans les interventions concernent principalement les relations interpersonnelles et l'organisation du milieu et les ressources matérielles.

Répartition des motifs d'intervention



En 2016-2017, 1 motif d'intervention a vu son analyse être cessée alors que 3 motifs furent abandonnés par l'auteur. Tous les autres motifs ont vu leur traitement complété. Des 48 motifs d'intervention ayant reçu un traitement complet, 19 de ceux-ci ont fait l'objet de mesures correctives identifiées. C'est donc 43 % des motifs traités qui ont été l'objet de la mise en place d'une mesure corrective. C'est principalement en lien avec les relations interpersonnelles que ces mesures ont été apportées.

Tableau 8 : Répartition des objets d'intervention 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
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	9	1	10
Aspect financier	0	0	0	0	0	1	1
Droits particuliers	0	0	0	0	0	2	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	3	0	5	3	11
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	6	8	14
Soins et services dispensés	0	1	0	0	5	4	10
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	1	3	0	25	19	48
							43 %

Sur les 19 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 19 mesures ont été identifiées. De ce nombre, 7 mesures étaient à portée individuelle, alors que 12 mesures avaient une portée systémique. C'est majoritairement des mesures portant sur une adaptation des soins et des services qui ont été instaurées en lien avec les dossiers d'intervention traités par l'équipe du commissaire.

Tableau 9 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF							
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	3	0	0	3
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	3	0	0	3
Respect des droits	0	0	0	0	1	0	0	1
Sous-total	0	0	0	0	7	0	0	7
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	0	1	1	0	0	4	0	6
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	2	0	0	0	3
Adoption/révision/application des règles et procédures	1	0	0	1	1	0	0	3
Sous-total	1	1	2	3	1	4	0	12
TOTAL	1	1	2	3	8	4	0	19

Assistances et consultations

La LSSSS stipule que le commissaire se doit de prêter assistance aux usagers le nécessitant ou s'assurer que ceux-ci reçoivent l'assistance nécessaire. 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 et des gestionnaires de l'établissement. Il est à noter que la saisie de ces types de dossiers n'est pas obligatoire dans le SIGPAQS. Il est donc probable que le nombre réel d'assistances et de consultations traitées par l'équipe soit plus élevé que les chiffres indiqués.

Le tableau suivant fait état du nombre de dossiers traités pour porter assistance aux usagers dans leurs démarches de formulation d'une plainte ou pour avoir accès à un service. On y retrouve également le nombre de dossiers de consultations gérés par l'équipe.

Tableau 10 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires

Type de dossier traité	Nombre de dossiers reçus
Assistance	
Aide à la formulation d'une plainte	154
Aide concernant un soin ou un service	215
Consultation	
Consultation	33

Autres activités de l'équipe de la gestion des plaintes

Pour que le régime d'examen des plaintes atteigne son objectif d'amélioration continue de la qualité des services, il est important que les usagers connaissent le régime ainsi que leurs droits. Pour ce faire, 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.

Activités de promotion et de collaboration

Comme mentionné précédemment, l'année 2016-2017 a vu un grand nombre d'activités de promotion réalisées par l'ensemble de l'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il est possible de croire que les activités de promotion ont été efficaces puisque le nombre de plaintes est en augmentation. Le régime d'examen des plaintes semble connu et accessible. Voici quelques exemples d'activités de promotion réalisées en 2016-2017 :

- Envois postaux d'informations aux répondants des résidents en CHSLD;
- Présentation à tous les comités des usagers et à plusieurs comités de résidents;
- Rencontre de l'ensemble des propriétaires et des intervenants des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) de la région dans la cadre des journées de formation sur le nouveau cadre de référence;
- Participation et remise de dépliants lors des journées sur la maltraitance ou la bientraitance en région;
- Participation à diverses activités de promotion lors de la Semaine provinciale des droits des usagers (kiosque d'information, tournée des établissements, conférence, etc.);
- Présentations diverses à des tables de concertation régionale, des regroupements d'organismes communautaires, des étudiants;
- Collaboration avec le comité des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'envoi d'une affiche magnétique dans l'ensemble des résidences de la région, affiche présentant le numéro sans frais pour joindre le bureau du commissaire aux plaintes.

Activités de formation

Pour s'assurer de comprendre les divers aspects de leurs fonctions et de leur milieu, il est primordial que les membres de l'équipe de la gestion des plaintes développent leurs connaissances et maintiennent leurs acquis. Pour ce faire, l'équipe ou certains membres de l'équipe ont participé à diverses formations en cours d'année, dont voici quelques exemples :

- Formation sur le nouveau cadre de référence en RI-RTF;
- Formation – Projet de vie – en protection de la jeunesse;
- La formulation du jugement : Principe de base par Juge Henry Richard, Cour du Québec;
- Psychologie et gestion des situations problématiques par M. Gérard Ouimet Ph.D.;
- Formation sur l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) – Concepts de base;
- Formation sur le projet de loi 52 (Directive médicale anticipée, aide médicale à mourir, sédation palliative).

RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Comme mentionné précédemment, les plaintes visant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un médecin résident de l'établissement doivent être acheminées aux médecins examinateurs de l'établissement.

Le tableau suivant présente le nombre de plaintes qui étaient en voie de traitement au 31 mars 2016, le nombre de plaintes reçues, les plaintes conclues au cours de l'exercice et le nombre de dossiers en voie de traitement en fin d'année. Pour l'année 2016-2017, les médecins examinateurs ont donc reçu 66 plaintes, alors que 23 étaient en voie de traitement au 1^{er} avril 2016, pour un total de 89 plaintes. Encore une fois, rappelons que 11 dossiers de plaintes médicales ont été reçus au bureau du commissaire dans les années antérieures. Toutefois, puisqu'ils ont été attirés en 2016-2017, le logiciel les comptabilise pour cette année. Les médecins examinateurs ont conclu 44 plaintes au cours de l'année, ce qui fait qu'il y avait toujours 45 dossiers de plaintes en cours de traitement au 31 mars 2017.

Tableau 11 : Plaintes traitées en 2016-2017 - Médecins examinateurs

Établissement	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2016	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2017
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	23	66	89	44	45

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter le dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2016-2017, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 41 %. En 2015-2016, les médecins examinateurs avaient traité 22 % des dossiers de plaintes médicales en 45 jours. Il s'agit donc d'une forte amélioration dans le respect du délai de traitement des dossiers.

Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plainte conclue - Médecins examinateurs

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	2,3 %
4 à 15 jours	3	6,8 %
16 à 30 jours	8	18,2 %
31 à 45 jours	6	13,6 %
Sous-total	18	40,9 %
46 à 60 jours	4	9,1 %
61 à 90 jours	7	15,9 %
91 à 180 jours	9	20,5 %
181 jours et plus	6	13,6 %
Sous-total	26	59,1 %
TOTAL	44	100 %

Dans le contexte des plaintes médicales, tout comme dans les plaintes non médicales, l'objet de la plainte est l'élément ayant conduit à l'insatisfaction de l'utilisateur ou de toute personne décidant de porter plainte. Les 7 mêmes catégories d'objets de plaintes sont utilisées pour classer les motifs d'insatisfaction dans les plaintes médicales, soient les 7 catégories du SIGPAQS.

Historiquement, les plaintes médicales touchent principalement les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Comme ce type de plaintes vise normalement un professionnel en particulier, la répartition des objets de plainte est compréhensible. Pour l'année 2016-2017, les 44 plaintes conclues ont permis de soulever 68 objets d'insatisfaction.

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'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	1	0	1
Aspect financier	0	0	0	0	1	0	1
Droits particuliers	1	0	0	0	3	3	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	0	0	2	1	4	6	13
Soins et services dispensés	2	3	2	1	24	14	46
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	4	2	33	23	68
						41 %	



Les médecins examinateurs ont identifié 24 mesures correctives, dont 16 mesures à portée individuelle et 8 mesures à portée systémique. Le tableau suivant démontre la répartition des mesures correctives en fonction de l'objet de la plainte médicale.

Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs

Mesure corrective	MOTIF							
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	0	7	0	7
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	1	0	5	0	0	6
Respect des droits	0	0	1	0	0	0	0	1
Autre	0	0	0	0	1	1	0	2
Sous-total	0	0	2	0	6	8	0	16
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	0	0	1	0	0	5	0	5
Adoption/révision/application des règles et procédures	0	0	0	0	0	1	0	2
Formation/supervision	0	0	0	0	0	1	0	1
Sous-total	0	0	1	0	0	7	0	8
TOTAL	0	0	3	0	6	15	0	24



RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit à l'article 53 un droit de recours pour le traitement des plaintes visant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident. Un usager qui est en désaccord avec les conclusions du médecin examinateur ou qui n'a pas reçu celles-ci à l'intérieur du délai de 45 jours prescrit par la Loi peut adresser une demande de révision au comité de révision de l'établissement.

Cette demande doit être adressée au comité dans les 60 jours suivant la réception des conclusions du médecin examinateur ou dans les 60 jours suivant la date prévue de la transmission des conclusions.

Fonctions du comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur de l'établissement ou, le cas échéant, par le médecin examinateur de l'établissement du territoire concerné. Cette révision permet de s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Il n'a pas compétence lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires ou lorsqu'une plainte a été rejetée par le médecin examinateur qui l'a jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours suivant la réception d'une demande, communiquer par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel visé, au médecin examinateur et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision relève du conseil d'administration et peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le réseau.

Officiers du comité de révision

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement. Le président du comité est nommé parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement 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, pharmaciens ou dentistes qui exercent à l'établissement.

Les membres du comité sont les suivants :

- Monsieur Yves Bédard, président
- Dr Nicolas Tabah, membre
- Dr Marc Rivard, membre
- Dre Hélène Hottlet, membre substitut
- Dre Julie Desroches, membre substitut

Bilan des activités 2016-2017

Le comité de révision du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été formé à la fin de l'année 2015-2016. L'année 2016-2017 a donc été la première année de fonctionnement de ce comité du nouvel établissement. Au 1^{er} avril 2016, le comité avait 5 dossiers reçus dans les années antérieures. Pour l'année 2016-2017, ce sont 7 dossiers de plaintes médicales qui ont été soumis à cette deuxième instance, pour un total de 12 dossiers à traiter. Ce sont 4 dossiers qui ont été conclus lors de l'année 2016-2017.

Tableau 15 : Dossiers traités en 2016-2017 – Comité de révision

Établissement	Dossier en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2016	Dossier reçu durant l'exercice	TOTAL	Dossier conclu durant l'exercice	Dossier en voie de traitement au 31 mars 2017
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	5	7	12	4	8

Le tableau suivant démontre le processus d'examen qui a été effectué dans les 4 dossiers traités pour l'année 2016-2017. Dans ces dossiers, 4 motifs d'insatisfaction portant sur les soins et services ont été traités. De ce nombre, 1 motif a été refusé et les 3 autres ont été traités sans mesure.

Tableau 16 : Processus d'examen – Comité de révision

Processus d'examen	Nombre	%
Confirmation des conclusions du médecin examinateur	2	50
Demande de complément d'examen	1	25
Étude pour fin disciplinaire	0	0
Recommandation de mesure pour réconcilier	0	0
Rejeté, car hors délai	1	25
TOTAL	4	100

Conclusion

Les activités du comité de révision s'inscrivent dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services offerts au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce comité est un outil important pour garantir le respect des droits des usagers. La qualité des services ainsi que le respect des droits des usagers sont les principes qui guident le comité dans ses activités et ce sont ces principes qui permettent de garantir à notre population des services de qualité sur les plans scientifique, humain et social.

CONCLUSION

Le régime d'examen des plaintes permet, à partir des observations des usagers et de leurs proches, d'améliorer la qualité des services offerts à la population. Les mesures mises en place à la suite des enquêtes permettent d'assurer des soins et des services adaptés aux besoins réels de la population ainsi que d'assurer des services respectant les droits des usagers. Toutes ces améliorations ne pourraient se faire sans les gestionnaires de l'établissement, les organismes communautaires, les propriétaires des résidences privées pour aînés et les entreprises ambulancières. C'est en collaboration que les commissaires sont parvenues à identifier les correctifs les plus appropriés pour répondre à l'offre de service de notre région.

Le présent rapport permet de retenir les faits suivants :

- L'année 2016-2017 a connu une augmentation importante des plaintes administratives avec 259 plaintes reçues, comparativement à 201 l'année dernière. Toutefois, nous ne sommes pas encore aux normales observables avant la création du CISSS;
- Les plaintes médicales ont connu une forte augmentation, passant de 38 dossiers en 2015-2017 à 66 (incluant 11 dossiers des années antérieures) pour l'année 2016-2017;
- Une amélioration dans le respect du délai de traitement des dossiers de plaintes est observée, et ce, tant sur le plan des plaintes administratives que médicales;
- Dans les plaintes administratives, 240 mesures correctives ont été mises en place, dont 83 avaient une portée individuelle. Ces mesures ont donc permis d'assurer le respect des droits de l'utilisateur ayant déposé la plainte. Les 157 autres mesures avaient une portée plus systémique c'est-à-dire que ces mesures ont eu un impact positif sur un groupe d'utilisateurs ou même sur l'ensemble des utilisateurs utilisant le service visé. Parmi ces mesures :
 - Obtention de service gratuitement pour une usagère qui devait les obtenir au privé moyennant un coût;
 - Réévaluation des besoins d'une usagère recevant des soins à domicile;
 - Respect du droit d'une usagère de choisir son intervenante.
- Les plaintes médicales ont permis de mettre en place 24 mesures d'amélioration grâce aux commentaires et observations des usagers. Ce sont 16 mesures à portée individuelle et 8 mesures à portée systémique qui ont été mises en place. Parmi ces mesures :
 - Mise en place de consignes concernant les conditions d'attente des personnes vulnérables;
 - Développement d'outils dans un secteur pour supporter les usagères vivant un deuil périnatal;
 - Développement d'outils d'information sur certains services en protection de la jeunesse.

Pour l'année 2017-2018, l'équipe de la gestion des plaintes continuera à développer des liens solides avec l'ensemble des comités des usagers et des comités de résidents de la région. La promotion des droits et du régime d'examen des plaintes demeurera une préoccupation importante pour cette nouvelle année qui commence, et ce, particulièrement auprès de la clientèle en CHSLD où une diminution importante de plaintes est observable.

En terminant, je tiens à souligner l'intérêt sincère et la préoccupation constante des membres du conseil d'administration envers la qualité des services rendus à leur population. Le travail du comité de vigilance et de la qualité apporte un immense soutien à l'avancement des dossiers systémiques dans l'établissement. Je tiens également à souligner la collaboration des gestionnaires et de leurs équipes qui est essentielle au travail de notre équipe.

Finalement, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du Bureau du commissaire aux plaintes qui travaille avec rigueur, professionnalisme et efficacité. Leur souci constant des personnes recevant les soins et les services est un gage de leur volonté d'améliorer la qualité des services offerts par notre établissement.



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

Québec

