



TRANSPARENCE



COLLABORATION



ENGAGEMENT

HUMANISME



2017-2018 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 25 octobre 2018.

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.ciass-at.gouv.qc.ca

Production

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Dominique Brisson, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Danielle Landriault, agente administrative

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

Révision des textes

Danielle Landriault, agente administrative
Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

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

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2018

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 substitués, sur demande.

TABLe DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
MOT DE LA COMMISSAIRE ADJOINTE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	ix
FAITS SAILLANTS	1
RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	3
Premier palier	3
Deuxième palier	3
Assistance et accompagnement	4
Partenariat avec les comités des usagers et les comités de résidents	4
BILAN DES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	5
Faits saillants	5
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	5
Motifs de plaintes et niveau de traitement	8
Motifs de plaintes et mesures correctives	9
Pouvoir d'intervention	10
Motifs d'intervention et mesures correctives	10
Assistances et consultations	12
Autres activités de l'équipe de la gestion des plaintes	13
RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS	15
RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	18
Fonctions du comité de révision	18
Officiers du comité de révision	18
Bilan des activités 2017-2018	19
CONCLUSION	20

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
CRDIAT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRLM	Centre de réadaptation La Maison
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
JRS	Jours
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NBRE	Nombre
SIGPAQS	Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bilan des plaintes reçues au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	6
Tableau 2 : Auteur de la plainte	6
Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2017-2018.....	7
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2017-2018 selon la mission.....	7
Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon les motifs et le niveau de traitement.....	8
Tableau 6 : Mesures correctives identifiées.....	9
Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2017-2018 selon la mission	10
Tableau 8 : Répartition des objets d'intervention selon les motifs et le niveau de traitement.....	11
Tableau 9 : Mesures correctives identifiées.....	12
Tableau 10 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires	13
Tableau 11 : Plaintes traitées en 2017-2018- Médecins examinateurs	15
Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues - Médecins examinateurs.....	15
Tableau 13 : Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement Plaintes médicales	16
Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs.....	17
Tableau 15 : Dossiers 2017-2018 - Comité de révision.....	19

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

Le régime d'examen des plaintes permet à l'établissement d'obtenir des renseignements sur la perception qu'ont les usagers de la qualité des soins et services qu'ils reçoivent ou qu'ils estiment avoir le droit de recevoir. Il s'agit sans nul doute d'un outil essentiel permettant à l'établissement d'obtenir le pouls des usagers quant à leur vécu lié à un épisode de soins ou de services. C'est également un moyen constructif mis à la disposition des usagers afin de s'exprimer à ce propos et d'être renseigné sur l'organisation des services, ainsi qu'en ce qui a trait aux correctifs qui seront mis en place à la suite de l'analyse de leur plainte. L'objet du présent rapport est de dresser le bilan de la contribution des usagers à l'amélioration de la qualité des soins et services, par le partage de leurs préoccupations quant au respect de leurs droits, comme prévu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'année 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue a vu son nombre de plaintes baisser légèrement. En ce qui concerne les dossiers d'assistance aux usagers et aux gestionnaires, ceux-ci ont augmenté, bien que les données accessibles sont partielles au moment de produire ce rapport. Les activités de promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes ont mobilisé l'équipe durant toute l'année, renseignant les équipes de travail, les usagers, ou les gestionnaires chaque fois qu'une tribune nous était offerte.

L'engagement des gestionnaires dans l'amélioration de la qualité des services sera démontré dans ce rapport sur l'application du régime d'examen des plaintes. Parmi les mesures correctives recommandées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, la très grande majorité a été acceptée et actualisée. Le dépôt d'une plainte est un geste constructif, ce qui est maintenant bien compris des gestionnaires de l'établissement, qui y voient de plus en plus la contribution des usagers par le partage de leur vécu. La collaboration de l'ensemble des intervenants de l'établissement permet d'améliorer la satisfaction des usagers et de leurs proches.

L'analyse des dossiers de plaintes traitées pour l'année 2017-2018 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. Les insatisfactions exprimées par les usagers en application du régime d'examen des plaintes ont permis d'adapter les soins et services par la modification de politiques et procédures, par des rappels du code d'éthique et des valeurs de l'organisation, par la bonification de certains services et par l'amélioration des communications aux usagers pour qui, l'information sur les services et leurs modalités d'accès est essentielle à l'exercice de leurs droits et de leur participation aux soins et services proposés.

Conformément aux dispositions exposées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 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 2017-2018 ».

Bonne lecture

La commissaire adjointe aux plaintes
et à la qualité des services,



Dominique Brisson

FAITS SAILLANTS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (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. De plus, ce document présente le rapport des médecins examinateurs et le rapport du comité de révision de l'établissement.

Pour l'année 2017-2018, comme c'est le cas depuis sa formation, 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

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 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 territoire de MRC. Quelques changements dans la composition de l'équipe des médecins examinateurs ont été observés. Deux postes ont été vacants durant une partie de l'année, le traitement des plaintes a été assumé partiellement par des médecins examinateurs d'autres secteurs ou par le médecin examinateur substitut, nommé dans les derniers mois de l'année. Notons qu'au moment de rédiger ce rapport, la situation était en voie d'être rétablie, tous les secteurs étant couverts, les résultats seront présentés lors du rapport annuel 2018-2019. Pour l'année 2017-2018, les mandats ont été confiés aux médecins suivants :

MRC d'Abitibi Est :	Docteure Audrey Vermette
MRC d'Abitibi-Ouest :	Docteur Issam El-Haddad
Territoire de Rouyn-Noranda :	Docteur Jean-Guy Ricard
MRC de Témiscamingue :	Docteur Joël Pouliot (depuis mars 2018)
MRC de la Vallée-de-l'Or :	Poste vacant

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, des résidences privées pour aînés et des services

FAITS SAILLANTS

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.

En 2017-2018, l'établissement a reçu 245 plaintes administratives, donc une légère baisse du nombre de plaintes comparativement à l'année 2016-2017 où 259 plaintes avaient été reçues. Pour ce qui est des plaintes médicales, 43 plaintes ont été reçues et assignées à un médecin examinateur durant l'année, en plus de 13 dossiers reçus mais non assignés, portant le total des plaintes médicales reçues à 56 dossiers. On remarque donc une légère baisse comparativement au nombre de plaintes médicales reçues au cours de l'année dernière, soit 66 dossiers.

Les plaintes administratives reçues portent principalement sur l'*accessibilité*, suivis par les *soins et services dispensés*, puis par les *relations interpersonnelles* et ensuite l'*organisation du milieu et les ressources matérielles*. 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 à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Celle-ci, nommée 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 de façon formelle, verbalement ou par écrit, par un usager, son représentant légal ou ayant droit 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 prêté assistance à un usager qui le nécessite, pour toutes démarches 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 jouent 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'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'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. Précisons que le professionnel visé par une plainte médicale peut également requérir du comité de révision qu'il révisé le traitement de la plainte.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

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 a pour fonction d'aider et d'assister 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. Le rôle du CAAP 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.

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 nous confie des mandats communs au niveau 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 confie également un mandat d'accompagnement et d'assistance des usagers pour toute démarche, y compris lorsque ceux-ci désirent porter plainte. Comme c'est le cas avec le CAAP, 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.

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

Faits saillants

Comme mentionné précédemment, l'établissement a reçu 245 plaintes administratives et 56 plaintes médicales, pour un total de 301 plaintes. Pour les plaintes administratives, il s'agit d'une légère baisse du nombre de plaintes, puisqu'en 2016-2017, 259 plaintes avaient été reçues. Pour les plaintes médicales, nous avons observé une forte augmentation l'année dernière, attribuable à l'assignation durant l'année de dossiers de l'année précédente, ce qui n'a pas été le cas à la même hauteur cette année. Les plaintes administratives reçues portent principalement sur l'*accessibilité*, suivis par les *soins et services dispensés*, puis par les *relations interpersonnelles* et ensuite l'*organisation du milieu et les ressources matérielles*.

Comme c'est le cas chaque année, les plaintes administratives sont surtout déposées 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 90 % des plaintes conclues en 2017-2018, alors que le taux était de 93 % en 2016-2017. Ce taux de respect du délai prescrit de 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 2017-2018. Cet objectif a certainement été atteint puisque l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a réalisé de très 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 plusieurs rencontres ont eu lieu, autant avec les usagers, les répondants des résidents des centres d'hébergement, les citoyens 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 à la commissaire et aux médecins examinateurs entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1^{er} avril 2017, 35 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement, c'était également le cas pour 45 plaintes médicales. Pour l'année 2017-2018, 245 plaintes administratives et 56 plaintes médicales ont été reçues. Un total de 258 plaintes administratives a été conclu pour cette année.

En cours d'année, 10 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen en deuxième instance, et aucune plainte médicale n'a été transmise à l'attention du comité de révision, toujours en deuxième instance. Il est à noter que certains des dossiers acheminés en deuxième instance peuvent provenir des années antérieures.

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

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

	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2017	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2018	Plainte adressée en 2 ^e instance
Commissaire	35	245	280	258	22	10
Médecin examinateur	45	56	101	36	65	0
TOTAL	80	301	381	294	87	10

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2017-2018 a légèrement baissé comparativement à l'année dernière. Durant l'année 2017-2018, l'équipe était en place, stable et parfaitement fonctionnelle, de nombreuses activités de promotion ont donc été tenues. Nous sommes confiantes de l'impact positif de cette situation 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 156 usagers ont déposé eux-mêmes la plainte, alors que 89 usagers étaient représentés par une autre personne, un conjoint, un tiers ou un professionnel.

Tableau 2 : Auteur de la plainte

	Auteur de la plainte en 2017-2018		TOTAL
	Usager	Représentant	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	156	89	258

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'insatisfactions et le nombre de personnes à rencontrer pour recueillir des observations dans les 45 jours prévus par la LSSSS. Les périodes correspondant aux vacances du personnel et des gestionnaires sont plus propices aux dépassements du délai, par exemple durant l'été ou pendant la période des Fêtes.

Le tableau 3 permet de constater le délai de traitement des plaintes administratives. On constate que le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour 90 % des plaintes conclues en 2017-2018, alors que le taux était de 93 % en 2016-2017. Rappelons que le taux moyen habituel se situe autour de 75 %. 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 puisque les conclusions non reçues sont réputées être négatives, ouvrant par le fait même le droit de recours en deuxième instance. Cette situation n'a pas été observée en 2017-2018.

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

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2017-2018

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	22	8,53
4 à 15 jours	24	9,3
16 à 30 jours	56	21,7
31 à 45 jours	130	50,38
Sous-total	232	89,92
46 à 60 jours	18	6,98
61 à 90 jours	6	2,32
91 à 180 jours	2	0,78
181 jours et plus	0	0
Sous-total	26	10,08
TOTAL	258	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 2017-2018 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH (CHSGS et CHSP)	137	55,92
CHSLD	25	10,21
CLSC	39	15,92
CPEJ	19	7,76
CRD	1	0,41
CRDP	3	1,22
CRDI – TSA	3	1,22
CR Jeunesse	2	0,82
Organisme communautaire	3	1,22
Résidence privée pour aînés	3	1,22
Services préhospitaliers d'urgence	3	1,22
Autre	7	2,86
TOTAL	245	100

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

Comme il est indiqué au tableau 4, l'établissement a reçu 137 plaintes concernant les services de la mission centre hospitalier (CH), suivi de 39 plaintes pour la mission centre local de services communautaires (CLSC). Les services des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont fait l'objet de 25 plaintes, ce qui constitue une augmentation comparativement à l'année dernière, mais en maintien par rapport à l'année précédente.

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 permettre de cibler des secteurs à défi et ainsi améliorer l'efficacité des actions posées. Les objets de plaintes, tels que retrouvés dans le programme 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, la commissaire se doit de déterminer 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 2017-2018, plus de 96 % des objets de plaintes ont été traités complètement. On y observe également que sur les 436 objets d'insatisfaction ayant eu un traitement complété, 252 objets, soit près de 58 % d'entre eux, ont conduit à la recommandation ou l'application de 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	0	0	0	1	61	54	116
Aspect financier	0	0	0	1	11	6	18
Droits particuliers	0	2	2	1	14	21	40
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	0	0	2	21	27	52
Relations interpersonnelles	0	0	1	2	18	51	72
Soins et services dispensés	0	0	2	1	57	93	153
Autre	0	0	0	0	2	0	2
TOTAL	2	2	5	8	184	252	453
						55,63 %	

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

Motifs de plaintes et mesures correctives

Sur les 252 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 333 mesures ont été identifiées. C'est donc 333 mesures qui ont été recommandées 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							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	6	0	2	6	17	24	0	55
Adaptation du milieu et de l'environnement	3	0	0	2	0	0	0	5
Ajustement financier	0	3	0	0	0	0	0	3
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	1	0	0	0	1	0	0	2
Information/sensibilisation d'un intervenant	5	0	2	0	20	3	0	30
Obtention de services	0	1	0	0	0	0	0	1
Respect des droits	1	0	2	0	2	0	0	5
Autre	0	0	0	0	0	1	0	1
Sous-total	16	4	6	8	40	28	0	102
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	32	2	8	5	14	49	0	110
Adaptation du milieu et de l'environnement	5	1	0	13	0	7	0	26
Adoption/révision/application des règles et procédures	15	4	5	8	1	29	0	62
Communication/promotion	5	0	0	0	2	5	0	12
Formation/supervision	1	1	3	0	2	9	0	16
Respect des droits	1	0	2	0	2	0	0	5
Sous-total	59	8	18	26	21	99	0	231
TOTAL	75	12	24	34	61	127	0	333

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts à l'établissement ou dans les organismes visés. Des 333 mesures correctives recommandées en 2017-2018, 102 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

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

visant l'adaptation des soins et des services et des mesures permettant l'information et la sensibilisation d'un intervenant.

Les 231 autres mesures avaient une portée plus systémique, c'est-à-dire que ces mesures ont eu un impact positif sur un groupe d'usagers ou même sur l'ensemble des usagers du 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 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, donc 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 2016-2017, 44 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, 16 étaient toujours en examen au 1^{er} avril 2017. Pour l'année 2017-2018, c'est 35 dossiers d'intervention qui ont été ouverts par les commissaires. De ce nombre, 18 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2018. C'est très majoritairement dans la mission CH que des interventions ont été effectuées. Notons que certaines interventions peuvent ne pas avoir été comptabilisées en raison de leur caractère informel.

Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2017-2018 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	17	60,71
CLSC	1	3,57
CHSLD - RI	6	21,44
CRJDA	2	7,14
CPEJ	1	3,57
Résidence privée pour aînés	1	3,57
Autre	0	0
TOTAL	28	100

Motifs d'intervention et mesures correctives

Le graphique suivant démontre que les motifs d'insatisfaction soulevés dans les interventions concernent principalement les *soins et services dispensés*, viennent ensuite à égalité les *relations interpersonnelles* et les *droits particuliers*.

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

Répartition des motifs d'intervention



En 2017-2018, des 43 motifs d'intervention ouverts, un seul a vu son analyse être cessée et un autre a été abandonné par l'auteur. Tous les autres motifs ont vu leur traitement complété. Des 41 motifs d'intervention ayant reçu un traitement complet, 22 de ceux-ci ont fait l'objet de mesures correctives identifiées. C'est donc 54 % des motifs traités qui ont fait l'objet de la mise en place d'une mesure corrective. C'est principalement en lien avec les soins et services dispensés 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	2	4	6
Aspect financier	0	0	0	0	0	1	1
Droits particuliers	0	1	0	0	4	5	9
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	1	3	4
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	8	2	10
Soins et services dispensés	0	0	1	0	4	7	11
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	1	1	0	19	22	43
						54 %	

Sur les 22 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 34 mesures ont été identifiées. De ce nombre, 13 mesures étaient à portée individuelle, alors que 21 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 de la commissaire.

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

Tableau 9 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	10	1	0	11
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	1	0	0	1	0	2
Sous-total	0	0	1	0	10	2	0	13
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	3	0	2	0	1	4	0	10
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	3	0	0	0	4
Adoption/révision/application des règles et procédures	0	1	1	0	2	1	0	5
Communication/promotion	0	0	1	0	0	0	0	1
Formation/supervision	1	0	0	0	0	0	0	1
Sous-total	4	1	5	3	3	5	0	21
TOTAL	4	1	6	3	13	7	0	34

Assistances et consultations

La LSSSS stipule que la 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 la 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, excluant les consultations plus systémiques, en lien avec l'application de mesures d'urgence ou l'élaboration de politiques à titre d'exemple.

Il est à noter que la compilation de ces types de dossiers n'est pas obligatoire dans le programme SIGPAQS et est donc effectuée manuellement, ce qui implique une marge d'erreur, des dossiers d'assistances n'ayant pas été comptabilisés. De plus, une partie des données n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce rapport, les chiffres ici-bas constituent une estimation, aussi juste que possible dans les circonstances.

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 spécifiques gérés par l'équipe.

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

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	159
Aide concernant un soin ou un service	236
Consultation	
Consultation	30

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

Le nombre d'activités de promotion réalisées par l'ensemble de l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a été très important; il s'agissait d'une priorité qui a mobilisé l'équipe. Le régime d'examen des plaintes, selon les commentaires recueillis, semble davantage connu et accessible, bien que ce travail de promotion en soit un à maintenir. Voici quelques exemples d'activités de promotion réalisées en 2017-2018 :

- Envois postaux d'informations aux répondants des résidents en CHSLD et ressources intermédiaires
- Présence à tous les comités des usagers et à plusieurs comités de résidents
- Présence à toutes les AGA des comités d'usagers et du CUCI
- Rencontres avec les résidents et leurs proches aux CHSLD de la région
- Participation à certaines activités sociales organisées pour les résidents de CHSLD
- Rencontre de l'ensemble des propriétaires et des intervenants des RI-RTF de la région dans le cadre des journées de formation sur le nouveau cadre de référence – fin de la démarche amorcée l'année précédente
- Présentation du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers lors de rencontres organisées par des clubs sociaux ou organismes communautaires
- Participation à diverses activités de promotion lors de la Semaine provinciale des droits des usagers (kiosque d'information, tournée des établissements, conférence ...)
- Distribution de brochures promotionnelles lors de campagnes de vaccination
- Envoi aux responsables de résidences privées pour aînés de la documentation et des articles promotionnels sur le régime d'examen des plaintes et les droits des usagers
- Présentations diverses à des tables de concertation régionale, des regroupements d'organismes communautaires, des étudiants, etc.
- Tenue de tables d'informations à divers salons et forums (santé mentale, diversité, journée de la santé à Kebawek)

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

- Participation au colloque du CUCI
- Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes de gestionnaires de divers programmes
- Présentation du rôle du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Abitibi-Témiscamingue au CUCI
- Présentations lors de la semaine d'accueil des candidats à la profession d'infirmiers et d'infirmiers auxiliaires
- Publication d'article dans l'Info-CUCI et dans le journal interne

Activités de formation

Dans l'objectif de toujours acquérir davantage de connaissances liées à leur rôle ou aux divers programmes et services gérés par l'établissement, l'équipe ou certains membres de l'équipe ont participé à quelques formations en cours d'années, dont voici quelques exemples :

- Notion de maltraitance en lien avec l'application de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité
- Le rôle du comité de révision
- La P-38.001 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
- Niveaux de soins
- Midi-éthiques

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 nommés par le conseil d'administration.

Le tableau suivant présente le nombre de plaintes qui étaient en voie de traitement au 31 mars 2017, 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 2017-2018, les médecins examinateurs ont donc reçu 43 plaintes, alors que 45 étaient en voie de traitement au 1^{er} avril 2017, pour un total de 88 dossiers. Les médecins examinateurs ont conclu 36 plaintes au cours de l'année, portant à 52 le nombre de dossiers de plaintes en cours de traitement au 31 mars 2018.

Tableau 11 : Plaintes traitées en 2017-2018 - Médecins examinateurs

Établissement	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2017	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2018
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	5	56	101	36	65

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter un dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2017-2018, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 19 %. En 2016-2017, les médecins examinateurs avaient traité 41 % des dossiers de plaintes médicales en 45 jours, ce qui représentait alors une forte amélioration dans le respect du délai puisqu'en 2015-16, c'est 22 % des dossiers qui avaient été conclus à l'intérieur du délai prescrit. Au moment de produire ce rapport, de nouveaux médecins examinateurs étaient en poste, augmentant la prise en charge et améliorant les délais de traitement. Les résultats de cette réorganisation seront présentés dans le rapport annuel 2018-2019.

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

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	2,78
4 à 15 jours	0	0
16 à 30 jours	3	8,33
31 à 45 jours	3	8,33
Sous-total	7	19,44
46 à 60 jours	4	11,11
61 à 90 jours	4	11,11
91 à 180 jours	5	13,89
181 jours et plus	16	44,44
Sous-total	29	80,55
TOTAL	36	100

RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

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'utilisateur ou de toute personne portant plainte. Les 7 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. Comme ce type de plaintes vise normalement un professionnel en particulier, la répartition des objets de plainte est compréhensible. Pour l'année 2017-2018, les 36 plaintes conclues ont permis de soulever 46 objets d'insatisfaction. Des motifs dont le traitement a été complété, 21 l'ont été avec identification de mesures, c'est-à-dire 55 % des motifs traités.

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	1	2
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	1	0	0	0	1	0	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	1	0	1	0	1	10	13
Soins et services dispensés	3	0	1	0	14	10	28
Autre	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	5	1	2	0	17	21	46
						55 %	

Les médecins examinateurs ont identifié 23 mesures correctives, dont 14 mesures à portée individuelle et 9 mesures à portée systémique. Le tableau suivant démontre la répartition des mesures correctives en fonction de l'objet de la plainte médicale.

RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs

Mesure corrective	MOTIF							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
À PORTÉE INDIVIDUELLE								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	8	4	0	12
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	1	0	0	1
Respect des droits	0	0	0	0	1	0	0	1
Sous-total	0	0	0	0	10	4	0	14
À PORTÉE SYSTÉMIQUE								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	1	3	0	4
Adoption/révision/application des règles et procédures	1	0	0	0	0	2	0	3
Formation/supervision	0	0	0	0	0	2	0	2
Sous-total	1	0	0	0	1	7	0	9
TOTAL	1	0	0	0	11	11	0	23

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

La LSSSS 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 LSSSS peut adresser une demande de révision au comité de révision de l'établissement.

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'usager par le médecin examinateur de l'établissement ou, le cas échéant, par le médecin examinateur de l'établissement visé du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux. 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'usager, 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 notre réseau.

Officiers du comité

Le comité de révision est composé d'au moins trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement. Le président du comité doit être nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et deux autres membres au moins sont nommés parmi les médecins, pharmaciens ou dentistes qui exercent à l'établissement, désignés par le Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et résidents.

Les membres du comité sont les suivants :

Madame Diane Sigouin, membre du conseil d'administration, présidente
Monsieur Daniel Lampron, membre du conseil d'administration, 2^e président
Docteur Nicolas Tabah, membre désigné par le CMDP
Docteure Stéphanie Jacques, membre désigné par le CMDP
Docteure Marie-Pier Nolet, membre désigné par le CMDP
Docteur Louis Bélanger, membre désigné par le CMDP
Docteure Julie Desroches, 1^{er} membre substitut désigné par le CMDP
Docteure Hélène Hottlet, 2^e membre substitut désigné par le CMDP

RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Bilan des activités 2017-2018

En 2017-2018 le comité a poursuivi ses travaux de relance de leurs activités. En raison de difficultés de fonctionnement, une seule rencontre du comité a été tenue en 2017-18, laquelle a permis de faire état des dossiers en attente de traitement. Aucun plaignant et aucun professionnel n'ont été rencontrés durant cette année. Toutefois, deux dossiers ont été fermés, une démarche a été abandonnée par le plaignant et une conclusion a été rendue par le médecin examinateur en charge du dossier. Au moment de rédiger ce rapport, les activités du comité avaient repris et des dossiers avaient été traités.

Tableau 15 : Dossiers 2017-2018 – Comité de révision

Établissement	Dossier en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2017	Dossiers reçus durant l'exercice	TOTAL	Dossier conclu/fermé durant l'exercice	Dossier en voie de traitement au 31 mars 2018
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	8	3	11	2	9

Rappelons que l'avis du comité de révision, motifs à l'appui, ne peut conclure qu'à l'une des options suivantes :

- A. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement concerné;
- B. 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 aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné;
- C. 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;
- D. 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.

CONCLUSION

Le régime d'examen des plaintes permet aux usagers de s'exprimer sur les soins et services reçus, en commentant un épisode de soins ou l'attitude du personnel, à titre d'exemple. Il permet également aux gestionnaires de recevoir cette contribution des usagers 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. Cet indicateur qu'est le point de vue de la clientèle desservie est essentiel puisque, inutile de le rappeler, la raison d'être des services est la personne qui les requiert.

La collaboration des employés et gestionnaires des établissements, organismes communautaires, services préhospitaliers d'urgence, résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires est essentielle pour nous permettre un examen de chaque situation portée à notre attention, mais également pour l'identification des mesures à mettre en place pour améliorer la qualité des soins et services offerts.

Au cours de l'année 2017-18, aucun changement important n'est remarqué dans le nombre de dossiers traités. C'est 301 dossiers de plaintes qui ont été ouverts, 245 plaintes administratives et 56 plaintes médicales. En ce qui concerne les plaintes administratives et dossiers d'intervention traités, 115 mesures à portée individuelle ont été recommandées, et 252 mesures à portée systémique. Les gestionnaires ont accepté et actualisé la grande majorité de ces mesures. Les plaintes visent principalement la mission CH, et les motifs concernent l'accessibilité dans la majorité des plaintes administratives, et les soins et services dispensés pour ce qui est des plaintes médicales. Au cours de l'année, 10 plaintes ont été portées à l'attention du Protection du citoyen par les plaignants concernés. Les conclusions reçues du Protecteur du citoyen ne comportent généralement aucune nouvelle recommandation, confirmant les nôtres.

Les plaintes administratives sont traitées à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours pour 90 % des dossiers, ce qui représente un excellent rendement. Notons qu'avant la fusion des établissements, le taux de dossiers conclus en moins de 45 jours représentait autour de 75 % des dossiers.

L'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'est impliquée dans de nombreuses activités de promotion et d'information sur le régime d'examen des plaintes et les droits des usagers. Des formations ont également été suivies. Une assistance a été offerte à au moins 425 reprises à des usagers, citoyens ou gestionnaires qui en exprimaient le besoin, que ce soit pour l'orientation vers une instance, une liaison, l'obtention d'un service, de l'information sur le régime, les droits, ou toute autre demande.

En terminant, il nous importe de remercier les acteurs du régime, incluant l'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et les gestionnaires pour leur collaboration, mais également pour la rigueur et le professionnalisme dont ils font montre à la poursuite d'une mission commune, l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers.



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

Québec 