



2018-2019

Rapport annuel

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 19 septembre 2019.

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 : 1 819 764-5131

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

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

Révision des textes

Claudie Lacroix, agente administrative

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

ISBN : 978-2-550-85064-9 (Imprimée)

ISBN : 978-2-550-85065-6 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2019

Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2019

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 de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	5
Faits saillants	5
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	6
Motifs de plaintes et niveau de traitement	8
Motifs de plaintes et mesures correctives	9
Pouvoir d'intervention	11
Motifs d'intervention et mesures correctives	11
Assistances et consultations	13
Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes	14
Rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs	16
Préambule	16
Traitement des plaintes du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019	17
Sommaire des recommandations faites en 2018-2019	19
Conclusions de plaintes en 2018-2019	19
Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires	20
Objectifs pour l'année 2019-2020	20
Rapport du comité de révision	21
Officiers du comité	21
Bilan des activités 2018-2019	21
Perspectives d'actions et conclusion	22
Conclusion	23

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGA	Assemblée générale annuelle
CAAP-AT	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Abitibi-Témiscamingue
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
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
CUCI	Comité des usagers du centre intégré des services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
JRS	Jours
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
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
RAIDDAT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources 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	6
Tableau 2 : Auteur de la plainte	7
Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2018-2019.....	7
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2018-2019 selon la mission.....	8
Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon les motifs et le niveau de traitement.....	9
Tableau 6 : Mesures correctives identifiées.....	10
Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2018-2019 selon la mission	11
Tableau 8 : Répartition des objets d'intervention selon les motifs et le niveau de traitement.....	12
Tableau 9 : Mesures correctives identifiées.....	13
Tableau 10 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires	14
Tableau 11 : Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen	17
Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues - Médecins examinateurs.....	18
Tableau 13 : Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement – Plaintes médicales	19
Tableau 14 : Dossiers 2018-2019 – Comité de révision	21

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 être en 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 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'objectif du présent rapport est donc 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 (LSSSS).

L'année 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue a été marquée par un accroissement du nombre de plaintes reçues et traitées; c'est également le cas pour les dossiers d'intervention. En ce qui concerne les dossiers d'assistance aux usagers et aux gestionnaires, ceux-ci ont également augmenté. Les activités de promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes ont mobilisé l'équipe, bien qu'incomplète, durant toute l'année, renseignant les équipes de travail, les usagers, ou les gestionnaires, chaque fois que possible.

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, ce qui démontre l'engagement des gestionnaires dans le processus d'amélioration de la qualité des soins et services, mais également leur souci d'être à l'écoute des usagers. Le dépôt d'une plainte est un geste constructif, ce qui nous semble de plus en plus intégré dans l'organisation. 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 2018-2019 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. En effet, l'information sur les services et leurs modalités d'accès est essentielle aux usagers pour favoriser 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 2018-2019 ».

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 du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs, qui inclut le rapport du comité de révision de l'établissement.

Pour l'année 2018-2019, l'équipe régulière du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est demeurée stable, malgré quelques ajustements :

Madame Julie Lahaie

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, absente durant toute l'année 2018-2019

Madame Dominique Brisson

Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services, qui a assumé les responsabilités de commissaire durant toute l'année

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

Soulignons le soutien de Madame Sylvie Turgeon et Monsieur Alain Couture, commissaires à la retraite, lesquels ont accepté d'assumer temporairement des mandats de commissaires adjoints substitués. Leur implication à temps partiel durant une partie de l'année a contribué à rencontrer les obligations liées aux fonctions.

Certains des mandats de médecin examinateur sont couverts par territoire des municipalités régionales de comté (MRC), d'autres médecins examinateurs n'ont pas de territoire défini et traitent donc des plaintes dans toutes les MRC. Des changements importants ont eu lieu dans la composition de l'équipe des médecins examinateurs. En fin d'année, un coordonnateur a été nommé afin de soutenir la gestion des assignations et la pratique des médecins examinateurs. Au 31 mars 2019, l'équipe de médecins examinateurs se composait des personnes suivantes :

Docteur Martin Pham Dinh	Coordination et couverture régionale
Docteure Catherine Bich	Couverture régionale
Docteure Andrée-Anne Corneau	Couverture régionale
Docteur Marc Gaudet	Couverture régionale

FAITS SAILLANTS

Docteur Joël Pouliot	MRC de Témiscamingue
Docteur Jean-Guy Ricard	Territoire de Rouyn-Noranda
Docteure Cécile Saelen	Couverture régionale

Soulignons également l'implication des Docteurs Audrey Vermette et Issam El-Haddad, en poste jusqu'à l'automne 2018.

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 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.

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. 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.

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.

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 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.

L'équipe du bureau du commissaire porte également assistance à toute personne qui le requiert, sur demande. Celles-ci peuvent concerner l'obtention de renseignements relatifs aux services, incluant les modalités d'accès, de l'information ou une assistance dans les communications avec un membre du personnel. Toute personne nécessitant une assistance pour la formulation d'une plainte la reçoit ou est orientée vers une organisation en mesure de prêter assistance, conformément aux obligations du commissaire.

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.

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

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

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.

Assistance et accompagnement

Le commissaire et son équipe doivent porter assistance ou s'assurer que soit porté assistance à tout usager qui le requiert pour la rédaction et le dépôt de sa plainte. 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-AT n'en est pas un de représentant, mais bien d'assistant et d'accompagnateur du plaignant. Il s'agit d'un acteur important du régime, qui facilite le recours pour les usagers souhaitant déposer une plainte. La collaboration entre le commissaire et le CAAP-AT permet de rencontrer les responsabilités liées au soutien à offrir aux usagers dans leur démarche.

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, et ce, conjointement avec l'équipe du bureau du Commissaire. 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-AT, 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

En 2018-2019, l'établissement a reçu 311 plaintes administratives, donc une augmentation significative du nombre de plaintes comparativement à l'année 2017-2018 où 245 plaintes avaient été reçues. Pour ce qui est des plaintes médicales, 71 plaintes ont été reçues durant l'année, ce à quoi, il faut ajouter 14 plaintes reçues antérieurement, mais assignées en cours d'année à un médecin examinateur, portant à 85 le nombre de plaintes médicales reçues en 2018-2019. On remarque également une augmentation du nombre de plaintes médicales. **Notons que la méthode de compilation des plaintes médicales a été modifiée en cours d'année, ce qui rend difficile un comparatif avec les années antérieures.** En effet, auparavant, une plainte médicale n'était comptabilisée à ce titre qu'une fois assignée à un médecin examinateur, elle apparaissait donc comme étant nouvellement reçue au moment de son assignation, même si elle avait été déposée antérieurement. Au cours de l'année 2018-2019, il a été convenu que chaque plainte médicale soit saisie comme telle dès sa réception. À partir des prochains rapports, un comparatif avec l'année précédente pourra à nouveau être présenté.

Les plaintes administratives reçues portent principalement sur les soins et services dispensés, puis l'accessibilité, suivies de l'organisation du milieu et des ressources matérielles, et des relations interpersonnelles. Lorsqu'il est question de soins et services dispensés, la compétence technique, les traitements et interventions, l'organisation des soins et services, et la continuité sont plus particulièrement concernés. Les plaintes portant sur l'accessibilité indiquent des délais ou difficultés d'accès, un refus de service ou une absence de ressources. L'organisation du milieu et des ressources matérielles concernent des insatisfactions liées à l'alimentation, les conditions de séjour, la compatibilité de la clientèle, le confort, l'organisation spatiale, la sécurité et la protection des usagers.

Les plaintes médicales, quant à elles, portent principalement sur les soins et services dispensés, suivis par les insatisfactions touchant les relations interpersonnelles.

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 94 % des plaintes conclues en 2018-2019, alors que le taux était de 90 % en 2017-2018. Ce taux de respect du délai prescrit de 45 jours est exceptionnel puisque la moyenne provinciale oscille normalement entre 70 % et 75 %.

L'augmentation du nombre d'activités de promotion était l'un des objectifs identifiés pour l'année 2017-2018, lequel avait été grandement atteint. Nous avons pu en constater les effets en 2018-2019, puisque le nombre de plaintes et de demandes d'intervention, d'assistance et de consultation a été beaucoup plus important.

Au cours de l'année 2018-2019, l'équipe a maintenu, plus difficilement, ses efforts de promotion malgré une charge plus importante au niveau du nombre de dossiers traités et malgré l'absence de la commissaire toute l'année. L'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a tout de même réalisé plusieurs activités de promotion des droits avec différents partenaires, tels les comités des usagers de la région. La distribution des dépliants sur le régime d'examen des plaintes et des outils d'information a

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

été mise en place au bénéfice des usagers. Un nouvel outil d'information a été élaboré afin de présenter brièvement aux usagers qui sont insatisfaits des soins et services reçus les divers recours qui s'offrent à eux, selon la finalité recherchée. Cet outil permet de faire la distinction entre le mandat du régime d'examen des plaintes et celui d'autres instances, telles les associations professionnelles, les tribunaux, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, etc. L'équipe est toujours 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 et de soins de longue durée (CHSLD), et les citoyens qu'avec le personnel des établissements et d'organismes communautaires.

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 2018 et le 31 mars 2019. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1^{er} avril 2018, 22 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement; c'était également le cas pour 50 plaintes médicales. Pour l'année 2018-2019, 311 plaintes administratives et 71 plaintes médicales ont été reçues. À ces 71 plaintes médicales, il importe d'ajouter 14 dossiers qui provenaient de l'année antérieure, mais assignées durant l'année, portant le nombre de plaintes médicales reçues en 2018-2019 à 85. Un total de 305 plaintes administratives a été conclu pour cette année.

En cours d'année, 20 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen en deuxième instance, et quatre plaintes médicales ont été transmises 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.

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

	En voie de traitement au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	TOTAL	Conclues durant l'exercice	En voie de traitement à la fin de l'exercice	Plainte adressée en 2 ^e instance
Commissaire	22	311	333	305	28	20
Médecin examinateur	50	85	135	85	50	4
TOTAL	72	396	468	390	78	24

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2018-2019 a augmenté de façon significative 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 en mesure de confirmer l'impact positif de cette situation sur la connaissance et l'accessibilité du régime, notamment en raison de l'augmentation du nombre de personnes ayant requis l'examen d'une plainte ou demandé qu'une assistance leur soit consentie pour faire valoir leurs droits.

La LSSSS indique qu'une plainte peut être déposée par un usager ou par son représentant légal. Toutefois, avec le consentement de l'utilisateur concerné, un proche ou un tiers non-représentant peut également déposer une plainte en son nom. Le tableau 2 démontre que 226 usagers ont déposé eux-mêmes la plainte, alors que

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

85 usagers étaient représentés par une autre personne, un conjoint ou un tiers.

Tableau 2 : Auteur de la plainte

	Auteur de la plainte en 2018-2019		TOTAL
	Usager	Représentant	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	226	85	311

La LSSSS impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'utilisateur. 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. 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 94 % des plaintes conclues en 2018-2019, alors que le taux était de 90 % en 2017-2018. Il est important de rappeler que lorsque le délai de 45 jours doit être dépassé, l'utilisateur 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. Nous sommes particulièrement fiers du taux de conclusion à l'intérieur des délais prescrits, considérant l'augmentation du nombre de plaintes et la réduction des effectifs de l'équipe durant toute l'année. Afin de parvenir à ce résultat, il convient de préciser que la priorité a été accordée au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance, toutes autres activités étant reléguées au second plan.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2018-2019

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	19	6,23
4 à 15 jours	38	12,46
16 à 30 jours	96	31,48
31 à 45 jours	135	44,26
Sous-total	288	94,43
46 à 60 jours	15	4,92
61 à 90 jours	1	0,33
91 à 180 jours	1	0,33
181 jours et plus	0	0
Sous-total	17	5,58
TOTAL	305	100

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

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 ni de les inscrire par direction, ce qui serait davantage représentatif de notre fonctionnement depuis la fusion des établissements en 2015.

Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2018-2019 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH (CHSGS et CHSP)	183	61
CHSLD	34	11,33
CLSC	26	8,67
CPEJ	32	10,49
CRD	3	1
CRDP	5	1,67
CRDI – TSA	3	1
CR Jeunesse	4	1,33
Organisme communautaire	2	0,66
Résidence privée pour aînés et Ressources intermédiaires	12	4
Services préhospitaliers d'urgence	1	0,33
Autre	0	0
TOTAL	305	100

Comme indiqué au tableau 4, l'établissement a reçu 183 plaintes concernant les services de la mission centre hospitalier (CH), suivi de 34 plaintes pour les CHSLD, ce qui constitue une augmentation comparativement à l'année précédente. Les services de la mission centre local de services communautaires (CLSC) ont fait l'objet de 26 plaintes. Rappelons que la répartition des plaintes dans le Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) n'est pas représentative de l'organisation des services depuis la fusion des établissements en 2015.

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 sept 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

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

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 corrective identifiée. Le tableau suivant démontre qu'en 2018-2019, plus de 92 % des objets de plaintes ont été traités complètement. On y observe également que sur les 450 objets d'insatisfaction ayant eu un traitement complété, 205 objets, soit près de 46 % 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	1	0	1	0	55	31	88
Aspect financier	0	0	0	2	18	13	33
Droits particuliers	1	0	1	1	29	15	47
Maltraitance	0	0	0	0	0	1	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	4	0	1	1	45	27	78
Relations interpersonnelles	4	1	4	2	19	37	67
Soins et services dispensés	4	0	5	0	78	81	168
Autre	0	0	0	1	1	0	2
TOTAL	14	1	12	7	245	205	484
						45,56 %	

Motifs de plaintes et mesures correctives

Pour les 205 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 226 mesures ont été identifiées. C'est donc 226 mesures qui ont été appliquées ou 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, tout comme un motif peut ne conduire à aucune mesure.

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

Tableau 6 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF								TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
À PORTÉE INDIVIDUELLE									
Adaptation des soins et services	6	1	1	0	0	10	19	0	37
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Ajustement financier	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Conciliation/intercession/médiation/liaison/ précision/ explication	2	1	1	0	0	0	2	0	6
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	2	1	0	10	11	0	24
Obtention de services	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Respect des droits	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Autre	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sous-total	10	6	4	1	3	20	34	0	78
À PORTÉE SYSTÉMIQUE									
Adaptation des soins et services	19	0	3	0	4	17	25	0	68
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	0	14	0	3	0	18
Adoption/révision/application des règles et procédures	5	8	6	1	6	2	20	0	48
Ajustement financier	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Communication/promotion	1	2	1	0	2	0	0	0	6
Formation/supervision	0	0	0	0	0	0	5	0	5
Respect des droits	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Sous-total	25	11	12	1	26	20	53	0	148
TOTAL	35	17	16	2	29	40	87	0	226

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts à l'établissement ou dans les organismes visés. Des 226 mesures correctives recommandées en 2018-2019, 78 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 services et des mesures permettant l'information et la sensibilisation d'un intervenant.

Les 148 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 du service visé. Les mesures à portée systémique ont majoritairement permis de cibler des moyens pour adapter les soins et services, par exemple en ajustant les activités professionnelles. Les recommandations ont également permis de revoir certaines

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

façons de faire de l'établissement en adoptant, en révisant ou en appliquant des règles et procédures. Un rappel adressé à une équipe sur une procédure à appliquer ou l'attitude à observer est également considéré comme une mesure ayant une portée systémique puisque la sensibilisation est plus large qu'un seul intervenant, à titre d'exemple.

Pouvoir d'intervention

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

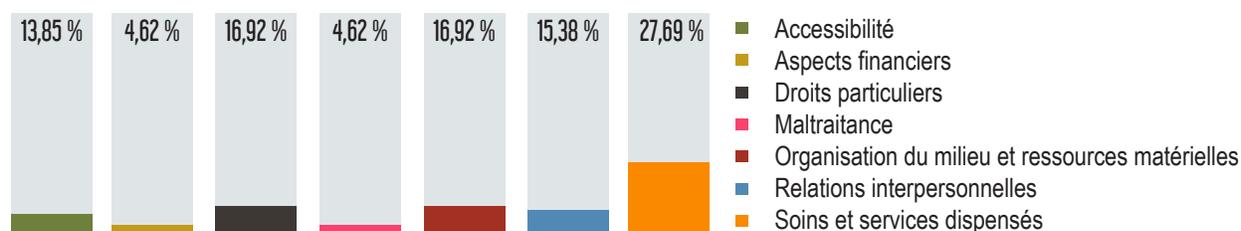
En 2017-2018, 35 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, 17 étaient toujours en examen au 1^{er} avril 2018. Pour l'année 2018-2019, c'est 44 dossiers d'intervention qui ont été ouverts par les commissaires. De ce nombre, 14 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2019. C'est 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 2018-2019 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	20	45,45
CLSC	7	15,91
CHSLD - RI	12	27,27
CRJDA	1	2,27
CPEJ	3	6,82
Résidence privée pour aînés	1	2,27
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 soins et services dispensés, viennent ensuite à égalité l'organisation du milieu et ressources matérielles et les droits particuliers.



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

En 2018-2019, des 65 motifs d'intervention ouverts, quatre ont vu leur analyse être cessée. Tous les autres motifs ont vu leur traitement complété. Des 61 motifs d'intervention ayant reçu un traitement complet, 35 de ceux-ci ont fait l'objet de mesures correctives. C'est donc 57 % des motifs traités qui ont conduit à la mise en place d'une mesure corrective, et 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	1	0	0	6	2	9
Aspect financier	0	0	0	0	1	2	3
Droits particuliers	0	1	0	0	3	7	11
Maltraitance	0	1	0	0	1	1	3
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	5	6	11
Relations interpersonnelles	0	1	0	0	4	5	10
Soins et services dispensés	0	0	0	0	6	12	18
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	4	0	0	26	35	65
						57,49 %	

Sur les 35 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 37 mesures ont été identifiées. De ce nombre, 15 mesures étaient à portée individuelle, alors que 22 mesures avaient une portée systémique. C'est majoritairement des mesures portant sur une adaptation des soins et 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	Maltraitance (Loi)	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	1	1	3	0	5
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Conciliation/intercession/médiation/liaison/ précision/ explication	1	0	1	1	1	0	1	0	5
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Sous-total	1	0	1	1	3	5	4	0	15
À PORTÉE SYSTÉMIQUE									
Adaptation des soins et services	0	0	3	0	0	0	6	0	9
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	2	0	3	0	1	0	6
Adoption/révision/application des règles et procédures	1	2	1	0	0	0	1	0	5
Respect des droits	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Sous-total	1	2	8	0	3	0	8	0	22
TOTAL	2	2	9	1	6	5	12	0	37

Assistances et consultations

La LSSSS stipule que le commissaire se doit de prêter assistance aux usagers le nécessitant ou de s'assurer que ceux-ci reçoivent l'assistance nécessaire. La LSSSS indique également que le commissaire peut donner son avis sur les sujets découlant de son expertise, et ce, par la voie des consultations faites par des collègues, des gestionnaires de l'établissement, excluant les consultations plus systémiques, en lien avec l'application de mesures d'urgence ou l'élaboration de politiques à titre d'exemple.

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. Le nombre de dossiers d'assistance a considérablement augmenté en 2018-2019, tout comme c'est le cas pour le nombre de dossiers de plaintes et ceux d'interventions.

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	244
Aide concernant un soin ou un service	356
Consultation	
Consultation	27

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, les usagers doivent connaître 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 et de l'indépendance de leur rôle.

Activités de promotion et de collaboration

Le nombre d'activités de promotion réalisées par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a été très important, malgré l'équipe incomplète toute l'année. 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 2018-2019 :

- Envois postaux d'informations aux répondants de résidents en CHSLD et ressources intermédiaires;
- Présence à plusieurs rencontres de comités des usagers et comités de résidents;
- Présence à toutes les assemblées générales annuelles (AGA) des comités des usagers, du comité des usagers du centre intégré de services sociaux (CUCI) et du CAAP-AT;
- Rencontres avec les résidents et leurs proches aux CHSLD de la région lors d'activités sociales ou de présentation des nouveaux menus;
- Participation à certaines activités sociales organisées pour les résidents de CHSLD;
- Rencontre de propriétaires des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI-RTF) de la région dans la cadre des journées de formation sur la mise à jour du cadre de référence;
- Présentation du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers lors de rencontres organisées par des clubs sociaux ou organismes communautaires de toute la région;
- Participation à diverses activités de promotion lors de la Semaine provinciale des droits des usagers (kiosque d'information, tournée des établissements, conférence, entrevue à la télévision communautaire, etc.);
- Présentation de nos mandats respectifs avec le CAAP-AT et la Ressource d'aide et d'information en défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDDAT) dans le cadre d'une journée d'information sur les services de santé mentale, organisée par le comité des usagers des Aurores-Boréales;
- Tables d'information au Forum régional en Santé mentale, aux Salons des aînés de Témiscaming-Kipawa;

-
- Participation au panel d'invités sur le thème des soins de fin de vie au Samedi des aînés à Rouyn-Noranda;
 - Présence à plusieurs activités liées à la maltraitance (réflexion, élaboration d'un plan d'action régional, présence lors de pièces de théâtre);
 - Distribution de brochures promotionnelles lors du Relais pour la vie à Rouyn-Noranda;
 - Présentations diverses à des tables de concertation régionale, des regroupements d'organismes communautaires, des étudiants, etc.;
 - Participation au colloque du CUCI;
 - Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes;
 - Présentation lors de la semaine d'accueil des candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et des candidats à l'exercice de la profession infirmière auxiliaires (CEPIA) et externes en soins infirmiers;
 - Présentation lors de la journée d'accueil des nouveaux employés, qui a lieu chaque mois;
 - Production d'une brochure d'information sur les divers recours des usagers insatisfaits des soins et services sociaux, selon la finalité recherchée.

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, ou encore afin de contribuer aux réflexions entourant les droits des usagers, l'équipe ou certains membres de l'équipe ont participé à quelques formations en cours d'année, dont voici quelques exemples :

- Colloque sur les soins palliatifs et de fin de vie;
- Formation sur l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI);
- Formation Piwaseha – La culture et les réalités autochtones;
- Projet de loi n° 99 : Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions;
- Comité de travail sur l'élaboration d'un outil de promotion des droits et responsabilités des usagers avec la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) et le CUCI.

RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Préambule

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

Le médecin examinateur est responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP, incluant un résident. Il est désigné par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (art. 34 et 42 de la LSSSS). L'un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit la meilleure possible.

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

Le médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement sont inclus dans ce dossier. Les conclusions motivées et les recommandations du médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

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

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

Comme pour les plaintes administratives, le CAAP-AT est présent afin d'aider les personnes à rédiger leur plainte et de les assister dans leur démarche.

Aux fins d'examen de la plainte, le médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au médecin examinateur tous les renseignements ou documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

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

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

RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le comité de révision peut :

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

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée. Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins. Après l'étude du comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au conseil d'administration. À toutes les étapes de l'examen d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution. Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

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

Le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.

Traitement des plaintes du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019

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

Établissement	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	Conclues durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	50	85	85	50

L'année a débuté et s'est terminée avec de nombreux dossiers en cours d'examen. À la fin de l'exercice 2018-2019, le délai d'attente moyen pour la prise en charge est d'environ 11 mois. 23 dossiers étaient en attente d'assignation, donc de prise en charge. 98 % des plaintes proviennent des hôpitaux. Le nombre de plaintes reçues en 2018-2019 a presque doublé par rapport à l'année précédente, où 46 plaintes avaient été reçues.

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter un dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2018-2019, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 22 %. Encore une fois, il importe d'interpréter sous toute réserve cette donnée puisqu'un dossier peut être en attente d'assignation depuis un certain temps; ce n'est qu'au moment où il est assigné à un médecin examinateur que le délai commence à être comptabilisé dans SIGPAQS. Cette manière de présenter les délais est représentative du temps consacré

RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

par le médecin examinateur pour traiter le dossier, mais pas de l'expérience de l'utilisateur. **Cette méthode de comptabilisation des délais a également été modifiée en cours d'année, ce qui rend les résultats peu fiables.** Lors de la présentation du rapport annuel 2019-2020, les délais de traitement des dossiers qui seront indiqués représenteront fidèlement les délais vécus par les usagers, ce qui aura l'avantage de nous centrer sur l'expérience du plaignant plutôt que sur la performance du médecin examinateur.

En effet, l'année 2018-2019 en est une de transition et, n'ayant pas l'option de modifier toutes les données accumulées, nous avons assigné les dossiers qui n'étaient pas pris en charge à la fin de l'année selon la date de réception. Nous avons donc une image mixte entre deux méthodes de calculs. Si nous pouvions modifier les données et utiliser la nouvelle méthode de calcul, le pourcentage de plaintes hors délais serait stable, mais la distribution des délais serait différente; plus de dossiers seraient dans les catégories 91-181 jours et plus, et moins dans les catégories 46-90 jours.

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

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	1,18
4 à 15 jours	4	4,71
16 à 30 jours	9	10,59
31 à 45 jours	5	5,88
Sous-total	19	22,36
46 à 60 jours	10	11,76
61 à 90 jours	8	9,41
91 à 180 jours	8	9,41
181 jours et plus	40	47,06
Sous-total	66	77,64
TOTAL	85	100

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

Historiquement, les plaintes médicales touchent principalement les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Pour l'année 2018-2019, 63 % des motifs de plaintes conclues concernaient les soins et services dispensés, tandis que les relations interpersonnelles étaient visées dans 23 % des motifs. Sous le volet « soins et services dispensés », nous retrouvons l'absence de suivi, la qualité des interventions, la continuité des soins et services lors de congés hospitaliers. Sous le volet « relations interpersonnelles », il est principalement question de commentaires inappropriés, de l'attitude, du manque d'empathie et de politesse et du manque d'informations.

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	2	0	5	1	8
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	1	0	0	4	4	9
Maltraitance	0	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	2	1	1	0	10	13	27
Soins et services dispensés	4	5	1	5	42	17	74
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	7	4	5	61	35	118
						36,45 %	

Sommaire des recommandations faites en 2018-2019

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

En 2018-2019, aucune recommandation systémique n'a été adressée au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue par les médecins examinateurs. Durant la même période, un avis a été envoyé aux médecins d'urgence de l'établissement. Cet avis prévoyait que, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de l'acte, le médecin examinateur souhaitait que tous les médecins œuvrant dans les urgences du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue soient sensibilisés au fait qu'après l'installation d'une sonde urinaire à la salle d'urgence, il est préférable de référer d'emblée tous les patients pour des soins de sonde au CLSC (lorsque le soin y est disponible). En cas de problèmes, les usagers pourront ainsi obtenir de l'aide du CLSC plutôt que de devoir consulter à nouveau à l'urgence.

Conclusions de plaintes en 2018-2019

Durant l'exercice 2018-2019, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 85 dossiers de plaintes, soit une augmentation importante du volume comparativement à l'année précédente. Le délai de traitement des plaintes reste supérieur aux normes prévues à cet effet dans 77 % des dossiers.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier, de documentation, des rencontres avec le plaignant et des professionnels visés, mais également avec divers consultants d'autres services. Ces rencontres sont nécessaires pour bien comprendre les causes des insatisfactions des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires. Certains dossiers complexes ne peuvent

RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

être conclus dans les délais prescrits étant donné les délais nécessaires à l'obtention des informations et les rencontres à organiser.

Comme indiqué, le bureau des médecins examinateurs a connu une restructuration. Les événements marquants de l'année 2018-2019 ont été les suivants :

- L'octroi d'un soutien administratif dédié au bureau des médecins examinateurs; une décision grandement appréciée par ceux-ci;
- Le recrutement et la nomination de cinq médecins examinateurs, les docteurs Martin Pham Dinh, Cécile Saelen, Andrée-Anne Corneau-T, Catherine Bich et Marc Gaudet;
- La nomination d'un coordonnateur du bureau des médecins examinateurs;
- La réorganisation du travail des médecins examinateurs autour d'un système de préanalyse des dossiers, visant à diminuer les délais de prise en charge et accélérer le travail des médecins examinateurs.

Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires

Au cours de l'année 2018-2019, deux dossiers ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. La transmission de ces dossiers est un outil efficace de correction et de prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible.

Objectifs pour l'année 2019-2020

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

- D'accepter la candidature d'un nouveau médecin examinateur;
- De diminuer les retards dans la prise en charge des dossiers;
- De stabiliser l'équipe à long terme;
- De développer l'expertise locale;
- De structurer le travail des médecins examinateurs et de proposer des modèles standardisés pour les conclusions et les recommandations.

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.

Officiers du comité

Les membres du comité sont les suivants :

Monsieur Daniel Lampron, membre du conseil d'administration, président

Docteure Stéphanie Jacques, membre désigné par le CMDP

Docteure Marie-Pier Nolet, membre désigné par le CMDP

Docteure Julie Desroches, membre désigné par le CMDP

Docteure Hélène Hottlet, membre désigné par le CMDP

Bilan des activités 2018-2019

En 2018-2019, le comité a poursuivi ses travaux de relance de ses activités et a traité des dossiers soumis à leur attention lors des deux rencontres tenues au cours de l'année. Tous les dossiers soumis au comité de révision l'ont été par les plaignants, aucun professionnel ne s'est prévalu de son droit de recours auprès de ce comité.

De ces dossiers soumis au comité de révision, trois l'étaient en raison de l'absence de réception d'une conclusion de la part du médecin examinateur, puisque celui qui était désigné pour traiter la plainte avait démissionné avant de conclure. Avec l'accord de toutes les parties concernées, ces dossiers ont été soumis à un médecin examinateur en première instance. Les principaux motifs de demandes de révision des dossiers traités concernaient la qualité des soins et services dispensés, un désaccord avec certains diagnostics et le suivi des recommandations à un médecin visé par une plainte.

Tableau 14 : Dossiers 2018-2019 – Comité de révision

Établissement	Dossiers en voie de traitement au début de l'exercice	Dossiers reçus durant l'exercice	TOTAL	Dossiers conclus/ fermés durant l'exercice	Dossier en voie de traitement à la fin de l'exercice
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	9	4	13	11	2

Perspectives d'actions et conclusion

Le comité de révision souhaite que le nombre de ses membres soit augmenté afin de s'assurer d'une meilleure marge de manœuvre quant aux différentes disponibilités lors de demandes de révision, et par le fait même, améliorer les délais de traitement des dossiers. Plusieurs changements sont survenus au sein de la composition des membres du comité durant l'année et il est important de rattraper le retard dans le traitement des demandes de révision. Le comité est fier d'avoir pu traiter la totalité des demandes reçues et souhaite maintenir la qualité du traitement accordé aux demandes de révision.

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 alimenter les réflexions à propos de l'organisation des services, 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, rappelons-le, 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 dans le but d'améliorer la qualité des soins et services offerts.

Au cours de l'année 2018-2019, une augmentation importante est remarquée dans le nombre de dossiers traités. Au total, l'équipe du bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a reçu 982 dossiers, c'est-à-dire 311 plaintes administratives reçues, 44 dossiers d'interventions ouverts sur notre initiative, et 627 assistances aux usagers et consultations des gestionnaires. En ce qui concerne les plaintes administratives et dossiers d'intervention traités, 93 mesures à portée individuelle ont été recommandées, et 170 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 les soins et services dispensés dans la majorité des plaintes administratives; c'est également le cas des plaintes médicales. Au cours de l'année, 20 plaintes ont été portées à l'attention du Protecteur 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 94 % des dossiers, ce qui représente un excellent rendement.

L'équipe du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'est impliquée dans plusieurs activités de promotion et d'information sur le régime d'examen des plaintes et les droits des usagers. Quelques formations ont également été suivies.

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 