

RAPPORT ANNUEL

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

2019-2020



Adopté par le conseil d'administration le

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.cisss-at.gouv.qc.ca

Production

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

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 : 978-2-550-87695-3
ISBN : 978-2-550-87694-6

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2020
Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2020

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 aux plaintes et à la qualité des services	IX
Faits saillants	1
Un outil d'amélioration concret	2
Régime d'examen des plaintes	3
Premier palier	4
Les rôles et responsabilités	4
Deuxième palier	4
Assistance et accompagnement	5
Partenariat avec les comités des usagers et les comités de résidents	5
Bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	6
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	6
Motifs de plaintes et niveau de traitement	8
Mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services	9
Recours au Protecteur du citoyen	11
Pouvoir d'intervention	11
Motifs d'intervention et mesures correctives	12
Assistances et consultations	13
Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes	14
Le bilan des dossiers de maltraitance	15
Rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs	16
Préambule	16
Traitement des plaintes du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020	17
Sommaire des recommandations faites en 2019-2020	19
Conclusions de plaintes en 2019-2020	20
Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires	21
Objectifs pour l'année 2020-2021	21
Rapport du comité de révision 2019-2020	22
Composition du comité	22
Mandat général du comité	22
Bilan des activités	22
Perspectives d'action pour la prochaine année	23
Conclusion	23
Conclusion et orientations	24
Remerciements	25
ANNEXE 1	27
ANNEXE 2	28
ANNEXE 3	29
ANNEXE 4	30
ANNEXE 5	32
ANNEXE 6	33

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

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

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 2019-2020	7
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2019-2020 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 2019-2020 selon la mission	12
Tableau 8 : Mesures correctives identifiées en intervention	13
Tableau 9 : Demandes d'assistance et de consultation adressées aux commissaires	14
Tableau 10 : Bilan des dossiers dont les motifs réfèrent à de la maltraitance	15
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

DROIT DE RÉSERVE

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

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

Le régime d'examen des plaintes est 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 un moyen constructif mis à la disposition des usagers afin de s'exprimer et d'être renseignés 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. Pour l'établissement, une plainte ou l'expression d'une insatisfaction est une occasion de se regarder pour s'améliorer. Nous nous attendons à ce que l'ensemble du personnel de l'établissement perçoive la plainte comme une opportunité et une occasion de se remettre en question afin de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue. L'examen d'une plainte se veut donc une démarche positive et constructive.

Tout au long de l'année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir un traitement diligent et attentif des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants. 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 est observable par leur grande implication dans les enquêtes. Comme chaque année, on constate que la collaboration de l'ensemble des intervenants de l'établissement permet d'améliorer la satisfaction des usagers et de leurs proches. Finalement, la vigilance des membres du conseil d'administration et leur rigueur face au régime d'examen des plaintes démontrent toute l'importance qu'ils accordent à la satisfaction des usagers.

L'analyse des dossiers de plaintes traitées pour l'année 2019-2020 permet encore une fois de constater l'impact positif que le régime exerce sur la qualité des services offerts par les établissements de notre région. Cette année, c'est 326 mesures d'amélioration qui ont été mises en place grâce aux plaintes et aux signalements des usagers.

Conformément aux dispositions exposées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), je vous présente le « Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'année 2019-2020 ». 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.

Bonne lecture,

La commissaire aux plaintes
et à la qualité des services,



Julie Lahaie

FAITS SAILLANTS

Nombre de dossiers administratifs reçus en 2019-2020

908

Plaintes reçues en 2019-2020	271	↓ de 13 %
Plaintes conclues en 2019-2020	278	↓ de 9 %
Motifs de plaintes	468	↓ de 3 %
Mesures correctives	280	↑ de 24 %
Mesures correctives à portée individuelle	106	↑ de 36 %
Mesures correctives à portée systémique	174	↑ de 18 %
Dossiers transmis au Protecteur du citoyen	28	↑ de 8 dossiers

Interventions ouvertes en 2019-2020	74	↑ de 68 %
Interventions conclues en 2019-2020	68	↑ de 45 %
Motifs d'intervention	95	↑ de 46 %
Mesures correctives	46	↑ de 24 %
Mesures correctives à portée individuelle	15	= à l'an dernier
Mesures correctives à portée systémique	31	↓ de 14 %

Assistances en 2019-2020	514	↓ de 14 %
Consultations en 2019-2020	49	↑ de 81 %
Dossiers de maltraitance	23	Compilation différente donc non comparable

Plaintes médicales reçues en 2019-2020	78	↓ de 8 %
Plaintes médicales conclues en 2019-2020	113	↑ de 33 %
Motifs de plaintes	167	↑ de 42 %
Mesures correctives	10 mesures et 2 recommandations 2 avis	2 avis
Dossiers transmis au comité de révision	6	↑ de 50 %

UN OUTIL D'AMÉLIORATION CONCRET

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

- Grâce à l'analyse d'une plainte chez une usagère vulnérable ayant une déficience intellectuelle, un plan de décontention a été mis sur pied par les équipes traitantes. Ce dossier a permis le respect des droits de cette usagère. Le personnel en place a dû se familiariser avec les droits des usagers et les procédés d'évaluation et autorisation d'utilisation des contentions et des mesures alternatives;
- À la suite des modifications au système téléphonique et à certaines décisions de l'établissement, un résident en CHSLD n'avait plus accès aux appels interurbains directement de sa chambre au moment où il le désirait. Finalement, le résident a retrouvé l'accès direct aux appels interurbains;
- Les droits des usagers d'un secteur de la région d'avoir accès à des soins de fin de vie encadrés et structurés seront désormais mieux respectés. À la suite d'une plainte, le personnel du secteur sera formé pour ces soins particuliers. De plus, l'établissement devra établir une structure claire d'offre de service et créer un continuum de services clairs dans lequel l'utilisateur va cheminer facilement;
- À la suite d'une plainte, il y a eu l'aménagement de trois salles de toilette pour personnes handicapées dans une installation de la région, ce qui permet un meilleur respect de la dignité des usagers présentant un handicap;
- À la suite du traitement d'une plainte, l'usagère a mentionné que les discussions ayant eu lieu pendant l'enquête et les sensibilisations faites auprès de l'équipe visée lui avaient redonné confiance dans le système. Elle a accepté une nouvelle prise en charge par l'équipe.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

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

Équipe

Madame Julie Lahaie

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Dominique Brisson

Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services (a assumé les fonctions de commissaire jusqu'au mois de juin 2019)

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 (jusqu'en mai 2019)

Madame Claudie Lacroix

Agente administrative au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (depuis juillet 2019)

Soulignons le soutien de Madame Francine Lortie, commissaire sous contrat, qui a assumé des mandats de commissaire adjointe substitut pour l'équipe.

Le traitement des plaintes médicales est assuré par une équipe de médecins examinateurs expérimentés, le tout sous la gestion d'un coordonnateur. Au 31 mars 2020, l'équipe de médecins examinateurs se composait des personnes suivantes :

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

Madame Joëlle Létourneau

Agente administrative en support aux médecins examinateurs (avril à septembre 2019)

Madame Josée Dubeau

Agente administrative en support aux médecins examinateurs (septembre 2019 à mars 2020)

Premier palier

Les rôles et responsabilités

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

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

Deuxième palier

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

À la suite de la conclusion d'un médecin examinateur, un usager insatisfait des conclusions peut soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'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 révise 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 (RPA), auprès des services préhospitaliers d'urgence ou auprès du Protecteur du citoyen. Le rôle du CAAP-AT n'en est pas un de représentant, mais bien d'assistant et d'accompagnateur du plaignant. Il s'agit d'un acteur important du régime, qui facilite le recours pour les usagers souhaitant déposer une plainte. La collaboration entre le commissaire et le CAAP-AT permet de rencontrer les responsabilités liées au soutien à offrir aux usagers dans leur démarche.

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. Pour assurer un lien avec ces instances, le bureau du commissaire tient des rencontres régulières avec la présidente du comité des usagers du centre intégré (CUCI). De plus, les membres de l'équipe participent aux rencontres des comités des usagers locaux ainsi qu'à celles des comités de résidents, et ce, au besoin.

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

Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Le tableau 1 fait état du bilan du nombre de plaintes adressées à la commissaire et aux médecins examinateurs entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1^{er} avril 2019, 28 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement. C'était également le cas pour 44 dossiers de plaintes médicales. Pour l'année 2019-2020, 271 plaintes administratives et 78 plaintes médicales ont été reçues.

En cours d'année, 28 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen en deuxième instance, et six 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 principalement dans les plaintes administratives où le délai de recours au Protecteur est de deux ans.

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	Plaintes adressées en 2 ^e instance
Commissaire	28	271	299	278	21	28
Médecin examinateur	44	78	122	113	9	6
TOTAL	72	349	421	391	30	34

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2019-2020 a diminué de façon significative comparativement à l'année 2018-2019 où 311 plaintes avaient été reçues. Toutefois, le nombre de plaintes reçues cette année est similaire au nombre de plaintes reçues lors des années antérieures, l'année 2018-2019 ayant fait figure d'exception par son nombre particulièrement élevé de plaintes.

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

Tableau 2 : Auteur de la plainte

	Auteur de la plainte en 2019-2020		TOTAL
	Usager	Représentants/tiers	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	198	83	281

La LSSSS impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'usager. Les délais d'examen des plaintes sont influencés par différents facteurs comme : la nature de la plainte, le

nombre de motifs d'insatisfaction et le nombre de personnes à rencontrer pour recueillir des observations. Le tableau 3 permet de constater que le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour plus de 86 % des plaintes conclues en 2019-2020, alors que le taux était de 94 % en 2018-2019. Face à ce constat, nous avons effectué certaines vérifications. Certaines causes d'erreur possibles furent identifiées dans notre calcul manuel du délai de 45 jours. Celles-ci peuvent expliquer l'augmentation du nombre de dossiers traités dans un délai supérieur à 45 jours. Des correctifs seront apportés pour l'année 2020-2021. 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. De plus, l'utilisateur est informé qu'il peut recourir au Protecteur du citoyen si le délai est dépassé. Aucun dossier n'a été transmis au Protecteur en raison du délai de traitement de la plainte.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2019-2020

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	7	2,5
4 à 15 jours	17	6,1
16 à 30 jours	87	31,3
31 à 45 jours	130	46,8
Sous-total	241	86,7
46 à 60 jours	23	8,3
61 à 90 jours	11	3,9
91 à 180 jours	3	1,1
181 jours et plus	0	0
Sous-total	37	13,3
TOTAL	278	100

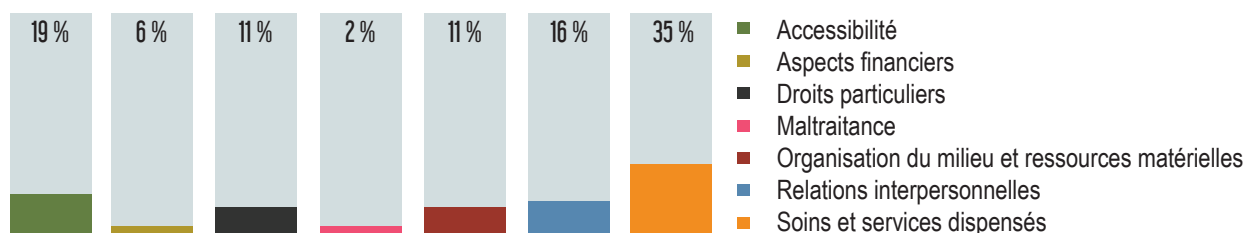
Le tableau 4 présente la répartition des plaintes reçues en fonction des diverses missions de l'établissement. Cette classification est limitée puisque le système de saisie SIGPAQS ne permet pas d'inscrire plus d'une mission par dossier de plainte alors que plusieurs plaintes touchent plus d'une mission. Les centres hospitaliers (CH) sont la mission qui reçoit le plus grand nombre de plaintes. Rappelons qu'il s'agit de l'endroit où se retrouve un grand nombre de soins et services reçus par une grande proportion de la population.

Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2019-2020 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	161	59,3
CHSLD et RI	28	10,4
CLSC	32	11,9
CPEJ	28	10,4
CRDP – CRDI – TSA	12	4,5
Organisme communautaire	2	0,7
RPA	3	1,1
Services préhospitaliers d'urgence	1	0,3
Autre	4	1,4
TOTAL	271	100

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.



Le volet *Soins et services dispensés* est l'élément d'insatisfaction le plus souvent mentionné dans les plaintes. Dans cette catégorie, ce sont les habiletés techniques et professionnelles, l'évaluation et le jugement professionnel, et les interventions réalisées qui furent soulevés le plus fréquemment. L'*Accessibilité* est le deuxième motif de plainte le plus souvent évoqué. Dans cette catégorie, on retrouve, entre autres, 11 plaintes concernant les délais pour avoir accès aux services médicaux dans les urgences de la région. Les *Relations interpersonnelles* viennent au troisième rang des motifs d'insatisfaction. À ce niveau, c'est l'utilisation de commentaires inappropriés qui a été le plus souvent mentionnée par les plaignants comme motif d'insatisfaction.

Il est à noter que certaines problématiques récurrentes sont parfois identifiées. Lorsque c'est le cas, la commissaire fait des recommandations aux instances pour corriger la situation et en informe le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) qui veillera à assurer un suivi rigoureux de la situation. Parmi les éléments

récurrents, notons la difficulté à joindre un service particulier par téléphone, les délais d'attente à l'urgence dans certains secteurs de la région et l'application de la Politique de déplacement des usagers (en lien avec les déplacements hors région des cas électifs, soit non urgents).

Le tableau 5 permet de constater que la grande majorité des motifs d'insatisfaction sont jugés comme étant recevables et analysés. Rappelons que les plaintes aux motifs à l'évidence frivoles ou vexatoires ne sont pas retenues pour analyse, conformément aux enseignements de la LSSSS. Peu de motifs de plaintes sont abandonnés en cours de traitement par l'utilisateur. Dans les rares cas d'abandon, l'équipe de la commissaire s'assure que l'abandon ne découle pas de représailles faites à l'auteur de la plainte. On observe que la moitié des objets de plaintes analysés ont conduit à une recommandation ou à 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	1	1	2	52	35	91
Aspects financiers	0	0	0	0	15	11	26
Droits particuliers	0	1	0	0	21	30	52
Maltraitance	0	0	0	0	3	5	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	1	0	1	18	30	51
Relations interpersonnelles	0	1	0	0	22	51	74
Soins et services dispensés	1	0	8	2	83	72	166
TOTAL	2	4	9	5	214	234	468

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

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts à l'établissement ou dans les organismes visés ou à garantir le respect des droits des usagers. Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par la commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement, ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation. Les mesures peuvent être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Pour l'année 2019-2020, 106 mesures individuelles et 174 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plaintes. C'est donc 280 mesures qui ont été identifiées pour bonifier la qualité des services offerts à la population. Il est pertinent de mentionner que la très grande majorité des recommandations faites sont mises en place par les gestionnaires. Le suivi de la mise en place est fait par le comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration de l'établissement.

À titre indicatif, le tableau suivant présente le libellé de quelques recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services permettant de témoigner de l'amélioration de la qualité des soins et des services. On constate que 90 mesures furent mises en place en lien avec les *Soins et services dispensés* qui est, comme vu précédemment, le motif d'insatisfaction le plus souvent mentionné. Bien que les *Relations interpersonnelles* soit au 3^e rang des motifs d'insatisfaction les plus fréquents, c'est sur cet aspect que l'on retrouve le deuxième plus grand nombre de mesures mises en place, soit 54 mesures. De ces 54 mesures, 12 furent liées à l'encadrement d'un intervenant, soit par son supérieur immédiat ou par la Direction des ressources humaines et des affaires juridiques (DRHAJ). Toujours concernant les *Relations interpersonnelles*, 19 mesures consistèrent en l'information et la sensibilisation d'un intervenant à ses obligations en lien avec le respect de l'usager par la commissaire aux plaintes ou un membre de son équipe.

Tableau 6 : Mesures correctives identifiées

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Exemple de mesures d'amélioration
Accessibilité : 45 mesures	Obtention de services	Une ressource en orthophonie a été identifiée, les services ont débuté et un plan de services complet a été transmis à l'usager.
	Ajustement des activités professionnelles	Les critères d'accès aux services d'un organisme ont été définis et sont maintenant plus clairement accessibles.
Aspects financiers : 16 mesures	Ajustement financier	Malgré le délai expiré, un remboursement a été accordé dans le cadre de la Politique de déplacement des usagers (PDU), et ce, en raison du non-respect du droit à l'information de l'usager.
	Communication/promotion	Publicisation de la politique qui prévoit des mesures d'allègements financiers pour les usagers recevant des soins fréquents.
Droits particuliers : 35 mesures	Amélioration des communications Respect des droits	Respect des droits des usagers en lien avec l'utilisation des contentions.
Maltraitance : 5 mesures	Amélioration des mesures de sécurité et de protection	Un usager ayant des comportements d'abus envers d'autres résidents fut relocalisé dans un milieu sécuritaire et adapté à ses besoins.

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Exemple de mesures d'amélioration
Organisation du milieu et ressources matérielles : 35 mesures	Ajustement technique et matériel	Des fauteuils roulants supplémentaires furent achetés et clairement identifiés pour aider la clientèle se présentant dans deux centres hospitaliers.
	Amélioration des conditions de vie	Certains aliments furent rendus disponibles en quantité suffisante dans certaines unités de milieu de vie.
Relations interpersonnelles : 54 mesures	Encadrement de l'intervenant	Des processus disciplinaires furent mis en place dans certains dossiers à la suite de notre demande à la DRHAJ de s'impliquer dans le dossier.
	Information et sensibilisation des intervenants	De nombreux rappels sur la courtoisie et le respect furent faits par l'équipe du bureau de la commissaire à plusieurs employés de façon individuelle.
Soins et services dispensés : 90 mesures	Ajustement des activités professionnelles	Une rencontre avec la famille a eu lieu et le plan d'intervention de la résidente a été revu.
	Élaboration/révision/adaptation des protocoles	Un outil aide-mémoire a été réalisé afin de mieux préparer les départs des usagers de l'urgence en toute sécurité.

Recours au Protecteur du citoyen

En 2019-2020, 28 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il est à noter que des dossiers des années antérieures peuvent faire partie de ce nombre puisque le délai maximal pour transmettre un dossier de plainte en deuxième instance au Protecteur du citoyen est de deux ans à la suite de la réception par le plaignant des conclusions du commissaire. En 2019-2020, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 30 dossiers. Des recommandations ont été faites par le Protecteur dans six dossiers incluant deux dossiers où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance. Cela signifie que dans la quasi-totalité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par notre équipe, sans y ajouter d'autre élément de recommandation.

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.

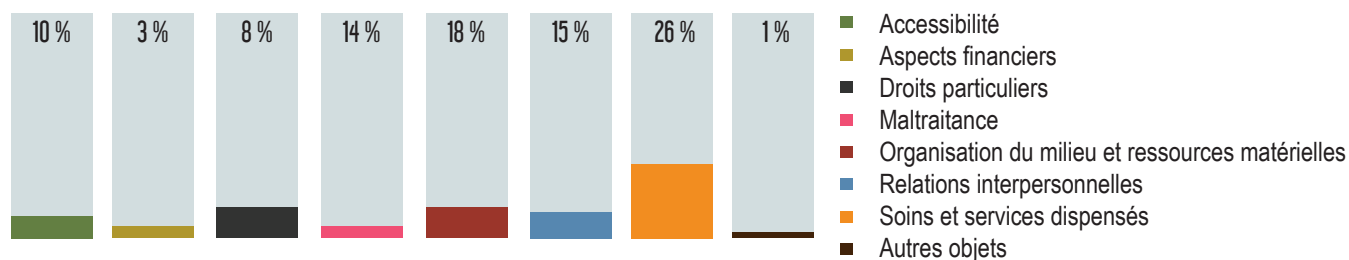
En 2018-2019, 44 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, sept étaient toujours en examen au 1er avril 2019. Pour l'année 2019-2020, c'est 74 dossiers d'intervention qui ont été ouverts par les commissaires. De ce nombre, 12 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2020.

Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2019-2020 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	26	35,0
CLSC	5	6,8
CHSLD	10	13,5
CPEJ	7	9,5
CRDM	1	1,4
RI	9	12,2
Organisme communautaire	2	2,7
RPA	10	13,5
Autre	4	5,4
TOTAL	74	100

Motifs d'intervention et mesures correctives

Le graphique suivant démontre que les motifs d'insatisfaction soulevés dans les demandes d'intervention concernent principalement les *Soins et services dispensés*, l'*Organisation du milieu et ressources matérielles* et les *Relations interpersonnelles*. Il est également pertinent de noter que l'on remarque davantage de dossiers d'intervention portant sur la maltraitance que de plaintes. Ce constat s'explique par le fait que c'est une intervention qui est enregistrée lorsque le signalant n'est pas l'usager ainsi que lorsqu'un signalement de maltraitance est reçu et ne touche pas les services et les soins dispensés par l'établissement.



En 2019-2020, 45 des 95 motifs d'intervention ont fait l'objet de mesures correctives. Ce sont 46 mesures qui ont été mises en place à la suite de l'analyse des interventions, dont 31 mesures à portée systémique.

Tableau 8 : Mesures correctives identifiées en intervention

Mesure corrective	MOTIF								
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
À PORTÉE INDIVIDUELLE									
Adaptation des soins et services	0	0	0	2	1	4	2	1	10
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Respect des droits	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Autres mesures	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Sous-total	0	0	0	5	1	6	2	1	15
À PORTÉE SYSTÉMIQUE									
Adaptation des soins et services	3	0	2	1	1	4	9	0	20
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Adoption/révision/application des règles et procédures	1	0	1	0	1	0	1	0	4
Communication	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Formation/supervision	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Respect des droits	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Sous-total	4	0	4	2	5	4	12		31
TOTAL	4	0	4	7	6	10	14	1	46

L'encadrement de l'intervenant visé est la mesure individuelle la plus appliquée à la suite d'une intervention alors que l'ajustement des activités professionnelles est la mesure systémique qui a été appliquée le plus souvent. Comme pour les plaintes, c'est en lien avec les *Soins et services dispensés* et avec les *Relations interpersonnelles* que l'on retrouve le plus grand nombre de mesures correctives mises en place pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers.

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.

Il est à noter que les dossiers d'assistance et de consultation n'ont pas tous été saisis dans le logiciel SIGPAQS, ce qui explique un écart entre les chiffres de ce rapport et celui du logiciel.

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

Type de dossier traité	Nombre de dossiers
Assistance	
Aide à la formulation d'une plainte	179
Aide concernant un soin ou un service	335
Consultation	
Consultation	49

Autres activités de l'équipe de 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

Les activités de promotion réalisées par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sont nombreuses et diversifiées. Le régime d'examen des plaintes semble bien connu et accessible. Voici quelques exemples d'activités de promotion et de collaboration réalisées en 2019-2020 :

- Participation au comité sur les droits et responsabilités des usagers en collaboration avec la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) et le CUCI visant à créer un outil d'information unique;
- Kiosque d'information à diverses activités (Foire de la santé de Kebaowek, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR), Forum régional en santé mentale, Salon des aînés, autres);
- Présence à plusieurs rencontres de comités des usagers locaux;
- Présence aux assemblées générales annuelles (AGA) des comités des usagers, du CUCI et du CAAP-AT;
- 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, etc.);
- Présence à plusieurs activités liées à la maltraitance (réflexion, élaboration d'un plan d'action régional, présentation sur le processus d'intervention concertée (PIC));
- Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes;
- Présentation du régime et des mandats aux étudiants en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue en collaboration avec le CAAP-AT et le CUCI – Entrevue filmée pour utilisation ultérieure;
- Présentation du régime lors de la journée d'accueil des nouveaux employés, qui a lieu chaque mois.

LE BILAN DES DOSSIERS DE MALTRAITANCE

La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, la Loi édicte des mesures qui visent à faciliter la dénonciation des cas d'abus ou de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés. Elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement formulé de bonne foi.

Il est à noter que la compilation des dossiers ayant comme motif la maltraitance est relativement récente. En cours d'année, l'équipe a sollicité des collègues dans la province pour instaurer ses principes de compilation.

Tableau 10 : Bilan des dossiers dont les motifs réfèrent à de la maltraitance

Missions concernées	Nombre de dossiers de plaintes dont le motif est maltraitance		Nombre de dossiers d'intervention dont le motif est maltraitance	
	Propre à l'établissement	Par un tiers	Propre à l'établissement	Par un tiers
CH	1	0	0	0
CLSC	1	0	0	2
CHSLD	3	1	1	2
CRDI-TED	1	0	0	0
RI	0	0	2	4
RPA	0	0	4	0
RTF	0	0	1	0

Ce sont 23 situations de maltraitance qui ont été signalées au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice. De ce nombre, 13 dossiers ont été fermés avec la mise en place de mesures. Il est à noter qu'en date du 31 mars 2020, deux dossiers étaient toujours en cours de traitement. Il est également important de souligner que dans une grande majorité des signalements reçus, des mesures de protection étaient déjà mises en place par les équipes dès réception du signalement afin d'assurer la sécurité des usagers. De plus, lorsque la situation de maltraitance ne découle pas d'un dispensateur de service de l'établissement, la situation est adressée aux équipes désignées en maltraitance qui assurent la mise en place des mesures appropriées.

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.

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 2019 au 31 mars 2020

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	44	78	113	9

Tous les dossiers sont pris en charge sur réception, même si le traitement de la plainte peut ne pas débiter immédiatement. Cette nouvelle façon de compiler les dossiers permet d'avoir un portrait juste de délais de traitements du point de vue du plaignant. Le délai de traitement des dossiers a diminué de façon importante. En effet, à la fin de l'exercice 2018-2019, le délai d'attente moyen pour la prise en charge était d'environ 11 mois, tandis qu'en 2019-2020, le délai a graduellement diminué jusqu'à atteindre quatre mois en moyenne pour la prise en charge et le traitement du dossier, donc de la réception à la conclusion. À la fin de l'exercice financier, neuf dossiers étaient actifs.

Il importe également de préciser que plus de 97 % des plaintes concernent les soins reçus dans les hôpitaux. Le nombre de plaintes reçues en 2019-2020 a baissé par rapport à l'année précédente, où 86 plaintes avaient été reçues.

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter un dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2019-2020, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 27 %, alors qu'il était de 22 % pour l'année précédente. Il importe d'interpréter cette donnée avec réserve puisqu'un dossier peut être reçu et pris en charge par le coordonnateur, tout en étant en attente d'assignation à un médecin examinateur; le délai commence à être comptabilisé dans SIGPAQS dès réception de la plainte. Cette manière de présenter les délais est représentative de l'expérience de l'utilisateur et non de la performance du médecin examinateur.

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

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	6	5,31
4 à 15 jours	1	0,88
16 à 30 jours	14	12,39
31 à 45 jours	9	7,96
Sous-total	30	26,54
46 à 60 jours	8	7,08
61 à 90 jours	25	22,12
91 à 180 jours	17	15,04
181 jours et plus	33	29,20
Sous-total	83	73,44
TOTAL	113	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*. C'est encore le cas pour l'année 2019-2020, puisque 68 % 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 majoritairement l'évaluation et le jugement professionnel, mais également les habiletés techniques et professionnelles, le choix de médication, de même que la qualité des interventions et des soins. Sous le volet *Relations interpersonnelles*, il est principalement question d'un manque de politesse, d'empathie ou d'informations, de même que des commentaires et gestes inappropriés ou discriminatoires.

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	3	0	1	0	5	0	9
Aspects financiers	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	1	0	0	3	1	5
Maltraitance	0	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	1	0	1
Relations interpersonnelles	1	0	0	1	33	3	38
Soins et services dispensés	2	0	5	7	82	18	114
Autre	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	1	6	8	124	22	167
						13 %	

Sommaire des recommandations faites en 2019-2020

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

En 2019-2020, dix mesures à portée systémique ont été prévues à la suite du traitement de dossiers, incluant les deux recommandations systémiques suivantes, adressées au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue par les médecins examinateurs :

- Que le département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue révise la préparation, l'information transmise et la trajectoire des patientes enceintes ayant un domicile jugé éloigné et qui se présentent dans un département d'obstétrique du territoire en phase de latence;

- Que la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU) et la Direction des soins infirmiers (DSI) effectuent un rappel auprès de tous les professionnels médicaux et paramédicaux des services d'endoscopie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue précisant que le consentement à une procédure nécessitant une sédation ne peut être obtenu qu'après la rencontre entre le médecin et le patient et que le consentement écrit devrait être obtenu par le médecin et documenté ainsi au dossier du patient.

Durant la même période, bien que la conduite du médecin visé par la plainte ait été jugée adéquate, les deux avis suivants ont été envoyés par le médecin examinateur au chef de département des urgences de l'établissement dans une perspective d'amélioration continue des soins et services :

- Que tous les médecins d'urgence de la région adoptent une conduite cohérente vis-à-vis la prescription de doses limitées de médicament analgésique, surtout ceux de type narcotique, pour les douleurs chroniques non cancéreuses;
- Que soit améliorée l'ordonnance de départ au département de l'urgence afin d'éviter une application littérale qui aurait pour conséquence de réduire la place d'un soin centré sur l'usager.

Conclusions de plaintes en 2019-2020

Durant l'exercice 2019-2020, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 113 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 73 % 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 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 2019-2020 ont été les suivants :

- La nette diminution des délais moyens de traitements au cours de la dernière année, passant de 11 à quatre mois;
- Le recrutement et la nomination d'un nouveau médecin examinateur, le docteur Elizabeth Azuelos.

Dossiers transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires

Au cours de l'année 2019-2020, aucun dossier n'a été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. La transmission de ces dossiers est un outil efficace de correction et de prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible.

Objectifs pour l'année 2020-2021

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

- Minimiser les délais de traitements et les impacts de la pandémie sur nos processus;
- Développer et utiliser les outils pour l'organisation de rencontres virtuelles afin de respecter les principes de distanciation sociale durant la pandémie;
- Stabiliser l'équipe à long terme;
- Développer l'expertise locale.

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION 2019-2020

Composition du comité

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

- Le président est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration qui ne sont pas à l'emploi de l'établissement ou qui n'y exercent pas leur profession.
- Les quatre autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'établissement, sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Au 31 mars 2020, le comité est composé des membres suivants :

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

Dre Stéphanie Jacques, Membre désigné par le CMDP

Dre Marie-Pier Nolet, Membre désigné par le CMDP

Dre Julie Desroches, Membre désigné par le CMDP

Dre Hélène Hottlet, Membre désigné par le CMDP

Dre Claudie Lavergne, Membre désigné par le CMDP

Mandat général du comité

Le comité de révision a pour fonction, lorsque la demande lui est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou toute personne par le médecin examinateur du Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

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

Bilan des activités

Dû à la météo et avec le contexte de la pandémie, seulement deux rencontres se sont tenues, soit le 29 octobre 2019 et le 14 janvier 2020 afin d'analyser les dossiers en cours.

Rappelons que le comité de révision n'a que quatre choix de conclusion finale. Décision : Motifs à l'appui, l'avis du comité de révision doit conclure à l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement concerné ;

- 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 local de l'établissement concerné ;
- 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 ;
- 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.

Au 31 mars 2019, dix dossiers étaient ouverts dont :

- Un dossier 2015
- Quatre dossiers 2018
- Cinq dossiers 2019

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

Un médecin membre du comité de révision, Dre Claudie Lavergne, a rejoint l'équipe le 19 mars 2020.

Perspectives d'action pour la prochaine année

Le comité de révision souhaite améliorer les délais de traitement afin de pouvoir traiter l'ensemble des dossiers courants.

Conclusion

L'année 2019-2020 fut une année difficile étant donné le manque de disponibilité de quelques médecins, mais également avec le contexte de la pandémie de la COVID-19. Pendant la pandémie, nous avons dû annuler un total de 5 rencontres avec les plaignants. Cependant, le comité souhaite maintenir la qualité des traitements accordée aux différentes demandes de révision.



Daniel Lampron, Président

CONCLUSION ET ORIENTATIONS

Encore une fois cette année, le régime d'examen des plaintes a permis aux usagers de s'exprimer sur les soins et services reçus et sur le respect de leurs droits. Par le fait même, le régime a permis à l'établissement 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.

Grâce à l'apport des usagers, de leurs représentants et des signalants, l'application du régime d'examen des plaintes a permis de mettre en place plusieurs pistes d'amélioration en ce qui a trait à la qualité des soins et des services pour les usagers fréquentant les différentes installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et autres établissements de la région, et ce, dans le respect de leurs droits.

Concernant l'analyse des plaintes et des interventions réalisées au cours de la dernière année, le bilan permet de cibler certaines problématiques nécessitant des améliorations :

- Les dossiers de plaintes portant sur les délais d'attente dans les urgences de la région demeurent fréquents. L'importance d'effectuer les réévaluations de l'état de l'utilisateur lors de l'attente a été rappelée à quelques occasions encore cette année. Nous avons constaté la mise en place de mesures importantes qui permettront possiblement d'améliorer cette situation;
- Malgré toute la bonne volonté, on constate l'impact des enjeux des ressources humaines sur les soins offerts à nos usagers. C'est particulièrement préoccupant dans les milieux de vie (CHSLD, RI). La pénurie de personnel, le fort taux de roulement et la présence de la main-d'œuvre indépendante ont un impact sur la constance des soins, sur la personnalisation de ceux-ci et sur leur continuité;
- Dans plusieurs secteurs, la clientèle présente de plus en plus de besoins spécifiques dépassant parfois la capacité de la ressource à offrir les services requis. Placer l'utilisateur au bon endroit demeure un défi important pour l'ensemble du réseau;
- L'accessibilité à certains services spécialisés en région demeure parfois problématique tout comme l'est l'accès à ces mêmes services à l'extérieur de la région. Nous notons des actions concrètes dans la dernière année pour améliorer l'accompagnement, l'information et l'accès aux services spécialisés. Nous demeurerons vigilants à l'efficacité de ces actions pour la prochaine année.

L'année 2020-2021 débute dans un contexte de pandémie qui influencera certainement le fonctionnement du régime d'examen des plaintes dans la prochaine année. Toutefois, malgré le contexte, il est primordial d'avoir accès à ce recours indépendant qu'est le régime d'examen des plaintes. Ainsi, pour la prochaine année, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et son équipe poursuivront leurs efforts afin de développer une meilleure connaissance du recours au régime d'examen des plaintes et des droits des usagers, et ce, dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des services qui y sont offerts. Pour assurer le bon fonctionnement du régime d'examen des plaintes, il sera également essentiel de maintenir et de bonifier nos partenariats existants avec l'ensemble des acteurs concernés par la qualité des services offerts aux usagers. C'est ensemble que nous continuerons d'améliorer la qualité des soins et services offerts à notre population.

REMERCIEMENTS

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

Merci également à tous les gestionnaires et l'ensemble des membres du personnel qui œuvrent au quotidien pour le maintien de la qualité des soins et des services aux usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Un merci particulier à Mme Caroline Roy, présidente-directrice générale qui nous accorde son soutien tout en respectant l'indépendance de nos fonctions.

Nous remercions également les directeurs et directeurs adjoints de l'établissement pour leur implication et leur engagement. Nous avons avec eux un partenariat essentiel à l'efficacité du régime d'examen des plaintes.

Aux membres du conseil d'administration du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui nous accordent leur confiance et leur soutien ainsi qu'à M. Richard Vallée, président du CVQ, un grand merci.

À Mme Claudette Carignan, présidente du CUCI, pour son implication et pour sa vision ayant apporté un souffle nouveau à notre collaboration.

À l'ensemble des membres des comités des usagers et des comités de résidents de la région, votre apport et votre collaboration sont excessivement utiles à notre travail et surtout, au bien-être des usagers. Vous êtes des partenaires de premier plan et sachez que nous sommes disponibles pour vous.

Annexes



Portrait global de la région et du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

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

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

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

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

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

ANNEXE 2

Liste des droits des usagers

- Être informé sur les services existants et la façon de les obtenir.
- Recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.
- Choisir le professionnel ou l'établissement dont vous recevrez les services.
- Recevoir des soins en cas d'urgence.
- Être informé sur votre état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins vous concernant.
- Être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services.
- Être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de votre dignité, de votre autonomie, de vos besoins et de votre sécurité, au cours de toute intervention.
- Accepter ou refuser, vous-même ou par l'entremise de votre représentant, les soins de façon libre et éclairée.
- Avoir accès à votre dossier, qui est confidentiel.
- Participer aux décisions qui vous concernent.
- Être accompagné ou assisté d'une personne de votre choix lorsque vous désirez obtenir des renseignements sur les services.
- Porter plainte sans risque de représailles, être informé de la procédure d'examen des plaintes et être accompagné ou assisté à toutes les étapes de vos démarches, si nécessaire.
- Être représenté pour tous vos droits reconnus si vous devenez inapte, de façon temporaire ou permanente, à donner votre consentement.
- Recevoir des services en langue anglaise, si vous êtes anglophone, selon le programme d'accès gouvernemental.
- Recevoir des soins de fin de vie.

ANNEXE 3

Types de dossiers

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

Plainte

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

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

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

Intervention

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

Assistance

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

Consultation

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

ANNEXE 4

Motifs de plaintes et d'intervention

Accessibilité

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

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

Aspects financiers

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

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

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

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

Concerne le droit des usagers :

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

Maltraitance

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

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

Organisation du milieu et ressources matérielles

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

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

Relations interpersonnelles

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

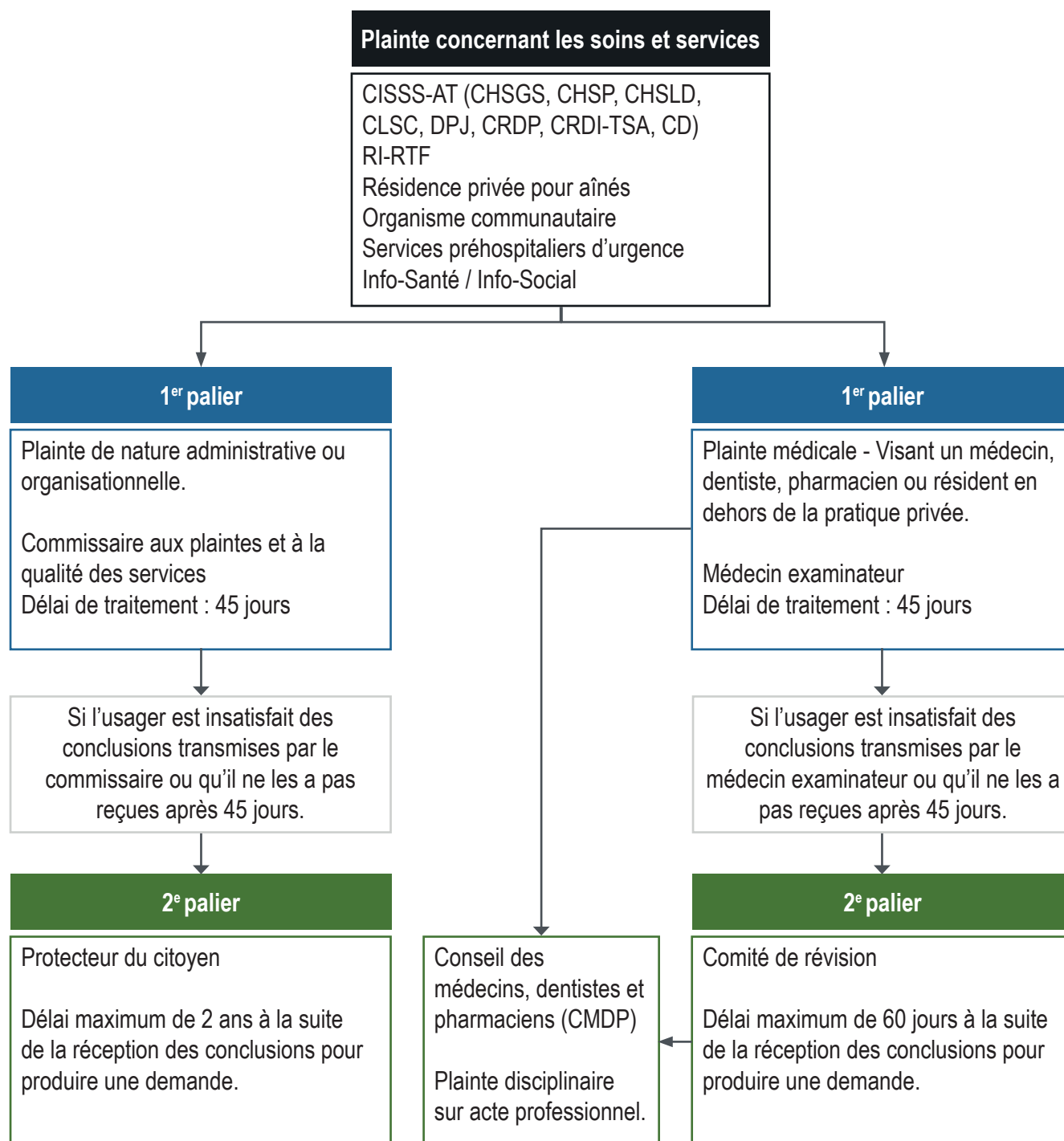
Soins et services dispensés

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

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

ANNEXE 5

Cheminement des plaintes



ANNEXE 6

Recommandations faites dans le cadre du régime d'examen des plaintes

Mesures/Motifs		Accessibilité	Aspects financiers	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE	Adaptation des soins et services	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ajustement professionnel	0	0	0	1	0	2	5	0	8
	Amélioration des communications	0	0	0	0	1	1	2	0	4
	Changement d'intervenant	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Élaboration/révision/application	1	0	0	1	0	1	6	0	9
	Encadrement de l'intervenant	1	0	1	1	0	16	7	1	27
	Évaluation ou réévaluation des besoins	1	0	1	0	1	0	4	0	7
	Formation du personnel	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	Relocalisation / transfert d'un usager	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	Autre	1	0	0	1	0	0	0	0	2
	Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Ajustement financier	0	7	1	0	1	0	0	0	9
	Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	3	0	1	1	0	0	4	0	9
	Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	2	1	2	20	0	0	25
	Obtention de services	2	0	0	0	0	0	4	0	6
	Respect des droits	0	0	2	1	0	0	1	0	4
	Autre	1	0	1	0	1	2	0	0	5
	Sous-total	10	7	9	8	7	43	36	1	121

Mesures/Motifs		Accessibilité	Aspects financiers	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	TOTAL
MESURES À PORTÉE SYSTÉMIQUE	Adaptation des soins et services	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ajustement professionnel	7	0	2	1	2	2	18	0	32
	Ajout de service ou de ressource humaine	3	0	0	0	0	0	0	0	3
	Amélioration des communications	3	0	8	0	0	0	5	0	16
	Collaboration avec le réseau	1	0	0	0	1	0	1	0	3
	Élaboration/révision/application	5	1	3	1	0	0	4	0	14
	Encadrement des intervenants	0	0	0	0	0	9	3	0	12
	Évaluation des besoins	1	0	0	0	0	0	2	0	3
	Information et sensibilisation des intervenants	3	0	4	0	3	4	12	0	26
	Réduction du délai	1	0	0	0	0	0	2	0	3
	Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ajustement technique et matériel	3	0	2	0	11	1	0	0	17
	Amélioration des conditions de vie	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	1	3	0	1	0	5
	Autre	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	Adoption/révision/application des règles et procédures	11	4	5	0	5	3	14	0	42
	Communication/promotion	0	4	2	0	3	1	2	0	12
	Formation/supervision	1	0	1	0	1	1	3	0	7
	Respect des droits	0	0	2	1	0	0	0	0	3
	Autre	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	Sous-total	39	9	30	4	34	21	68	0	205
	TOTAL	49	16	39	12	41	64	104	1	326



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

Québec

