



# 2015-2016

## RAPPORT ANNUEL

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

---

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

Adopté par le conseil d'administration le 6 octobre 2016

**Ce document a été réalisé par :**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
1, 9<sup>e</sup> Rue  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-3264

Télécopieur : 1 819 797-1947

Site Web : [www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)

**Production**

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

**Conception graphique**

Pascale Guérin, technicienne en communication

**Révision des textes**

Nathalie Bernier, conseillère cadre | Bureau du PDG

ISBN : 978-2-89391-687-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89391-688-0 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2016

Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2016

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

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

@ Gouvernement du Québec

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>vii</b>
<b>MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES</b>	<b>ix</b>
<b>FAITS SAILLANTS</b>	<b>1</b>
<b>RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES</b>	<b>2</b>
Premier palier	2
Deuxième palier	2
Assistance et accompagnement	2
Partenariat avec les comités des usagers et les comités de résidents	3
<b>BILAN DES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES</b>	<b>4</b>
Faits saillants	4
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	4
Motifs de plaintes et niveau de traitement	8
Motifs de plaintes et mesures correctives	9
Pouvoir d'intervention	10
Motifs d'intervention et mesures correctives	11
Assistances et consultations	12
Autres activités de l'équipe de la gestion des plaintes	13
<b>RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS</b>	<b>14</b>
<b>RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION</b>	<b>17</b>
Fonctions du comité de révision	17
Officiers du comité de révision	17
Bilan des activités 2015-2016	17
<b>CONCLUSION</b>	<b>19</b>



## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

<b>CAAP-AT</b>	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Abitibi-Témiscamingue
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CPEJ</b>	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
<b>CRDIAT</b>	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue
<b>CRDI</b>	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
<b>CRDP</b>	Centre de réadaptation en déficience physique
<b>CRJDA</b>	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>RI</b>	Ressource intermédiaire
<b>SIGPAQS</b>	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services
<b>TSA</b>	Trouble du spectre de l'autisme



# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bilan des plaintes reçues au CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue	5
Tableau 2 : Auteur de la plainte	5
Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2015-2016	6
Tableau 4 : Plaintes reçues pour l’année 2015-2016 selon la mission	6
Tableau 5 : Répartition des objets de plaintes selon les motifs et le niveau de traitement	8
Tableau 6 : Mesures correctives identifiées	9
Tableau 7 : Interventions amorcées pour l’année 2015-2016 selon la mission	10
Tableau 8 : Répartition des objets d’intervention selon les motifs et le niveau de traitement	11
Tableau 9 : Mesures correctives identifiées	12
Tableau 10 : Demandes d’assistance et de consultation adressées aux commissaires	13
Tableau 11 : Plaintes traitées en 2015-2016 - Médecins examinateurs	14
Tableau 12 : Délai de traitement des dossiers de plainte conclue - Médecins examinateurs	14
Tableau 13 : Répartition des objets selon les motifs et le niveau de traitement – Plaintes médicales	15
Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs	16





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

L'amélioration continue de la qualité des services offerts constitue un enjeu majeur pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la province et le régime d'examen des plaintes est l'un des outils permettant d'atteindre ce but. Ce régime permet d'obtenir une évaluation de la qualité des services perçue par les usagers.

L'année 2015-2016 a été, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, une année de grands changements. En effet, le 1<sup>er</sup> avril 2015 marquait la naissance d'un nouvel établissement administratif, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. C'est maintenant ensemble que les dix anciens établissements de la région se doivent de travailler à améliorer la qualité des services offerts à la population.

Comme l'ensemble des nouvelles directions, l'équipe du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a eu à organiser ses services tout en assurant les mandats qui lui sont confiés. Plus d'un an plus tard, il est agréable de constater que l'équilibre semble maintenant atteint et que la transition de l'équipe est derrière nous.

Il est toutefois possible de constater que les résultats obtenus pour l'année 2015-2016 démontrent l'impact de la transition. En effet, une diminution du nombre de plaintes pour la région est observée comparativement aux dernières années. Malgré toute la volonté des différents acteurs, le régime semble avoir été moins accessible pendant les premiers mois de l'année 2015-2016, ce qui a probablement contribué à cette diminution.

Conformément aux dispositions exposées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, je vous présente avec plaisir le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'année 2015-2016*. Ce document s'adresse non seulement au conseil d'administration, mais également à toute personne intéressée par l'amélioration de la qualité des services offerts au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

La commissaire aux plaintes  
et à la qualité des services,



Julie Lahaie

## FAITS SAILLANTS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (RLRQ, chapitre S-4.2) 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. Le rapport présente également le rapport des médecins examinateurs et le rapport du comité de révision de l'établissement.

Depuis le 29 avril 2015, le mandat de commissaire aux plaintes et à la qualité des services est assuré par madame Julie Lahaie. Madame Dominique Brisson assume le rôle de commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services depuis le 29 septembre 2015. Depuis janvier 2016, l'équipe compte également deux agentes de planification, de programmation et de recherche, mesdames Janick Lacroix et Julie Thibeault, dont les fonctions sont en constante évolution. L'équipe bénéficie aussi du soutien de madame Danielle Landriault à titre d'agente administrative.

Il est important de remercier ici monsieur Alain Couture et madame Marianne Gagnon-Bourget qui ont assumé le rôle de commissaire adjoint pendant quelques mois pour l'année 2015-2016.

Les mandats de médecin examinateur sont actuellement couverts par secteur territorial. Malheureusement, une mouvance sur ce plan est observable. Pour l'année 2015-2016, les mandats ont été confiés aux médecins suivants :

MRC d'Abitibi :	Dre Lyse Landry, puis Dre Audrey Vermette
MRC d'Abitibi-Ouest :	Dr Issam El-Haddad
Ville-MRC de Rouyn-Noranda :	Dre Renée Lamontagne, puis Dr Roland Pouchol
MRC de Témiscamingue :	Dre Lyse Landry, puis Dr Issam El-Haddad
MRC de La Vallée-de-l'Or :	Dre Katherine Perry-Charbonneau et Dre Catherine Bouchard

Dans le cadre de son mandat, le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services se doit d'offrir ses services à l'ensemble de la population utilisant les services des installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, des organismes communautaires, des résidences privées pour aînés et des services préhospitaliers d'urgence de la région. Le régime d'examen des plaintes couvre également les services offerts par des partenaires avec qui le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a une entente en vertu de la LSSSS.

Pour l'année 2015-2016, l'établissement a reçu 201 plaintes administratives et 38 plaintes médicales. Pour les plaintes administratives, il s'agit d'une diminution importante comparativement à l'année 2014-2015 où 295 plaintes avaient été reçues. Pour ce qui est des plaintes médicales, nous observons une augmentation comparativement à l'année dernière où 27 plaintes avaient été reçues. Les plaintes administratives portent principalement sur les *Soins et services dispensés* avec 29 % des objets de plaintes, suivi par les *Relations interpersonnelles*, l'*Accessibilité* et l'*Organisation du milieu et des ressources matérielles*, représentant chacun 19 %, 18 % et 17 % des objets de plaintes. Les plaintes médicales quant à elles portent principalement sur les *Soins et services dispensés* avec près de 68 % des objets d'insatisfaction.

# RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

## Premier palier

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

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

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

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

## Deuxième palier

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

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

## Assistance et accompagnement

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Abitibi-Témiscamingue (CAAP-AT) est un organisme reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par la LSSSS. Sa mission est définie à l'article 76.6 de la LSSSS. Le CAAP-AT aide les personnes qui désirent déposer une plainte auprès d'un établissement de santé, d'un organisme communautaire, d'une résidence privée pour aînés, des services préhospitaliers d'urgence ou du Protecteur du citoyen. Ce service régional est gratuit et confidentiel et permet d'assister les usagers ou leurs représentants dans la rédaction de leur plainte. Ceux-ci peuvent également accompagner l'usager lors des rencontres avec les acteurs du régime d'examen des

plaintes. De plus, cet organisme fournit de l'information sur les droits des usagers et sur le régime d'examen des plaintes. Les professionnels de cet organisme sont à même de diriger l'utilisateur ou son représentant vers les bonnes ressources, lorsque nécessaire. Il s'agit d'un partenaire important pour le régime d'examen des plaintes.

## Partenariat avec les comités des usagers et les comités de résidents

Les comités des usagers et les comités de résidents de l'établissement sont des partenaires importants pour le régime d'examen des plaintes. En effet, la LSSSS leur confie des mandats communs sur le plan de la promotion des droits. Plusieurs activités de promotion des droits sont réalisées annuellement pour informer la population sur leurs droits et leurs obligations.



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

## Faits saillants

Comme mentionné précédemment, l'année 2015-2016 a été une année de changement, de transition. Il est important de souligner que la fusion des bases de données du Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) a été effectuée à la fin mars 2016. La saisie des données et leur validité en ont possiblement été affectées. Il est donc primordial d'analyser les chiffres de cette année avec vigilance.

Pour l'année 2015-2016, l'établissement a reçu 201 plaintes administratives et 38 plaintes médicales, pour un total de 239 plaintes. Pour les plaintes administratives, il s'agit d'une diminution importante comparativement à l'année 2014-2015 où 295 plaintes avaient été reçues. Pour les plaintes médicales, nous observons une légère augmentation comparativement à l'année dernière où 27 plaintes ont été reçues.

Les plaintes administratives reçues portent principalement sur les *Soins et services dispensés* avec 29 % des objets de plaintes, suivi par les *Relations interpersonnelles*, *l'Accessibilité* et *l'Organisation du milieu et des ressources matérielles* représentant chacun, 19 %, 18 % et 17 % des objets de plaintes.

Comme c'est le cas chaque année, les plaintes administratives sont principalement dirigées 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 79 % des plaintes conclues en 2015-2016, alors que le taux était de 74 % en 2014-2015.

L'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a réalisé des activités de promotion des droits avec certains des comités des usagers de la région. L'équipe a veillé à ce que des affiches sur le régime d'examen des plaintes avec leurs coordonnées soient installées en quantité suffisante aux endroits stratégiques des installations. La distribution des dépliants sur le régime d'examen des plaintes et des outils d'information a été mise en place au bénéfice des usagers. L'équipe est sensible aux besoins d'information des usagers et certaines rencontres ont eu lieu, autant avec les usagers qu'avec le personnel des établissements. Évidemment, avec la restructuration de l'équipe et l'adaptation à la nouvelle réalité du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, l'équipe n'a pu faire autant de promotions que par les années précédentes. L'augmentation des activités de promotion sera l'un des objectifs de l'année 2016-2017.

## 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<sup>er</sup> avril 2015 et le 31 mars 2016. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1<sup>er</sup> avril 2015, 31 plaintes administratives et 13 plaintes médicales étaient toujours en cours de traitement. Pour l'année 2015-2016, 201 plaintes administratives et 38 plaintes médicales ont été reçues. Un total de 210 plaintes administratives a été conclu pour cette année.

En cours d'année, 3 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen et 4 plaintes médicales ont été transmises à l'attention du comité de révision en deuxième instance.

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

	Plainte en voie de traitement au 1 <sup>er</sup> avril 2015	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2016	Plainte adressée en 2 <sup>e</sup> instance
Commissaire	31	201	232	210	22	3
Médecin examinateur	13	38	51	27	24	4
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>239</b>	<b>283</b>	<b>237</b>	<b>46</b>	<b>7</b>

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2015-2016 a connu une diminution d'environ 33 % comparativement à l'année dernière. En effet, pour l'année 2014-2015, 295 plaintes administratives avaient été reçues par les 10 établissements de la région. Malheureusement, il est possible que cette diminution soit liée à la réorganisation dans le réseau. Malgré tous les efforts mis en place par l'organisation, le régime d'examen des plaintes a possiblement été moins accessible. Dans les premiers mois, la promotion a pratiquement cessé; les coordonnées téléphoniques du régime ont été modifiées et les acteurs ont changé. Il est toutefois rassurant de constater que le roulement habituel a repris son cours dans les derniers mois de l'année.

La LSSSS indique qu'une plainte peut être déposée par un usager ou par son représentant légal. Toutefois, avec le consentement de l'usager, un proche ou un tiers non-représentant peut également déposer une plainte. Le tableau 2 démontre que 131 usagers ont déposé eux-mêmes la plainte, alors que 83 usagers étaient représentés ou accompagnés par une autre personne, un conjoint, un tiers ou un professionnel. De ce fait, il est constaté que 61 % des personnes qui portent plainte le font de leur propre initiative et par leur propre moyen. Il est important de préciser qu'une plainte peut avoir plus d'un auteur, ce qui explique que le nombre d'auteurs soit supérieur au nombre de dossiers reçus.

**Tableau 2 : Auteur de la plainte**

	Auteur de la plainte en 2015-2016				TOTAL
	Usager	Représentant	Tiers	Professionnel concerné	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	131	79	4	0	<b>214</b>

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

Le tableau 3 permet de dresser les constats en lien avec le délai de traitement des plaintes administratives. Il est constaté que le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour 79 % des plaintes conclues en 2015-2016, alors que le taux était de 74 % en 2014-2015. Il est par ailleurs intéressant de constater que plus de 14 % des plaintes ont été conclues en moins de 15 jours et que près de 65 % d'entre elles ont nécessité de 16 à 45 jours. Finalement, 21 % des plaintes ont été conclues en plus de 45 jours.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2015-2016

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	12	5,7 %
4 à 15 jours	18	8,6 %
16 à 30 jours	34	16,1 %
31 à 45 jours	102	48,6 %
<b>Sous-total</b>	<b>166</b>	<b>79,0 %</b>
46 à 60 jours	17	8,1 %
61 à 90 jours	12	5,7 %
91 à 180 jours	13	6,2 %
181 jours et plus	2	1,0 %
<b>Sous-total</b>	<b>44</b>	<b>21,0 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100 %</b>

En raison de la réorganisation de l'établissement, il est actuellement difficile de classer les plaintes par mission. Malgré le regroupement, il est parfois plus simple de classer les dossiers en fonction des anciennes appellations. Toutefois, il est également pertinent de pouvoir sortir des données en fonction des nouvelles directions. Il est donc important de comprendre que pour l'année 2015-2016, la classification des dossiers de plaintes en fonction de la mission visée peut être influencée par le contexte de réorganisation.

Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2015-2016 selon la mission

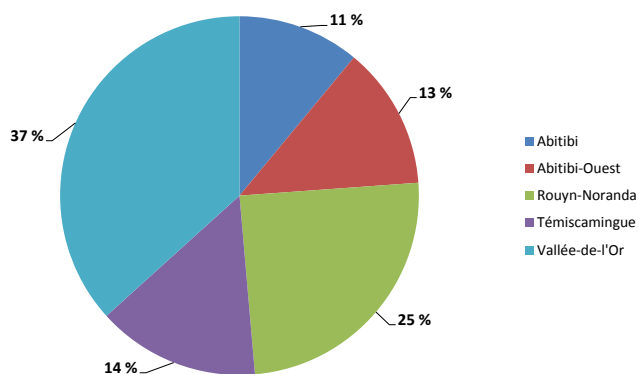
Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	108	54 %
CLSC	32	15,8 %
CHSLD	28	13,8 %
CRDP	6	3 %
CRDI – TSA	2	1 %
CRJDA	1	0,5 %
CPEJ	15	7,4 %
Organisme communautaire	1	0,5 %
Résidence privée pour aînés	5	2,5 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	0,5 %
Autre	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>100 %</b>

Comme il est indiqué au tableau 4, l'établissement a reçu 108 plaintes concernant les services de la mission centre hospitalier (CH), suivi de 32 plaintes pour la mission centre local de services communautaires (CLSC). Les services des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), incluant les ressources intermédiaires (RI) des programmes personnes vieillissantes en perte d'autonomie, ont fait l'objet de 28 plaintes.

Comme mentionné précédemment, l'année 2015-2016 a connu une diminution significative du nombre de plaintes, ce qui rend difficiles les comparatifs directs entre les nombres de plaintes. Toutefois, en utilisant les pourcentages du nombre de plaintes que représente chaque mission, un comparatif intéressant peut être obtenu. En 2014-2015, près de 55 % des plaintes reçues visaient la mission CH, ce qui est de même pour cette année. En 2014-2015, les plaintes visant les CLSC et les CHSLD représentaient respectivement 12 % et 17 %, alors que cette année les plaintes visant les CLSC représentent 16 % et celles en CHSLD 14 %. La plus grande augmentation en termes de pourcentage de plaintes concerne celles visant la mission CRDP, mais le nombre de plaintes y demeure minime (6 dossiers). Les plus grandes diminutions sont celles en centre jeunesse et dans les résidences privées pour aînés.

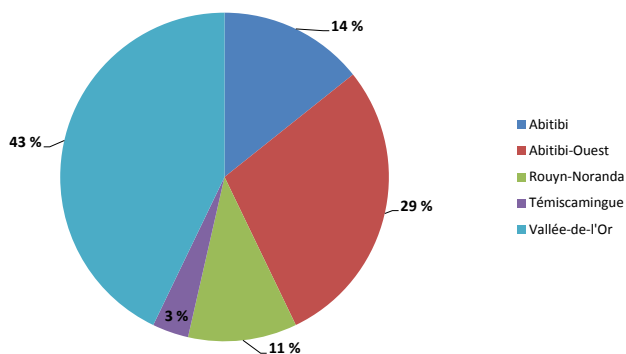
L'analyse de la répartition géographique des plaintes visant les centres hospitaliers démontre une diminution considérable de plaintes dans le secteur de l'Abitibi-Ouest, qui représentait 19 % des plaintes CH en 2014-2015. Nous observons toutefois une augmentation du pourcentage de plaintes provenant des secteurs de l'Abitibi (de 7 % à 11 %) et du Témiscamingue (de 6 % à 14 %). Les deux autres secteurs sont stables.

Répartition des plaintes CH par secteur géographique



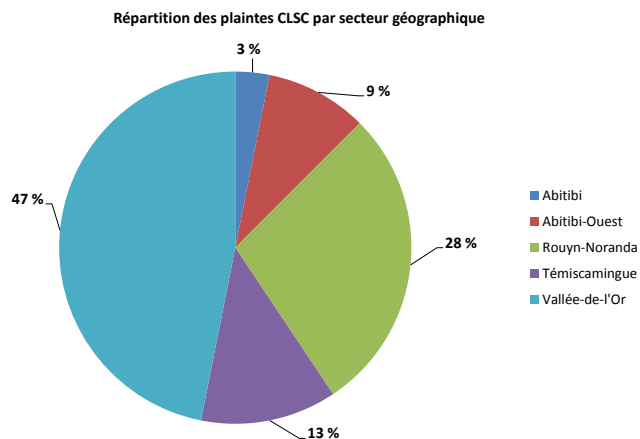
En regardant la répartition géographique des plaintes visant les CHSLD, nous constatons que le pourcentage des plaintes touchant cette mission dans le secteur de la Vallée-de-l'Or a fortement augmenté cette année, passant de 26 % en 2014-2015 à 43 % cette année. Toutefois, le nombre de plaintes est demeuré le même. Cette augmentation est causée par la diminution du nombre de plaintes dans les secteurs de l'Abitibi (de 10 dossiers à 4, donc de 22 % à 14 %) et de l'Abitibi-Ouest (de 18 à 8 dossiers, soit de 40 % à 29 %).

Répartition des plaintes CHSLD par secteur géographique





Pour les plaintes visant les CLSC de la région, une augmentation du pourcentage des plaintes provenant de la Vallée-de-l'Or est constatée, passant de 21 % en 2014-2015 à 47 % cette année, ainsi qu'une diminution importante du pourcentage de plaintes provenant de l'Abitibi-Ouest (de 36 % à 9 %).



## Motifs de plaintes et niveau de traitement

L'objet d'une plainte est l'élément ou les éléments ayant conduit à l'insatisfaction de l'utilisateur. L'analyse de la prédominance ou de la récurrence des objets de plaintes peut nous permettre de cibler des secteurs à améliorer et, ainsi, nous permettre d'être plus efficaces dans l'amélioration continue de la qualité de nos services. Les objets de plaintes, tels que retrouvés dans le logiciel SIGPAQS, sont répartis en 7 grandes catégories : *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 décider de la recevabilité de celle-ci. Un objet de plainte peut être rejeté sur examen sommaire, abandonné par l'utilisateur ou, encore, son traitement peut être cessé, par exemple s'il est hors compétence ou en l'absence du consentement de l'utilisateur. L'examen d'un objet de plainte peut également être complété avec ou sans mesure identifiée. Le tableau suivant démontre qu'en 2015-2016, plus de 91 % des objets de plaintes ont été traités complètement.

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

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	1	1	1	0	28	26	57
Aspect financier	0	0	0	0	4	8	12
Droits particuliers	1	0	1	0	26	18	46
Organisation du milieu et ressources matérielles	5	0	2	0	24	24	55
Relations interpersonnelles	1	2	2	3	22	30	60
Soins et services dispensés	1	5	1	0	49	36	92
Autre	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>153</b>	<b>142</b>	<b>323</b>
						<b>44 %</b>	

## Motifs de plaintes et mesures correctives

Sur les 142 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 172 mesures ont été identifiées. Il est à noter que plus d'une mesure peut être apportée à un motif, ce qui explique le plus grand nombre de mesures que de motifs.

Tableau 6 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
<b>À PORTÉE INDIVIDUELLE</b>								
Adaptation des soins et services	5	0	1	2	5	12	0	25
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	0	0	0	0	1
Ajustement financier	0	6	1	1	0	0	0	8
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	0	0	0	0	0	1	0	1
Information/sensibilisation d'un intervenant	4	0	3	0	10	0	0	17
Obtention de services	2	0	0	0	0	2	0	4
Respect des droits	0	0	2	0	2	0	0	4
Respect du choix	0	0	2	0	0	1	0	3
Autre	0	0	1	1	1	0	0	3
<b>Sous-total</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>66</b>
<b>À PORTÉE SYSTÉMIQUE</b>								
Adaptation des soins et services	13	2	6	2	8	17	0	48
Adaptation du milieu et de l'environnement	2	0	1	19	1	0	0	23
Adoption/révision/application des règles et procédures	4	0	1	2	3	3	0	13
Ajustement financier	0	1	0	0	0	0	0	1
Communication/promotion	6	1	1	1	1	0	0	10
Formation/supervision	2	0	0	2	2	2	0	8
Respect des droits	0	0	1	0	1	0	0	2
Autre	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>Sous-total</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>106</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>172</b>

Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts par l'établissement ou dans les organismes visés. Des 172 mesures correctives recommandées en 2015-2016, 66 avaient une portée individuelle alors que 106 avaient une portée plus systémique. Parmi les mesures correctives à portée individuelle, on retrouve principalement des mesures visant l'adaptation des soins et des services et des mesures permettant l'information et la sensibilisation d'un intervenant.

Les mesures à portée systémique ont majoritairement permis de cibler des moyens pour adapter les soins et les services en ajustant les activités professionnelles. Les recommandations ont également permis d'adapter l'organisation des lieux physiques et d'améliorer l'environnement où sont offerts les services.

## 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 ou peut résulter des constats de la commissaire. L'intervention, tout comme la plainte, peut se terminer avec ou sans mesure corrective.

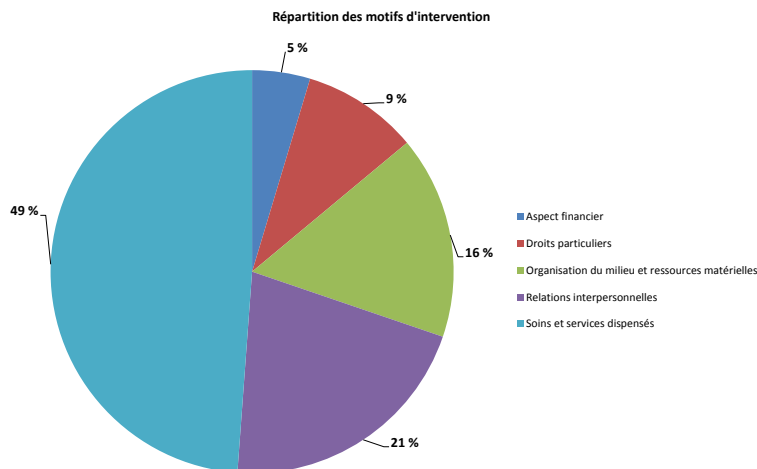
En 2014-2015, 57 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, 10 étaient en cours de traitement au 1<sup>er</sup> avril 2015. En 2015-2016, c'est 30 dossiers d'intervention qui ont été entamés. De ce nombre, 9 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2016. C'est majoritairement dans les missions CH et CHSLD que les interventions ont eu lieu.

*Tableau 7 : Interventions amorcées pour l'année 2015-2016 selon la mission*

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	10	33,3 %
CLSC	2	6,7 %
CHSLD	9	30,0 %
CRDP	1	3,3 %
CRDI – TSA	2	6,7 %
CRJDA	0	0,0 %
CPEJ	2	6,7 %
Organisme communautaire	1	3,3 %
Résidence privée pour aînés	2	6,7 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	3,3 %
Autre	0	0,0 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

## 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 et les relations interpersonnelles.



En 2015-2016, 1 seul motif d'intervention a été rejeté sur examen sommaire. Tous les autres motifs ont vu leur traitement complété. Des 42 motifs d'intervention ayant reçu un traitement complet, 25 ont fait l'objet de mesures correctives. C'est donc près de 60 % des motifs traités qui ont été l'objet de la mise en place d'une mesure corrective. C'est principalement en lien avec les soins et services dispensés que ces mesures ont été appliquées.

Tableau 8 : Répartition des objets d'intervention selon les motifs et le niveau de traitement

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	0	0	2	2
Droits particuliers	0	0	0	0	2	2	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	0	0	0	2	4	7
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	3	6	9
Soins et services dispensés	0	0	0	0	10	11	21
Autre	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>43</b>
						<b>60 %</b>	

Sur les 25 motifs ayant donné lieu à des mesures correctives, 25 mesures ont été identifiées. De ce nombre, 5 mesures étaient à portée individuelle alors que 20 mesures avaient une portée systémique. Ce sont majoritairement des mesures portant sur une adaptation des soins et des services qui ont été instaurées par l'entremise des dossiers d'intervention traités par l'équipe de la commissaire.

Tableau 9 : Mesures correctives identifiées

Mesure corrective	MOTIF							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
<b>À PORTÉE INDIVIDUELLE</b>								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	0	1	0	1
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	1	2	0	0	3
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>À PORTÉE SYSTÉMIQUE</b>								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	1	8	0	9
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	2	0	0	0	3
Adoption/révision/application des règles et procédures	0	2	0	1	1	0	0	4
Communication/promotion	0	0	1	0	1	0	0	2
Formation/supervision	0	0	0	0	1	1	0	2
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

## Assistances et consultations

La LSSSS stipule que la commissaire se doit de prêter assistance aux usagers le nécessitant ou s'assurer que ceux-ci reçoivent l'assistance nécessaire. La Loi indique également que la commissaire peut donner son avis sur les sujets découlant de son expertise, et ce, par la voie des consultations faites par des collègues et des gestionnaires de l'établissement. Pour l'année 2015-2016, il est très difficile de chiffrer ces deux activités de l'équipe de gestion des plaintes. En effet, n'ayant pas eu accès au système SIGPAQS une bonne partie de l'année pour plusieurs installations, les assistances et les consultations n'ont pas été systématiquement entrées dans le logiciel. De plus, ces dossiers étant normalement beaucoup moins complexes, peu de notes ou de documentation y sont associées. Il est donc possible que les données sur ces activités soient inexactes. Le nombre d'assistances et de consultations traitées par l'équipe est très certainement plus élevé que les chiffres disponibles à partir des données officielles.

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 consultation gérés par l'équipe.

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

Type de dossier traité	Nombre de dossiers reçus
<b>Assistance</b>	
Aide à la formulation d'une plainte	49
Aide concernant un soin ou un service	94
<b>Consultation</b>	
Avis	3
Consultation	11

## Autres activités de l'équipe de la gestion des plaintes

Pour que le régime d'examen des plaintes atteigne son objectif d'amélioration continue de la qualité des services, il est important que les usagers connaissent le régime ainsi que leurs droits. Pour ce faire, la LSSSS a confié aux commissaires le mandat de diffuser de l'information sur les droits et les obligations des usagers en plus d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes.

### Activités de promotion et de collaboration

Comme mentionné précédemment, l'année 2015-2016 a été particulièrement complexe. La mise en place de la nouvelle structure et l'appropriation des nouveaux mandats ont grandement occupé l'équipe. Les partenaires habituels en matière de promotion, les comités des usagers et les comités de résidents ont connu eux aussi une année d'incertitude et d'adaptation. Le tout a eu pour impact de diminuer les activités de promotion auxquelles les commissaires et leurs partenaires ont participé. Néanmoins, certaines activités de promotion ont été réalisées :

- Envois postaux d'informations aux répondants des résidents en CHSLD (pour 5 CHSLD de la région);
- Présentation du régime à certains comités des usagers;
- Présentation à la population (participation à diverses activités d'information dans l'ensemble des territoires);
- Présentations diverses à des tables de concertation régionale, des regroupements d'organismes communautaires, des étudiants.

### Activités de formation

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

- Formation SIRTf W3 - Utilisation du système clientèle jeunesse;
- Formation PICTOS 1 - Concept de protection;
- Atelier : Soins palliatifs et de fin de vie;
- Les réformes du ministre de la Santé : Quels impacts pour les patients – Par Me Jean-Pierre Ménard.

# RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

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

Le tableau suivant présente le nombre de plaintes qui étaient en voie de traitement au 31 mars 2015, le nombre de plaintes reçues, les plaintes conclues au cours de l'exercice et le nombre de dossiers en voie de traitement en fin d'année. Pour l'année 2015-2016, les médecins examinateurs ont donc reçu 38 plaintes, alors que 13 étaient en voie de traitement au 1<sup>er</sup> avril 2015, pour un total de 51 plaintes. Les médecins examinateurs ont conclu 24 plaintes au cours de l'année, ce qui fait qu'il y avait 24 dossiers de plainte toujours en cours au 31 mars 2016. Il est intéressant de noter que toutes les plaintes médicales reçues pour l'année 2015-2016 visent la mission CH.

*Tableau 11 : Plaintes traitées en 2015-2016 - Médecins examinateurs*

Établissement	Plainte en voie de traitement au 1 <sup>er</sup> avril 2015	Plainte reçue durant l'exercice	TOTAL	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2016
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	13	38	51	27	24

La LSSSS impose le même délai aux médecins examinateurs qu'aux commissaires pour traiter le dossier de plainte, soit 45 jours. Pour 2015-2016, les plaintes déposées auprès des médecins examinateurs et qui ont été conclues dans un délai inférieur à 45 jours représentent une proportion de 22 %. En 2014-2015, les médecins examinateurs avaient traité 11 % des dossiers de plainte médicale en 45 jours. Il s'agit donc d'une amélioration dans le respect du délai de traitement des dossiers.

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

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	0	0,0 %
4 à 15 jours	1	3,7 %
16 à 30 jours	0	0,0 %
31 à 45 jours	5	18,5 %
<b>Sous-total</b>	<b>6</b>	<b>22,2 %</b>
46 à 60 jours	4	14,8 %
61 à 90 jours	9	33,4 %
91 à 180 jours	7	25,9 %
181 jours et plus	1	3,7 %
<b>Sous-total</b>	<b>21</b>	<b>77,8 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100 %</b>

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

Historiquement, les plaintes médicales touchent principalement les *Soins et services dispensés*, les *Relations interpersonnelles* et les *Droits particuliers*. Comme ce type de plainte vise normalement un professionnel en particulier, la répartition des objets de plainte est compréhensible. Pour l'année 2015-2016, les 27 plaintes conclues ont permis de soulever 34 objets d'insatisfaction.

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

Catégorie de motifs	Rejeté sur examen sommaire	Cessé	Abandonné par l'utilisateur	Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété		Nombre
					Sans mesure identifiée	Mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	1	1	2
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	0	2	2	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	3	1	4
Soins et services dispensés	0	1	0	0	11	12	24
Autre	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>34</b>
						<b>47 %</b>	

Les médecins examinateurs ont identifié 16 mesures correctives, dont 7 mesures à portée individuelle et 9 mesures à portée systémique. Le tableau suivant démontre la répartition des mesures correctives en fonction de l'objet de la plainte médicale.



Tableau 14 : Mesures correctives identifiées par les médecins examinateurs

Mesure corrective	MOTIF							TOTAL
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et res-sources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres motifs	
<b>À PORTÉE INDIVIDUELLE</b>								
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	0	3	0	3
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	1	3	0	4
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>À PORTÉE SYSTÉMIQUE</b>								
Adaptation des soins et services	0	0	1	0	0	4	0	5
Adoption/révision/application des règles et procédures	1	0	0	0	0	1	0	2
Communication/promotion	0	0	1	0	0	0	0	1
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>16</b>



# 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 Loi peut adresser une demande de révision au comité de révision de l'établissement.

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

## Fonctions du comité de révision

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

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

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

## Officiers du comité

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

Les membres du comité sont les suivants :

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

## Bilan des activités 2015-2016

Les membres du comité de révision ont été nommés majoritairement lors de la rencontre du conseil d'administration du 10 mars 2016. Pour l'année 2015-2016, le comité de révision n'a donc tenu aucune rencontre. Ainsi, aucun dossier n'a été traité par le comité en 2015-2016.

Toutefois, il est important de noter que pour l'année 2015-2016, 4 dossiers de plaintes médicales ont été transmis au comité de révision. Ceux-ci seront traités en 2016-2017.

## Conclusion

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

L'année 2015-2016 était une année de transition et de réorganisation. Le comité de révision a été formé à la toute fin de l'année. L'année 2016-2017 sera assurément une année d'appropriation des mandats et de construction. Le comité pourra alors assumer pleinement ses rôles et mandats pleinement.



## CONCLUSION

Ce rapport annuel démontre que les plaintes déposées par les usagers permettent d'améliorer la qualité des services offerts à notre population. Les mesures mises en place à la suite des enquêtes permettent d'assurer des soins et des services adaptés aux besoins réels de la population et permettent également d'assurer des services respectant les droits des usagers. Toutes ces améliorations ne pourraient se faire sans les gestionnaires de l'établissement, les organismes communautaires, les propriétaires des résidences privées pour aînés et les entreprises ambulancières. C'est en collaboration que les commissaires sont parvenus à identifier les correctifs les plus appropriés pour répondre à l'offre de services de notre région.

Le présent rapport permet de retenir les faits suivants :

- L'année 2015-2016 a connu une forte diminution en ce qui concerne les plaintes administratives avec 201 plaintes administratives reçues, comparativement à 295 l'année dernière. Malgré tous les efforts mis en place par l'équipe, il semble que le régime d'examen des plaintes a été moins accessible au début de l'année;
- Les plaintes médicales ont connu une augmentation, passant de 27 dossiers en 2014-2015 à 38 pour l'année 2015-2016;
- Les plaintes administratives visent principalement la mission des centres hospitaliers de la région. Les plaintes portent principalement sur les soins et services dispensés, avec 29 % des objets de plainte;
- Une amélioration est observée dans le respect du délai de traitement des dossiers de plainte, et ce, tant sur le plan des plaintes administratives que médicales.

Pour l'année 2016-2017, l'équipe de la gestion des plaintes travaillera à bâtir des liens solides avec l'ensemble des comités des usagers et des comités de résidents de la région. La promotion des droits et du régime d'examen des plaintes sera également une préoccupation importante pour cette nouvelle année qui commence.

En terminant, je tiens à souligner l'intérêt sincère et la préoccupation constante des membres du conseil d'administration envers la qualité des services rendus à leur population. Le travail du comité de vigilance et de la qualité apporte un immense soutien à l'avancement des dossiers systémiques dans l'établissement.





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

Québec 