

RAPPORT ANNUEL

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

2021-2022



CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS)
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2022

Ce document a été réalisé par :

Le 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 Internet : www.ciass-at.gouv.qc.ca

Production

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

Révision des textes

Claudie Lacroix, agente administrative
Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

ISBN 978-2-550-91936-0 (imprimé)

ISBN 978-2-550-91937-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2022

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	5
Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	10
Faits saillants.....	11
Un outil d'amélioration concret	12
Régime d'examen des plaintes	14
Premier palier.....	15
Les rôles et responsabilités.....	15
Deuxième palier	15
Assistance et accompagnement dans le processus.....	16
Bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	20
Plaintes reçues par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.....	20
Motifs de plaintes et niveau de traitement	22
Recours au Protecteur du citoyen.....	24
Pouvoir d'intervention	24
Motifs d'intervention et niveau de traitement	25
Mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services	26
Assistances et consultations.....	28
Bilan des dossiers de maltraitance	32
Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes.....	34
Rapport du coordonnateur du bureau des médecins examinateurs.....	38
Préambule.....	38
Traitement des plaintes du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	40
Sommaire des recommandations faites en 2020-2021	42
Constats.....	42
Objectifs pour l'année 2021-2022	43
Message des médecins examinateurs pour l'année à venir	43
Rapport du comité de révision 2021-2022.....	46
Composition du comité	46
Mandat général du comité	47
Bilan des activités	47
Traitement des dossiers.....	48
Perspectives d'action pour la prochaine année	48
Conclusion	49
Conclusion et orientations	52
Remerciements	54
ANNEXES	56

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGA	Assemblée générale annuelle
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
CAAP-AT	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Abitibi-Témiscamingue
CD	Centre de dépendance
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
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
CR	Comité des résidents
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
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
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
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

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 émet une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport considérant l'absence de contre-vérification de celles-ci.

01.

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

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

Encore cette année, la pandémie de COVID-19 a eu des impacts importants sur le réseau de la santé et des services sociaux et sur la dispensation des services. Tout comme l'an dernier, le régime d'examen des plaintes a permis de constater certains impacts de la pandémie et des mesures sanitaires sur la population. En plus de leurs mandats habituels, les acteurs du régime d'examen des plaintes sont intervenus à divers niveaux concernant l'application, la compréhension et l'information en lien avec les mesures sanitaires. Les changements fréquents dans les consignes, la complexité de celles-ci ont parfois conduit à des applications incorrectes ayant un impact sur les droits des usagers. Une vigilance à cet effet fut faite tout au long de l'année par l'équipe.

Aux impacts de la pandémie s'est ajoutée une importante pénurie de main-d'œuvre touchant le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. Le manque de personnel infirmier a poussé l'établissement à faire une réorganisation majeure de ses services pour maintenir les services essentiels accessibles à l'ensemble de la population. Évidemment, cette réorganisation a amené de l'inquiétude et des insatisfactions dans la population et l'impact a été ressenti au niveau du régime d'examen des plaintes.

Tout au long de l'année, l'équipe a maintenu ses efforts pour offrir un traitement diligent et attentif des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées. Sans l'engagement des gestionnaires et des intervenants dans le processus d'analyse des plaintes, il serait impossible de procéder à des analyses complètes et justes des situations. Finalement, la vigilance des membres du conseil d'administration et leur rigueur quant à l'application du 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 2021-2022 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, ce sont 405 mesures d'amélioration qui ont été mises en place suite 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 2021-2022 ». 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. De plus, ce document présente le rapport du coordonnateur du bureau des médecins examineurs, de même que 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 REÇUS EN 2021-2022


1 206

Plaintes reçues en 2021-2022	323	↑ de 15 %
Plaintes conclues en 2021-2022	315	↑ de 13 %
Motifs de plaintes	589	↑ de 20 %
Mesures correctives	346	↓ de 2 %
Mesures correctives à portée individuelle	108	↓ de 3 %
Mesures correctives à portée systémique	238	↓ de 2 %
Dossiers transmis au Protecteur du citoyen	19	↑ de 3 dossiers

Interventions ouvertes en 2021-2022	76	↓ de 15 %
Interventions conclues en 2021-2022	80	↓ de 2 %
Motifs d'intervention	119	↑ de 11 %
Mesures correctives	59	↓ de 25 %
Mesures correctives à portée individuelle	23	↓ de 18 %
Mesures correctives à portée systémique	36	↓ de 29 %

Assistances en 2021-2022	630	↑ de 28 %
Consultations en 2021-2022	76	↑ de 31 %
Dossiers de maltraitance	26	↑ de 6 dossiers

Plaintes médicales reçues en 2021-2022	101	↑ de 55 %
Plaintes médicales conclues en 2021-2022	93	↑ de 37 %
Motifs de plaintes	100	↑ de 3 %
Mesures correctives	Plusieurs sensibilisations individuelles	--
Dossiers transmis au comité de révision	5	↑ de 150 %

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 :

- À la suite de l'analyse de certains dossiers, l'équipe a recommandé à l'établissement de revoir des politiques importantes ou des éléments de celles-ci, le tout ayant des impacts sur l'organisation des services offerts à la population. Par exemple, des recommandations furent faites concernant la Politique sur l'aide médicale à mourir, la gestion de l'accès aux dossiers des usagers et le mécanisme régional d'accès à l'hébergement;
- Dans un dossier, nos vérifications ont permis de constater qu'une consigne sanitaire en lien avec la prévention de la COVID-19 était appliquée de façon inadéquate dans un milieu de vie, ce qui avait privé un couple de contacts pendant plusieurs semaines. Suite à nos recommandations, les intervenants ont entamé les démarches pour assurer le respect des droits des usagers en toute sécurité;
- Après avoir été avisée d'une problématique en lien avec la perte de vêtements dans un CHSLD de la région, l'équipe a demandé qu'une démarche impliquant l'ensemble des acteurs touchés soit amorcée pour identifier toutes les zones d'amélioration du processus de l'entretien des vêtements des résidents;
- À la suite d'une plainte portant sur le système d'appel à l'aide d'une RPA, les gestionnaires de la résidence ont décidé d'aller au-delà de leurs obligations pour assurer la sécurité de leurs usagers en améliorant leur pratique en termes de vérification du bon fonctionnement de leur système. Ainsi, ils ont communiqué avec le fournisseur de leur système d'appel à l'aide et ont adopté une procédure à l'effet de faire un test de bon fonctionnement du système et de changer les piles des boutons deux fois par année, soit lors des changements d'heure. Les informations seront gardées dans un registre à cet effet.

02.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Dans le cadre de son mandat, le bureau de la 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. Parmi les nouvelles installations couvertes par l'équipe depuis le 1^{er} avril 2021, on compte le bureau de santé de l'établissement de détention d'Amos qui relève directement du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Le régime d'examen des plaintes couvre aussi les services offerts par des partenaires en vertu d'une entente conclue avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue conformément à LSSSS. L'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes traite également les plaintes touchant les laboratoires de biologie médicale de la région qui, sous le projet Optilab, sont sous la gestion du Centre universitaire de santé McGill. L'équipe reçoit les plaintes visant les services offerts par l'organisme Mino Obigiwasin Services Enfance & Famille Anicinape, et ce, en vertu de l'entente signée avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. En tout, 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

Madame Janick Lacroix

APPR au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Julie Thibeault

APPR au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Madame Claudie Lacroix

Agente administrative au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (de retour en poste en septembre 2021)

Madame Danielle Landriault

Agente administrative au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (en remplacement jusqu'en septembre 2021)

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 le plaignant, dans un délai de 45 jours, 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 révisé traitement de la plainte.

Assistance et accompagnement dans le processus

Comités des usagers et 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 essentiels pour le régime d'examen des plaintes. La LSSSS leur confie un mandat d'accompagnement et d'assistance des usagers pour toute démarche, y compris lorsque ceux-ci désirent porter plainte. En raison de nos mandats complémentaires, la collaboration est essentielle pour assurer la meilleure prise en charge possible du cheminement de l'usager, selon ses besoins. Pour assurer un lien avec ces instances, le bureau de la 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.

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'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, de services sociaux, 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.

De par la Loi, l'usager peut également se faire accompagner dans sa démarche de plainte par toute personne de son choix.

Agents d'information et facilitateur – Mino Obigiwasin

L'année 2020 a vu la signature d'une entente entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et Mino Obigiwasin Services Enfance & Famille Anicinape, représentant quatre communautés signataires. Avec la création de cette agence est venue la création de postes d'agents d'information et facilitateur dans l'objectif de mettre en place un processus qui inspire davantage confiance aux personnes issues des communautés Anicinape. Voici les mandats de ces agents :

- Informer sur les ressources d'aide offertes dans la communauté et celles de l'extérieur de la communauté;
- Informer sur les lois entourant les services en protection de la jeunesse. Entre autres, sur les principes de la Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (C-92);
- Organiser et animer des cercles des aidants et des processus décisionnels en équipe;
- Agir comme médiateur pour l'amélioration des services en protection de la jeunesse;
- Faire la liaison et de l'accompagnement vers le commissaire aux plaintes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la CDPDJ et le Protecteur du citoyen au besoin.

Ce sont de nouveaux partenaires qui répondent à un besoin très important et spécifique. Cette année, nous avons collaboré avec les agents dans deux dossiers de plaintes. Nous avons également eu des rencontres d'échanges avec les agents en place. Toutefois, nous espérons développer davantage nos liens avec ceux-ci.

03.

BILAN DES ACTIVITÉS

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 aux plaintes entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. Il présente aussi le nombre de plaintes conclues au cours de l'exercice. En date du 1^{er} avril 2021, 21 dossiers de plaintes administratives étaient toujours en cours de traitement. Pour l'année 2021-2022, 323 plaintes administratives ont été reçues, soit le plus grand nombre de plaintes administratives reçues depuis la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

En cours d'année, 19 dossiers ont été adressés au Protecteur du citoyen en deuxième instance, soit 3 de plus que l'an dernier. Il est à noter que certains des dossiers acheminés en deuxième instance peuvent provenir des années antérieures puisque le délai de recours au Protecteur est de deux ans maximum.

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

	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	Transmis au 2 ^e palier
Plaintes administratives	21	323	315	29	19

Le nombre de plaintes administratives reçues pour l'année 2021-2022 est supérieur au nombre de plaintes reçues pour l'année 2020-2021, où 281 plaintes avaient été reçues. Il est important de souligner que peu de dossiers ont été reçus en lien avec la réorganisation des services liée à la pénurie de personnel infirmier. Nous avons reçu 6 dossiers en lien avec la fermeture des points de service CLSC et 4 dossiers en lien avec des diminutions ou arrêts de service. Concernant les services de dépistage et de vaccination pour la COVID-19, nous avons reçu 11 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 2021-2022		TOTAL
	Usager	Représentants/tiers	
Plaintes de nature administrative	224	105	329

La LSSSS impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'utilisateur. Les délais d'examen des plaintes sont influencés par différents facteurs, comme la nature de la plainte, le nombre de motifs d'insatisfaction et le nombre de personnes à rencontrer pour recueillir des observations. Le délai de traitement prescrit par la LSSSS a été respecté pour plus de 94 % des plaintes conclues en 2021-2022, alors que le taux était de 98 % en 2020-2021. Ce taux de respect du délai prescrit demeure très satisfaisant.

Tableau 3 : Délai de traitement des dossiers de plaintes conclues en 2021-2022

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	28	8,9
4 à 15 jours	21	6,7
16 à 30 jours	68	21,6
31 à 45 jours	178	56,5
Sous-total	295	93,7
46 à 60 jours	11	3,5
61 à 90 jours	9	2,8
91 à 180 jours	0	0
181 jours et plus	0	0
Sous-total	20	6,3
TOTAL	315	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.

Tableau 4 : Plaintes reçues pour l'année 2021-2022 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	159	49,3
CHSLD	21	6,5
RI et RTF	5	1,5
CLSC (incluant Établissement de détention)	54	16,7
CPEJ	38	11,8
CRD	1	0,3

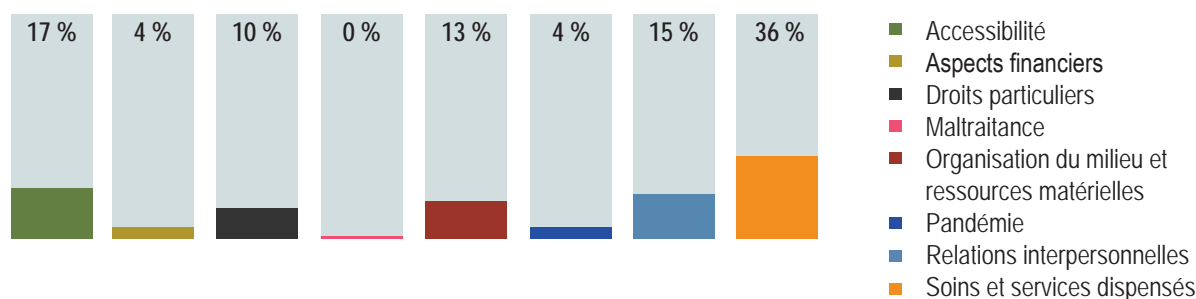
Mission de l'établissement	Nombre	%
CRDP	9	2,8
CRDI-TED	8	2,5
CRJDA	6	1,9
Mino Obigiwasin	3	0,9
Optilab	5	1,5
Organisme communautaire	5	1,5
RPA	6	1,9
Services préhospitaliers d'urgence	2	0,6
Autre	1	0,3
TOTAL	323	100

Les centres hospitaliers (CH) sont la mission qui reçoit le plus grand nombre de plaintes. Rappelons qu'il s'agit de la mission où se retrouve un grand nombre de soins et services reçus par une grande proportion de la population.

Motifs de plaintes et niveau de traitement

L'objet d'une plainte est l'élément ou sont 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.

Graphique 1 : Motifs de plaintes reçues pour l'année 2021-2022



Voici les principaux constats :

- Le volet *Soins et services dispensés* est l'élément d'insatisfaction le plus souvent mentionné dans les plaintes. Dans cette catégorie, ce sont l'évaluation et le jugement professionnel, les habiletés techniques et professionnelles, l'absence de suivi et l'approche thérapeutique qui furent soulevés le plus fréquemment. Ce sont des données similaires à l'an dernier;

- L'*Accessibilité* est le deuxième motif de plainte le plus souvent évoqué. Dans cette catégorie, on retrouve 17 dossiers concernant des délais d'attente pour voir le médecin 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 est majoritairement mentionnée par les plaignants comme motif d'insatisfaction;
- Pour le motif *Maltraitance*, le pourcentage est à zéro, mais il y a eu un motif de plainte portant sur cet aspect.

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 observés pour l'année 2021-2022, notons les difficultés à joindre certains services par téléphone, l'absence de certains éléments cliniques lors des évaluations faites au triage et les délais d'attente dans un programme spécifique aux jeunes ayant des troubles du langage.

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 orientations de la LSSSS. Peu de motifs de plaintes sont abandonnés par l'utilisateur en cours de traitement. 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.

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

Catégorie de motifs	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Traitement refusé ou interrompu	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété		Nombre
					Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Accessibilité	0	1	2	0	51	46	100
Aspects financiers	1	2	3	1	9	7	23
Droits particuliers	2	1	0	1	25	30	59
Maltraitance	0	0	0	0	1	0	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	45	29	74
Relations interpersonnelles	1	0	0	0	37	49	87
Soins et services dispensés	3	2	0	0	89	117	211
Autre	0	0	5	0	0	3	8
Autre – pandémie	1	0	0	1	10	14	26
TOTAL	8	6	10	3	267	295	589

L'analyse de ce tableau permet de constater que presque la moitié des motifs de plaintes sont conclus avec une mesure identifiée. Le plus grand nombre de mesures mises en place est en lien avec les *Soins et services dispensés*. À l'exception de la *Maltraitance* où il y a eu des mesures dans le seul dossier ayant cet objet, c'est au niveau de l'*Organisation du milieu et des ressources matérielles* et au niveau de l'*Accessibilité* que le plus grand pourcentage de motifs est conclu, avec la mise en place de mesures, avec respectivement 61 % et 51 % de mesures mises en place pour les motifs conclus.

Recours au Protecteur du citoyen

En 2021-2022, 19 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il s'agit d'une légère augmentation du nombre de dossiers soumis en deuxième instance, comparativement à l'an dernier où 16 dossiers avaient été transmis au Protecteur. 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 2021-2022, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 25 dossiers, dont un dossier ne visait pas notre établissement initialement. Des recommandations ont été faites par le Protecteur dans 4 dossiers, incluant 2 dossiers où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance et un dossier où la plainte en première instance ne visait pas l'établissement. Cela signifie que dans la très grande majorité 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.

Le Protecteur a également initié une intervention concernant le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en 2021-2022 concernant la fermeture partielle de l'urgence de Senneterre. Ce dossier fut conclu sans 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 2020-2021, 89 dossiers d'intervention avaient été ouverts par les commissaires en place. De ce nombre, 19 étaient toujours en examen au 1^{er} avril 2021. Pour l'année 2021-2022, ce sont 76 dossiers d'intervention qui ont été ouverts par les commissaires. De ce nombre, 15 étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2022, ce qui fait que l'équipe a traité 80 interventions dans l'année.

Tableau 6 : Interventions amorcées pour l'année 2021-2022 selon la mission

Mission de l'établissement	Nombre	%
CH	22	28,9
CLSC	10	13,3
CHSLD	11	14,5
CPEJ	8	10,3
CRDI-TED	2	2,6
CRJDA	1	1,3
RI	3	3,9
Organisme communautaire	1	1,3
RPA	12	15,9
SPU	1	1,3
Autre	5	6,7
TOTAL	76	100

Le tableau 6 permet de constater que les installations visées par les interventions sont variées et que, contrairement aux plaintes, le pourcentage de dossiers visant la mission des centres hospitaliers est moins grand. On retrouve des pourcentages beaucoup plus importants de dossiers visant les missions de milieu de vie (CHSLD, RI et RPA). Cela peut s'expliquer par le fait que les dossiers visant ces missions proviennent souvent de membres de famille n'étant pas toujours le représentant légal. Plusieurs signalements sont aussi faits par des intervenants ou des employés.

Motifs d'intervention et niveau de traitement

Les motifs d'insatisfaction soulevés dans les demandes d'intervention concernent principalement les *Soins et services dispensés*. Le deuxième motif le plus fréquent est celui de la *Maltraitance*. Ce constat peut s'expliquer par le fait que c'est une intervention qui est enregistrée lorsque le signalant n'est pas l'utilisateur ou son représentant. Les insatisfactions concernant les *Relations interpersonnelles* et l'*Organisation du milieu et des ressources matérielles* suivent avec 14 % des insatisfactions.

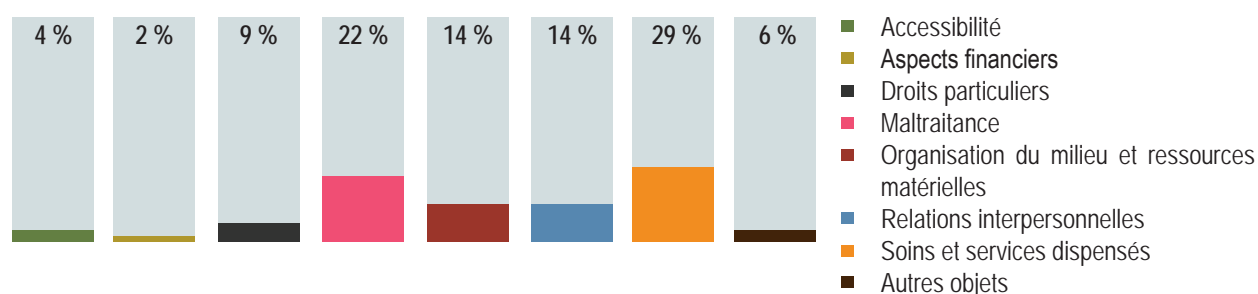
Graphique 2 : Motifs d'interventions reçus pour l'année 2021-2022

Tableau 7 : Répartition des interventions selon les motifs et le niveau de traitement

Catégorie de motifs	Abandonné par le signalant	Cessé	Traitement refusé ou interrompu	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété		Nombre
					Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Accessibilité	0	0	0	0	1	4	5
Aspects financiers	0	0	0	0	0	2	2
Droits particuliers	0	0	0	0	5	6	11
Maltraitance	0	3	0	0	14	9	26
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	7	9	16
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	8	9	17
Soins et services dispensés	1	0	0	0	17	17	35
Autre – pandémie	0	0	0	0	3	4	7
TOTAL	1	3	0	0	55	60	119
TOTAL	0	0	1	0	63	43	107

Le tableau 7 permet de constater que, comme c'était le cas pour les plaintes, presque la totalité des motifs d'insatisfaction dans les interventions voit leur traitement complété. Seulement 3 motifs ont vu leur traitement cessé lors de l'année. Dans un cas, le dossier fut transféré vers la plainte puisque le consentement de l'utilisateur concerné a été obtenu. On constate également que presque la moitié des motifs d'interventions sont conclus avec une mesure identifiée et que le plus grand nombre de mesures mises en place est en lien avec les *Soins et services dispensés* suivi par la *Maltraitance*.

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

À la suite de l'analyse d'une plainte ou d'une demande d'intervention, des conclusions sont émises. La plainte ou l'intervention peut être conclue sans mesure. Généralement, cela sera tout de même l'occasion de fournir des explications ou des informations sur les situations rapportées et permettra au plaignant de mieux comprendre la situation à la base de son insatisfaction. Toutefois, lorsque des correctifs ou améliorations sont nécessaires, des mesures correctives sont mises en place ou des recommandations sont formulées aux instances concernées.

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 futurs usagers du service ou s'adresse à plusieurs personnes; une équipe, par exemple.

Pour l'année 2021-2022, 108 mesures individuelles et 238 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plaintes, totalisant 346 mesures. Dans les dossiers d'intervention, ce sont 23 mesures à portée individuelle et 36 à portée systémique qui furent adressées, soit 59 mesures. C'est donc un total de 405 mesures qui ont été identifiées pour bonifier la qualité des services offerts à la population. 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.

Vous trouverez à l'annexe 6 un tableau présentant l'ensemble des recommandations faites selon le motif de plainte ou d'intervention. Voici les principaux constats qui ressortent de l'analyse des mesures mises en place en 2021-2022 :

- Le plus grand nombre de mesures est en lien avec les *Soins et services dispensés* avec 34 % des mesures. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par le volume de dossiers portant sur ce motif d'insatisfaction. Parmi ces mesures, 36 avaient une portée individuelle incluant des recommandations concernant l'obtention de services ou l'évaluation des besoins d'un usager;
- Comme chaque année, on constate l'importance de l'information et de la sensibilisation faites auprès des intervenants ainsi que de l'encadrement de ceux-ci dans les mesures mises en place, et ce, principalement en lien avec les dossiers portant sur les *Relations interpersonnelles* et sur les *Soins et services dispensés*;
- Des ajustements financiers ont été faits dans 3 dossiers individuels, ce qui a un impact direct chez les usagers. De plus, une recommandation systémique fut faite ayant un impact sur l'ensemble d'une clientèle spécifique;
- Ce sont 6 usagers qui ont obtenu les services auxquels ils avaient droit à la suite de leur démarche auprès du régime d'examen des plaintes.

À titre indicatif, le tableau suivant présente le libellé de quelques recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services suite à l'analyse des plaintes et/ou des recommandations. Ce bref résumé permet de témoigner de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Tableau 8 : Mesures correctives identifiées

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Mesures d'amélioration
Accessibilité : 73 mesures	Ajustement des activités professionnelles	Il fut recommandé de procéder à l'évaluation de tous les usagers se présentant à l'urgence conformément aux standards de la pratique professionnelle, et ce, avant de procéder à une réorientation de ceux-ci. Cette pratique est maintenant respectée.

Motifs/nombre de mesures	Catégories de mesures fréquemment appliquées	Mesures d'amélioration
Aspects financiers : 15 mesures	Amélioration des communications	Une rencontre a été réalisée avec certains intervenants spécifiques pour leur présenter l'information juste afin de bien renseigner les usagers à propos des allocations qu'ils peuvent obtenir en application de la PDU.
Droits particuliers : 38 mesures	Respect des droits	Le droit à l'accompagnement d'une dame hospitalisée a été respecté suite à la mise en place de mesures d'encadrement de la présence de son proche aidant.
Maltraitance : 17 mesures	Encadrement de l'intervenant	Un gestionnaire a mis en place un encadrement d'un employé afin de garantir le maintien d'une prestation de services de qualité, et ce, avec le support de la DRHCAJ.
Organisation du milieu et ressources matérielles : 57 mesures	Ajustement technique et matériel	Dans un milieu de vie, les routines de travail furent modifiées pour effectuer le nettoyage des chambres des résidents en fonction des besoins et non en fonction d'un horaire précis.
Relations interpersonnelles : 52 mesures	Information et sensibilisation d'un intervenant (21 mesures individuelles)	De nombreux rappels sur la courtoisie, le respect et les droits furent faits par l'équipe du bureau de la commissaire, de façon individuelle. Des processus disciplinaires furent mis en place par la DRHCAJ.
Soins et services dispensés : 137 mesures	Élaboration/révision/adaptation	Il fut demandé à l'équipe qualité de revoir un épisode de service préoccupant et, selon les constats qui seront faits, de mettre en place toutes mesures permettant d'améliorer la qualité des services offerts.
Autre : 16 mesures	Adoption/révision/application des règles et procédures	Des correctifs ont été apportés dans l'application des consignes sanitaires liées à la COVID-19 concernant des sorties temporaires pour des usagers hospitalisés.

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. Lorsque l'utilisateur en fait la demande et que la situation s'y prête, l'équipe du bureau de la commissaire peut agir rapidement pour faire le lien avec le gestionnaire concerné et voir s'il est possible de fournir rapidement une réponse à l'utilisateur, et même d'amorcer une action. Une assistance offerte rapidement par le commissaire peut parfois éviter qu'une insatisfaction ne se développe en plainte formelle due à une insatisfaction grandissante.

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. Les consultations portent principalement sur des questions concernant les droits des usagers ou la qualité des services.

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

Type de dossier traité	Nombre de dossiers
Assistance	630
Aide à la formulation d'une plainte	294
Aide concernant un soin ou un service	336
Consultation	76

Nos observations pour l'année 2021-2022 concernant les dossiers d'assistance et de consultation sont les suivantes :

- On observe une forte augmentation du nombre de dossiers d'assistance reçus par l'équipe en 2021-2022, soit 139 dossiers supplémentaires. Le nombre de dossiers et leur niveau grandissant de complexité font en sorte que le traitement des assistances devient une part importante du travail de l'équipe;
- Comme en 2020-2021, plusieurs assistances ont porté sur des questionnements, de l'assistance en lien avec les mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19. En 2021-2022, 71 assistances ont porté sur des questionnements en lien avec la pandémie de COVID-19, soit un peu moins que l'an dernier ou 107 assistances portaient sur ce sujet;
- L'équipe a reçu 28 dossiers d'assistance en lien avec la fermeture partielle des services d'urgence du CLSC de Senneterre;
- Pour l'année 2021-2022, les principaux motifs d'assistances sont l'*Accessibilité* et les *Soins et services dispensés*;
- La très grande majorité des consultations portaient sur les *Droits particuliers*, avec 45 dossiers de consultations abordant cet aspect, suivi des consultations sur la *Maltraitance*.

04.

BILAN DES DOSSIERS DE MALTRAITANCE

BILAN DES DOSSIERS DE MALTRAITANCE

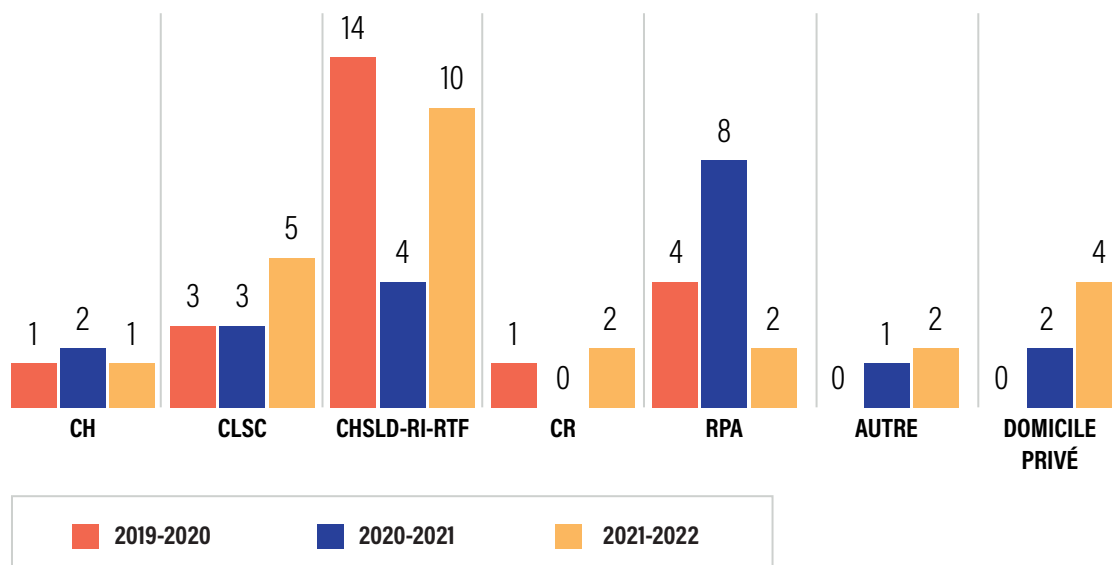
La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre 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.

Nous tenons à mentionner que les dossiers ouverts concernant des motifs de maltraitance sont toujours traités avec un niveau de priorité élevé. Dans une grande majorité des signalements reçus, des mesures de protection étaient déjà mises en place par les équipes dès la 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 rapidement la mise en place des mesures appropriées.

Pour l'année 2021-2022, ce sont 26 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, 4 sont toujours en cours de suivi rigoureux.

Graphique 3 : Évolution des dossiers dont les motifs réfèrent à de la maltraitance



Concernant les 22 dossiers fermés, 10 dossiers ont été fermés avec la mise en place de mesures. Sur les 9 dossiers conclus sans mesure, 5 furent transférés aux équipes d'intervenants. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence de mesures dans certains dossiers. Il est possible que les motifs de maltraitance s'avèrent non fondés après examen. Mais, il arrive aussi que la personne victime de maltraitance soit apte et qu'elle refuse l'intervention des professionnels visant à faire cesser la maltraitance. Dans ce dernier cas, les intervenants vont tenter d'aider la personne en mettant en place un filet de sécurité, dans les limites de son accord.

Tableau 10 : Répartition des motifs de maltraitance selon le niveau de traitement

Catégorie de motifs	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Traitement refusé ou interrompu	Rejeté	Traitement complété		Nombre
					Avec mesure identifiée	Sans mesure identifiée	
Maltraitance par un dispensateur de services							
Discrimination et âgisme \ Violence	0	0	0	0	1	0	1
Maltraitance physique \ Négligence	0	0	0	0	2	1	3
Maltraitance physique \ Violence	0	0	0	0	3	0	3
Maltraitance psychologique \ Violence	0	0	0	0	3	0	3
Violation des droits \ Négligence	0	0	0	0	2	0	2
Violation des droits \ Violence	0	1	0	0	1	1	3
Maltraitance par un proche ou un tiers							
Maltraitance matérielle ou financière \ Négligence	0	0	0	0	1	0	1
Maltraitance matérielle ou financière \ Violence	0	1	0	0	0	3	4
Maltraitance psychologique \ Violence	0	1	0	0	0	1	2
Maltraitance sexuelle \ Violence	0	0	0	0	0	1	1
Maltraitance par un usager							
Maltraitance physique \ Violence	0	0	0	0	0	2	2
Maltraitance sexuelle \ Violence	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	3	0	0	14	9	26

Il est à noter qu'un dossier peut comprendre plus d'un motif de maltraitance, ce qui explique les chiffres différents et le nombre de dossiers conclus.

Voici nos principales observations en lien avec les dossiers examinés en maltraitance :

- Dans environ la moitié des dossiers, la maltraitance provenait d'un dispensateur de service, donc d'un employé, d'un membre du personnel de l'installation liée à l'établissement;
- Dans la majorité des cas, il y avait suffisamment d'éléments pour mettre en place des mesures de protection ou des mesures d'encadrement. Toutefois, pour 9 motifs de maltraitance, il n'y a pas eu de mesure identifiée. Il faut rappeler que 5 dossiers conclus sans mesure furent transférés aux équipes dédiées pour assurer les services à l'utilisateur et mettre fin à la situation de maltraitance;

- La majorité des signalements en maltraitance proviennent des intervenants et des gestionnaires. Les travaux sur la mise à jour de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité de l'établissement sont en cours. Une fois réalisé, un plan de promotion permettra de rappeler les obligations en lien avec le signalement.

Autres activités de l'équipe de gestion des plaintes

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. À ces mandats de promotion, s'ajoutent diverses fonctions nécessaires au bon fonctionnement du régime d'examen des plaintes ainsi qu'à la collaboration avec les divers partenaires. Voici un bref survol des autres activités de l'équipe.

Activités de promotion

Encore une fois cette année, la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur la tenue des activités régulières de l'équipe, mais principalement en ce qui concerne les activités de promotion. Néanmoins, avec divers moyens, l'équipe a réussi à assurer la réalisation de certaines activités de promotion.

Voici quelques exemples d'activités de promotion réalisées en 2021-2022 :

- Réalisation d'une capsule vidéo sur le droit de porter plainte (en collaboration avec le CUCI et le CAAP-AT) et diffusion à la télévision régionale, à la radio, sur Facebook et YouTube du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en juin et novembre 2021;
- Conférence de presse pour le lancement public du Guide sur les droits et les obligations des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Présentation sur la bientraitance à l'ensemble des gestionnaires de RPA de la région;
- Rencontres et discussions réalisées sur la confidentialité avec les employés d'un CHSLD, et sur la bientraitance avec les employés et les résidents d'un milieu de vie;
- Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes (par Teams).

Activités de formation

L'équipe a eu l'occasion de participer à plusieurs activités de formation durant l'année 2021-2022. C'est environ 100 heures de formation qui ont été suivies par l'ensemble de l'équipe permettant d'améliorer leurs connaissances sur les divers aspects de leurs mandats ou de l'organisation. Voici quelques formations suivies par l'équipe cette année :

- Formation sur la diversité culturelle;
- Webinaire sur vérification des faits en maltraitance au CHSLD par le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale;
- Évolution de la protection des personnes en situation de vulnérabilité par le Curateur public du Québec;
- Symposium du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec.

Engagement auprès du conseil d'administration de l'établissement

De par la Loi, la commissaire aux plaintes relève du conseil d'administration de l'établissement et elle doit y présenter au moins une fois par année un bilan de ses activités. Le conseil reçoit à chaque séance de l'information sur la situation du régime d'examen des plaintes via les indicateurs présents dans leur tableau de bord. La commissaire présente habituellement l'état de situation du régime deux fois par année au conseil.

De plus, la commissaire est membre d'office du comité de vigilance et de la qualité, comité du conseil qui est, tel que défini par la Loi, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Pour l'année 2021-2022, la commissaire a assisté à toutes les rencontres du comité.

Collaboration au fonctionnement du régime

L'équipe a la chance de compter sur d'importants collaborateurs dans le cadre de ses fonctions. Voici quelques activités réalisées avec nos plus proches partenaires :

- Présence aux assemblées générales annuelles (AGA) des comités des usagers, des comités de résidents, du CUCI et du CAAP-AT;
- Présentation du Rapport annuel 2020-2021 au CUCI et à certains CU ou CR de la région;
- Rencontre avec les agents facilitateurs de Mino Obigiwasin.

Collaboration avec diverses instances de l'établissement

Tout en maintenant son indépendance, l'équipe de la commissaire est parfois sollicitée pour participer à certains comités ayant un lien avec notre mandat. Sans être décisionnelle, l'équipe travaille en collaboration avec l'établissement pour faire cheminer certains projets ou documents. Voici quelques comités sur lesquels l'équipe s'est impliquée en 2021-2022 :

- Rencontre statutaire avec la présidente-directrice générale;
- Rencontre statutaire avec la présidente du CUCI;
- Comité usager partenaire;
- Comité de révision de la Politique de lutte à la maltraitance de l'établissement.

Engagement au niveau provincial

Depuis l'année 2020-2021, la commissaire aux plaintes est impliquée sur le comité exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. La commissaire adjointe s'est, pour sa part, impliquée au sein du sous-comité Partenaire du Regroupement. Le Regroupement a été mis sur pied pour favoriser les échanges d'expertise et pour développer une communauté de pratique. Avec l'ajout continu de nouveaux mandats, le besoin de réseautage et de formation est plus grand qu'auparavant et le

regroupement était plus pertinent que jamais. Toutefois, le MSSS a récemment procédé à la création d'une table ministérielle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services à laquelle la commissaire assiste. Le mandat de cette table et du Regroupement sont actuellement en transition. Ces structures permettront assurément une cohérence dans les activités des commissaires de la province.

05.

RAPPORT DU COORDONNATEUR DU BUREAU DES MÉDECINS EXAMINATEURS

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 le médecin responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP ou d'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 Loi sur les services de santé et les services sociaux). 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 aux plaintes et à la qualité des services, après consultation avec le médecin examinateur, car 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 où 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 faite 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.

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 des plaintes médicales de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur. Ce comité de révision est composé d'au moins trois membres

nommés par le conseil d'administration; deux de ces membres étant nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le comité de révision doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, faire parvenir par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision des plaintes médicales peut :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
2. Demander au médecin examinateur un complément d'examen;
3. Acheminer le dossier vers le CMDP pour 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 et lui transmet le dossier. À toutes les étapes de l'étude 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, la présidente-directrice générale doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Ce dernier 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.

Équipe de médecins examinateurs

Le traitement des plaintes médicales est assuré par une équipe de médecins examinateurs expérimentés, le tout sous la supervision d'un coordonnateur. La commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services assure la gestion de la structure et du soutien administratif. Au 31 mars 2022, l'équipe de médecins examinateurs se constituait des membres actifs suivant :

Coordination et couverture régionale

- Docteur Martin Pham Dinh

Couverture régionale

- Docteure Catherine Bich
- Docteure Andrée-Anne Corneau
- Docteur Marc Gaudet
- Docteure Cécile Saelen

Agente administrative en soutien aux médecins examinateurs

- Madame Jessica Vincent-Jolette

Traitement des plaintes du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

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

	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	Transmis au 2 ^e palier
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	6	101	93	14	5

Tableau 12 : Évolution du bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen

Exercice	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		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2021-2022	6	-33	101	55	93	37	14	133	5	150
2020-2021	9	-80	65	-17	68	-40	6	-33	2	-67
2019-2020	44	2	78	-9	113	33	9	-80	6	200

En 2020-2021, 65 plaintes ont été reçues par rapport à 101, en 2021-2022, soit une augmentation de 54 %. Pour chaque dossier, il y a un délai nécessaire d'environ deux à quatre semaines pour sa préparation, c'est-à-dire l'obtention du dossier de l'établissement, l'avis envoyé au médecin visé et la réception de sa réponse.

Tableau 13 : Bilan des plaintes médicales selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Mission / Classe / Type	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	Transmis au 2 ^e palier
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
CH							
CHSGS	6	75	75,0	69	75,0	12	5
CHSP	0	22	22,0	21	22,8	1	0
CLSC	0	3	3,0	2	2,2	1	0
Total	6	100	100,0	92	100	14	5

Dans le tableau ci-dessus, notons que 100 plaintes ont été reçues visant les missions Centre hospitalier et CLSC. Une autre plainte, portant le total à 101, a été reçue visant une mission « autre » et ne se retrouve donc pas au tableau. En effet, ce dossier visait un médecin de cabinet privé. Il importe de préciser que 97 % de nos plaintes proviennent de nos hôpitaux. Cinq dossiers ont été transférés au comité de révision. Aucun médecin ne s'est prévalu de son droit de recours auprès du comité de révision.

Tableau 14 : État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
Transmission CMDP	1

Un dossier visant un médecin a été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. La transmission de dossiers pour étude à des fins disciplinaires reste 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.

Tableau 15 : Dossiers de plaintes médicales conclus selon le motif d'insatisfaction

Motifs d'insatisfaction	%
Accessibilité	16
Aspects financiers	0
Droits particuliers	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	3
Relations interpersonnelles	17
Soins et services dispensés	64
Autres	0
TOTAL	100

Notez qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principales causes d'insatisfaction se regroupent sous deux volets : les Relations interpersonnelles et les Soins et services dispensés. Sous le premier volet Relations interpersonnelles, les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, et le manque d'informations sont les principales causes d'insatisfaction. Le deuxième volet, les Soins et services dispensés, concerne l'absence de suivi, la qualité des interventions, la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers.

Tableau 16 : État des dossiers de plaintes conclues selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	4	4,3
4 à 15 jours	11	12	12,9
16 à 30 jours	23	20	21,5
31 à 45 jours	37	32	34,4
Sous-total	26	68	73,1
46 à 60 jours	52	16	17,2
61 à 90 jours	70	8	8,6
91 à 180 jours	94	1	1,1
181 jours et plus	0	0	0
Sous-total	60	25	26,9
TOTAL	35	93	100

Malgré l'augmentation significative du nombre de plaintes, la proportion des plaintes traitées dans le délai prescrit de moins de 45 jours est passée de 50 % en 2020-2021 à 73 % en 2021-2022.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS FAITES EN 2020-2021

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.

Il n'y a eu aucune recommandation systémique en 2021-2022. Des recommandations de nature individuelle ont été transmises aux médecins visés. L'interprétation que nous en faisons est que la nature des plaintes est plutôt d'ordre individuelle que systémique.

Constats

- Durant l'exercice 2021-2022, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 93 dossiers de plaintes. L'augmentation du volume de plaintes avait été anticipée et décrite dans le rapport annuel 2020-2021.

- Le délai de traitement des plaintes est respecté dans 73 % des dossiers. Ceci représente une amélioration significative de plus de 23 % comparé à l'année précédente, malgré l'augmentation de 50 % du volume de plaintes.

Objectifs pour l'année 2021-2022

Nos objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs sont :

- Minimiser les délais de traitement;
- Stabiliser l'équipe à long terme.

MESSAGE DES MÉDECINS EXAMINATEURS POUR L'ANNÉE À VENIR

L'année 2021-2022 fut difficile pour tous à plusieurs égards. Après deux années de galère, croyant être sortis de la pandémie, nous nous voyons confrontés à une autre vague de malades malgré les précautions et la vaccination de masse. Nous avons appris à regarder les problèmes en face et à les affronter un à la fois. Nous ressentons un épuisement général.

Le bureau des médecins examinateurs n'a pas été épargné. La lourde tâche de traiter les plaintes a été supportée par un individu chevronné depuis le début de la pandémie, afin de libérer les collègues pour leurs tâches cliniques plus importantes.

Bien qu'il puisse être frustrant, à de nombreux égards, pour un médecin de recevoir une plainte, notre bureau a tenté de rendre acceptable le processus et d'y ajouter une touche d'humanisme. Les médecins qui ont fait du bon travail ont été reconnus. Les médecins qui ont commis des erreurs ont été accompagnés respectueusement dans une démarche de conciliation.

Notre réseau a été utilisé au-delà de ses limites et il faut le guérir, il faut le reconstruire. Il est facile, dans ce contexte, de se recentrer sur soi et de ne regarder que les problèmes, les plaintes et la montagne d'obstacles qu'il reste à surmonter. Par contre, nous pouvons aussi être fiers du travail accompli. Nous sommes encore là, unis. Demain, nous y serons encore. La COVID-19 n'aura pas raison de notre force collective, de notre engagement et de notre compassion pour les malades.

Je serai à vos côtés pour l'année à venir.

Je vous remercie sincèrement pour votre travail tout au long de cette année 2021-2022.



Dr Martin Pham Dinh

06.

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION 2021-2022

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION 2021-2022

Composition du comité

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (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 deux 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.
- Afin d'assurer un quorum lors des rencontres et ainsi éviter des délais de traitement de demandes de révision, le comité s'est doté de membres supplémentaires substitués parmi les médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et d'une présidente substitut parmi les membres indépendants du conseil d'administration. Ces nominations ont fait l'objet d'une approbation par le conseil d'administration.

Au 31 mars 2022, le comité est composé des membres suivants :

- **Monsieur Daniel Lampron**
Membre du conseil d'administration, président
- **Madame Catherine Sirois**
Membre du conseil d'administration, présidente substitut
- **Docteure Stéphanie Jacques**
Membre désigné par le CMDP
- **Docteure Julie Desroches**
Membre désigné par le CMDP
- **Docteure Hélène Hottlet**
Membre désigné par le CMDP
- **Docteure Claudie Lavergne**
Membre désigné par le CMDP
- **Docteure Nathalie East**
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 un médecin examinateur de l'établissement.

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 par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Bilan des activités

Le contexte de pandémie mondiale continue d'avoir des impacts importants sur la tenue des rencontres en présentiel. Depuis l'automne 2020, celles-ci se tiennent par des moyens technologiques comme Zoom. Cette nouvelle façon de faire occasionne parfois des inconvénients pour les plaignants qui ne détiennent pas les moyens techniques et/ou qui se retrouvent dépourvus face au manque de proximité et de l'incompréhension du fonctionnement à distance. La bonne collaboration entre le comité et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Abitibi-Témiscamingue (CAAP-AT) est un réel atout afin d'apporter une assistance adéquate, personnalisée et rassurante aux personnes ayant déposé une plainte en deuxième instance.

Lors de la dernière année, les processus de suivi et fonctionnement du comité ont été expérimentés à la suite de modifications et d'ajustements apportés en 2020. Le calendrier semi-annuel planifié à l'avance s'est avéré entre autres être un outil efficace de fonctionnement et a permis de combler le retard accumulé dans le traitement des plaintes. De plus, le comité s'est adjoint de nouveaux membres, dont une présidente substitut. Ceci a facilité la planification de rencontres régulières afin de s'assurer le traitement des dossiers dans les délais prescrits par la loi.

Au 1^{er} avril 2021, deux dossiers étaient ouverts dont :

- Un dossier 2019;
- Un dossier 2020.

S'ajoute à ces deux dossiers traités, cinq nouvelles demandes de révision au cours de l'année 2021-2022, portant à sept le total de dossiers traités.

Traitement des dossiers

Motifs à l'appui, l'avis du comité de révision doit conclure à l'une des options suivantes :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement concerné;
2. 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;
3. 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;
4. 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.

Rappelons que la conclusion retenue par le comité de révision de l'instance locale dans son agi est finale (article 56 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) (LSSSS), sous réserve également du complément d'examen devant être transmis par le médecin examinateur à la demande du comité de révision.

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

Les conclusions du comité pour ces plaintes sont réparties comme suit :

- Quatre dossiers : Confirme les conclusions du médecin examinateur;
- Un dossier : Requiert du médecin examinateur de l'établissement concerné qu'il effectue un complément d'examen;
- Un dossier : Recommande au médecin examinateur de l'établissement concerné ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Une seule demande demeure en traitement en date du 1^{er} avril 2022.

Perspectives d'action pour la prochaine année

Le comité de révision souhaite conserver sa présente amélioration du fonctionnement incluant le traitement des demandes de révision dans les délais prescrits par la loi.

Une amélioration des moyens technologiques de transmission des documents requis pour les rencontres est souhaitée afin de répondre adéquatement à l'obligation de confidentialité des dossiers, aux mesures de sécurité informationnelles et dans l'optique d'une accessibilité commune, complète et efficace aux documents.

Conclusion

L'année 2021-2022 fut une année d'ajustements et de remise en fonction. Plusieurs révisions des processus ont été complétées en tenant compte des manquements et embuches du passé ainsi que de la réalité occupationnelle des membres.

Motivés par la qualité des soins donnés aux usagers et soucieux de maintenir un suivi des demandes de révision des plaignants, les membres ont persévéré et sont demeurés en fonction. À l'heure actuelle, le comité a atteint une vitesse de croisière améliorée et qui répond aux attentes, mais aussi aux normes définies dans la loi. Ainsi, il termine l'année 2021-2022 avec la mise à jour complète des dossiers en retard, le traitement dans les délais des dossiers reçus et un fonctionnement amélioré et efficace des demandes de révision. Le comité est donc fier de déposer ce présent rapport annuel.



Catherine Sirois,
Présidente substitut

07.

CONCLUSION ET ORIENTATIONS

CONCLUSION ET ORIENTATIONS

L'année 2021-2022 s'est inscrite dans la continuité de l'année précédente. La pandémie que l'on espérait dernière nous a continué d'avoir un impact majeur sur le réseau de la santé et l'impact a été visible sur les dossiers traités par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes. Les gens ont continué de nous contacter pour comprendre ou pour contester certaines mesures sanitaires. Plus récemment, nous avons également des gens qui nous contactent inquiets de voir disparaître certaines mesures dans leur milieu de vie. Dans les deux cas, on constate que la pandémie a généré des émotions vives chez les usagers.

Nous aurions pu avoir des craintes que les changements dans nos modes de travail (télétravail majoritaire) et la diminution des activités de promotion plus traditionnelles aient un impact sur l'accessibilité du régime d'examen des plaintes. Or, au contraire. L'équipe a offert ses services à plus de 1 200 personnes, ce qui constitue une importante augmentation comparativement à l'an dernier. Encore une fois cette année, le régime d'examen des plaintes a permis d'obtenir les commentaires, les observations des usagers pour alimenter les réflexions à propos de l'organisation des services, pour revoir les façons de faire afin de les adapter aux besoins des usagers ou d'en expliquer le fondement. Il s'agit pour tous d'un geste constructif.

Voici les problématiques auxquelles nous demeurons vigilantes pour l'année 2022-2023 :

- L'année 2021-2022 a été sous le signe de la pénurie de personnel. Évidemment, cette situation préoccupante a eu et aura possiblement encore des impacts sur l'organisation des services offerts à la population. Nous sommes conscientes que le conseil d'administration, la haute direction et les gestionnaires sont proactifs dans la recherche de solutions durables et innovantes. Nous demeurons tout de même vigilantes aux impacts des décisions concernant l'offre de service sur les usagers;
- Évidemment, le manque de personnel fait que les employés et les gestionnaires présents se dévouent et tentent de combler du mieux possible les services. Il est alors impossible qu'un employé fasse le travail de 3 sans qu'il y ait des impacts. Que ce soit des erreurs d'inattentions, des détails que l'on oublie, des étapes moins essentielles que l'on ne prend pas le temps de faire, les impacts peuvent se faire sentir sur la qualité des services;
- L'accessibilité téléphonique à certains services est difficile. Cette problématique empêche parfois les usagers d'aviser de leur absence à un rendez-vous qui est alors non attribué à un autre usager. Pour une gestion efficace des listes d'attente, il faudra voir à s'attaquer à ce problème beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît.

Nous espérons que 2022-2023 permette à tous de retrouver un semblant de normalité dans les fonctions et le rythme habituel.

08.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Le régime d'examen des plaintes existe pour les usagers, les représentants et les signalants. Nous remercions donc tous ceux qui ont pris la décision parfois difficile de déposer une plainte ou de faire un signalement. Par leur décision, ils permettent d'améliorer la qualité des services reçus par l'ensemble de la population de la région.

Dans le même ordre d'idée, nous tenons à remercier Madame Carole Bédard, présidente du CUCI, pour sa collaboration qui est très appréciée.

À l'ensemble des membres des comités des usagers et des comités de résidents de la région, pour une deuxième année, vous êtes restés impliqués et engagés malgré la pandémie qui a grandement changé vos façons de faire. Nous vous remercions pour les moments d'échanges que vous offrez à notre équipe. Votre apport et votre collaboration sont importants pour notre travail et surtout, ils sont essentiels au bien-être des usagers et des résidents. Merci d'être présents même à distance !

Nous ne pouvons pas analyser les dossiers de plaintes et de signalements sans avoir les informations provenant des professionnels impliqués. Merci à tous les membres du personnel, tous les gestionnaires et les directeurs qui ont pris le temps de travailler avec nous à l'analyse d'une plainte.

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du conseil d'administration du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui nous accordent leur attention, leur écoute et leur soutien. Nous remercions particulièrement les membres du comité de vigilance et de la qualité qui analysent chaque recommandation avec rigueur. À Mesdames Caroline Roy, présidente-directrice générale et Maggy Vallières, directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique, votre support sur ce comité et votre engagement continu pour la qualité des services sont une source de confiance et de motivation.

Finalement, en mon nom personnel, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes et l'équipe de médecins examinateurs. Ce sont des personnes intègres qui travaillent avec rigueur et qui ont réellement à cœur d'améliorer la qualité des soins et des services offerts. Sans leur engagement, leur dynamisme et leurs compétences, nous n'aurions pas le même impact dans l'organisation.

ANNEXES

ANNEXE 1

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

Tel que présenté dans le Guide des droits et responsabilités du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

- Être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, en continu personnalisés et sécuritaires.
- Choisir le professionnel ou l'établissement, selon les ressources disponibles.
- Recevoir les soins nécessaires en cas d'urgence.
- Être informé de son état de santé ainsi que des options et de leurs conséquences avant de consentir à des soins.
- Être informé de tout accident et des conséquences survenues lors des soins et services ainsi que des mesures qui seront prises pour éviter que la situation se reproduise.
- Être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité et de son autonomie.
- Accepter ou refuser des soins de façon libre et éclairée, personnellement ou par l'entremise d'un représentant.
- Avoir accès à son dossier, lequel est confidentiel, selon les règles prévues.
- Participer aux décisions qui le concernent et affectant son état de santé ou de bien-être.
- Être accompagné d'une personne de son choix sauf exception en lien avec la qualité et la sécurité des soins.
- Porter plainte sur les services qu'il a reçus ou qu'il croit être en droit d'obtenir, et ce, sans représailles.
- Être représenté advenant l'inaptitude, temporaire ou permanente de l'utilisateur.
- Recevoir des services en anglais.
- Bénéficier d'un hébergement sécuritaire, selon l'état de l'utilisateur et les services requis.
- Recevoir des soins de fin de vie et le respect des directives médicales anticipées.

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'usagers 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 usagers ou de l'amélioration de la qualité des services.

ANNEXE 4

MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS

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.).

Autres

Concerne tous les autres motifs de plaintes incluant ceux touchant la pandémie de COVID-19.

Droits particuliers

Plaintes concernant le manque de respect des droits consacrés dans les lois québécoises et plus précisément dans la LSSSS.

Par exemple :

- Droit au consentement libre et éclairé;
- Droit d'être informé sur son état de santé;
- Droit à la confidentialité;
- Droit aux services en langue anglaise.

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, intentionnelle 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 des 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

Se réfère au « savoir-être » des employés. Il s'agit de la présence, de l'assistance et du soutien de la personne à l'endroit de l'utilisateur ou de l'utilisateur. Ce motif fait appel aux notions de respect, d'empathie et de responsabilisation.

C'est également dans ce motif que l'on retrouve les dossiers impliquant un élément lié au racisme ou à la discrimination.

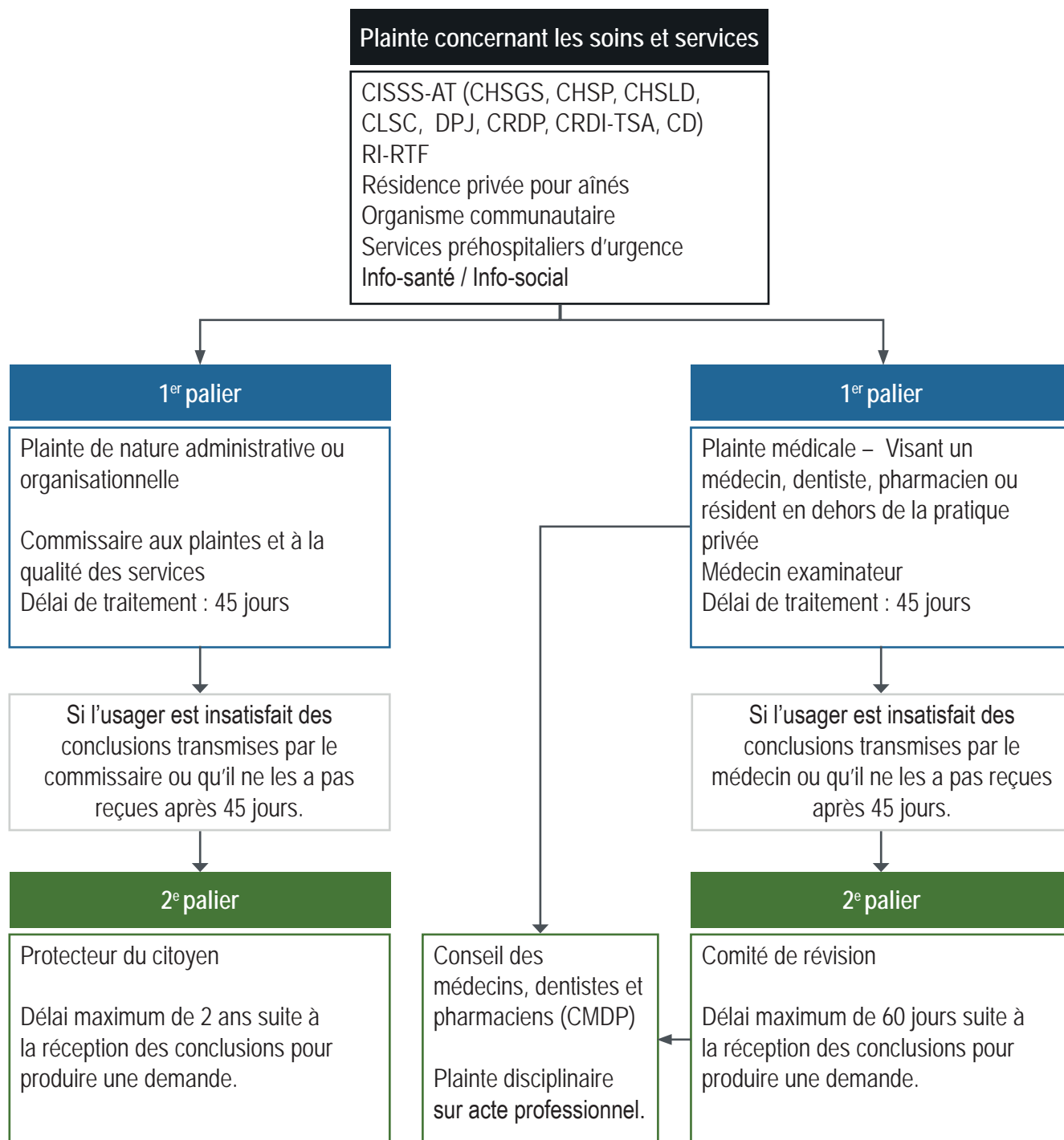
Soins et services dispensés

Concerne l'application des connaissances du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants. Ce motif se réfère à l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Par exemple : les habiletés techniques et professionnelles, l'évaluation et le jugement professionnel, les traitements ou les interventions réalisés, le manque de continuité, etc.

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										
	Ajustement des activités professionnelles	1		1		2	1	7		12	
	Amélioration des communications								1	1	
	Changement d'intervenant						1			1	
	Collaboration avec le réseau				1	2		1		4	
	Élaboration/révision/application			1		3		3		7	
	Encadrement de l'intervenant	2		3	3		9	10		27	
	Évaluation ou réévaluation des besoins	1	1			2		6		10	
	Réduction du délai	3								3	
	Autre	1								1	
	Adaptation du milieu et de l'environnement										
	Ajustement technique et matériel					3				3	
	Amélioration des mesures de sécurité et protection				1	2				3	
	Autre					2				2	
	Ajustement financier		3							3	
	Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	1	1	1		2		1	1	7	
	Information/sensibilisation d'un intervenant		1	3	1		21	1		27	
	Obtention de services	3		1				2		6	
	Respect des droits			4	2			3		9	
	Respect du choix					1		1		2	
	Autre				1	1		1		3	
	SOUS-TOTAL		12	6	14	9	20	32	36	2	131

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										
	Ajustement des activités professionnelles	13	1	3		1	3	29	5	55	
	Ajout de service ou de ressource humaine	5						2		7	
	Amélioration des communications	6	2	1			4	14	1	28	
	Collaboration avec le réseau				1			1		2	
	Élaboration/révision/application	2		1		1		5	3	12	
	Encadrement des intervenants	3		3			2	11		19	
	Évaluation des besoins	1			1			2		4	
	Information et sensibilisation des intervenants	4	2			3	6	9	1	25	
	Réduction du délai	4						2		6	
	Autre	3								3	
	Adaptation du milieu et de l'environnement										
	Ajustement technique et matériel	7	2	1		15			2	27	
	Amélioration des conditions de vie					2				2	
	Amélioration des mesures de sécurité et protection					7				7	
	Adoption/révision/application des règles et procédures	8	1	4	2	4		17	1	37	
	Ajustement financier							1		1	
	Communication/promotion	5	1	3	1			3		13	
	Formation/supervision			1			2	5		8	
	Promotion du régime				1		2			3	
	Respect des droits			7	2	4	1		1	15	
		Sous-total	61	9	24	8	37	20	101	14	274
		TOTAL	73	15	38	17	57	52	137	16	405



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES | 2021-2022

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

Québec 