

RAPPORT ANNUEL 2016-2017

Application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits



Le Rapport annuel 2016-2017 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits est une production du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Approuvé par le conseil d'administration le 27 septembre 2017.

4675, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1T 1C2
Téléphone : 514 593-3600
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Crédits auteurs et collaborateurs :

Recherche et rédaction

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Coordination

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Nancy Campeau et Geneviève Malo, adjointes à la direction

Collaborateurs

Équipe du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Conception graphique

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Nancy Campeau et Geneviève Malo, adjointes à la direction

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Parfois, les pourcentages sont arrondis modifiant ainsi le total de certains calculs.

La reproduction est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est disponible en ligne sur le site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016

ISBN978-2-550-76309-3 (format imprimé)
ISBN978-2-550-76310-9 (format électronique)

DÉPÔT LÉGAL

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2017
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2017

TABLE DES MATIÈRES

LÉGENDE.....	1
MOT DU COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	2
FAITS SAILLANTS	3
LA PRÉSENTATION DU RAPPORT.....	4
PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	5
BILAN DES ACTIVITÉS	6
1. PLAINTES	6
1.1. Portrait des dossiers de plainte reçus selon la mission.....	6
1.2. Tableau comparatif des dossiers de plainte, par année de référence, selon la mission.....	7
1.3. Portrait des dossiers de plainte reçus selon l'installation.....	8
1.4. Dossiers de plainte reçus et leurs motifs	9
1.5. Tableau comparatif, par année de référence, des motifs de plainte.....	10
1.6. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte par motif, selon la mission.....	11
1.7. Portrait détaillé des sous-motifs de plainte/accessibilité/mission CH.....	12
1.8. Portrait détaillé des sous-motifs de plainte/accessibilité/mission CLSC	13
1.9. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives	14
1.9.1. À portée systémique.....	14
1.9.2. À portée individuelle	15
1.10. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	15
1.11. Délai pour le traitement des plaintes.....	17
1.12. Recours au Protecteur du citoyen.....	17
2. INTERVENTIONS.....	20
2.1. Portrait des interventions effectuées par le commissaire	20
2.2. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers d'intervention reçus, selon la mission.....	21
2.3. Portrait des dossiers d'intervention reçus selon l'installation.....	22
2.4. Total des dossiers d'intervention reçus et leurs motifs	23
2.5. Tableau comparatif des motifs d'intervention par année de référence.....	23
2.6. Tableaux comparatifs des dossiers d'intervention, par année de référence, reçus par motif, selon la mission.....	24
3. DEMANDES D'ASSISTANCE	26
3.1. Tableau comparatif des demandes d'assistance par année de référence.....	26
4. DEMANDES DE CONSULTATION	27
4.1. Tableau comparatif des demandes de consultation reçues et leurs motifs	27
4.2. Tableau comparatif des demandes de consultation par année de référence	28

5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	28
5.1. Tableau comparatif des autres fonctions du commissaire par année de référence	30
6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS	31
6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus	31
6.2. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte médicale reçus, selon la mission	32
6.3. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus selon l'instance visée	33
6.4. Motifs de plainte médicale traités par année de référence	33
6.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives	34
6.6. Délais pour le traitement des plaintes médicales	34
6.7. Recours au Comité de révision.....	34
6.8. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision	35
7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS	36
ANNEXE I	38
Plaintes/mesures correctives à portée systémique.....	38
ANNEXE II	41
Plaintes/mesures correctives à portée individuelle	41
ANNEXE III	45
État des dossiers de plainte du CLPQS dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen.....	45
ANNEXE IV	45
État des dossiers de plainte des médecins examinateurs dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen.....	45
ANNEXE V	46
Lexique des données du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)	46
Les catégories de motifs.....	46
Les mesures correctives à portée individuelle ou systémique	47

LÉGENDE

BCLPQS	Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDA	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience auditive
CRDI-TED	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
CRDM	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience motrice
CRDP	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience physique
CRDV	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience visuelle
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRMDA	Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes
OC	Organisme communautaire
OE	Organisme avec entente (Atelier Le Fil D'Ariane, Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles et Maison Elizabeth House)
RHTJP	Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SIGPAQS	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

MOT DU COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

C'est un privilège de vous présenter le second rapport annuel du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, et ce, conformément aux exigences prescrites par l'article 33, paragraphe 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2. Ce rapport intègre également celui des médecins examinateurs et du comité de révision.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a comme mission de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire. Dans le cadre des mandats locaux, régionaux et suprarégionaux qui lui sont dévolus, celui-ci offre une large gamme de services de santé et services sociaux généraux et spécialisés en s'assurant de les rendre accessibles, efficaces, efficaces et de qualité.

Le bureau du commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits et du traitement diligent des plaintes de tous les usagers du CIUSSS y compris les résidences privées pour aînés et les organismes communautaires de la région montréalaise. Il assume également la responsabilité de trois établissements du réseau de la santé par entente de services.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui se sont impliquées dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés, plus particulièrement, les usagers et leurs proches, les employés et les gestionnaires, ainsi que toute l'équipe du bureau du commissaire.

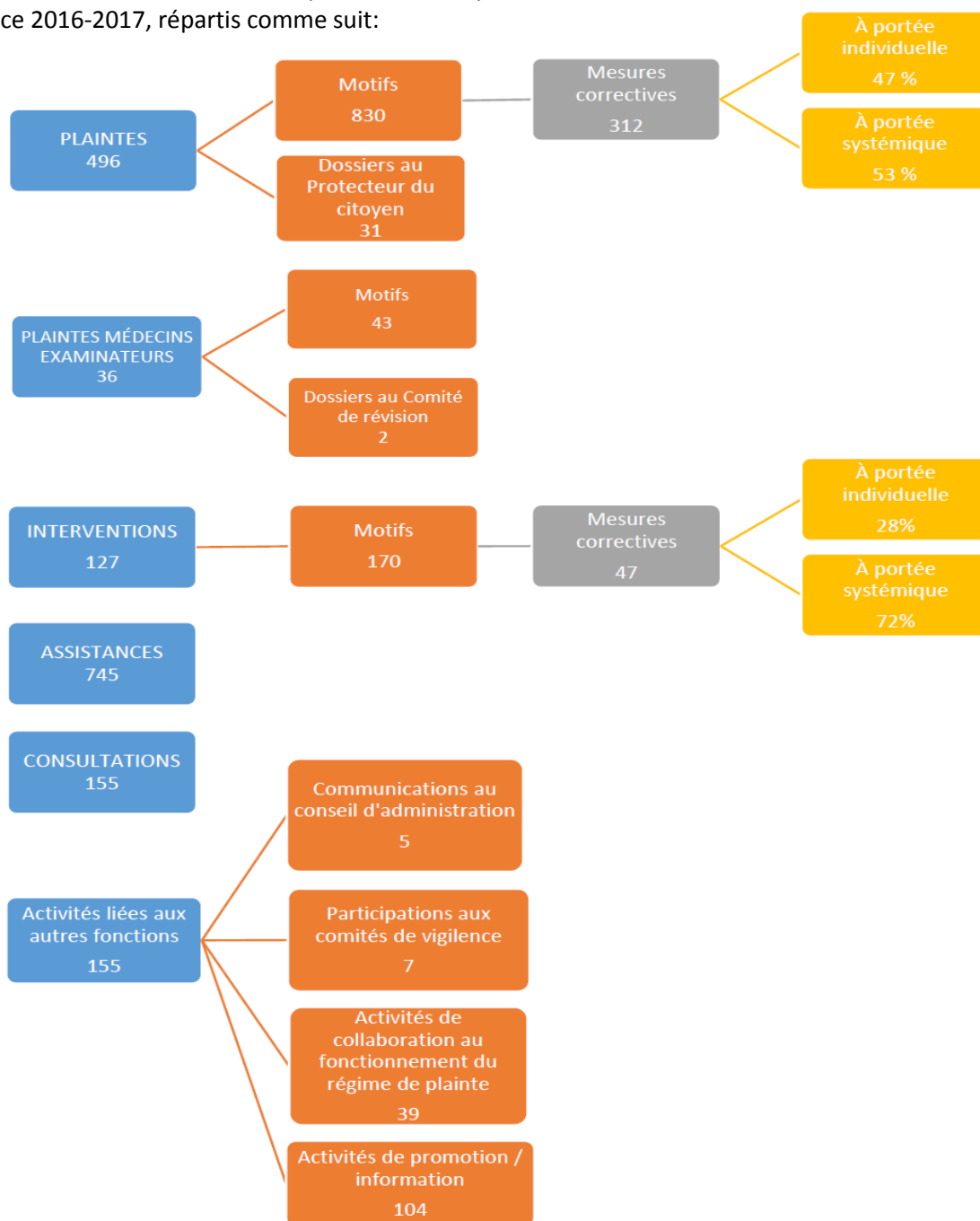
A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Céline Roy'.

Céline Roy

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

FAITS SAILLANTS

Le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a traité 1 559 dossiers au cours de l'exercice 2016-2017, répartis comme suit:



Par rapport à l'exercice 2015-2016 :

- Diminution de 1% du nombre de dossiers traités;
- Augmentation de 46 % des dossiers de plainte;
- 67 % des dossiers de plainte complétés en moins de 45 jours;
- Des 31 dossiers transmis au Protecteur du citoyen, seulement 6 ont fait l'objet de recommandations.

LA PRÉSENTATION DU RAPPORT

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹, ci-après nommée la Loi, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de préparer et de présenter au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits².

Conformément à l'article 53 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*³, le ministre dépose à l'Assemblée nationale le rapport qui lui est transmis par tout centre intégré de santé et de services sociaux ou tout établissement non fusionné en application de l'article 76.10 de la Loi dans les trente jours de sa réception ou si elle ne siège pas, dans les trente jours de l'ouverture de la session suivante ou de la reprise de ses travaux.

Conformément à l'article 76.11 de la Loi, ce rapport comprend le bilan des activités du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et intègre le rapport des médecins examinateurs et celui du comité de révision.

Le rapport annuel doit aussi contenir les recommandations du commissaire et indiquer les mesures correctives prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits. Le rapport peut contenir toute autre recommandation que le commissaire estime appropriée.

Afin de colliger les informations nécessaires, le système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) est utilisé pour permettre la gestion intégrée des activités reliées à l'examen des plaintes, des dossiers d'intervention et des autres fonctions réalisées par le commissaire.

¹Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2.

²*Ibid.*, article 33, paragraphes 10 et 76.10.

³*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q. 2015, chapitre 1.

PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Les articles 29 et les suivants de la Loi prévoient un régime de traitement des plaintes des usagers ou de toute personne à l'égard d'un établissement, d'une ressource intermédiaire, d'une ressource de type familiale, d'une résidence privée pour aînés certifiée, d'une ressource certifiée d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'un organisme communautaire et de toutes autres installations offrant des soins et des services de santé et des services sociaux.

Le régime permet de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local, dûment nommé par le conseil d'administration de l'établissement, sur les services de santé et les services sociaux que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Le commissaire dont les fonctions sont exclusives au sein de l'établissement a également la responsabilité d'assurer la promotion de son indépendance, de prêter assistance à l'utilisateur, de donner son avis sur toute question de sa compétence et d'intervenir lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un utilisateur ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Le régime d'examen des plaintes permet aussi à toute personne de formuler une plainte qui concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident auprès d'un des médecins examinateurs également nommés par le conseil d'administration.

Aux termes d'un examen diligent, et ce, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services, le commissaire et les médecins examinateurs rendent des conclusions motivées au plaignant et peuvent, le cas échéant, formuler des recommandations au conseil d'administration.

La Loi prévoit également que l'utilisateur insatisfait des conclusions du commissaire peut exercer un recours auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes médicales, elles peuvent être révisées par le comité de révision.

BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de cet exercice, 1730 personnes se sont adressées au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Leurs demandes avaient pour but d'exprimer leur insatisfaction, de recevoir de l'aide dans leurs démarches auprès de l'établissement ou pour demander l'avis du commissaire local sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services. De ce nombre, 171 personnes n'ont pas donné suite à leur demande.

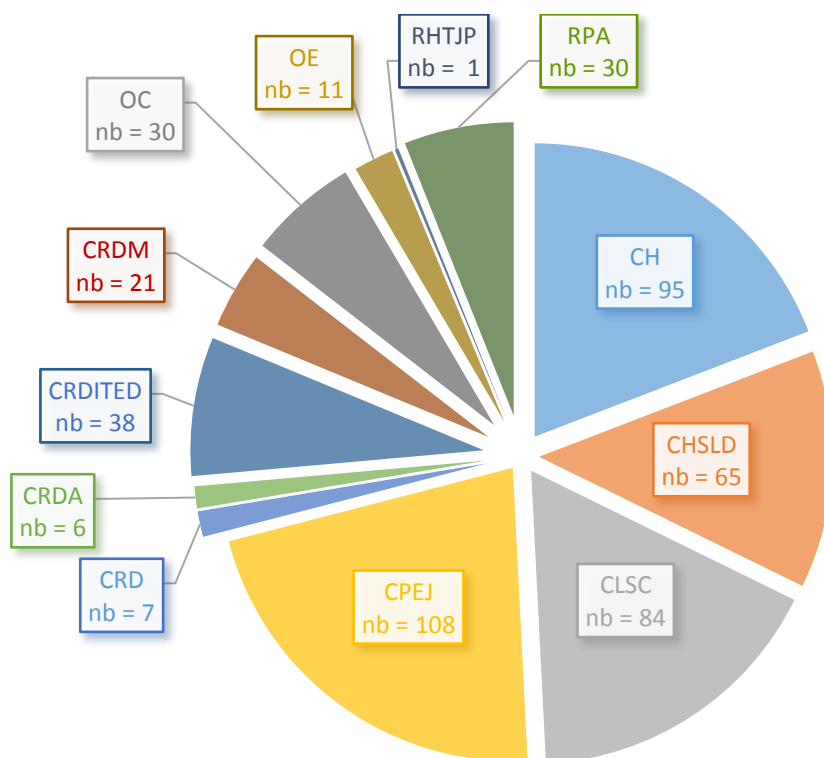
Vous trouverez ci-dessous le bilan détaillé des 1559 dossiers traités selon le type de dossier, la mission concernée et les motifs invoqués. Ce dernier sera complété par un sommaire des mesures correctives mises en place par l'établissement et des recommandations formulées envers celui-ci, le cas échéant.

1. PLAINTES

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne une insatisfaction exprimée ou dirigée auprès du commissaire par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert d'un établissement ou d'une ressource à laquelle recourt un établissement⁴.

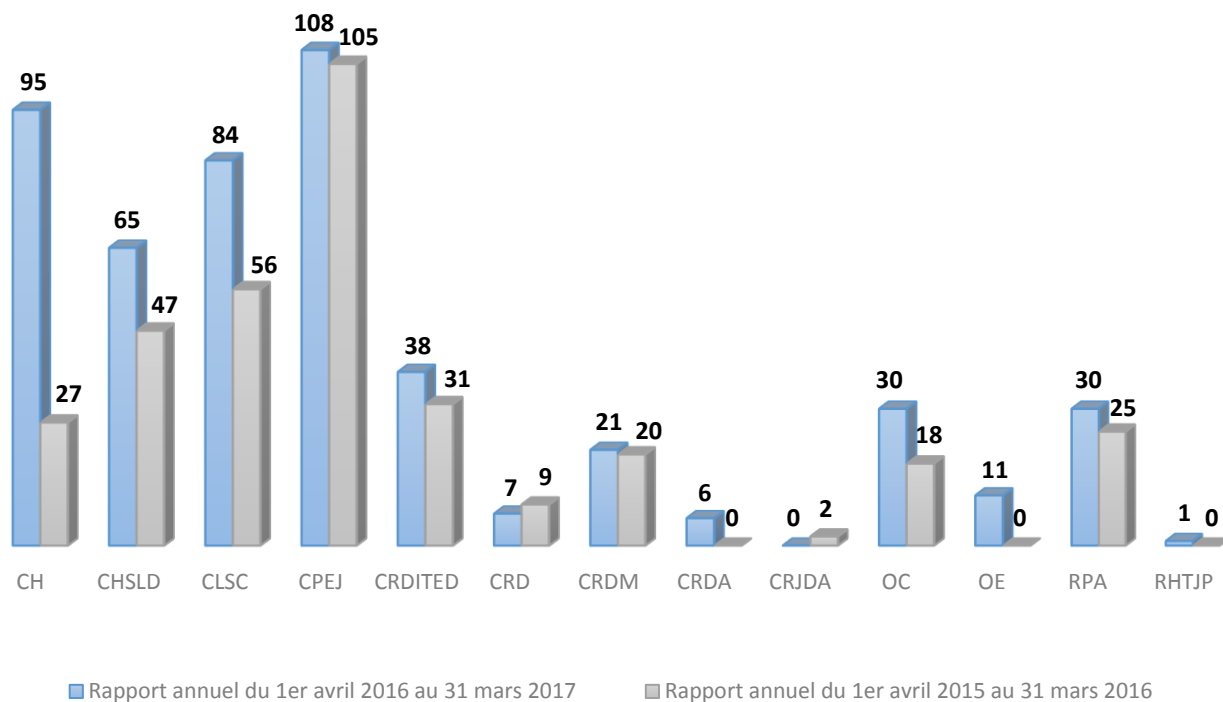
1.1. Portrait des dossiers de plainte reçus selon la mission

Cette année, 496 dossiers de plainte ont été reçus comparativement à 340 pour l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 46%. En voici la répartition :



⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Direction de la qualité, Cadre normatif pour SIGPAQS, version 0.9.3, janvier 2013.

1.2. Tableau comparatif des dossiers de plainte, par année de référence, selon la mission



Ce tableau comparatif nous permet de constater une augmentation des dossiers de plainte dans presque toutes les missions du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

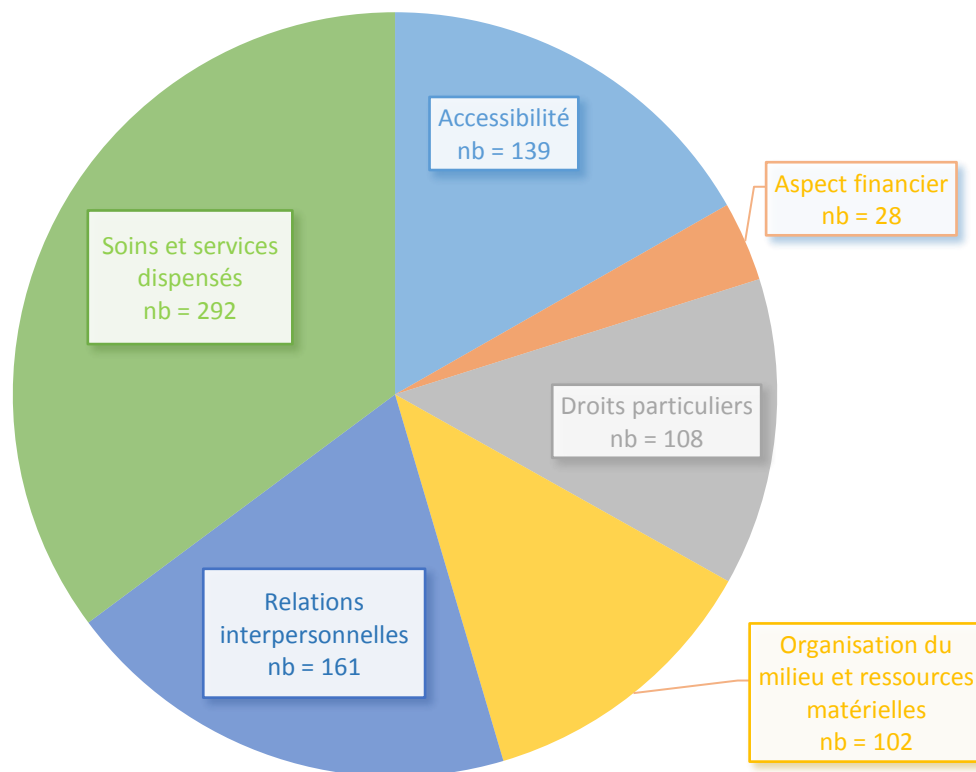
Toutefois, cette augmentation est plus significative dans les missions CH, OC et CLSC.

1.3. Portrait des dossiers de plainte reçus selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice	Transmis au Protecteur du citoyen
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	7	1
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	8	1
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	5	
Centre d'hébergement Bruchési	1	
Centre d'hébergement Champlain	2	
Centre d'hébergement des Seigneurs	3	
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or	2	
Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	2	
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	7	
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	3	
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	13	
Centre d'hébergement Louis-Riel	4	1
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	10	
Centre d'hébergement Réal-Morel	1	
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	4	
Centre jeunesse de Montréal	108	6
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2	
Clinique de médecine familiale Notre-Dame	2	1
CLSC de Saint-Henri	7	
CLSC de Verdun	29	3
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	8	
CLSC des Faubourgs — Parthenais	7	
CLSC des Faubourgs – Sainte-Catherine	8	
CLSC des Faubourgs – Visitation	3	
CLSC du Plateau-Mont-Royal	6	
CLSC Saint-Louis-du-Parc	8	
CRDITED de Montréal	38	3
GMF de Verdun	2	
GMF Notre-Dame	2	
Hôpital de Verdun	95	2
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	13	1
Institut Raymond-Dewar	6	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	8	2
Sous-total	424	21
Organisme avec entente	11	1
Organisme communautaire	30	5
Résidence pour personnes âgées	30	4
Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	1	
Sous-total	72	10
TOTAL	496	31

1.4. Dossiers de plainte reçus et leurs motifs

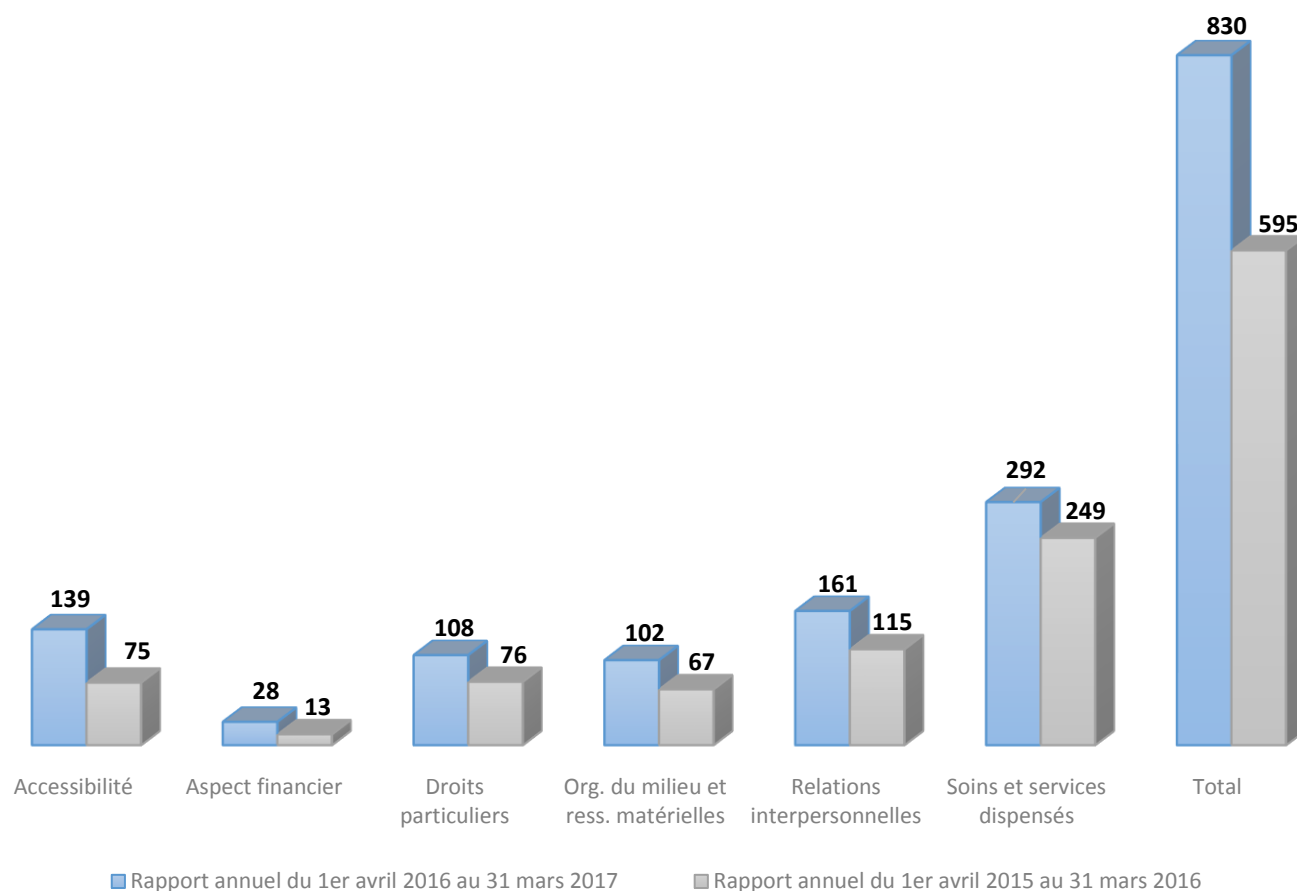
Les 496 dossiers de plainte ont donné lieu à l'analyse de 830 motifs répartis comme suit :



Les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles ont toujours occupé ces rangs respectifs.

Ce qui se démarque cette année, c'est le motif d'accessibilité qui se hisse au troisième rang.

1.5. Tableau comparatif, par année de référence, des motifs de plainte



Par rapport à l'année précédente, c'est le motif aspect financier qui a subi la plus grande augmentation (115 %), mais cela ne représente que 3 % des motifs totaux.

Par contre, il y a lieu de souligner l'augmentation de 85 % du nombre de motifs concernant l'accessibilité.

1.6. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte par motif, selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ		CR	
	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er
Accessibilité	39	9	7	2	40	18	6	2	33	28
Aspect financier	7	1	9	4	1	0	4	3	3	4
Droits particuliers	17	6	21	7	0	10	32	35	21	6
Organisation du milieu et ressources matérielles	20	6	26	11	7	7	7	6	3	4
Relations interpersonnelles	29	15	14	10	21	10	52	44	18	19
Soins et services dispensés	32	16	44	23	37	27	109	121	38	34
TOTAL	144	53	121	57	106	72	210	211	116	95

	OE		OC		RPA		RHTJP	
	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er
Accessibilité	6	1	7	14	1	1	0	0
Aspect financier	0	0	2	0	2	1	0	0
Droits particuliers	0	0	9	1	7	11	1	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	0	12	5	26	28	0	0
Relations interpersonnelles	6	3	11	10	9	4	1	0
Soins et services dispensés	6	1	10	8	15	19	1	0
TOTAL	19	5	51	38	60	64	3	0

Légende

2^e : Rapport annuel du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017

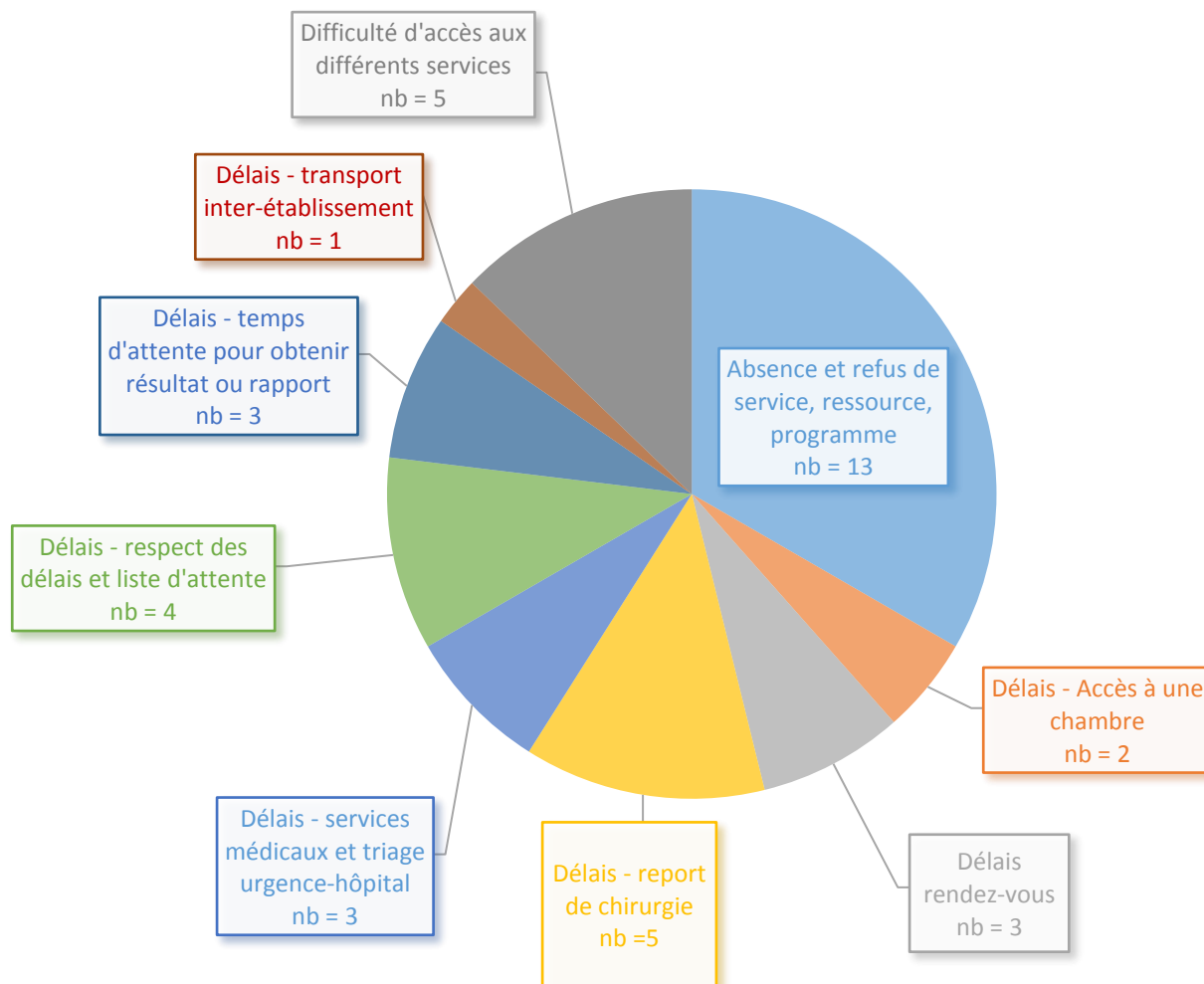
1^{er} : Rapport annuel du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

Ce tableau nous confirme que le motif d'accessibilité a bel et bien subi une augmentation significative particulièrement dans les missions CH et CLSC.

Nous allons analyser cet aspect dans les deux tableaux suivants.

1.7. Portrait détaillé des sous-motifs de plainte/accessibilité/mission CH

Vous trouverez ci-dessous un portrait détaillé des sous-motifs les plus souvent exprimés par les usagers en lien avec la mission centre hospitalier.



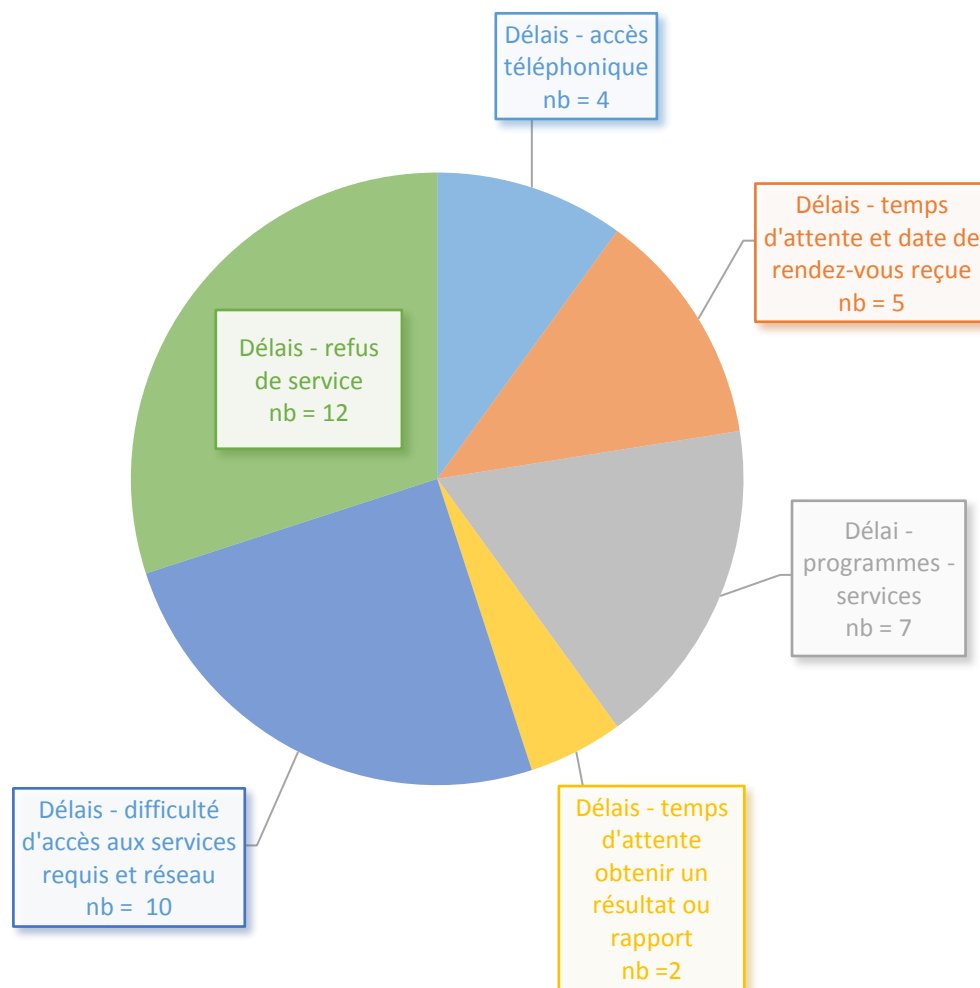
Cette année, 39 motifs de plainte, concernant l'accessibilité aux soins et aux services pour la mission CH, ont été analysés par rapport à 9 pour l'année précédente.

Le portrait détaillé nous indique que l'absence et le refus de service, ressource, programme représente le tiers des sous-motifs.

Considérant le volume d'activités à l'hôpital de Verdun⁵, ce nombre représente une faible proportion.

⁵ Source : Med-GPS, 2017, visite en radiologie 98 726, Admissions hospitalières 13 084, Visites en clinique externe 50 397, Visite à l'urgence 46 064.

1.8. Portrait détaillé des sous-motifs de plainte/accessibilité/mission CLSC



Cette année, 40 motifs de plainte ont été analysés par rapport à 18 motifs pour l'année précédente.

C'est le sous-motif délais - refus de service qui occupe le premier rang, suivi des difficultés d'accès aux services.

Les sous-motifs en lien avec l'accessibilité des soins et services, mission CLSC, doivent être contextualisés au volume d'activités des CLSC⁶.

⁶ Source Med-GPS, 2017 usagers ayant fait une nouvelle demande en 1^{ère} ligne CLSC 21 634, Usagers desservis à domicile 9 127.

1.9. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

Des 830 motifs traités, 312 ont donné lieu à des mesures correctives dont la majorité à portée systémique. L'année dernière, ce sont les mesures à portée individuelle qui occupaient le premier rang. Nous pouvons penser que la création des CIUSSS requiert une harmonisation des pratiques, politiques et procédures de manière systémique.

1.9.1. À portée systémique

Mesures correctives	
Communication – Promotion	32
Ajustement des activités professionnelles	27
Protocole clinique ou administratif	26
Information et sensibilisation des intervenants	13
Ajustement technique et matériel	12
Politiques et règlements	10
Formation – Supervision	9
Amélioration des communications	6
Élaboration – Révision – Application	5
Encadrement des intervenants	5
Respect des droits	5
Amélioration des mesures de sécurité et protection	3
Encadrement des besoins	3
Ajout de services ou de ressources humaines	2
Code d'éthique	2
Organisation des séances d'information	2
Amélioration des conditions de vie	1
Réduction du délai	1
TOTAL	164

Vous trouverez à l'Annexe I des mesures correctives mises en place par les gestionnaires visés par les plaintes, par ordre de fréquence.

1.9.2. À portée individuelle

Mesures correctives	
Ajustement financier	4
Ajustement professionnel	31
Ajustement technique et matériel	3
Amélioration des communications	21
Amélioration des mesures de sécurité et protection	4
Cessation de services	1
Changement d'intervenant	2
Collaboration avec le réseau	1
Conciliation – Intercession – Médiation – Liaison – Précision – Explication	9
Élaboration – Révision – Application	6
Encadrement de l'intervenant	7
Évaluation ou réévaluation des besoins	5
Information – Sensibilisation d'un intervenant	30
Obtention de services	8
Réduction du délai	1
Relocalisation – Transfert d'un usager	3
Respect des droits	8
Respect du choix	2
Autres	2
TOTAL	148

À l'Annexe II, vous trouverez des exemples de mesures correctives à portée individuelle, par ordre de fréquence.

1.10. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Dossier 1/Mission RPA

À l'exploitant de la résidence :

R1 Dispenser la formation requise pour la complétion des rapports de déclaration d'accident à l'ensemble du personnel de la Résidence et mettre à jour le registre prévu à cet effet;

R2 Prendre toutes les mesures qui s'imposent afin que les usagers, leurs représentants légaux ou les personnes à aviser en cas d'urgence, soient systématiquement et diligemment informés de la survenue d'un accident ayant entraîné des conséquences, des mesures disponibles pour venir en aide au résident, ainsi que des mesures correctives qui seront prises afin d'éviter la répétition d'un tel accident;

R3 Prendre les moyens afin de vérifier que les rapports de déclaration d'accident sont intégralement complétés, tel que le Règlement l'exige;

R4 S'assurer que les rapports de déclaration d'accident font partie intégrante de chaque dossier clinique d'utilisateur;

R5 Prendre les moyens nécessaires afin que les infirmières auxiliaires exercent leur profession conformément aux dispositions énoncées à leur code de déontologie :

- a) en s'assurant notamment que soient dispensés les soins et services requis à l'ensemble des usagers;
- b) en référant promptement les usagers au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ou au médecin lorsque leur condition le requiert;
- c) en exécutant rigoureusement les directives énoncées au plan thérapeutique infirmier;
- d) en consignant des notes au dossier clinique de l'utilisateur qui reflètent rigoureusement les soins et services dispensés aux usagers de façon complète et contemporaine.

R6 Effectuer un rappel des obligations qui incombent à l'ensemble du personnel en vertu du code d'éthique de la résidence;

R7 Prendre tous les moyens nécessaires afin que l'ensemble de son personnel adopte un comportement respectueux, courtois et empreint d'humanisme à l'égard de l'ensemble des usagers et de leurs proches;

R8 Dispenser la formation requise à l'ensemble de son personnel sur la Procédure à suivre en cas *d'absence inexplicite d'un résident* et mettre à jour le registre prévu à cet effet;

R9 Prendre tous les moyens nécessaires afin d'éviter que sa clientèle à risque d'errance ne quitte la résidence ;

R10 Mettre à jour tous les baux, conformément à la disponibilité des services en vigueur;

R11 Informer par écrit l'ensemble des résidents, leurs représentants légaux ou leurs proches, sur la nature des services médicaux actuellement disponibles à la Résidence, ainsi que des alternatives dont ils disposent dans l'éventualité où ils nécessiteraient de tels services;

R12 Prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des résidentes dont les besoins sont excédentaires à ses capacité d'accueil, de soins et de surveillance;

R13 Effectuer une mise à jour de son document d'accueil, portant sur les caractéristiques de la résidence, des capacités et limites d'accueil, ainsi que des responsabilités de son personnel, et le communiquer à l'ensemble des résidents et leurs représentants légaux.

À la Direction qualité, évaluation, performance et éthique :

R1 Procéder par l'entremise de ses partenaires à l'évaluation de la clientèle de la Résidence, afin de bien identifier les personnes nécessitant des soins ou services qui dépassent ceux que la Résidence peut leur offrir;

R2 Prendre les mesures appropriées, avec la collaboration de ses partenaires, afin d'assurer à une clientèle trop lourde une réponse adéquate à ses besoins. Le cas échéant, procéder à la relocalisation de la clientèle dans un milieu sécuritaire assurant une réponse adéquate à leurs besoins.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers 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 Loi⁷.

1.11. Délai pour le traitement des plaintes

Au total, 67 % des dossiers de plainte ont été conclus conformément au délai de 45 jours comparativement à 82 % pour l'exercice précédent. Le délai peut s'expliquer, entre autres, par une augmentation de 46 % du nombre de dossiers de plainte et de 18 % des activités de promotion du commissaire.

Vous trouverez à l'Annexe III, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plaintes.

1.12. Recours au Protecteur du citoyen

31 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen au cours de l'année 2016-2017. Seulement, six dossiers ont donné lieu aux recommandations suivantes :

Dossier 1/Mission CHSGS

R1 S'assurer de l'application de la directive de parler à voix basse;

R2 S'assurer que le calendrier de l'approche adaptée à la personne âgée à l'Hôpital de Verdun est élaboré;

R3 Adopter une politique de prévention et de contrôle des infections.

⁷ *Supra* note 1, art. 181.0.1.

Dossier 2/Mission CHSLD

- R1 Mettre en place des mesures pour la gestion des effets personnels des usagers inaptes;
- R2 S'assurer qu'une personne responsable discute de la gestion des avoirs lors de l'accueil d'un nouveau résident;
- R3 S'assurer que les instructions du représentant soient inscrites dans le plan d'accompagnement;
- R4 Effectuer un rappel sur la complétion du rapport AH-223.

Dossier 3/Mission CHSLD

- R1 Finaliser le développement de la procédure de réclamation lors d'un constat de bris ou de perte d'effets personnels;
- R2 Développer une procédure sur la protection des effets personnels des usagers, visiteurs et du personnel;
- R3 Faire connaître au personnel, aux résidents et à leurs proches lesdites procédures.

Dossier 4/Mission CRDI-TED

- R1 Effectuer les représentations nécessaires auprès du Ministère concernant les délais d'attente pour les services d'ICI.

Dossier 5/Mission CLSC

- R1 Former les membres du personnel sur le fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement et accompagner les usagers et leur famille au cours du processus;
- R2 Réviser les pratiques de communication, afin que les délais d'accès soient transmis;
- R3 Initier avec le consentement et la participation de l'utilisateur une démarche d'exploration des lieux d'hébergement alternatifs sur l'île de Montréal.

Dossier 6/Mission CJM

- R1 Faire un rappel aux intervenants quant à l'importance de choisir une ressource ayant une proximité culturelle avec les enfants;
- R2 Prendre les moyens afin de mieux outiller les intervenants pour qu'ils soient en mesure de proposer aux parents des options permettant de préserver l'identité culturelle des enfants;

R3 S'assurer que les parents des enfants soient informés de la possibilité de demander que leurs enfants participent à des activités permettant de préserver leur identité culturelle;

R4 S'assurer que tous les enfants, dont l'établissement a pris la situation en charge, aient un projet de vie.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers 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 Loi⁸.

⁸ *Supra* note 1, art. 181.0.1.

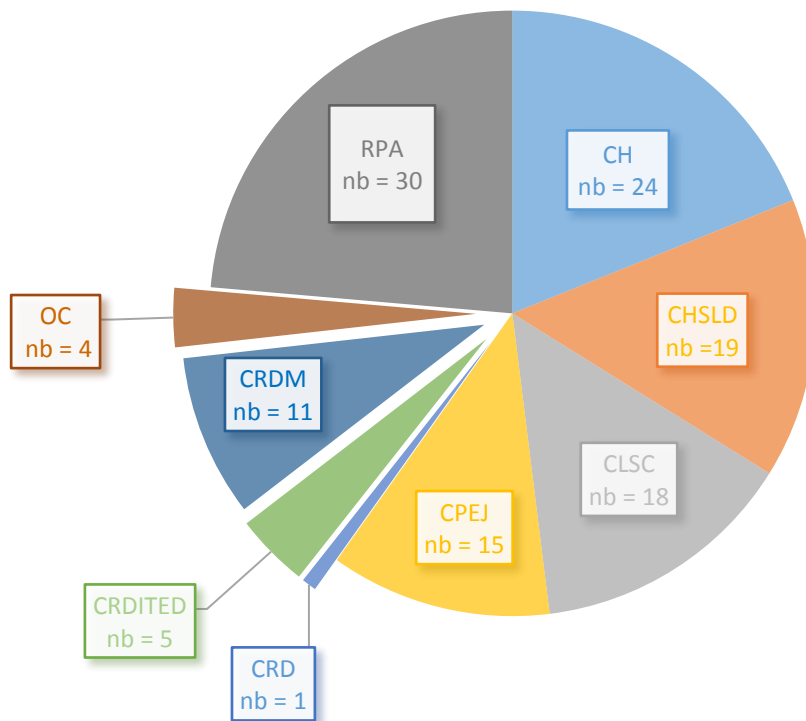
2. INTERVENTIONS

Il s'agit d'un type de dossier, provenant de toute personne, dans lequel le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services intervient de sa propre initiative ou sur signalement lorsqu'il juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés⁹.

Ce type de demande exige la même démarche qu'un dossier de plainte.

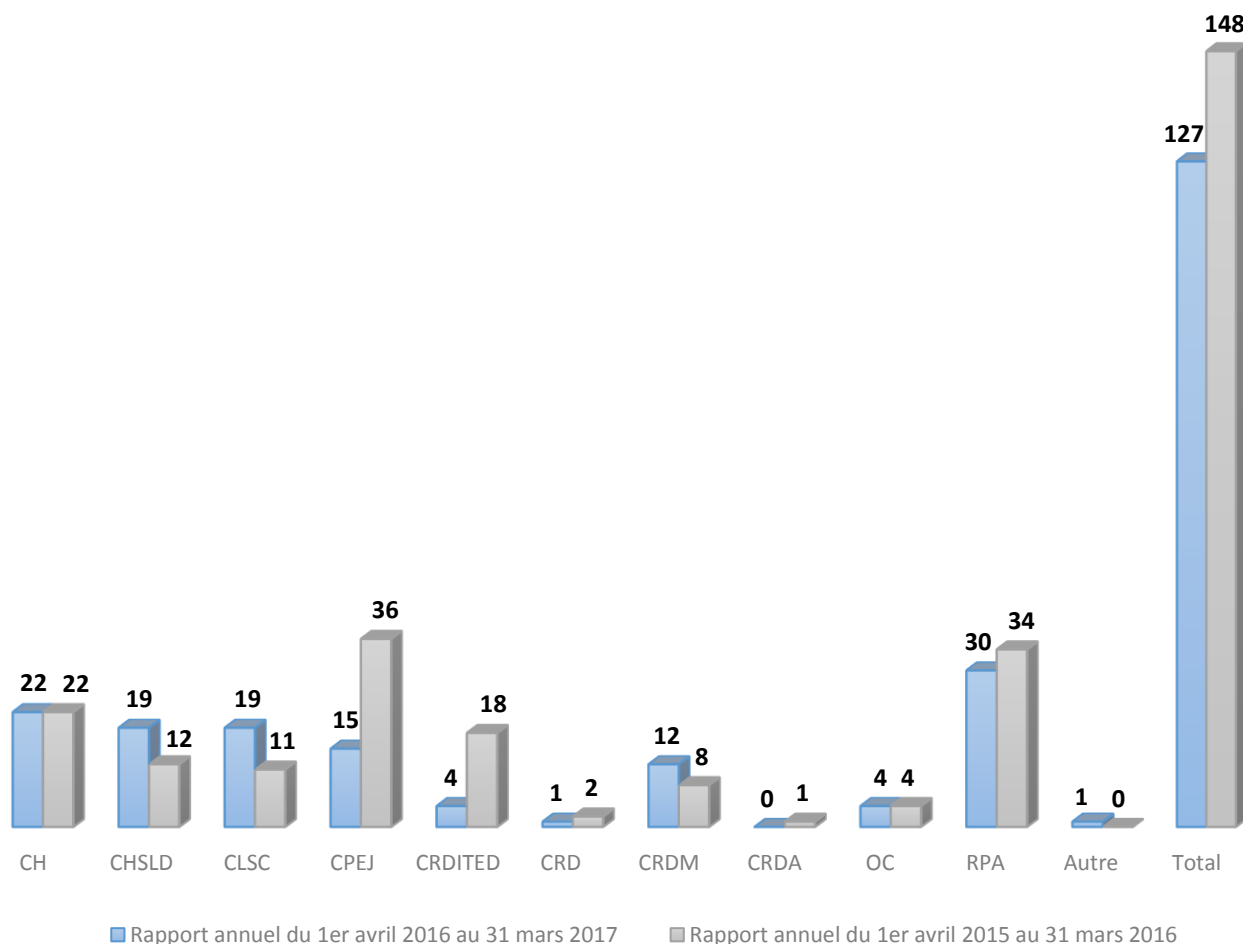
2.1. Portrait des interventions effectuées par le commissaire

Au total, 127 dossiers d'intervention ont été ouverts, dont 120 à la suite d'un signalement et 7 sur constat du commissaire. Il s'agit d'une diminution de 14% par rapport à l'exercice précédent.



⁹ *Supra* note 1, art. 33, paragraphe 7.

2.2. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers d'intervention reçus, selon la mission

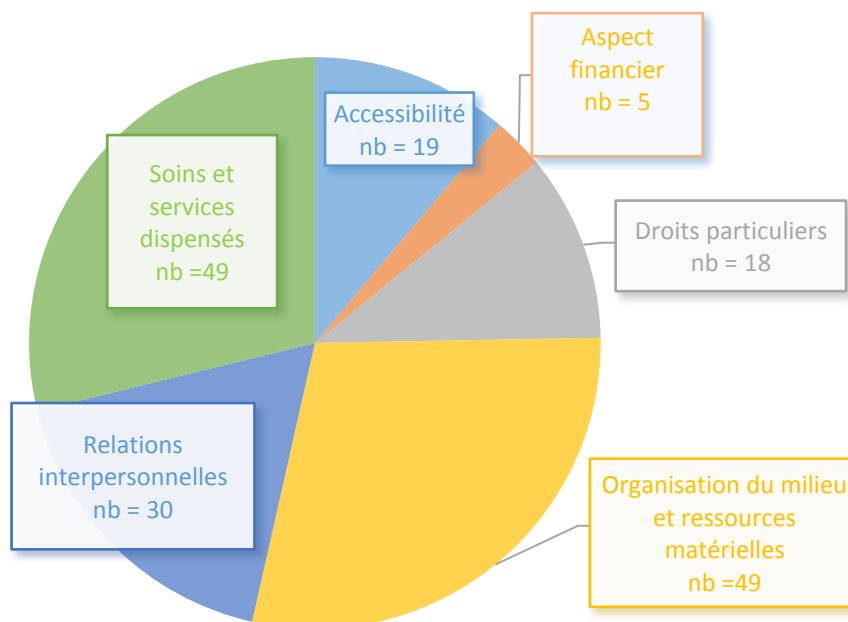


Comparativement à l'année précédente, il y a une augmentation des dossiers d'intervention pour les missions CLSC et CHSLD, alors que les missions CPEJ et CRDITED voient leur nombre de dossiers diminuer.

2.3. Portrait des dossiers d'intervention reçus selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	1
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	2
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	1
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or	1
Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	1
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	3
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	1
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	2
Centre d'hébergement Louis-Riel	1
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	5
Centre d'hébergement Réal-Morel	1
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	1
Centre jeunesse de Montréal	15
CLSC de Verdun	6
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	5
CLSC de Saint-Henri	3
CLSC des Faubourgs	1
CLSC des Faubourgs – Parthenais	1
CLSC des Faubourgs – Sainte-Catherine	1
CLSC du Plateau-Mont-Royal	1
CRDITED de Montréal	4
Direction de la santé publique	1
GMF de Verdun	1
Hôpital de Verdun	22
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	10
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	2
Sous-total	93
Organisme communautaire	4
Résidence pour personnes âgées	30
Sous-total	34
TOTAL	127

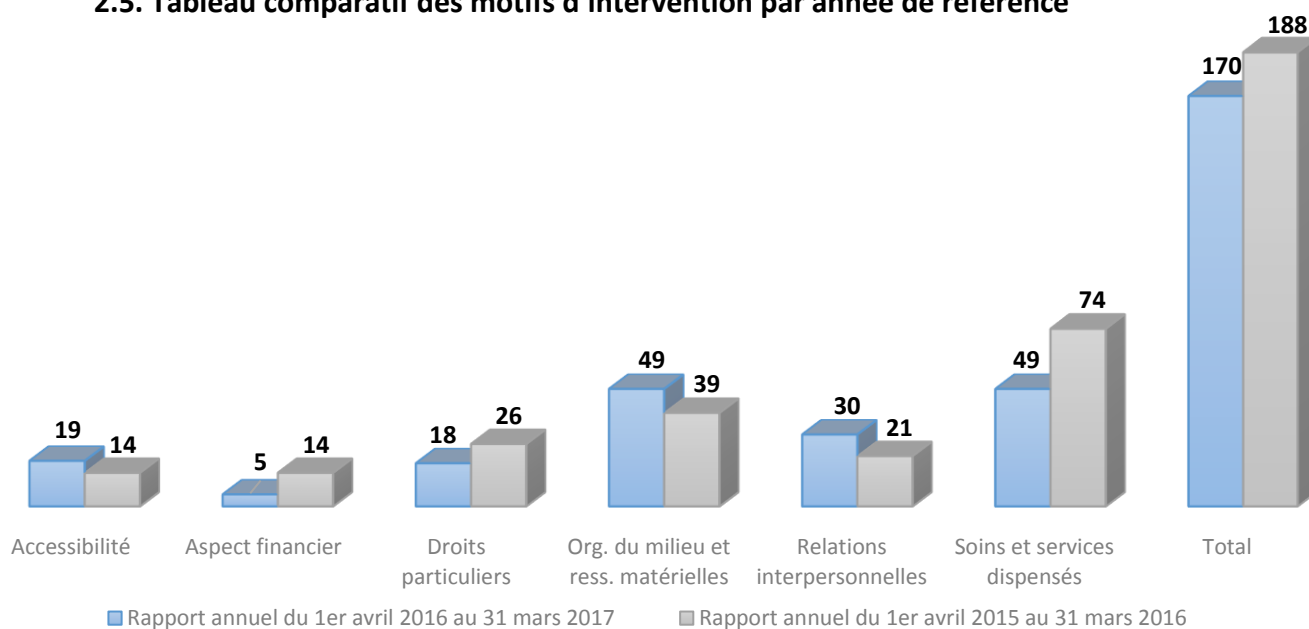
2.4. Total des dossiers d'intervention reçus et leurs motifs



Les 127 dossiers d'intervention ont donné lieu à l'analyse de 170 motifs. De ce nombre, 47 motifs ont donné lieu à des mesures correctives, dont 34 à portée systémique.

Les motifs en lien avec l'organisation du milieu et des ressources matérielles et les soins et services dispensés sont ex æquo. Il y a lieu de faire un lien avec les résidences privées pour aînés qui présentent le plus grand nombre de dossiers d'intervention.

2.5. Tableau comparatif des motifs d'intervention par année de référence



Dans le présent rapport, les motifs d'intervention ont subi une baisse en lien avec la diminution du nombre de dossiers traités. Toutefois, les motifs concernant les relations interpersonnelles, l'accessibilité et l'organisation du milieu et des ressources matérielles ont quant à eux augmenté.

2.6. Tableaux comparatifs des dossiers d'intervention, par année de référence, reçus par motif, selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ		CR	
	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er
Accessibilité	7	1	1	1	8	0	1	3	1	7
Aspect financier	1	1	2	0	0	0	0	1	0	3
Droits particuliers	4	2	2	5	1	1	5	8	0	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	6	3	6	3	1	2	0	1	1	7
Relations interpersonnelles	4	4	3	0	7	2	2	4	6	5
Soins et services dispensés	4	12	6	4	3	6	10	24	12	14
TOTAL	26	23	20	13	20	11	18	41	20	38

	OC		RPA	
	2e	1er	2e	1er
Accessibilité	0	1	1	1
Aspect financier	0	1	2	8
Droits particuliers	2	0	4	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	0	32	22
Relations interpersonnelles	2	1	6	5
Soins et services dispensés	0	0	14	14
TOTAL	7	3	59	58

Légende

2^e : Rapport annuel du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017

1^{er} : Rapport annuel du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

Ce tableau nous indique que le motif d'accessibilité a subi une augmentation dans les missions CH et CLSC. Quant à l'organisation du milieu et des ressources matérielles, son augmentation se manifeste surtout dans les RPA.

2.7. Interventions du Protecteur

De sa propre initiative, le Protecteur est intervenu dans les dossiers suivants :

Dossier 1/Mission CRDI-TED/CIUSSS CCSMTL

- R1 Procéder à une formation du personnel en lien avec les actes délégués, du cadre de référence RI-RTF et la responsabilité de colliger et divulguer les incidents/accidents;
- R2 Évaluer chaque résident dans le cadre du processus de jumelage;
- R3 S'assurer qu'une procédure en cas d'évacuation d'incendie est accessible aux employés.

Dossier 2/Mission CRDI-TED/CIUSSS CCSMTL

- L'intervention du Protecteur n'a donné lieu à aucune recommandation.

Dossier 3/Mission CHSGS/CIUSSS CCSMTL

- L'intervention du Protecteur n'a donné lieu à aucune recommandation.

Dossier 4/Mission CH/CISSS et CIUSSS du Québec

- R1 Retirer le terme « quota » de toutes communications écrites ou verbales afin d'éviter toute confusion auprès du personnel de soin avec les attentes de l'établissement quant à la fréquence du changement des produits d'incontinence, qui se doit d'être centrée sur les besoins des résidents;
- R2 Préciser au personnel les modalités d'utilisation de l'indicateur d'absorption sur les produits d'incontinence et insister sur le fait que celui-ci ne vise en aucun temps à éviter le changement d'une culotte souillée.

Dossier 5/Mission CLSC/CISSS et CIUSSS du Québec

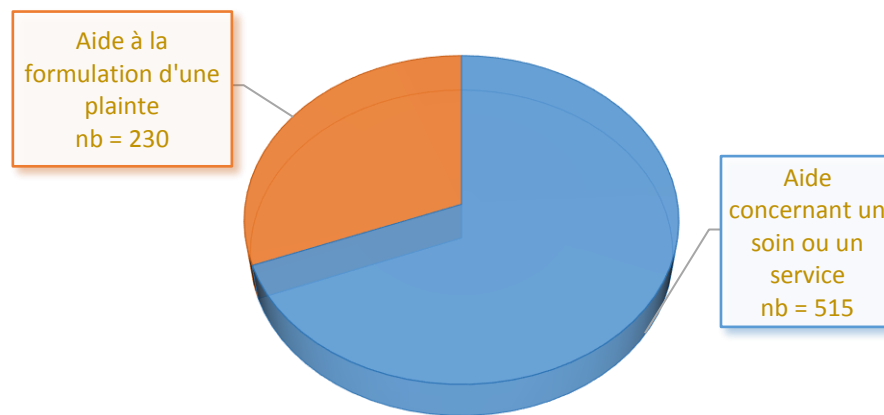
- L'intervention du Protecteur est en cours concernant l'offre de services en soutien à domicile.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers 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 Loi¹⁰.

¹⁰ *Supra* note 1, art. 181.0.1.

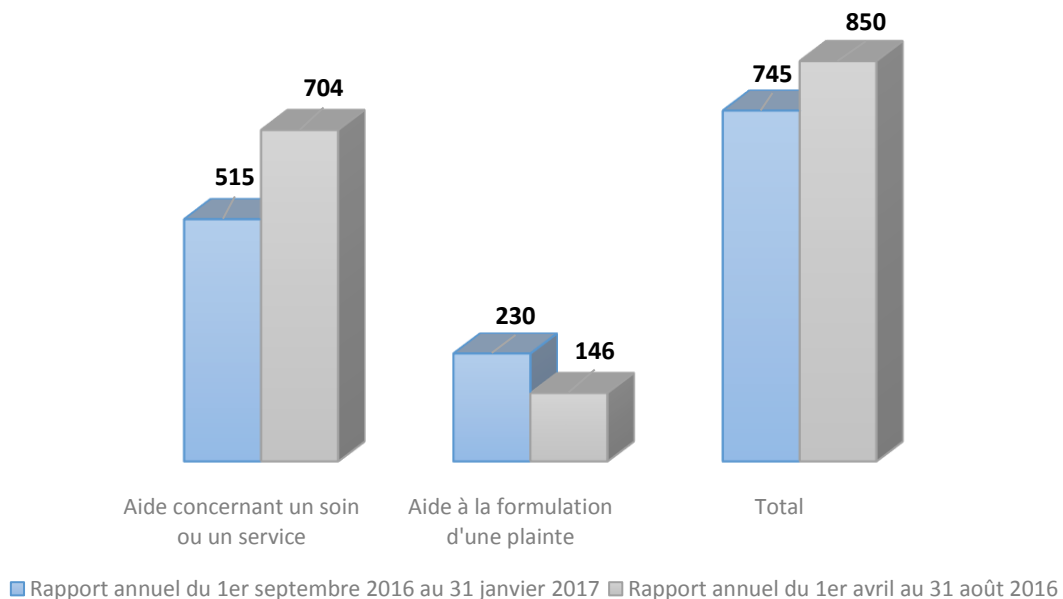
3. DEMANDES D'ASSISTANCE

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne généralement une demande d'aide concernant la formulation d'une plainte ou l'obtention d'un soin ou d'un service¹¹. Au total, 745 demandes d'assistance ont été reçues.



3.1. Tableau comparatif des demandes d'assistance par année de référence

Cette année les demandes d'assistance ont diminué de 12 % quant à l'aide concernant un soin ou un service. Par contre, l'accompagnement du commissaire dans la formulation d'une plainte a subi une augmentation significative.



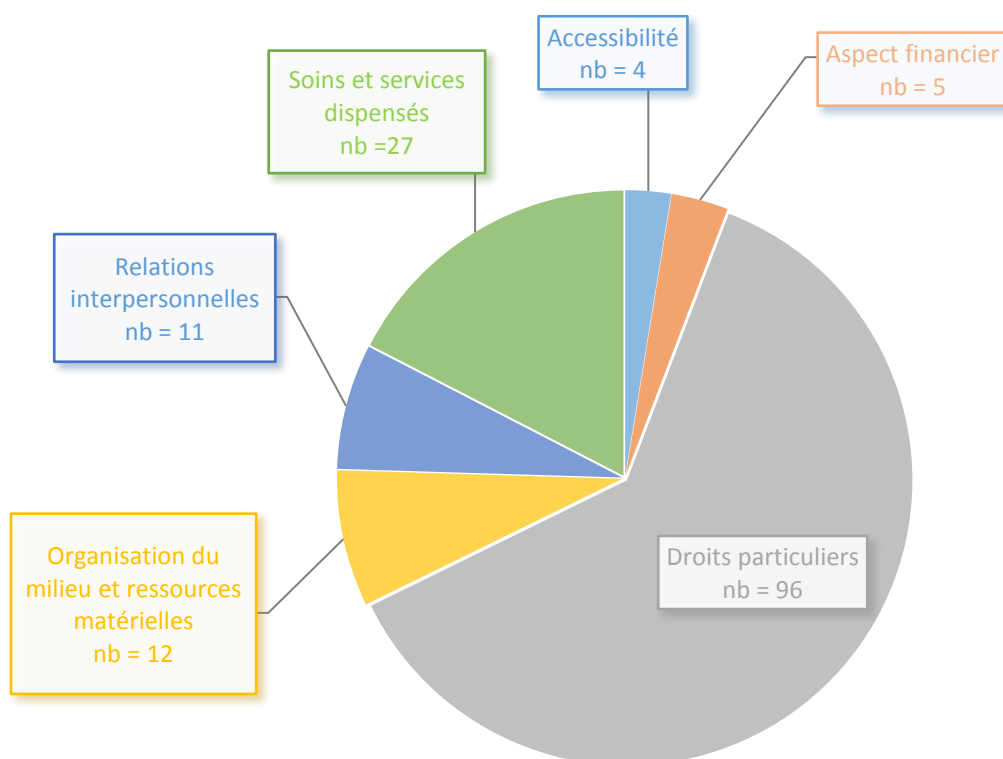
¹¹ *Supra* note 4.

4. DEMANDES DE CONSULTATION

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services¹².

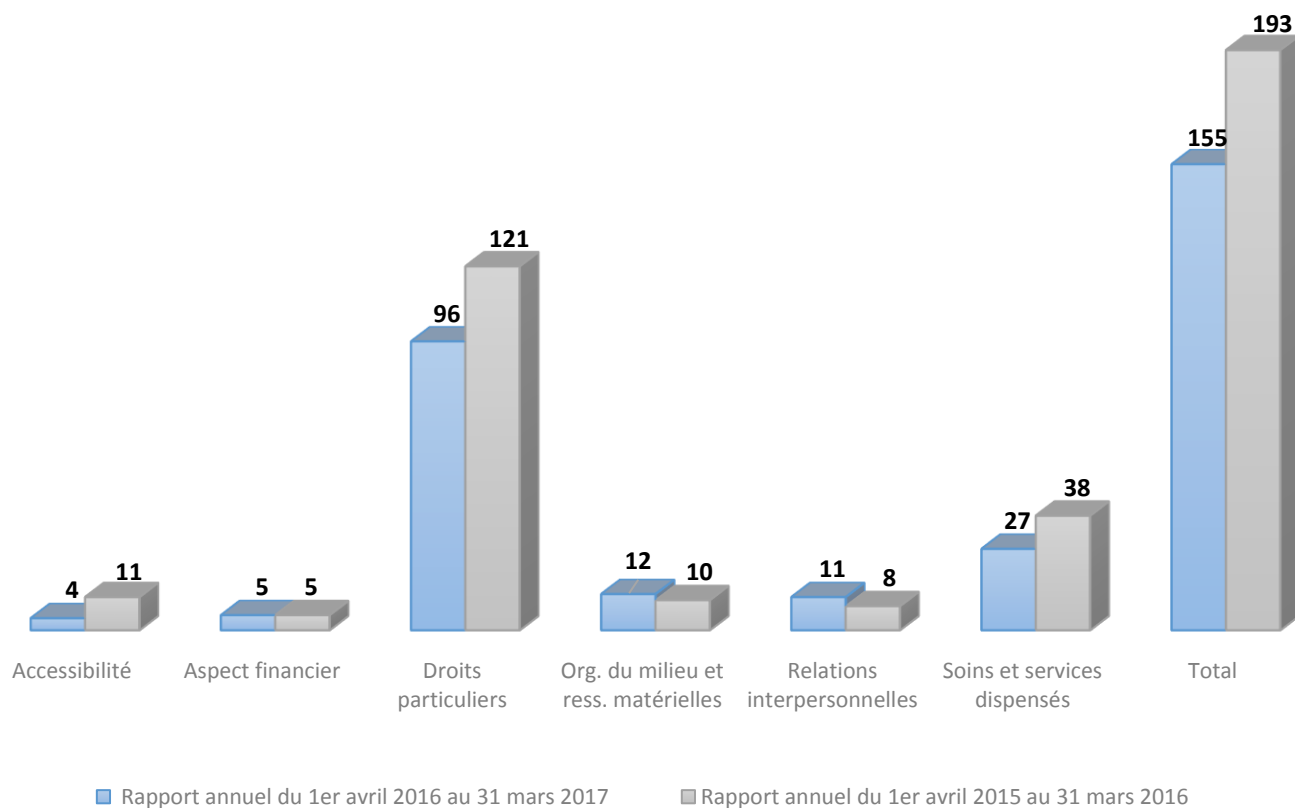
Au total, 155 demandes de consultation ont été reçues. Il s'agit d'une diminution de 20 % par rapport à l'exercice précédent.

4.1. Tableau comparatif des demandes de consultation reçues et leurs motifs



¹² Ibid.

4.2. Tableau comparatif des demandes de consultation par année de référence



5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

L'article 33 de la Loi circonscrit les fonctions du commissaire local au respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Pour servir les intérêts des usagers, il ne faut toutefois pas en faire une lecture limitative.

À titre d'exemple :

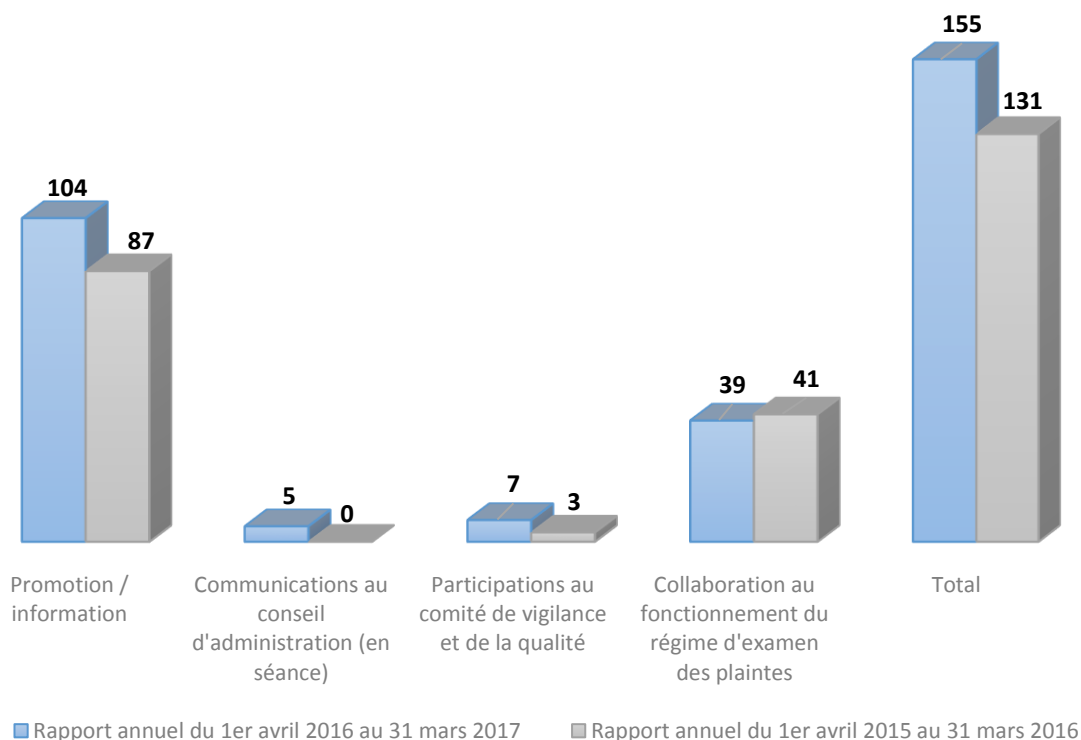
- **Diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique** dans le but d'améliorer la possibilité pour une personne de faire valoir ses droits de manière adéquate;

- L'amélioration des connaissances relatives aux droits des usagers et des recours existants concerne non seulement les personnes qui reçoivent des services, mais aussi les personnes de leur entourage, les intervenants et les administrateurs responsables de leur planification, de leur dispensation et de leur gestion;

Par conséquent, le commissaire aura à développer et à utiliser, sur une base continue, divers moyens de communication auprès des usagers ou de leurs représentants, des familles, des proches, des employés, des intervenants, des gestionnaires, des bénévoles, etc., pour s'assurer qu'ils sont bien informés et qu'ils améliorent leurs connaissances et leur compréhension des droits et mécanismes de recours.

- **Assure la promotion du régime d'examen des plaintes.** La promotion du régime d'examen des plaintes va au-delà de sa simple publication. L'instauration d'alliances et de collaborations avec des groupes de promotion et de défense des droits, les Centres d'assistance et d'accompagnement ainsi qu'un maillage avec les instances en lien avec les structures de l'établissement comme les conseils professionnels, notamment le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) optimiseront la réalisation de cette fonction. Pour les mêmes raisons, il doit tenter d'établir des liens de confiance et de collaboration avec le comité des usagers et les comités de résidents;
- **À titre de membre désigné au sein du comité de vigilance et de la qualité,** le commissaire sera témoin des suites qui seront données aux recommandations qu'il aura transmises au conseil d'administration dans le cadre de son mandat de traitement des plaintes et d'interventions et il pourra proposer, de concert avec les autres membres du comité, des mesures visant à améliorer la qualité des services;
- **Donne son avis sur les questions de sa compétence :** respect des droits des usagers, régime d'examen des plaintes, code d'éthique, aspects relatifs à l'amélioration de la satisfaction des usagers.

5.1. Tableau comparatif des autres fonctions du commissaire par année de référence



Nous notons une augmentation de 18 % des autres fonctions du commissaire. Les rencontres avec les comités des usagers et des résidents se sont poursuivies au cours de l'année. Une tournée promotionnelle au sein des différentes équipes de gestionnaires s'est amorcée. De plus, nous avons participé activement aux journées d'accueil des nouveaux employés de notre établissement.

Nous avons également assuré une présence dans la grande majorité de nos installations au cours de la semaine des droits des usagers.

Finalement, une diffusion de dépliants et affiches a été déployée dans toutes les résidences privées pour aînés et tous les organismes communautaires de Montréal.

6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, dentiste, pharmacien, de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur qui exerce ou non sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l'établissement exploite plusieurs centres ou installations, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire et sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, désigner un médecin examinateur par centre ou par installation.

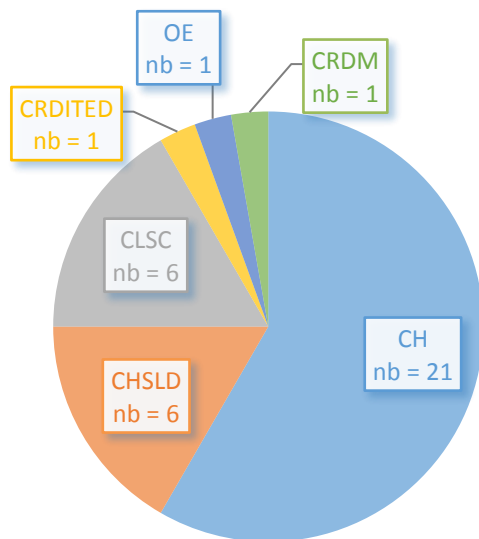
Les médecins examinateurs de l'établissement sont responsables envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident en médecine¹³.

Le conseil d'administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance des médecins examinateurs dans l'exercice de leurs fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que les médecins examinateurs, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'ils peuvent exercer pour l'établissement, ne se trouvent pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de leurs fonctions¹⁴.

6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus

36 dossiers de plainte ont été reçus pour cette période. Il s'agit d'une diminution de 8 % par rapport à l'exercice précédent. Deux d'entre eux ont été transmis au comité de révision.



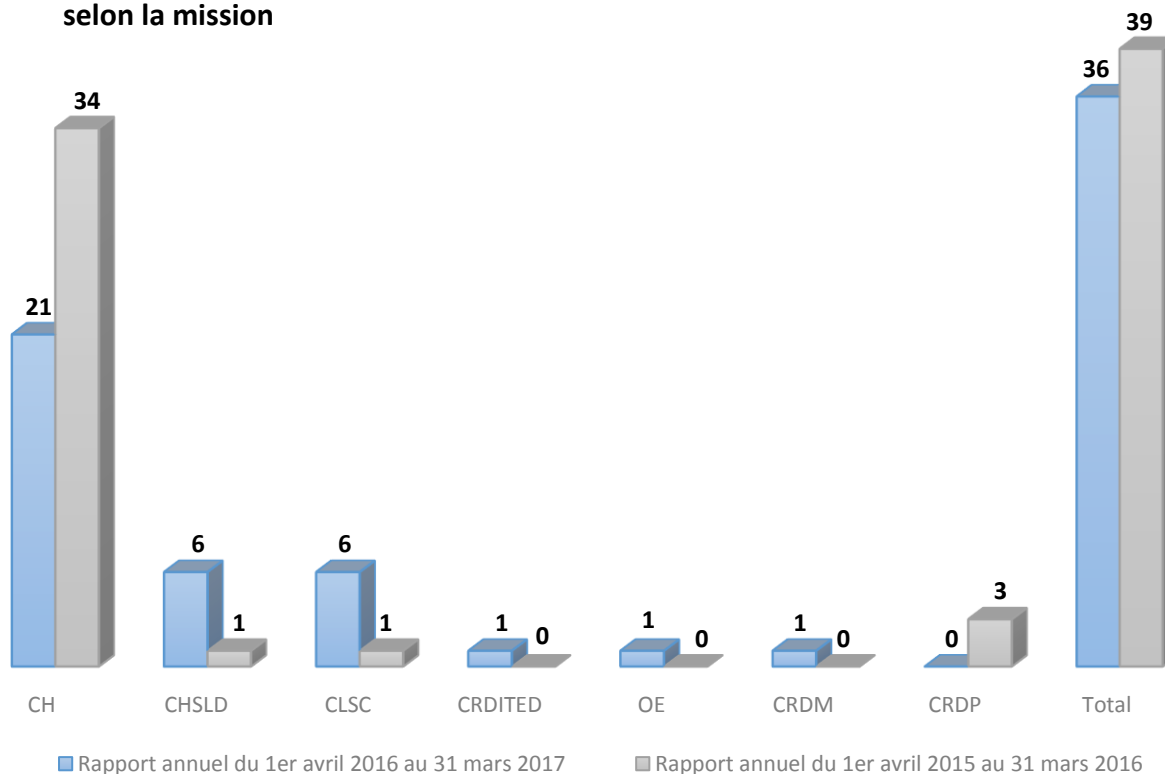
¹³ *Supra* note 1, art. 42.

¹⁴ *Supra* note 1, art. 43.

Des 36 dossiers de plaintes :

- 7 dossiers ont été rejetés sur examen sommaire du médecin examinateur;
- 1 dossier a été jugé hors compétence;
- 1 dossier fut abandonné par l'utilisateur.

6.2. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte médicale reçus, selon la mission



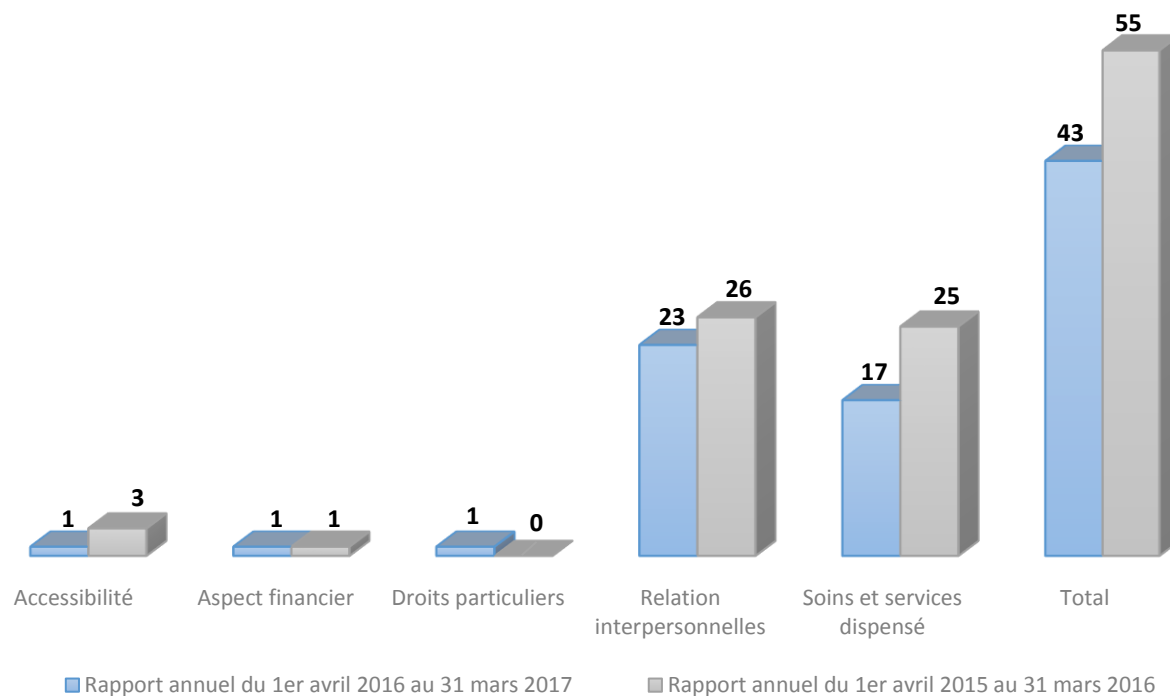
Considérant le volume d'activités médicales à l'hôpital de Verdun cette année, tout comme les années précédentes, le volume de plaintes médicales est plus élevé que dans les autres missions. Toutefois, dans le présent rapport nous notons une augmentation du nombre de plaintes pour les missions CHSLD et CLSC.

6.3. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus selon l'instance visée

Instance visée	Reçus durant l'exercice
Centre d'hébergement Champlain	3
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	1
CLSC des Faubourgs – Parthenais	1
CLSC des Faubourgs – Sainte-Catherine	1
CRDITED de Montréal	1
GMF de Verdun	3
GMF Notre-Dame	1
Hôpital Chinois	1
Hôpital de Verdun	21
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	1
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	1
Sous-Total	35
Organisme avec entente (CRAN)	1
Sous-Total	1
TOTAL	36

6.4. Motifs de plainte médicale traités par année de référence

Au total, 43 motifs de plaintes ont été examinés, comparativement à 55 pour l'exercice précédent.



Des 43 motifs traités, 4 ont donné lieu à des mesures correctives, dont 3 à portée systémique et 1 à portée individuelle.

6.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

- **Information / sensibilisation d'un intervenant :**
 - Lettre acheminée au chef du service d'orthopédie avec copies conformes à la CLPQS, au chef intérimaire du département de chirurgie et au directeur adjoint des services professionnels – volet médical.
- **Protocole clinique ou administratif :**
 - Lettre acheminée au chef du service d'orthopédie avec copies conformes à la CLPQS, au chef intérimaire du département de chirurgie et au directeur adjoint des services professionnels – volet médical.
- **Encadrement des intervenants :**
 - Le Dr Letarte a rencontré le DSP adjoint.
- **Amélioration des communications :**
 - Préconiser des échanges directs de vive voix avec prescription écrite associée, éviter des échanges de courrier électronique sans confirmation verbale.

6.6. Délais pour le traitement des plaintes médicales

71 % des dossiers ont été traités en deçà de 45 jours.

Vous trouverez à l'Annexe IV, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plainte des médecins examinateurs.

6.7. Recours au Comité de révision

Le comité de révision est une instance relevant du conseil d'administration. En vertu de l'article 52 de la Loi, sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte par un des médecins examinateurs de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte, 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, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé au plaignant, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement.

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

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement;
2. Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions au plaignant, avec copie au

- comité de révision, au professionnel concerné ainsi qu'au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
3. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour l'établissement, acheminer copie de la plainte, ainsi que du dossier, vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin;
 4. Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

6.8. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision

Deux dossiers ont été transmis au comité de révision, dont voici les détails :

Motifs	Délai d'examen	Conclusion
Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de Montréal		
1. Soins et services dispensés/Compétences technique et professionnelles (capacité de base à faire le travail)/Habilités techniques et professionnelles	60 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)		
1. Relations interpersonnelles/ Communication/Attitude/ Commentaires discriminatoires	En cours d'examen	Complément d'examen requis au médecin examinateur
2. Relations interpersonnelles/Abus/Abus par un intervenant, par un professionnel, ou un médecin/Verbal		

Le comité de révision a conclu un dossier sur deux dans un délai de 60 jours.

7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS

Puisqu'il s'agit du rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, nous souhaitons le terminer en y ajoutant quelques extraits de commentaires de satisfaction que nous avons reçus au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Nous avons, bien entendu, fait suivre ces commentaires aux personnes visées et à leur supérieur.

Un appel reçu d'un usager nous transmettant son appréciation quant au délai pour obtenir un rendez-vous en ORL et en orthopédie à la clinique externe de l'hôpital de Verdun. Il a fait mention de l'efficacité du Centre de rendez-vous.

Commentaires d'appréciation reçus concernant les soins et services prodigués à sa mère lors de son hospitalisation sur l'unité 5 sud, CDJ et préadmission de l'hôpital de Verdun. Elle mentionne que le congé de sa mère s'est très bien déroulé avec leur soutien et qu'elles ont pu partir en paix. Elle ajoute que la communication a été formidable.

« Lors de ma visite au centre hospitalier Verdun, j'ai constaté avec grande satisfaction toute la nouvelle signalisation, beaucoup plus efficace et dont les couleurs rendent l'espace vivant et accueillant ! Chapeau aux personnes qui ont fait ces choix dynamiques. »

Une usagère a fait part de sa grande satisfaction à l'égard des services reçus lors de sa visite pour un examen radiologique de l'abdomen à l'hôpital de Verdun. Elle dit avoir été très impressionnée par le travail impeccable de la D^{re} et a précisé qu'une employée lui aurait prodigué d'excellents services.

Une usagère nous a demandé de transmettre ses félicitations à l'infirmière sur le quart de nuit, ainsi qu'aux préposés aux bénéficiaires à l'urgence de l'hôpital de Verdun, pour leur grande gentillesse et au médecin de garde qui était selon madame de bonne humeur, très sympathique et empathique.

« Recently my father passed away on (3 East). From the day of his admission to the time of his death, he was received and cared for with opened and carrying arms by all the wonderful staff! – My family members were overwhelmed by the abundance of caring professionals and wonderful staff supporting them. We were always amazed how the staff were always available to deal with our father's needs and our concerns. Please express our deepest appreciation and thanks to all the dedicated workers who cared for my (our) father (husband). »

« Je tiens à souligner l'affabilité et la compétence du personnel du CLSC Verdun. De la préposée à l'accueil aux infirmières et thérapeutes consultées j'ai été traitée avec gentillesse et professionnalisme. Je tiens aussi à souligner les bienfaits des programmes de prévention, un dans plusieurs étapes du quotidien. »

« [...] bénéficiaire des services du programme de surdicécité des Instituts Nazareth & Louis-Braille et Raymond-Dewar. À partir de ce moment, il a été entouré, conseillé, guidé, aidé, écouté et rassuré par cette formidable équipe. Il est important pour nous de souligner la grande valeur de ce programme et surtout, de reconnaître le travail inestimable des différentes intervenantes qui soutiennent mon époux dans ces moments plus difficiles de la vie, lui permettant ainsi de conserver son autonomie en le soutenant dans sa

volonté de vivre et de réaliser ses divers projets. La grande force et la valeur ajoutée de cette équipe du programme de surdicécité résident dans le fait que chaque intervenante ne travaille pas en silo, mais bien en équipe. Cette dynamique, peut-être plus difficile à gérer, n'en est pas moins la plus efficace et la plus rentable tant pour le bénéficiaire que pour l'organisation. La satisfaction de tous – intervenantes et bénéficiaires – est assurément plus grande puisque les actions sont concertées, logiques et pertinentes, évitant du coup les pertes de temps, de ressources et de résultats. Nous désirons donc vous remercier infiniment de veiller à l'existence et à l'évolution constructive de ce programme répondant à un besoin essentiel pour la vie, l'autonomie, le mieux-être et le sentiment d'accomplissement quotidien de citoyens actifs qui, malgré des déficiences génétiques, désirent poursuivre leur implication engagée dans notre société. Veuillez transmettre également à tous ces anges mentionnés dans ce courriel, notre gratitude et notre affection sincère. »

Une usagère nous a mentionné sa grande satisfaction quant aux services que l'Institut Raymond-Dewar a prodigués à son fils. Elle nous fait part de leur accueil chaleureux, de la pertinence des informations qui lui ont été transmises quant aux ressources nécessaires, ainsi que du bon encadrement offert à son fils. Elle ajoute que les membres du personnel ont été très présents pour sa famille.

Commentaires reçus d'une usagère mentionnant sa grande satisfaction quant aux soins et services qu'elle a reçus lors d'une chirurgie qu'elle a subie au 5^e sud, chirurgie d'un jour et préadmission à l'hôpital de Verdun. Elle souligne l'excellence des soins que les infirmières lui ont prodigués en ajoutant qu'elles ont été fantastiques. Elle mentionne de plus qu'une préposée aux bénéficiaires a su bien prendre soin d'elle lorsque les infirmières n'étaient pas disponibles. Elle mentionne que madame était calme et très attentionnée.

Une usagère nous informe de sa grande satisfaction quant à l'accueil reçu à la préadmission 5^e sud de l'hôpital de Verdun. Elle mentionne que l'infirmière clinicienne a été extraordinaire et lui a donné de très bonnes explications.

« Ce matin j'avais rendez-vous au CH Verdun pour une échographie. Souvent les téléjournaux nous rapportent les hiatus de notre système de santé, occultant le fait que dans plus de 99 % des cas, les personnes agissent avec dévouement, professionnalisme, compassion. C'est ce que je souhaite mettre en évidence avec ce mot de gratitude. J'ai été reçu avec ponctualité au rendez-vous que l'on m'avait fixé. J'ai d'abord rencontré la technologue, assistée d'une autre dame qui semblait accompagner pour apprendre. L'examen fut minutieux, avec des doigts sûrs en même temps que doux, très respectueux, très professionnel. Ensuite, la docteure est venue compléter le tout, encore une fois avec grande dextérité. Elle m'explique brièvement pourquoi un nouvel examen sera pertinent, en choisissant les bons termes et en me rassurant. Je lève donc mon chapeau à cette équipe qui travaille trop souvent dans l'ombre (au propre puisque la salle doit être dans la pénombre, comme au figuré) et qui nous accueille avec douceur, respect, professionnalisme. »

ANNEXE I

Plaintes/mesures correctives à portée systémique

- **Communication/promotion :**
 - Mise en place et respect de l'horaire de nettoyage du fauteuil roulant de l'utilisateur;
 - Des informations seront données lors de points de rencontre statutaire;
 - Informer le public d'un changement possible à l'horaire de fermeture du service;
 - Ajouter la date de l'envoi à la lettre information l'utilisateur du report du rendez-vous médical;
 - L'Ensemble des commis devront inscrire la date et l'heure de l'annulation du rendez-vous ou du moment où un message aura été laissé sur la boîte vocale de l'utilisateur ou lettre envoyée;
 - Diffusion de la procédure au sujet de la facturation des services de santé;
 - Rappel des obligations à l'ensemble du personnel, incluant le gestionnaire qui est responsable de la divulgation, lors d'accident à conséquences majeures;
 - Rappel des règles pour la complétion contemporaine du rapport et de l'interdiction d'ajouter de l'information complémentaire a posteriori;
 - La politique sur l'utilisation des médias sociaux.MG380-3 a été réanimée auprès de l'équipe Enfance Nord-Ouest 4;
 - Informer l'ensemble des résidents de la possibilité de demander une portion double;
 - Effectuer des rappels à propos des consignes devant être données aux usagers en isolement;
 - Rappel effectué au sujet de l'importance de relever le dossier adéquatement, s'assurer de la cohérence de l'information, corroborer l'information retrouvée sur divers documents et auprès de l'utilisateur;
 - Que les commis avisent systématiquement le chef de service dès qu'un troisième report de la date de chirurgie est envisagé, afin que des alternatives soient explorées;
 - Rappel aux intervenants de référer à UPS-Justice lorsque pertinent;
 - Rappel au secrétariat de demander à l'utilisateur qui est la personne visée par la consultation (adulte ou enfant de moins de 5 ans); Rappel à l'équipe des services courants que leurs services visent la population de tout âge et non uniquement les adultes;
 - Discussion d'équipe à propos des stratégies d'atténuation de la douleur lors de la vaccination de l'enfant;
 - Rappel aux secrétaires des CLSC SOV quant aux communications à faire aux usagers qui souhaitent prendre rendez-vous pour la vaccination infantile.
- **Ajustement des activités professionnelles :**
 - La directrice de la protection de la jeunesse s'assurera qu'un rappel soit effectué par les chefs de service, et ce, à tous les intervenants de la direction de la protection de la jeunesse et aux personnes autorisées, afin qu'ils se présentent avec les documents justifiant l'intervention, notamment, avec leur carte d'identité;
 - Rappel des obligations au personnel; chef de service avisé de la situation;
 - Sensibiliser le personnel à rédiger des notes complètes au dossier ayant trait aux infos partagées;
 - Rappel à l'ensemble du personnel de leur obligation à initier le partage d'infos;

- Une harmonisation de la gestion de la perception des calendriers absences / présences sera mise en place afin d'assurer une saine gestion des contributions parentales. Une procédure est actuellement en cours de rédaction par la Direction des programmes DI-TSA-DP;
 - Sensibilisation à l'infirmière et les membres de l'équipe de respecter le protocole de chute et à vérifier les signes neurovasculaires lorsque suspicion de blessure à la tête;
 - Avis et sensibilisation des infirmières gestionnaires de cas à l'effet qu'elles doivent systématiquement informer les usagers et familles lorsque le lieu de destination en réadaptation est connu et consigner l'information au dossier;
 - Aviser l'ensemble des infirmières de l'unité des obligations relatives à la planification de congé;
 - Un plan d'action est actuellement en cours afin de résorber la liste d'attente pour le programme ICI et afin de diminuer le temps d'attente pour ce service à 12 mois;
 - Prendre les mesures afin que les usagers ou leurs représentants soient systématiquement et diligemment informés de la survenue d'un accident ayant entraîné des conséquences;
 - Prendre les moyens nécessaires afin que les infirmières auxiliaires exercent leur profession conformément aux dispositions énoncées à leur code de déontologie;
 - Une réanimation sera faite auprès des agents d'intervention afin de leur rappeler l'importance d'utiliser la force suffisante lors d'une intervention afin d'éviter qu'un usager ne se blesse ou encore blesse quelqu'un d'autre;
 - Rappel aux intervenants de l'information obligatoire devant être transmise aux usagers à propos des procédures sur les « ordres de cours »;
 - La gestionnaire a redéfini les tâches de secrétariat, afin de mieux encadrer les types de demandes faites par les médecins. Un réaménagement de l'espace de travail de l'employé a été effectué;
 - Audit des dossiers au Centre Champlain : PTI et dépistage risque de chute;
 - Informer les usagers de manière systématique du processus, rôle de l'intervenant EO et des droits des usagers et consigner cette information au dossier de l'utilisateur.
- **Protocole clinique ou administratif :**
 - Révision des procédures d'isolement effectuée à l'automne et formation ultérieure du personnel infirmier;
 - Complétion du rapport incident-accident;
 - Déploiement FADM dans la résidence, rappels aux infirmières auxiliaires;
 - L'établissement mettra en place une politique/procédure sur la protection des effets personnels des usagers;
 - Les employés concernés, ont été informés sur la procédure à suivre suite à la passation d'un ECG, chemin clinico-administratif;
 - Une animation sera faite auprès des chefs de service de la permanence afin qu'ils sensibilisent les agents d'intervention à la complétion des rapports d'incidents / accidents lorsque des situations le requièrent;
 - Le chef de service diffusera la procédure de réclamation à l'ensemble des agents de sécurité en plus des formulaires associés, et les informera de leurs responsabilités à ces égards;
 - Valider le type de documentation admissible en preuve du statut de résident permanent et le diffuser aux équipes;

- Un algorithme d'interventions est proposé par la chef de service advenant l'impossibilité de donner un rendez-vous;
- Les rappels nécessaires ont été faits à l'employé visé. Notamment, la procédure à suivre lorsqu'un usager indique qu'il y a erreur de médicament, et l'attitude respectueuse et courtoise à offrir en toute circonstance.

ANNEXE II

Plaintes/mesures correctives à portée individuelle

- **Ajustement professionnel :**
 - Information et avis verbal donnés à l'employé au sujet des règles de préventions des infections;
 - Sanction disciplinaire par la chef d'unité et les relations de travail aux deux préposés concernés;
 - Réévaluation de l'usager et priorisation en raison de sa condition;
 - Rappel des obligations à l'orthophoniste par son supérieur immédiat, mise en place de rencontres mensuelles de suivi de ses dossiers;
 - Le service s'assure que l'infirmière prenne les signes vitaux de tous les usagers qu'elle rencontrera;
 - Le service s'est assuré que l'intervenant comprenne bien le lien entre ses décisions et les mesures ordonnées;
 - Les intervenants seront sensibilisés sur la notion d'autorité parentale;
 - Le formulaire « Fiche d'analyse de gestion de l'hébergement en contexte d'urgence résidentielle » sera modifié afin d'inclure une section sur le consentement des deux parents;
 - La chef de service a précisé ses attentes au travailleur social quant au retour d'appel, soit un délai maximal de trois jours a été fixé;
 - La chef de service et la nouvelle travailleuse sociale rencontreront la responsable de la ressource pour lui rappeler que l'usagère doit être consultée en lien avec son mandat comme curatrice lorsque des décisions concernant son fils doivent être prises;
 - Évaluation par conseillère-cadre et support individualisé;
 - Lors de nouvelle intégration, l'intervenante responsable de la gestion des places s'assurera que le profil pharmacologique soit remis aux responsables du répit avec le rapport sommaire des renseignements avant le premier séjour;
 - L'infirmière auxiliaire a été invitée à revoir sa technique de soin;
 - Le personnel concerné a été sensibilisé à l'approche clientèle;
 - Un nouvel ergothérapeute a été impliqué;
 - Avis écrit et suspension de l'employé concerné;
 - Le chef de service s'est engagé à procéder à la rédaction d'un court feuillet qui pourra être remis aux usagers en complément de l'explication;
 - Elle a été rencontrée et le guide éthique lui a été remis et les attentes quant aux bonnes pratiques lui ont été signifiées;
 - Rappel des obligations relatives à l'information devant être dispensée à l'usager avant la vaccination par l'infirmière;
 - La chef de service s'assurera de revoir l'ensemble des éléments traités dans la politique lors de la prochaine rencontre de supervision du groupe avec les travailleurs sociaux de son équipe;
 - La directive sur les retours d'appels a été reprise auprès de l'intervenante par l'adjointe et la chef de service;

- L'infirmière concernée a été rencontrée, validation connaissance, rappel des obligations pour l'examen physique;
- Effectuer des notes au dossier de l'utilisateur de manière contemporaine et rigoureuse;
- La chef de service accompagnera l'intervenante dans l'application du processus clinique, en lien avec l'élaboration et la révision du plan d'intervention;
- La chef de service s'assurera que l'éducatrice prenne connaissance du code de vie à son retour.

- **Information – sensibilisation d'un intervenant :**

- Le supérieur immédiat remettra une copie du code d'éthique à la préposée;
- La chef a sensibilisé son personnel à ne pas laisser le dossier entre les mains des usagers et une évaluation sur la pertinence de recourir à un système plus sécuritaire pour maintenir la confidentialité des dossiers est envisagée;
- Rectifier l'envoi d'un outil d'information à l'utilisateur;
- Rencontre individuelle;
- Rappel du code d'éthique;
- Vulgariser et clarifier l'information d'ordre clinique communiquée à la clientèle et s'assurer de leur compréhension;
- Rappel des obligations et attentes à l'égard de l'agente administrative;
- Sensibilisation à l'égard de son approche et son attitude professionnelle;
- Les intervenants seront sensibilisés sur la notion d'autorité parentale;
- Rappel du code d'éthique à l'employé concerné, ainsi qu'à l'équipe;
- Validation des connaissances et rappel des règles à suivre à l'équipe;
- Rappel effectué par le gestionnaire au sujet de l'obligation du port de la carte d'identité aux deux employés concernés;
- Une infirmière d'agence a été bannie de cette unité;
- Sensibilisation de l'AIC et des infirmières et révision du plan thérapeutique en vigueur;
- L'intervenante a été rencontrée par sa chef de service en lien avec les règles sur l'utilisation du cellulaire personnel sur le temps de travail;
- La coordonnatrice du centre d'hébergement s'assurera qu'une animation soit réalisée auprès de l'ensemble du personnel quant à l'obligation de déclarer tout incident ou accident en conformité avec la procédure de déclaration des incidents et accidents;
- Les intervenants du groupe intégration ont été rencontrés et sensibilisés à la notion du respect de la vie privée des usagers participants au groupe en question. Dorénavant au début du groupe une mention sera faite à l'effet que seuls les prénoms seront utilisés dans le groupe;
- Les employés concernés ont été rencontrés sur les bonnes pratiques et sur la courtoisie à avoir en tout temps;
- L'éducateur a été sensibilisé au contexte à observer lorsqu'il utilise l'humour auprès d'un usager;
- Solliciter l'aide d'un collègue, famille ou interprète lorsque l'employé ne réussit pas à communiquer avec l'utilisateur en anglais (ou toute autre langue);
- Rencontre pour expliquer le contenu de la plainte avec l'employée et les correctifs à apporter;

- La commis devra transmettre la communication à l'infirmière si demandes d'informations confidentielles;
 - Adopter des mesures d'atténuation de la douleur appropriées à l'âge de l'enfant lors de la vaccination;
 - Rencontre de l'employé pour aviser de vouvoyer et de répondre promptement aux cloches;
 - L'employé a été rencontré par sa gestionnaire en lien avec le fait de maintenir une attitude professionnelle et courtoise avec les usagers;
 - L'employée concernée sera rencontrée par la chef de service sur la courtoisie à avoir à l'égard des usagers;
 - L'inhalothérapeute a été avisée de vérifier le fonctionnement du CPAP après intervention;
 - L'infirmière auxiliaire a été avertie de respecter les mesures de prévention des infections;
 - Les téléphonistes du CH de Verdun seront rencontrées et sensibilisées sur la courtoisie à avoir en tout temps avec les usagers;
 - Les employées à la réception, de même que l'infirmière impliquée dans l'événement, ont été rencontrées par la gestionnaire afin de clarifier les rôles et responsabilités de chacune;
 - L'employée a été rencontrée avec les RH et une mesure disciplinaire a été appliquée.
- **Amélioration des communications :**
 - S'assurer que le père reçoive copie des bulletins de l'année scolaire en cours dans un délai raisonnable;
 - Centraliser la transmission des informations à deux intervenants et organiser des rencontres aux trois mois à l'agenda;
 - Les responsabilités de la RTF ont été revues par l'intervenante ressource afin que tous accidents soient déclarés, et ce dans un délai respectable;
 - Les balises entourant l'enregistrement du suivi d'activités dans un délai de 48 heures ont été revues par la chef de service avec l'intervenante ressource;
 - La chef de réadaptation en dépendance a fait un suivi avec l'assistante-infirmière pour qu'elle donne la consigne au personnel infirmier d'aviser les usagers lorsqu'il y a destruction de médicament au moment où la décision est prise et non à la fin de leur séjour;
 - La chef de service AEO s'assurera que les intervenants soient informés sur la notion d'autorité parentale;
 - L'intervenante va procéder à une mise en garde avant le début de l'animation des ateliers;
 - La chef de service s'assurera que des modalités soient mises en place afin de favoriser l'accès à la ressource;
 - La chef de service s'engage à ce que des modalités de communication entre l'utilisateur, la ressource et son personnel soient mises en place afin de se conformer aux attentes précisées dans le Guide;
 - La responsable a demandé à chacun des parents de lui remettre un cahier de communication;
 - Un bilan concis de la fin de semaine sera remis aux parents par l'entremise de ce cahier de communication, et ce, à chacun des séjours;
 - La responsable mettra davantage l'accent lors de la visite des parents afin qu'ils se sentent à l'aise de communiquer avec elle en tout temps pour avoir plus amples informations;
 - L'infirmière-chef s'est engagée à établir un contact avec la famille afin qu'une rencontre puisse se réaliser et que le plan d'intervention de leur frère leur soit présenté;

- Un mémo a été envoyé à tous les employés afin de qualifier les bonnes pratiques quant à l'obligation d'informer les répondants des résidents;
- La coordination s'assurera que soit qualifiée la collaboration avec les collaborateurs;
- Le bénévole a adressé ses excuses à l'utilisateur;
- La coordonnatrice du Pôle Nord s'assurera que les parents reçoivent l'information appropriée sur les étapes à suivre pour s'assurer que la demande de réouverture du dossier de leur fils soit acheminée au CRDITED dans le respect du guide de pratique du service d'Accès-Évaluation-Orientation;
- Ajustement technique des options offertes par le nouveau système téléphonique; sensibilisation du personnel clérical pour la prise et retour d'appels; explications offertes par les intervenants aux usagers quant aux moyens pour les rejoindre;
- Le chef de service s'assurera que l'éducateur intervienne dans le respect des valeurs contenues dans le guide d'éthique et traitera l'utilisateur et ses parents avec courtoisie et respect;
- Le coordonnateur du Centre d'hébergement Jean-De La Lande s'assurera qu'une communication écrite soit affichée au babillard des unités de vie à l'intention des résidents et de leurs représentants quant à l'application de la procédure portant sur les soins podologiques offerts par une professionnelle d'une ressource externe afin que les usagers reçoivent toute l'information relative à ce soin incluant la facturation, le cas échéant;
- La préposée s'assurera de communiquer toutes les étapes de ses interventions aux résidents lors des chutes;
- La chef de service s'assurera de la création d'un tableau de suivi des régimes de protection et autres évaluations concernant les travailleuses sociales en (DI-TSA);
- Dorénavant, les appels des clients devront être retournés dans les trois jours ouvrables suivants;
- Une lettre en vue d'informer les usagers de l'accessibilité de certains examens en ophtalmologie dans le réseau public leur sera remise;
- Une rencontre sera réalisée avec l'éducatrice, la chef et l'usagère.

ANNEXE III

État des dossiers de plainte du CLPQS dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	2	2.64
4 à 15 jours	10	8.57
16 à 30 jours	23	9.45
31 à 45 jours	40	45.93
Sous-Total	32	66.59
46 à 60 jours	52	14.73
61 à 90 jours	72	11.21
91 à 180 jours	114	6.59
181 jours et plus	217	0.88
Sous-Total	75	33.41
TOTAL	47	100.00

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

ANNEXE IV

État des dossiers de plainte des médecins examinateurs dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	1	20.83
4 à 15 jours	8	16.67
16 à 30 jours	27	8.33
31 à 45 jours	39	25.00
Sous-Total	19	70.83
46 à 60 jours	58	4.17
61 à 90 jours	69	12.50
91 à 180 jours	113	12.50
181 jours et plus	0	0.00
Sous-Total	86	29.17
TOTAL	39	100.00

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

ANNEXE V

Lexique des données du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

Les catégories de motifs

Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Org. du milieu et ress. matérielles	Relations interpersonnelle	Soins et services dispensés
• Absence de service ou de ressource; • Délais; • Difficulté d'accès; • Refus de service et autre.	• Allocation des ressources matérielles et financières; • Facturation; • Frais de déplacement / transport; • Frais d'hébergement / placement; • Legs et sollicitation; • Processus de réclamation et autre.	• Accès au dossier de l'utilisateur; • Assistance / accompagnement; • Choix du professionnel; • Choix de l'établissement; • Consentement; • Droit à l'information; • Droit à un accommodement raisonnable; • Droit de communiquer; • Droit de porter plainte; • Droit de recours; • Droit linguistique; • Participation de l'utilisateur ou de son représentant; • Représentation; • Sécurité et autre.	• Alimentation; • Comptabilité des clientèles; • Conditions d'intervention ou de séjour adaptées; • Confort et commodité; • Équipement et matériel; • Hygiène / salubrité / désinfection; • Organisation spatiale; • Règles et procédures du milieu; • Sécurité et protection et autre.	• Abus; • Communication / attitude; • Discrimination / racisme; • Fiabilité / disponibilité; • Respect et autre.	• compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail); • Continuité; • Décision clinique; • Organisation des soins et services (systémique); • Traitement / intervention / services (action faites) et autre.

Les mesures correctives à portée individuelle ou systémique

Adaptation des soins et services

- Ajustement des activités professionnelles;
- Ajout de services ou de ressources humaines;
- Amélioration des communications;
- Collaboration avec le réseau;
- Élaboration / révision / application;
- Encadrement des intervenants;
- Évaluation des besoins;
- Information et sensibilisation des intervenants;
- Réduction du délai et autres.

Adaptation du milieu et de l'environnement

- Ajustement technique et matériel;
- Amélioration des conditions de vie;
- Amélioration des mesures de sécurité et protection et autres.

Adoption / révision / application des règles et procédures

- Code d'éthique;
- Politiques et règlements;
- Protocole clinique ou administratif et autres.

Ajustement financier

Communication / promotion

Formation / supervision

Promotion du régime

- Communication avec le comité des usager et autres.

Respect des droits et autres.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec

