

Rapport annuel 2019-2020

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

Bureau du commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

Mai 2020

Adopté par le conseil d'administration, le 15 juin 2020

Aucune reproduction complète ou partielle de ce document n'est permise
sans l'autorisation écrite du CHU de Québec-Université Laval.

© CHU de Québec-Université Laval, 2020.

MOT DU COMMISSAIRE

Je vous présente le rapport annuel 2019-2020 sur l'application du régime d'examen des plaintes au CHU de Québec-Université Laval (CHU). Il est composé de quatre sections, soit le rapport du commissaire, le rapport des médecins examinateurs, les dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le rapport du président du comité de révision.

L'équipe du Bureau du commissaire se compose de :

M. Robin Bégin :	commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M ^{me} Julie Bilodeau :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M ^{me} Diane Blanchet :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M ^{me} Valérie Martel :	commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
En processus de titularisation :	technicienne en administration
M ^{me} Laurence Huard-Godin :	agente administrative
M ^{me} Mireille Tremblay :	agente administrative

Le régime d'examen des plaintes permet à toute personne qui s'estime lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte concernant les services reçus ou qu'elle aurait dû recevoir. Il vise plus particulièrement l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La fin de l'année 2019-2020 fut une période difficile pour le réseau de santé québécois qui s'est mobilisé pour faire face à la pandémie de la COVID-19. Bien sûr, les dossiers de la fin de cette année ont reflété, plus particulièrement, les inquiétudes des usagers qui ont fréquenté le CHU. Néanmoins, la mobilisation des directions et des intervenants a permis d'assurer une réponse rapide aux insatisfactions soulevées par les usagers.

Au cours de l'année 2019-2020, nous avons traité 1 469 dossiers, dont 550 plaintes, 531 interventions, 289 assistances et 99 consultations.

Grâce aux personnes qui nous ont fait part de leurs insatisfactions et à la collaboration de nos partenaires, comme le comité des usagers du CHU et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la Capitale-Nationale, nous sommes en mesure de réitérer l'importance du régime d'examen des plaintes dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Il est important de souligner l'apport des gestionnaires et de leurs équipes pour leur contribution à l'examen des dossiers et leur engagement pour l'amélioration des soins et des services dans l'établissement.

Enfin, un merci tout particulier à M^{me} Laurence Huard-Godin pour sa précieuse contribution dans l'élaboration du document, et aux commissaires adjointes pour leur participation à la rédaction du rapport.

Bonne lecture!
Robin Bégin

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	2
1.1. LES PLAINTES GÉNÉRALES.....	2
1.1.1. <i>Délais de traitement des plaintes examinées et conclues.....</i>	<i>6</i>
1.1.2. <i>Présentation des dossiers de plaintes examinés selon le niveau de traitement et le motif.....</i>	<i>7</i>
1.1.3. <i>Suivi des recommandations.....</i>	<i>8</i>
1.1.4. <i>L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen.....</i>	<i>10</i>
1.2. LES INTERVENTIONS.....	11
1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCE	14
1.4. LES CONSULTATIONS.....	16
1.5. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE.....	17
2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS	18
2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI.....	19
2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES	20
3. DOSSIERS À L'ÉTUDE AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	23
4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION.....	24
CONCLUSION	26
ANNEXE	27

LISTE DES TABLEAUX

<i>TABLEAU 1 – COMPARATIF DU NOMBRE DE DOSSIERS REÇUS PAR ANNÉE</i>	<i>1</i>
<i>TABLEAU 2 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT</i>	<i>6</i>
<i>TABLEAU 3 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES GÉNÉRALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF</i>	<i>7</i>
<i>TABLEAU 4 – NOMBRE TOTAL DE RECOMMANDATIONS PAR ANNÉE.....</i>	<i>8</i>
<i>TABLEAU 5 – MESURES MISES EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX RECOMMANDATIONS.....</i>	<i>9</i>
<i>TABLEAU 6 – NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTION SELON L'ORIGINE DU SIGNALEMENT</i>	<i>11</i>
<i>TABLEAU 7 – AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE</i>	<i>17</i>
<i>TABLEAU 8 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT</i>	<i>19</i>
<i>TABLEAU 9 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI DE TRAITEMENT</i>	<i>19</i>
<i>TABLEAU 10 – ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF</i>	<i>21</i>
<i>TABLEAU 11 – RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU AU 2^E PALIER SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT</i>	<i>24</i>

LISTE DES FIGURES

<i>FIGURE 1 – RÉPARTITION DES DOSSIERS OUVERTS POUR L'EXERCICE 2019-2020</i>	<i>1</i>
<i>FIGURE 2 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES REÇUES POUR CHACUN DES HÔPITAUX</i>	<i>2</i>
<i>FIGURE 3 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTÉ</i>	<i>2</i>
<i>FIGURE 4 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'INTERVENTION RÉALISÉES PAR HÔPITAL.....</i>	<i>11</i>
<i>FIGURE 5 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS D'INTERVENTION</i>	<i>12</i>
<i>FIGURE 6 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS D'ASSISTANCE OUVERTS PAR HÔPITAL.....</i>	<i>14</i>
<i>FIGURE 7 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DES DOSSIERS D'ASSISTANCE</i>	<i>15</i>
<i>FIGURE 8 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR HÔPITAL.....</i>	<i>16</i>
<i>FIGURE 9 – RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLAINTES REÇUES PAR HÔPITAL.....</i>	<i>18</i>
<i>FIGURE 10 – RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES.....</i>	<i>20</i>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - DROITS DE L'USAGER	28
--	-----------

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

CHU	CHU de Québec-Université Laval
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux

DÉFINITIONS

Plainte :	Insatisfaction, exprimée par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert, tant au niveau général que médical. Elle est traitée de la même façon, qu'elle soit verbale ou écrite.
Plainte générale :	Insatisfaction de toute nature pour les soins et services en général.
Plainte médicale :	Insatisfaction concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.
Motif de plainte :	Une même plainte peut comporter plusieurs motifs. Par conséquent, le nombre de motifs de plainte est plus élevé que le nombre de plaintes.
Consultation :	Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.
Demande d'assistance :	Aide concernant un soin ou un service; aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.
Intervention :	Toute action visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
Première instance :	Plainte traitée par le commissaire, les commissaires adjointes ou les médecins examinateurs.
Deuxième instance :	Recours à un deuxième palier afin que la plainte soit examinée à nouveau, soit par le Protecteur du citoyen pour une plainte ayant été traitée par le commissaire, soit par le comité de révision pour une plainte ayant été traitée par le médecin examinateur.
Abandonné :	Plainte abandonnée par l'utilisateur (désistement, peur des représailles, problème réglé avant la fin de l'examen).
Cessé :	Traitement cessé en cours d'analyse (problème réglé avant la fin de l'examen, absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant, hors compétence, intervention inutile, refus de collaborer).
Refusé :	Délai expiré pour recours au comité de révision, hors compétence.
Rejeté sur examen sommaire :	Plainte frivole, vexatoire ou de mauvaise foi.

INTRODUCTION

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de plaintes générales a diminué de 3 %. Les trois motifs principaux sont les relations interpersonnelles, les aspects financiers ainsi que les soins et services dispensés.
- Les plaintes médicales ont augmenté de 17 %, et le principal motif concerne les soins et services dispensés.
- Les interventions ont, quant à elles, augmenté de 27 %, et le motif le plus récurrent concerne l'accessibilité.
- Les demandes d'assistance, pour leur part, ont diminué de 10 %. Le motif principal représente les droits particuliers.
- Les consultations ont augmenté de 14 %. Elles proviennent essentiellement des chefs d'unité, des intervenants et de nos partenaires.
- Cette année, nous avons ouvert 98 dossiers de plus que l'an dernier, ce qui représente une augmentation de 7 %.

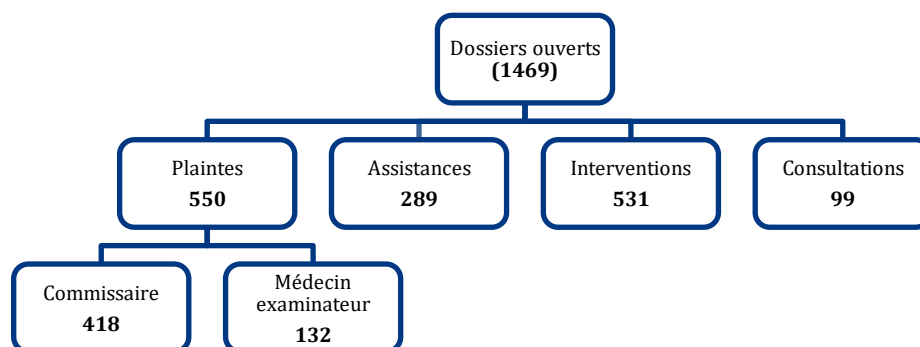


Figure 1 – Répartition des dossiers ouverts pour l'exercice 2019-2020

Tableau 1 – Comparatif du nombre de dossiers reçus par année

Types de dossiers	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Écart
Plaintes générales	437	432	418	↓ 3 %
Plaintes médicales	104	113	132	↑ 17 %
Demandes d'assistance	352	320	289	↓ 10 %
Interventions	403	419	531	↑ 27 %
Consultations	84	87	99	↑ 14 %
Nombre total de dossiers reçus	1 380	1 371	1 469	↑ 7 %

1. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

1.1. LES PLAINTES GÉNÉRALES

Une plainte est l'expression d'une insatisfaction formellement adressée au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, provenant d'un usager, d'un représentant légal ou de l'héritier d'une personne décédée, concernant les soins et les services qu'il a reçus ou qu'il aurait dû recevoir. Cette forme de traitement prévoit un droit de recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, pour ceux qui souhaitent s'en prévaloir. Pour le présent exercice, on observe une légère diminution du nombre de plaintes de l'ordre de 3 %.

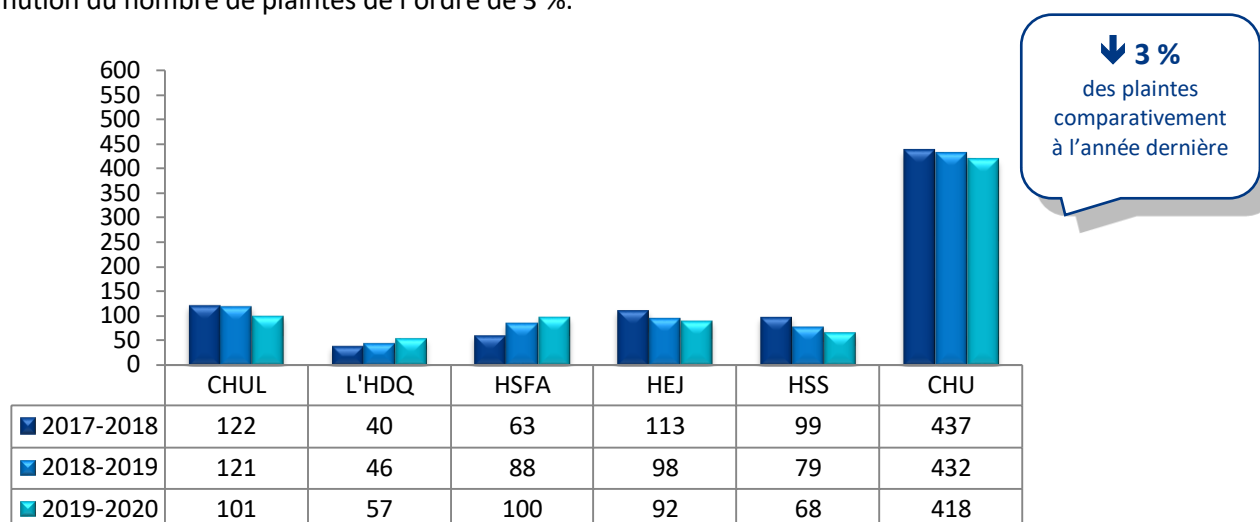


Figure 2 – Répartition du nombre de plaintes reçues pour chacun des hôpitaux

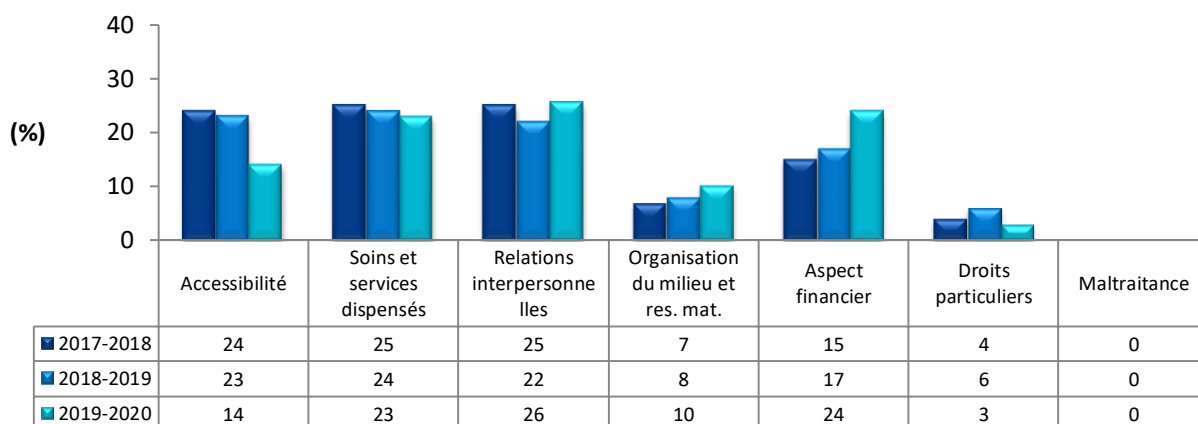


Figure 3 – Répartition en pourcentage des motifs de plainte

On note que 80 % des plaintes proviennent de l'utilisateur, alors que 18 % proviennent de son représentant légal et que 2 % des plaintes proviennent d'une tierce personne légalement reconnue. Pour 14 dossiers le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

Voici, par ordre d'importance, les principaux motifs de plaintes rencontrés lors de l'examen de celles-ci :

➤ **Relations interpersonnelles**

Une augmentation de 4 % est à noter pour ce motif de plainte, comparativement à l'année dernière. Ces situations portent sur :

- les commentaires inappropriés;
- l'attitude non verbale inappropriée;
- le manque d'empathie;
- le manque d'écoute;
- le manque d'information.

Ces plaintes concernent des commentaires, des attitudes et des comportements inappropriés d'employés à l'égard de la clientèle. En collaboration avec les gestionnaires, des rencontres individuelles ont eu lieu avec les employés concernés, et des objectifs d'amélioration ont été fixés concernant les conduites attendues décrites dans le code d'éthique. Il est à noter que 3 dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour étude aux fins disciplinaires.

➤ **Aspect financier**

Une augmentation de 7 % de ce motif de plainte est observée par rapport à l'année dernière. Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- la facturation des frais de chambre et d'hébergement;
- la facturation à des non-résidents du Québec;
- les frais concernant le matériel de soins.

Une augmentation considérable est principalement observée en ce qui concerne le nombre de motifs pour la facturation des frais de chambre. Cette année encore, des efforts concertés d'amélioration ont été réalisés afin d'améliorer l'information transmise aux usagers lorsqu'ils remplissent un formulaire de choix de chambre. De plus, des travaux se sont organisés avec la Direction des ressources financières afin d'identifier des pistes d'amélioration. Nous constatons toujours que ce motif représente un enjeu de taille pour l'organisation et à cet effet, nos efforts se poursuivent.

➤ Soins et services dispensés

Les plaintes concernant les soins et services ont connu une diminution de 1 % par rapport à l'année dernière. Ces situations concernent, entre autres :

- le jugement professionnel et les décisions cliniques;
- la continuité des soins dans le processus de transfert;
- les compétences techniques et professionnelles;
- la qualité des interventions ou des traitements donnés.

L'aspect clinique du travail des intervenants dans les unités de soins est principalement mis en cause. Bien que les protocoles, les procédures et les techniques de soins existent, qu'ils sont connus et accessibles par l'ensemble des équipes, leur intégration peut parfois faire défaut.

La formation continue concernant les protocoles de soins, les politiques, les procédures ou les règlements dans l'établissement est la mesure la plus souvent appliquée, afin d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation et la mise à niveau des compétences cliniques sont d'autres leviers utilisés, tant individuellement qu'en équipe.

Les gestionnaires, les conseillères cliniques et les infirmières cliniciennes sont impliqués activement avec les membres de leurs équipes dans la recherche de solutions concernant l'amélioration des soins et des services dispensés. Le système de gestion permet aux gestionnaires et à leurs équipes d'être au cœur des activités de soins et d'assurer la vigilance nécessaire pour maintenir et améliorer la sécurité et la qualité des soins dispensés.

➤ L'accessibilité aux soins et services

Une diminution significative de 9 % est à noter pour ce motif de plainte, comparativement à l'année dernière. Les principaux motifs d'insatisfaction soulevés sont les suivants :

- obtenir un premier rendez-vous aux consultations externes;
- obtenir un rendez-vous de suivi avec un médecin spécialiste;
- les listes d'attente;
- les reports de chirurgie.

Encore cette année, les travaux d'amélioration se sont poursuivis par le biais du « chantier accès ». Le déploiement des centres de rendez-vous pour les consultations externes spécialisées s'est opéré dans les services prévus au plan d'action.

Il est à noter que dans chacun des dossiers traités par les commissaires, des vérifications sont faites afin de s'assurer que les patients sont bien inscrits sur les listes d'attente et que leur priorisation correspond à leur condition de santé, selon les critères établis par les équipes médicales.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

Une augmentation de 2 % de ce type de motif est observée par rapport à l'année 2018-2019. Ces situations concernent :

- l'hygiène et la salubrité;
- les règles et procédures concernant les heures de visites;
- la disponibilité du matériel;
- le confort et la commodité des lieux;
- la perte ou le vol de biens personnels.

Afin d'offrir une expérience patient correspondant aux attentes de la clientèle fréquentant le l'établissement, des actions sont réalisées de façon continue par les équipes de gestion.

➤ **Droits particuliers**

Une diminution de 3 % de ce type de plainte est observée par rapport à l'année 2018-2019. Ces situations concernent :

- le droit à la confidentialité;
- le droit d'être accompagné;
- le droit à l'information permettant un consentement libre et éclairé;
- le droit à l'information sur les services.

Des explications sont données à la clientèle au sujet de l'application des lois entourant l'accès au dossier de l'utilisateur et le consentement éclairé. Des rappels et des correctifs sont apportés dans les services, afin que ces aspects soient respectés de tous.

1.1.1. Délais de traitement des plaintes examinées et conclues

**Tableau 2 – État des dossiers de plaintes générales
dont l'examen a été conclu selon le délai de traitement**

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	51	12,14
4 à 15 jours	9	72	17,14
16 à 30 jours	24	79	18,81
31 à 45 jours	39	192	45,71
Sous-total	25	394	93,80
46 à 60 jours	51	17	4,05
61 à 90 jours	73	7	1,67
91 à 180 jours	95	2	0,48
181 jours et plus	0	0	0,00
Sous-total	60	26	6,20
TOTAL	28	420	100

Le pourcentage de dossiers traités dans le délai de 45 jours prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) a augmenté par rapport à l'année dernière. Il est passé de 91 % à 94 %.

Dans tous les cas, lorsque le délai de 45 jours n'a pu être respecté, le commissaire a avisé par écrit l'utilisateur ou son représentant. Le commissaire explique les motifs qui ont contribué à ce délai, ainsi que la possibilité de se rendre en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, si souhaité.

1.1.2. Présentation des dossiers de plaintes examinés selon le niveau de traitement et le motif

Le tableau suivant présente un portrait détaillé des suites données à chaque dossier traité et conclu.

**Tableau 3 – État des dossiers de plaintes générales
dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif**

Catégorie de motif	Abandonné *	Cessé *	Refusé *	Rejeté sur examen sommaire *	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	0	2	0	0	31	50
Aspect financier	0	0	0	2	61	79
Droits particuliers	0	0	0	0	11	9
Maltraitance (Loi)	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	1	22	37
Relations interpersonnelles	5	0	0	0	120	27
Soins et services dispensés	9	0	0	2	58	67
Total	14	2	0	5	303	269
GRAND TOTAL				593		

* Voir liste des définitions en page vii

Des mesures correctives ont été proposées pour 303 motifs examinés, soit 51 %, pour améliorer les soins et les services dispensés. À noter que 60 % des mesures correctives ont été appliquées sur une base individuelle, alors que 40 % l'ont été sur une base systémique.

On observe que, parmi tous les motifs de plainte examinés, 269 motifs, soit 45 %, n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants. Toutefois, nous sommes sensibles, et considérons que les faits rapportés sont le reflet d'une expérience patient qui n'a pas été à la hauteur des attentes des usagers fréquentant le CHU et de leurs proches.

Finalement, 21 motifs de plaintes (4 %) ont été abandonnés, cessés ou rejetés selon la procédure d'examen des plaintes.

1.1.3. Suivi des recommandations

Cette année, le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a pris la décision de formaliser certaines mesures en recommandations, qu'elles soient individuelles ou systémiques. L'objectif de cette modification visait à rendre compte au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration des travaux réalisés par les commissaires, à objectiver les écarts ainsi que les suivis réalisés afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

Comme vous pouvez le constater, cette nouvelle façon de traiter les dossiers a fait bondir le nombre de recommandations émises par les commissaires. Cette année, plus de 105 recommandations ont été émises sur 949 dossiers de plaintes et d'interventions traités.

Tableau 4 – Nombre total de recommandations par année

Année	Nombre de plaintes	Nombre d'interventions	Total des plaintes et interventions	Nombre de recommandations
2017-2018	437	403	840	13 recommandations
2018-2019	432	419	851	14 recommandations
2019-2020	418	531	949	105 recommandations

En somme, 82 recommandations avaient une portée individuelle et 23 une portée systémique.

Cette nouvelle façon de procéder nous a permis d'identifier des anomalies dans le processus de facturation. Dans les faits, 78 % des recommandations émises concernaient les frais de chambre aux usagers ainsi que la facturation des non-résidents du Québec pour les soins et services reçus. Des travaux avec la Direction des ressources financières ont été amorcés dans l'objectif d'améliorer des lacunes concernant la facturation.

Le tableau suivant présente le nombre de recommandations émises par motif. De plus, nous avons intégré les objectifs visés par les recommandations mises en place au cours de cette année.

Tableau 5 – Mesures mises en place pour répondre aux recommandations

Motifs	Nombre de recommandations	Mesures mises en place
Accessibilité	3	➤ Amélioration de la prise en charge des femmes qui se présentent pour une interruption volontaire de grossesse dans les cliniques de planification des naissances du CHUL et de l'HSFA ➤ Diminution des délais pour obtenir un résultat à la suite d'une consultation en allergologie ➤ Amélioration de l'accès téléphonique du service d'échographie obstétricale
Soins et services	10	➤ Modification de l'approche clinique pour les usagers qui se présentent dans les urgences à la suite d'une intoxication ➤ Application des mesures de contrôle dans le respect des procédures pour les urgences du CHU ➤ Réévaluation systématique de tous les usagers dont la situation clinique se détériore à la suite du triage
Aspects financiers	82	➤ Révision du processus de facturation pour les usagers non-résidents ➤ Ajustement de la facture pour les usagers selon les procédures en vigueur ➤ Modification des moyens mis en place permettant que le personnel des admissions transmette une information juste et uniforme aux usagers qui font un choix de chambre dans le CHU
Organisation du milieu et ressources matérielles	8	➤ Ajustement des heures d'ouverture du service de prélèvement afin qu'il respecte l'horaire diffusé ➤ Complétion systématique des rapports incident-accident à la suite d'un évènement indésirable dans les services de biologie médicale ➤ Modification de la politique sur la protection des biens personnels afin que celle-ci s'applique dans toutes les installations du CHU ➤ Révision de l'aménagement physique permettant de limiter la circulation dans une des salles d'attente de l'HEJ et offrant un meilleur accès à la salle de bain ➤ Présentation d'un plan permettant l'accès aux personnes significatives en tout temps dans les urgences du CHU pour répondre aux objectifs de la campagne « meilleurs ensemble »
Droits particuliers	2	➤ Modification du processus d'admission qui respecte les règles de confidentialité des usagers qui se présentent au bloc chirurgical le matin de leur chirurgie

Enfin, toutes les recommandations ont fait l'objet d'un suivi de la part des directions concernées à l'exception d'une seule, pour laquelle nous sommes en attente d'une réponse.

1.1.4. L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen

La LSSSS prévoit que l'utilisateur qui est insatisfait des conclusions transmises par le commissaire dispose d'un droit de recours. Il peut donc s'adresser au Protecteur du citoyen.

Au cours de l'année, 25 nouveaux dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen en deuxième instance, en plus des 7 dossiers acheminés l'année précédente qui n'avaient toujours pas été traités à la fin de l'exercice 2018-2019.

Pour les 32 dossiers à l'étude, les motifs concernaient :

- l'aspect financier (20);
- les soins et services dispensés (3);
- l'accessibilité (8);
- les relations interpersonnelles (1).

Parmi les 25 dossiers conclus au cours de l'année, un seul dossier a fait l'objet de recommandations. Des mesures ont été mises en place, et ce, à l'entière satisfaction du Protecteur du citoyen.

À la fin de l'année 2019-2020, 7 dossiers demeuraient en cours d'analyse par le Protecteur du citoyen.

1.2. LES INTERVENTIONS

La LSSSS mentionne que le commissaire peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à son attention et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un ou de plusieurs usagers ne sont pas respectés.

Tableau 6 – Nombre de dossiers d'intervention selon l'origine du signalement

ORIGINE DU SIGNALEMENT	Nombre	%
Sur constat par le commissaire	12	2,26
Sur signalement au commissaire	519	97,74
TOTAL	531	100

Les dossiers d'intervention peuvent aussi être initiés à la suite d'une insatisfaction provenant d'un tiers, ou de toute autre personne qui n'est pas l'utilisateur ou le représentant légal. Un dossier d'intervention peut être ouvert si l'utilisateur qui a reçu un service ne souhaite pas déposer une plainte formelle.

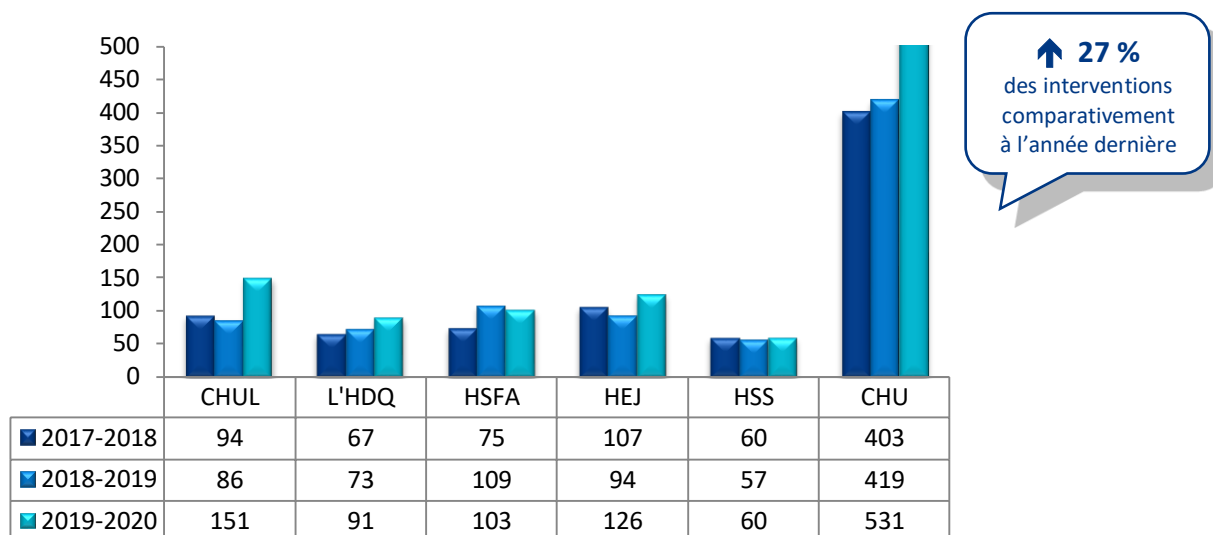


Figure 4 – Répartition du nombre de dossiers d'intervention réalisées par hôpital

Il est pertinent de préciser que comparativement à l'année précédente, il y a eu une augmentation de 27 % de ce type de dossier. Cette augmentation peut être expliquée, en partie du moins, par l'augmentation globale des dossiers reçus durant l'année et aussi par le fait que dans les années précédentes, plusieurs de ces dossiers étaient ouverts en dossiers d'assistance plutôt qu'en dossiers d'intervention. Une harmonisation des pratiques a été réalisée en début d'année.

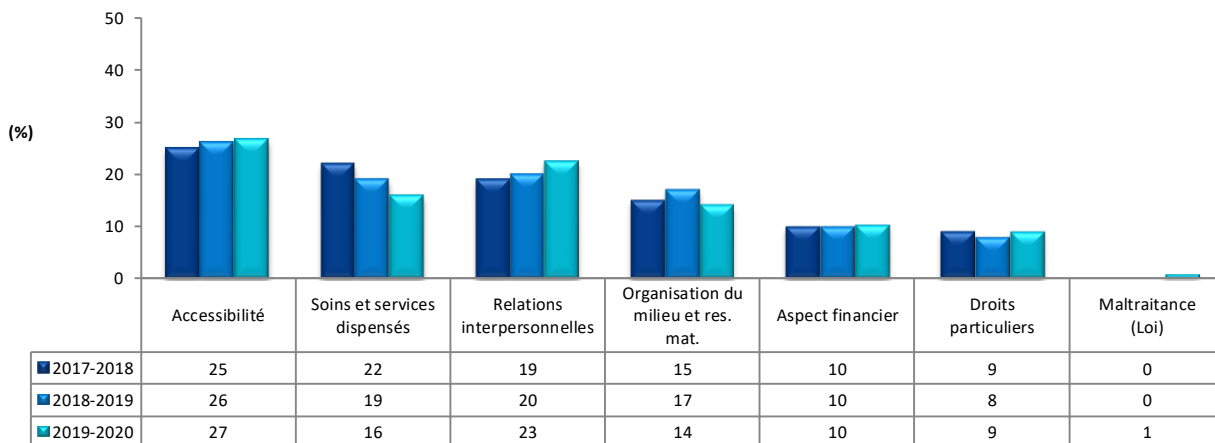


Figure 5 – Répartition en pourcentage des motifs d'intervention

Pour les 531 dossiers d'intervention, on compte 628 motifs différents. En effet, un dossier d'intervention peut comporter plus d'un motif. Pour les dossiers dont l'analyse était terminée en fin d'année, on constate que des mesures correctives ont été apportées dans différents secteurs d'activités pour près de la moitié des motifs. Le travail d'analyse que nécessite ce type de dossier est similaire à celui réalisé lors du traitement des plaintes et il s'effectue en collaboration avec les gestionnaires.

Voici, par ordre d'importance, les principaux motifs d'intervention rencontrés lors de l'examen de celles-ci :

➤ **Accessibilité**

- Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous;
- Le délai pour obtenir un résultat ou un rapport;
- L'accès à une ligne téléphonique;
- Les reports de chirurgie.

➤ **Soins et services dispensés**

- Les traitements et les interventions cliniques (approche thérapeutique, médication, soins de santé physique);
- La continuité des soins lors du processus de transfert interne ou externe (absence de suivi, congé ou fin de service prématuré);
- Le jugement et les décisions cliniques;
- Les habiletés techniques et professionnelles.

➤ **Relations interpersonnelles**

- Les commentaires inappropriés;
- L'attitude non verbale inappropriée;
- Le manque d'information;
- Le manque d'empathie;
- Le manque de politesse.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

- La sécurité et la protection des usagers (mécanisme de prévention des infections, protection des biens personnels);
- Les règles et les procédures du milieu (heures de visite, organisation des services);
- L'organisation spatiale (l'adaptation, l'accessibilité des lieux et la désuétude du bâtiment);
- Le confort et les commodités (le bruit et la température des locaux, l'intimité des lieux, le confort des chambres ou des lits, etc.);
- L'équipement et le matériel de soins (matériel défectueux ou non disponible, etc.);
- L'hygiène, la salubrité et la désinfection des lieux.

➤ **Aspect financier**

- La facturation des frais de chambre;
- La facturation des soins pour les non-résidents du Québec.

➤ **Droits particuliers**

- Le droit à l'information;
- Le droit d'accès au dossier de l'utilisateur;
- Le droit à la confidentialité.

➤ **Maltraitance (Loi)**

L'article 14 de *la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* stipule que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit prévoir, dans son rapport annuel, une section traitant spécifiquement des plaintes et des signalements qu'il a reçus concernant des cas de maltraitance.

Le Bureau du commissaire a reçu, pour l'année 2019-2020, 4 signalements qui ont été traités rapidement. Nous tenons à souligner la collaboration diligente de nos partenaires.

En cours d'année, le Bureau du commissaire a participé à l'élaboration de la procédure de gestion des situations de maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Les catégories des mesures correctives appliquées sont les mêmes que pour les plaintes. Les gestionnaires et les employés font preuve de collaboration et d'initiative dans la recherche de solutions d'amélioration.

Le délai moyen pour traiter un dossier d'intervention a été de 22 jours.

1.3. LES DEMANDES D'ASSISTANCE

Les demandes d'assistance concernent principalement l'accès à un soin ou un service et l'aide à la formulation d'une plainte.

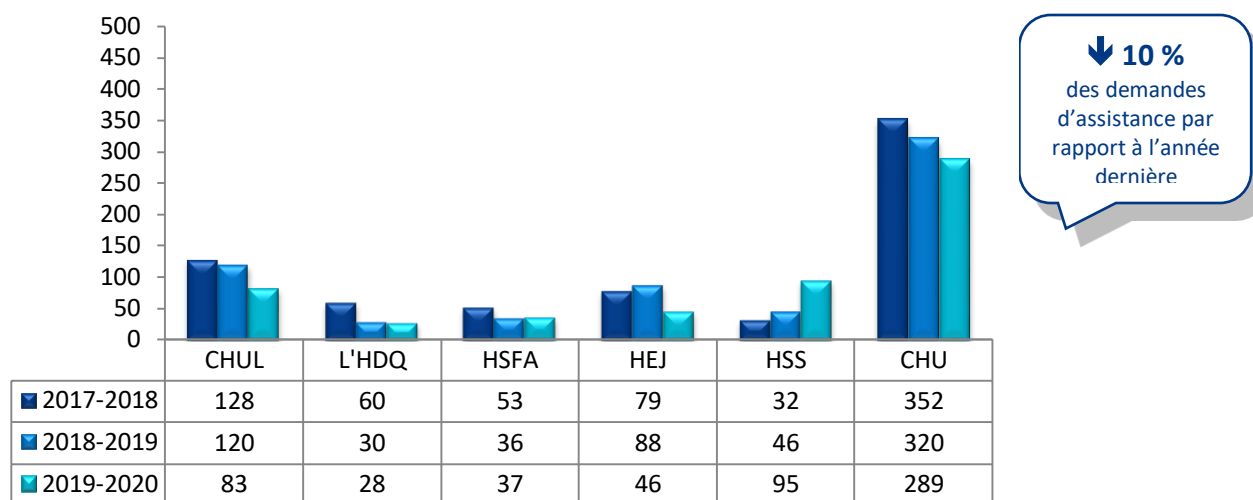


Figure 6 – Répartition du nombre de dossiers d'assistance ouverts par hôpital

Les demandes d'assistance proviennent d'un usager ou de l'un de ses proches, qui souhaite obtenir l'aide du commissaire. Dans certains cas, de l'information est donnée sur le processus de plainte, tel que décrit par la LSSSS. Dans d'autres cas, les personnes sollicitent notre aide pour obtenir un soin ou un service parce qu'ils ont une méconnaissance de l'organisation des milieux de soins ou lorsque l'accessibilité est difficile.

De plus, les commissaires peuvent être sollicités afin d'aider l'utilisateur dans la rédaction de leur plainte. Cependant, le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est un organisme communautaire mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour accompagner toute personne qui souhaite déposer une plainte.

Parmi les demandes d'assistance, 56 % étaient des demandes d'aide à la formulation d'une plainte alors que 44 % concernaient un besoin d'aide afin d'obtenir un soin ou un service.

Il est à noter que le délai moyen de réponse aux demandes d'assistance est de 2 jours.

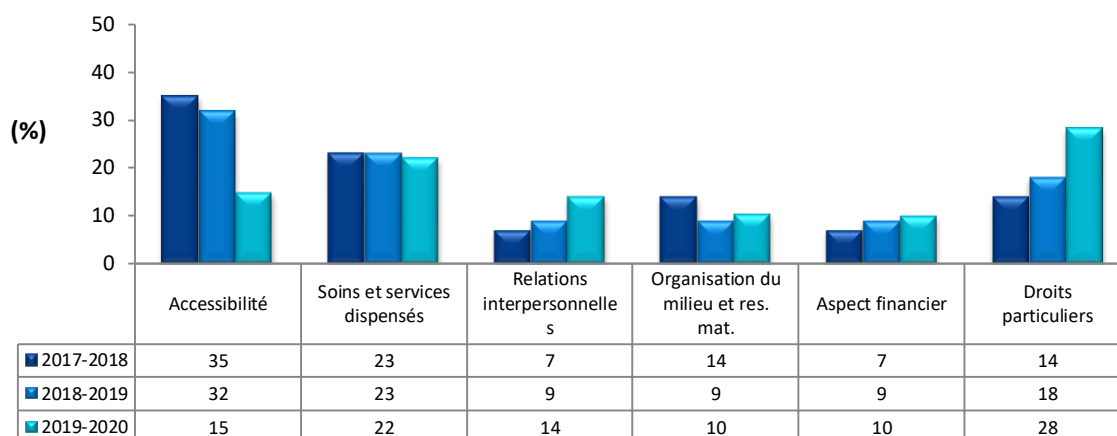


Figure 7 – Répartition en pourcentage des motifs des dossiers d'assistance

Pour l'année 2019-2020, les demandes d'assistance concernaient, par ordre d'importance :

- les droits particuliers;
- les soins et les services dispensés;
- l'accessibilité aux soins et aux services;
- les relations interpersonnelles;
- l'aspect financier;
- l'organisation du milieu.

1.4. LES CONSULTATIONS

Les consultations proviennent des chefs de départements, des chefs d'unités ou des intervenants, qui ont besoin de l'avis des commissaires concernant le respect des droits des usagers ou pour certaines situations ayant une composante éthique. Pour l'exercice en cours, on note une augmentation de 14 % des consultations.

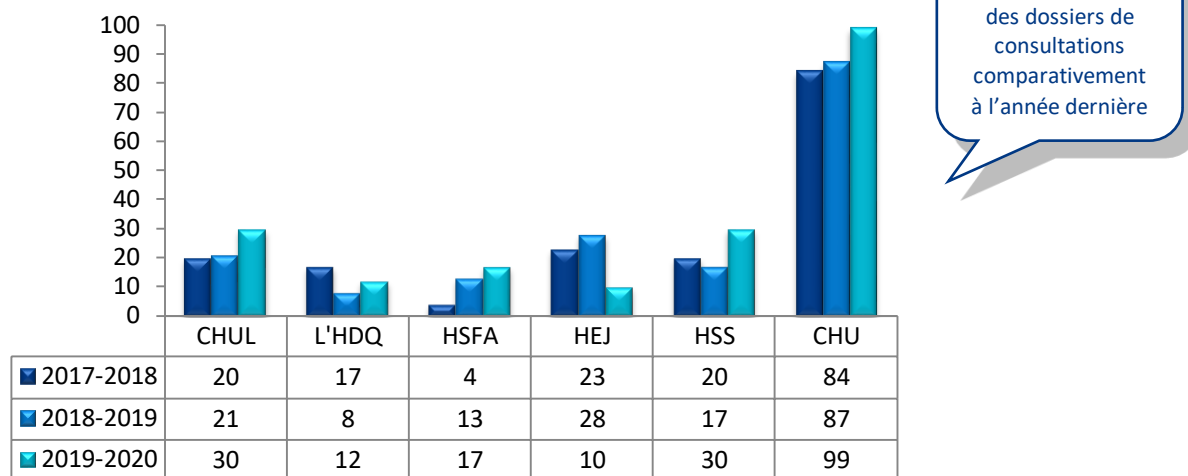


Figure 8 – Répartition du nombre de consultations par hôpital

Les principaux motifs pour lesquels le commissaire est consulté sont :

- les soins et services dispensés;
- les relations interpersonnelles;
- le droit à l'information;
- le droit d'accès au dossier de l'utilisateur;
- le droit d'être accompagné;
- les responsabilités des usagers au sujet de certaines règles et procédures.

Les activités de promotion du code d'éthique et du régime d'examen des plaintes ont grandement contribué à faire connaître le rôle du commissaire, ce qui a amené une collaboration accrue avec les gestionnaires et les intervenants. De plus, le système de gestion permet aux gestionnaires d'être présents auprès des usagers et des membres de leurs équipes, ce qui leur permet de recevoir directement les insatisfactions et les amènent à demander conseil auprès du Bureau du commissaire pour les questions concernant les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes.

1.5. LES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

Pour l'exercice 2019-2020, le commissaire et les commissaires adjointes ont réalisé, en plus du traitement des dossiers, plusieurs activités de promotion concernant le respect des droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. Ils ont également fait la promotion du code d'éthique.

Tableau 7 – Autres fonctions du commissaire

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	0	0,00
Loi sur la lutte contre la maltraitance	3	3,66
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	7	8,54
Régime et procédure d'examen des plaintes	41	50,00
Autres	5	6,10
Sous-total	56	68,30
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers de plaintes et des interventions	1	1,22
Attentes du conseil d'administration	0	0,00
Autre	0	0,00
Sous-total	1	1,22
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	8	9,76
Sous-total	8	9,76
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	10	12,20
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	4	4,88
Soutien aux commissaires locaux	0	0,00
Autre	3	3,66
Sous-total	17	20,74
TOTAL	82	100

Il est à noter que l'entente conclue il y a trois ans concernant le remplacement de la commissaire de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ), lors de périodes de vacances, a été poursuivie entre les deux établissements. Cette entente permet au commissaire du CHU d'assurer la disponibilité d'une personne exerçant en fonction exclusive, pour recevoir et examiner les plaintes nécessitant une attention immédiate des usagers de l'IUCPQ.

Les commissaires ont également participé à plusieurs activités de réseautage au niveau provincial et ont offert du soutien à d'autres commissaires et partenaires du réseau, et ce, à plusieurs occasions. Pour l'année 2019-2020, une nouvelle activité de communication avec la population a eu lieu lors des rencontres citoyennes tenues par le CHU. À cette occasion, il a été possible pour l'équipe du Bureau du commissaire aux plaintes d'effectuer une prise de contact directe avec la population et promouvoir le régime d'examen des plaintes.

2. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le mandat du médecin examinateur consiste à analyser toute plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident en médecine du CHU.

Durant l'année 2019-2020, les plaintes médicales ont augmenté de 17 %. Au total, 132 plaintes ont été reçues. À la fin de cette période, 32 dossiers demeuraient en traitement.

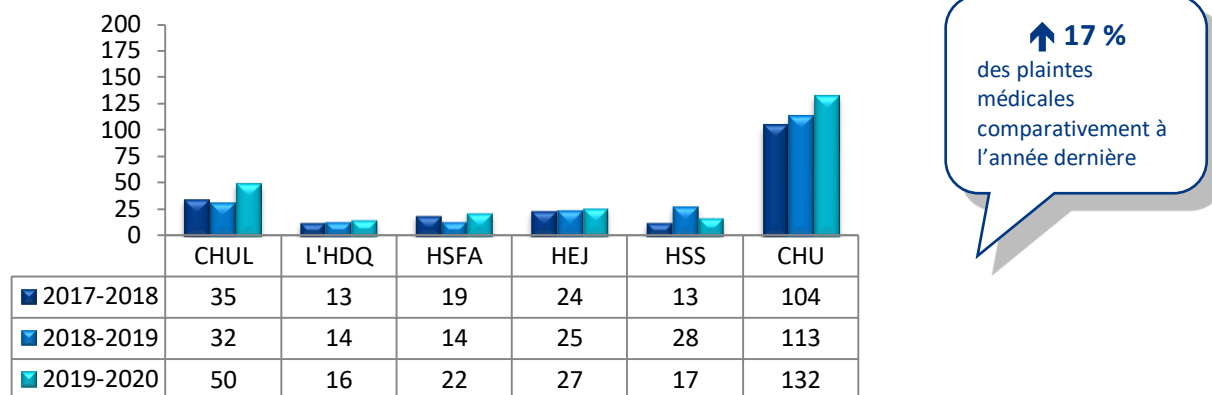


Figure 9 – Répartition du nombre de plaintes reçues par hôpital

Les statistiques indiquent que 63 % des plaintes médicales sont déposées par l'utilisateur lui-même, 29 % par un représentant de l'utilisateur, et 6 % par une tierce personne. Dans 32 dossiers, le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

2.1. NOMBRE DE DOSSIERS EXAMINÉS ET CONCLUS DANS LE DÉLAI

Tableau 8 – État des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu selon le délai de traitement

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	4	3,33
4 à 15 jours	12	6	5,00
16 à 30 jours	24	23	19,17
31 à 45 jours	39	46	38,33
Sous-total	31	79	65,83
46 à 60 jours	51	15	12,50
61 à 90 jours	69	17	14,17
91 à 180 jours	116	4	3,33
181 jours et plus	537	5	4,17
Sous-total	124	41	34,17
TOTAL	63	120	100

Pour l'année 2019-2020, 66 % des plaintes ont été traitées dans le délai prescrit, alors que ce résultat était de 78 % l'année dernière.

Force est de constater que le délai de traitement des dossiers s'est prolongé. La complexité des dossiers et la disponibilité des médecins examinateurs sont les principales raisons qui peuvent expliquer cette détérioration.

Tableau 9 - Répartition des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu selon le délai de traitement

Année d'exercice	Délai de traitement 0 à 45 jours	Délai de traitement 46 à 60 jours	Délai de traitement de 61 à 90 jours	Délai de traitement de 91 à 180 jours	Délai de traitement de 181 jours et plus
2017-2018	67 %	10 %	15 %	2 %	6 %
2018-2019	78 %	5 %	12 %	5 %	0 %
2019-2020	66 %	13 %	14 %	3 %	4 %

Dans tous les cas où le délai s'est prolongé au-delà de 45 jours, les usagers ont été avisés de la prolongation du délai de traitement de leur plainte. Par ailleurs, le délai de traitement de 45 jours prévu par la LSSSS demeure un défi et des efforts continuent d'être déployés afin d'améliorer le nombre de dossiers traités dans le délai prescrit. L'un de ces défis réside dans le recrutement de médecins désirant exercer le rôle de médecin examinateur à un rythme soutenu et pour certains, en concomitance avec leurs activités cliniques.

2.2. PRÉSENTATION EN POURCENTAGE DES MOTIFS LIÉS AUX PLAINTES MÉDICALES

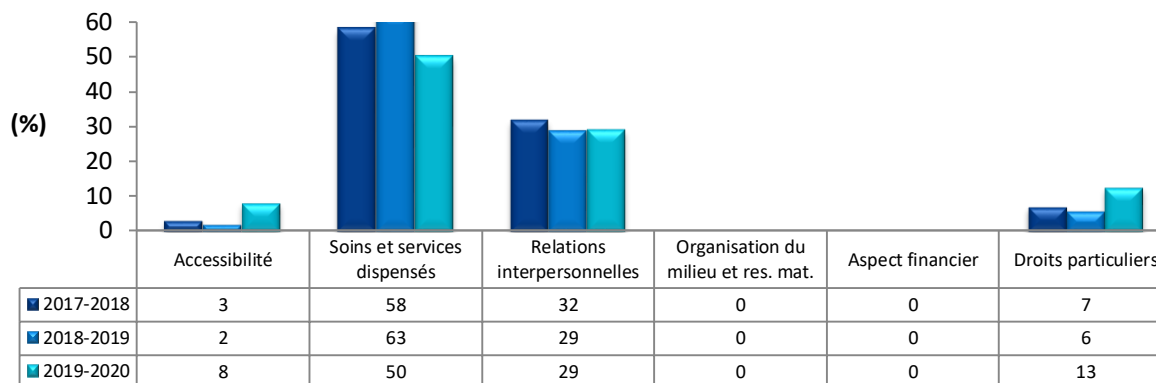


Figure 10 – Répartition en pourcentage des motifs de plaintes médicales

Voici par ordre d'importance, les principaux motifs de plaintes médicales rencontrés lors de l'examen de celles-ci :

➤ **Soins et services dispensés**

- L'évaluation et le jugement professionnel;
- Les difficultés dans le suivi et la continuité des soins;
- Les habiletés techniques lors des interventions de soins.

➤ **Relations interpersonnelles**

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d'écoute;
- Le manque d'empathie.

➤ **Droits particuliers**

- Le droit d'être informé sur son état de santé;
- Le droit au consentement libre et éclairé;
- Le choix du professionnel;
- Le droit d'être assisté et accompagné.

Tableau 10 - État des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Catégorie de motif	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	0	0	0	1	7	5
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	1	0	0	0	5	14
Maltraitance (Loi)	0	0	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	1	0	0	0	16	29
Soins et services dispensés	0	0	1	3	23	52
Total	2	0	1	4	51	100
GRAND TOTAL DES MOTIFS				158		

Parmi les motifs de plainte examinés, 100 motifs (63 %) n'ont entraîné aucune mesure corrective au terme de leur analyse. Dans la plupart des cas, les explications données aux plaignants par le médecin examinateur ont permis la conciliation quant à la situation d'insatisfaction.

Des mesures correctives ont été proposées pour 51 motifs de plainte, représentant 32 %. Ces mesures visaient à sensibiliser les professionnels concernés et à les inciter à modifier certains aspects de leur pratique, principalement reliés aux politiques et règlements de l'établissement ainsi qu'au code de déontologie. Pour le faible pourcentage restant (5 %), il s'agit de motifs qui ont été abandonnés, refusés et rejetés.

Au total, 24 recommandations ont été formulées et toutes ont obtenu un suivi à la satisfaction des médecins examinateurs. Elles consistaient, entre autres, à :

- Inscrire des notes détaillées et complètes au dossier;
- Favoriser la prise en charge médicale multidisciplinaire de plusieurs clientèles, et ce, 7 jours sur 7;
- Valider la compréhension de la clientèle quant à la trajectoire de soins retenue et les consignes en découlant;
- Revoir, de façon plus précoce en externe, les usagers qui ont rencontré des complications lors de leur hospitalisation;
- Améliorer les mécanismes de communication pour la clientèle en attente d'une chirurgie dont le délai est dépassé, en impliquant davantage le chirurgien concerné;
- Mettre à jour les documents contenant les conseils de départ qui sont remis aux patients, en postopératoire, afin qu'ils reflètent les informations conformes aux bonnes pratiques en vigueur;
- Encadrer de manière plus intensive un résident dont le cheminement académique est compromis par des lacunes dans ses compétences cliniques;
- Informer les usagers de la possibilité d'un changement de chirurgien en cas de force majeure ou d'imprévu;
- Impliquer le chef de service médical afin d'encadrer un médecin devant améliorer certains aspects de sa pratique professionnelle et ses aptitudes de communication.

Ces recommandations ont été reçues dans un esprit d'amélioration, et des changements ont été mis en place en ce sens.



Jean-Guy Émond, M.D.
Médecin examinateur



Michel Vallières, M.D.
Médecin examinateur



Denis D'Amours, M.D.
Médecin examinateur



Marc de Blois, M.D.
Médecin examinateur



Richard Bernier, M.D.
Médecin examinateur



Daniel Rizzo, M.D.
Médecin examinateur



Maria-Élissa Picard, M.D.
Médecin examinateur



André Garon, M.D.
Médecin examinateur



Marie-Claire Denis, M.D.
Médecin examinateur

3. DOSSIERS À L'ÉTUDE AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Sur décision du médecin examinateur et en vertu de l'article 46 de la LSSSS, lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien membre du CMDP, le médecin examinateur doit acheminer la plainte vers ce conseil pour études aux fins disciplinaires.

En début d'année, trois dossiers étaient à l'étude. Des rencontres ont eu lieu, et le CMDP a été en mesure de rendre leurs décisions au médecin examinateur après plusieurs mois d'analyse.

La présidente du CMDP s'est impliquée activement à la recherche de solutions afin d'améliorer le délai de traitement, ainsi que le suivi des dossiers transmis au CMDP pour fins disciplinaires. Ainsi, avec la collaboration des services juridiques, des mesures permettant un suivi rigoureux ont été instaurées.

Deux nouveaux dossiers ont été acheminés au CMDP au cours de l'année 2019-2020 et à la fin de l'année, ils étaient, tous deux, toujours à l'étude par le CMDP.

4. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉVISION

Comme le prévoit la LSSSS, le comité de révision est institué par le conseil d'administration pour procéder spécifiquement, lorsque demandé par un plaignant ou par le médecin faisant l'objet de la plainte, à la révision du traitement accordé par les médecins examinateurs de l'établissement à l'examen d'une plainte. Ce comité est composé d'un président et de deux médecins, ainsi que de deux médecins substituts. Ils sont nommés par résolution du conseil d'administration.

Au début de l'année 2019-2020, aucun dossier de l'année précédente n'était à l'étude et aucun dossier n'était en cours d'examen à la fin de l'année.

Onze nouvelles demandes ont été soumises au comité de révision au cours de l'année, comparativement à six demandes pour l'année 2018-2019.

Tableau 11 – Répartition des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 2^e palier selon le niveau de traitement

Année d'exercice	Nouvelles demandes	Demandes rejetées	Demandes analysées	Demandes nécessitant un complément d'examen	Demandes analysées et conclues à la fin de l'exercice
2017-2018	7	2	5	0	9
2018-2019	6	4	2	0	2
2019-2020	11	2	9	2	9

Il est difficile d'expliquer cette hausse avec certitude, si ce n'est de penser que les usagers ont une meilleure connaissance de leurs recours lors de l'examen de leur plainte médicale et désirent s'en prévaloir. En ce qui concerne les deux dossiers qui ont été rejetés pour l'année 2019-2020, ces rejets s'expliquent par un manque d'information sur les demandes et le dépassement du délai stipulé dans la LSSSS.

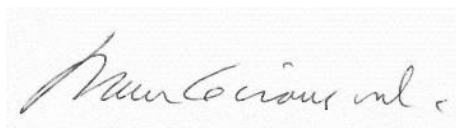
Les membres se sont réunis à sept reprises et ont complété le traitement de neuf demandes de révision. Dans tous les cas, les plaignants ont été rencontrés, ce qui a permis aux membres du comité de recevoir leurs commentaires et de leur donner des explications supplémentaires. En ce qui a trait aux motifs de plainte évoqués, la majorité des dossiers examinés concernaient les soins et les services dispensés et en plus faible proportion, les relations interpersonnelles.

Pour l'exercice 2019-2020, à la suite de l'examen des neuf dossiers soumis au comité de révision, ce dernier a confirmé les conclusions émises par le médecin examinateur pour sept d'entre eux. Pour les deux autres dossiers, une demande de complément d'examen a été demandée au médecin examinateur et réalisée à la satisfaction du comité.

Pour un dossier, une recommandation a même été formulée par le comité, afin de venir appuyer encore davantage les conclusions formulées en première instance sur la sensibilisation des intervenants à la présentation atypique d'une pathologie. Tous les dossiers ont été traités dans le délai de 60 jours prévu par la LSSSS.

En terminant, à titre de président, je tiens à remercier tous les membres du comité, ainsi que le commissaire et son agente administrative pour leur disponibilité et leur engagement dans le cadre de ce processus visant avant tout à assurer la meilleure qualité de service aux personnes qui sont traitées dans notre établissement.

Le président du comité de révision du CHU,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Marc Giroux', is shown on a light-colored, slightly textured background.

Marc Giroux, M.D.

Membres du comité de révision :

D^r Marc Giroux, président et membre du conseil d'administration
M^{me} Sophie Lefrançois, présidente substitut

D^r Robert Lauzon, médecin urgentologue
D^r Jean-François Turcotte, pédiatre

D^{re} Pauline Crête, médecin omnipraticienne, membre substitut
D^{re} Geneviève Nadeau, urologue, membre substitut

CONCLUSION

Les activités de promotion réalisées cette année ont porté des fruits. L'augmentation du nombre de dossiers traités par les commissaires et les médecins examinateurs en est un bel exemple. Toute l'équipe a contribué à faciliter l'accessibilité au régime d'examen des plaintes. L'introduction d'un numéro de téléphone unique pour les cinq installations du CHU, ainsi que la convivialité de notre site Internet favorisent le dépôt des insatisfactions.

En plus de répondre aux besoins des usagers, le régime d'examen des plaintes est un outil de décision pour les membres du conseil d'administration de l'établissement. Il lui permet, par le biais du comité de vigilance et de la qualité, de prendre des orientations qu'il juge pertinentes pour les usagers qui obtiennent des services de santé.

En collaboration avec les gestionnaires, les employés et les médecins qui œuvrent au CHU, de nombreuses mesures ont été mises de l'avant afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

En fin d'année, la pandémie de la COVID-19 est venue bouleverser toutes les activités humaines, et ce, plus particulièrement dans le réseau de la santé. Nous aurons un défi d'adapter nos comportements pour répondre à cette nouvelle réalité. Les nouvelles normes, comme la distanciation sociale, par exemple, seront des enjeux dans la façon de dispenser les services.

Je profite de cette occasion pour remercier les médecins examinateurs de leur engagement auprès des usagers. Leur intérêt pour l'amélioration de la qualité des soins et des services se démontre au quotidien dans le traitement des dossiers.

Néanmoins, même si notre objectif est d'assurer le respect des droits des usagers, nous souhaitons contribuer à l'amélioration de l'expérience patient puisque de toute évidence, une plainte est le reflet d'une insatisfaction vécue lors d'une visite dans nos services. Pour ce faire, nous allons redoubler d'efforts afin de soutenir les équipes dans l'identification des pistes de solutions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services, afin de répondre aux attentes des usagers du CHU.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services,

A handwritten signature in blue ink that reads "Robin Bégin".

Robin Bégin

ANNEXE

Annexe 1 - Droits de l'utilisateur

- Droit au respect de la personne et de la dignité;
- Droit au respect de l'autonomie, de l'intégrité et des besoins individuels;
- Droit à l'information;
- Droit à la considération en toute égalité et équité;
- Droit à la reconnaissance de la liberté de conscience ou de religion;
- Droit à la liberté d'opinion, d'expression, de réunion pacifique et d'association;
- Droit à la sécurité et protection de la personne;
- Droit d'accès au dossier médical et à sa confidentialité ainsi qu'à la protection des renseignements personnels;
- Droit aux services de qualité, continus, personnalisés et accessibles;
- Droit à l'accompagnement et à l'assistance;
- Droit à la représentation;
- Droit concernant les soins de fin de vie.

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Bureau du commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

CHUL

2705, boulevard Laurier

Québec (Québec) G1V 4G2

Téléphone : 418 525-5312 — Télécopieur : 418 654-2706