

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la  
performance et de l'éthique

## PROCÉDURE

### GESTION DES PETITES RÉCLAMATIONS

N° Procédure : **PRO-107**

Responsable de l'application : Direction de la qualité,  
évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) et toutes  
les directions cliniques et de soutien

N° Politique/Règlement associé : **POL-044**

Approuvée par : Comité de direction

Date d'approbation :  
2023-04-25

Date de révision :  
2027-04-25

Destinataires : Tout employé, gestionnaire ou toute personne qui exerce sa profession ou sa fonction dans une installation du CIUSSS-EMTL ou dans une ressource liée par contrat au CIUSSS-EMTL

#### 1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-044 – *Gestion des effets personnels et gestion des petites réclamations*.
- 1.2. Rechercher l'effet personnel disparu.
- 1.3. Divulguer l'information à l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal (divulgaration initiale).
- 1.4. Compléter un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) si l'effet personnel n'est pas retrouvé ou pour déclarer le bris de l'effet personnel.
- 1.5. Indiquer la responsabilité ou non de l'unité à rembourser dans la section E du formulaire *Enquête et analyse d'une réclamation pour bris ou perte d'effets personnels* par le chef d'unité (Annexe 2).
- 1.6. Remettre le *Formulaire de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels* (Annexe 1) à toute personne qui désire faire une demande de réclamation (même si le service n'est pas responsable de la perte ou du bris de l'effet personnel). L'unité ou le gestionnaire ne peut pas refuser d'offrir le formulaire de réclamation à l'utilisateur ou à sa famille.
- 1.7. Envoyer tous les documents requis (Annexe 3) pour ouvrir un dossier de réclamation au service de la gestion intégrée des risques (GIR) par courriel à l'adresse [gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca).
- 1.8. Référer l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal à la GIR, s'il désire obtenir un suivi de sa demande de réclamation.

## 2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – USAGER, SA FAMILLE OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL (ANNEXE 6)

- 2.1. Informer le service, le programme ou l'unité de la perte ou le bris de l'effet personnel de l'utilisateur.
- 2.2. Informer le service, le programme ou l'unité si l'utilisateur souhaite remplacer l'objet perdu ou si l'unité est responsable de la perte ou du bris de l'effet personnel de l'utilisateur.
- 2.3. Compléter le *Formulaire de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels* (Annexe 1) et le remettre au gestionnaire.
- 2.4. Contacter la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) en cas de contestation de responsabilité imputée au service, programme ou à l'unité déclarante.
- 2.5. Contacter la CLPQS en cas de contestation de la dépréciation.
- 2.6. Contacter la GIR pour avoir un suivi de la demande de réclamation.

## 3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – GIR (DQÉPÉ)

- 3.1. Recevoir les documents du service, du programme ou de l'unité déclarante.
- 3.2. Ouvrir un dossier de réclamation.
- 3.3. Valider les documents reçus du service, du programme ou de l'unité déclarante.

### **Si le service, le programme ou l'unité déclarante est tenu responsable de la perte ou du bris de l'effet personnel :**

- 3.4. Contacter l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal pour obtenir des documents supplémentaires.
- 3.5. Calculer le montant à rembourser après dépréciation.
- 3.6. Ouvrir un dossier de réclamation auprès de la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS) si le montant de la réclamation après la dépréciation est supérieur à 2 500.00 \$.
- 3.7. Informer par courriel le chef de service, du programme ou de l'unité du montant à rembourser ou de la franchise de l'assureur (DARSSS).
- 3.8. Préparer et envoyer le *reçu de quittance et transaction* (Annexe 4) à l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal.
- 3.9. Recevoir le *reçu de quittance et transaction* (Annexe 4) signé par l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal. Dans le cas où la famille ou le représentant légal signe la quittance, joindre si possible une procuration. À noter que le chèque sera fait au nom de l'utilisateur.
- 3.10. Préparer et envoyer le *formulaire demande de chèque sans bon de commande* (Annexe 5) au chef de service de la GIR pour approbation.
- 3.11. Envoyer le *formulaire demande de chèque sans bon de commande* (Annexe 5) signé et les pièces justificatives par courriel au service des finances.

- 3.12. Recevoir le chèque en provenance du service des finances.
- 3.13. Envoyer le chèque par la poste à l'utilisateur, à sa famille ou à son représentant légal.

**Si le service, le programme ou l'unité déclarante n'est pas tenu responsable de la perte ou du bris de l'effet personnel :**

- 3.14. Une lettre de refus de remboursement annonçant la non-responsabilité de l'établissement sera envoyée par la GIR à l'utilisateur, à sa famille ou à son représentant légal.
- 3.15. Référer l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal à la CLPQS, s'il y a contestation suite à l'annonce de la non responsabilité.

#### **4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – CLPQS**

- 4.1. Recevoir la plainte de l'utilisateur, de sa famille ou de son représentant légal.
- 4.2. Contacter les personnes concernées à l'interne par la plainte (unité de soins et service).
- 4.3. Vérifier la conformité du processus de gestion des petites réclamations.
- 4.4. Émettre une ou des recommandations face à la plainte.

#### **5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SERVICE DES COMPTES À PAYER – DRF**

- 5.1. Recevoir la demande d'émission de chèque en provenance de la GIR.
- 5.2. Vérifier la conformité de la demande d'émission de chèque avec l'aide de pièces justificatives (facture, formulaire de réclamation, rapport incident-accident).
- 5.3. Produire le chèque de remboursement au nom du destinataire.
- 5.4. Transmettre le chèque à la GIR par courrier interne.

#### **6. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE**

##### **6.1. Service de la gestion intégrée des risques et sécurité de l'information**

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la procédure.

##### **6.2. Calendrier de révision de la procédure**

La présente procédure devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

## **7. ENTRÉE EN VIGUEUR**

La présente procédure entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

## **8. ANNEXES**

**Annexe 1** : Formulaire de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels

**Annexe 2** : Enquête et analyse d'une réclamation pour bris ou perte d'effets personnels

**Annexe 3** : Documents requis pour une réclamation de bris ou perte d'effets personnels

**Annexe 4** : Reçu quittance et transaction

**Annexe 5** : Demande de chèque sans bon de commande

**Annexe 6** : Processus de gestion des réclamations pour la perte/bris des effets personnels des usagers

## ANNEXE 1

### FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS À compléter et remettre au chef d'unité ou de service

Cochez le statut de l'auteur de la demande :  Usager  Représentant  Autre (précisez)

Nom de l'installation :

Lieu de l'évènement :  Unité :  Chambre :

**Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète**

#### A- IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse :	N° dossier médical:
Courriel :	Téléphone :

#### B- IDENTIFICATION DU REPRESENTANT DE L'USAGER SI NECESSAIRE

Statut du représentant de l'utilisateur :

Titulaire de l'autorité parentale  Tuteur ou curateur  Mandataire  Proche : (précisez)

Nom et prénom :	Téléphone :
Adresse :	Courriel :

#### C- IDENTIFICATION DU BIEN

Domage aux biens :  Bris  Perte  Autre (précisez)

Prothèse dentaire :  haut  bas  partielle  complète

Prothèse auditive :  gauche  droite  complète

Prothèse visuelle :  lunettes Description :

Autres biens : (précisez)

Nombre d'années d'utilisation :

Valeur à l'achat : \$	<input type="checkbox"/> pièce(s) jointe(s) (fournir la facture initiale)
Coût estimé de remplacement ou de réparation : \$	<input type="checkbox"/> pièce(s) jointe(s) (fournir un justificatif)

## ANNEXE 1 (suite)

### D- MOTIF ET OBJET DE LA RECLAMATION (description des faits)

Description des faits:

Ce formulaire de réclamation doit être remis au :

Chef de service, de programme ou de l'unité de soins

Joindre à votre réclamation le ou les documents suivants :

Facture initiale du bien réclamé et/ou  Estimé du coût de remplacement

Signature de l'auteur de la demande :

Date :

### REMARQUE

- ✚ **Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète.**
- ✚ Toute demande de réclamation fera l'objet d'une enquête.
- ✚ Veuillez acheminer votre réclamation dans les meilleurs délais.

## ANNEXE 2

### ENQUÊTE ET ANALYSE D'UNE RÉCLAMATION POUR BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS

Nom complet usager :

N° de dossier :

Tél. de l'usager :

Date de l'événement :

Nom gestionnaire:

Tél. gestionnaire:

Installation :

Unité / Service / Chambre :

Endroit de la perte :  Lors d'un transfert  Chambre  Autre (précisez)

Bris ou perte constaté par :  Patient  Famille  Personnel  Autre

N° Formulaire AH-223 :

Formulaire « Effets personnels de l'usager » a-t-il été complété à l'admission ?  Oui  Non

**Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète**

#### A- CONDITION DE L'USAGER LE JOUR DE L'ÉVÉNEMENT

Déficit cognitif  OUI  NON Si oui, précisez :

Orientation dans le temps  OUI  NON Mange sans aide  OUI  NON

Orientation dans l'espace  OUI  NON Se déplace seul  OUI  NON

Orientation à la personne  OUI  NON

Médication pouvant affecter ses fonctions cognitives  OUI  NON Si oui, laquelle :

Autre :

La condition de l'usager le jour de l'événement lui permettait de s'occuper de ses effets personnels :  
 OUI  NON Pourquoi ?

#### B- IDENTIFICATION DE L'EFFET PERSONNEL

Dommages aux biens :  Bris  Perte  Autre (précisez)

Prothèse dentaire :  Haut  Bas  Partielle  Complète

Prothèse auditive :  Gauche  Droite  Complète

Autre bien : (précisez)

Durée d'utilisation ou d'usure :

Valeur à l'achat : \$  pièce(s) jointe(s) (fournir la facture initiale)

Coût estimé de remplacement ou de réparation : \$  pièce(s) jointe(s) (fournir un justificatif)

## ANNEXE 2 (suite)

### C- BRIS OU PERTE SUITE À UN TRANSFERT

Oui (répondre aux questions suivantes)

Non (aller directement à la section D.)

Patient transféré de l'unité : Unité / service, étage, chambre

vers l'unité : Unité / service, étage, chambre

1. Qui s'est occupé d'emballer les effets personnels de l'utilisateur pour le transfert?
2. À quel moment de la journée l'utilisateur a-t-il été transféré?
3. Qui s'est occupé du transfert de l'utilisateur?
4. Qui s'est occupé du transfert de ses effets personnels?
5. Où les effets personnels ont-ils été rangés, pour le transfert?
6. Le personnel confirme-t-il que les effets personnels possédés par l'utilisateur correspondaient à ce qui est réclamé?  Oui  Non

Commentaire :

→ Compléter la section D. relative aux recherches entreprises et résultats.

### D- PERTE D'EFFET PERSONNEL AUTRES QUE DES PROTHÈSES: DÉTAILS DES CIRCONSTANCES

1. La liste des effets personnels mentionne-t-elle les effets réclamés?  Oui  Non
2. Le personnel présent lors de l'hospitalisation se souvient-il des effets personnels réclamés?  Oui  Non
3. Qui a retiré les effets personnels de l'utilisateur?
4. Qu'a-t-on fait avec les effets personnels de l'utilisateur une fois qu'ils ont été retirés?
5. L'utilisateur a-t-il reçu la visite de ses proches entre son arrivée et la découverte de la perte?  Oui  Non
6. Les proches se sont-ils informés des effets personnels de l'utilisateur?  Oui  Non
7. Qui a découvert la disparition des effets personnels de l'utilisateur?
8. Quand a-t-on découvert la disparition des effets personnels de l'utilisateur?
9. De quelle façon cette découverte s'est-elle faite?
10. De quelle façon explique-t-on la perte des effets personnels de l'utilisateur? Quelle est l'hypothèse la plus plausible?



## ANNEXE 2 (suite)

### E- PERTE DE PROTHÈSES : DETAILS DES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÈNEMENT

1. L'utilisateur s'occupait-il lui-même de l'hygiène et de l'entretien de ses prothèses?
2. Qui s'occupait de mettre et de retirer les prothèses, l'utilisateur ou le personnel?
3. Que dit le plan de soins à cet effet?
4. L'utilisateur avait-il un contenant pour ranger ses prothèses?  Oui  Non Ce contenant était-il identifié à son nom?  Oui  Non
5. Est-ce qu'une tablette ou une table de chevet était disponible et à la portée de l'utilisateur, pour qu'il y range ses prothèses?  Oui  Non
6. Est-ce que l'utilisateur faisait de l'errance?
7. L'utilisateur avait-il pour habitude de retirer ses prothèses, de les envelopper dans du papier mouchoir ou serviette, ou de les laisser sur son lit? Si oui, cette habitude était-elle connue du personnel?
8. Quand a-t-on vu les prothèses pour la dernière fois? Par qui?
9. Qui a découvert la perte des prothèses?
10. Dans quelles circonstances cette découverte s'est-elle faite? Comment a-t-on découvert que les prothèses étaient perdues?
  
11. Les prothèses ont été perdues de quelle façon? (Si on ne connaît pas les circonstances exactes, quelle est l'hypothèse la plus plausible?)  
Comment explique-t-on la situation?
  
12. Le contenant a-t-il été perdu également?  Oui  Non
13. Est-ce que la perte a été constatée lors du retour d'un examen?  Oui  Non (aller à la question 18)
14. Lorsque l'utilisateur a quitté pour son examen, portait-il ses prothèses?  Oui  Non
15. Que fait-on habituellement avec les prothèses, lorsqu'un utilisateur se présente pour un examen tel que celui subit par l'utilisateur?
  
16. Le personnel de la salle d'examen se souvient-il de l'utilisateur?  Oui  Non
17. Se souvient-on s'il avait ses prothèses et si oui, ce qu'on en a fait?
18. L'utilisateur est-il décédé entre le moment de la perte et aujourd'hui?  Oui  Non  Ne sais pas  
Si oui, les prothèses avaient-elles été remplacées avant son décès?  Oui  Non  Ne sais pas

## ANNEXE 2 (suite)

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal  
Québec

### F- RECHERCHES ENTREPRISES POUR RETROUVER LES EFFETS PERSONNELS ET RESULTATS

### G- RECOMMANDATION DU CHEF DE SERVICE OU D'UNITÉ

Selon votre analyse, la responsabilité est imputable à l'établissement :  OUI  NON

Pourquoi ?

Numéro du centre de coût en cas de responsabilité :

Nom et prénom	Unité / Service	Téléphone et poste
Signature	Date	

### H- COMPLEMENT D'INFORMATION

Documents à joindre avec le formulaire d'enquête et d'analyse d'une réclamation :

<input type="checkbox"/> Formulaire de déclaration AH-223	<input type="checkbox"/> Copie du formulaire «Effets personnel de l'utilisateur»
<input type="checkbox"/> Formulaire de réclamation dûment complété	
<input type="checkbox"/> Facture de l'achat initial du bien réclamé	et/ou <input type="checkbox"/> Estimé écrit du coût de remplacement

### REMARQUE

**Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète.**

Ce formulaire d'enquête et d'analyse doit être complété le jour même du constat de l'événement.

Ce formulaire doit être envoyé dans les meilleurs délais au service de la gestion intégrée des risques.

*Service de la gestion des risques et sécurité de l'information*

@ : [gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique Page 4 sur 4 juin-2020

## ANNEXE 3

### DOCUMENTS REQUIS POUR UNE RÉCLAMATION DE BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS *À compléter par le chef d'unité ou de service*

**Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète**

#### A- IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'utilisateur :

Nom du gestionnaire :

N° AH-223 :

Objet perdu/brisé :

Durée d'utilisation de l'objet perdu/brisé :      mois

#### B- DOCUMENTS REQUIS POUR LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

- Formulaire de déclaration d'incident/accident AH-223
- Formulaire de réclamation de bris ou perte d'effets personnels dûment complété
- Formulaire d'enquête et analyse d'une réclamation pour bris ou perte d'effets personnels
- Copie du formulaire « Effets personnels de l'utilisateur » (au besoin)
- Tout autre document pertinent

#### C- REMARQUE

✚ **Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète.**

✚ Tous les documents doivent être acheminés dans les meilleurs délais au service de la gestion intégrée des risques et sécurité de l'information.

Service de la gestion intégrée des risques et sécurité de l'information

@ : [gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

## ANNEXE 4

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec

### QUITTANCE ET TRANSACTION

Entre :

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**, établissement de santé et de services sociaux légalement constitué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)*, ayant son siège au 5415, boul. de l'Assomption, Montréal (Québec) H1T 2M4

(Ci-après le « **CIUSSS-EMTL** »)

**PRÉNOM, NOM de l'utilisateur/du représentant**

\_\_\_\_\_

**Adresse**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ci-après la « **partie réclamante** »)

(Ci-après les « **Parties** »)

La partie réclamante reconnaît avoir accepté ce jour du CIUSSS EMTL, la somme de \_\_\_\_\_ \$, en capital, intérêts et frais, à titre de paiement complet, final et définitif de toutes réclamations et droits d'action que ladite partie réclamante peut, ou a pu avoir, contre le CIUSSS EMTL, et ce, en raison des événements faisant l'objet du *Formulaire de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels* transmis le \_\_\_\_\_, par \_\_\_\_\_, (ci-après le « **Formulaire de réclamation** »);

En considération de ce paiement, ladite partie réclamante donne au CIUSSS EMTL quittance complète, générale et finale de tous ses droits et recours, réclamation, cause d'action de toutes sortes, qu'elle peut avoir ou qu'elle a pu avoir contre le CIUSSS EMTL, ses représentants, ses administrateurs, ses dirigeants, ses employés et préposés, en lien avec les événements faisant l'objet du Formulaire de réclamation. En conséquence, la partie réclamante cède tous ses droits et recours au CIUSSS EMTL;

La partie réclamante assume tous les risques d'aggravation des dommages subis, ainsi que la découverte et/ou survenance des nouveaux dommages inconnus jusqu'à présent en lien avec les effets personnels faisant l'objet du Formulaire de réclamation;

## ANNEXE 4 (Suite)

Telle *Quittance et transaction* est conditionnelle à ce que les termes et conditions des présentes demeurent confidentiels et ne soient pas publicisés de quelque façon que ce soit par l'une ou l'autre des Parties à l'entente, le tout sous peine d'annulation du présent règlement;

La présente *Quittance et transaction* lie les Parties ainsi que leurs représentants, successeurs et ayants droits et est interprétée suivant les lois et règlements en vigueur dans la province de Québec;

Les Parties reconnaissent que la présente *Quittance et transaction*, une fois signée, constitue une transaction au sens des article 2831 et suivants du *Code civil du Québec*;

La partie réclamante reconnaît que la présente *Quittance et transaction* ne constitue pas une admission de responsabilité de la part du CIUSSS EMTL, mais a été fait sans préjudice;

Les Parties reconnaissent qu'elles ont lu et compris les termes, modalités et conditions de la présente *Quittance et transaction*, qu'elles sont d'accord avec le contenu de celle-ci et s'en déclarent satisfaites.


Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Partie réclamante

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Représentant du CIUSSS EMTL

# ANNEXE 5



**Québec**

## Demande de chèque sans bon de commande

**Requérant:**  
 Nom: Service de la gestion des risques et de la sécurité de l'information

Installation: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ # Téléphone: 514-524-3544 # 25333

**Imputation:**  
 Numéro centre de coûts ou ordre: \_\_\_\_\_ Nom centre de coûts ou ordre: \_\_\_\_\_

Émettre le chèque à l'ordre du fournisseur (lettres carrées):

Payable à : \_\_\_\_\_  
 À l'attention de : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (si nécessaire): \_\_\_\_\_

Retourner une copie de chèque à l'endroit suivant:

Service de la gestion des risques et de l'information  
 CLSC de Rosemont 4e étage  
 2909 rue Rachel Est, Montréal (Québec) H1W 0A9

Type	Description dans LOGIBEC - GRM	Montant
<b>Total</b>		<b>0,00</b>

Originaux des pièces justificatives obligatoires

\_\_\_\_\_  
Signature du supérieur

Nom du supérieur (lettres carrées)

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

À L'USAGE DE LA COMPTABILITÉ SEULEMENT							
Centre de coûts ou ordre	Compte/ Nature	Montant avant taxes	TPS	TVQ	Total	Quant.	Unité

Processus de gestion des réclamations pour la perte/bris des effets personnel des usagers

Statut: projet || Dernière mise à jour: 2022-11-30 || Responsable: Dominique Gélinas || Correction: Mythca Thermidor

