

PAR COURRIEL
CONFIDENTIEL

Le 3 août 2023

Monsieur Daniel Lepage
daniel.lepage@uqtr.ca

N/réf. : 2022-00236 Plainte

Objet : Rapport d'analyse de votre plainte

Monsieur Lepage,

Le 26 avril 2022, vous déposiez une plainte au Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) concernant les services en santé mentale du centre hospitalier Pavillon Sainte-Marie à Trois-Rivières. Par la présente, nous vous faisons parvenir les conclusions rendues suite à l'analyse de votre plainte.

Tout d'abord, veuillez excuser le délai à vous transmettre ces conclusions.

Je vous rappelle que la procédure d'examen des plaintes a pour but l'amélioration de la qualité des soins et des services. Soyez assuré que les différents éléments d'insatisfaction ont été examinés en respect de vos droits, en lien avec les politiques, règles et procédures du réseau de la santé et des services sociaux.

Les informations que vous nous avez transmises

Le 4 avril 2021 en fin d'après-midi, sachant qu'elle avait besoin d'aide, votre fille Audrey-Ann s'est présentée à l'hôpital de Trois-Rivières. Quelques jours plus tard, le matin du 9 avril 2021 (entre 2h et 2h45 AM) à l'unité de psychiatrie, elle s'enlevait la vie en utilisant ■■■■■■■■ qu'on lui avait remise à son admission. Vous vous expliquez mal que dans un lieu que vous croyiez sécuritaire, votre fille puisse mettre fin à ses jours. Votre fille vivait une période difficile, elle était en pleine psychose. Cependant, vous croyez que si elle avait eu la surveillance, les soins appropriés et l'écoute nécessaire, le drame qui s'est produit aurait pu être évité.

Par cette plainte, vous souhaitez que la lumière soit faite sur cet événement. Vous souhaitez également que la plainte aura pour effet d'améliorer les soins aux patients et de mieux assurer leur sécurité.

Aussi, vous demeurez avec beaucoup de questions tel que mentionné dans votre plainte. Nous tenterons également d'y répondre.

Les informations recueillies

L'analyse de votre plainte a été effectuée avec la collaboration de plusieurs intervenants, entre autres :

- La cheffe actuelle des services spécialisés en santé mentale – zone centre;
- Le chef précédent des services spécialisés en santé mentale qui était en poste au moment des événements;
- La psychiatre au dossier;
- Une conseillère cadre en soins infirmiers – volet santé mentale;
- Une conseillère cadre à la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique;

Les documents suivants ont été consultés :

- Le dossier médical d'Audrey-Ann;
- Le rapport d'enquête du coroner Me Luc Malouin concernant le décès de Mme Ginette Poisson – 15 juin 2016;
- Le rapport d'enquête de la coroner Me Julie-Kim Godin concernant le décès d'Audrey-Ann;
- Le plan d'action élaboré suite au décès d'Audrey-Ann;
- Application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique;
- La Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Littérature pertinente;

La chronologie des événements

Urgence

Le dossier révèle que Mme Lepage arrive à l'urgence de Trois-Rivières le 4 avril 2021 vers 18h. Lorsque questionnée sur ses idées suicidaires, elle mentionne plusieurs plans précis mais hésite en disant qu'il n'y a pas de danger de passage à l'acte à l'hôpital. Le 5 au matin, les notes au dossier témoignent qu'elle est calme, collabore et que son affect est mobilisable. L'infirmière ajoute que son discours est adéquat, cohérent. Mme Lepage verbalise avoir toujours des idées suicidaires et aimerait être hospitalisée. Elle est admise au 3D après avoir été vue par le psychiatre.

On peut affirmer que Mme Lepage n'a pas nier ses idées suicidaires, du moins à l'urgence, et qu'elle s'est présentée à l'hôpital pour avoir de l'aide, affirmant même qu'elle aimerait être hospitalisée et qu'il n'y avait pas de danger de passage à l'acte à l'hôpital.

Unité de psychiatrie

Dès son admission en psychiatrie, Mme Lepage a été mise à un niveau de risque «rouge» sur la grille d'évaluation de la personne à risque suicidaire. Le psychiatre a indiqué «garde préventive si décide de quitter». On comprend que le risque de passage à l'acte est estimé élevé.

À l'arrivée au département de psychiatrie, une fouille des effets personnels est effectuée et les effets sont gardés au poste. Dans ses effets, il y a des feuilles. Mme Lepage mentionne qu'elle a préparé un plaidoyer qu'elle a résumé sur des feuilles qu'elle a apportées avec elle à l'hôpital. Elle demande ses feuilles pour les retravailler.

Elle insiste à plusieurs reprises pour aller fumer. L'infirmière lui explique qu'en étant «code rouge», elle ne peut pas. Elle a la possibilité de timbre ou de gomme de nicotine.

En milieu d'après-midi, l'infirmière s'informe auprès du psychiatre qui est présent sur l'unité et celui-ci autorise Mme Lepage à sortir fumer à l'extérieur avec le groupe et l'agent d'intervention. Mme Lepage devient «code jaune» à la demande du psychiatre.

En fin de journée, elle demande son cellulaire, ensuite son ordinateur portable pour faire des travaux d'université. Tout va bien jusqu'à ce qu'elle insiste pour avoir ses stylos personnels qui lui sont refusés. Désire alors quitter. Elle émet des idées délirantes. L'infirmière prend le temps de l'écouter et la questionne sur le risque suicidaire à quelques reprises entre 17h et 21h30. Elles ont de longues discussions. Mme Lepage remercie l'infirmière pour son écoute et lui mentionne de nouveau qu'elle n'est pas suicidaire et qu'elle n'a pas à s'inquiéter. L'infirmière effectue une tournée des effets dangereux.

Dans la nuit du 6 avril, Mme Lepage présente de l'hyperactivité, est constamment au poste et très volubile. Veut donner son opinion sur le système de santé, veut aller dehors, se couche par terre. L'infirmière écrit dans ses notes qu'elle écoute la patiente calmement verbaliser ses émotions et Mme Lepage lui demande un ativan et finit par dormir.

Mme Lepage est évaluée par le psychiatre en présence de la travailleuse sociale. Le psychiatre conclut à un tableau de manie psychotique avec éléments mixtes. Elle estime qu'il n'y a pas d'élément de dangerosité. Réaffirme au dossier l'importance de la garde préventive si désire quitter. Elle envisage d'aller en ordonnance de traitement si nécessaire vu l'absence d'autocritique et le délire centré sur les médicaments.

En fin de soirée du 6 avril, Mme Lepage démontre de l'agitation, dérange les autres, entre dans les autres locaux et refuse d'aller à sa chambre. Elle est dirigée vers la salle d'isolement. Il est noté au dossier une surveillance aux 15 minutes pour la première heure et aux 30 minutes par la suite tel que prescrit. L'isolement prend fin le lendemain 7 avril à 14h30 mais la surveillance demeure aux 30 minutes. Elle est revue par le psychiatre et la travailleuse sociale.

En soirée, Mme Lepage démontre de la fatigue et de l'anxiété mais ne sait pas pourquoi. Affirme ne pas avoir d'idées suicidaires. Se dit satisfaite de la médication qui semble faire effet. Semble dormir aux tournées.

Le 8 avril, Mme Lepage va à la douche, elle est calme et collabore. Le psychiatre la rencontre seule longuement en matinée. Elle estime qu'il n'y a pas de dangerosité immédiate. Mme Lepage accepte la médication. Elle pleure par moments et nomme avoir peur pour sa famille. La surveillance demeure aux 30 minutes.

En milieu d'après-midi, la technicienne en éducation spécialisée l'accompagne pour une pause extérieure. Mme Lepage marche d'un pas rapide, parle fort aux gens en attente à l'entrée principale, son discours est délirant concernant la médication et les soins psychiatriques. Un gardien de sécurité est demandé pour la reconduire sur l'unité. Arrivée à l'unité, Mme Lepage démontre de l'agressivité et tente d'étouffer un infirmier, ce qui la mène en salle d'isolement. Pendant ce retrait, qui se terminera à 19h30, Mme Lepage présente tantôt un discours désorganisé, impoli et de méfiance, tantôt des sanglots et de la tristesse.

À son retour en chambre, elle est calme et collabore mais demeure délirante. Le psychiatre n'a pas été rejointe pour lui mentionner l'évolution de la condition de Mme. À 23h, il est observé qu'elle dort.

Le passage à l'acte

Selon les notes au dossier, une tournée aurait été effectuée aux 30 minutes. À 2h du matin, un agent d'intervention ainsi qu'un agent en formation ont vu Mme Lepage au lit. La tournée suivante aurait été réalisée à 2h43 par l'infirmière en l'absence de l'agent d'intervention qui était en pause. L'infirmière indique que Mme Lepage n'était pas au lit mais retrouvée [REDACTED]

[REDACTED] Un code bleu est lancé mais sans succès de réanimation.

[REDACTED] Mme Lepage a donc été en mesure de former [REDACTED]

[REDACTED] Ces deux éléments sont très questionnant.

L'analyse en regard des droits de l'utilisateur et de la qualité des services attendue

La loi sur les services de santé et les services sociaux précise, à l'article 5, que « *Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.* »

Est-ce que Mme Lepage a reçu la surveillance, les soins appropriés et l'écoute nécessaire lors de son hospitalisation ?

Tout d'abord, j'aimerais vous rappeler que cet événement malheureux a permis de mettre en lumière des faiblesses et des lacunes. Il aura aussi permis de mobiliser la direction concernée pour revoir les pratiques cliniques, les procédures et protocoles et l'offre de soutien et de développement des connaissances pour les employés.

Soyez assuré que la situation a été prise au sérieux.

Comme mentionné lors de nos discussions téléphoniques, un plan d'action a été élaboré par l'équipe santé mentale suite au décès de Mme Lepage. Beaucoup d'objectifs ont été réalisés. Je vais revenir sur certains éléments qui m'amènent à émettre des recommandations.

Surveillance

On comprend que Mme a eu différentes modalités de surveillance durant son hospitalisation tout dépendamment si elle était en salle de retrait ou non. La fréquence a pu varier de la sorte : 1x/15 min, 1x/30 min, 1x/ 1hre. On peut facilement vérifier le nombre de visites lorsque Mme Lepage était en salle de retrait. Un document spécifique doit être complété indiquant la date et l'heure ainsi que les observations faites. Par contre, lorsqu'elle était en chambre régulière, l'heure de la visite n'est pas nécessairement notée. Bien que les notes au dossier indiquent que la surveillance est faite aux 30 minutes pour les 7 et 8 avril, je n'ai pas été en mesure de le prouver. Sur un quart de travail de 8 heures, on peut retrouver une seule note qui fait office de note pour tout le quart de travail. On peut lire : « surveillance faite aux 30 minutes » mais aucun détail. Selon le coroner Me Luc Malouin, « un délai de 30 minutes n'est pas déraisonnable ». À mon avis, lorsqu'on prend la peine d'instaurer une surveillance aux 30 minutes, c'est qu'il y a un risque présent. Le psychiatre devrait être en mesure de constater l'évolution de la patiente entre ses 2 visites. Pour cela, les notes doivent être davantage documentées. On devrait retrouver minimalement une note chaque 30 minutes. **Une recommandation est formulée (R1).**

Considérant que Mme Lepage a été vue semblant dormir entre 23h et 2h, aucun indice ne permettait de prévoir que le risque suicidaire était imminent.

Soins – évaluation du risque suicidaire

La psychiatre au dossier a vu Mme Lepage chaque jour (6-7-8 avril) et a évalué son risque suicidaire qui était absent. L'équipe a également évalué le risque suicidaire régulièrement mais sans utiliser la grille d'évaluation du risque suicidaire. L'information était notée au dossier dans les notes d'évolution. En examinant la plainte, j'ai dû faire l'exercice de lire le dossier médical. On peut constater tous les échanges entre le personnel et Mme Lepage. On peut constater les échanges sur le risque suicidaire. Mais, c'est un exercice qui demeure laborieux. La bonne pratique est d'utiliser la grille prévue à cet effet. En un coup d'œil, on peut connaître le degré de dangerosité et d'adapter son intervention en conséquence. On est assuré de faire une évaluation objective en regard des mêmes éléments à chaque fois ce qui permet de voir l'évolution. Considérant que la grille était disponible et recommandée par les bonnes pratiques, **Une recommandation est formulée (R2).**

Autre mesure corrective : le chef de l'unité 3D me confirme que depuis le décès de Mme Lepage, une tournée de formation d'évaluation du risque suicidaire a été effectuée pour les employés du 3D avec l'ajout de la spécificité d'évaluer le risque suicidaire chez une personne qui nie avoir des idées suicidaires. Un atelier a été déployé et réalisé sur l'unité afin de bonifier les notes au dossier dans le cadre de l'évaluation de la condition mentale. Enfin, la grille avait déjà été révisée afin d'inclure d'autres éléments pertinents dont les antécédents familiaux de suicide.

Écoute

Concernant la qualité de l'écoute de la part du personnel, c'est difficile de se prononcer. Mme Lepage semble avoir apprécié l'écoute de certaines infirmières tel qu'on peut le lire dans le dossier. En même temps, lorsqu'elle nomme avoir peur pour sa famille, personne ne semble l'avoir questionnée à ce sujet. Une formation appropriée en prévention du suicide est primordiale pour être en mesure d'apporter le support nécessaire. Bien qu'une tournée de formation d'évaluation du risque suicidaire ait été effectuée, considérant la pénurie et le mouvement du personnel, **une recommandation est formulée (R3).**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Dans le cas de Mme Lepage, [REDACTED]
[REDACTED] On peut quand même se questionner sur l'utilisation [REDACTED]
[REDACTED] pour une personne qui se présente avec des idées suicidaires. Je n'ai pas vu de

notes au dossier quant à une discussion ou une évaluation clinique qui aurait mené à décider du type [REDACTED] **Une recommandation est formulée (R4).**

La coroner assignée au dossier de Mme Lepage a formulé une recommandation de « revoir sans délai et en continu l'environnement, les outils et l'équipement à la disposition des patients des unités de psychiatrie afin qu'un patient ne puisse utiliser les éléments ou l'équipement de cette unité afin de mettre fin à ses jours. » Le plan d'action avait déjà identifié cet objectif à atteindre et avait déjà été mis en place. Je crois cependant nécessaire de rappeler [REDACTED] [REDACTED] On comprend que « les outils » peuvent être de plusieurs ordres. **Une recommandation est formulée (R5).**

Autre mesure corrective

Le chef m'a confirmé qu'en février 2022, elle a reçu [REDACTED].

Retrait en salle d'isolement

Le retrait en salle d'isolement est considéré comme une mesure de contrôle. Les 6 et 8 avril, Mme Lepage a été dirigée vers la salle d'isolement. La politique « Application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique » précise que dans un contexte non planifié (situation d'urgence), le médecin traitant doit être avisé selon les modalités en vigueur dans le secteur. Pour les 6 et 8 avril, rien n'indique que le médecin a été avisé. Pour le 8 avril, la psychiatre confirme qu'elle n'a pas été avisée. La politique mentionne l'importance de réévaluer l'utilisateur avant de cesser la mesure de contrôle. Dans le cas de Mme Lepage, cela n'a pas été fait. **Une recommandation est formulée (R6).**

Réponses à vos questions

Information transmise au nouveau psychiatre : elle a participé aux réunions de la clinique PEP pendant le mois précédent le départ de la psychiatre au dossier. Elle connaissait le dossier de Mme Lepage. Elle a pris le temps de relire tout le dossier et discuter avec l'intervenante-pivot au dossier.

Le risque suicidaire : selon les évaluations médicales, le risque suicidaire n'était pas actif chez Mme Lepage. La surveillance a été appliquée selon la situation.

Les antécédents : la question d'antécédents familiaux ou relationnels en lien avec le suicide a été ajoutée à la grille d'évaluation. Les notes médicales faisaient mention des suicides familiaux mais comme la grille n'a pas été utilisée, cette information était plus difficile à retrouver.

La médication : Mme Lepage a commencé à accepter sa médication le 7 avril (Zyprexa 5mg TID et PRN ; Seroquel 50 TID mais pris BID le 7 et 8 avril).

Les feuilles et dessins : Elle a nommé à l'infirmière qui l'avait en charge ce soir-là (5 avril) « *devoir s'abaisser à faire des dessins au docteur pour se faire comprendre* ». L'infirmière lui a nommé que selon ses dessins, elle disait avoir besoin de parler du suicide (elle avait remis les feuilles à l'infirmière en soirée). Mme Lepage a argumenté sur le fait que le suicide était un problème de société, raison pour laquelle elle avait besoin d'en parler. Que les feuilles aient été déposées au dossier ou gardées à la chambre, les notes de l'infirmière étaient disponibles au dossier et traduisaient bien le contenu des feuilles.

L'épisode de désorganisation du 8 avril : voici la réponse de la psychiatre : « *Le 8 avril, j'ai évalué la patiente dans l'avant-midi. Ce fut une entrevue cordiale entre moi et la patiente, qui a duré environ 30 minutes. Durant cette rencontre, l'affect n'était pas hostile ni*

irritable. Le ton n'était pas non plus agressif. Elle me parlait de ses projets d'aller rejoindre son ami dans le nord du Canada, de ses préoccupations concernant sa soif de justice et de ses ambitions philanthropiques. Mon lien thérapeutique s'établissait progressivement avec elle. Concernant le risque suicidaire, il s'agit d'un sujet qui a été discuté à chaque rencontre avec la patiente. Durant son hospitalisation, elle a maintes fois répété qu'elle ne voulait pas se suicider, y compris le jour du 8 avril. Comme elle ne refusait pas de poursuivre l'hospitalisation, je n'ai pas eu à aborder les enjeux de garde en établissement. Si elle avait mentionné le désir de quitter contre avis médical, j'aurais évidemment pris en considération les facteurs de risque nommés par le père et j'aurais débuté une demande de garde en établissement. Dans le but d'établir un lien thérapeutique, j'ai prescrit des sorties courtes accompagnées par le personnel dans l'hôpital et sur le terrain de l'hôpital. Je n'ai jamais prescrit de sorties sans surveillance du personnel.

Le 8 avril, la patiente s'est désorganisée dans l'après-midi alors que ma rencontre avec elle a eu lieu en avant-midi. Je n'ai pas été informée de l'épisode d'agitation et de désorganisation qui a eu lieu en après-midi. Je suis disponible jusqu'à 17h à tous les jours ouvrables et le personnel peut me rejoindre facilement (téléavertisseur, appel en clinique externe)».

Scène nettoyée et [REDACTED] : l'appel au coroner a été placé par le médecin qui a constaté le décès. L'infirmière écrit clairement au dossier que le coroner demande de ne pas toucher la chambre pour enquête mais autorise le personnel à laver la patiente en prévision d'une visite de la famille. Mme Lepage a été déplacée de chambre et un gardien de sécurité a été attiré à la surveillance du corps. Vers 4h, le psychiatre de garde arrive sur l'unité. Le chef d'unité arrive vers 5h. Les policiers arrivent vers 11h20. Selon la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, les policiers sont mandatés à la demande du coroner.

L'explication du nettoyage témoigne de l'inexpérience du personnel sur place et de la mauvaise communication entre les membres de l'équipe soignante.

Recommandations formulées par la commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

R1

Considérant la prescription de surveillance aux 30 minutes; considérant l'instabilité de Mme Lepage; considérant le risque suicidaire

- **S'assurer que le personnel soignant documente suffisamment ses notes au dossier pour améliorer la continuité dans les soins**

R2

Considérant que le risque suicidaire a été évalué et noté dans les notes d'évolution des infirmières; considérant l'existence d'une grille d'évaluation du risque suicidaire qui permet de faire une évaluation objective en regard des mêmes éléments à chaque fois ce qui permet de voir l'évolution de la personne; considérant que la grille est disponible et recommandée par les bonnes pratiques

- **S'assurer que le personnel soignant utilise la grille d'évaluation du risque suicidaire et auditer un échantillonnage significatif.**

R3

Considérant qu'une formation appropriée en prévention du suicide est primordiale pour être en mesure d'apporter le support nécessaire à l'utilisateur; considérant qu'une tournée de formation d'évaluation du risque suicidaire a été effectuée mais considérant la pénurie et le mouvement du personnel

- **S'assurer que chacun des intervenants amenés à travailler en psychiatrie possède une formation minimale pour être en mesure d'intervenir adéquatement incluant en prévention du suicide.**

R4

Considérant que Mme Lepage a été admise pour idées suicidaires; que [REDACTED] a été utilisée par Mme Lepage pour mettre fin à ses jours; qu'il existe d'autres types [REDACTED] limitant la possibilité de s'en servir pour compléter un suicide;

- **Effectuer une évaluation clinique afin de déterminer quel type [REDACTED] remettre à l'utilisateur à son arrivée sur le département; réévaluer au besoin**
- **Revoir [REDACTED] à utiliser (peut-elle être fabriquée [REDACTED] [REDACTED] en collaboration avec des usagers-ressources en santé mentale.**

R5

Considérant que l'environnement, les outils, l'équipement et les lieux physiques peuvent devenir des instruments permettant à l'utilisateur de mettre fin à ses jours; considérant que Mme Lepage s'est retrouvée avec un [REDACTED] apportée par un proche;

- **S'assurer que les effets personnels apportés par les proches soient rigoureusement inspectés avant de les remettre à l'utilisateur.**

R6

Considérant la politique « *Application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique* »; que dans un contexte non planifié (situation d'urgence), le médecin traitant doit être avisé selon les modalités en vigueur dans le secteur; que la psychiatre affirme ne pas avoir été avisée de l'épisode de désorganisation de Mme Lepage menant à la salle d'isolement pour la journée du 8 avril;

- **Revoir avec le personnel soignant les modalités d'application de la politique « Application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique ».**

Nous demandons à la direction santé mentale adulte et dépendances de nous faire un suivi des 6 recommandations en nous indiquant les moyens qui seront choisis pour leurs réalisations.

Monsieur Lepage, conscients que ces conclusions peuvent ne pas vous donner entière satisfaction, nous espérons tout de même que les démarches que nous avons effectuées sauront vous démontrer l'importance que nous accordons aux aspects que vous nous avez soumis. Nous tenons à vous témoigner une fois de plus toutes nos sympathies à vous et votre famille.

Pour votre information, sachez que si vous souhaitez contester les conclusions de la commissaire, la Loi sur les services de santé et les services sociaux vous accorde un droit de recours que vous pouvez exercer dans un délai prescrit de deux ans, en vous adressant au :

 **PROTECTEUR DU CITOYEN**


Bureau de Québec
800, place D'Youville, 19^e étage
Québec (Québec) G1R 3P4



Bureau de Montréal
1080, Côte du Beaver Hall, 10^e étage, bureau 1000
Montréal (Québec) H2Z 1S8


 Téléphone local : 418 643-2688
Téléphone sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur sans frais : 1 866 902-7130

 Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca

Pour exercer votre recours, nous vous informons que vous pouvez être assisté par une personne de votre choix ou par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la région Mauricie et Centre-du-Québec que vous pouvez joindre au :

 **CAAP – Mauricie/Centre-du-Québec**
1060, rue Saint-François-Xavier, local 330
Trois-Rivières (Québec) G9A 1R8

 Téléphone : 819 840-0451
 Téléphone sans frais (pour toutes les régions) : 1-877 767-2227

 Télécopieur : 819 840-0454

N'hésitez pas à nous contacter si vous désirez obtenir des explications sur le contenu de la présente. Pour ce faire, vous pouvez nous joindre en composant le 819-233-2111, poste 18302 ou le numéro sans frais suivant : 1-888 693-3606.

Nous vous remercions de votre confiance et de votre contribution au régime d'examen des plaintes en vue de l'amélioration de la qualité des services. Nous vous prions de recevoir, Monsieur Lepage, nos salutations distinguées.



Suzanne Lévesque

Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS MCQ

SL/cg