

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL 2017-2018

**Commissaire aux plaintes
des personnes assurées**



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Édition

Direction des communications

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL

2017-2018

**Commissaire aux plaintes
des personnes assurées**

TABLE DES MATIÈRES

Mot du commissaire aux plaintes des personnes assurées	5
Historique du mandat du Commissaire	6
Processus de traitement des plaintes	7
Classification des dossiers	8
Classification selon le type de dossier	8
Classification selon le sujet	8
Nouvelle classification des dossiers à des fins d'amélioration continue	9
Principaux processus opérationnels associés à la vice-présidence ou à la direction générale qui en est responsable	9
Sujets des plaintes et principales causes d'insatisfaction qui y sont associées	10
Décision du Commissaire quant au caractère fondé ou non des plaintes	11
Portrait global de l'activité	12
Gestion des activités du Commissaire et respect des engagements publics en matière de qualité des services	13
Portrait global des plaintes	14
Portrait global des demandes d'assistance	18
Portrait détaillé des dossiers par vice-présidence ou direction générale qui en est responsable	20
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées	20
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières	23
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	25
Portrait des améliorations apportées par les secteurs opérationnels à la suite du traitement des plaintes	27
Portrait de la clientèle	29
Portrait de la réception des dénonciations	30
ANNEXE I	
Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées	31

Mot du commissaire aux plaintes des personnes assurées

C'est avec fierté que je vous présente le rapport des activités du Commissaire aux plaintes des personnes assurées pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018. Premier rapport depuis l'adoption de la planification stratégique 2017-2021, il rend compte des mesures que nous avons mises en place afin de contribuer à l'amélioration de l'expérience client, premier enjeu de l'organisation pour les années à venir.

Le troisième objectif de la planification stratégique est de favoriser l'implication des clientèles dans l'amélioration de la prestation de services. La gestion des plaintes donne l'occasion de faire entendre la voix du client quant aux éléments qui nuisent à sa satisfaction et, ainsi, à l'expérience client. Des changements ont donc été apportés à nos façons de faire afin d'améliorer la manière dont ces insatisfactions sont colligées, comptabilisées et, surtout, partagées avec les unités opérationnelles et les autorités de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La classification a d'abord été revue pour offrir un portrait plus précis des sources d'insatisfaction et de leurs causes. L'information transmise aux secteurs opérationnels a également été bonifiée. Ces changements permettent aux gestionnaires de cibler plus aisément les améliorations ou les correctifs à apporter afin de réduire les irritants et d'améliorer la prestation de services.

Des changements ont également été apportés au processus de traitement des plaintes afin d'accroître la satisfaction des personnes qui recourent aux services du Commissaire. Entre autres, un service en ligne permettant aux citoyens de porter plainte ou de transmettre des documents a été mis en place. De plus, les efforts amorcés en 2016-2017 dans le but d'améliorer le suivi auprès des requérants et de réduire le délai de traitement des dossiers ont été maintenus. Ces efforts ont permis d'améliorer le taux de respect des engagements formulés dans la Déclaration de services aux citoyens de la Régie.

Tout cela ne serait cependant pas possible sans la collaboration exceptionnelle de tous les secteurs de l'organisation. Je suis en effet témoin au quotidien des efforts qui sont déployés, notamment par notre réseau de répondants et leurs gestionnaires, afin de trouver des solutions satisfaisantes pour la clientèle et d'améliorer la prestation de services. Je me dois enfin de remercier tout particulièrement Nataly Belleau, Roseline Marcouiller ainsi que Carole Collin. Au cours de l'année 2017-2018, celles-ci ont accueilli les citoyens, les ont écoutés et ont traité leur dossier avec diligence et professionnalisme, ce qui a permis de faire entendre leur voix!

Le commissaire aux plaintes des personnes assurées,



Charles St-Pierre

Historique du mandat du Commissaire

C'est par une résolution du conseil d'administration, adoptée le 12 décembre 1989, que la Régie a institué le Commissaire aux plaintes des personnes assurées. La Régie visait alors à représenter de façon indépendante les intérêts des citoyens relativement à son administration et à traiter leurs plaintes. À cette époque, toutes les plaintes étaient acheminées au Commissaire et traitées par lui. Ce n'est qu'en 2003, à la suite d'une démarche amorcée par le président-directeur général et les membres du comité de direction, que son rôle et ses responsabilités ont été réexaminés. Ainsi, une seconde résolution du conseil d'administration a été adoptée le 21 mai 2003 pour redéfinir son mandat. Elle précise que le traitement des plaintes n'est pas une responsabilité exclusive du Commissaire, mais bien une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'organisation, comme en fait foi sa Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées (voir l'annexe I). Cette directive a été élaborée en mai 2003, puis mise à jour en décembre 2015.

Outre le traitement des plaintes, le Commissaire a pour fonction de prêter assistance aux personnes qui le demandent lors de situations exceptionnelles ou particulières, ou encore de les diriger vers les entités administratives les plus susceptibles de les aider dans leurs démarches. Il est également mandaté pour recevoir des suggestions ou des commentaires de la part des citoyens relativement aux produits et aux services offerts par la Régie.

Processus de traitement des plaintes

Il faut d'abord préciser que les services rendus par le Commissaire aux plaintes des personnes assurées s'adressent exclusivement aux personnes assurées. Une procédure différente a été établie pour les professionnels de la santé qui désirent signifier leur mécontentement envers les services offerts par la Régie.

Quand un citoyen formule une plainte ou demande une assistance, sa requête est prise en charge par un employé du Commissaire. Lorsque ce dernier n'est pas en mesure de régler la situation sur-le-champ, il évalue sommairement la sensibilité du dossier en fonction de son impact sur le citoyen afin d'établir le délai qui sera accordé aux répondants sectoriels pour traiter la demande. En fonction de ce délai, il informe le citoyen du moment où un retour lui sera fait, de même que des démarches qui seront réalisées.

Lorsque la situation est réglée ou que les réponses requises ont été obtenues, le citoyen en est informé verbalement par le Commissaire. S'il en fait la demande, une lettre peut également lui être acheminée. Si la situation n'est pas réglée à l'échéance du délai annoncé au citoyen, le Commissaire le contacte pour l'aviser de la situation et l'informer des prochaines étapes et des délais additionnels. Si toutes les démarches ont été réalisées, mais que le problème du citoyen n'a pas pu être réglé, les raisons qui justifient cette situation ainsi que ses recours lui sont expliqués.

Lors de la conclusion d'un dossier, ce dernier est classé en fonction du type de demande, du processus concerné et du sujet (voir section suivante). Le Commissaire analyse également les faits afin de statuer sur le caractère fondé ou non de la plainte.

Dans une perspective d'amélioration continue, à la fin de chaque trimestre, un rapport produit à l'attention des vice-présidents détaille l'ensemble des plaintes traitées portant sur des processus sous leur responsabilité. De plus, un résumé de chaque plainte jugée fondée leur est remis afin qu'ils puissent prendre connaissance des sources d'insatisfaction légitimes de leur clientèle dans le but d'apporter les correctifs requis si possible. Un rapport présentant l'ensemble des dossiers traités par le Commissaire au cours du trimestre est également déposé au comité de direction de la Régie.

Enfin, lorsque le traitement des plaintes met en évidence des problèmes qui requièrent des ajustements (en fonction de leur gravité pour les citoyens, du nombre de personnes potentiellement affectées ou du nombre de plaintes reçues), le Commissaire peut formuler des recommandations. Il peut le faire directement auprès du secteur concerné ou, pour les recommandations à portée organisationnelle, auprès du Bureau du président-directeur général.

Classification des dossiers

Classification selon le type de dossier

- 1. Plainte :** Communication orale ou écrite du mécontentement d'un citoyen à propos d'un produit ou d'un service rendu par la Régie ou le réseau d'authentificateurs, pour lequel la personne se sent lésée et pour lequel elle demande généralement une action immédiate.
- 2. Demande d'assistance :** Demande de renseignements ou d'assistance de la part d'un citoyen ou de son représentant. Les insatisfactions exprimées à l'égard du réseau de la santé, des décisions ministérielles ou de toute autre situation qui ne porte pas sur un produit ou un service de la Régie sont également classifiées dans les demandes d'assistance. Dans ces situations, la personne est dirigée vers l'instance apte à recevoir sa plainte. Enfin, lorsque des personnes se plaignent d'une décision rendue par la Régie les concernant, leur dossier est également classé comme une demande d'assistance, sauf si des irrégularités survenues lors du processus ayant mené à la décision sont constatées. Si le dossier a été traité conformément au cadre normatif et réglementaire, le Commissaire informe la personne de ses droits de recours et peut l'assister dans ses démarches.
- 3. Suggestion :** Recommandation ou commentaire constructif formulé par un citoyen ou son représentant sur les services offerts par la Régie.

Classification selon le sujet

La classification des dossiers du Commissaire aux plaintes des personnes assurées a été complètement revue cette année. L'objectif était de rendre disponible de l'information de qualité aux gestionnaires et aux autorités de la Régie quant aux irritants, aux incohérences et aux autres problèmes occasionnant de l'insatisfaction à sa clientèle, bref de faire entendre la « voix du client » qui porte plainte. La classification des dossiers a ainsi été révisée afin de bien cibler les processus causant de l'insatisfaction, les secteurs responsables de ces processus, le sujet des insatisfactions ainsi que leurs causes. En raison de ce changement, pour la plupart des sujets, la comparaison avec les années antérieures est plus complexe.

Auparavant, les dossiers étaient classés selon les sept sujets suivants :

1. Services Régie;
2. Services non Régie;
3. Assurance maladie;
4. Assurance médicaments;
5. Services médicaux;
6. Programmes;
7. Guichet d'accès à un médecin de famille et inscription auprès d'un médecin de famille.

Cette classification ne permettait pas de bien cerner les processus en cause et n'offrait que peu d'informations quant aux sujets d'insatisfaction, ce qui complexifiait l'analyse des dossiers et la détection de récurrences, en plus de nuire à l'identification des problèmes à corriger.

Nouvelle classification des dossiers à des fins d'amélioration continue

La nouvelle classification utilisée est divisée en **deux catégories** :

1. Processus opérationnel concerné associé à la vice-présidence ou à la direction générale qui en est responsable;
2. Sujet et cause de l'insatisfaction.

Ces catégories visent à cibler, le plus précisément possible, les améliorations ou les correctifs souhaitables ainsi que les secteurs qui en sont responsables.

Principaux processus opérationnels associés à la vice-présidence ou à la direction générale qui en est responsable

Les processus opérationnels sont regroupés en fonction des secteurs d'activités. Ainsi, au sein de la Vice-présidence aux services aux personnes assurées, deux regroupements sont présentés :

- les processus relatifs à l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments ainsi qu'aux renseignements fournis à la clientèle (processus rattachés à la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées);
- les processus associés à la gestion des programmes et des soins hors du Québec (processus regroupés sous la Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières).

À la Vice-présidence à la rémunération des professionnels, peu de processus desservent directement la clientèle des personnes assurées. Ils portent principalement sur des remboursements liés à des services médicaux. En conséquence, tous les processus de cette vice-présidence sont regroupés en un seul ensemble.

Les plaintes et les demandes d'assistance sont généralement associées aux processus opérationnels utilisés par les citoyens. Ainsi, si une personne contacte le centre de relations clientèle à propos de son renouvellement et qu'elle n'est pas en mesure d'accéder à la file d'attente, la plainte d'accessibilité sera rattachée au processus de renouvellement.

Dans certains cas, la plainte ou la demande d'assistance peut être associée à un processus même si le citoyen n'y a pas eu recours. Par exemple, les questions de la clientèle sur la légalité de certains frais facturés par des professionnels de la santé sont comptabilisées sous le processus de remboursement des frais facturés aux personnes assurées, même si la personne n'a pas fait de demande de remboursement.

Voici les principaux processus opérationnels associés à la vice-présidence ou à la direction générale qui en est responsable :

Vice-présidence aux services aux personnes assurées :

- Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées : Processus relatifs à la gestion de l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments, à la délivrance des cartes d'assurance maladie et à la mise à jour du dossier client (identité, adresse et intervenants secondaires),
- Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières : Processus relatifs à l'admissibilité au remboursement des aides techniques, aux programmes d'aide financière, incluant le calcul de la contribution ou de l'exonération, et au remboursement des soins reçus à l'extérieur du Québec;

Vice-présidence à la rémunération des professionnels :

- Processus opérationnels liés à la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille, au remboursement des soins et des médicaments obtenus sans la présentation de la carte d'assurance maladie ainsi qu'au remboursement des frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé. Les questions de la clientèle concernant les modalités et les délais associés au Guichet d'accès à un médecin de famille ainsi que les questions et insatisfactions portant sur les frais pouvant être facturés ou non aux personnes assurées sont également rattachées à cette vice-présidence;

Autres secteurs de la Régie

- Processus relatifs notamment aux enquêtes, au recouvrement auprès des personnes assurées, à la gestion des plaintes et aux demandes d'accès à l'information.

Sujets des plaintes et principales causes d'insatisfaction qui y sont associées

Qualité des services : Courtoisie et compétence du personnel, incluant les erreurs humaines n'ayant pas une incidence sur un autre sujet (par exemple, si l'erreur entraîne un délai de traitement déraisonnable, la plainte sera associée à la rapidité des services);

Rapidité des services : Délais d'attente ou de traitement (incluant la délivrance des cartes d'assurance maladie) et absence de suivi;

Accessibilité des services : Incapacité d'accéder à la file d'attente au téléphone (message avisant que la Régie connaît un nombre trop élevé d'appels et invitant la personne à rappeler plus tard) ou de rencontrer un agent aux bureaux d'accueil;

Cadre normatif et réglementaire : Critères d'admissibilité, règles d'attribution d'une aide, portée de la couverture offerte, critères d'autorisation des médicaments d'exception, légalité de certains frais pouvant être facturés aux personnes assurées, qualité des aides inscrites aux tarifs, etc.;

Processus : Lourdeur des processus, complexité des exigences ou des démarches (excluant les exigences réglementaires ou légales), moyens de communication, gestion des adresses, mécanismes d'authentification pour accéder aux services, etc.;

Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres : Informations disponibles sur le site Internet, absence de communication pour informer les personnes touchées par un changement, lettres imprécises ou trop complexes, etc.;

Autres : Violation accidentelle de la confidentialité, perte de documents, gestion des intervenants secondaires, problèmes systémiques, etc.

Décision du Commissaire quant au caractère fondé ou non des plaintes

Comme le définit la Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées, le Commissaire a notamment pour mission de statuer sur le caractère fondé ou non d'une plainte. L'objectif de cette démarche est, entre autres, de mettre en évidence les situations où des modifications aux façons de faire seraient souhaitables, voire requises.

Plainte dite « fondée »

Une plainte est considérée comme fondée lorsque l'analyse des faits démontre au moins l'un des éléments suivants :

- une contradiction ou un écart entre les façons de faire et l'application des lois, des règlements, des normes, des politiques ou des processus en vigueur;
- un non-respect des engagements énoncés dans la Déclaration de services aux citoyens de la Régie (courtoisie, compétence, accessibilité et rapidité). Pour les processus qui ne font pas l'objet d'un engagement relatif au délai de traitement, le Commissaire considère comme fondées les situations ayant des délais supérieurs à 90 jours;
- un manque de cohérence ou d'équité dans le traitement de dossiers;
- une absence de règles relatives à certaines situations soulevées par les citoyens;
- un manque d'exactitude, de clarté ou de convivialité dans les renseignements transmis par écrit ou verbalement.

Dans certains cas, il n'est pas possible de conclure à une erreur ou à un manquement énoncé précédemment. La plainte est quand même fondée si les renseignements disponibles permettent de donner le bénéfice du doute au citoyen dans une approche de conciliation, et ce, dans le respect des lois et des règlements en vigueur.

Plainte dite « non fondée »

Une plainte est non fondée lorsqu'elle ne répond pas aux critères mentionnés précédemment. Ainsi, les plaintes portant sur les critères d'admissibilité et la portée de la couverture offerte, bref sur le cadre normatif et réglementaire, sont généralement considérées comme non fondées, sauf si le Commissaire constate que ce cadre n'a pas été respecté. Ces plaintes sont quand même considérées dans la mesure où elles peuvent servir à modifier ou à faire évoluer les lois, les règlements, les normes, les politiques ou les processus en vigueur.

Portrait global de l'activité

Demands traitées selon le type de dossier et comparaison avec les années antérieures

	2017-2018	2016-2017	2015-2016
Plaintes	378 (27 %)	371 (40 %)	420 (52 %)
Demandes d'assistance	999 (71 %)	518 (56 %)	343 (42 %)
Suggestions	29 (2 %)	36 (4 %)	51 (6 %)
Total	1406	925	814

Demands traitées selon le secteur opérationnel concerné et le type de dossier

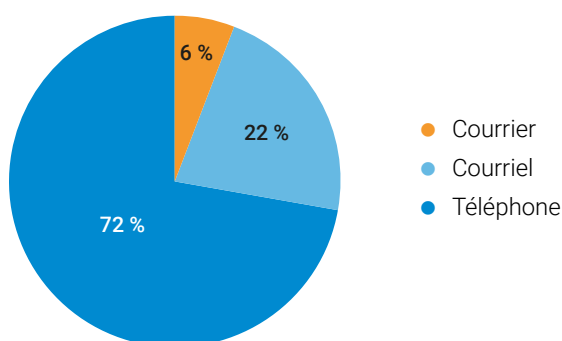
Secteurs	Demandes d'assistance	Plaintes	Suggestions	Total
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées	236	245	7	488
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières	60	20	2	82
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	441	95	8	544
Autres secteurs de la Régie	41	13	4	58
Hors Régie	221	5	8	234
Total	999	378	29	1406

COMMENTAIRES

- Le nombre total de demandes traitées au cours de l'année 2017-2018 par le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a augmenté de 52 % par rapport à celui de l'année précédente.
- Alors que le nombre de plaintes est demeuré relativement stable, le nombre de demandes d'assistance a presque doublé. La plupart des demandes d'assistance concernent un processus rattaché à la Vice-présidence à la rémunération des professionnels (44 % des demandes), majoritairement des questions relatives à la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille ou aux frais facturés aux personnes assurées. D'autres demandes touchent un sujet qui ne relève pas de la Régie (22 %).

Gestion des activités du Commissaire et respect des engagements publics en matière de qualité des services

Répartition des moyens de communication utilisés par les citoyens¹ en 2017-2018



COMMENTAIRES

- Depuis mars 2017, les citoyens peuvent formuler une demande au Commissaire aux plaintes des personnes assurées par le biais d'un formulaire Web sécurisé. Au cours de la dernière année, 22 % des demandeurs ont eu recours à ce moyen de communication, ce qui démontre l'intérêt de la clientèle pour ce moyen de communication.
- Le téléphone demeure le moyen de communication le plus utilisé : 72 % des citoyens ont contacté le Commissaire par téléphone pour obtenir des services. Dans 79 % des cas, un employé du Commissaire a été en mesure de répondre directement à l'appel, sans que la personne ait à laisser un message.

Engagements publics en matière de qualité des services

Lorsqu'une personne laisse un message dans la boîte vocale ou qu'elle envoie un courriel ou une lettre, elle est systématiquement contactée par téléphone. Dans la Déclaration de services aux citoyens, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a pris l'engagement de communiquer avec elle dans les 48 heures ouvrables suivantes. En 2017-2018, cet engagement a été respecté dans 93 % des cas, alors que la cible est établie à 80 %.

Un engagement a également été pris afin de traiter les plaintes dans un délai de 30 jours ou moins, et ce, dans 80 % des cas. Au cours du dernier exercice, le Commissaire a traité 91 % des dossiers en 30 jours ou moins avec un délai de traitement moyen de 10 jours². Cela représente une amélioration par rapport au délai de 2016-2017, où 80 % des dossiers avaient été traités en 30 jours ou moins. Mentionnons que cela aurait été impossible sans la collaboration constante des répondants sectoriels qui assistent le Commissaire dans sa mission.

¹ Il s'agit des moyens de communication utilisés lors de la demande initiale.

² Ce délai inclut les fins de semaine et les jours fériés.

Portrait global des plaintes

Plaintes traitées selon le secteur opérationnel et le caractère fondé ou non de la plainte

Secteurs	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale de l’admissibilité et des renseignements aux personnes assurées	128	117	245
Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières	15	5	20
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	48	47	95
Autres secteurs de la Régie	7	6	13
Hors Régie	5	0	5
Total	203 (53 %)	175 (47 %)	378

Plaintes traitées en fonction du sujet de l’insatisfaction et du caractère fondé ou non de la plainte

Sujet de l’insatisfaction	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Qualité des services	31	18	49
Rapidité des services	26	75	101
Accessibilité des services	2	45	47
Cadre normatif et réglementaire	69	5	74
Processus	48	11	59
Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des correspondances	12	10	22
Autres	15	11	26
Total	203	175	378

COMMENTAIRES

- La majorité des plaintes traitées en 2017-2018 (65 %) portait sur des processus sous la responsabilité de la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées.
- Les processus sous la responsabilité de la Vice-présidence à la rémunération des professionnels arrivent au second rang avec 21 % des dossiers.
- En 2017-2018, le premier sujet d'insatisfaction de la clientèle est la rapidité des services (voir la section ultérieure portant sur les plaintes relatives à la rapidité des services).
- Le cadre normatif et réglementaire ainsi que les processus arrivent respectivement au deuxième et au troisième rang. Cependant, peu de plaintes sont considérées comme fondées relativement à ces deux sujets. Comme il a été mentionné précédemment, si les règles, normes ou directives ont été respectées, la plainte est jugée non fondée étant donné le peu de leviers possibles afin de satisfaire le citoyen dans ces situations. Les sections portant sur les dossiers associés à chaque secteur présentent les principales sources de plaintes non fondées.
- Le quatrième sujet le plus important concernant les plaintes (le deuxième en matière de plaintes fondées) est l'accessibilité des services : 47 plaintes, dont 45 fondées. Ce nombre est plus de 3 fois plus élevé que celui de 2016-2017, où 14 plaintes avaient été comptabilisées en lien avec ce sujet. Les citoyens expriment par ailleurs beaucoup d'insatisfaction lorsqu'ils ne parviennent pas à accéder à la file d'attente au téléphone et qu'il leur est demandé de rappeler plus tard en raison d'un nombre trop élevé d'appels.
- Au cours du dernier exercice, le traitement de 56 % des plaintes fondées a permis de faire apporter un ajustement au dossier du plaignant ou de corriger le problème à l'origine de sa plainte. Si l'on ajoute les 45 plaintes fondées liées à l'accessibilité, pour lesquelles il n'est pas réellement possible d'apporter un ajustement, puisque la plainte intervient une fois que les faits se sont produits, c'est près de 82 % des dossiers de plaintes fondées qui ont été ajustés.

Répartition des plaintes fondées en matière de rapidité des services en fonction du processus concerné

Processus	Total
Renouvellement de la carte d'assurance maladie (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	14
Remboursement des frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	11
Autorisation du patient d'exception et des médicaments d'exception (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	8
Remboursement des médicaments (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	8
Remboursement des services assurés défrayés par la personne assurée (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	8
Première inscription et prolongation de la période d'admissibilité (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	5
Mise à jour des informations dans le Fichier d'inscription des personnes assurées (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	4
Révision d'une décision de première instance (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	4
Remplacement d'une carte d'assurance maladie (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	3
Fiche historique de soins (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	3
Remboursement des soins reçus hors Québec et autres programmes (Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières)	3
Autres processus	4
Total	75

COMMENTAIRES

- C'est le renouvellement de la carte d'assurance maladie qui a occasionné le plus de plaintes relatives aux délais en 2017-2018, dont une part est attribuable aux problèmes rencontrés avec les outils de production des cartes d'assurance maladie à l'automne 2017. Cependant, il s'agit d'une faible proportion de plaintes si l'on considère que 14 plaintes ont été reçues, alors que la Régie a procédé à plus de 1,9 million de renouvellements. Par ailleurs, les plaintes associées à la rapidité des services portent exclusivement sur la rapidité de traitement. En effet, aucune plainte n'a été reçue, tous processus confondus, en lien avec le temps d'attente au téléphone ou aux bureaux d'accueil. Il semble qu'une fois qu'ils sont placés en file d'attente, les citoyens font preuve de tolérance par rapport au temps d'attente.
- Le processus de remboursement des frais facturés aux personnes assurées, avec 11 plaintes fondées, arrive au deuxième rang du nombre de plaintes. L'abolition des frais accessoires a effectivement généré une augmentation marquée et rapide du nombre de demandes. De plus, le traitement de certains dossiers a dû être retardé le temps de clarifier des éléments ou d'obtenir les orientations nécessaires.
- Trois processus ont également fait l'objet de 8 plaintes fondées chacun :
 - Le processus d'autorisation du patient d'exception. Mentionnons que les plaintes portent plus fréquemment sur le processus du patient d'exception que sur celui des médicaments d'exception. Alors que le processus des médicaments d'exception fait l'objet d'engagements dans la Déclaration de services aux citoyens, qui prévoient que les autorisations sont accordées dans un délai de 24 heures pour les médicaments urgents et de 48 heures pour les demandes régulières, le processus du patient d'exception ne fait pas l'objet d'engagements dans la Déclaration de services aux citoyens. Ces demandes requièrent en effet une analyse plus poussée qui fait que les délais sont plus longs. Or, les citoyens ne comprennent souvent pas la différence entre ces deux processus et s'attendent donc à recevoir une réponse plus rapidement. De plus, dans certains cas, la demande a été soumise en médicaments d'exception, mais elle est traitée comme une demande de patient d'exception, ce qui accroît encore la confusion;
 - Les processus de remboursement des médicaments et des services assurés défrayés par la personne assurée (quand la carte d'assurance maladie n'a pas été présentée).

Portrait global des demandes d'assistance

Répartition des demandes d'assistance selon le processus

Processus	Total
Hors Régie	234
Frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	216
Guichet d'accès à un médecin de famille et gestion des inscriptions auprès des médecins de famille (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	159
Régime général d'assurance médicaments : admissibilité au régime public d'assurance médicaments et régularisation, modalités d'application, couverture offerte, conformité des régimes privés, etc. (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	167
Aides techniques et financières (Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières)	60
Admissibilité à l'assurance maladie et contrôles (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	44
Autres sujets de la Régie	42
Patient et médicaments d'exception (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	31
Remboursement des soins et des médicaments (Vice-présidence à la rémunération des professionnels)	30
Gestion et mise à jour des données dans le Fichier d'inscription des personnes assurées : changement d'adresse, gestion des intervenants secondaires, etc. (Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées)	16
Total	999

COMMENTAIRES

- L'analyse des demandes d'assistance traitées en 2017-2018 par le Commissaire permet de constater que la plupart ne portent pas sur les services rendus par la Régie :
 - Les demandes qui ne concernent pas la Régie ont augmenté de 38 % : elles sont passées de 170 au dernier exercice à 234 cette année. Ces demandes sont très variées, allant de la disponibilité de certains services médicaux à la courtoisie des professionnels de la santé, en passant par la propreté des établissements de santé. La complexité du réseau de la santé, avec sa multitude d'intervenants, de même qu'une certaine confusion dans la population quant au rôle réel de la Régie, semble expliquer le fait qu'autant de personnes s'adressent au Commissaire pour des éléments qui ne concernent pas la Régie;
 - En ce qui concerne les frais facturés aux personnes assurées, ils constituent la deuxième source la plus élevée de demandes d'assistance. Il s'agit de questions de la part des citoyens portant essentiellement sur la légalité de certains frais. La plupart concernent des frais facturés pour des services non couverts (délivrance d'une attestation d'absence, rédaction de rapports, obtention d'un dossier médical, etc.). Par ailleurs, si un citoyen s'interroge sur la légalité d'un frais qu'il a acquitté et s'il peut s'agir d'un frais illégal (en fonction de la situation décrite), le citoyen est invité à faire une demande de remboursement et le Commissaire peut l'accompagner dans sa démarche;
 - La plupart des dossiers associés au Guichet d'accès à un médecin de famille et à la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille portent sur l'insatisfaction des citoyens quant aux délais pour obtenir un médecin. Comme la Régie n'est pas responsable de cette question, les dossiers sont comptabilisés comme des demandes d'assistance. Les citoyens sont alors dirigés vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de leur région respective.
- La Régie est responsable de l'application de la Loi sur l'assurance médicaments, et ce, tant pour le volet public que privé de ce régime. En conséquence, on peut considérer que toutes les questions relatives à l'assurance médicaments relèvent de la Régie. Cependant, selon l'analyse des demandes traitées au cours de la dernière année, une faible proportion de celles-ci porte sur les services rendus par la Régie. En effet, les principaux sujets de ces demandes sont les suivants :
 - Conformité des assurances collectives (couverture offerte, modalités administratives, coûts des primes, etc.);
 - Montants à payer en pharmacie. Mentionnons que les factures détaillées qui sont remises par les pharmaciens depuis septembre 2017 ont suscité plusieurs questions, notamment en ce qui concerne les honoraires professionnels;
 - Restrictions apportées en mai 2017 au remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ainsi qu'aux bandelettes servant à mesurer le glucose dans le sang. Ces restrictions ont généré de nombreuses réactions et questions (plus de 50 demandes). Précisons que les insatisfactions exprimées par rapport à ce sujet ont, sauf exception, été comptabilisées comme des demandes d'assistance, puisqu'il s'agit de plaintes portant sur une décision ministérielle que la Régie doit appliquer.
- Une portion de l'augmentation des demandes d'assistance traitées par le Commissaire peut être expliquée par les difficultés rencontrées au centre de relations clientèle. En effet, lorsqu'un citoyen contacte le Commissaire pour se plaindre de ne pas être en mesure d'accéder aux services téléphoniques, sa plainte d'accessibilité est enregistrée et un dossier d'assistance est ouvert afin de lui offrir le service qu'il n'a pas été en mesure d'obtenir.

Portrait détaillé des dossiers par vice-présidence ou direction générale qui en est responsable

Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale de l’admissibilité et des renseignements aux personnes assurées

Répartition des dossiers selon le processus concerné et le type de demande

Processus/sujets	Demandes d’assistance	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Renouvellement de la carte d’assurance maladie	67	36	46	149
Gestion de l’admissibilité au régime public d’assurance médicaments et régularisation	44	19	7	70
Modalités d’application du régime général d’assurance médicaments	33	26	5	64
Remplacement d’une carte d’assurance maladie perdue, volée ou endommagée	16	12	12	40
Gestion et mise à jour des données dans le Fichier d’inscription des personnes assurées	17	6	14	37
Fiche historique de soins	27	1	7	35
Première inscription et prolongation de la période d’admissibilité	7	11	15	33
Départ du Québec et retour	15	4	3	22
Contrôle de l’admissibilité à l’assurance maladie	4	3	1	8
Autres processus (gestion des registres de consentement, révision d’une décision de la Régie, nouveau visuel de la carte d’assurance maladie, etc.)	6	10	7	23
Total	236	128	117	481

Répartition des plaintes associées à la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées selon le sujet de l'insatisfaction

Sujet de l'insatisfaction	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Qualité des services	24	15	39
Rapidité des services	7	36	43
Accessibilité des services	2	45	47
Cadre normatif et réglementaire	58	8	66
Processus	26	3	29
Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres	2	0	2
Autres	9	10	19
Total	128	117	245

COMMENTAIRES

- Sans surprise, le renouvellement de la carte d'assurance maladie est la source la plus importante de demandes relatives aux processus sous la responsabilité de la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées (31 % des demandes). Outre l'accessibilité et les délais, les principales sources d'insatisfaction sont liées au cadre normatif et réglementaire ou aux processus :
 - Obligation de fournir une preuve de résidence lorsque la carte d'assurance maladie est expirée depuis plus de 6 mois et preuves qui sont acceptées;
 - Imposition de frais pour le renouvellement d'une carte d'assurance maladie expirée depuis plus de 6 mois;
 - Obligation de démontrer sa présence au Québec au cours de la première année d'admissibilité et preuves qui sont acceptées.
- La gestion de l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments et les activités de régularisation se classent au deuxième rang du nombre de plaintes. Précisons que la plupart des dossiers sont des questions et non des plaintes. De nombreux efforts ont été déployés au cours des années afin d'améliorer la connaissance de la population au sujet de l'assurance médicaments. Cependant, force est de constater qu'il demeure une certaine confusion, notamment quant aux obligations d'adhérer à une assurance collective lorsqu'on y a accès et de couvrir tous les membres de sa famille, incluant les conjoints de fait.
- Les modalités entourant la gestion du régime public d'assurance médicaments et la portée de la couverture ont généré 64 dossiers. Comme il a été mentionné précédemment, les factures détaillées qui sont remises par les pharmaciens ont suscité plusieurs questions, notamment sur les honoraires professionnels des pharmaciens. Pour ce qui est des plaintes non fondées, la plupart portent sur le cadre normatif et réglementaire, particulièrement sur la liste des médicaments couverts.

- Les dossiers concernant le remplacement d'une carte perdue, volée ou endommagée portent sur des sujets plutôt variés. Si l'on exclut les plaintes relatives à l'accessibilité et aux délais, la principale source d'insatisfaction concerne les frais imposés pour le remplacement. Mentionnons également que 3 plaintes ont été reçues de la part de personnes qui, pour différentes raisons, n'ont pas été en mesure de remplacer leur carte en ligne et qui déploraient avoir à acquitter des frais plus élevés pour cette raison (les frais pour un remplacement par le service en ligne sont de 15 \$, alors qu'ils sont de 25 \$ par le mode traditionnel).
- Les plaintes associées à la gestion et à la mise à jour des données dans le Fichier d'inscription des personnes assurées concernent principalement deux sujets :
 - la gestion des adresses, notamment les adresses de correspondance. La Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées exige en effet, sauf exception, d'acheminer le courrier à l'adresse de résidence des personnes assurées. Or, il peut arriver que, pour diverses raisons, les citoyens souhaitent recevoir leur courrier à une adresse différente de celle de leur résidence. Ils doivent alors justifier par écrit leur demande, et cette justification peut à l'occasion être refusée, ce qui suscite de l'insatisfaction;
 - la gestion des intervenants secondaires, en particulier les actions pouvant être posées ou non en fonction de la procuration fournie.
- Le processus d'obtention de la fiche historique de soins a occasionné 35 dossiers. Il importe cependant de préciser que cela est dû aux façons de faire du Commissaire. En effet, lorsqu'un citoyen contacte le Commissaire (ou la ligne de dénonciation sous sa responsabilité), car il croit qu'un professionnel a facturé des services en son nom, alors qu'il ne les a pas reçus, il est invité à faire une demande pour obtenir sa fiche historique. Cette fiche lui permet de vérifier si des soins ont bien été facturés et le dossier est comptabilisé en lien avec ce processus (25 dossiers sur 35).
- Les plaintes relatives aux processus de première inscription, de prolongation de la période d'admissibilité, de départ du Québec et de retour sont principalement associées à l'accessibilité des services et aux délais de traitement (15 dossiers sur 33). De plus, 7 plaintes en lien avec les documents exigés ont été reçues : on y souligne notamment le fait que l'original de certains documents sensibles (comme les documents d'immigration et le passeport) doit être présenté.

Vice-présidence aux services aux personnes assurées – Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières

Répartition des dossiers selon le processus concerné et le type de demande

Processus/sujets	Demandes d'assistance	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Remboursement d'une aide technique attribuée et autorisations préalables pour les considérations spéciales	33	8	0	41
Remboursement des soins obtenus hors Québec et autorisation à recevoir des soins hors Québec	20	6	1	27
Aides financières et exonérations (stomisés permanents, prothèses mammaires externes, Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique)	5	1	4	10
Contribution des adultes hébergés et contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires	2	0	1	3
Total	60	15	5	80

COMMENTAIRES

- La proportion de plaintes par rapport à l'ensemble des demandes traitées relativement à des processus sous la responsabilité de la Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières est faible.
- À propos des aides techniques, une large part des demandes d'assistance concerne le travail des centres d'aides techniques et de réadaptation. Dans ces cas, le rôle de la Régie est expliqué aux demandeurs et ceux-ci sont dirigés vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de leur région respective.
- En ce qui concerne le remboursement des soins obtenus hors Québec, plus de la moitié des demandes d'assistance (11/20) étaient des questions de la clientèle par rapport au montant du remboursement obtenu. Plusieurs citoyens étaient effectivement surpris de la faiblesse du montant reçu et des services non couverts.
- Les sujets des 20 plaintes traitées se répartissent comme suit :
 - 5 plaintes (25 %), dont une fondée, portaient sur la rapidité des services;
 - 2 plaintes fondées (10 %) concernaient la qualité du service, plus particulièrement la compétence. Il s'agissait d'erreurs humaines lors du traitement;
 - 3 plaintes (15 %), dont 2 fondées, touchaient les processus, en particulier la gestion des adresses dans les programmes d'aides financières. En effet, comme il s'agit de programmes confiés qui ne découlent pas de la Loi sur l'assurance maladie, une banque d'adresses différente est utilisée dans le cadre de ces programmes. Ainsi, les citoyens avaient changé leur adresse auprès de la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées ou par le Service québécois de changement d'adresse, mais cette information n'avait pas été transférée à la banque d'adresses utilisée, ce qui a occasionné des difficultés aux plaignants;
 - 10 plaintes (50 %) portaient sur le cadre normatif et réglementaire :
 - La qualité des aides inscrites aux tarifs a fait l'objet d'une plainte,
 - Ce qui est couvert ou non à l'extérieur du Québec ainsi que les montants accordés ont fait l'objet de 3 plaintes,
 - Les 6 autres plaintes étaient relatives aux critères d'admissibilité. Plus particulièrement, les critères d'admissibilité pour obtenir plus d'une aide (aide auditive, fauteuil roulant, prothèse et orthèse) ont généré de l'insatisfaction auprès de la clientèle.

Vice-présidence à la rémunération des professionnels

Répartition des dossiers selon le processus concerné et le type de demande

Processus/sujets	Demandes d'assistance	Plaintes non fondées	Plaintes fondées	Total
Frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé	216	11	13	240
Guichet d'accès à un médecin de famille et gestion des inscriptions auprès des médecins de famille	159	7	0	166
Patient et médicaments d'exception	31	10	10	51
Remboursement des médicaments	23	6	8	37
Remboursement des services assurés défrayés par la personne assurée	7	3	8	18
Informations concernant les restrictions apportées au remboursement des IPP et des bandelettes	S. O.	8	6	14
Autorisation médicale pour une plastie et d'autres situations particulières	4	1	2	7
Rendez-vous santé Québec	1	1	0	2
Révision d'une décision de la Régie	0	1	0	1
Total	441	48	47	536

COMMENTAIRES

- Des 47 plaintes considérées comme fondées en 2017-2018 relativement à des processus de la Vice-présidence à la rémunération des professionnels, 77 % portaient sur les délais de traitement.
- Les principaux sujets des 11 autres plaintes fondées sont les suivants :
 - 5 plaintes touchaient la disponibilité, la clarté et l'exactitude des informations et des lettres, en particulier en matière de frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé;
 - L'absence d'information diffusée aux citoyens concernant les restrictions apportées au remboursement des IPP et des bandelettes de prise de glycémie a occasionné 14 plaintes, dont 6 qui ont été jugées fondées. Les plaintes fondées sont celles où le citoyen mentionnait avoir déboursé un montant pour obtenir ses médicaments ou produits sans avoir été avisé, par son pharmacien ou son médecin, qu'une restriction était imposée avant d'avoir atteint la limite correspondant à sa situation. Ces plaintes ont été jugées fondées, car la Régie n'a pas avisé les citoyens des changements apportés et elle n'a pas, dans ses communications avec les professionnels, insisté sur l'importance de bien informer leurs patients sur cette mesure.
- Comme il a été mentionné, lorsqu'un citoyen formule une plainte concernant le cadre normatif et réglementaire et que la décision rendue l'a été en conformité avec ce cadre, cette plainte est enregistrée comme non fondée. Il peut cependant être instructif d'examiner les éléments qui suscitent du mécontentement auprès de la clientèle. Voici donc les principaux sujets de plaintes non fondées en lien avec les processus de la Vice-présidence à la rémunération des professionnels :
 - Les 7 plaintes non fondées associées au Guichet d'accès à un médecin de famille et à la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille portaient sur le délai d'attente estimé qui y est affiché, lequel ne correspondrait pas à la réalité;
 - Les critères de remboursement de certains médicaments d'exception, en particulier le Cymbalta, ont fait l'objet de questions et de 4 plaintes de la clientèle. Les citoyens ont en effet de la difficulté à comprendre qu'un médicament qui leur est prescrit par leur professionnel de la santé ne soit pas remboursé par le régime public d'assurance médicaments.

Portrait des améliorations apportées par les secteurs opérationnels à la suite du traitement des plaintes

Comme il a été mentionné, la plupart des changements apportés aux façons de faire du Commissaire au cours de la dernière année l'ont été dans une perspective d'amélioration continue, en améliorant l'information transmise aux secteurs opérationnels afin qu'ils puissent apporter les correctifs requis au moment opportun. En tout, 14 améliorations ont été comptabilisées (réalisées ou en cours de réalisation). La présente section donne quelques exemples de ces améliorations qui ont été mises en place par les secteurs opérationnels à la suite du traitement des plaintes. Dans quelques cas, une recommandation avait été formulée, mais le fait d'avoir pris connaissance de la situation ayant occasionné de l'insatisfaction a mené les secteurs, dans la plupart des cas, à procéder à ces changements. Voici quatre exemples d'améliorations apportées :

- Les délais de traitement pour les demandes de remboursement pour des soins obtenus à l'extérieur du Québec sont habituellement raisonnables. Or, dans certaines situations exceptionnelles, il n'est pas possible de traiter les demandes dans les délais habituels. Par exemple, dans le dossier à l'origine de l'amélioration, la monnaie du pays où les services avaient été reçus fluctuait tellement qu'il n'était pas possible d'établir, en dollars canadiens, le montant que la personne avait effectivement payé, ce qui a accru le délai et mené le citoyen à porter plainte. À la suite de cette plainte, la Direction générale des programmes hors Québec, des aides techniques et financières a informé le Commissaire qu'elle achemine désormais une lettre aux personnes afin de les aviser quand leur dossier ne peut pas être traité rapidement pour des raisons exceptionnelles.
- Lorsqu'un citoyen se présente dans un bureau d'accueil pour faire authentifier une demande, la décision d'admissibilité est rendue sur-le-champ dans la majorité des cas. Il arrive cependant que la décision ne puisse pas être rendue, par exemple si l'admissibilité de la personne fait l'objet d'un contrôle réalisé par un autre secteur. Dans ces situations, la photo du citoyen est tout de même prise et les frais associés sont perçus afin d'éviter que la personne se déplace à nouveau. Si une décision de non-admissibilité est rendue, les frais ne sont pas remboursés. Cela n'était toutefois pas précisé et le citoyen n'en était pas informé. La Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées a donc bonifié ses instructions de travail et ses communications, notamment sur le site Internet, afin de préciser que les frais associés à la prise de photo ne sont pas remboursables.

- En cas de carte d'assurance maladie perdue ou expirée depuis peu, si une personne a besoin de soins, le centre de relations clientèle peut délivrer un document temporaire lui permettant de recevoir les services requis. Cependant, les instructions de travail prévoyaient que ce document ne pouvait être acheminé que si la personne mentionnait avoir un rendez-vous ou avoir besoin de soins dans les 2 jours suivants, car le document n'est valide que 14 jours. Avec les difficultés rencontrées en matière d'accessibilité des services au cours de la dernière année, cette façon de faire a suscité des plaintes. La Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées a donc ajusté les critères de délivrance : elle accepte désormais d'envoyer un document temporaire dès que la personne mentionne avoir besoin de soins dans les 14 jours suivants.
- Quand les documents fournis par un citoyen dans le cadre d'un contrôle sont considérés comme non recevables, une demande de renseignements complémentaires lui est transmise. Or, cette demande ne précisait pas pourquoi les documents n'étaient pas acceptés et elle n'était pas modulée en fonction de la situation de la personne assurée, ce qui faisait que des documents déjà fournis étaient redemandés. À la suite de ces plaintes, la Direction générale de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées a revu ses demandes de renseignements afin qu'elles soient adaptées à la situation des personnes visées.

Portrait de la clientèle

En 2017-2018, la clientèle³ qui a fait appel aux services du Commissaire aux plaintes des personnes assurées était composée à 87 % de personnes qui sont établies au Québec depuis plus de 5 ans. Voici la situation des personnes qui n'étaient pas résidentes du Québec depuis au moins 5 ans lorsqu'elles ont contacté le Commissaire aux plaintes :

49 personnes (4 % des demandeurs)

n'étaient pas admissibles

- 21 étaient en situation de première inscription
- 28 étaient en situation de retour au Québec à la suite d'un établissement hors Québec ou d'un séjour prolongé

36 dossiers (3 %)

provenaient de personnes qui, au moment où la demande a été reçue par le Commissaire, étaient admissibles depuis 12 mois ou moins

59 dossiers (5 %)

provenaient de personnes établies au Québec depuis plus de 12 mois, mais depuis moins de 5 ans

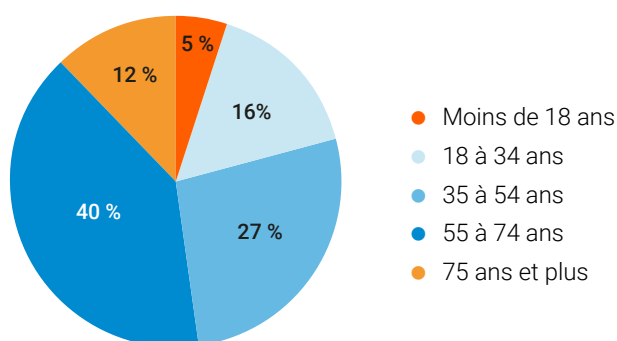
6 dossiers

étaient en situation de séjour au Québec au moment où elles ont communiqué avec le Commissaire

91 % des personnes

ayant contacté le Commissaire en 2017-2018 étaient francophones⁴

Répartition de la clientèle en fonction de l'âge



³ Durant l'année, 1133 dossiers sur les 1406 dossiers traités contenaient les coordonnées du requérant ou de son représentant. Lorsqu'une personne souhaite obtenir des renseignements généraux, elle ne décline pas nécessairement son identité. Les données présentées portent donc sur cette portion de la clientèle.

⁴ Ce pourcentage est donné en fonction du code de langue indiqué dans le Fichier d'inscription des personnes assurées.

Portrait de la réception des dénonciations

Depuis janvier 2017, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées est responsable de la réception des dénonciations à la Régie, et ce, que les dénonciations portent sur une personne assurée, un professionnel de la santé ou un dispensateur de services. Une page à propos des dénonciations a été mise en ligne sur le site Internet de la Régie, laquelle précise aux citoyens les situations pouvant faire l'objet d'une dénonciation ainsi que les coordonnées téléphoniques et postales qui permettent de le faire. Un formulaire Web sécurisé est également disponible.

Lorsqu'une personne utilise la ligne consacrée aux dénonciations, elle est accueillie par un employé du Commissaire, qui s'assure, si possible, que tous les renseignements requis par les unités responsables d'effectuer les contrôles ont été recueillis. La personne est informée qu'elle peut procéder de manière anonyme, mais que si elle se nomme, sa dénonciation sera traitée de manière confidentielle. Son autorisation à être contactée ultérieurement si des informations additionnelles étaient nécessaires lui est demandée. Elle est également avisée qu'aucun suivi ne lui sera fait quant aux suites qui seront apportées à sa dénonciation. Au cours de l'année 2017-2018, 72 % des appels placés sur la ligne de dénonciation ont pu être répondus directement, ce qui évitait au dénonciateur de devoir laisser un message.

Si la personne laisse un message sur la boîte vocale, envoie une lettre ou utilise le formulaire sécurisé, elle est contactée dans les 48 heures ouvrables suivantes si elle a décliné son identité. L'employé du Commissaire lui confirme alors la réception de sa dénonciation et demande les informations requises, le cas échéant.

Les informations sont colligées dans un outil informatique qui permet de transférer les dossiers vers la vice-présidence concernée par le sujet de la dénonciation. Lors du dernier exercice, le Commissaire a reçu un total de 461 dénonciations. De ce nombre, 32 % (147 dossiers) ont été transférées vers la Vice-présidence aux services aux personnes assurées, car elles visaient une personne assurée ou un dispensateur de services, alors que 68 % (319 dossiers) ont été dirigées vers la Vice-présidence à la rémunération des professionnels.

Précisons qu'une large part des dénonciations acheminées à la Vice-présidence à la rémunération des professionnels portait sur des frais facturés par des professionnels de la santé. Dans ces situations, la personne est invitée à faire une demande de remboursement et le Commissaire peut l'accompagner dans sa démarche.

Répartition des dénonciations en fonction du secteur où elles ont été transférées et du moyen de communication utilisé par le dénonciateur

	Dénonciations reçues par téléphone	Dénonciations reçues par le formulaire Web	Total
Vice-présidence aux services aux personnes assurées	119	28	147
Vice-présidence à la rémunération des professionnels	251	63	314
Total	370	91	461

Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées

Introduction

Contexte

Par une résolution du conseil d'administration, adoptée le 12 décembre 1989, la Régie de l'assurance maladie du Québec instituait un poste de Commissaire aux plaintes des personnes assurées aux fins de représenter de façon indépendante les intérêts des bénéficiaires face à l'administration de la Régie et de voir au traitement de leurs plaintes. C'est par une seconde résolution du conseil d'administration, adoptée le 21 mai 2003, que le mandat du Commissaire aux plaintes des personnes assurées a été revu la dernière fois pour notamment tenir compte du fait que le traitement des plaintes n'est pas une responsabilité exclusive du Commissaire, mais que celle-ci est partagée à tous les niveaux de l'organisation, comme en faisait foi sa Politique administrative pour le traitement des plaintes (2-10000-002), adoptée également en 2003. La présente Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées constitue ainsi la mise à jour de cette politique.

Par ailleurs, l'administration gouvernementale québécoise place au cœur de ses priorités la qualité des services qu'elle offre aux citoyens. La Régie souscrit à cette préoccupation. Sa loi constitutive lui impose d'ailleurs l'obligation de rendre publics ses objectifs à l'égard des services qu'elle offre, de la qualité de ceux-ci, ainsi que l'obligation de bien connaître les attentes de sa clientèle. En outre, le traitement des plaintes s'appuie aussi sur les assises légales suivantes :

- l'article 2 de la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1);
- les articles 1, 6 et 7 de la Loi sur l'administration publique (RLRQ, chapitre A-6.01).

Dans sa Déclaration de services aux citoyens, la Régie précise les valeurs qui guident ses actions, qui sont le respect, l'intégrité et l'équité. De plus, elle s'engage par divers moyens à s'assurer de la satisfaction de sa clientèle à l'égard de ses produits et de ses services.

C'est dans cet esprit qu'a été élaborée la présente directive. Elle a pour objet d'assurer un traitement efficace des plaintes et, ainsi, de contribuer à l'amélioration continue des services offerts par la Régie. Elle s'inspire des meilleures pratiques en cette matière, qui situent la gestion de la satisfaction au centre d'un service de qualité.

Champ d'application

Cette directive vise la prise en charge des plaintes formulées par les citoyens et s'applique à tout le personnel qui interagit avec cette clientèle. Chaque employé a, dans le cadre de ses attributions, la responsabilité de répondre aux besoins de la clientèle et de tenter de résoudre les motifs d'insatisfaction dès qu'ils sont portés à son attention, en utilisant les moyens mis à sa disposition. Si, malgré les efforts déployés, le citoyen manifeste toujours de l'insatisfaction, les autres recours possibles lui sont indiqués; il peut, notamment, s'adresser au supérieur immédiat de l'employé qui a répondu, porter sa plainte auprès du Commissaire aux plaintes des personnes assurées, ou encore contester en révision la décision rendue.

Des structures d'accueil différentes ont été mises en place pour :

- les citoyens qui désirent contester les décisions rendues relativement à leur admissibilité aux divers régimes et programmes administrés par la Régie, dont la structure est précisée dans la Directive sur la révision et recours par la personne assurée d'une décision rendue par la Régie (AM-3102);
- les professionnels de la santé qui désirent porter plainte au sujet des services qui leur sont offerts par la Régie, dont la structure est précisée dans la Directive concernant le traitement des plaintes des professionnels de la santé (AM-2502).

Par ailleurs sont exclues de la directive :

- toutes demandes d'assistance de la part des citoyens;
- les plaintes pour lesquelles un appel est déjà interjeté devant un tribunal administratif ou judiciaire.

Énoncé de la directive

Objectifs

La directive vise à :

- accroître le degré de satisfaction de la clientèle envers les produits et les services offerts par la Régie;
- accueillir et accompagner la personne qui porte plainte ou qui souhaite formuler un commentaire;
- contribuer à l'amélioration des produits et de la prestation de services de la Régie;
- uniformiser le traitement efficient des plaintes reçues.

Règles générales

Les fondements de la directive reposent sur les principes directeurs suivants :

- Le traitement des plaintes doit se faire dans le respect des lois, des règlements et des normes en vigueur;
- Toute personne a droit d'être informée de l'existence du Commissaire aux plaintes des personnes assurées et d'y être dirigée, si elle le désire;

- Une approche organisationnelle positive est préconisée dans le traitement des plaintes afin de favoriser une ouverture à l'égard des sources d'insatisfaction de la clientèle (occasions de mieux connaître les besoins et les attentes de la clientèle et d'apprécier les façons de faire de la Régie). En outre, les éléments suivants doivent notamment être considérés dans le traitement des plaintes :
 - la gravité des problèmes,
 - leurs conséquences pour la personne et la collectivité,
 - leur fréquence,
 - l'effet collectif des solutions apportées;
- Le processus implique la responsabilisation de chaque intervenant et mise sur la collaboration, la transparence et l'imputabilité des unités administratives concernées par les plaintes. Ainsi :
 - La démarche de la personne est facilitée afin qu'elle puisse communiquer en toute confiance,
 - La plainte doit être traitée avec impartialité et célérité, et ce, tant au sein du Commissaire qu'auprès des collaborateurs internes qualifiés, lorsque la situation s'y prête,
 - Chaque intervenant doit tenir compte du fait que les personnes :
 - peuvent être parfois démunies vis-à-vis de l'appareil gouvernemental,
 - n'ont pas de contrôle sur leur état de santé physique ou mentale,
 - peuvent être fragilisées par leur contexte de vie personnel,
 - Chacune des interventions posées doit être documentée, et ce, tant à l'interne qu'à l'externe (citoyens, partenaires, etc.),
 - Le traitement des dossiers doit se faire en mode solutions, lorsque la situation s'y prête,
 - L'information communiquée doit être dans un langage ajusté à la bonne compréhension du citoyen, juste et uniforme;
- Une plainte reçue par le Commissaire est considérée comme fondée lorsque l'analyse des faits démontre au moins l'un des éléments suivants :
 - Une contradiction ou un écart entre les façons de faire ou l'application de lois, de règlements, de normes, de politiques ou de processus en vigueur, incluant les engagements énoncés dans la Déclaration des services aux citoyens de la Régie (courtoisie, compétence, accessibilité et rapidité),
 - Un manque de cohérence ou d'équité dans le traitement de dossiers,
 - L'absence de règles face à certaines situations soulevées par la clientèle,
 - Le manque d'exactitude, de clarté ou de convivialité de renseignements transmis par écrit ou verbalement,
 - Une plainte pourrait également être fondée lorsque, sans qu'il ait été possible de conclure à une erreur ou à un manquement énoncés précédemment, les renseignements disponibles permettent de conférer le bénéfice du doute au citoyen dans une approche d'impartialité, et ce, dans le respect des lois et des règlements en vigueur;
- Une plainte non fondée – c'est-à-dire qui ne répond pas aux critères mentionnés précédemment – est quand même considérée dans la mesure où elle peut servir à bonifier des modifications apportées aux lois, aux règlements, aux normes, aux politiques ou aux processus en vigueur.

Description du processus

Plainte adressée directement à la Régie par le citoyen

Si, au cours des échanges habituels, un citoyen exprime une préoccupation ou une insatisfaction, l'employé de la Régie veillera à fournir les explications demandées.

Si, malgré les efforts déployés, le citoyen manifeste toujours de l'insatisfaction, les autres recours possibles lui sont indiqués. Il peut alors soit :

- s'adresser au supérieur immédiat de l'employé qui a répondu ou à son gestionnaire,
- porter sa plainte auprès du Commissaire aux plaintes des personnes assurées,
- contester en révision administrative ou devant les tribunaux la décision rendue par la Régie.

En outre, l'unité administrative qui a répondu au citoyen peut lui communiquer les coordonnées du Commissaire et l'inviter à communiquer directement avec ce dernier si son insatisfaction persiste malgré les interventions précédentes.

L'information sur les services offerts par le Commissaire est également disponible sur le site Internet de la Régie.

Le citoyen peut s'adresser au Commissaire par téléphone ou par la poste. Les personnes qui ont recours au courriel, aux réseaux sociaux ou à la télécopie sont jointes par téléphone pour poursuivre les échanges, et ce, dans le but de protéger la confidentialité.

Les plaintes dirigées au Commissaire sont prises en charge par l'un des employés. Chaque personne est accompagnée par l'employé responsable de son dossier, jusqu'à ce que l'intervention soit terminée.

Chaque plainte est analysée et, selon sa complexité, son traitement peut se faire en un seul échange avec la personne ou s'étaler sur plusieurs jours, voire sur plusieurs semaines, et nécessiter une série d'interventions auprès de la personne et des secteurs opérationnels concernés.

Les plaintes relatives à la Déclaration de services aux citoyens – c'est-à-dire qui ont trait à la courtoisie et à la compétence des employés de la Régie ou encore à la rapidité et à l'accessibilité des services – font l'objet d'une fiche d'analyse spécifique. Cette fiche est remplie avec le Commissaire et le gestionnaire responsable du ou des employés concernés ou encore du domaine concerné. Dans de tels cas, il est important, pour établir le fondement d'une plainte liée à la courtoisie, d'avoir le point de vue de l'employé sur la situation.

Pour le soutenir dans ses interventions, le personnel du Commissaire peut compter sur un réseau de collaborateurs couvrant tous les secteurs opérationnels de la Régie.

Chaque fois qu'un citoyen s'adresse au Commissaire, trois préoccupations sont systématiquement prises en considération :

- régler le plus efficacement possible la plainte;
- informer clairement le citoyen;
- soulever, à partir des questions qui lui sont soumises, s'il y avait lieu de revoir les façons de faire pour éviter que la situation problématique soulevée se reproduise.

Le processus de traitement des plaintes peut ainsi aller plus loin que le seul traitement de la plainte par le Commissaire auprès de la clientèle. Chaque plainte est en effet considérée comme une occasion pour l'organisation d'améliorer son service à la clientèle.

Plainte adressée à la Régie par l'entremise d'un journaliste ou de réseaux sociaux

La Régie ne commente pas auprès des journalistes les dossiers particuliers des citoyens.

Le responsable des relations de presse invite un citoyen qui adresse une plainte par l'entremise de réseaux sociaux à communiquer par téléphone ou par la poste avec le Commissaire aux plaintes des personnes assurées.

Plainte adressée à la Régie par l'entremise du Protecteur du citoyen

Par son pouvoir d'enquête, le Protecteur du citoyen peut communiquer avec n'importe quelle entité administrative de la Régie pour échanger relativement à une plainte qu'il a reçue. Toutefois, un réseau de répondants est désigné pour collaborer aux demandes du Protecteur du citoyen.

Une plainte adressée au Protecteur du citoyen relativement à la courtoisie ou à la compétence d'un employé de la Régie est directement transférée au Commissaire, qui remplira la fiche d'analyse avec le gestionnaire responsable du ou des employés concernés.

Plainte adressée à la Régie par l'entremise d'un député

Une ligne téléphonique est consacrée aux députés et à leur personnel qui adressent une plainte au nom d'un citoyen de leur circonscription. C'est le représentant désigné par le Directeur général de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées qui reçoit la plainte et l'achemine à l'unité administrative concernée pour le traitement, le cas échéant.

Plainte adressée à la Régie par l'entremise du Cabinet (ministre, ministre délégué ou sous-ministre)

Le Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, le Cabinet du ministre délégué et le Cabinet du sous-ministre communiquent les plaintes qu'ils ont reçues au regard des produits ou des services offerts par la Régie au président-directeur général. Le personnel du président-directeur général dirige alors la demande de traitement de la plainte à l'unité administrative déléguée à cet effet.

Recommandations formulées par le Commissaire aux plaintes des personnes assurées

Le Commissaire formule par écrit des recommandations relatives à l'amélioration du service à la clientèle, et ce, à partir de plaintes ou de suggestions qu'il a reçues de la part de citoyens.

Chaque recommandation est envoyée au directeur de l'unité administrative concernée, qui désigne un représentant pour déterminer les solutions à appliquer et le rythme de leur mise en place.

Les vice-présidents et les autres gestionnaires relevant du président-directeur général prennent acte des recommandations du Commissaire qui concernent leurs unités respectives et approuvent les solutions proposées et le calendrier de travail.

Rôles et responsabilités

L'application de la Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées demande la collaboration de plusieurs intervenants, dont les principales responsabilités sont les suivantes :

Président-directeur général

- approuve la Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées (AM-2501);
- entérine les recommandations du commissaire aux plaintes sur avis du directeur du président-directeur général.

Secrétariat général et Bureau du président-directeur général

- reçoit les recommandations du Commissaire;
- partage les recommandations reçues avec le président-directeur général;
- s'assure du suivi des correctifs nécessaires à l'amélioration continue de la qualité des services et mandate le Commissaire de lui rendre compte de la progression des travaux.

Commissaire aux plaintes des personnes assurées

- offre à la clientèle un complément aux services offerts à la Régie pour recevoir les plaintes et y donner suite à l'intérieur d'un délai habituel de 10 jours ouvrables après le dépôt de la plainte;
- transige, par l'intermédiaire des représentants désignés par les vice-présidences, afin de procéder à l'examen des plaintes;
- recherche l'obtention des services ou des bénéfices auxquels une personne a droit;
- peut faire des représentations au nom d'une personne, soit dans l'analyse d'une décision non rendue ou, si une décision de première instance est déjà rendue, en demandant aux unités administratives concernées de procéder à un réexamen;
- soumet au président-directeur général des recommandations sur l'amélioration de la qualité des services;
- assure le suivi des recommandations entérinées par le président-directeur général et rend compte de la progression des travaux auprès du Secrétariat général et Bureau du président-directeur général;
- tient une compilation des plaintes reçues et produit les rapports d'information de gestion requis pour répondre aux besoins de reddition de comptes.

Vice-présidents et autres gestionnaires relevant du président-directeur général

- sont responsables de l'application de la directive au sein des unités administratives qui relèvent d'eux;
- sont responsables d'approuver les solutions proposées pour répondre aux recommandations du Commissaire ainsi que le calendrier de travail pour leur mise en place;
- sont responsables d'apporter ou de faire apporter, dans la mesure du possible, les correctifs nécessaires à l'amélioration continue de la qualité des services dans leur vice-présidence;
- sont responsables de désigner un répondant, s'il y a lieu, qui assure le traitement des plaintes en collaboration avec le personnel du Commissaire ou du Protecteur du citoyen lorsqu'un citoyen s'adresse directement à ces deux instances.

Gestionnaires

- s'assurent que les membres du personnel sous leur responsabilité prêtent assistance à toute personne qui désire formuler une plainte et traitent les plaintes selon la procédure établie dans leur unité administrative.

Répondants aux plaintes

- collaborent au traitement des plaintes selon les pratiques déterminées par leurs autorités, le Commissaire et le Protecteur du citoyen;
- recueillent et assurent le suivi de l'information au sein de leur unité respective.

Employés

- traitent les plaintes qui leur sont adressées selon la procédure établie dans leur unité administrative, à moins qu'ils ne soient mis en cause par elles;
- informent le citoyen sur la marche à suivre pour soumettre une plainte, s'il y a lieu.

Définitions

Clientèle

Personne assurée au régime d'assurance maladie, ou qui entreprend des démarches pour le devenir, qui porte plainte :

- directement à la Régie;
- par l'entremise du Protecteur du citoyen;
- par l'entremise d'une autre instance gouvernementale, dans le cas d'une plainte commune;
- par l'entremise d'un tiers qui le représente légalement ou non (conjoint, parent, avocat, tuteur, etc.).

Plainte

Communication orale ou écrite d'un mécontentement de la clientèle vis-à-vis d'un produit ou d'un service rendu par la Régie ou par l'un de ses mandataires, pour lequel la personne se sent lésée (préjudice) et pour lequel elle demande généralement une action immédiate. Le traitement de la plainte peut mener à une recommandation si elle est considérée comme fondée.

Recommandation

Conseil émis avec insistance, mais sans caractère obligatoire, de procéder à une modification de quelque nature que ce soit (procédurale, systémique, etc.) dans le but d'améliorer les produits et les services offerts par la Régie à sa clientèle.

