

# RAPPORT ANNUEL 2018-2019

Commissaire aux plaintes  
des personnes assurées

RÉGIE DE L'ASSURANCE

MALADIE DU QUÉBEC



---

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

**Édition**

Direction des communications

# RAPPORT ANNUEL 2018-2019

Commissaire aux plaintes  
des personnes assurées

RÉGIE DE L'ASSURANCE

MALADIE DU QUÉBEC

# TABLE DES MATIÈRES

Mot du commissaire aux plaintes des personnes assurées	5
Commentaires du Comité de direction	6
Historique du mandat du Commissaire	7
Processus de traitement des plaintes	8
Classification des dossiers	9
Classification selon le type de dossier	9
Classification selon le sujet	9
Principaux processus opérationnels associés à la vice-présidence 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 des plaintes	14
Accessibilité des services	15
Rapidité des services	17
Processus	19
Cadre normatif et réglementaire	21
Qualité des services	22
Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres et autres sujets d'insatisfaction	23
Portrait des demandes d'assistance	24
Portrait de la clientèle	26
Portrait de la réception des dénonciations	27
ANNEXE 1	
Directive sur le traitement des plaintes des personnes assurées	28
Introduction	28
Énoncé de la directive	29
Description du processus	31
Rôles et responsabilités	33
Définitions	34

# Mot du commissaire aux plaintes des personnes assurées

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport d'activités du Commissaire aux plaintes des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019. Le premier enjeu identifié par la Régie dans sa planification stratégique 2017-2021 est l'expérience client. L'un des objectifs retenus afin de relever les défis liés à cet enjeu est de favoriser l'implication des clientèles dans l'amélioration de la prestation de service. En exprimant leur insatisfaction ou en formulant un commentaire au Commissaire, les citoyens contribuent à l'atteinte de cet objectif. Le présent rapport vise donc à faire entendre leur voix en documentant les plaintes qu'ils ont formulées et en présentant les principaux irritants et problèmes les ayant conduits à exprimer leur mécontentement.

En plus du portrait des plaintes, le rapport rend également compte de la prestation de service du Commissaire au cours de la dernière année. Malgré une hausse du volume des demandes, il a été possible de maintenir et même d'améliorer la qualité des services offerts. Ceci n'aurait pas été réalisable sans la collaboration soutenue des répondants sectoriels, de leurs gestionnaires et, surtout, sans le dévouement et le professionnalisme des employés du Commissaire, qui accueillent, écoutent et rassurent les citoyens faisant appel à nos services. En mon nom personnel et au nom de nos clients, je les en remercie!

Le commissaire aux plaintes des personnes assurées,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Charles St-Pierre'.

Charles St-Pierre

# Commentaires du Comité de direction

Le Comité de direction (CODIR) de la Régie de l'assurance maladie du Québec a pris connaissance du présent rapport du Commissaire aux plaintes des personnes assurées. À la lecture des données du rapport, le CODIR a pu constater que les attentes de la clientèle, bien qu'ayant majoritairement reçu une réponse adéquate, n'ont pas été totalement satisfaites. Ce rapport dénote certaines lacunes, notamment au niveau de la qualité et de l'accessibilité des services.

La prise en compte de ces constats permettra à la Régie de mettre en place rapidement diverses mesures afin de corriger les problèmes exprimés par les citoyens. Précisons que l'organisation a déjà amorcé des travaux et est proactive dans la recherche de solutions novatrices pour améliorer l'expérience de sa clientèle à l'égard de sa prestation de service.

Ainsi, au cours des derniers mois, la Régie a accentué son virage numérique en rendant disponibles en ligne des formulaires pour l'obtention d'une carte d'assurance maladie. Sur le plan du système de réponse vocale interactive, des ajustements ont été apportés afin de simplifier la navigation.

L'organisation a également revu certaines de ses pratiques relatives aux preuves de présence pour les personnes nouvellement arrivées ou de retour au Québec, en leur offrant un meilleur accompagnement pour faciliter leur compréhension de ce qui est requis. Il en est de même pour les frais facturés aux personnes assurées : la mise en place d'une préanalyse des demandes au moment de leur réception évite qu'une personne n'attende son remboursement alors que sa demande est incomplète ou irrecevable.

Divers travaux d'optimisation du processus d'inscription au régime d'assurance maladie sont en cours, et ce, afin d'en alléger la démarche administrative. Également, une analyse est amorcée afin d'identifier les motifs sous-jacents à la sous-utilisation de certains services en ligne, dont celui servant à s'inscrire à l'assurance médicaments ou à s'en désinscrire.

Bien qu'il soit trop tôt pour témoigner des effets à long terme de ces pistes d'amélioration, force est de constater qu'un début de migration de la clientèle vers les nouveaux services numériques a eu lieu. Combinées aux réflexions qui ont cours actuellement afin de répondre aux attentes gouvernementales en matière de transformation numérique, on peut anticiper que toutes ces mesures auront un impact positif sur la qualité et l'accessibilité des services. Par le fait même, en rendant la clientèle plus autonome dans ses transactions avec la Régie, l'organisation pourra consacrer davantage d'effort à soutenir les clientèles vulnérables.

La voix du client, que ce soit par l'intermédiaire de plaintes ou de tout autre commentaire obtenu par des mécanismes de consultations, sera toujours perçue par le CODIR comme une source essentielle et incontournable pour le maintien et l'amélioration de sa prestation de service. Ainsi, le CODIR s'engage à prendre en compte les différents constats découlant du rapport du Commissaire aux plaintes lors de l'élaboration de son prochain plan stratégique, en avril 2020.

# 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 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 Secrétariat général et 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 par 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 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 qui en est responsable

**Vice-présidence aux services 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 gestion des programmes d'aides techniques et des 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, à Carnet santé Québec 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 trop fort volume d'appel 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 de paiement pour des médicaments d'exception, critères d'autorisation pour des chirurgies esthétiques, 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 faire évoluer les lois, les règlements, les normes, les politiques ou les processus en vigueur.

# Portrait global de l'activité

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

	2018-2019	2017-2018	2016-2017
Plaintes	562 (30 %)	378 (27 %)	371 (40 %)
Demandes d'assistance	1245 (68 %)	999 (71 %)	518 (56 %)
Suggestions	39 (2 %)	29 (2 %)	36 (4 %)
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>1406</b>	<b>925</b>

## Demandes traitées selon la nature du service et le type de dossier

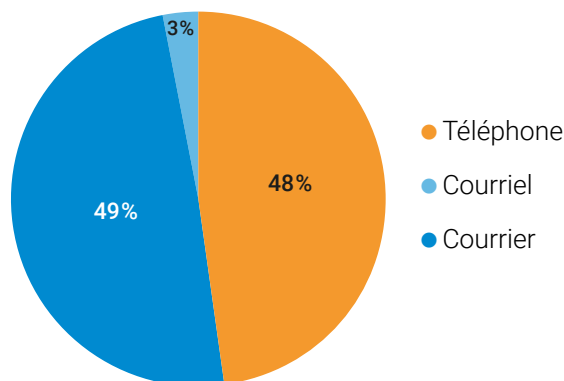
Secteurs	Demandes d'assistance	Plaintes	Suggestions	Total
Services liés à l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments	408	431	16	<b>855</b>
Services liés aux programmes d'aides techniques et aux programmes d'aide financière	55	36	0	<b>91</b>
Services liés au remboursement des services médicaux et à la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille	336	75	5	<b>416</b>
Autres services de la Régie (Carnet santé Québec, demande d'accès à l'information, etc.)	112	11	12	<b>135</b>
Hors Régie	334	9	6	<b>349</b>
<b>Total</b>	<b>1245</b>	<b>562</b>	<b>39</b>	<b>1846</b>

### COMMENTAIRES

- Le nombre total de demandes traitées par le Commissaire aux plaintes des personnes assurées est en progression depuis quelques années. Il a augmenté de 31 % par rapport à l'exercice 2017-2018 alors qu'il avait déjà progressé de 52 % par rapport à l'année précédente.
- Le volume de plaintes traitées s'est accru de manière significative, passant de 378 à 562, soit une hausse de 49 %. Notons que cette hausse du volume de plaintes s'est produit alors que le volume des appels et des demandes est demeuré stable par rapport à 2017-2018. En conséquence, on note par cette hausse des plaintes que les services offerts par la Régie semblent avoir moins bien répondu aux attentes de la population au cours de cet exercice qu'au cours de l'année dernière. Les sujets d'insatisfactions qui expliquent cette hausse seront présentés dans les sections suivantes.

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

### Répartition des moyens de communication utilisés par les citoyens<sup>1</sup> en 2018-2019



#### COMMENTAIRES

- En 2018-2019, 49% des personnes qui ont formulé une plainte ou demandé assistance au Commissaire ont utilisé le service de courriel sécurisé disponible sur le site Internet de la Régie, soit 717 des 1461 demandes initiales reçues. Soulignons qu'en 2017-2018, 22% des demandeurs avaient utilisé ce moyen de communication, ce qui démontre l'intérêt croissant pour ce mode de communication.
- Le téléphone a été utilisé par 48 % des demandeurs (699). Au cours de l'exercice 2018-2019, les employés du Commissaire ont été en mesure de répondre directement à 46 % des appels alors qu'au cours de l'exercice précédent, 79 % des appels avaient obtenu une réponse directe.

### 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 2018-2019, cet engagement a été respecté dans 94 % des cas, alors que la cible est établie à 80 %.

Par ailleurs, un engagement a 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, la collaboration des répondants sectoriels a permis de traiter 94 % des dossiers en 30 jours ou moins avec un délai de traitement moyen de 7 jours<sup>2</sup>. Cela représente une amélioration par rapport à 2017-2018, où 91 % des dossiers avaient été traités en 30 jours ou moins avec un délai moyen de traitement des dossiers de 10 jours.

1. Il s'agit des moyens de communication utilisés lors de la demande initiale. Une demande initiale peut mener à la création de plus d'un dossier, par exemple une plainte et une demande d'assistance, lorsque les sujets des deux dossiers ne sont pas liés.

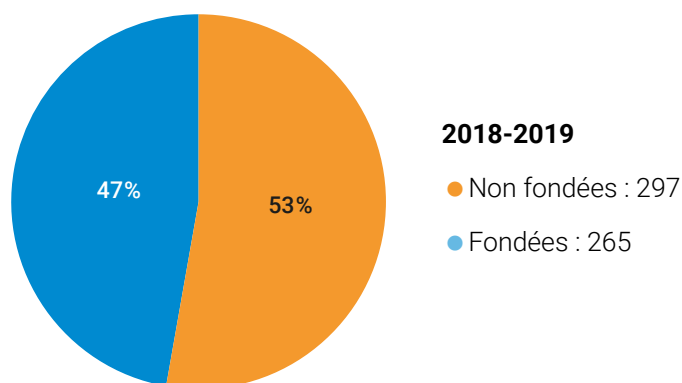
2. Ce délai inclut les fins de semaine et les jours fériés.

## Portrait des plaintes

### Plaintes traitées en fonction du sujet de l'insatisfaction et comparaison avec l'exercice 2017-2018

Sujet de l'insatisfaction	2018-2019	2017-2018
Qualité des services	72	49
Rapidité des services	108	101
Accessibilité des services	135	47
Cadre normatif et réglementaire	82	74
Processus	105	59
Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres	35	22
Autres (violation accidentelle de la confidentialité, perte de documents, etc.)	25	26
<b>Total</b>	<b>562</b>	<b>378</b>

### Répartition des plaintes selon qu'elles ont été jugées fondées ou non



#### COMMENTAIRES

- En 2018-2019, le premier sujet d'insatisfaction de la clientèle concerne l'accessibilité des services, c'est-à-dire la difficulté à obtenir des services au téléphone ou dans un des bureaux d'accueil pendant les heures d'ouverture. Le nombre de plaintes associées à ce sujet a presque triplé par rapport à l'année précédente, passant de 47 à 135.
- Le volume de plaintes relatives à la rapidité des services est demeuré relativement stable par rapport à l'année dernière, avec 108 plaintes. Ce nombre en fait la seconde source d'insatisfaction de la clientèle.
- Avec 105 plaintes cette année, la lourdeur ou la complexité des processus et des exigences se situe au troisième rang des sujets d'insatisfaction de la clientèle. Notons qu'en 2017-2018, 59 plaintes avaient été comptabilisées en lien avec ce sujet.
- La proportion de plaintes considérées fondées est la même cette année qu'en 2017-2018, soit 47 % (265 plaintes fondées).

## Accessibilité des services

### Répartition des plaintes relatives à l'accessibilité des services selon le processus concerné

Processus et sujets	Nombre
Renouvellement de la carte d'assurance maladie	73
Gestion de l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments et régularisation	18
Première inscription, prolongation de la période d'admissibilité et retour au Québec	14
Remplacement d'une carte d'assurance maladie perdue, volée ou brisée	13
Questionnements relatifs à d'autres secteurs ou programmes	7
Modalités d'application du régime général d'assurance médicaments	5
Gestion et mise à jour des données dans le Fichier d'inscription des personnes assurées	3
Départ du Québec	2
<b>Total</b>	<b>135</b>

## COMMENTAIRES

- Comme mentionné, au cours de l'année 2018-2019, l'incapacité à accéder aux services est la première source d'insatisfaction de la clientèle, avec 135 plaintes. Ces plaintes sont de deux types :
  - L'impossibilité d'accéder par téléphone au service voulu. Dans ces situations, après avoir cheminé dans le système de réponse vocale interactive, les personnes reçoivent un message les informant que la Régie connaît un trop fort volume d'appels. Elles sont invitées à rappeler plus tard et le système met ensuite fin à l'appel. Des 135 plaintes reçues, 129 portent sur ce problème;
  - L'impossibilité de rencontrer un agent au bureau d'accueil. Lorsque l'achalandage au bureau d'accueil de Montréal est trop important et qu'il sera impossible de servir plus de clients que ceux déjà présents dans la salle d'attente, l'accueil cesse de recevoir les citoyens. Ceux qui s'y présentent sont alors refoulés par les agents de sécurité qui les invitent à se rendre dans un autre point de service (CLSC) ou à revenir ultérieurement. En 2018-2019, le Commissaire a reçu six plaintes en lien avec la fermeture du bureau de Montréal durant les heures habituelles de services.
- Le renouvellement est le processus présentant, de loin, le plus fort volume de transactions. Bien qu'il ne requière habituellement aucune interaction téléphonique entre le citoyen et la Régie, il est tout de même celui ayant occasionné le plus de plaintes en lien avec l'accessibilité des services téléphoniques. Ainsi, en 2018-2019, plus de la moitié des personnes qui ont formulé une plainte en lien avec ce sujet tentaient de joindre le centre de relations clientèle concernant le renouvellement de leur carte d'assurance maladie.
- Les processus d'inscription et de désinscription, dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, arrivent au second rang, avec 18 plaintes (13 %). Lorsqu'il s'agit d'une désinscription, l'impact pour les citoyens est moindre, car ils ont tout de même accès au remboursement de leurs médicaments puisqu'ils sont couverts par une assurance collective. Cependant, le fait de ne pas être en mesure de procéder à son inscription peut faire en sorte qu'une personne devra assumer le coût de ses médicaments et se faire rembourser par la suite. Des citoyens ont par ailleurs rapporté avoir dû interrompre un traitement, car ils n'avaient pas les moyens de payer leurs médicaments. Il convient cependant de mentionner que la majorité<sup>3</sup> des citoyens peut s'inscrire ou se désinscrire au moyen d'un service en ligne.
- Avec 14 plaintes, soit 10 % des plaintes liées à l'accessibilité des services, les processus de première inscription, retour au Québec ou prolongation de la période d'admissibilité arrivent en troisième place. Or, le fait de ne pas être en mesure de joindre le centre de relations clientèle peut avoir des conséquences sur la date d'admissibilité.

---

3. Certaines situations ne peuvent être traitées au moyen du service en ligne.



## Rapidité des services

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

Processus	Nombre
Renouvellement de la carte d'assurance maladie	34
Remboursement des aides techniques et versement des aides financières (prothèses mammaires notamment)	12
Première inscription, retour au Québec et prolongation de la période d'admissibilité	11
Autorisation de paiement – Patient d'exception et Médicaments d'exception	9
Remboursement des frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé	7
Remboursement des services assurés défrayés par la personne assurée	6
Remplacement d'une carte d'assurance maladie perdue, volée ou brisée	5
Remboursement des soins obtenus hors du Québec	5
Autres processus (obtention de la fiche historique de soins, recouvrement auprès des personnes assurées, etc.)	19
<b>Total</b>	<b>108</b>

## COMMENTAIRES

- Pour qu'une plainte relative aux délais soit considérée comme fondée, il faut que les engagements publics formulés dans la Déclaration de services aux citoyens n'aient pas été respectés. Pour les processus qui ne font pas l'objet d'engagements, le délai raisonnable de traitement a été établi à 90 jours. En 2018-2019, c'est 64 plaintes sur les 108 reçues, soit 59 %, qui ont été jugées fondées.
- Avec près de 32 % des plaintes, le processus de renouvellement occasionne également le plus de plaintes liées aux délais. Mentionnons que près du tiers de ces plaintes (10 plaintes sur les 34 traitées) portent sur le renouvellement de la carte d'assurance maladie obtenue à la suite d'une première inscription ou d'un retour au Québec. Lors de ces renouvellements, les personnes assurées doivent démontrer qu'elles ont respecté les règles de présence au Québec au cours de leur première année d'admissibilité et l'analyse des preuves présentées requiert plus de temps de traitement.
- Avec 12 plaintes (11 %), les processus associés aux programmes d'aides techniques et financières arrivent au second rang. Plusieurs programmes étant concernés, il y a somme toute peu de plaintes associées à chaque programme. Mentionnons tout de même que les changements apportés au programme de remboursement des prothèses mammaires externes ont temporairement accru les délais de traitement, ce qui a occasionné 4 des 12 plaintes portant sur ces processus (33 %).
- Les processus de première inscription, retour au Québec et prolongation de la période d'admissibilité arrivent au troisième rang des processus ayant engendré des plaintes relatives aux délais. Précisons que des 11 plaintes reçues, 5 concernaient des dossiers complexes, présentant des particularités associées à la situation des personnes, ce qui a allongé les délais de traitement.
- Les processus d'autorisation de paiement pour les médicaments et les patients d'exception ont fait l'objet de 9 plaintes (8 %) relatives aux délais, dont 5 ont été jugées fondées. Ces processus présentent un caractère relativement critique pour certains citoyens qui, dans l'attente de l'autorisation, paient leurs traitements, lesquels peuvent être extrêmement chers. Or, si l'autorisation est refusée, plus le délai a été long, plus les citoyens doivent assumer une charge financière importante.

## Processus

### Répartition des plaintes portant sur les processus selon le processus concerné

Processus	Nombre
Renouvellement de la carte d'assurance maladie	44
Programmes d'aides techniques et financières et remboursement des soins reçus hors du Québec	9
Gestion de l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments et régularisation	8
Première inscription, retour au Québec et prolongation de la période d'admissibilité	8
Remplacement d'une carte d'assurance maladie	8
Mise à jour des informations dans le Fichier d'inscription des personnes assurées	7
Guichet d'accès à un médecin de famille et gestion des inscriptions auprès des médecins de famille	6
Carnet santé Québec	5
Autorisation de paiement Patient d'exception et Médicaments d'exception	3
Autres processus	7
<b>Total</b>	<b>105</b>

## COMMENTAIRES

- Bien qu'au troisième rang en termes de volume avec 105 plaintes, les plaintes liées aux processus de la Régie ont connu une progression importante par rapport à l'exercice 2017-2018, avec une augmentation de 77 %. Puisque les plaintes portent principalement sur des éléments qui étaient déjà présents en 2017-2018, il semble que les attentes des citoyens envers les services de la Régie se soient accrues.
- Un des éléments qui conduisent les citoyens à exprimer de l'insatisfaction au Commissaire en lien avec les processus de la Régie porte notamment sur la désuétude des moyens de communication utilisés. Le fait qu'en 2018-2019, la Régie n'utilise toujours pas de mécanismes électroniques comme le courriel pour transmettre ou recevoir des documents ou pour informer sa clientèle suscite du mécontentement chez les personnes assurées. D'ailleurs, près de la moitié des suggestions formulées par la clientèle en lien avec les processus de la Régie touchent à l'actualisation de ses moyens de communication.
- Un autre irritant souvent souligné par la clientèle est l'obligation de s'authentifier sur le site de ClicSÉQR pour accéder aux services en ligne de la Régie. Cette étape est en effet nécessaire pour remplacer une carte d'assurance maladie et pour s'inscrire au régime public d'assurance médicaments ou s'y désinscrire. Les citoyens déplorent la complexité de ce mécanisme et le fait que seules les personnes ayant produit une déclaration de revenus y aient accès. Des plaintes ont également été reçues de la part de citoyens qui, pour différentes raisons, ne sont pas en mesure d'utiliser ClicSÉQR pour accéder au service en ligne pour remplacer leur carte d'assurance maladie perdue, volée ou brisée et qui doivent donc déboursier 25 \$ au lieu des 15 \$ exigés lorsque la transaction est réalisée en ligne.
- La rigidité des critères de recevabilité des preuves de résidence conduit également les citoyens à exprimer de l'insatisfaction auprès du Commissaire en lien avec les processus de renouvellement, de première inscription et de retour au Québec.
- Enfin, des citoyens se plaignent des difficultés qu'ils rencontrent pour démontrer, à l'aide des preuves documentaires acceptées, qu'ils ont respecté le critère de présence au Québec pour le maintien de leur admissibilité.

## Cadre normatif et réglementaire

### Répartition des plaintes relatives au cadre normatif et réglementaire en fonction de l'objet de la plainte

Objet de la plainte	Nombre
Portée de la couverture offerte en assurance médicaments	22
Modalités d'application du régime général d'assurance médicaments et critères d'admissibilité au régime public d'assurance médicaments	15
Frais exigés pour le renouvellement d'une carte d'assurance maladie expirée depuis plus de six mois et pour le remplacement d'une carte perdue, volée ou brisée	9
Frais facturés aux personnes assurées	8
Critères d'admissibilité au régime d'assurance maladie	7
Critères d'admissibilité pour l'obtention d'une aide technique	4
Critères d'admissibilité en plastie	4
Autres sujets (portée de la couverture en soins dentaires, normes pour les photographies apposées sur les cartes d'assurance maladie, etc.)	13
<b>Total</b>	<b>82</b>

#### COMMENTAIRES

- La portée de la couverture offerte en assurance médicaments, c'est-à-dire la liste des médicaments couverts, est le premier objet d'insatisfaction de la clientèle envers le cadre normatif et réglementaire de la Régie. Entre autres, les critères de remboursements pour les médicaments d'exception suscitent parfois de l'insatisfaction, particulièrement auprès des personnes qui passent d'une couverture privée au régime public. En effet, plusieurs assureurs remboursent des médicaments d'exception sans exiger de justifications particulières. Ainsi, une fois couverts par le régime public, ces personnes doivent rencontrer leur prescripteur afin qu'il puisse effectuer une demande d'autorisation à la Régie. Elles risquent alors de se voir refuser le remboursement d'un médicament qu'elles prennent parfois depuis des années. Précisons que dans le cas des médicaments pour lesquels un changement de traitement peut occasionner un risque pour la santé des personnes, la Régie autorise généralement le remboursement.
- Sur le plan des modalités d'application du régime général d'assurance médicaments, les insatisfactions exprimées portent notamment sur le caractère obligatoire du régime, particulièrement l'obligation d'adhérer à une assurance collective lorsqu'on y a accès. Certains citoyens déplorent en effet le coût trop élevé des primes exigées par leur assureur et se plaignent de ne pouvoir être couverts par le régime public.
- En matière de frais facturés aux personnes assurées, les plaintes reçues portent principalement sur les frais qui demeurent légaux, puisqu'associés à des services non assurés. Entre autres, le fait que des frais puissent être facturés pour la production d'un rapport, destiné par exemple à un employeur afin de justifier une invalidité, a suscité plusieurs plaintes.

## Qualité des services

### Répartition des plaintes associées à la qualité des services selon leur sujet et comparaison avec 2017-2018

	2018-2019	2017-2018
Compétence du personnel	40	16
Courtoisie du personnel	32	33
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>49</b>

#### COMMENTAIRES

- Lorsqu'un citoyen se plaint auprès du Commissaire du manque de courtoisie ou d'une erreur dénotant le manque de compétence d'un employé, la situation est examinée en collaboration avec le gestionnaire de l'employé, afin de départager les faits et d'identifier les mesures à prendre, le cas échéant.
- Les plaintes relatives à la qualité des services ont connu une croissance de 47 % par rapport à l'année dernière, passant de 49 à 72.
- Alors que les plaintes concernant la courtoisie des employés sont demeurées stables, les plaintes portant sur leur compétence ont plus que doublé. L'analyse des plaintes permet de constater qu'il s'agit essentiellement d'erreurs humaines qui pourraient être facilement corrigées si les personnes touchées avaient accès plus facilement aux agents du centre de relations clientèle. Cette situation semble avoir conduit les personnes assurées à se plaindre davantage de ces erreurs au Commissaire qu'au cours des années précédentes.

## Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres et autres sujets d'insatisfaction

Comparaison avec l'année 2017-2018 pour les plaintes associées à la disponibilité, à la clarté et à l'exactitude des informations et des lettres et aux autres sujets d'insatisfaction

	2018-2019	2017-2018
Disponibilité, clarté et exactitude des informations et des lettres	35	22
Autres (violation accidentelle de la confidentialité, perte de documents, etc.)	25	26
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>48</b>

### COMMENTAIRES

- En matière de disponibilité, de clarté et d'exactitude des informations, deux éléments ressortent cette année :
  - Carnet santé Québec : Cinq plaintes ont été reçues en lien avec l'information offerte par le biais de Carnet santé Québec. Deux portaient sur la non-disponibilité d'informations cliniques (historique pharmaceutique ou rapports d'examen) pour les personnes représentées. Une plainte concernait l'absence de diagnostic et deux plaintes portaient sur le fait que certains rapports d'examen ne sont disponibles qu'en français.
  - Précisons que lorsqu'un citoyen se plaint qu'une information clinique affichée à son carnet est erronée ou qu'elle est absente, il est dirigé vers le responsable de la Coordination centrale de la gestion de l'information de santé DSQ, qui est responsable des informations contenues au Dossier santé Québec que le carnet de santé ne fait que reproduire.
  - Limitations imposées au remboursement des bandelettes de prise de glycémie et des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) : Comme c'était déjà le cas l'année dernière, quelques citoyens se sont plaints en 2018-2019 du manque d'information concernant les limites fixées pour le remboursement des bandelettes ou des IPP, avec comme conséquence l'obligation d'assumer des montants qu'ils n'avaient pas prévus.
- Pour les autres sujets d'insatisfaction, deux éléments méritent d'être présentés :
  - 11 des 25 plaintes associées à cette catégorie concernent la perte de documents. Dans la majorité des cas, les citoyens affirment avoir déposé les documents au CLSC en soutien à leur demande, alors que la Régie ne les a jamais reçus. Comme le formulaire rempli au CLSC pour confirmer que la personne s'y est bien présentée ne détaille pas les documents soumis, il est complexe d'établir si les documents avaient effectivement été déposés ou non.
  - Les changements apportés au visuel de la carte d'assurance maladie ont occasionné 6 plaintes.

## Portrait des demandes d'assistance

### Répartition des demandes d'assistance selon le processus et comparaison avec 2017-2018

Processus	2018-2019	2017-2018
Hors Régie	334	234
Admissibilité à l'assurance maladie et contrôles	177	44
Autres sujets de la Régie (obtention de l'historique de soins, demandes d'accès à l'information, recouvrement des montants payés indûment, Carnet santé Québec, etc.)	167	42
Frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé	164	216
Régime général d'assurance médicaments : admissibilité au régime public d'assurance médicaments et régularisation, modalités d'application, couverture offerte, conformité des régimes privés, etc.	149	167
Guichet d'accès à un médecin de famille et gestion des inscriptions auprès des médecins de famille	118	159
Aides techniques et financières	55	60
Gestion et mise à jour des données dans le Fichier d'inscription des personnes assurées : changement d'adresse, gestion des intervenants secondaires, etc.	38	16
Patient et médicaments d'exception	25	31
Remboursement des soins et des médicaments	18	30
<b>Total</b>	<b>1245</b>	<b>999</b>

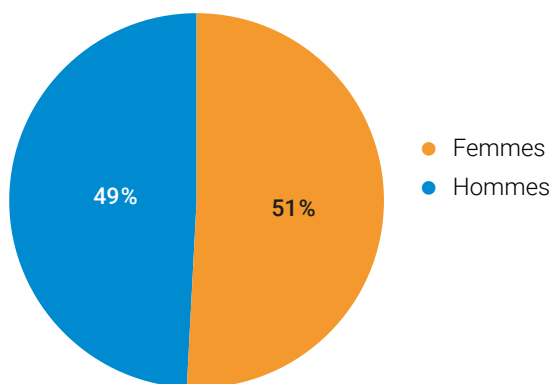


## COMMENTAIRES

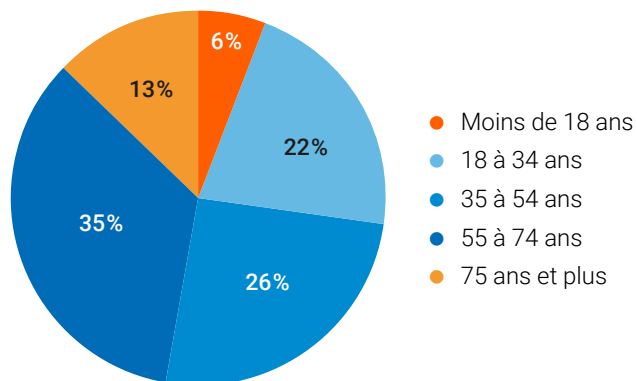
- Le volume de demandes d'assistance traitées par le Commissaire en 2018-2019 a progressé de 25 % par rapport à l'année dernière.
- Encore cette année, une large part des demandes d'assistance ne concernent pas directement les services offerts par la Régie :
  - 334 demandes n'avaient aucun lien avec la mission de la Régie. Il peut par exemple s'agir de questionnements relatifs à la disponibilité de certains soins dans une région donnée ou l'expression d'insatisfactions quant à la qualité des services dispensés en établissement ou au fonctionnement de certaines cliniques. En faisant ce type de demande, les citoyens sont dirigés vers l'instance en mesure de les aider (Ordres professionnels, Commissaires aux plaintes et à la qualité des services des CISSS et CIUSSS, etc.)
  - Le volume de demandes associées aux frais facturés aux personnes assurées par des professionnels de la santé a diminué de 24 %. La très grande majorité des demandes traitées en 2018-2019 étaient des questionnements de la part des personnes quant à la légalité de frais demandés pour des services non assurés. Entre autres, les montants demandés par les ophtalmologistes et optométristes pour des services non assurés, mais présentés aux citoyens comme importants ou requis en vue d'une chirurgie, sont ceux ayant généré le plus de demandes.
  - Les demandes en lien avec le Guichet d'accès à un médecin de famille ou avec la gestion des inscriptions auprès des médecins de famille portent, pour la plupart, sur les délais pour obtenir un médecin et non sur le système informatique administré par la Régie. Quand une personne exprime son insatisfaction par rapport au délai d'attente, elle est référée vers le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de sa région.
- Le nombre de demandes portant sur la gestion de l'admissibilité à l'assurance maladie ainsi que celles concernant d'autres sujets de la Régie (obtention de l'historique de soins, demandes d'accès à l'information, recouvrement des montants payés indûment, Carnet santé Québec, etc.) est quatre fois plus élevé en 2018-2019 qu'il ne l'était en 2017-2018. L'examen de ces demandes permet de constater qu'il s'agit essentiellement de questionnements qui, par les années passées, auraient été traités par le centre de relations clientèle. Il est probable qu'ils aient été formulés au Commissaire au cours de la dernière année en raison des problèmes rencontrés pour parler à un agent du centre de relations clientèle.

# Portrait de la clientèle

## Répartition de la clientèle en fonction du sexe



## Répartition de la clientèle en fonction de l'âge



# 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, lequel a d'ailleurs été utilisé par 227 des 423 personnes ayant procédé à une dénonciation en 2018-2019, soit 54 %. Comme pour les plaintes et demandes d'assistance, on assiste à une migration des demandes vers les services en ligne puisqu'en 2017-2018, c'est 20 % des dénonciations qui avaient été transmises à la Régie par le formulaire Web.

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, même si elle s'identifie, 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 sur les suites de sa dénonciation puisque, selon le cadre légal, seules certaines décisions rendues à la suite de contrôle ont un caractère public. Or, au moment d'accueillir une dénonciation, il n'est pas possible d'établir si la décision pourra ou non être rendue publique.

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 423 dénonciations alors qu'en 2017-2018, c'est 461 dénonciations qui avaient été traitées. De ce nombre, 41 % (172 dénonciations) visaient une personne assurée ou un dispensateur de services, alors que 59 % (251 dénonciations) portaient sur des professionnels de la santé.

Précisons qu'une large part des dénonciations relatives aux professionnels de la santé portait sur des frais facturés à des personnes assurées. 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 selon l'objet de la dénonciation et du moyen de communication utilisé par le dénonciateur

	Dénonciations reçues par téléphone	Dénonciations reçues par le formulaire Web	Total
Personnes assurées et dispensateurs d'aides techniques	83	89	172
Professionnels de la santé	113	138	251
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>227</b>	<b>423</b>

## ANNEXE I

# 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.

