

**ALLOCUTION DE MADAME LISE DENIS,
PROTECTRICE DES USAGERS
EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

**LORS DU COLLOQUE RÉGIONAL
« LA QUALITÉ : LIEU DE CONVERGENCE »
HÔTEL LE CASTEL DE L'ESTRIE
LE 31 MAI 2002**

LA VERSION LUE FAIT FOI

Introduction

On admet souvent qu'une plainte à un ombudsman, tel que le Curateur public, le Protecteur des citoyens ou le Protecteur des usagers, constitue un bon mécanisme pour résoudre efficacement les insatisfactions individuelles, mais aussi pour améliorer globalement la qualité des services.

Il serait démotivant pour tous ceux et celles qui relèvent quotidiennement le défi d'être un commissaire local ou régional à la qualité des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux, ou qui travaillent comme délégués du Protecteur des usagers, de penser que leurs efforts, tout en permettant de résoudre des problèmes individuels, ne pourraient pas générer des effets plus systémiques.

Je crois fermement que les plaintes nous offrent une fenêtre d'opportunité pour améliorer la qualité des services, et cet objectif constitue une des raisons d'être du régime d'examen des plaintes.

Mon allocution abordera ainsi la corrélation entre les plaintes et la qualité des services.

Un peu d'histoire...

D'abord, un peu d'histoire. Nous avons assisté, dans les années 1980 et 1990, à l'émergence – notamment au Canada, aux États-Unis et en Europe – de chartes des droits des patients, à la nomination d'ombudsman dans des établissements de santé et de services sociaux et à l'adoption de lois mettant en place des régimes d'examen des plaintes.

Ce mouvement se situait souvent dans un contexte de réforme du système de santé et de services sociaux, de restrictions dans le niveau de financement des services et d'une plus grande reconnaissance des droits des personnes.

D'ailleurs, à cette époque, les usagers commençaient à revendiquer plus, par l'entremise de groupes de défense ou individuellement, le droit à consentir aux soins, à choisir leur professionnel ou à être informés de l'organisation des services, des programmes de soins ou du plan de traitement. Cela venait bousculer les approches traditionnelles, avouons-le un peu paternalistes, en matière de soins médicaux ou d'intervention psychosociale.

L'accompagnement des patients, la personnalisation des soins et des services et leur adaptation aux besoins des communautés sont graduellement devenus des valeurs qui allaient teinter les approches cliniques et modifier les relations entre l'intervenant et l'utilisateur.

Le Québec avait, dans sa Loi sur les services de santé et les services sociaux datant de 1971, trois articles qui reconnaissaient des droits aux usagers. Il s'agissait du droit à des services adéquats, de la liberté de choix et de l'interdiction de discrimination. En effet, la charte des droits de la personne n'avait pas encore été adoptée à cette époque. Un seul article mentionnait le droit de l'utilisateur de porter plainte et les conseils régionaux de la santé et des services sociaux étaient les instances responsables de recevoir et de traiter ces plaintes.

Dans la foulée du rapport de la commission Rochon, déposé en 1988, le législateur a proposé le projet de loi 120 visant à modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Cette loi était plus explicite sur les droits des usagers. Elle a déterminé que ceux-ci avaient le droit :

- de recevoir de l'information sur les services et les ressources disponibles;
- de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée;
- de choisir leur professionnel, leur établissement;
- de recevoir de l'information sur leur état de santé, sur les options qui s'offrent à eux et sur les risques associés à ces options;
- de consentir aux soins;
- de participer aux décisions les concernant;
- d'être accompagnés ou assistés.

De plus, on a reconnu le droit de l'utilisateur d'avoir accès à son dossier médical et psychosocial.

Le projet de loi 120 créait aussi la fonction de Commissaire aux plaintes et mettait en place un régime d'examen des plaintes. Ce régime permettait aux usagers de porter plainte s'ils étaient insatisfaits des services reçus ou requis d'un établissement, y compris de la part des ressources intermédiaires ou de type familial dont l'établissement retient les services, d'un organisme communautaire, d'une résidence privée d'hébergement agréée ou d'une ressource préhospitalière d'urgence. Le régime prévoyait aussi la possibilité de porter plainte envers une régie régionale dans l'exercice d'une fonction ou d'une activité qui toucherait des usagers.

Le Commissaire aux plaintes devenait le dernier recours dans le cadre du régime d'examen des plaintes.

Après plus de cinq années d'application du régime d'examen des plaintes, le législateur a revu certaines dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en juin 1998, afin d'améliorer le fonctionnement du régime.

Mais ces nouvelles dispositions n'ont pas résolu tous les problèmes d'ordre structurel et fonctionnel du régime. Je pense entre autres :

- à la complexité du processus, qui décourage un grand nombre d'usagers;
- à l'absence d'autorité liée au statut du responsable d'examen des plaintes dans son établissement;
- à l'impossibilité pour les usagers d'utiliser le mécanisme d'examen des plaintes pour celles concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens;
- à l'absence de mesures de protection envers les usagers qui ne peuvent pas utiliser le mécanisme de plainte.

À ces réalités s'ajoutait la peur des représailles qui freinait, pour des usagers, le recours au mécanisme de plainte.

Des consultations au sein du réseau de la santé et des services sociaux en 1999 et le dépôt de deux avis de la Commissaire aux plaintes, en 1999 et en 2000, ont mené à l'élaboration du projet de loi n° 27 sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Ce projet de loi a été adopté en décembre 2001 et l'ensemble de ses dispositions est entré en vigueur le 1^{er} avril dernier. Le projet de loi 27 est venu répondre aux lacunes du régime instauré par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout en préservant ses acquis.

Ainsi, la loi simplifie le processus de plainte pour l'utilisateur : maintenant, il y a deux paliers d'examen des plaintes au lieu de trois (l'établissement ou la région régionale, ensuite le Protecteur des usagers). La loi définit clairement les responsabilités de chaque palier et de chaque instance en matière de respect des droits des usagers et de mécanisme de plainte.

La loi crée le Protecteur des usagers, lui confiant des responsabilités accrues en matière de protection des droits des usagers.

Elle soutient l'amélioration continue de la qualité des services, notamment en confiant aux commissaires locaux et régionaux à la qualité des services la responsabilité de faire des recommandations aux conseils d'administration des établissements et des régions régionales en vue d'améliorer les services.

La loi instaure également des mesures de protection pour les clientèles vulnérables.

Finalement, elle permet un recours « administratif » concernant les médecins, pharmaciens, dentistes et résidents et elle prévoit la nomination de médecins examinateurs et de comités de révision dans les établissements dispensant des services de santé.

Un régime d'examen des plaintes résolument tourné vers l'amélioration de la qualité des services

Ce qui distingue l'actuel régime d'examen des plaintes du précédent, c'est l'esprit de la loi qui l'encadre. En effet, le législateur a voulu créer un lieu où allaient converger les insatisfactions des usagers, les informations sur les situations touchant le respect des droits des usagers, la réflexion sur l'amélioration continue des services, la promotion du régime d'examen des plaintes et la mobilisation du personnel dans des projets axés sur la qualité et sur le développement de façons de faire mieux adaptées aux besoins de la clientèle.

Ce lieu privilégié, ce pivot, c'est le commissaire local et régional à la qualité des services.

Et l'instance responsable de donner suite aux observations, recommandations et avis émanant du commissaire local ou régional à la qualité des services, tant sur l'examen des plaintes que sur les mesures visant l'amélioration de la qualité des services, c'est le conseil d'administration de l'établissement ou de la région régionale.

Cette loi réhabilite la plainte dans son rôle le plus noble, soit celui d'un indicateur important sur la capacité de notre système de santé et de services sociaux de répondre aux besoins d'une population.

Comment définir la qualité?

La qualité est un concept multidimensionnel qui peut s'appliquer à la fois à des facteurs de production, à des processus ou à des résultats atteints. De plus, la qualité peut signifier des choses bien différentes selon que nous sommes un usager, un professionnel ou un administrateur.

Par exemple, dans les sondages effectués dans le réseau, on note qu'une grande portion de la population est préoccupée par les aspects liés aux relations humaines, soit l'écoute et l'empathie du personnel, et aux délais d'attente pour obtenir un service. Les professionnels se diront préoccupés de l'effet de la fermeture de lits sur l'accessibilité des soins, et les administrateurs verront la diminution du nombre d'analyses de laboratoire comme étant très compatible avec la qualité des services souhaitée.

La mesure de la qualité pose aussi un problème. Les instruments sont ou bien trop globaux ou trop précis. Les plaintes permettent de jeter un regard d'ensemble sur l'établissement, mais elles visent souvent certains services et non pas tous. L'agrément donne aussi une opportunité d'évaluer la « performance » d'un établissement et la qualité de sa gestion et de ses interventions, mais ce mécanisme ne suffit pas à garantir un niveau acceptable de qualité dans l'établissement.

Cette situation a amené des initiatives locales et régionales afin de définir la qualité et de la mesurer. D'ailleurs, l'Association des hôpitaux du Québec a inventorié 250 outils et mécanismes d'amélioration continue de la qualité qui sont utilisés dans les établissements membres de cette association, ce qui démontre bien le niveau de mobilisation du réseau autour de la qualité des services.

Ainsi, plusieurs « modèles » existent dans le réseau, allant d'un tableau de bord avec des indicateurs jusqu'aux outils de monitoring. Ce qui ressort de ces outils d'évaluation de la qualité, c'est que la plupart englobent les dimensions normatives, soit les normes administratives, cliniques et professionnelles, et les normes touchant le point de vue des usagers, dont l'examen des plaintes. On recherche ainsi à mesurer le degré de satisfaction des usagers, et cette dimension prend toute sa place dans le mécanisme d'évaluation de la qualité des services.

Que nous apprend l'examen des plaintes?

Nous examinons, dans le réseau de la santé et des services sociaux, des plaintes de façon structurée depuis 1971. Des comités d'usagers se sont implantés dans les établissements et des responsables de l'examen des plaintes ont été mis en place depuis 1993.

Au fur et à mesure que le régime d'examen des plaintes s'implantait et que l'information sur ce mécanisme était diffusée, on a noté une augmentation du nombre de plaintes. Par contre, d'une année à l'autre, les pourcentages fluctuent selon les motifs de plaintes.

Par exemple, en 2000-2001, les principaux motifs des plaintes qui ont été déposées en dernier recours ont été les aspects cliniques et professionnels des soins et services, qui représentaient 22 % des plaintes; l'accessibilité des services et leur continuité, 21 %; le respect des droits particuliers des usagers, 20 %; et les relations interpersonnelles, 17 %.

En 2001-2002, les pourcentages étaient légèrement différents. Les principaux motifs de plaintes touchaient encore les aspects cliniques et professionnels des soins et services, soit 25 % des plaintes; l'accessibilité des services et leur

continuité, 24 %; le respect des droits particuliers des usagers, 17 %; et les aspects financiers, 14 %.

Les instances qui récoltent le plus de plaintes en dernier recours demeurent les centres hospitaliers et les centres jeunesse. Viennent au troisième rang les CLSC et, en quatrième, les organismes communautaires. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée occupent le cinquième rang, suivis des régies régionales, des services préhospitaliers d'urgence et des centres de réadaptation.

Quand on compare les résultats des plaintes des deux dernières années, on peut conclure que, malgré l'application de mesures correctives, les insatisfactions des usagers demeurent élevées à l'égard du plan de traitement, de la compétence du personnel ou de son savoir-faire (aspects cliniques et professionnels) ainsi qu'à l'égard de l'accessibilité et de la continuité des services. La diminution du nombre de plaintes concernant le respect des droits des usagers est encourageante, mais l'amélioration la plus notable a trait aux relations interpersonnelles.

Une recension des écrits, que nous avons commandée à des chercheurs dirigés par M. Éric Gagnon, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Québec, et portant sur l'accessibilité aux mécanismes de plainte, nous permet de comparer les motifs de plaintes dans divers systèmes de santé.

Des études américaines et anglaises ont démontré que les principaux motifs de plaintes portent sur le comportement de l'intervenant ou du médecin, le manque d'information et l'impolitesse. Selon plusieurs des auteurs consultés par cette équipe de recherche, « la bonne communication et l'attention portée à l'utilisateur par les intervenants » est la variable qui prédit le mieux la satisfaction des usagers. D'ailleurs, une étude comparative portant sur les poursuites judiciaires pour fautes médicales en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis a démontré que la motivation principale des patients à porter plainte, outre les compensations financières, était que soit reconnue l'erreur et qu'elle soit évitée pour d'autres.

L'objectif poursuivi par ces patients est donc d'améliorer la qualité des services, et le moyen pour y parvenir est la plainte.

Existe-t-il une relation entre la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services?

Maintenant, peut-on démontrer que l'instauration de mécanismes de plainte depuis 1971 et celle d'un véritable régime d'examen des plaintes en 1993 ont contribué à l'amélioration globale de la qualité des services au Québec?

Comme le mentionne l'équipe de chercheurs dirigée par M. Éric Gagnon, dans sa recension des écrits portant sur l'accessibilité des usagers aux mécanismes de plainte, peu d'études font état des effets de ces régimes et de l'atteinte des objectifs poursuivis, dont l'amélioration de la qualité des services.

Ces chercheurs ont toutefois noté que, dans certaines études américaines, il était fait mention que la présence d'un ombudsman avait permis de réduire considérablement – dans les centres d'hébergement de longue durée – les situations de négligence et d'abus envers les clientèles plus vulnérables. D'autres études ont démontré que la présence d'un ombudsman avait favorisé une plus grande expression des insatisfactions (rétroaction) et avait contribué à corriger des problèmes particuliers et des abus, mais que cette présence n'avait pas apporté de changements profonds quant aux pratiques professionnelles ni en ce qui concerne le rehaussement des normes de pratique.

La plupart des recherches confirment par contre que l'analyse des plaintes et l'application des recommandations de l'ombudsman ont permis aux établissements d'ajuster leur programmation de services aux besoins de leur clientèle, de fidéliser celle-ci et d'augmenter le degré de confiance de la clientèle envers leur administration.

Finalement, l'équipe de recherche conclut que l'évaluation de l'atteinte, par le régime d'examen des plaintes, d'objectifs d'amélioration de la qualité des services pose « différents problèmes méthodologiques » et que les résultats qui ont pu être observés par différents auteurs américains, australiens et anglais ne sont pas « faciles à apprécier ».

Qu'en est-il au Québec?

Nous n'avons pas retracé d'études ou de recherches exhaustives portant sur l'efficacité du régime d'examen des plaintes ou sur son effet sur la qualité des services. Cependant, plusieurs examens de plaintes ont permis d'apporter des solutions à des problèmes systémiques et, en bout de piste, à améliorer l'accessibilité de services, leur continuité ou simplement à créer de nouveaux services.

J'ai retenu trois exemples pour illustrer mon propos.

L'examen de plaintes au premier palier : un exemple de la région de la Montérégie

Je tiens à souligner que j'aurais pu choisir n'importe quel établissement de votre région pour illustrer mon propos. Le hasard a déterminé le choix d'un centre hospitalier.

L'an dernier, l'examen des plaintes dans cet établissement a permis d'améliorer l'offre de certains services et des façons de faire en adaptant ceux-ci davantage aux attentes des patients. Ces attentes sont souvent très « terre à terre » et elles ne requièrent qu'un changement minime à l'organisation de notre travail, mais l'effet positif que ce changement génère en matière de satisfaction des usagers justifie en soi l'attention qui sera portée au suivi des recommandations du commissaire local à la qualité des services.

Par exemple :

- l'horaire des cliniques d'anticoagulothérapie a été modifié afin d'éviter un temps d'attente entre la prise de sang et le rendez-vous de suivi avec le médecin;
- au Service de l'urgence, un médecin a été ajouté entre 8 h et 16 h afin de diminuer le temps d'attente; de plus, un « dépanneur médical » est disponible pour répondre aux périodes de débordement et une unité d'évaluation a été implantée afin d'orienter rapidement les cas jugés « mineurs »;
- les résultats d'analyse de laboratoire sont maintenant acheminés par le Service de biologie médicale, ce qui a accéléré la transmission des résultats aux médecins traitants;
- le personnel du Service alimentaire rencontre chaque patient afin d'adapter son menu et des changements peuvent être apportés au menu proposé; d'ailleurs, un comité a été mis sur pied afin de prendre connaissance des commentaires des patients et de recommander les correctifs jugés nécessaires (fini les rôties froides et molles!);
- l'examen de plaintes a mis en lumière la nécessité de systématiser l'offre d'un soutien psychosocial aux familles lors d'un décès par suicide ou d'une mort violente; la famille se voit offrir d'emblée le soutien d'un intervenant;
- une période gratuite de 15 minutes est accordée pour le stationnement afin de permettre l'arrivée et le départ des patients; de plus, des espaces additionnels ont été réservés aux patients du Service de physiothérapie et aux personnes handicapées afin de les rapprocher du lieu de dispensation des services;

- le mobilier de la salle d’attente de la médecine de jour a été changé afin d’augmenter le confort de la clientèle.

Tous ces gestes posés par le centre hospitalier, à la suite des recommandations du commissaire local à la qualité des services, viennent augmenter le niveau de satisfaction de la clientèle et constituent des mesures d’amélioration de la qualité des services.

L’examen de plaintes au deuxième palier : un exemple de la région de Montréal

En 1995-1996, les responsables de l’examen des plaintes de la Régie régionale de Montréal-Centre ont observé une concentration de plaintes ayant le même motif, pour une clientèle présentant des problèmes similaires. Il s’agissait de personnes ayant un double diagnostic de déficience intellectuelle et de troubles du comportement.

Ces personnes se trouvaient « entre deux chaises » : elles ne correspondaient pas au profil de la clientèle desservie par les établissements et les ressources en déficience intellectuelle et elles ne correspondaient pas aux critères établis par les établissements et les ressources en santé mentale.

Aucun de ces deux secteurs ne voulait prendre en charge ces usagers, privant ceux-ci de services de réadaptation et de réinsertion sociale.

L’examen individuel des plaintes reçues a permis de déceler un problème plus systémique et de formuler des recommandations qui, tout en apportant une solution pour chaque plaignant, allaient mettre en place des mesures régionales s’adressant à une masse critique d’usagers.

Les recommandations des responsables de l’examen des plaintes de la Régie régionale de Montréal-Centre ont permis :

- d’élaborer et d’adopter une nouvelle définition des champs de responsabilités des établissements en déficience intellectuelle et en santé mentale afin d’inclure les clientèles ayant un double diagnostic;
- de créer un consortium d’établissements permettant d’unir les deux expertises;
- de faire élaborer par ce consortium et la Régie régionale un nouveau programme de services de deuxième ligne destiné à la clientèle ayant un double diagnostic;
- d’assurer la mise en place de ce programme.

Cet exemple démontre bien l’effet systémique des recommandations issues de l’examen de plaintes, mais aussi d’une relation étroite entre l’amélioration de l’accessibilité des services et l’examen d’une plainte.

L'examen des plaintes en dernier recours : le Protecteur des usagers

Le Protecteur des usagers, dans son rôle d'examiner des plaintes en dernier recours, a été à même de recommander des mesures correctives qui ont eu un effet positif sur la qualité ou l'accessibilité des services dispensés par les établissements. L'an dernier, ces recommandations ont permis, entre autres, de s'assurer que le recours à l'isolement dans un centre jeunesse demeure une mesure d'exception; que le temps d'attente en radiologie passe de cinq mois à un mois pour les patients en attente d'un diagnostic de cancer; et de s'assurer qu'une régie régionale hausse les budgets d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée afin qu'il puisse augmenter son taux de réponse aux besoins des résidents.

Ainsi, l'an dernier, nous avons reçu quelques plaintes concernant le recours aux mesures de contention dans des centres hospitaliers. Sans remettre en question la décision de mettre ces patients sous garde préventive, nous avons tout de même tenu à sensibiliser les établissements à l'importance d'informer les personnes des motifs de la mise sous garde ou de l'application d'autres mesures de contention. Nos recommandations ont porté sur le déroulement des mesures et leurs modalités d'application par le personnel.

D'une part, les établissements doivent permettre à leur personnel de mettre à jour leurs habiletés à prévenir, à désamorcer ou à contrôler une situation de crise, dans le respect des droits des usagers et des dispositions entourant les mesures de contention; d'autre part, ce même personnel doit aussi recevoir une formation pratique sur les techniques d'immobilisation et de protection d'une personne en perte de contrôle afin d'éviter les incidents regrettables qui avaient été portés à notre attention.

Nous avons aussi recommandé à certains établissements de se doter d'une nouvelle politique relative au consentement, à l'isolement et à la contention de façon à respecter les dispositions législatives en cette matière, et de s'assurer que leur personnel soit informé de cette politique.

En ce qui concerne l'accessibilité des services, nous avons reçu, également l'an dernier, une plainte d'un patient d'un hôpital qui était en attente d'un examen en radiologie. L'attente pour ce type d'examen oscillait entre neuf semaines et cinq mois, ce qui augmentait les risques pour les patients en attente d'un diagnostic de cancer de la prostate.

Nous avons demandé à l'établissement de fixer un délai raisonnable d'attente et de prendre les mesures nécessaires pour respecter ce délai. Les plages horaires en radiologie ont alors été augmentées dans cet hôpital, incluant l'ouverture les fins de semaine. Mieux encore, cette mesure a été adoptée par tous les hôpitaux de la région. Les patients n'attendent pas plus qu'un mois pour leur examen,

comparativement aux cinq mois qu'ils pouvaient attendre au moment de l'examen de la plainte par notre délégué.

Des leviers importants relativement à la qualité des services

Bien que peu de recherches aient documenté la relation entre les plaintes et l'amélioration de la qualité des services, nous ne pouvons pas nier cette relation.

L'analyse de la nature des plaintes et une bonne connaissance des suites qui ont été données aux recommandations du commissaire à la qualité des services ou du délégué du Protecteur des usagers nous renseignent sur les zones d'insatisfaction des usagers, soit les secteurs sur lesquels les établissements devront agir pour résoudre les problèmes et ainsi améliorer le degré de satisfaction des usagers. L'examen des plaintes s'avère un bon moyen d'évaluer les pratiques et les services rendus.

Nous devrions donc trouver, dans les plans d'amélioration des services des établissements et des régies régionales, les plaintes comme un des indicateurs permettant de mesurer l'effet des interventions de l'établissement dans l'amélioration de la qualité de ses services.

La lecture des rapports sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, que doivent produire les régies régionales et le Protecteur des usagers, informe également le réseau de la santé et des services sociaux et la population sur les situations touchant notamment la qualité des services. La diffusion de telles informations contribue au maintien d'une vigilance autant par les comités d'usagers que par les groupes de défense et de promotion des droits des usagers.

Le point de vue des usagers peut aussi être recueilli par l'entremise de sondages. D'ailleurs, plusieurs établissements et régies régionales ont adopté cette démarche qui permet de mesurer l'appréciation de la clientèle sur différents éléments, par exemple l'accessibilité des services et la compétence du personnel. En bâtissant le questionnaire autour de thèmes soulevés par les motifs de plaintes des usagers, les établissements et les régies régionales obtiennent des points de comparaison du niveau d'insatisfaction de leur clientèle et peuvent davantage déterminer les objectifs d'amélioration de leurs services pour les prochaines années, tout en suivant la progression de leurs indicateurs de résultats.

Les comités d'usagers peuvent également jouer un rôle important dans une démarche de rétroaction quant à la prestation des services. La mise en place de comités sur la qualité des services a aussi été retenue par certains établissements.

Les enquêtes menées par les régies régionales ou le Protecteur des usagers sont aussi des moyens de mettre en lumière des problématiques liées à l'accès aux services et à leur continuité, à la qualité des soins ou au respect des droits des usagers.

Le dépôt d'avis au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux par le Protecteur des usagers est également un moyen de faire changer des politiques ministérielles qui peuvent notamment créer des iniquités parmi les usagers, ou de faire réviser des programmations de services qui ne correspondent plus aux besoins de ceux-ci.

Notre récent avis sur la politique de soutien financier au déplacement des usagers des régions éloignées en est un bon exemple. Il démontre que cette politique est à revoir et que le niveau de financement accordé aux régies régionales pour gérer cette politique est nettement insuffisant.

Quelques conditions de réussite

Pour faciliter la convergence entre l'amélioration continue de la qualité des services et le traitement des plaintes dans un établissement, je vous soumetts trois conditions de réussite.

La première condition concerne l'approche du commissaire local à la qualité des services dans l'exercice de ses fonctions et des façons d'être de ce dernier.

Il s'agit :

- d'une approche qui accueille les usagers, plutôt que d'accueillir la plainte;
- d'une approche qui démontre de l'ouverture auprès du personnel et des gestionnaires de l'établissement;
- d'un commissaire qui est bien « branché » sur les services ainsi que sur le comité des usagers et la direction de l'établissement;
- d'un commissaire qui travaille en mode de conciliation et de médiation, plutôt qu'en mode de police, d'enquêteur ou d'inspecteur en chef;
- d'un commissaire qui examine la plainte en recherchant des alliances de travail avec les services visés par la plainte, mettant ainsi de l'avant des recommandations qui demeurent réalistes tout en recherchant une réponse adéquate aux insatisfactions de l'utilisateur.

La deuxième condition touche les gestionnaires et le directeur général.

En effet, il est primordial que ceux-ci reconnaissent l'utilité du mécanisme de plainte et gèrent efficacement les informations apportées par les plaintes.

Cette pleine reconnaissance du mécanisme de plainte devrait permettre :

- une bonne circulation de l'information sur les motifs des plaintes reçues;
- une systématisation de l'analyse des rapports du commissaire local sur les plaintes – rapports que nous souhaitons réguliers – et de ses recommandations, à la lumière des autres données sur l'amélioration de la qualité des services (par exemple, les résultats de sondages).

La troisième condition de réussite concerne les conseils d'administration des établissements et de leur niveau d'engagement dans l'amélioration de la qualité des services.

À cet effet, il est souhaité que les membres des conseils d'administration :

- considèrent les rapports sur les plaintes comme étant aussi importants que les rapports financiers et les traitent comme tels;
- qu'ils s'assurent que ces rapports soient périodiques;
- qu'ils recherchent d'autres moyens de rétroaction de la clientèle sur la qualité des services dispensés par l'établissement.

Conclusion

Notre défi, pour les prochaines années, réside à s'assurer que le respect des droits des usagers et le droit de se plaindre ne deviennent pas que de beaux slogans, mais bien des leviers pour l'amélioration continue des services sociaux et de santé.

Nous devons encourager les établissements et les régies régionales à se doter d'une stratégie d'amélioration continue des services et à « s'outiller » afin de récolter le plus d'information possible sur les points de vue de la clientèle sur la qualité des services qu'elle a reçus.

Recevoir des plaintes, ce n'est pas une punition! Voyons-le plutôt comme une opportunité unique de faire le point sur notre prestation de soins et de services. Voyons le plaignant comme un partenaire dans l'identification des problèmes – et

pourquoi pas dans l'identification des solutions – afin d'améliorer la qualité des services.

« Donner » les coudées franches aux commissaires à la qualité des services, soutenir les comités d'usagers, se doter de comités sur la qualité, procéder à des sondages, informer les usagers sur leurs recours, c'est rentable!

En améliorant la qualité des services de santé et des services sociaux, nous contribuons à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être d'individus. En multipliant ces individus en meilleure santé physique et psychique, nous améliorons la santé et le bien-être d'une population.

Voilà un bel objectif que je vous invite à partager.