

**LES INSATISFACTIONS ET LES PLAINTES :
L'ACCESSIBILITÉ DES USAGERS ET DES USAGÈRES
AUX MÉCANISMES DE RECOURS**

Une recension des écrits

**Éric Gagnon
Francine Saillant
Charles Gaucher
Lise Côté
Pierre-Luc St-Hilaire**

**Rapport financé par la Commissaire aux plaintes
en matière de santé et de services sociaux du Québec
et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture**

**Direction de santé publique de la
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec**

Septembre 2001

**Commissaire
aux plaintes
en matière de santé
et de services sociaux**

Québec 

Québec 

**Fonds québécois
de la recherche sur
la société et la culture**



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC**

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Vous pouvez vous procurer ce rapport au coût de 15,00 \$ plus TPS (16,05 \$) en faisant parvenir votre chèque au :

Centre de documentation

Direction de santé publique de Québec

2400, d'Estimauville

Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000 poste 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2001

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2001

ISBN : 2-89496-180-4

Citation suggérée :

Gagnon, É., Saillant, F., Gaucher, C., Côté, L. et St-Hilaire, P.L. (2001). *Les insatisfactions et les plaintes : l'accessibilité des usagers et des usagères aux mécanismes de recours – Une recension des écrits*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 101 pages.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	3
1.1 Dépouillement des banques de données, leur classification et leur analyse.....	3
1.1.1 Régimes d'examen des plaintes : les concepts explorés à partir de mots clés	3
1.1.2 Classement des articles et des études	4
1.1.2.1 Grille de classification des documents et articles.....	4
1.1.2.2 Grille de lecture	5
1.2 Dépouillement des sites Web, leur classification et leur analyse.....	5
1.3 Interroger le matériel en fonction de l'amélioration du régime.....	6
CHAPITRE 2 : POURQUOI ET COMMENT TRAITER LES PLAINTES	7
2.1 Contexte d'émergence des régimes d'examen des plaintes.....	7
2.1.1 Quatre thèmes	7
2.1.2 Question de la dépendance	8
2.1.3 Consumérisme.....	10
2.2 Finalités des régimes d'examen des plaintes	11
2.2.1 Communication et transparence.....	11
2.2.2 Éviter le recours judiciaire	13
2.2.3 Évaluer et améliorer les services.....	15
2.3 Ombudsman : deux modèles.....	16
2.3.1 Médiateur ou avocat.....	16
2.3.2 Avantages et inconvénients.....	17
2.3.3 Indépendance et extériorité	18
2.4 Résultats d'évaluation d'atteinte des objectifs.....	20
CHAPITRE 3 : QUESTIONS D'ACCESSIBILITÉ	23
3.1 Mécanismes.....	23
3.1.1 Visibilité et visites	23
3.1.2 Temps et délais.....	24
3.1.3 Représailles	25
3.1.4 Attitude des intervenants à l'égard du régime et du responsable des plaintes.....	26
3.1.5 Oral et écrit.....	26
3.1.6 Dépendance et soutien	26
3.1.7 Confiance.....	27

3.2	Nature et fondement des plaintes	28
3.2.1	Connaître ses droits	28
3.2.2	Urgence de la plainte.....	29
3.2.3	Distinguer les plaintes fondées et non fondées	30
3.2.4	Prendre au sérieux la plainte.....	30
3.3	Offre et organisation des services.....	31
3.3.1	Services attendus.....	32
3.3.2	Système abstrait.....	33
CHAPITRE 4 : QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES		34
4.1	Description des mécanismes	34
4.2	Mesurer l'atteinte des objectifs.....	34
4.3	Distinguer la satisfaction à l'égard du mécanisme et la satisfaction à l'égard de la réponse obtenue.....	35
4.4	Catégories de plaintes et catégories de plaignants	35
CONCLUSION		36
BIBLIOGRAPHIE		37
SITES WEB ET DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES		42
ANNEXES :		
Annexe 1 : Commentaires méthodologiques		
Annexe 2 : Des expériences comparables		
Annexe 3 : Les fiches de lecture		
Annexe 4 : Index des mots clés des fiches de lecture		

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, différents mécanismes ont été mis sur pied dans les systèmes de santé en Occident pour renforcer le respect des droits des usagers et diminuer les abus, les négligences ou les erreurs dont ils pourraient être victimes. On a créé des postes d'ombudsman, organisé des régimes d'examen des plaintes, mis sur pied des comités d'éthique et rédigé des codes d'éthique. Nous pouvons raisonnablement penser qu'ils ont tous contribué à améliorer le respect des droits, en sanctionnant les conduites fautives, en dénouant les conflits, mais surtout, peut-être, en publicisant ces droits.

L'existence de mécanismes ne garantit cependant pas qu'ils *fonctionnent*, c'est-à-dire que la procédure se déroule comme prévu et que les résultats obtenus correspondent aux objectifs initiaux. Ces mécanismes, comme ceux pour le traitement des plaintes, visent à modifier les rapports entre des individus et des groupes aux statuts, aux ressources et aux intérêts différents, mais ils ne peuvent jamais effacer entièrement ces différences. Entre les soignants et les usagers, il y a un rapport d'autorité et de dépendance difficile à abolir et cette dépendance est à la source des limites souvent invoquées dans le recours à ces mécanismes ; les gens ne connaissent pas toujours leurs droits, ils ne connaissent pas nécessairement leur recours ou ne les comprennent pas, ils ne peuvent souvent y recourir librement par peur de représailles.

Ces limites sont à l'origine du présent rapport de recherche qui présente les résultats d'une recension des écrits sur le traitement des plaintes. Il a été commandé par la Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux du Québec, madame Rosette Côté, à l'hiver 2000. La Commissaire souhaitait une revue des écrits sur la gestion des insatisfactions et des plaintes, en portant une attention particulière sur les refus de porter plainte et les moyens utilisés pour mieux accueillir le point de vue des usagers et diminuer la peur de représailles. Cette demande découlait d'une tournée de la Commissaire effectuée en 1998-1999 à travers toutes les régions du Québec. En février 2000 était déposé, par la Commissaire aux plaintes, l'Avis sur l'amélioration du régime actuel des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Dans cet avis, l'importance du régime d'examen des plaintes est réitéré. On y rappelle que pour que ce dernier soit performant, il doit être entièrement consacré à l'amélioration de la qualité des services et à la satisfaction des usagers tant sur le plan individuel que collectif. Des critiques sont formulées et des recommandations sont proposées pour améliorer le régime. On y déplore entre autres le caractère fermé du mécanisme, pris dans une logique d'intervention et de comptabilisation, son aspect mécanique et à courte vue, son langage abstrait et la difficulté de mettre de l'avant toute reddition de comptes. L'avis propose un élargissement substantiel du mandat de la Commissaire aux plaintes, une bonification des mécanismes et un recours alternatif à la procédure disciplinaire actuelle dans les cas de plaintes touchant un acte médical. Dans l'ensemble, l'avis est centré sur une amélioration du régime actuel basé sur une vision élargie de l'accessibilité du mécanisme.

Le présent rapport porte ainsi sur *l'accessibilité des régimes d'examen des plaintes, ce qui favorise ou décourage les usagers à y recourir, et plus largement sur les transformations des rapports entre les usagers et les intervenants que ces régimes favorisent ou impliquent, et qui déterminent cette*

accessibilité. Il permet d'accompagner la poursuite de la réflexion et de l'action amorcées depuis le dépôt de l'avis de février 2000.

Le rapport présente les écrits scientifiques pertinents, en plus de rassembler la documentation disponible sur des régimes d'examen des plaintes en vigueur dans d'autres provinces canadiennes et d'autres pays. Un ensemble d'articles a été recensé, ainsi que d'importants documents accessibles par le Web, que nous avons complétés par une enquête téléphonique dans plusieurs provinces canadiennes. Nous avons aussi intégré plusieurs éléments de notre propre cru issus de plus de vingt années de recherche sur les services de santé. Le rapport fait le point sur ce que l'on sait (quelle évaluation a-t-on fait des régimes d'examen des plaintes et à quoi se compare le régime québécois ?) et il clarifie un certain nombre d'enjeux et de questions pour approfondir la réflexion, améliorer l'intervention et tracer des avenues de recherche.

La recherche a été entreprise en mai 2000. On trouvera dans le chapitre méthodologique, une présentation et une justification de notre démarche et du champ investigué. Les trois chapitres suivants (2, 3 et 4) sont des essais de synthèse des écrits recensés. Il est complété par quatre annexes : la première donne des indications supplémentaires sur la méthodologie, la seconde propose cinq monographies de régimes d'examen des plaintes, la troisième est composée des fiches de lecture des articles recensés et la dernière fournit un index de ces fiches.

La question de l'ombudsman, particulièrement celui en poste dans les *nursing homes* américains, sur lequel on a le plus de documentation et qui a été le plus évalué, est un point majeur de ce rapport. La recension des écrits s'intéresse aux diverses plaintes pour les services de santé et les services sociaux, mais nous ne traitons pas des plaintes déposées devant les corporations professionnelles ou comités de discipline.

La principale limite de ce rapport tient au fait qu'il s'agit d'une recension d'écrits publiés. Cela a deux conséquences principales :

1. Notre jugement et notre analyse se fondent sur des travaux dispersés et difficilement comparables, parfois lacunaires ; surtout ils posent souvent des problèmes méthodologiques et théoriques. En outre, on y formule beaucoup d'observations et de recommandations pas toujours appuyées sur des faits.
2. La documentation, lorsque l'on consulte les rapports plutôt que les articles publiés dans les revues scientifiques, est longue et difficile à rassembler ; le présent rapport pourra être complété par d'autres documents, mais surtout devra l'être par des recherches plus empiriques¹.

¹ Quelques-uns des auteurs du présent rapport sont déjà associés à d'autres chercheurs (M. Clément, G. Côté, S. Paquet) dans la réalisation d'une recherche évaluative sur les services d'information et d'accompagnement aux plaintes du Québec : *Le service d'assistance et d'accompagnement aux plaintes : vers une meilleure réception de la plainte*.

CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée pour le repérage des documents analysés aux fins de la recension des écrits. On y trouve principalement les diverses procédures d'accès, de classement et d'analyse des documents, qu'ils soient sous forme d'articles, de rapports ou de sites électroniques. Nous présentons dans l'ordre les procédures privilégiées concernant les bases de données qui ont fourni l'accès aux articles et rapports, et ensuite, les procédures liées aux sites Web pertinents. (On trouvera à l'Annexe 1, en sus des informations sur la méthodologie, la description de certaines banques de données et de sites Web.)

1.1 Dépouillement des banques de données, leur classification et leur analyse

Les banques de données consultées sont les suivantes : *NLN*, *MEDLINE*, *Current Contents*, *Sociological abstracts*, *ARIANE* et *FRANCIS*. De ces banques de données, seulement les quatre premières ont fait ressortir plusieurs documents pertinents à l'étude des régimes d'examen des plaintes. Les banques de données *ARIANE* et *FRANCIS* n'ont apporté aucun élément nouveau à la recherche. Les articles ont été principalement repérés entre l'été 2000 et l'hiver 2001, bien que quelques-uns se soit ajoutés après cette période. Les articles repérés couvraient la période de 1985-2001. Les références bibliographiques des articles nous ont aussi permis d'identifier des travaux importants antérieurs à 1985. Au total, 30 articles et documents pertinents ont été retenus (dont on trouve les résumés à l'Annexe 3) et présentés dans une fiche standardisée construite en fonction de la grille d'analyse préparée à cet effet.

1.1.1 Régimes d'examen des plaintes : les concepts explorés à partir de mots clés

Le tableau suivant présente les concepts retenus pour la recherche préliminaire dans les différentes banques de données. Le terme ombudsman est ressorti comme pertinent après une recherche à partir de mots clés ne l'incluant pas au départ.

MOTS CLÉS/RECENSION DES ÉCRITS SUR LES RÉGIMES D'EXAMEN DES PLAINTES	
Concepts généraux	Concepts spécifiques
➤ Mécanisme – mechanism	➤ Plainte – complaint
➤ Processus – process	➤ Recours – grievance
➤ Procédure – procedure	➤ Appui – support
➤ Appareil – machinery	➤ Droit – right
➤ Système – system	➤ Patient – patient
➤ Fonctionnement – means	➤ Protection – safeguard
➤ Instrument – instrument	➤ Usager – customer
➤ Ombudsman – ombudsman	➤ Participation – participation

1.1.2 Classement des articles et des études

Une première sélection des articles et documents a été faite sur la base des résumés de ces derniers. Nous n'avons retenu que ceux portant sur un régime ou mécanisme d'examen des plaintes et particulièrement ceux qui en font l'évaluation (Annexe 1).

Les documents retenus ont été classés selon six types différents lors du premier dépouillement afin de prioriser certains aspects de la problématique étudiée. Voici les différents types et ce qu'ils incluent :

1.1.2.1 Grille de classification des documents et articles

Type A	Les études ou les évaluations de mécanismes de recours dans le domaine de la santé et des services sociaux.
Type B	Les documents ou les outils de gestion décrivant les régimes d'examen des plaintes.
Type C	Les documents concernant le contexte dans lequel s'inscrivent les régimes d'examen des plaintes, ainsi que certains mécanismes spécifiques de plaintes portant sur des domaines périphériques à notre objet (dentiste ou recherche par exemple).
Type D	Les études portant sur un type de plaintes en particulier ou sur la satisfaction des usagers en regard des services de santé et sociaux (enquête de satisfaction).
Type E	Les documents portant sur les plaintes contre les régimes publics d'assurances comme Medicare.
Type F	Les documents traitant des plaintes dans le milieu de la psychothérapie ou ceux concernant les plaintes portées devant les tribunaux.

Une fois cette classification établie, nous avons retenu tous les articles et études de type A et B, et quelques-uns des autres catégories, qui contenaient de l'information sur un régime en particulier, le type de plaintes déposées, les difficultés rencontrées.

À partir des documents trouvés et classifiés, une grille de lecture a été construite afin de les analyser de façon systématique. C'est à partir de cette grille de lecture que des fiches de lecture ont été constituées (Annexe 3) et pour lesquelles on retrouve l'index à l'Annexe 4.

1.1.2.2 Grille de lecture

La grille de lecture a été construite afin de mettre en évidence et d'analyser les documents sur les thèmes et les aspects suivants :

- **accessibilité**
 - ♦ connaissance du mécanisme
 - ♦ peur des représailles
 - ♦ refus de porter plainte
 - ♦ temps (procédure trop longue)
 - ♦ complexité des démarches
 - ♦ scepticisme quant au résultat

- **clientèles et problématiques**
 - ♦ classes sociales et scolarité
 - ♦ sexe
 - ♦ types de services faisant l'objet de la plainte
 - ♦ objet des plaintes

- **aide et soutien**
 - ♦ proches et entourage
 - ♦ comités d'usagers
 - ♦ ombudsman
 - ♦ services d'accompagnement
 - ♦ situation où quelqu'un d'autre porte plainte à la place de la personne lésée

- **alternatives (à rechercher ou à éviter)**
 - ♦ ombudsman
 - ♦ juridique
 - ♦ mécanismes informels
 - ♦ corporations professionnelles

- **effets des plaintes**
 - ♦ représailles
 - ♦ résultats
 - ♦ amélioration des services
 - ♦ satisfaction par rapport à la réponse obtenue
 - ♦ satisfaction par rapport au mécanisme
 - ♦ autres effets

- **description du mécanisme**

1.2 Dépouillement des sites Web, leur classification et leur analyse

Le premier type de recherche WEB a été effectué à partir des concepts ayant le plus fait ressortir de documents pertinents lors de la première phase de recherche. Ces concepts, par couple, sont les suivants : *mechanism* et *complaint*, *complaint* et *consumer*, mécanisme et plainte, plainte et usager ainsi que ombudsman et *health*. Cette recherche a été

effectuée à l'aide du fureteur *COPERNIC*, lequel regroupe tous les moteurs de recherche du Web. On trouvera à la fin du rapport la liste des documents identifiés et l'adresse Web. Ces documents ont été analysés avec la même grille que les articles.

Pour bien apprécier les mécanismes de traitement des plaintes, les étudier, évaluer leur efficacité, mais aussi leur apporter des améliorations, il importe de procéder à un travail de clarification et à un triple élargissement de la perspective d'analyse, ce que nous avons cherché à faire en :

- clarifiant les objectifs et les missions ; et de manière générale, en clarifiant les concepts ;
- considérant les mécanismes de traitement des plaintes non pas isolément, mais dans leurs rapports avec d'autres instances et d'autres acteurs : 1) dont la collaboration est nécessaire au fonctionnement du mécanisme (professionnels, administrateurs) 2) qui peuvent aider les plaignants dans leurs démarches en leur procurant un soutien, en renforçant leur confiance ou leur sentiment de sécurité (la famille et les proches, comité d'usagers, groupe de défense des droits). Ces ressources et instances complémentaires ou alternatives peuvent collaborer avec les responsables des plaintes. Elles peuvent créer des obstacles à la formulation d'une insatisfaction ou d'une plainte, comme elles peuvent aider à les lever ;
- en situant les usagers portant plainte dans leur rapport général aux services et aux intervenants. Il nous faut non seulement examiner la connaissance et les capacités de l'individu à utiliser les mécanismes, mais ses attentes à l'égard des services, sa compréhension de ses droits et responsabilités, particulièrement importantes chez les groupes plus démunis, plus silencieux ou vulnérables, moins en position de revendiquer et d'argumenter.

1.3 Interroger le matériel en fonction de l'amélioration du régime

Un mot doit être dit sur un aspect du mode d'analyse que nous avons retenu. Les articles et documents divers ont été interprétés en fonction des théories sociales actuelles concernant le rapport des usagers aux services et la conception contemporaine des droits de ces mêmes usagers face aux services. En même temps, notre souci a été de s'assurer d'une articulation de ces théories à notre matériel et aux interrogations courantes que suscite le régime québécois. Ainsi, afin que ce rapport puisse alimenter et nourrir les discussions quant à l'amélioration du régime, nous avons privilégié de formuler, aux endroits appropriés, une série de questions résumant certains des enjeux et synthétisant les choix qui peuvent s'offrir en termes de services et de valeurs. Cette façon de procéder a selon nous l'avantage de permettre le dialogue entre les chercheurs et les responsables du régime, dans un contexte de partenariat.

CHAPITRE 2 : POURQUOI ET COMMENT TRAITER LES PLAINTES

Ce chapitre et le suivant font la synthèse des principaux éléments, des conclusions et des enjeux relevés dans les écrits consultés. Dans ce premier chapitre, nous nous intéressons aux finalités des régimes d'examen des plaintes. Nous reviendrons d'abord sur le contexte d'émergence de ces régimes, leurs principales finalités, les deux grandes orientations qu'ils peuvent prendre et ce que les écrits nous disent de l'atteinte de ces objectifs. Ce retour aux finalités du régime est essentiel pour situer la question de l'accessibilité et comprendre les données et les conclusions touchant l'accessibilité présentée dans le chapitre suivant.

2.1 Contexte d'émergence des régimes d'examen des plaintes

2.1.1 Quatre thèmes

Dans les années 1980 et 1990, on a assisté à la rédaction et la proclamation de chartes des droits des patients dans les pays occidentaux, accompagnées de la mise en place de régimes d'examen des plaintes ou de la nomination d'ombudsmans dans les établissements de santé et de services sociaux. Quatre grands thèmes ressortent des écrits et des politiques pour justifier une expression plus grande du point de vue des usagers sur les services qu'ils reçoivent et plus particulièrement l'expression de leurs insatisfactions :

- 1) Le savoir et la compétence professionnels ne sont pas suffisants, ni toujours les plus pertinents dans les décisions à prendre (touchant les soins à une personne, l'organisation de services ou les politiques). Ce thème s'inscrit dans un mouvement plus large de démocratisation et de contestation de l'autorité des professionnels de la santé (mouvement de santé des femmes, bioéthique, antipsychiatrie, entraide, etc.).
- 2) Le besoin d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des services dans un contexte de restrictions budgétaires, d'accroissement des coûts et de la demande de services ; contexte qui amène à revoir l'affectation des ressources, les priorités, les finalités et l'organisation des services sociaux et de santé ;
- 3) La volonté d'adapter les services aux besoins des communautés et de rendre des comptes à ces communautés. Ce troisième thème découle des deux précédents : le point de vue des usagers est nécessaire à l'organisation des services ; et on sollicite leur avis sur les services et leur participation à certaines décisions.
- 4) Une importance accordée au *caring*, l'accompagnement, la personnalisation des soins et des services. Ce thème est en partie lié au précédent, puisqu'il implique un rapport plus libre et plus égal entre l'intervenant et l'utilisateur.

Ces préoccupations et volontés se sont traduites notamment par la reconnaissance et la défense d'un ensemble de droits pour les usagers des services de santé et des services sociaux. Les intervenants sont invités, à l'endroit des usagers, à accroître la qualité de leur approche et de leurs interventions en :

- se comportant de manière courtoise et respectueuse ;
- respectant la dignité, l'intimité, la confidentialité, et l'autonomie des usagers (consentement et droit de refus) ;
- étant sensibles aux préférences culturelles des usagers et de leur famille ;
- les informant des services mais aussi de leurs droits, des lois et des règlements ;
- leur donnant l'occasion de faire valoir le point de vue, les insatisfactions et les recommandations des usagers sans peur de représailles.

Ces droits conduisent à deux grandes visions des rapports entre les usagers et les intervenants, que sont la dépendance et le consumérisme. Dans la première, l'utilisateur apparaît en situation de *subordination*, il est dépendant et vulnérable, il est dans un rapport inégal avec l'intervenant, ce qui l'expose à des abus, de la négligence, sans qu'il puisse s'en plaindre. Dans la seconde, il apparaît comme un *client* qui a des droits et qui doit être satisfait des services qu'il reçoit et pour lesquels il paye. Ces deux visions ne sont pas exclusives, elles se renforcent largement, mais elles doivent être distinguées.

2.1.2 Question de la dépendance

L'affirmation des droits des usagers repose sur l'autonomie du patient que l'on voudrait accroître. L'autonomie touche sa capacité de juger des soins et de les refuser (Blondeau et Gagnon, 1994), de participer à l'évaluation et aux décisions concernant les services dont il a besoin. L'autonomie signifie aussi de plus en plus la responsabilité de se donner lui-même des soins ou de contribuer à l'amélioration de sa condition. On attend de lui qu'il se prenne en main, qu'il ne soit pas *passif*, qu'il ne soit pas trop dépendant de l'aide et des services (Saillant et Gagnon, 1996).

C'est ici que se pose la question de la dépendance. L'autonomie varie selon les individus et les groupes, selon leurs capacités physiques et intellectuelles, leurs ressources (économiques et sociales), selon l'appui dont ils disposent (comités d'usagers, mécanismes de médiation et *advocacy*, ombudsman, proches), selon le sentiment de sécurité, la confiance de ne pas être abandonnés ou mal jugés, selon leur capacité d'obtenir autrement les services. Sur l'une ou l'autre de ces conditions, certains groupes sont plus vulnérables et plus dépendants que d'autres vis-à-vis des intervenants de qui ils reçoivent des soins et des services (Stacey, 1974).

Deux aspects peuvent ici être distingués, que nous désignerons par dépendance et vulnérabilité :

- **la dépendance** : celle-ci tient au fait d'avoir peu ou pas de possibilités de changer d'intervenant ou de service ou encore de continuer à recevoir des services des mêmes intervenants après la plainte. Une personne dépendante peut difficilement aller ailleurs ou changer de service. Les usagers d'une résidence de personnes en perte d'autonomie ou d'un établissement de soins de longue durée, qui reçoivent des services des mêmes intervenants, sept jours sur sept, à longueur d'année sont particulièrement dépendants. La dépendance fait en sorte que l'on est possiblement moins enclin à exprimer son insatisfaction ou à porter plainte² ;
- **la vulnérabilité** : celle-ci tient davantage à la personne qui est physiquement, psychologiquement ou intellectuellement en situation de faiblesse vis-à-vis du personnel soignant. Une personne est vulnérable parce qu'elle a de la difficulté à s'exprimer, à trouver les mots, à s'affirmer en raison de problèmes de santé, d'handicaps, de faible scolarisation, de peurs et d'insécurité.

La dépendance est l'effet souvent d'un isolement social ou d'une limitation des ressources. La vulnérabilité tient à des limitations physiques, mentales ou psychiques. La vulnérabilité et la dépendance sont souvent liées, il va sans dire. Non seulement elles découragent l'expression des insatisfactions, mais aussi peuvent empêcher de prendre conscience d'une situation d'abus ou de négligence.

À cet égard, les secteurs qui ont retenu le plus l'attention des chercheurs, c'est-à-dire où l'on intervient le plus et où l'on est intervenu en premier lieu, sont ceux de la santé mentale et surtout ceux des soins de longue durée. Depuis une trentaine d'années, on a vu l'essor des programmes de défense des droits des patients, particulièrement les groupes les plus vulnérables : santé mentale et personnes âgées (Mowbray *et al.*, 1995). Cela n'est pas sans rapport, avec un intérêt plus grand pour la condition des personnes âgées qui constituent désormais un groupe d'intérêt important avec ses représentants dans plusieurs organismes gouvernementaux. Cela dénote aussi un changement dans les besoins (des soins moins médicaux, dont la qualité est peut-être plus facile à apprécier par l'utilisateur) et le rapport de l'utilisateur aux services : le patient développe des compétences sur sa maladie et sa situation, le patient est davantage en situation de consommateur. En même temps, ces personnes sont les plus dépendantes et vulnérables. Dépendance vis-à-vis des soignants et des services ; dépendance dont il faut être suffisamment affranchie pour porter plainte.

² Quoique nous pouvons faire le raisonnement inverse : ceux qui ont des services alternatifs, peuvent aller ailleurs et s'éviter ainsi de porter plainte et de chercher à améliorer la situation.

La situation des personnes âgées et des personnes ayant des problèmes de santé mentale est exemplaire en ce qu'elle permet bien de poser la question de la dépendance, de la difficulté vécue par de nombreux patients d'avoir affaire à de nombreux intervenants et de la question de l'accessibilité aux services qui est de plus en plus l'objet d'insatisfaction. Leur situation constitue cependant un cas limite en ce qu'ils vivent le maximum de dépendance à l'égard des services.

2.1.3 Consumérisme

Les transformations des rapports entre l'utilisateur et les intervenants ne touchent pas que sa situation de dépendance. Elles contribuent à changer le statut des usagers des services de santé et des services sociaux, et tendent à en faire des consommateurs, auxquels il faut assurer une qualité de services. L'utilisateur est un consommateur dont il faut prendre en compte les besoins et les demandes. Cela établit un nouveau rapport avec ceux qui donnent les services, idéalement un rapport d'égalité et libéré de toute dépendance qui empêche de juger ou de refuser. On dit observer, à tout le moins favoriser, des patients plus informés et plus éduqués, qui expriment davantage leurs attentes et leurs insatisfactions. Des patients plus exigeants ? Si ce n'est quant au volume de services, du moins quant à la manière dont ils sont dispensés³.

C'est une vision que l'on retrouve fréquemment aux États-Unis, où prédomine un marché de soins ouvert. Pour les tenants de cette approche, le libre marché accroît la qualité et l'efficacité des services. Il favorise la participation de l'utilisateur-consommateur, qui choisit dans un marché libre et compétitif, en fonction de ses besoins et de ce qu'il est prêt à dépenser. C'est dans un tel marché que le client aurait la meilleure information pour faire son choix (il est en position pour l'obtenir et comparer). Dans un système privé, il faut s'assurer d'une fidélité des clients et augmenter les profits ; d'où la nécessité de prendre en compte les plaintes dans un effort d'amélioration des services (Allen *et al.*, 2000). C'est l'avantage et l'inconvénient d'un système privé : il faut satisfaire le client, mais le producteur cherche aussi à maximiser son profit (encore que dans les systèmes publics on cherche aussi à limiter les coûts). Résoudre les plaintes est qualifié de *customer service* par Pichert *et al.* (1999).

Cette *position* de consommateur se généralise-t-elle ? Elle tend à se développer y compris là où les services sont publics. Le patient veut juger et choisir, et on lui reconnaît ce droit. La nature des plaintes dénote parfois des rapports différents des usagers aux services. Une plainte pour mauvais exercice de la médecine s'inscrit dans le

³ Nous préférons le terme « consumérisme » à « clientélisme », le second mettant l'accent sur les besoins spécifiques d'une clientèle (les associations d'usagers font du clientélisme), le premier mettant davantage l'accent sur l'attitude du consommateur qui a des droits et qui juge lui-même la qualité des services.

rapport hiérarchique entre le malade et le professionnel, tout en remettant en cause son expertise. Une plainte touchant les attentes quant à la qualité et l'accessibilité des services reçus, dénote parfois plutôt une attitude de consommateur de services.

Questions :

- ✓ Le régime d'examen des plaintes renforce-t-il le consumérisme chez les usagers ?
- ✓ L'accessibilité aux services ne renvoie-t-elle pas à un autre type de normes que la qualité et le respect des droits ?
- ✓ Quels types et quelle quantité de services sont nécessaires au bien-être et à la qualité de vie d'une personne ?

2.2 Finalités des régimes d'examen des plaintes

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les régimes d'examen des plaintes et d'ombudsman, pour lesquels on retrouve trois grands objectifs (souvent simultanément) : la communication, une alternative au juridique et l'amélioration de la qualité des services. Les deux premiers posent très directement la question d'un nouveau rapport intervenant-usager et celle de l'accessibilité à un recours pour porter plainte.

Ces trois objectifs traduisent chacun à leur façon les changements dans le rapport usager-intervenant. Les deuxième et troisième objectifs sont poursuivis très explicitement par le régime québécois de traitement des plaintes. Le premier semble au cœur des préoccupations des responsables des plaintes des établissements.

2.2.1 Communication et transparence

Après les fautes professionnelles et les erreurs, les principaux motifs de plaintes sont l'impolitesse, le comportement inconvenant, le manque de communication ou de respect (Daniel *et al.*, 1999). Selon une étude faite en Angleterre (Bark *et al.*, 1994), la majorité des plaintes touchant les *clinical incident* renvoie à des problèmes de communication (manque d'information, comportement inadéquat ou manque de respect, manque d'écoute, point de vue du patient non pris en considération). La principale source de plaintes et le plus grand irritant pour les usagers selon une autre étude réalisée en Angleterre (Donaldson et Cavanagh, 1992), c'est la mauvaise communication entre le patient et le professionnel. Dans son plaidoyer pour un ombudsman dans tous les établissements hospitaliers, Ziegenfuss (1998) insiste sur cette idée : donner une voix aux usagers, accroître la transparence pour résoudre les problèmes et améliorer les services.

On le dit souvent : les gens veulent savoir (autant sinon plus qu'ils veulent des compensations disent-ils). Qu'est-il arrivé ? Pourquoi ? Ils parlent beaucoup de problèmes de communication. On soupçonne de cacher, de masquer ce qui s'est passé.

Selon plusieurs auteurs, la bonne communication et l'attention portée au patient par les intervenants est la variable qui prédit le mieux la satisfaction des usagers (Carmel, 1990 ; Cleary and McNeil, 1988). Selon Hickson et ses collaborateurs (1997), les patients se plaignent d'être bousculés (*rushed*), d'être peu informés sur certains tests ou d'être ignorés. Les médecins qui sont le moins objet de plaintes sont ceux qui expliquent, orientent les personnes, font preuve d'humour. En revanche, ceux qui sont le plus l'objet de plaintes sont moins habiles pour donner le sentiment à leur client qu'il a de la valeur (*feel valued*). Après les plaintes pour mauvaises facturations et pour erreurs dans les soins (diagnostics, traitements, problèmes avec médication), viennent les problèmes de *communication* (l'intervenant ne prend pas le temps d'écouter, il ne prend pas au sérieux la plainte, il ne donne pas toute l'information, il ne dit pas tout ou de manière qui cause de l'inquiétude inutilement), de *relation humaine* (manières rudes ou agressives), ou d'*accessibilité* (le médecin ne vient pas visiter la patiente après l'accouchement, il fait un examen rapide, il ne retourne pas les appels, il refuse de rencontrer l'utilisateur) (Hickson *et al.*, 1997).

L'information a aussi une grande importance pour les usagers. Même pour les erreurs médicales (passibles d'une poursuite), on recommande d'informer rapidement le malade, de ne rien lui cacher, de s'expliquer et de s'excuser et d'admettre ouvertement ses torts (Nisselle, 1999). On plaide pour que l'on cesse de dissimuler l'information au patient ; le contrôle de l'information met les professionnels en position de supériorité. La motivation principale des patients à porter plainte, avant des compensations, est que soit reconnue l'erreur et qu'elle soit évitée pour d'autres (Nisselle, 1999).

Ces préoccupations et observations se traduisent dans les recommandations que l'on donne aux professionnels lorsqu'ils reçoivent une plainte (Hickson *et al.*, 1997). On leur dit en premier lieu de demeurer courtois et respectueux, de prendre le temps d'écouter et de rassurer le plaignant. On rappelle que la satisfaction est hautement déterminée ou corrélée avec la manière dont on traitera la plainte.

La satisfaction n'est-elle qu'une question de bonne communication ? En fait, la communication renvoie à la différence de statut et d'autorité entre le professionnel et le profane. Le thème de la communication est en lien avec ceux de l'autonomie et de l'individualité, et du déclin de l'autorité professionnelle. La communication conduit à une dé-hiérarchisation des rapports patient-professionnel, plus qu'on ne peut le penser. Il convient ici de rappeler que la relation thérapeutique et les soins sont un art relationnel. Si la relation et la communication sont si importantes dans la satisfaction des usagers à l'égard des services, ce n'est pas pour une simple raison de civilité, de politesse et d'attitude respectueuse. Au travers de la relation de l'utilisateur-profane ou

soignant-expert, il y a une forte dimension de confiance et de dépendance, qui n'est possible et acceptable qu'à certaines conditions (variables selon les situations, les types de soins et les individus). L'importance de la communication doit être mise en rapport avec l'hésitation, chez les usagers comme les soignants, entre divers modèles de liens et de relations, dans une recherche à la fois d'indépendance et d'engagement, de distance et de proximité (Gagnon *et al.*, 2000).

2.2.2 Éviter le recours judiciaire

Le second grand objectif des régimes d'examen des plaintes est d'éviter les recours judiciaires (Bark *et al.*, 1994). Pourquoi éviter le judiciaire ? Les diverses raisons généralement invoquées sont :

- les coûts : les avocats mais aussi l'expertise coûtent cher ; ce sont des coûts imprévus et qui ne garantissent pas le succès ;
- le temps et les délais : ça prend beaucoup de temps à préparer et avec les risques qu'on aille en appel ;
- la complexité des procédures, le langage et les coutumes hermétiques, incompréhensibles pour le profane, parfois intimidantes ;
- le judiciaire polarise le débat, radicalise et il y a un seul gagnant. La médiation et la conciliation peuvent être préférables.

Cet enjeu touche directement l'accessibilité du régime d'examen des plaintes. Celui-ci peut être impliqué dans les plaintes déposées devant les ordres professionnels ou le système judiciaire ; il englobe aussi la partie des plaintes non couvertes par eux. Mais surtout, il se donne des objectifs et une approche différente. La plupart des plaintes, estiment Bark et ses collègues (1994), ne nécessitent pas une révision par les pairs (qui prend du temps et coûte de l'argent), mais un système plus simple⁴.

Ainsi, le régime d'examen des plaintes se veut souvent, comme c'est le cas au Québec :

- plus simple, plus rapide et plus accessible ;
- moins coûteux (et donc plus accessible) ;
- plus confidentiel (ce n'est pas public comme dans le juridique) ;

⁴ Notons que des auteurs qualifient parfois d'« informel » le recours à un ombudsman (Farber et White, 1994), le « formel » étant le système judiciaire. L'informel, dans cette perspective, a pour avantage les coûts moindres, une efficacité plus grande dans l'information des patients et dans l'amélioration des services suite aux plaintes.

- moins conflictuel : médiation, réconciliation des intérêts ;
- un guichet d'entrée pour l'ensemble des plaintes, qui peuvent être référées au besoin vers les corporations ou le judiciaire.

Les régimes d'examen des plaintes ont davantage un objectif d'amélioration des services (voir ci-après), on préfère souvent à la formulation d'un blâme, la recherche d'une solution qui convienne à tous et la non-répétition du problème. D'ailleurs, en ayant recours au régime d'examen des plaintes, les personnes ne veulent pas nécessairement de compensation ou de réparation, mais simplement des excuses et faire en sorte que personne d'autres ne vive la même chose (en généralisant leur cause, elles accroissent d'ailleurs la légitimité de leur plainte).

Les corporations professionnelles ont un objectif disciplinaire, et le système judiciaire, un objectif de réparation (des dommages impliquant de fortes compensations financières). D'ailleurs, même quand la raison ou l'objet de l'insatisfaction le justifie (comme dans le cas de dommages subits), les gens ne poursuivent pas nécessairement (Farber et White, 1994). On soupçonne que toutes les insatisfactions ne conduisent pas à des plaintes, qu'on n'ose pas se plaindre. Un bon régime d'examen des plaintes doit-il faire émerger ce qui reste caché ? Faire s'exprimer ce qui demeure non dit ?⁵

Il est important de remarquer que, bien qu'il vise à contourner les défauts du système juridique, le régime de plaintes peut souffrir du même manque de crédibilité. Les médias, comme les groupes de défenses des usagers, ont beaucoup dénoncé le fait que de porter plainte pour cause d'erreur médicale ne donne pas grand chose, que ça coûte cher et que le résultat est rarement positif. Les avocats découragent souvent les plaignants de porter plainte en justice, à moins que ce soit pour de gros montants et que la preuve de faute puisse être établie hors de tout doute. Cela a contribué à miner la confiance du public à l'égard du système. Si le régime d'examen des plaintes a été mis sur pied notamment pour résoudre cette difficulté, la confiance à l'égard du système judiciaire, comme du régime d'examen des plaintes, n'est pas nécessairement plus grande.

⁵ Stratégies pour porter plainte (*dans un établissement qui n'a pas un système de traitement des plaintes*) :

- informelle (en parler à un médecin, infirmière ou autre membre du personnel non directement responsable du problème) ;
- formelle (en parler à la personne directement responsable du problème ou son supérieur) ;
- combinaison des deux.

Les plaignants se répartissent en nombre presque égal entre les trois catégories. Près du tiers des patients interrogés ont exprimé une insatisfaction (la moitié de ceux qui ont un *disturbing problem* quelconque) (Carmel, 1990).

2.2.3 Évaluer et améliorer les services

Le troisième objectif, et non le moindre, est d'améliorer les services dispensés aux clients par un établissement (Pichert *et al.*, 1999). Les plaintes sont considérées comme des indicateurs des failles dans les services (Dagher *et al.*, 1995). Et si l'insatisfaction est importante à considérer dans l'examen de la qualité des soins, c'est qu'on estime que cette qualité ne peut recevoir uniquement une appréciation clinique et professionnelle (Carmel, 1990 ; Cleary et McNeil, 1988).

La plupart des mécanismes de traitement des plaintes ont cet objectif. Il est invoqué souvent pour convaincre les administrateurs et les politiciens de se doter d'un mécanisme. La réception ou le traitement des plaintes contribue, selon eux, à rendre les établissements imputables des services dispensés. Non plus seulement des soins proprement dits, mais de la qualité des services dans leur ensemble, dans la mesure où il s'agit dans certains cas, de milieux de vie comme les établissements de soins de longue durée (*nursing homes*).

On donne aussi cette finalité aux mécanismes pour convaincre les intervenants de leur nécessité. Ces derniers peuvent avoir tendance à penser que les usagers ont déjà plus de droits qu'ils en ont. Mais cet objectif *politique* peut aussi viser les usagers : leur envoyer une image d'ouverture et les convaincre que la plainte donne des résultats. On veut que l'organisation n'ait pas peur des plaintes, mais les reçoive positivement.

On ne veut pas simplement corriger une faute ou reconnaître un tort, mais changer les standards de pratique. Cela demeure cependant un objectif, plus qu'un constat établi, chez la plupart des auteurs (Zischka et Jones, 1984). On le dit souvent (Dagher *et al.*, 1995 ; Bark *et al.*, 1994), les plaignants veulent d'abord s'assurer que personne d'autres qu'eux-mêmes ne subira le même tort ou désagrément. Le traitement des plaintes se présente comme un mode d'évaluation, une manière d'avoir un feedback sur les pratiques et les services rendus. Toujours dans l'optique d'améliorer les services, un régime d'examen des plaintes apparaît un mode plus rapide et plus efficace que les différentes formes d'inspection des établissements que peut instaurer le gouvernement (USGAO, in www.gao.gov, 2000).

Dans l'optique des trois objectifs qu'il peut poursuivre (meilleure communication, éviter le juridique, améliorer les services), le régime de traitement des plaintes oscille entre un mode d'évaluation formative et un mode d'évaluation experte. Il apparaît autant comme un moyen à la disposition des établissements et même des intervenants pour évaluer, corriger et améliorer leur pratique, que comme un regard porté de l'extérieur identifiant leurs défauts. Il y a une tension au sein des régimes entre ces deux orientations.

Questions :

- ✓ Donner plus d'autorité aux responsables des plaintes conduit-il à une judiciarisation du régime ? Est-ce favorable aux usagers ? Assure-t-on vraiment l'accessibilité ? Favorise-t-on la communication ?
- ✓ Quels sont les meilleurs moyens pour que l'incitation à la formulation de plaintes fondées contribue réellement à une amélioration de la qualité des services au Québec ? Comment les plaintes sont analysées ?
- ✓ Faut-il préserver la tension entre une approche formative et une approche plus critique et indépendante ? En quoi cette tension est-elle favorable à l'accessibilité au régime et à la capacité des usagers à exprimer leurs insatisfactions et à porter plainte ?

2.3 Ombudsman : deux modèles

2.3.1 Médiateur ou avocat

Dans les écrits sur les ombudsmans, on distingue deux grandes façons de définir son rôle et sa manière d'agir : médiateur et avocat (Monk *et al.*, 1984). Cette distinction est très importante : ce sont deux orientations différentes dans le traitement des plaintes, comportant chacune ses avantages et ses inconvénients ; on peut en outre les transposer aisément dans tout régime de traitement des plaintes, elles ne s'appliquent pas qu'aux ombudsmans. Les responsables des plaintes au Québec semblent hésiter entre ces deux modèles. Les enjeux sont ceux de l'accessibilité du mécanisme, de l'indépendance de la personne qui traite la plainte et de sa capacité à apporter des changements. En somme, c'est sa crédibilité qui est ici interrogée.

- L'ombudsman médiateur cherche à réconcilier les parties, à trouver une solution, en cherchant à atténuer ou en évitant de polariser le conflit, et en cherchant une solution acceptable par tous.
- L'ombudsman avocat est davantage partisan, il plaide pour l'utilisateur (*advocacy*), il défend le point de vue de l'utilisateur qu'il cherche à faire entendre et à lui faire obtenir gain de cause (excuses, changement dans les conduites).

Monk et ses collaborateurs (1984) ajoutent un troisième rôle, celui de *therapeutical supportive* : « The effort here is to prevent the weaker party from suffering unnecessary psychological pain or discomfort in its interactions with a dominant authority » (p. 110-111). Devant la vulnérabilité et la dépendance du patient face à l'institution et les

professionnels, l'ombudsman vient le supporter, le rassurer, lui donner confiance. Les deux premiers rôles (médiateur et avocat) sont, en principe, mutuellement exclusifs ; pas le troisième, qui peut se greffer aux deux autres.

Qu'il exerce un rôle de médiation ou d'*advocacy*, l'ombudsman peut être soit un employé de l'établissement, soit relever directement du Ministère ou d'une agence gouvernementale. Sigal *et al.* (2000) font une distinction entre l'ombudsman interne (il exerce davantage une médiation) et l'ombudsman externe (ni employé, ni logé par l'établissement ; il a davantage un rôle d'*advocacy*).

L'approche médiatrice s'apparente à une évaluation formative, et l'approche *advocacy* à celle d'une évaluation experte.

2.3.2 Avantages et inconvénients

L'ombudsman médiateur a une approche consensuelle (Monk *et al.*, 1984 ; Sigal, 2000). Ce modèle :

- effraie moins les usagers et intervenants ; l'ombudsman peut organiser des rencontres entre les parties ; il lui est plus facile d'entendre tous les points de vue ;
- convient bien pour les problèmes découlant d'une mauvaise compréhension et d'un manque de communication ;
- favorise (et présuppose) le sentiment d'une *communauté* : mêmes valeurs partagées par tout le personnel ; on s'entend sur ce qui est acceptable et désirable : on est moins axé sur la divergence de valeur et les droits individuels qui priment. On aide à trouver une solution ;
- lorsqu'il fait partie de l'établissement (*interne* au sens de Sigal *et al.*, 2000), l'ombudsman a facilement accès aux dossiers, pas besoin d'autorisation ;
- est psychologiquement plus gratifiant et valorisant qu'une approche plus conflictuelle qui place l'ombudsman davantage dans des situations ambiguës et stressantes (Nelson *et al.*, 1995b).

L'exercice d'une médiation présente cependant des inconvénients :

- cette approche tend vers le statu quo. Elle favorise une recherche d'équité pour tous dans le maintien du système actuel ; on évite du même coup les changements importants et structureaux ;
- on évite les conflits, mais on diminue l'influence de l'ombudsman lorsqu'il faut trancher ou prendre des décisions importantes ; (souvent l'ombudsman a davantage un pouvoir de recommandation ou de suggestion qu'un pouvoir de contrainte).

Une approche d'*advocacy* a comme avantages :

- de permettre à l'ombudsman d'avoir une position plus claire devant une décision à prendre ;
- d'affirmer davantage et avec plus de clarté les droits et les points de vue des usagers.

Les inconvénients de la position d'*advocacy* sont :

- de ne pas toujours avoir autant ou aussi facilement accès à toute l'information ; les gens coopèrent moins ;
- d'avoir moins une vue d'ensemble sur tout l'établissement ou le système ; il ne voit que le cas en litige, et moins la situation qui cause la difficulté ; il a moins le point de vue de tous ;
- il polarise les conflits, accentue les divergences.

En raison des avantages et inconvénients de chacune des orientations, on oscille entre les deux lorsqu'il s'agit de faire une recommandation et dans la pratique, on cherche souvent à les combiner (Monk *et al.*, 1984 ; Nelson *et al.*, 1995a). On a alors un double objectif : à la fois médiation et défense des usagers contre les abus et les négligences. L'ombudsman se doit alors d'être indépendant, non-partisan, il ne doit pas être anti-administration ou anti-professionnel, tout en étant centré sur le patient et soucieux de ses droits et de son bien-être.

L'hésitation entre les deux rôles ou les deux fonctions est significative. C'est une question :

- de crédibilité (avoir une vue complète ; être sans parti pris, objectif) ;
- d'obtention de la confiance ; ne pas créer d'antagonisme, de crainte de représailles pour l'utilisateur ou de blâmes pour les intervenants.

2.3.3 Indépendance et extériorité

L'extériorité semble très importante. Il s'agit d'ouvrir les établissements sur l'extérieur. C'est particulièrement important pour les établissements de soins de longue durée, où vivent les usagers. D'où la nécessité également de faire des visites : on ne fait pas que répondre aux plaintes, on veut aller *au devant*, interroger, faire savoir aux usagers que le service existe.

Un responsable des plaintes relevant de la direction de l'établissement a des relations régulières et de coopération avec la direction et le personnel ; ce qui permet de faire de la prévention, de l'éducation et d'avoir accès au personnel, ce qui facilite la réalisation du travail. Mais il n'apparaît plus comme suffisamment indépendant de l'institution (Mowbray *et al.*, 1995). Comme dans toutes ces questions d'éthique et de droit, l'indépendance, ou simplement *l'apparence* d'indépendance sont extrêmement importantes d'autant plus que l'on veut accroître l'accessibilité du régime.

Les ombudsmans (ou les responsables de plaintes) rencontrent ici une autre limite. N'étant pas des médecins, ils ne peuvent juger un acte médical. Ils doivent renvoyer au conseil disciplinaire, à la corporation ou aux tribunaux, l'évaluation et la décision touchant les actes professionnels. Selon Segest (1997), l'ombudsman parlementaire comme les ombudsmans locaux au Danemark sont impuissants devant les plaintes touchant les soins médicaux. Ces derniers manqueraient de compétence et de critères pour juger des procédures et des principes de justice.

L'ombudsman met au centre des préoccupations la question de *l'indépendance*. Le médiateur apparaît aux intervenants plus impartial, sa manière de faire effraie moins les plaignants comme les employés de l'établissement. L'avocat, en revanche, apparaît davantage comme indépendant de l'établissement. Mais l'indépendance se paye parfois par la perte d'autorité ou de la capacité d'obtenir des changements (capacité par exemple qu'ont les cadres supérieurs lorsqu'ils sont responsables des plaintes dans un établissement).

Questions :

- ✓ Quelle orientation prendre ? Laquelle des deux approches doit être privilégiée : médiation ou *advocacy* ? Laquelle a préséance sur l'autre ?
- ✓ Le choix entre les deux approches doit-il dépendre des préférences personnelles du responsable des plaintes ou faire l'objet d'une orientation générale du régime ?
- ✓ Compte tenu que la médiation présente des avantages pour l'utilisateur, comment prendre cette orientation tout en préservant l'indépendance et la crédibilité de la personne responsable des plaintes dans un établissement ?
- ✓ Faut-il adopter une approche de médiation pour certaines plaintes (par exemple celles touchant les relations interpersonnelles, la communication ou l'accessibilité aux services) et une approche d'*advocacy* pour d'autres types de plaintes (par exemple celles d'abus et de négligence) ?

2.4 Résultats d'évaluation d'atteinte des objectifs

On peut se demander si les objectifs des régimes de plaintes sont atteints. À quels résultats parviennent les régimes d'examen des plaintes existants ? Peu d'études font état des effets des mécanismes et de l'atteinte de leurs objectifs après plusieurs années de fonctionnement. Un certain nombre d'observations ont cependant pu être relevées, touchant la troisième finalité des régimes d'examen des plaintes : évaluer et améliorer les services.

Dans les *nursing homes*, les plaintes les plus fréquentes, selon Netting *et al.*, (1995b) sont le manque de personnel, la mauvaise qualité des repas (variété et qualité des aliments), le manque de lits et les mauvais soins d'hygiène. On n'est plus dans les fautes professionnelles, les abus ou l'irrespect, mais dans quelque chose de plus flou : la qualité de vie, le milieu de vie. Il est difficile d'établir des normes et standards sur ces dimensions ou valeurs. C'est une réalité, avec le vieillissement, à laquelle on sera de plus en plus confronté.

Menio (1996) estime que les ombudsmans dans les *nursing homes* américains contribuent à améliorer les services (dans le cas examiné en détail par cet auteur : un hôpital mis sous tutelle en quelque sorte à la suite de problèmes provoqués par un ratio infirmière/patient insuffisant). Mais curieusement, l'efficacité tient à la possibilité, en cas d'échec de la médiation de l'ombudsman, qu'une autorité puisse trancher et sanctionner.

À partir d'un échantillon de *nursing home* du Missouri, Cherry (1991) estime que la présence d'un ombudsman ou l'implication de bénévoles dans l'établissement (ce qu'il appelle l'implication de la communauté), augmente la qualité des soins. Il n'a cependant pas réussi, nous semble-t-il, à en faire la démonstration rigoureuse (corrélation entre présence de la communauté et quatre indicateurs de qualité des soins : nombre de plaies de lit, taux de catharsis, d'infection urinaire et d'utilisation d'antibiotiques). Le même auteur a refait une analyse de ses résultats quelques années plus tard (Cherry, 1993) pour établir une corrélation entre la présence de l'ombudsman et la qualité des soins.

D'autres auteurs ont une appréciation plus nuancée. La présence des ombudsmans dans les *nursing homes* américains a contribué à augmenter le nombre de plaintes (Wayne *et al.*, 1995). Cependant, les ombudsmans, estime-t-on, ont davantage contribué à corriger des problèmes spécifiques, à mettre en évidence et corriger des abus, qu'à apporter des changements profonds et généraux aux pratiques du fait qu'il n'y a pas eu d'influence sur les sanctions plus sévères (poursuite, retrait d'accréditation des établissements). De leur côté, Monk *et al.*, (1984) ont interrogé des représentants de trois groupes de personnes intéressées (*aging interest group ; human services commissionners ;*

long term care providers) : si les trois ne voient pas de la même façon le rôle des ombudsmans, ils convergent pour dire que ceux-ci, actuellement, réussissent assez bien dans les questions touchant les droits et les abus des résidents, mais peu dans le rehaussement des standards de soins et de services.

Allen et ses collaborateurs (2000) se sont demandés : les plaintes écrites ou verbales (par les patients, familles et autres visiteurs) ont-elles eu pour effet d'améliorer la qualité des services de l'hôpital ? Comment furent traités les *commentaires* des usagers ? Outre l'amélioration de la gestion des plaintes, l'évaluation des plaintes par l'équipe de chercheur a conduit à trois projets visant : 1) l'amélioration du stationnement (diminution du prix et amélioration de l'accès à l'hôpital par un service de valet) ; 2) la réduction du bruit (stratégies pour diminuer le bruit que fait le personnel en service durant la nuit) et 3) l'amélioration des soins et du respect témoigné aux patients (évaluation des équipes et des services en regard de l'attitude envers les usagers et programme de formation du personnel).

La quantité de plaintes déposées dans un établissement doit-elle être prise comme indicateur (très discutable), tantôt de la qualité des services (moins il y a de plaintes, plus la qualité est grande), tantôt de l'efficacité du régime d'examen des plaintes à surmonter les obstacles au dépôt d'une plainte ?

Les plaintes écrites ne sont en fait que la pointe de l'iceberg des insatisfactions, la partie la plus visible est traitée de manière formelle, dit-on souvent (Carmel, 1990). En un sens, c'est une évidence, encore faut-il être prudent. Ce qui fait l'objet d'une plainte formelle risque d'être d'une nature et d'une gravité différente ; il ne faut pas conclure non plus que les insatisfactions non écrites demeurent inexprimées et non résolues, car elles peuvent l'être de manière informelle ; il est en outre difficile de mesurer la partie submergée de l'iceberg que l'on s'imagine volontiers très grande.

On peut faire observer et penser (à la suite de Mowbray *et al.*, 1995) que les régimes de protection ont des coûts et que ces coûts se justifient par l'augmentation de la qualité des soins à laquelle ils contribuent, contribution qu'il est difficile d'estimer ou d'évaluer. On peut noter ici un problème d'ordre méthodologique : quelles mesures de performance adopter en l'absence d'objectifs clairs et de critères peu précis ? Le respect des droits est lié à l'établissement et la reconnaissance de normes de bonnes pratiques mais la défense des droits et la protection contre les abus ne se justifient que par un objectif d'efficience. N'a-t-il pas sa raison d'être même s'il n'améliore pas les services ?

On voit que l'évaluation de l'atteinte des objectifs pose différents problèmes méthodologiques. Nous y reviendrons plus loin. Notons que les résultats obtenus jusqu'ici, en ce qui a trait à l'amélioration des services, ne sont pas toujours probants ou faciles à apprécier. Quant aux objectifs de communication, d'alternative au juridique et, de manière générale, de transformation des relations usager-intervenants, peu de

choses ont été faites pour en évaluer l'atteinte. Sans doute faudrait-il que les chercheurs en arrivent à être plus imaginatifs au plan méthodologique.

Nous aborderons plus directement dans le prochain chapitre, la question de l'accessibilité au régime de plaintes. On verra que sur cette question, également, les recherches fouillées et imaginatives ne sont pas légion. Plusieurs résultats intéressants ont cependant été relevés.

Nous en arrivons à la question de l'accessibilité des régimes d'examen des plaintes. Nous discuterons dans ce chapitre des principaux obstacles ou facteurs facilitant cette accessibilité, tels qu'ils ressortent des écrits consultés. Nous distinguons trois ordres de phénomènes : le premier concerne les mécanismes en eux-mêmes, leurs règles et leur fonctionnement ; le second touche aux plaintes, à la manière dont on les interprète ; le troisième touche les transformations dans l'organisation des services et leurs incidences sur le traitement des plaintes.

3.1 Mécanismes

Toute insatisfaction ne conduit pas à la formulation d'une plainte, loin s'en faut. Pour qu'une insatisfaction conduise à une plainte, plusieurs ordres de phénomènes semblent importants. Le premier touche aux *mécanismes* de traitement des plaintes⁶. Il faut un mécanisme connu et accessible par ceux qui sont insatisfaits ; ils doivent être informés de la procédure, la comprendre et se sentir capables d'entreprendre la démarche. Ils doivent, en outre, avoir confiance en la procédure : estimer qu'elle est équitable, rigoureuse et qu'elle peut conduire à des résultats (McCrindle et Jones, 1998). Enfin, l'utilisateur doit être persuadé de recevoir les soins ou les services dont il a besoin malgré sa plainte, il ne doit pas craindre des représailles, une hostilité de la part des intervenants, la relation entre le responsable des plaintes et les intervenants ou un délai trop long. La *confiance* couvre différents aspects et elle est déterminée par différents facteurs.

3.1.1 Visibilité et visites

Aux ombudsmans des *nursing homes* américains, on veut leur faire jouer un rôle de *visiteur* à l'écoute des patients. Il leur faut non seulement porter un regard extérieur (quoique bien informés puisqu'ils vont régulièrement sur place), mais ils doivent aller au devant des plaintes.

⁶ L'Annexe 2 donne une description générale de cinq régimes d'examen des plaintes.

Selon Monk et ses collaborateurs (1984), au début des années 1980, 28 % des résidents des *nursing homes* connaissaient l'ombudsman, 9 % avaient déposé une plainte. En 1994, *Le National Research Council*, à propos du programme d'ombudsman dans les *nursing homes* aux États-Unis concluait (après plus de 15 ans de fonctionnement) que :

- malgré les visites et les efforts pour établir confiance et crédibilité, un grand nombre de résidents ne connaissent pas l'ombudsman et probablement ne seraient pas capables d'y recourir (*not be able to use*) ;
- les ombudsmans répondent rapidement aux plaintes, mais plusieurs font face à des problèmes d'organisation, comme devoir faire l'enquête par téléphone ; ce genre de moyen n'est pas pour encourager les personnes à porter plainte, alors qu'elles sont déjà inquiètes et comprennent mal la situation ou les mécanismes ;
- le programme n'est pas établi partout, ni de manière uniforme. Les ombudsmans ne reçoivent pas tous le même soutien de leur État pour l'organisation, leurs ressources, la formation, les conseils pour les questions légales.

Selon Kaye et Monk (1988), deux facteurs contribuent à l'accessibilité du service : 1) la visibilité de l'ombudsman et de son travail (il demeure encore méconnu, particulièrement des femmes et des personnes moins scolarisées) ; 2) une implication sérieuse de la direction des établissements, qui doit soutenir le travail de l'ombudsman, lui faciliter le travail, lui donner les ressources dont il a besoin et faire connaître son existence aux usagers.

Selon Donaldson et Cavanagh (1992), qui ont réalisé une étude dans le nord de l'Angleterre, les gens qui ne portent pas plainte, soit ne connaissent pas le régime, soit n'ont pas confiance dans le système : ils estiment que ça ne servira à rien.

Selon les ombudsmans (Monk *et al.*, 1984), ils ont besoin de développer avec les usagers une relation de confiance, de bâtir des relations amicales (*being friendly, unaggressive, establishing trust and finding common ground for communication*) ; la confidentialité est essentielle et il faut être à l'écoute. Cette étude souligne l'importance des contacts répétés ou réguliers avec les usagers, mais sans s'imposer. Les usagers ou résidents comprennent mal ; c'est le rôle de médiateur : l'information et les contacts contribuent à se faire connaître et aide les usagers à comprendre le rôle des ombudsmans.

3.1.2 Temps et délais

Pour Donaldson et Cavanagh (1992), le temps que prend le traitement des plaintes est une source de profonds mécontentements en Angleterre au moment de leur étude. C'est un effet pervers du régime : plutôt que d'accroître la satisfaction, il ajoute une nouvelle insatisfaction (Daniel *et al.*, 1999).

La question des délais est très importante pour la crédibilité du régime. Elle semble liée au sentiment de transparence, d'efficacité, d'honnêteté. La plainte semble prise au sérieux lorsqu'elle est traitée avec diligence. Il faut réaliser un peu la quadrature du cercle : répondre rapidement en prenant le temps de bien faire l'enquête (de manière complète et rigoureuse) (Dagher *et al.*, 1995). Par ailleurs, de longs délais rendent plus difficile l'établissement du bien fondé de la plainte et la vérité des allégations (USGAO, in www.gao.gov, 2000).

Les délais sont particulièrement importants lorsque les individus sont en situation de forte dépendance, comme ceux vivant en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou en *nursing home* : les délais prolongent la situation d'abus ou de négligence dans laquelle les personnes se trouvent (USGAO, in www.gao.gov, 2000).

La question touche ici également aux mesures prises une fois la justification et la gravité de la plainte établies : même si le plaignant n'encourt plus d'inconvénient ou de risque, il faut rapidement corriger ou améliorer les services pour que d'autres usagers ne connaissent pas le même problème (USGAO, in www.gao.gov, 2000).

3.1.3 Représailles

Une enquête sur le rôle et l'efficacité des ombudsmans dans les *nursing homes* américains arrive au résultat que 44 % des plaintes ont été déposées de manière anonyme (Nelson *et al.*, 1995a). Aurait-on peur des représailles ? Selon Kaye et Monk (1988), les personnes les moins scolarisées, même lorsqu'elles connaissent les mécanismes, ont généralement plus peur des représailles et portent moins facilement plainte.

L'enquête de Monk et ses collaborateurs (1984) réalisée au début des années 1980 dans les *nursing homes* nous donne quelques indications : 69 % des ombudsmans pensent que les résidents ont *souvent* peur de porter plainte ; 28 % disent que c'est *parfois* le cas ; 20 % des résidents qui connaissent le programme avouent qu'ils auraient peur que le personnel soit fâché après eux s'ils le faisaient. Aussi, préfèrent-ils s'adresser à l'infirmière : 37 % pensent que c'est la meilleure personne à qui s'adresser ; 25 % pensent que c'est le travailleur social, 16 % l'administration et 7 % seulement, les proches.

Dans l'étude de Carmel (1990), 18 % des plaignants se disent satisfaits de la réponse à leur plainte, mais 66 % disent qu'ils ont eu non seulement une *réponse* négative, mais ils ont dû faire face à une *réaction* négative. Les gens ont besoin d'être pris au sérieux, que l'on reconnaisse au moins un problème sur lequel il faut se pencher. Mais les patients qui ont eu une réaction positive à leur plainte, mais une réponse négative, demeurent insatisfaits. Une réponse polie ne suffit donc pas s'il n'y a pas de changement. L'appréciation du traitement demeure liée à la réponse donnée à la plainte (Carmel, 1990).

3.1.4 Attitude des intervenants à l'égard du régime et du responsable des plaintes

L'attitude des professionnels et des intervenants est un aspect important si on pense que la communication et la relation intervenant-usager sont au centre de la majorité des plaintes. Pour Donaldson et Cavanagh (1992), il faut faire prendre conscience aux intervenants que les mécanismes de traitement des plaintes peuvent les aider à améliorer leur pratique. Ils doivent aussi penser que la personne responsable des plaintes est crédible et impartiale (Monk *et al.*, 1984). Il faut la collaboration des intervenants pour faire l'enquête, et c'est d'autant plus nécessaire lorsque l'on veut jouer un rôle de médiateur.

Au chapitre des relations des ombudsmans avec les intervenants en *nursing home* (Monk *et al.*, 1984) : les ombudsmans estiment eux-mêmes ne pas devoir faire partie du personnel soignant, ni du personnel de soutien, ni d'un ordre médical. Ils doivent négocier leur insertion car ils entrent dans les plates-bandes des autres. Ils rencontrent souvent un problème d'incompréhension sur leur rôle. Des tensions et conflits demeurent souvent non résolus, d'où le besoin d'un soutien extérieur, et celui de consacrer ainsi beaucoup de temps aux relations publiques avec les administrateurs et le personnel (avec pour effet d'avoir moins de temps pour le traitement des plaintes proprement dit). Les intervenants, de leur côté, estiment que les ombudsmans devraient recevoir plus de formation : ils comprendraient mieux les situations.

Le personnel soignant a d'ailleurs tendance à rejeter le rôle d'*advocacy* ; l'ombudsman peut venir mais n'est pas vraiment le bienvenu. Les groupes de défense des intérêts des personnes âgées, quant à eux, voient les ombudsmans davantage nécessaires et utiles que les soignants.

3.1.5 Oral et écrit

Exiger que la plainte soit écrite, décourage le dépôt de plaintes. On relève différents facteurs : difficultés d'écrire, intimidation devant les procédures formelles, démarche complexe ou peur de laisser une trace. Un régime qui accepte les plaintes formulées au téléphone peut en recevoir un nombre considérablement plus élevé qu'un régime qui n'accepte que les plaintes écrites (USGAO, in www.gao.gov, 2000). L'écrit est cependant plus crédible et rigoureux ; plus nécessaire lorsque la situation est grave. Les usagers peuvent alors avoir besoin d'assistance.

3.1.6 Dépendance et soutien

Certaines clientèles sont plus dépendantes que d'autres (Monk *et al.*, 1984). On peut penser aux personnes âgées en établissement de soins de longue durée qui nécessitent une aide pour les activités de la vie quotidienne (et pas uniquement les soins) sur une base permanence et sur une longue période. On ne change pas d'établissement ou de service facilement. En outre, les usagers sont particulièrement vulnérables, ils ont

parfois des problèmes cognitifs, ils peuvent avoir des difficultés à s'exprimer, à parler, à trouver leurs mots et ont besoin d'être rassurés, et ils sont souvent intimidés par le personnel (Merette, in www.dania.com, 2001). Ce sont là toutes des dimensions de leur dépendance. Cela contribue à favoriser une infantilisation (on décide pour eux), une dépersonnalisation (même chose pour tous ; ce qui peut aussi être regardé comme de l'équité), une déshumanisation (manque d'intimité et de compassion dans les services et les soins qui touchent l'intimité et la vie privée) et la victimisation (intimidation, privation, coercition de la part du personnel), (Litwin, 1985). C'est ce qui explique que les *nursing homes* ou CHSLD sont des lieux réputés peu intéressants, où il y a peu d'intimité et de liberté, des lieux moroses.

Les patients les plus souvent exposés sont ceux qui ont le moins de contacts avec des personnes qui peuvent porter plainte à leur place (patient inapte, peu scolarisé, sans famille, en un mot : dépendant) (Mowbray *et al.*, 1995). Les gens qui portent plainte demeurent largement des gens avec une éducation plus élevée que la moyenne (Daniel *et al.*, 1999).

Jusqu'à 44 % des plaintes déposées le sont par une autre personne que celle lésée (Daniel *et al.*, 1999). Il faut donc informer et impliquer les familles pour qu'elles soutiennent les usagers. Il faut cependant faire attention avec la famille et les proches. Il faut se garder d'une idéalisation de ces réseaux : toutes les personnes dépendantes ne bénéficient pas nécessairement d'un réseau qui procure de l'aide et qui voit également au respect des droits de la personne.

Le personnel n'est pas le mieux placé pour porter plainte à la place des patients : il le fait peu, il a lui-même souvent peur des représailles, il connaît d'ailleurs peu les droits des patients, il estime souvent que ceux-ci ont plus de droits que lui, et il est prêt à le faire au moyen de compensations ou s'il y est contraint (Mowbray *et al.*, 1995). Cela souligne l'importance d'une personne attitrée à cela, qui soutient les patients ou qui dépose la plainte à leur place.

3.1.7 Confiance

Toutes ces limites dans l'accessibilité au régime de plaintes soulèvent la question de la confiance. Les personnes n'ont pas toujours des raisons suffisantes de croire que ça va donner quelque chose. On le dit dans les médias, les avocats le disent à propos des poursuites judiciaires ou devant les corporations professionnelles : à moins que la faute soit grave (les compensations demandées élevées) et la faute aisément démontrable, il ne vaut pas la peine de porter plainte. Cette impression, justifiée ou non, en regard du régime d'examen des plaintes est très forte.

Dans un contexte de crise du système de santé (urgences débordées, coupures budgétaires, système universel fragilisé à préserver), les usagers ne sont pas incités à revendiquer plus de services ou de meilleure qualité.

Questions :

- ✓ Combien de temps les responsables des plaintes accordent-ils aux plaignants ? Quelle importance accordent-ils au temps (rencontre du plaignant et délais de réponse) ?
- ✓ Quels efforts sont faits pour faire connaître le régime, mais aussi pour aller au devant des plaintes et connaître la situation des usagers (particulièrement ceux pour qui l'accessibilité au régime est un problème) ?
- ✓ Combien de temps les responsables des plaintes doivent-ils consacrer à rencontrer les intervenants pour faire connaître leur rôle, diminuer les craintes, changer les attitudes ? Devraient-ils faire de l'éducation et de la prévention sur les plaintes, mais aussi sur la qualité des services et les rapports avec les usagers ? N'y aurait-il pas là un moyen de diminuer les représailles ?

3.2 Nature et fondement des plaintes

Le deuxième ordre de phénomènes, pour qu'une insatisfaction conduise à une plainte, touche à la nature des plaintes, à leur légitimité et leur recevabilité : il faut que la faute ou le manquement soit relativement clair (pour le plaignant tout au moins) ainsi que la responsabilité (à qui incombe la faute). Cela suppose que la personne ait une idée de ses droits, de la manière dont le service doit être donné ou des services auxquels elle a droit.

3.2.1 Connaître ses droits

On a parlé précédemment de l'importance accordée à la transparence et à la communication. La première chose qu'il faut faire et sur laquelle tous les auteurs s'entendent : informer les usagers de leurs droits. Cette information ne va cependant pas de soi :

- quant à la manière de le faire (efficacité) ;
- et quant au contenu : si les droits et les abus peuvent être identifiés assez bien, ce n'est pas le cas pour les normes de qualité des services.

Une majorité de patients ne connaissent pas bien leurs droits, ni le régime d'examen des plaintes, et les responsables des plaintes ne font pas l'éducation des usagers (Mowbray *et al.*, 1995). On note souvent le manque de ressources et d'efforts pour faire cette information, ou plutôt cette *formation* (Mowbray *et al.*, 1995 ; Monk *et al.*, 1984).

Dans les tâches et moyens d'action de l'ombudsman, Monk et ses collaborateurs (1984) proposent :

- un rôle d'enseignement : informer les usagers de leurs droits ; en informer également les intervenants ;
- de faire des visites : pour enseigner, pour investiguer, pour aller au-devant des plaintes, identifier ce qui ne va pas dans l'établissement ;
- l'investigation : comment déterminer la validité de la plainte, comment obtenir la collaboration de tous.

Il faut recueillir convenablement le point de vue du patient : être systématique et complet dans le relevé des faits, les clients doivent comprendre que leur plainte va servir à quelque chose, que ça va éviter la répétition de l'erreur. En outre, il faut prendre le temps de leur expliquer les soins et le fonctionnement des services pour prévenir les plaintes et pour corriger leur perception. Cette éducation doit se faire tout le temps, avant la plainte (Dagher *et al.*, 1995). Tout cela est nécessaire pour l'obtention d'un régime crédible, auquel on a confiance et auquel on sera moins réticent à recourir.

Plus les gens sont informés, dit-on, plus ils rapportent les cas de violation de leurs droits. C'est une tautologie. Mais est-ce qu'on peut penser que d'en parler, ça leur donne plus confiance pour porter plainte ?

3.2.2 Urgence de la plainte

Faut-il se donner des règles précises pour les plaintes graves et urgentes ? Selon le *Health Care Financing Administration* américain, toutes plaintes où est en jeu la sécurité, la santé ou la vie d'un résident d'un *nursing home* doivent être investiguées dans les deux jours suivant le dépôt de la plainte. Dans certains États américains, le règlement tolère jusqu'à dix jours (USGAO, in www.gao.gov, 2000). Tous n'utilisent pas les mêmes critères de gravité ; certains responsables de plaintes classent urgent ce que d'autres jugent moins urgent. Par exemple, dans un État américain (Maryland), c'est 22 % des plaintes qui sont classées prioritaires et qui doivent être traitées dans un délai de dix jours ; dans un autre État (Washington), c'est 90 % des plaintes qui sont investiguées à l'intérieur de deux à dix jours (*ibid*).

La gravité et l'urgence de traiter la plainte peuvent être diversement appréciées. Par exemple : dans certains établissements de soins de longue durée aux États-Unis, une plainte ne sera pas jugée urgente si le patient est décédé à la suite de la négligence ou de l'erreur. On fait cependant remarquer (USGAO, in www.gao.gov, 2000) que si la victime n'est plus exposée, d'autres patients peuvent l'être, et l'urgence demeure. Des allégations, à l'effet que les patients sont négligés, qu'ils portent des vêtements souillés de nourriture ou qu'ils ont des contusions, ne sont pas toujours considérées comme une urgence. Cela dénote un besoin de catégories claires et aussi de formation du personnel.

3.2.3 Distinguer les plaintes fondées et non fondées

Sur la distinction entre plainte fondée et plainte non fondée, Francoeur (1994) a dit l'essentiel : pareille catégorisation est problématique à plus d'un titre ; elle implique une évaluation dont on a des garanties d'impartialité et de rigueur (ce qui pose un problème lorsque c'est fait par un cadre de l'établissement, et qu'il y a apparence de conflit d'intérêt) et elle s'applique mal à certaines plaintes, comme celles touchant l'admissibilité à des services ou les listes d'attente. Ainsi, on peut avoir une raison de se plaindre, sans qu'il y ait eu une faute (par exemple, lorsque le problème est attribuable à un manque de ressources). Mais surtout, une telle distinction implique que des personnes n'ont pas raison de se plaindre, que leur plainte est frivole et non justifiée. C'est éconduire la personne de manière cavalière, et on culpabilise le plaignant. Hors, la finalité du régime c'est de donner la parole aux usagers, et non de le discréditer. Il faut approcher la plainte autrement : elle est toujours le signe d'un problème, d'une difficulté, elle est une question à laquelle il faut prendre la peine de répondre.

3.2.4 Prendre au sérieux la plainte

Le responsable des plaintes et l'ombudsman peuvent être portés à disqualifier la plainte avant de l'avoir examinée. Par exemple, attribuer le comportement de la personne (agressivité, déni, sentiment d'être victime) à sa maladie, son âge, son caractère, son origine ethnique. La psychiatrie, la psychologie et les sciences humaines sont utilisées de nos jours pour expliquer les conduites (Lebeer, 1997). Une conduite est souvent jugée irrationnelle lorsqu'elle va à l'encontre du jugement des professionnels.

Il y a une volonté grandissante des patients de participer aux décisions qui les concernent. Les patients sont de moins en moins passifs qu'autrefois (si tant est qu'ils l'ont été autant que l'on se l'ait imaginé). Les questions ou situations extrêmes telles qu'étudiées par la bioéthique (refus de traitement, expérimentation, acharnement thérapeutique) le montrent suffisamment. Mais c'est dans l'ensemble des soins, sans que les conséquences soient dramatiques, que l'on retrouve cette affirmation.

Les études des dernières années sur la *non-observance* (*non-compliance*) des patients, sur le fait qu'ils ne suivent pas les prescriptions et recommandations de leur médecin, évaluent facilement à plus du tiers, la proportion des *désobéissants*. On s'est interrogé sur leurs motivations, pour les juger plus rationnelles qu'on avait tendance à le penser (en regard des normes professionnelles) : les individus font une évaluation des risques et bénéfiques en regard des circonstances personnelles et sociales. Au point que l'on remet en question cette notion de *non-compliance*, qui ne traduit que le point de vue du médecin, et qui pose la question de revoir les relations médecins-patients (Donovan et Blake, 1992). Ici aussi nous sommes amenés à revoir l'attitude générale vis-à-vis du jugement et de la conduite du malade. À les prendre davantage au sérieux, c'est-à-dire

pas seulement comme une donnée à prendre en compte ou avec laquelle il faut bien composer, mais comme un point de vue sérieux.

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de donner une formation (sur le traitement des plaintes et sur des réalités touchant certaines clientèles), des guides, des outils aux ombudsmans et aux responsables de plaintes, pour faire un travail compétent et efficace (Monk *et al.*, 1984 ; USGAO, in www.gao.gov, 2000). Ils peuvent aussi avoir besoin de soutien et de conseils (juridiques notamment) et pouvoir parler de leur travail avec d'autres personnes qui assument les mêmes responsabilités. Former le personnel responsable du traitement des plaintes, c'est accroître leur compétence, et du même coup leur crédibilité ainsi que leur permettre d'intervenir sur l'ensemble des plaintes, quel que soit le secteur ou la gravité⁷, estiment Kaye et Monk (1988).

Questions :

- ✓ Y a-t-il des critères pour une plainte légitime, fondée, acceptable ou crédible ? Favorisent-ils l'accessibilité et l'expression des plaintes ?
- ✓ Y a-t-il des plaintes plus urgentes que d'autres ? Quels sont les critères d'urgence ? Quels sont les délais requis pour les traiter ?
- ✓ Comment faut-il entendre une plainte ? Quelle attitude le régime d'examen des plaintes préconise-t-il à l'égard des plaignants et des plaintes ? Quelle attitude ont les responsables des plaintes, quelles instructions reçoivent-ils ?

3.3 Offre et organisation des services

Ce troisième ordre de phénomènes ne touche pas directement le traitement des plaintes, mais l'offre et l'organisation des services de santé ou des services sociaux, qui peuvent avoir une incidence sur l'expression des insatisfactions et le dépôt des plaintes. La question soulevée est celle des attentes des usagers à l'égard des établissements et des services : l'insatisfaction et la justification de porter une plainte repose souvent et peut-être de plus en plus sur le sentiment que l'on n'a pas tous les services auxquels on a droit comme client ou contribuable.

⁷ Un exemple de formation : « Oregon-certified ombudsman are recruited and screened by other volunteers who sit on twenty-one local committees throughout the state. Approved applicants must undergo forty-eight hours of initial training covering a broad range of topics on ombudsman involvement. Subjects include investigation procedures, problem resolution techniques, residents' rights, care issues, long-term care law, and various aspects of applied gerontology. Those who pass the certification exam are required to spend an average of four hours each week in their facility assignments. (...) All volunteers must attend twenty four hours of continuing education annually and are encouraged to attend monthly support group meetings » (Nelson *et al.*, 1995b, p. 215).

3.3.1 Services attendus

La restructuration des services de santé et des services sociaux réalisée dans plusieurs provinces canadiennes et plusieurs pays tend à accentuer le transfert de responsabilités, de services et de soins aux familles des personnes malades, aux groupes communautaires et aux entreprises privées (Armstrong *et al.*, 1994 ; Means et Smith, 1998). On valorise le recours aux réseaux naturels de soutien des personnes malades et dépendantes pour leur procurer les soins et les services dont elles ont besoin. Mais bien des aidants n'ont pas toujours le temps, les connaissances ou les capacités pour assumer de lourdes responsabilités (surveillance, soins, charge physique). La réduction des durées d'hospitalisation (virage ambulatoire) accentue les occasions de transfert de responsabilités des hôpitaux aux CLSC. Elle pose un problème de continuité des services, un objet d'insatisfaction souvent observé dans les études autour de la réforme (CSF, 1999 ; Gagnon *et al.*, 2000) et d'accessibilité aux services, une source importante de plaintes et d'insatisfaction (Commissaire aux plaintes, 1999b). Cette réalité est d'autant plus importante à considérer que le nouveau régime d'examen des plaintes au Québec s'étend aux partenaires du réseau des services publics (groupes communautaires, résidences privées agréées, etc.).

L'utilisateur doit composer avec des intervenants de plusieurs institutions (fragmentation accentuée de la responsabilité), pas toujours bien coordonnés. Et comme il est à son domicile, il assume davantage la responsabilité de ses soins (ici aussi les proches entrent en ligne de compte : pourvoyeurs de soins et services, coordonnateur et organisateur des services, surveillance des services).

Les plaintes proviennent, selon Dagher et ses collaborateurs (1995), des attentes (*expectations*) non comblées des usagers, basées selon eux sur les expériences antérieures. Mais plutôt que de parler de fautes ou de manquements aux règles, ces plaintes obligent à repenser l'offre de services de l'établissement pour bien concevoir les attentes des usagers.

De manière générale, un plus grand nombre de services se donnent à l'extérieur des établissements notamment au domicile des personnes. Les attentes sont variables quant aux services auxquels on a droit et l'offre de services est aussi variable selon les établissements et les territoires. Cela entraîne un certain *brouillage* des responsabilités entre les divers intervenants impliqués (pas tous à l'emploi des services publics), le malade et ses proches (qui doivent assumer des services et des soins) (Fougeyrollas *et al.*, 2000). Les responsabilités touchant les soins et le suivi du malade sont loin d'être claires pour les intervenants, *a fortiori* pour les patients et leurs proches (Gagnon *et al.*, 2001). Ces réformes posent avec plus d'acuité qu'auparavant, la question de l'accessibilité aux services et de l'équité dans l'accès à ces services.

3.3.2 Système abstrait

Pour bon nombre de citoyens et pas uniquement les moins instruits et les plus démunis, le système de santé est quelque chose de passablement abstrait et inconnu. Ce sentiment s'accroît avec les dernières réformes des services notamment avec le virage ambulatoire et la délégation au communautaire, qui conduisent l'utilisateur à voyager entre divers établissements, départements et services, à rencontrer une diversité d'intervenants responsables chacun d'une partie des soins ou services. Distinguer les établissements, les professions, les responsabilités, ne vont pas de soi pour l'utilisateur et ses proches.

On pourrait donner comme exemple les seuls régimes d'examen des plaintes. Nous avons nous-mêmes eu beaucoup de difficultés à avoir de l'information claire sur les procédures de dépôt d'une plainte dans les autres provinces canadiennes. On peut imaginer les difficultés et la compréhension que peuvent en avoir les usagers !

Questions :

- ✓ Que disent les plaintes sur les services ? Sans qu'il y ait faute, n'indiquent-elles pas d'autres sortes de problèmes ou difficultés vécus par les usagers ?
- ✓ La compréhension des services, de l'organisation des soins est-il un préalable à la compréhension et à l'accessibilité à un régime de plaintes ?

Nous devons nous arrêter, avant de conclure, à un certain nombre de questions méthodologiques et théoriques qui rendent difficile l'évaluation des régimes d'examen des plaintes, particulièrement leur accessibilité et l'appréciation des résultats rapportés par les études.

4.1 Description des mécanismes

Il est très difficile de trouver une description complète des régimes d'examen des plaintes qui font l'objet des études consultées : leurs objectifs, leurs fonctionnements, les procédures. On parvient à les reconstituer à l'aide d'éléments glanés dans les rapports annuels, l'information transmise aux usagers et les articles scientifiques. Il devient difficile d'apprécier les études faites sur des régimes dont on ne vous donne pas beaucoup d'information sur son fonctionnement ; il devient délicat de comprendre les résultats obtenus et de les comparer à ceux des autres études.

4.2 Mesurer l'atteinte des objectifs

Pour mesurer correctement l'atteinte des objectifs d'un régime, il faut d'abord que ces objectifs soient énoncés de manière un peu plus précise. Le moins que l'on puisse dire c'est que c'est rarement le cas. Si l'objectif est d'améliorer l'expression des insatisfactions, est-ce que l'augmentation du nombre de plaintes est un bon indicateur de l'atteinte de l'objectif ? Si l'objectif est d'améliorer la qualité des services, peut-on dire que les services sont de qualité parce qu'il y a peu de plaintes ?

Pour évaluer l'atteinte des objectifs, il faut clarifier au plan du traitement des plaintes :

- ce qui est recevable et reçu comme une plainte justifiée et plausible ;
- quelles plaintes sont légitimes et en regard de quelles normes de services et de pratiques ? Quels sont les critères de qualité et d'accessibilité des services ? ;
- quels sont les critères de performance d'un régime et les actions qui en découlent (délais, investigations, mesures correctives).

Et quel contrôle (*monitoring*) de l'amélioration des pratiques exerce-t-on une fois les mesures prises ? Quelle inspection fait-on avec quels moyens d'enquête ?

Il ne suffit pas que les patients (et le personnel) soient informés de leurs droits et des recours. Il faut des normes de pratiques de qualité plus claires et une évaluation périodique des pratiques (Mowbray *et al.*, 1995).

4.3 Distinguer la satisfaction à l'égard du mécanisme et la satisfaction à l'égard de la réponse obtenue

On ne sait jamais si le patient insatisfait du traitement de sa plainte l'est en raison de la réponse qu'il a obtenue ou de la manière dont la plainte a été traitée. Dans l'évaluation des régimes de plaintes, c'est un problème méthodologique très important. Ce problème est d'autant plus important, que loin de se limiter à une question méthodologique touchant l'évaluation des systèmes, on le rencontre aussi *dans le traitement même des plaintes*.

4.4 Catégories de plaintes et catégories de plaignants

Pour les besoins de l'évaluation et de la recherche, il faut que, selon les différents établissements, les données sur les plaintes traitées soient comparables. Il demeure cependant toujours difficile de les contextualiser de manière à les interpréter. On ne sait pas, par exemple, si elles sont traitées selon une approche qui tient davantage de la médiation ou de l'*advocacy* (Netting *et al.*, 2000). Il devient difficile alors de faire des compilations et des comparaisons.

Mais il y a plus. Il importe de porter une attention plus grande sur les catégories utilisées par les responsables des plaintes et par les chercheurs qui évaluent les régimes ou les programmes. Les catégories avec lesquelles on classe souvent les plaintes ne sont pas mutuellement exclusives et varient beaucoup selon les contextes et les régimes d'examen des plaintes (qualité des soins, respect, attitude des intervenants et même accessibilité aux services). La plainte est complexe, elle dénote souvent un malaise, une incompréhension par l'utilisateur de ce qui lui arrive, ou encore une incompréhension générale des intervenants quant à ce que les personnes peuvent vivre. C'est pour la même raison que la catégorisation en fonction de l'établissement ou du service reçu éclaire peu sur l'origine de la plainte et la condition de la personne plaignante ou pour qui la plainte a été déposée.

CONCLUSION

Au terme de ces études sur les régimes d'examen des plaintes, on peut regrouper nos résultats autour de deux grandes questions. La première concerne directement l'accessibilité du régime aux usagers. Nous avons relevé un ensemble de dimensions touchant la connaissance et la transparence de la procédure, les délais, l'indépendance et la crédibilité des responsables des plaintes, leur capacité d'enquêter et de visiter. Ces points mettent particulièrement en importance la question de l'*information* et de la sensibilisation, tant des usagers que des intervenants et des administrateurs. Il faut faire connaître le régime, son fonctionnement, ses finalités, ses orientations. Il lui faut le soutien politique et financier nécessaire des diverses instances, notamment des directions d'établissement.

La seconde question touche à la portée des régimes d'examen des plaintes et leur influence sur les changements de pratique et l'amélioration des services. On a vu les avantages (et les inconvénients) d'une action centrée sur la médiation ; l'importance de travailler sur les rapports entre le responsable des plaintes et les intervenants (pour une attitude plus positive et conciliante) ; l'importance de réfléchir sur l'attitude vis-à-vis de l'utilisateur (communication, transparence, écoute) ; l'importance de réfléchir sur la plainte, la manière de la recevoir et de la comprendre (elle ne traduit pas toujours uniquement ni prioritairement une faute imputable à une personne ou un service, mais divers malaises et préoccupations que les gens ont de la difficulté à exprimer) et la nécessité de réfléchir sur les critères de qualité et d'accessibilité des services. Ces points soulignent la nécessité d'assurer une *formation* des responsables des plaintes sur les conduites à adopter, sur les enquêtes à mener, sur la situation de certaines clientèles (vieillesse, problèmes de santé mentale, besoins de soins à domicile, etc.) et sur le fonctionnement de certains services. Ils peuvent avoir besoin d'outils et de guides (pour la priorisation, par exemple) mais également de conseils et de soutien.

Réfléchir sur les régimes d'examen des plaintes, et plus particulièrement sur l'accessibilité à ces services, nous oblige à revenir à la question plus générale des rapports entre les usagers et les services aujourd'hui. Pour Monk *et al.*, (1984), l'ombudsman est une alternative au contrôle professionnel (qui protège les intervenants et qui ne contribue pas à changer les standards et normes des pratiques professionnelles) et au contrôle plus bureaucratique (normes nationales peu applicables, qui augmentent le prix du service). Nous dirions quant à nous : une alternative au *professionnalisme* (patient passif, dépendant ; on juge pour lui) et au *consommérisme* (patient libre de juger et d'aller ailleurs si insatisfait). C'est prendre au sérieux le point de vue du patient tout en reconnaissant sa dépendance (pour juger, pour choisir, pour prendre une décision).

BIBLIOGRAPHIE

MONOGRAPHIES ET ARTICLES SCIENTIFIQUES :

Allen, L.W., Creer, E., Leggitt, M. Developing a Patient Complaint Tracking System to Improve Performance, *Journal on Quality Improvement*, vol. 26, n° 4 : 217-226, 2000.

Armstrong, P. *et al.* *Take Care : Warning Signals for Canada's Health System*, Toronto, Garamond Press, 1994.

Bark, P., Vincent, C., Jones, A. et Savory, J. Clinical Complaints : A Means of Improving Quality Care, *Quality in Health Care*, vol. 3 : 123-132, 1994.

Blondeau, D. et Gagnon, É. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser, *Les cahiers de droit*, vol. 35, n° 4 : 651-673, 1994.

Carmel, S. Patient Complaint Strategies in a General Hospital, *Hospital & Health Services Administration*, vol. 35, n° 2 : 277-288, 1990.

Cherry, R.L. Agents of « Nursing Home » Quality Care : Ombudsman and Staff Rations Revisited, *The Gerontologist*, vol. 31, n° 3 : 302-308, 1991.

Cherry, R.L. Community Presence and « Nursing Home » Quality of Care : The Ombudsman as a Complementary Role, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 34 : 336-345, 1993.

Cleary, P. D. et Mc Neil, B. J. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care, *Inquiry*, vol. 25, 25-36, 1988.

Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux. *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 1997-1998*, Gouvernement du Québec, février 1999a.

Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux. *Rapport de la tournée des régions 1998-1999*, Gouvernement du Québec, novembre 1999b.

Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux. *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 1998-1999*, Gouvernement du Québec, décembre 1999c.

Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux. *Avis sur l'amélioration du régime actuel des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et recommandant des amendements à la Loi*, Gouvernement du Québec, 2000.

Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Gouvernement du Québec, 1999.

Dagher, M., Kelbert, P. et Lloyd, R.J. Effective ED Complaint Management, *Nursing Management*, vol. 26, n° 12 : 48B-48F, 1995.

Daniel, A.E., Burn, R.J. et Horarik, S. Patients' Complaints about Medical Practice, *MJA*, vol. 170, n° 21 : 598-602, 1999.

Donaldson, L.J. et Cavanagh, J. Clinical Complaints and their Handling : a Time for Change ?, *Quality in Health Care*, vol. 1, n° 1 : 21-25, 1992.

Donovan, J.L. et Blake, D.R. Patient Non-Compliance : Deviance or Reasoned Decision-Making, *Social Sciences and Medicine*, vol. 34, n° 5 : 507-513, 1992.

Farber, H.S. et White, M.J. A Comparison of Formal and Informal Dispute Resolution in Medical Malpractice, *Journal of Legal Studies*, vol. XXIII : University of Chicago : 777-806, 1994.

Fougeyrollas, P., Majeau, P. et Gaucher, C. Vivre sans handicap à domicile avec des services adéquats et gratuits. Un projet réaliste ou utopique pour les personnes ayant des incapacités, *RIPPH*, Lac St-Charles, 2000.

Francoeur, J. *Le concept de plainte « fondée/non fondée »*, Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux du Québec, 1994.

Gagnon, É. L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé, *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 1 : 49-74, 1998.

Gagnon, É., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N. et Tremblay, M. *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Québec, Direction de santé publique, 2001.

Gagnon, É. et al. *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Sainte-Foy, PUL, 2000.

Hall, J. et Dornan M. What Patients Like about their Medical Care and How Often They Are Asked : A Meta-Analysis of the Satisfaction Litterature, *Social Sciences and Medicine*, vol. 27, n° 9 : 935-939, 1988.

Hickson, G.B. *et al.* What Health Professionals Can Do to Identify and Resolve Patient Dissatisfaction, *Journal on Quality Improvement*, vol. 24, n° 6 : 303-312, 1998.

Hickson, G.B., Pichert, J.W., Federspiel, C.F. et Clayton, E.W. Development of an Early Identification and Response Model of Malpractice Prevention, *Law and contemporary problems*, vol. 60, n° 1 : 7-29, 1997.

Kaye, L.W. et Monk, A. Factors Affecting « Nursing Home » Patient Participation in a Volunteer Grievance Resolution Services, *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 17, n° : 47-59, 1988.

Lajoie, A. *Le droit aux services : une réforme en peau de chagrin*, in V. Lemieux *et al.*, (dir.) *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Québec, PUL : 128-142, 1994.

Lebeer, G. La violence thérapeutique, *Sciences sociales et santé*, Vol. 15, n° 2 : 69-96, 1997.

Litwin, H. *Omdudsmen Services*, Handbook of Gerontological Services, Van Nostrand Reinhold Company Inc., New York : 514-530, 1985.

McCarthy, P. *Grievances, Complaints and Local Government*, Avebury, Oxford, 1992.

McCrinkle, J. et Jones, R. K. Preliminary Evaluation of the Efficacy and Implementation of the New NHS Complaints Procedure, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 11, n° 2-3 : 41-44, 1998.

Means, R. et Smith ; R. *Community Care : Policy and Practice*, London, MacMillan, 1998.

Menio, D.A. Advocating for the Rights of Vulnerable « Nursing Home » Residents : Creative Strategies, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 8, n° 3 : 59-72, 1996.

Monk, A., Kaye, L.W. et Litwin, H. *Resolving Grievance in the « Nursing Home » : A Study of the Ombudsman Program*, Columbia University Press, New York, 1984.

MORI. *The Mori Survey*, Edinburgh, UK, 1995.

Mowbray, C.T., Freddolino, P.P., Rhodes, G.L. et Greenfield, A.L. Evaluation of a Patient Rights Protection System : Public Policy Implication, *Administration in Mental Health*, vol. 12, n° 14 : 264-283, 1995.

Mulcahy, L. et Tritter, J. Hidden depths ?, *Health Service Journal*, vol. 204 : 5411, 1994.

NAHAT. *National Association of Health Authorities and Trusts Report*, UK, 1993.

Nelson, H.W., Huber, R. et Walter, K.L. The Relationship between Volunteer Long-Term Care Ombudsman and Regulatory « Nursing Home » Action, *The Gerontologist*, vol. 35, n° 4 : 509-514, 1995a.

Nelson, H.W., Pratt, C., Carpenter, C. et Walter, K.L. Factors Affecting Volunteer Long-Term Care Ombudsman Organizational Commitment and Burnout, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 24, n° 3 : 213-233, 1995b.

Netting, F.E., Huber, R., Paton, R.N. et Kautz III, J.R. Elder Right and the Long-Term Care Ombudsman Program, *Social Work*, vol. 40, n° 3 : 351-357, 1995a.

Netting, F.E., Huber, R. et Kautz III J. R. Volunteer and Paid Long term Care Ombudsman: Differences in Complaint Resolution, *The Journal of Volunteer Administration* : 10-21, 1995b.

Netting, F.E., Huber, R., Borders, K. et Kautz III, J.R. Interpreting the Meaning of Ombudsman Data across States : The Critical Analyst-Practitioner Link, *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 19, n° 1 : 3-22, 2000.

Nisselle, P. Angered Patients and the Medical Profession, *MJA*, vol. 170, n° 21, June 1999.

Pichert, J.W. *et al.* Identifying Medical Center Units with Disproportionate Shares of Patient Complaints, *Jt Comm J qual Improv*, vol. 25 : 288-299, 1999.

Saillant, F. et Gagnon E. Le self care : de l'autonomie-libération à la gestion de soi, *Sciences sociales et santé*, vol. XIV, n° 3, 17-46, 1996.

Segest, E. The Ombudsman's Involvement in Ensuring Patients' Rights, *Med Law*, vol. 16 : 473-486, 1997.

Sigal, M., Kodesh, A. et Preisman, O. Experience of Ombudsman at Lev Hasharon Mental Health Center, *Isr J Psychiatry Relat Sci*, vol. 37, n° 2 : 132-136, 2000.

Spath, P. Verbal Complaints Key for Monitoring Satisfaction, *Hospital Peer Review* : 140-143, Octobre 1996.

Stacey, M. Consumer Complaints Procedures in the British National Health Service, *Social Sciences and Medicine*, vol. 8, 429-435, 1974.

Warden J. Ombudsman Plans to Locate Blame in Complaints, *British Medical Journal*, vol. 312, n° 10 (6 January), 1996.

Ziegenfuss, J.T. et O'Rourke, P. Ombudsman, Patient Complaints, and Total Quality Management : an Examination of Fit, *Journal on Quality Improvement*, vol. 21, n° 3 : 133-142, 1995.

Ziegenfuss, J.T. Editorial : The Ombudsman Contribution to Quality, *American Journal of Medical Quality*, vol. 13, n° 2 : 57-58, 1998.

Zischka, P.C. et Jones, I. Volunteer Community Representatives as Ombudsman for Elderly in Long-Term Care Facilities, *Practice concepts*, vol. 24, n° 1 : 9-12, 1984.

Australie :

Health Care and Aged Care. *Aged Care Complaints Resolution Scheme*.
(<http://www.health.gov.au/acc/publicat/download/crs.pdf>, 23/08/2000)

Health Care and Aged Care. *Appendix H: Outcome standards for health care complaints mechanisms*.
(http://www.health.gov.au/pubs/hrom/pdf_files/pir/pirapph.pdf, 27/04/1999)

Canada :

➤ **Québec :**

Merette, Marguerite. Conférence AQDR lavalloise, le 6 octobre 1998.
(http://www.dania.com/~merette/conf_aqdr.html, 28/05/2001)

APHRSO (Association des Personnes Handicapées de la Rive Sud-Ouest). *Comment porter plainte*.
(<http://www.microtec.net/dallard/plainte.htm>, 28/05/2001)

Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre, *Plaintes et aide à la clientèle*.
(<http://www.rrsss06.gouv.qc.ca/evaluation/plaintes.html>, 28/05/2001).

CEQ. *Mémoire sur le projet de loi no 404*.
(<http://www.ceq.qc.ca/sante/404proj3.htm>, 10/09/2000)

Centre François-Charon. *Charte des droits et libertés des usagers*.
(<http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/codethiq.html>, 27/05/2001)

➤ **Alberta :**

Alberta Health. *Achieving Accountability in Alberta's Health system*. November 1998.
(<http://www.health.gov.ab.ca/public/document/accnt98/index.htm>, 16/03/2001)

Alberta Community Development. *Complaint Process*.
(<http://www.gov.ab.ca/mcd/citizen/hr/complaint.htm>, 21/07/1998)

➤ **Nouvelle-Écosse :**

Office of the Legislative Counsel, Nova Scotia House of Assembly. *Ombudsman Act*.
(<http://www.gov.ns.ca/legi/legc/statutes/ombudsm.htm>, 22/09/1998)

➤ **Manitoba :**

Gouvernement du Manitoba. *Comment déposer un plainte/en appeler d'une décision*.
(http://www.gov.mb.ca/chc/archives/Introduction/intro6_f.html, 28/05/2001)

États-Unis :

Department of Health and Human Services. *Long term care ombudsman program : complaint trends*. Office of Inspector General, march 1999.
(<http://www.csuchico.edu/mssp/ombud.html>, 02/11/1999)

National Academy of Science. *Real people real problems : an evaluation of the long-term care ombudsman programs of the Older American Act, 1995*.
(<http://www.nap.edu/readingroom/books/rprp/summary.html>, 2001)

National Citizens' Coalition fir « nursing home » Reform. *Ombudsman Resource Center*.
(http://www.nccnhr.org/public/50_173_498.CFM, 2001 NCCHRS)

Resolving Complaints in Medicaid Managed Care : The « Brutal Need » for Consumer Protections. National Health Law Program, 2000.
(<http://www.nls.org/conf/nidrgrie.htm>, 27/05/2001)

United State General Accounting Office. « Nursing homes » : *Complaints Investigation processes Often Inadequate to Protect Residents*, GOA/HEHS 99-80, March 1999.
(<http://www.gao.gov/new.items/he99080.pdf>, 24/03/2000)

Maine's Legislature. *Task Force to Study the Need for an Ombudsman Department of Human Services and the Substance Abuse Services*.
(<http://www.state.me.us/legis/opla/ombrpt.htm> , 23/01/2001)

Janet Levy Center. *Janet Levy Center - Long terme Care Ombudsman*.
(<http://www.csuchico.edu/mssp/ombud.html>, 11/02/1999)

Hong-Kong :

Consumer Concil. *Consumer Council Submission to Legislative Council Panel on Health*.
(<http://www.consumer.org.hk/Health/english/991213.htm>, 25/07/2001)

Royaume-Uni :

NHS. Listening to People, A consultation on Improving Social Services Complaints Procedures.

(<http://www.nhs.uk/patientsvoice/default.asp>, June 2000)

NHS. Handling Complaints : Monitoring The NHS Complaints Procedures. England : Financial Year 1998-99.

(<http://www.dott.gov.uk/nhs/complaints/Bground.html>, June 2000)

NHS. Investigations completed by the Ombudsman between April and July 2000.

(<http://www.health.ombudsman.org.uk/hsc/document/hc896-fw.htm>, July 2000)

Department of Health, National Health Service. Complaints Procedures for the Department of Health.

(<http://www.doh.gov.uk/complain.htm>, March 8, 2000)

NHS : Building A Safer NHS for Patients.

(<http://www.doh.gov.uk/buildsafenhs>, April 2001)

Department of Health, Northern Ireland. Complaints Procedures- HPSS- Department of Health and Social Services- Northern Ireland.

(<http://www.dhssni.gov.uk/hpss/publications/complaint.htm>, March 8, 2000)

Warden, J. Ombudsman plans to locate blame in complaints cases, *B Medical Journal*, 312 : 10, 1996

(<http://www.bri.com/cqi/content/full/312/7022/10>)