

Chapitre 2

La Régie de l'assurance maladie du Québec au service des personnes assurées



2.1 La gamme des services offerts par la Régie

Toutes les Québécoises et tous les Québécois connaissent la carte d'assurance maladie, communément appelée carte-soleil. Renouvelée périodiquement, cette carte donne accès à la gratuité des services publics de santé.

Depuis quelques années, la signature et une photographie de la personne assurée figurent sur la carte, afin de mieux contrer les abus et de contribuer ainsi à préserver l'intégrité de l'ensemble du régime public de santé québécois. Cette carte a permis à la population d'obtenir plus de 82 millions de services médicaux cette année.

L'obtention de la carte d'assurance maladie

La Régie délivre quelque 7,2 millions de cartes d'assurance maladie qui sont renouvelées sur un cycle de quatre ans. La carte d'assurance maladie doit être présentée chaque fois qu'une personne reçoit des services de santé assurés par la Régie. Cette carte, qui est la propriété de la Régie, ne peut être ni prêtée, ni donnée, ni vendue à qui que ce soit, sous peine d'amende.

La personne qui n'a jamais eu de carte d'assurance maladie et qui désire en obtenir une doit téléphoner ou se rendre à l'un des bureaux de la Régie, à Québec ou à Montréal. Les documents à fournir pour vérifier son admissibilité varient selon sa situation.

Dans le cas d'un enfant né au Québec, il suffit de l'inscrire auprès du Directeur de l'état civil. En effet, l'inscription à la Régie se fait automatiquement par la suite. Ainsi, dès que le Directeur de l'état civil confirme aux parents, au moyen de l'avis d'inscription de naissance, l'inscription de leur enfant aux registres de l'état civil, il transmet à la Régie, et ce, en toute confidentialité, les renseignements nécessaires pour que l'enfant puisse bénéficier du régime d'assurance maladie et, s'il y a lieu, du régime général d'assurance médicaments. Après avoir vérifié l'admissibilité de l'enfant, la Régie lui délivrera sa carte d'assurance maladie.

Pour un enfant né à l'extérieur du Québec ou pour un enfant adopté, il faut téléphoner ou se rendre à l'un des bureaux de la Régie, à Québec ou à Montréal. Une personne préposée aux renseignements indiquera alors la démarche à suivre et les documents à transmettre.

La période de validité de la carte

La période de validité de la carte d'assurance maladie est limitée. Pour connaître sa date d'expiration, il suffit de vérifier la date inscrite à l'extrême droite, sous l'espace prévu pour la photographie. La carte est valide jusqu'au dernier jour du mois d'expiration qui y est indiqué.

Trois mois avant qu'une carte expire, la Régie envoie automatiquement un avis de renouvellement au domicile de la personne assurée. Cet avis lui permet de se réinscrire et d'obtenir une nouvelle carte d'assurance maladie.

L'obligation de présenter sa carte

Pour recevoir gratuitement des soins de santé assurés, il est obligatoire de présenter une carte valide. C'est pourquoi il est recommandé de toujours avoir sa carte d'assurance maladie en sa possession. En effet, la personne assurée qui n'a pas sa carte doit payer les honoraires du professionnel consulté. Par la suite, elle doit demander un remboursement à la Régie au moyen du formulaire spécial que doit lui remettre le professionnel, après l'avoir rempli.

Dans certaines situations, cependant, une personne assurée peut recevoir des soins de santé sans payer, même si elle ne présente pas sa carte. C'est le cas pour :

- un enfant âgé de moins d'un an qui n'a pas encore la carte d'assurance maladie à son nom et dont l'un des parents présente sa propre carte;
- une personne dont l'âge varie de 14 à 18 ans et qui consulte sans l'autorisation de ses parents;
- une personne dont l'état de santé exige des soins urgents.

Les services médicaux

Parmi tous les services couverts par la Régie et auxquels la carte d'assurance maladie donne accès, les services médicaux sont les plus utilisés. En 1998-1999, le coût de ces services s'est élevé à plus de 2,3 milliards de dollars.

Toutes les personnes qui résident au Québec et qui sont admissibles au régime d'assurance maladie ont droit aux services médicaux assurés.

En vertu du programme sont assurés les services médicaux suivants :

- les actes diagnostiques ou thérapeutiques;
- les anesthésies;
- les chirurgies;
- les consultations;
- la radiologie;
- les services de laboratoire (la plupart ne sont assurés qu'en centre hospitalier);
- les traitements psychiatriques;
- les visites et les examens (certains examens très spécialisés ne sont assurés qu'en centre hospitalier).

De plus, certains services de planification familiale sont assurés, comme la ligature des trompes, la vasectomie et l'inversion de ces deux interventions.

Enfin, sont également assurés les examens médicaux exigés par certaines lois. Ces examens sont nécessaires en cours d'emploi ou pour obtenir un emploi.

L'inscription au programme d'assurance médicaments

De façon générale, les personnes qui ont accès à un régime d'assurance collectif en raison de leur emploi ancien ou présent, de leur profession ou de leur occupation habituelle doivent adhérer à ce régime et en faire bénéficier leur conjoint et leurs enfants qui sont domiciliés chez elles.

Les personnes qui n'ont pas accès à un régime d'assurance collectif ou qui cessent d'y avoir accès doivent s'inscrire et inscrire, le cas échéant, leur conjoint et leurs enfants à la Régie en se présentant à l'un de ses bureaux ou en téléphonant.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Les médicaments assurés par le régime général d'assurance médicaments¹ sont ceux que prescrit un médecin, un résident en médecine ou un dentiste et qui sont inscrits sur la *Liste de médicaments*, laquelle comprend aussi des médicaments dits d'exception. Ces médicaments sont appelés ainsi, car leur coût n'est garanti par le régime que pour certaines indications thérapeutiques déterminées par règlement. Les médicaments peuvent être d'origine ou génériques.

Les services dentaires

En matière de services dentaires, la Régie administre deux programmes :

- les services de chirurgie buccale;
- les services dentaires pour les enfants et pour les prestataires de la sécurité du revenu.

En 1998-1999, le coût de ces deux programmes s'est élevé à plus de 94,5 millions de dollars.

Les services de chirurgie buccale

Tous les résidents du Québec admissibles au régime d'assurance maladie ont droit à certains services de chirurgie buccale. Ces services comprennent :

- les examens et les consultations;
- l'anesthésie locale ou régionale;
- les radiographies;
- l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire;
- les chirurgies buccales déterminées par règlement.

1. De plus amples renseignements à ce sujet se trouvent dans le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments, à la fin du présent document.

Ne sont assurés que les services rendus dans des installations exploitées par un centre hospitalier ou universitaire.

Les services dentaires pour les enfants et pour les prestataires de la sécurité du revenu

Ce sont les enfants de moins de 10 ans, les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes à leur charge qui ont droit aux services dentaires assurés. Les services varient selon la clientèle à laquelle ils s'adressent. De façon générale, ils comprennent notamment :

- un seul examen par année et, s'il y a lieu, un examen d'urgence;
- les consultations;
- les radiographies;
- les anesthésies;
- les obturations;
- les couronnes préfabriquées;
- les ablations de dents et de racines;
- les chirurgies.

Les services optométriques

En 1998-1999, le programme de services optométriques a coûté près de 23,8 millions de dollars. Parmi les personnes admissibles à ce programme figurent :

- les enfants de 0 à 17 ans inclusivement;
- les adultes de 65 ans ou plus;
- les personnes prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi que les personnes à leur charge.

De façon générale, les services assurés touchent les examens qui permettent de déceler un trouble de l'oeil ou de la vision, d'en suivre l'évolution et de faire la prescription d'un traitement approprié.

Parmi les services assurés, notons aussi les examens de la vue compris dans les examens médicaux exigés par certaines lois en cours d'emploi ou pour obtenir un emploi.

Les aides techniques

Pour soutenir les personnes qui, à la suite d'un problème précis de santé, ont besoin d'une aide technique spécialisée, des programmes particuliers ont été mis en place.

Le programme d'aides auditives

Ce programme s'adresse aux personnes qui présentent une déficience auditive et qui remplissent les conditions d'admissibilité. Il vise à leur fournir une aide auditive sous la forme de prothèses auditives et d'aides de suppléance à l'audition. Plus précisément, le programme offre, à certaines conditions, les services d'achat, de remplacement et de réparation des aides auditives.

Le programme des prothèses mammaires externes

Ce programme s'adresse aux personnes qui ont subi une mastectomie, totale ou radicale, à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie. Il s'adresse aussi aux personnes âgées de 14 ans ou plus qui souffrent d'une absence totale de formation des seins, ce qui permet de conclure, sur le plan médical, à une aplasie. Ce programme vise à couvrir en totalité ou en partie, sous forme de versement bisannuel, les frais liés à l'achat et au remplacement d'une prothèse mammaire externe.

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents

Ce programme s'adresse aux personnes qui ont subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Il vise à couvrir la majeure partie des coûts de l'appareillage nécessaire aux personnes stomisées sous forme d'allocation annuelle.

Le programme d'aides visuelles

Ce programme s'adresse aux personnes aveugles ou qui, selon les critères du programme, ont une basse vision. Il vise à ce qu'une aide leur soit prêtée en vue de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familial.

Le programme de prothèses oculaires

Ce programme s'adresse aux personnes qui, selon certaines conditions d'admissibilité, nécessitent une prothèse oculaire (oeil artificiel). Il couvre en totalité ou en partie les frais occasionnés par l'achat ou le remplacement périodique d'une prothèse oculaire ou d'un conformateur. Les frais d'entretien et de réparation sont compensés par une allocation annuelle.

Le programme d'appareils suppléant à une déficience physique

Ce programme s'adresse à toutes les personnes qui ont une déficience physique. En vertu de ce programme, la Régie paie les fauteuils roulants, les autres aides à la locomotion et les aides à la posture qui sont achetés ou réparés dans un établissement autorisé; elle paie aussi les orthèses, les prothèses, les aides à la marche et les aides à la verticalisation qui sont achetées, ajustées, remplacées ou réparées dans un établissement ou un laboratoire autorisés.

Les prothèses dentaires acryliques

Seulement les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes à leur charge sont admissibles au programme de prothèses dentaires acryliques. Les services suivants sont couverts par la Régie :

- une prothèse complète ou partielle par maximale tous les huit ans;
- les réparations;
- les regarnissages;
- les remplacements de prothèses perdues ou brisées (la moitié des frais sont assumés par la Régie);
- les remplacements de prothèses rendus nécessaires à la suite d'une chirurgie buccale.

Pour avoir droit à la plupart de ces services, il faut respecter certaines conditions comme obtenir l'autorisation d'un centre Travail-Québec.

Les services d'hébergement : le programme de contribution financière des adultes hébergés

À l'intérieur des activités gouvernementales en matière de santé et de services sociaux, la Régie administre le volet « contribution » d'un programme destiné à l'hébergement des adultes. C'est en septembre 1997 qu'elle s'est vu confier l'administration de ce programme, géré jusqu'alors par le ministère de la Solidarité sociale.

Ce programme s'adresse à toute personne de 18 ans ou plus hébergée pour des raisons de santé dans un établissement public ou privé conventionné. Partant du principe que l'adulte hébergé doit contribuer financièrement à ses frais de subsistance, une tarification est établie en fonction de la catégorie de chambre utilisée et de la capacité de payer de la personne. Si celle-ci est sans ressources, une aide financière peut lui être accordée pour ses dépenses personnelles sous la forme d'une prestation de la sécurité du revenu.

Les services d'aide domestique : le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique

Contribuant au développement d'un réseau solide d'entreprises de services d'aide domestique, la Régie administre un nouveau programme auquel, au total, 8 millions de dollars ont été consacrés en cette deuxième année de fonctionnement. Cette somme inclut les coûts liés aux opérations administratives, informatiques et informationnelles, l'aide financière accordée aux personnes ayant recours aux services des entreprises et, pour ces dernières, un supplément de 2 \$ par heure de service pour les clients résidant en milieu rural.

Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), issu des travaux du Sommet sur l'économie et l'emploi qui a eu lieu en octobre 1996, a d'abord été administré par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Puis, en septembre 1997, il a été placé sous la responsabilité de la Régie.

Toute personne de 18 ans ou plus qui réside au Québec selon la Loi sur l'assurance maladie est admissible au programme. L'aide financière

accordée prend la forme d'une réduction du tarif horaire exigé par une entreprise d'économie sociale reconnue offrant des services d'aide domestique.

Les services de santé hors du Québec

La Régie assure aussi des services pour des personnes qui séjournent à l'extérieur du Québec. Toutefois, avant de quitter le Québec, que ce soit pour quelques heures, quelques semaines ou quelques mois, la personne a tout avantage à compléter la protection accordée par la Régie en contractant une assurance qui couvrira, en partie ou en totalité, la partie des frais que la Régie ne paie pas.

Les services reçus hors du Canada

Les services professionnels

Quand une personne consulte un médecin à l'extérieur du Canada, elle doit lui payer les honoraires exigés, puis adresser une demande de remboursement à la Régie. Le montant du remboursement auquel elle aura droit sera établi suivant les tarifs en vigueur au Québec ou équivaldra aux honoraires effectivement payés s'ils sont inférieurs à ces tarifs.

Les services hospitaliers

En ce qui a trait aux services reçus à l'hôpital à l'occasion d'un séjour à l'extérieur du Canada, seuls les services reçus en cas d'urgence, à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident seront remboursés par la Régie, suivant les montants fixés par règlement :

- en cas d'hospitalisation, la Régie paiera jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, y compris pour la chirurgie d'un jour. Toutefois, elle paiera les traitements d'hémodialyse jusqu'à concurrence de 220 \$ par traitement;
- pour les soins reçus à la clinique externe ou à l'urgence d'un hôpital, sans hospitalisation, la Régie paiera un montant maximal de 50 \$ par jour, y compris les services diagnostiques et thérapeutiques (analyses, radiographies, etc.).

Dans tous les autres cas, la Régie n'accordera aucun remboursement.

Par ailleurs, la Régie assumera la totalité des frais d'hospitalisation en cas d'urgence (maladie soudaine ou accident) et 75 % des frais d'hospitalisation non urgents, dans tout autre cas, pour les personnes suivantes qui séjournent à l'étranger : étudiants, stagiaires, employés du gouvernement du Québec et d'organismes à but non lucratif qui travaillent dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par la ministre de la Santé et des Services sociaux, de même que les personnes à leur charge.

Toutefois, lorsque ces personnes sont en vacances à l'extérieur de leur lieu d'études, de stage ou de travail, c'est la règle générale de remboursement des services hospitaliers à l'extérieur du Canada qui est appliquée. Dans tous ces cas, les services professionnels qui s'ajoutent aux services hospitaliers sont remboursés aux tarifs en vigueur au Québec.

Les services reçus au Canada

Les services professionnels

Lorsqu'une personne consulte un médecin dans une autre province canadienne, elle doit présenter sa carte d'assurance maladie et s'assurer que celle-ci est valide. Quand le médecin accepte d'être payé selon les tarifs du Québec, la Régie le paiera directement.

Cependant, lorsque le médecin refuse d'être payé selon les tarifs du Québec, la personne doit payer les honoraires qu'il exige et en demander le remboursement à la Régie. Le montant du remboursement sera fixé suivant les tarifs en vigueur au Québec ou équivaldra aux honoraires effectivement payés s'ils sont inférieurs à ces tarifs.

Les services hospitaliers

Lorsqu'une personne se trouve dans une autre province canadienne et qu'elle y est hospitalisée ou qu'elle reçoit des soins à la clinique externe d'un hôpital, elle doit présenter sa carte d'assurance maladie et s'assurer qu'elle est valide.

La personne n'aura alors rien à payer, car l'hôpital facturera le ministère de la Santé de sa province qui, à son tour, facturera la Régie. Cette dernière paiera alors les services assurés dans le cadre du régime d'assurance hospitalisation.

Les services médicaux non disponibles au Québec

Lorsque l'état d'une personne requiert des services spécialisés qui ne sont pas dispensés au Québec, une demande d'autorisation pour recevoir des soins à l'extérieur du Québec doit être adressée à la Régie avant le départ.

Si cette dernière a fourni une autorisation avant le départ, elle paiera en totalité les frais liés aux services hospitaliers et aux services professionnels dispensés en milieu hospitalier. Sinon, aucuns frais liés aux services hospitaliers ne seront payés et les frais liés aux services professionnels seront remboursés suivant les tarifs en vigueur au Québec.

Une collaboration avec des partenaires extérieurs

En collaboration avec la Fédération des centres de réadaptation en déficience physique du Québec (FRDPQ) et la compagnie BRTS, la Régie a pris part à l'expérimentation de la récupération et de la valorisation des télévisionneuses non utilisées, parce que la condition d'une personne change ou à la suite d'un décès.

La remise en état d'une télévisionneuse a coûté en moyenne 655 \$ et non 675 \$, prix fixé initialement, ce qui représente une économie de 71 % sur le prix d'un appareil neuf qui est de 2 300 \$. Le projet a permis de redistribuer 225 appareils, donc d'économiser 400 000 \$. La Régie a aussi incité les établissements qui fournissent des fauteuils roulants et des bases de positionnement à offrir aux citoyens des conditions optimales de rendement de leurs appareils, afin de diminuer les coûts du programme. Ainsi, au cours de l'année 1998-1999, elle a pu économiser 258 000 \$ pour environ 200 appareils.

2.2 Le service à la clientèle : un engagement

Des services améliorés

Au cours de l'année 1998-1999, la Régie a obtenu, grâce à la collaboration des partenaires tels les associations de personnes handicapées

visuelles, des représentants d'organismes gouvernementaux et différents intervenants du milieu de la réadaptation en déficience visuelle, des résultats concrets quant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant d'une déficience visuelle.

Un nouveau cadre d'attribution d'appareils et l'ajout de nouvelles aides informatiques de pointe ont en effet permis de fournir à ces personnes un moyen de mieux compenser leurs incapacités visuelles, de faciliter leur accès à une technologie de pointe et d'optimiser leur potentiel d'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

En novembre 1998, les mesures relatives au transfert des aides techniques, volet « déficience motrice », du programme d'aide matérielle de l'Office des personnes handicapées du Québec à la Régie ont permis d'offrir une gamme étendue de produits.

Mentionnons, entre autres choses, l'ajout d'une liste des aides à la marche, l'attribution d'un second fauteuil roulant (fauteuil récupéré) aux personnes qui présentent une déficience dégénérative du système musculo-squelettique et l'attribution d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée aux personnes ayant une insuffisance sévère sur le plan cardiorespiratoire ou cardiovasculaire associée à une déficience physique.

L'amélioration de l'accessibilité et la réduction des délais

La Régie ne détermine pas elle-même les services de santé offerts à la population québécoise. Cependant, les efforts qu'elle déploie influent considérablement sur l'accessibilité à la gratuité des services dans des délais raisonnables. C'est pourquoi elle s'est fixé des objectifs précis en cette matière.

Plus particulièrement, la Régie a continué de mettre l'accent sur la réduction des délais de délivrance de cartes d'assurance maladie. Fait à noter, toutes les demandes de carte peuvent être traitées complètement au téléphone, et ce, sans frais d'appel, quel que soit le lieu de résidence au Québec.

Enfin, la Régie a adopté un ensemble de dispositions pour raccourcir le délai de production des cartes d'assurance maladie. Cette année, la mesure la plus importante a été la modernisation de l'infrastructure informatique qui supporte les données.

Pour atteindre les objectifs qu'elle s'était fixés, la Régie a dû fournir des efforts constants sur les plans de la sensibilisation et de la formation du personnel.

Des objectifs atteints

Ces efforts n'ont pas été vains, car, en 1998-1999, la Régie a obtenu des résultats concrets sur les plans de la réduction des délais et de l'amélioration de l'accessibilité au régime.

Pour bien apprécier l'efficacité de la Régie, il faut être conscient du volume de demandes qu'elle traite. Ainsi, au cours de l'exercice 1998-1999, les membres du personnel ont délivré plus de 2,2 millions de cartes d'assurance maladie et ont répondu à plus de 1 400 000 appels téléphoniques. De façon plus détaillée, le tableau suivant illustre comment les efforts de la Régie pour améliorer son efficacité et son efficacité dans les services qu'elle offre aux personnes assurées ont bel et bien permis de réduire les délais, et ce, de façon importante.

Aux données contenues dans le tableau s'ajoute le fait qu'en 1998-1999 la Régie a procédé à 318 551 inscriptions à l'assurance médicaments et a apporté des modifications à l'inscription de 109 071 personnes.

Tableau A

Divers services rendus par la Régie aux personnes assurées

	Nombre annuel	Délai moyen 1997-1998	Délai moyen 1998-1999
Réinscription	1 900 000	9 jours	9 jours
Inscription d'un nouveau-né	98 000	9 jours	9 jours
Remplacement de la carte	109 000	20 jours	15 jours
Inscription (ex. : nouvel arrivant, retour au Québec, etc.)	75 000	21 jours	16 jours
Remboursement de services aux personnes n'ayant pas présenté leur carte	69 000	n. d.	n. d.
Accès au service téléphonique	1 400 000	89 s	75 s
Accueil des visiteurs à Québec et à Montréal	137 000	–	–
Pourcentage des visiteurs dont le délai d'attente est inférieur à 15 minutes (Québec et Montréal)	–	70 %	75 %
Paiement des aides à la locomotion et des orthèses-prothèses	109 877	13 jours	24 jours
Paiement des aides auditives	24 993	12 jours	21 jours
Paiement des aides visuelles	16 863	17 jours	24 jours
Paiement des services médicaux aux professionnels des autres provinces et territoires	209 806	29 jours	26 jours
Paiement des services hospitaliers aux provinces et territoires	164 813	21 jours	21 jours
Paiement des services hospitaliers et professionnels hors du Canada	44 368	33 jours	35 jours
Paiement des prothèses mammaires, des appareils pour stomisés permanents et des prothèses oculaires	18 748	31 jours	34 jours

Les renseignements et l'assistance

Pour répondre aux besoins d'information de la population, la Régie met à sa disposition un service téléphonique accessible, sans frais, sur tout le territoire du Québec et un service d'accueil à ses bureaux de Montréal et de Québec. L'objectif poursuivi est de donner un service rapide, qui soit à la fois le plus complet et de la meilleure qualité possible. En 1998-1999, les demandes, au téléphone ou en personne, ont porté principalement sur le régime général d'assurance médicaments, l'admissibilité au régime d'assurance maladie, le remplacement de la carte et les changements d'adresse.

La carte-soleil parlante

Le système automatisé de renseignements téléphoniques, soit la carte-soleil parlante, répond à certains besoins de la clientèle. D'utilisation facile, ce système permet d'obtenir directement, à l'aide d'un code simple, le renseignement voulu, sans recourir à un agent et sans devoir faire une sélection parmi un choix multiple de possibilités, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il est possible de se procurer le dépliant présentant les codes qui permettent d'obtenir réponse aux questions le plus fréquemment posées par la clientèle dans les bureaux de la Régie, les bureaux de Communication-Québec, les CLSC et dans les stands des expositions ou des congrès auxquels la Régie participe. Il peut aussi être commandé au moyen de la carte-soleil parlante.

2.3 Des communications dynamiques

Afin de faire connaître à la population les programmes qu'elle administre et ses engagements sur le plan du service à la clientèle, la Régie a diffusé des communiqués auprès des médias. Ces derniers ont principalement porté sur les différents prix qu'elle a obtenus d'abord pour l'excellence du projet *Priorité : Service*, axé sur l'amélioration des services à la clientèle, puis pour l'implantation du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique et, enfin, pour l'élargissement de l'admissibilité au régime d'assurance maladie des enfants nés au Canada de parents revendicateurs du statut de réfugié.

Les publications et les salons

Toujours soucieuse de bien informer sa clientèle, la Régie a continué de mettre à jour la documentation sur ses programmes, et ce, tant dans les dépliants qu'elle produit que dans sa vitrine Internet.

De plus, la Régie a fait paraître des messages publicitaires, dont le principal avait trait au programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Les autres annonces ont touché la confidentialité de « 7 millions de secrets bien gardés », les multiples avenues qu'offre le site Internet de la Régie et la réussite qu'a connue le projet *Priorité : Service*.

Par ailleurs, la Régie a pris part, à titre d'exposant, à huit salons, ce qui a permis à ses représentants de rencontrer quelque 4 500 personnes venues s'informer sur les différents programmes qu'elle administre. Depuis janvier 1999, en vue de poser un geste concret en l'Année internationale des personnes âgées, la Régie déploie beaucoup d'efforts pour renseigner particulièrement les aînés sur ses programmes à l'occasion des salons qui s'adressent à eux.

La vitrine Internet

Depuis le mois d'avril 1998, la Régie a sa vitrine Internet. Son architecture est centrée sur les intérêts et les attentes de ses différentes clientèles. La vitrine comprend une section sur la Régie en tant qu'organisation et sur les trois domaines d'affaires qui lui sont propres : les services offerts aux professionnels de la santé, les services offerts aux citoyens ainsi que les données et statistiques. Cette nouvelle vitrine comporte des menus à textes déroulants et des textes à défilement automatique, dont le contenu peut changer au besoin, ce qui permet d'annoncer les modifications apportées à certains programmes. Enfin, la population peut obtenir divers services de renseignements de la Régie ou lui transmettre des commentaires par courrier électronique, à partir de n'importe quelle page de la vitrine.

La section organisationnelle présente notamment l'organisation administrative de la Régie, sa mission, ses publications, ses lois et règlements, ses mandats, etc. Il est possible de télécharger ou de

visionner les textes de lois concernant la Régie, et ce, gratuitement.

Pour sa part, la section des services offerts aux citoyens contient tous les renseignements qui peuvent leur être utiles sur le régime d'assurance maladie, le régime général d'assurance médicaments et une trentaine d'autres programmes. Toutefois, les citoyens sont avisés du fait qu'ils doivent téléphoner à la Régie afin de transmettre des renseignements personnels. De cette façon, la Régie a décidé d'attendre que les infrastructures en matière de sécurité informatique soient conformes à la plus grande confidentialité qu'elle veut assurer aux citoyens.

Pour ce qui est de la section de la vitrine destinée aux professionnels, la Régie s'applique à rendre disponible rapidement et en tout temps l'information qu'elle publie à leur intention. Ainsi s'y trouvent les communiqués, les mises à jour des manuels, les ententes contractuelles entre la ministre de la Santé et des Services sociaux, les professionnels de la santé et les autres dispensateurs du réseau de la santé. Les documents et les formulaires qu'elle présente peuvent être téléchargés.

De plus, il est possible de consulter les rubriques Publications, Nouveautés, Communiqués, Foire aux questions, Site d'intérêt et autres concernant chacune des sections. Le site est également muni de deux instruments de recherche très performants et d'un plan du site pour pouvoir trouver rapidement les renseignements voulus.

Enfin, la section des données statistiques présente un aperçu du document intitulé *Statistiques annuelles* ainsi qu'une liste de certaines études menées par la Régie.

Le nombre de visites du site Internet de la Régie a subi une forte augmentation au cours de la dernière année. Il est passé de 100 visites par jour en avril 1998 à 250 par jour en mars 1999. La durée moyenne d'une session est de 18 minutes. De plus, le nombre d'accès à la vitrine par mois est passé de 150 000 en avril 1998 à 300 000 en mars 1999. De ce nombre, la section destinée aux citoyens est la plus fréquentée (41 %); elle est suivie de près par celle qui s'adresse aux professionnels de la santé (32 %). Il est à noter que le

nombre d'accès à la section aux citoyens a doublé en un an, et que celle des professionnels a quadruplé.

De par le monde, outre le Canada, le site est visité en moyenne par 15 pays, dont les plus actifs sont les États-Unis, la France, la Belgique et la Suisse, pour n'en nommer que quelques-uns.

2.4 Les recours possibles

À titre d'organisme public, la Régie a à coeur de donner à la population des services de qualité. Comme elle veille constamment à améliorer cette qualité, elle recherche sans cesse de nouveaux moyens pour agir avec plus d'efficacité.

En dépit des efforts de la Régie, certaines formalités ne sont pas toujours simples à comprendre ni faciles à remplir. Le personnel en est conscient. Aussi s'efforce-t-il, dans toute la mesure du possible, de donner un service courtois et respectueux de même qu'une réponse claire, prompte et exacte aux questions posées.

Le supérieur immédiat

Néanmoins, il peut arriver qu'une personne assurée soit insatisfaite de la qualité d'un service reçu au téléphone ou en personne. Elle peut alors exiger de parler au supérieur immédiat de l'agent qui lui a répondu. Dans la plupart des cas, le problème ou le malentendu pourra se régler sur-le-champ, à la satisfaction de cette personne. S'il y a eu erreur ou faute de la part de la Régie, le personnel saura le reconnaître et s'en excuser.

Par ailleurs, si une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de la Régie, elle peut, dans les six mois, demander la révision de son dossier, en remplissant le formulaire *Demande de révision* qu'elle peut obtenir en téléphonant à la Régie.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées

En cas d'insatisfaction, il est aussi possible de s'adresser au Commissaire aux plaintes des personnes assurées. Son rôle consiste à défendre, de

façon indépendante, l'intérêt de personnes insatisfaites lorsqu'elles doivent faire face à l'administration de la Régie et à voir à ce qu'elles obtiennent les services auxquels elles ont droit.

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, le bureau du Commissaire aux plaintes a connu de nouveau une grande activité, vu le nombre de plaintes portées à son attention, soit 7 174. Le nouveau régime général d'assurance médicaments et la refonte du système informatique de gestion du fichier des personnes assurées continuent en effet à créer une demande importante de renseignements ou à occasionner des plaintes de la part des personnes assurées. Ceci a des répercussions directes sur les activités du bureau du Commissaire aux plaintes.

Des 7 174 plaintes déposées, 97 % ont été reçues par téléphone et 3 % par écrit. Tous les dossiers ont été fermés après avoir été traités.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a également traité les demandes de révision de 135 personnes en ce qui a trait à des décisions prises à leur sujet par la Régie. Cette dernière n'entendait pas donner suite aux demandes de révision. Cependant, le Commissaire a formulé une recommandation qui a été acceptée par la Régie. Tous les dossiers de demandes de révision ont été fermés après avoir été traités.