

Déposer une plainte contre un professionnel de santé ou un établissement de santé

Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du Bureau des Agréments des Professions de Santé (BHPL) si un professionnel de santé ou un établissement de soins enfreint les règles de déontologie professionnelle

1. Avant de commencer

Toute personne peut déposer une plainte contre le titulaire d'un agrément afin que le Bureau l'examine. Le BHPL vous conseille de déposer votre réclamation via notre [portail de réclamations en ligne](#).

1. Soyez aussi précis que possible dans la description de votre réclamation : indiquez le lieu, la date, le nom du titulaire d'agrément, son numéro d'agrément, les témoins, etc. Veuillez remplir un formulaire distinct pour chaque personne et/ou établissement faisant l'objet de votre réclamation.
2. Joignez à votre dossier des copies de tous les dossiers médicaux, courriers, contrats, photographies et autres documents pertinents qui étayent chacun de vos griefs. **Une fois votre dossier déposé, vous ne pourrez plus y apporter de modifications.**
3. Si votre plainte porte sur les soins que vous avez reçus en tant que patient, le Bureau peut demander au prestataire de soins de fournir des renseignements supplémentaires ou des dossiers médicaux afin d'enquêter sur votre plainte. Le portail de réclamations en ligne inclut une autorisation électronique pour la communication de ces dossiers.
4. Dès réception de votre réclamation, le Bureau examinera attentivement toutes les informations disponibles. Le Bureau pourra alors prendre l'une des mesures suivantes :

- a. Engager une procédure de plainte officielle et prendre des mesures disciplinaires.
 - b. Ouvrir une enquête administrative afin de déterminer s'il existe des preuves d'une infraction.
 - c. Clôturer l'affaire pour manque de preuves, absence de compétence, absence d'infraction à la loi ou à la réglementation, etc.
5. Si une Commission engage une procédure de plainte officielle, celle-ci peut être rejetée, aboutir à une mesure non disciplinaire ou donner lieu à une sanction disciplinaire à l'encontre du titulaire d'agrément.

Les sanctions non disciplinaires incluent :

- a. La lettre d'avertissement
- b. La suspension de peine sans mesure disciplinaire.

Les sanctions disciplinaires incluent :

- c. La réprimande
- d. La mise à l'épreuve
- e. La suspension ou la révocation

Pour pouvoir infliger une sanction à un titulaire d'agrément, la Commission doit disposer de preuves irréfutables d'une infraction à la loi ou à la réglementation.

6. Si le Bureau n'est pas l'organisme compétent pour traiter votre réclamation, nous pourrions la transmettre à un autre organisme ou à un autre programme.
7. Des formulaires de plainte au format papier sont disponibles sur simple demande. Veuillez appeler le Bureau des Agréments des Professions de Santé – Service de la protection du public au (617) 973-0865 ou envoyer un e-mail à l'adresse bhplcomplaints@mass.gov

2. Une fois votre plainte déposée :

Le Bureau vous enverra, en tant que plaignant, une notification écrite si votre plainte donne lieu à des mesures supplémentaires. Le titulaire d'agrément visé par la plainte pourra être informé et recevoir une copie de votre plainte ; une réponse écrite aux allégations pourra également lui être demandée.

La durée d'une enquête varie d'un cas à l'autre, en fonction de sa complexité, notamment lorsque des dossiers médicaux ou d'autres informations pertinentes sont nécessaires. L'examen du dossier peut prendre un mois, et l'imposition de mesures disciplinaires peut prendre jusqu'à trois ans.

Une fois l'affaire résolue, vous serez informé des mesures prises par le Bureau, sauf en cas de plaintes anonymes.

Plaintes anonymes

Nous pouvons, à notre entière discrétion, enquêter sur une plainte anonyme si :

1. La plainte fait état de violations de la loi ou de la réglementation justifiant une intervention de la Commission ou présentant un danger immédiat pour la santé et la sécurité publiques.
2. La plainte contient suffisamment d'informations pour permettre de mener une enquête.
3. D'autres sources permettent d'étayer les allégations de violation
4. Il n'est pas nécessaire que la personne qui porte plainte soit identifiée ou témoigne pour que ces allégations soient prouvées.

Les plaintes anonymes seront examinées ; toutefois, le Bureau pourrait ne pas être en mesure de mener une enquête approfondie ou d'engager des poursuites disciplinaires s'il ne parvient pas à obtenir des preuves à l'appui provenant d'autres sources.

Tous les cas sont examinés et traités par ordre de priorité. La priorité absolue est accordée aux cas qui présentent un risque potentiel ou immédiat pour la sécurité d'un ou de plusieurs patients.

Cas ne relevant pas de notre compétence :

- Litiges relatifs aux honoraires, tels que le paiement de rendez-vous manqués.
- Litiges relatifs à la facturation, tels que le montant facturé par le titulaire d'agrément pour ses services.
- Conflits de personnalité (à moins que ceux-ci ne constituent un comportement professionnel inapproprié).

Pour signaler une fraude dans la pratique des soins de santé :

Vous pouvez **déposer une plainte pour fraude dans la pratique des soins de santé** à l'encontre de professionnels et d'établissements agréés par le Conseil d'Enregistrement des Chiropracticiens et le Conseil d'Enregistrement des Professions Paramédicales.

Souhaitez-vous obtenir plus d'informations sur une réclamation déjà résolue ?

- Les mesures disciplinaires et autres mesures prises par les commissions d'enregistrement du BHPL sont disponibles en ligne.
- **Les dossiers publics peuvent être demandés auprès du Bureau des Agréments des Professions de Santé.**

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE
BUREAU DES AGREMENTS DES PROFESSIONS DE SANTE
TEL. (617) 973-0865 FAX (617) 973-0985 TTY (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Veuillez compléter tous les champs ci-dessous au mieux de vos connaissances et de manière aussi détaillée que possible.
Veuillez remplir le formulaire lisiblement à la machine ou en lettres majuscules à l'encre.

VOS COORDONNEES :

Nom	Prénoms	D.P.
N° et Rue	Ville	Etat
		Code postal
N° de Téléphone	Email	

NOM ET ADRESSE DU PROFESSIONNEL DE SANTE (veuillez utiliser un formulaire distinct pour chaque personne physique ou entreprise/établissement contre lequel vous souhaitez déposer une plainte)

Nom du professionnel agréé	Prénom du professionnel agréé	N° d'agrément (si connu)
Nom de l'entreprise/de l'établissement		N° de Téléphone
Adresse de l'entreprise/de l'établissement		
Ville	Etat	Code postal
N° d'agrément de l'entreprise/de l'établissement (si connu) : _____		

VEUILLEZ SELECTIONNER LA PROFESSION OU L'ETABLISSEMENT CONCERNE PAR CETTE PLAINTÉ :

- | | |
|--|--|
| ☐ Infirmier(ière) diplômé(e) d'état
☐ Infirmier(ère) anesthésiste
☐ Infirmier(ère) praticien(ne)
☐ Infirmier(ère) agréé(e)
☐ Pharmacien
☐ Pharmacien en médecine nucléaire
☐ Technicien en pharmacie
☐ Assistant médical(e)
☐ Dentiste
☐ Hygiéniste dentaire
☐ Assistant dentaire
☐ Technicien en perfusion
☐ Technicien en perfusion stagiaire | ☐ Thérapeute en soins respiratoires
☐ Responsable de soins de longue durée (NHA)
☐ Agent de santé communautaire certifié
☐ Médecin naturopathe
☐ Chiropracteur
☐ Audioprothésiste
☐ Apprenti audioprothésiste
☐ Diététicien et nutritionniste
☐ Opticien prescripteur
☐ Podologue
☐ Podologue titulaire d'un agrément restreint
☐ Optométriste
☐ Audiologiste |
|--|--|

- ☐ Psychologue scolaire
- ☐ Thérapeute conjugal et familial
- ☐ Conseiller en santé mentale
- ☐ Conseiller en réadaptation
- ☐ Pharmacie de détail/parapharmacie
- ☐ Entrepôt de distribution
- ☐ Centre de kinésithérapie
- ☐ Etablissement d'hébergement externe
- ☐ Etablissement de soins non résidentiel
- ☐ Pharmacie nucléaire
- ☐ Cabinet de chiropraxie
- ☐ Etablissement de kinésithérapie agréé

(Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. N'écrivez pas dans les marges.)

PRESTATAIRE DE SOINS PRECEDENT (le cas échéant) :

Nom _____ N° de Téléphone _____

N° et Rue _____ Ville _____ Etat _____ Code postal _____

PRESTATAIRE DE SOINS CONSECUTIF (le cas échéant) :

**Joindre le rapport du prestataire consécutif (si disponible).*

Nom _____ N° de Téléphone _____

N° et Rue _____ Ville _____ Etat _____ Code postal _____

Avez-vous abordé cette question avec le titulaire de l'agrément, son bureau ou son établissement ?

☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne contactée : _____

Date de contact : _____ Comment le contact a-t-il été établi ? (téléphone, e-mail, courrier, en personne) : _____

Résultat de la prise de contact : _____

S'il y a des témoins de l'incident décrit dans votre plainte, veuillez indiquer leur(s) nom(s) et numéro(s) de téléphone (le cas échéant) :

Avez-vous déposé cette plainte auprès d'autres organismes d'état ou fédéraux ? ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez expliquer : _____

Si la résolution de cette plainte l'exige, êtes-vous disposé(e) à témoigner en personne à ce sujet lors d'une audition officielle ?

☐ Oui, je suis d'accord. ☐ Non, je ne suis pas d'accord

Informations ou documents supplémentaires joints ☐ oui ☐ non

Afin d'accélérer la procédure de traitement de votre plainte, veuillez fournir des copies lisibles (et NON les originaux) de tous les documents pertinents à l'appui de votre plainte (par exemple : contrats, dossiers médicaux, chèques annulés, etc.). Le Bureau vous enverra, à vous, le plaignant, une notification écrite si des mesures supplémentaires sont prises concernant votre plainte. Le titulaire de l'agrément visé par la plainte pourra être informé et recevoir une copie de votre plainte, et pourra être invité à fournir une réponse écrite aux allégations formulées.

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOSSIERS ET ORIGATION DE PLAINTE

Ma signature sur ce formulaire, ou une photocopie de celui-ci, autorise les Services de santé publique, Bureau des Agréments des Professions de Santé, à : (1) recevoir des copies de tous mes dossiers médicaux liés à ma plainte ; (2) de communiquer la plainte et tous les dossiers recueillis par le Bureau des Agréments des Professions de Santé au cours de l'enquête sur ma plainte au titulaire de l'agrément afin qu'il puisse s'en servir pour répondre aux allégations contenues dans cette plainte ; et (3) de transmettre ma plainte à d'autres autorités de régulation et/ou à des forces de l'ordre afin qu'elles prennent les mesures appropriées.

Je comprends que toutes les plaintes font l'objet d'une enquête visant à établir leur bien-fondé.

Le fait de déposer une plainte, ainsi que sa réception et/ou l'ouverture d'une enquête par le Département de la santé publique (DPH), ne signifie pas pour autant que des mesures disciplinaires seront prises à l'encontre du titulaire de l'agrément.

Je déclare par la présente être âgé d'au moins 18 ans et affirme, sous peine de parjure, que les informations fournies dans le cadre de la plainte susmentionnée sont, à ma connaissance, exactes et véridiques.

Signature de
Patient ou
Représentant légal
(Joindre les pièces justificatives)

Date

Envoyez ce formulaire par voie postale au :
Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

Cadre réservé au DPH

Signature du Directeur Général ou du Représentant désigné
du Conseil d'administration

Date