

POLITIQUES ET PROCÉDURES DE HIV ALLIANCE

Service : Toute l'agence

Objet : Réclamations des clients

Page 1 sur 3

Effective : 4/30/02, Révisé en 2016

Politique :

Les clients auront le droit de faire une réclamation, de demander une enquête ou l'évaluation de leur réclamation par des personnes responsables de l'agence, de demander à l'agence de prendre une décision concernant une réclamation et de faire appel de la décision si le (la) client(e) n'est pas satisfait(e) de la résolution.

Intention :

HIV Alliance prend très au sérieux les réclamations des clients. Les procédures devront permettre un examen approfondi, permettant de résoudre les réclamations des clients, tout en encourageant la résolution informelle des problèmes.

Procédures :

1. Réclamation des clients et radiation
 - 1.1. Une réclamation exprimée verbalement par un(e) client(e) suffit à déclencher la procédure de réclamation.
 - 1.2. Les réclamations et les griefs des clients doivent être transmis **immédiatement** par les bénévoles à un membre responsable du personnel.
 - 1.3. Les membres du personnel qui reçoivent une réclamation doivent **immédiatement** demander si le (la) client(e) souhaite engager une procédure de réclamation.
 - 1.4. Dans ce cas, le personnel demandera si le (la) client(e) souhaite remplir un Formulaire de réclamation client ou s'il (si elle) souhaite que le personnel s'en charge à sa place.
 - 1.4.1. Si un membre du personnel remplit le Formulaire de réclamation client à la place du (de la) client(e), celui-ci (celle-ci) devra dater et signer le formulaire, afin de confirmer l'exactitude des informations relatives à la réclamation.
 - 1.5. Le membre du personnel expliquera **immédiatement** la procédure de réclamation.
 - 1.6. Le Formulaire de réclamation client devra documenter les informations suivantes :
 - 1.6.1. Le moyen de vous contacter. (Nom/adresse/numéro de téléphone/lieu pour laisser un message).
 - 1.6.2. La teneur précise de la réclamation : qui, quoi, quand, où.
 - 1.6.3. La demande la résolution souhaitée par le (la) client(e).
 - 1.6.4. La date et la signature du (de la) client(e), confirmant l'exactitude des informations.
 - 1.7. Si le (la) client(e) décide de ne pas entamer une procédure de réclamation, le membre du personnel documentera le grief sous la forme d'un rapport d'incident (voir la politique et les procédures relatives aux rapports d'incident).
2. Radiation des clients
 - 2.1. Les clients radiés des services HIVA auront la possibilité de déposer une réclamation.
 - 2.2. Les clients seront informés de la politique et du formulaire de réclamation lorsqu'ils seront informés de leur radiation.
 - 2.3. Les clients devront déposer une réclamation relative à leur radiation sous 15 jours à compter de la date de radiation.

- 2.4. Si la procédure complète de réclamation par HIV Alliance ne résout pas le problème, le (la) client(e) aura droit à une audition conformément au Chapitre 183 des Statuts révisés de l'Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS).
 - 2.4.1. La notification écrite de la réponse définitive à la réclamation devra inclure la mention suivante :

« Vous avez droit à une audition comme le prévoit la Loi administrative sur les procédures (Administrative Procedures Act) (Chapitre 183, ORS). Si vous souhaitez une audition, vous devez remplir un [formulaire de Demande d'audition administrative \(Administrative Hearing Request\) \(MSC 0443\)](#) sous 15 jours à compter de la date de la lettre de réponse à votre réclamation. Vous pouvez envoyer votre demande d'audition par courrier postal à l'adresse suivante : 800 NE Oregon St. #1105 Portland, OR 97232 ou l'envoyer par télécopie à 503 673 0177. Si votre demande ne nous parvient pas dans les délais impartis, il sera considéré que vous avez renoncé à votre droit à une audition ».
3. Notification des membres concernés du personnel de l'agence
 - 3.1. **Sous 3 jours ouvrés à compter du dépôt de la réclamation**, les membres concernés du personnel de l'agence seront notifiés.
 - 3.1.1. Si la réclamation est déposée directement auprès d'un membre du personnel, celui-ci remettra un exemplaire du Formulaire de réclamation client à son supérieur hiérarchique, qui informera le Directeur général (la Directrice générale).
 - 3.1.2. Si la réclamation est déposée auprès d'un superviseur, celui-ci avisera le personnel concerné et le Directeur général (la Directrice générale).
 - 3.1.3. Si la réclamation est déposée auprès du Directeur général (de la Directrice générale), celui-ci avisera le personnel concerné et les superviseurs.
4. Accusé de réception de la réclamation et lancement de la procédure
 - 4.1. **Sous cinq jours ouvrés à compter du dépôt de la réclamation**, des exemplaires du Formulaire de réclamation client seront versés au :
 - 4.1.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 4.1.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 4.2. **Sous cinq jours ouvrés à compter du dépôt de la réclamation**, le superviseur contactera le (la) client(e) en personne, par téléphone ou par écrit afin de :
 - 4.2.1. accuser réception du dépôt de la réclamation ;
 - 4.2.2. donner au (à la) client(e) un exemplaire du Formulaire de réclamation client ;
 - 4.2.3. expliquer la politique et les procédures de réclamation et donner au (à la) client(e) un exemplaire de la présente politique ;
 - 4.2.4. donner au (à la) client(e) le choix entre une procédure de résolution informelle ou formelle, en encourageant la voie de la résolution informelle ;
 - 4.2.5. fixer une date, sous 30 jours, pour la réunion de résolution informelle ou formelle ou déterminer des horaires où le (la) client(e) pourra choisir entre une résolution informelle ou formelle ;
 - 4.2.6. **Dans des situations où les délais normaux de réponse aux réclamations formelles sont trop longs et peuvent nuire à la personne qui souhaite déposer une réclamation, notre politique consiste à accélérer la procédure. Dans ces circonstances, le Directeur (la Directrice) du programme ou le Directeur général (la directrice générale) répondra par écrit sous 48 heures. Si vous estimez que vous êtes dans cette situation, veuillez veiller à demander l'accélération de votre demande et citer la ou les raisons pour lesquelles le délai normal de réponse est insuffisant.**
 - 4.3. En cas d'envoi d'un courrier, des exemplaires seront versés :
 - 4.3.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 4.3.2. au dossier des réclamations de l'agence.

- 4.4. Si le superviseur parle au (à la) client(e) en personne ou par téléphone, il documentera les informations de l'alinéa 3.2 ci-dessus et classera des exemplaires dans le :
 - 4.4.1. dossier du (de la) client(e) ;
 - 4.4.2. dossier des réclamations de l'agence.
5. Résolution informelle
 - 5.1. La résolution informelle est encouragée et laissée au choix du (de la) client(e).
 - 5.2. Si le (la) client(e) souhaite avoir une réunion de résolution informelle, la phase de la réunion de résolution formelle sera différée jusqu'à l'achèvement de la tentative de résolution informelle.
 - 5.3. Si le (la) client(e) n'est pas intéressé(e) par une résolution informelle, suivre les procédures ci-dessous pour une réunion de résolution formelle.
 - 5.4. Dans le cadre d'une résolution informelle, le (la) client(e) peut rencontrer le personnel concerné et les superviseurs pour tenter de discuter du problème.
 - 5.5. Cette réunion devra se tenir **sous 30 jours à compter de la réception de la demande orale ou écrite de résolution informelle du (de la) client(e)**, sauf si le délai est prolongé pour des raisons relevant du (de la) client(e).
 - 5.6. Si le problème est résolu, **sous cinq jours**, le superviseur devra en faire un compte rendu écrit et verser des exemplaires :
 - 5.6.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 5.6.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 5.6.3. au Directeur général (à la Directrice générale) ;
 - 5.6.4. au (à la) client(e).
 - 5.7. Si le problème n'est pas résolu, la réclamation passera au stade de résolution formelle.
6. Résolution formelle
 - 6.1. Une réunion de résolution formelle devra se tenir **sous 30 jours à compter de la réception de la demande orale ou écrite de réunion de résolution formelle du (de la) client(e)**.
 - 6.2. Le superviseur devra réunir les parties concernées et expliquer la procédure de réunion de résolution formelle, la décision et les recours possibles.
 - 6.3. Toutes les parties pourront exposer leur point de vue et présenter les informations relatives à la réclamation.
 - 6.4. Le superviseur pourra poser des questions de suivi et d'éclaircissement.
 - 6.5. Le superviseur pourra demander des informations complémentaires et prolonger la réunion jusqu'à un autre jour et une autre heure.
 - 6.6. Le superviseur pourra donner la décision par voie orale ou donner du temps pour étudier la situation.
 - 6.7. **Sous cinq jours à compter de la réunion de résolution formelle**, le superviseur publiera une décision écrite, qui contiendra une notification relative à l'option d'appel auprès du Directeur général (de la Directrice générale), avec des exemplaires versés :
 - 6.7.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 6.7.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 6.7.3. au Directeur général (à la Directrice générale) ;
 - 6.7.4. au (à la) client(e).
7. Recours auprès du Directeur général (de la Directrice générale)
 - 7.1. **Sous 30 jours à compter de la décision du superviseur**, le (la) client(e) pourra faire appel de la décision du superviseur en déposant une demande écrite d'appel au Directeur exécutif (à la Directrice générale).
 - 7.2. Le Directeur général (La Directrice générale) s'entretiendra avec toutes les parties concernées par téléphone ou en personne.

- 7.3. Le Directeur général (La Directrice générale) pourra choisir de rassembler toutes les parties pour une autre réunion.
 - 7.4. **Sous 30 jours à compter de la réception de la demande écrite d'appel**, le Directeur général (la Directrice générale) publiera une décision écrite, qui contiendra une notification relative à l'option d'appel auprès du Comité exécutif, avec des exemplaires versés :
 - 7.4.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 7.4.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 7.4.3. au Directeur général (à la Directrice générale) ;
 - 7.4.4. au (à la) client(e).
8. Appel auprès du Comité exécutif du Conseil d'administration
- 8.1. **Sous 30 jours à compter de la décision du Directeur général (de la Directrice générale)**, le (la) client(e) pourra faire appel de la décision du Directeur exécutif (de la Directrice générale) en déposant une demande écrite d'appel au Comité exécutif de l'agence.
 - 8.2. Le Comité exécutif étudiera le dossier contenant :
 - 8.2.1. le Formulaire de réclamation client ;
 - 8.2.2. tous les autres courriers relatifs à la réclamation, les décisions et les documents que contient le dossier des réclamations de l'agence à propos de la réclamation concernée.
 - 8.3. Un membre du Comité exécutif parlera au (à la) client(e).
 - 8.4. **Sous 30 jours à compter de la réception de la demande écrite d'appel**, le Comité exécutif publiera une décision écrite, qui contiendra une notification relative à l'option d'appel auprès du Président du Conseil, avec des exemplaires versés :
 - 8.4.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 8.4.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 8.4.3. au Directeur général (à la Directrice générale) ;
 - 8.4.4. au (à la) client(e).
9. Recours auprès du Président du Conseil
- 9.1. **Sous 30 jours à compter de la décision du Comité exécutif**, le (la) client(e) pourra faire appel de la décision du **Comité exécutif** en déposant une demande écrite d'appel au Président (à la Présidente) du Conseil.
 - 9.2. Le Président (La Présidente) étudiera uniquement le dossier.
 - 9.3. **Sous 30 jours à compter de la réception de la demande écrite d'appel**, le Président (la Présidente) publiera une décision écrite, qui contiendra une notification indiquant que la décision est définitive et qu'il n'existe aucun autre moyen de recours, avec des exemplaires versés :
 - 9.3.1. au dossier du (de la) client(e) ;
 - 9.3.2. au dossier des réclamations de l'agence ;
 - 9.3.3. au Directeur général (Directrice générale) ;
 - 9.3.4. au (à la) client(e).

HIV Alliance

Politique de réclamation des clients Politique de radiation

1. J'ai reçu un exemplaire de la Politique de réclamation des clients de HIV Alliance.
2. J'ai reçu un exemplaire de la Politique de radiation des clients de HIV Alliance.
3. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que j'avais à ce propos.
4. Je comprends que la Politique de réclamation est mise à ma disposition en tant que client(e) de HIV Alliance.
5. Je sais que des membres du personnel de HIV Alliance seront disponibles pour répondre à mes questions à propos de ces politiques, si je m'en pose à l'avenir.
6. Je sais que si j'ai des griefs envers une personne quelconque au sein de l'agence, j'ai le droit d'utiliser la politique de réclamation contenue dans le dossier que j'ai reçu.
7. Je comprends que le (la) Responsable des services client pourra mettre fin aux services dont je bénéficie ici en raison des circonstances exposées dans la Politique de radiation.
8. Je comprends que si je suis radié(e), j'ai le droit de déposer une réclamation. Si la réclamation ne résout pas le problème, j'ai droit à une audition conformément au Chapitre 183 des ORS.

Signature du (de la) client(e)

Date

J'ai fourni au (à la) client(e) susmentionné(e) des exemplaires des politiques relatives aux réclamations et à la radiation, j'en ai donné des explications brèves et j'ai proposé de répondre à ses questions éventuelles, présentes ou à venir.

Responsable du dossier

Date

Nom du (de
la) client(e) _____

Identifiant du
(de la) client(e) _____

The Alliance
Ryan White Care Coordination Center
1195 City View St, Eugene, OR 97402
541 342 5088 ou 1 866 935 9663, télécopie 541 342 1150

Droits et responsabilités des clients

Droits des clients

Les personnes qui demandent à s'inscrire au Programme de gestion des cas de VIH (HIV Case Management Program) ou qui sont déjà inscrites ont les droits suivants :

- Bénéficier des services de gestion des cas de VIH sans discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, le genre, l'ethnicité, l'origine nationale, la religion, l'âge, la catégorie sociale, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou mentales.
- Être informées des services et des options disponibles dans le cadre du Programme de gestion des cas de VIH.
- Avoir la garantie du respect de la confidentialité des dossiers des services de gestion de cas de VIH ou d'autres programmes, conformément au Chapitre 943, Division 14 des Règles administratives de l'Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR).
- Avoir accès à une procédure écrite de réclamation, fournie par l'agence.
- Bénéficier gratuitement de services d'assistance linguistique, notamment l'accès à des services de traduction et d'interprétation, si la personne ou le (la) client(e) a des compétences limitées en anglais, afin d'accéder aux services de gestion des cas de VIH.

Responsabilités des clients

Un(e) client(e) inscrit(e) au Programme de gestion des dossiers de VIH doit :

- Participer aux activités de dépistage, évaluation, développement et mise en œuvre d'un plan de soins ;
- Fournir des informations exactes relatives à son admissibilité en toutes circonstances ;
- Informer sous 15 jours le (la) responsable de son dossier des changements d'adresse, de numéro de téléphone, de revenus, de la taille de la famille, de nom légal ou de régime d'assurance maladie ;
- Prendre des rendez-vous et les honorer, ou annuler ou modifier un rendez-vous dans les 24 heures précédant l'horaire prévu.

The Alliance
Ryan White Care Coordination Center
1195 City View St, Eugene, OR 97402
541 342 5088 ou 1 866 935 9663, télécopie 541 342 1150

Droits et responsabilités des clients

Droits des clients

Les personnes qui demandent à s'inscrire au Programme de gestion des cas de VIH (HIV Case Management Program) ou qui sont déjà inscrites ont les droits suivants :

- Bénéficier des services de gestion des cas de VIH sans discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, le genre, l'ethnicité, l'origine nationale, la religion, l'âge, la catégorie sociale, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou mentales.
- Être informées des services et des options disponibles dans le cadre du Programme de gestion des cas de VIH.
- Avoir la garantie du respect de la confidentialité des dossiers des services de gestion de cas de VIH ou d'autres programmes, conformément au Chapitre 943, Division 14 des Règles administratives de l'Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR).
- Avoir accès à une procédure écrite de réclamation, fournie par l'agence.
- Bénéficier gratuitement de services d'assistance linguistique, notamment l'accès à des services de traduction et d'interprétation, si la personne ou le (la) client(e) a des compétences limitées en anglais, afin d'accéder aux services de gestion des cas de VIH.

Responsabilités des clients

Un(e) client(e) inscrit(e) au Programme de gestion des dossiers de VIH doit :

- traiter les autres clients et le personnel de cette agence avec respect et courtoisie ;
- participer aux activités de dépistage, évaluation, développement et mise en œuvre d'un plan de soins ;
- fournir des informations exactes relatives à son admissibilité en toutes circonstances ;
- informer sous 15 jours le (la) responsable de son dossier des changements d'adresse, de numéro de téléphone, de revenus, de la taille de la famille, de nom légal ou de régime d'assurance maladie ;
- prendre des rendez-vous et les honorer, ou annuler ou modifier un rendez-vous dans les 24 heures précédant l'horaire prévu.

Je comprends les informations ci-dessus et j'en ai reçu un exemplaire pour mes dossiers.

Participant(e)

Date

Responsable du dossier

Date

Gestion des dossiers en vertu de la loi RWCA de HIV Alliance

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Nom du (de la) client(e) _____ N° du (de la) client(e) _____

Description du programme

Je comprends que je suis invité(e) à participer de mon plein gré au Programme de gestion des dossiers en vertu de la loi Ryan White Care Act (RWCA), afin d'obtenir de l'aide pour planifier et gérer mes soins de santé dans le cadre de mon infection par le VIH. En tant que participant(e), je bénéficierai de l'accès à un réseau bien développé d'informations et de services au sein de la communauté. Ce programme vise à faciliter mon accès aux services et à m'aider à prendre les nombreuses décisions nécessaires pour vivre avec le VIH. Les questions financières, l'accès aux soins de santé et les problèmes de soins à long terme sont quelques-uns des services pour lesquels je pourrai bénéficier d'une assistance grâce à ce programme. Dans le cadre de ma participation à ce programme, les informations relatives à mon état physique et à ma situation sociale, pertinentes à mon infection par le VIH, seront documentées et évaluées régulièrement. Des informations concernant mon utilisation des services médicaux, sociaux et communautaires seront documentées dans la base de données de gestion des dossiers VIH. Les données recueillies seront utilisées dans des rapports adressés aux sources de subvention, mon médecin traitant et par HIV Alliance dans le but de déterminer la qualité et le rapport qualité-prix de ma prise en charge, ainsi que l'efficacité globale du système dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH.

Confidentialité

Toutes les données obtenues pour ce programme resteront confidentielles et strictement protégées. Aucun rapport, hormis ceux adressés à mon médecin traitant, ne permettra de m'identifier. Toutes les autres informations seront consultées ou transmises uniquement si je donne mon consentement écrit.

Participation de plein gré

Je comprends que je participe à ce programme de mon plein gré. Je peux retirer mon consentement à ma participation à tout moment sans conséquence pour ma prise en charge médicale ou les prestations auxquelles j'ai autrement droit.

Déclaration de confirmation du consentement

J'ai lu la description ci-dessus du programme et je la comprends. J'ai reçu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Je consens de mon plein gré à participer au programme décrit.

Signature du (de la) client(e)

Date

Signature d'un membre du personnel

Date



Le présent avis vous fournit des informations à propos des pratiques de confidentialité de HIV Alliance.

1195A City View
Eugene, OR 97402
(541) 342 5088
www.hivalliance.org

Avis relatif aux pratiques de confidentialité

Ces informations sont des Données de santé protégées (Protected Health Information, PHI). Le présent « Avis relatif aux pratiques de confidentialité » vous précisera comment HIV Alliance pourrait utiliser ou communiquer les informations qui vous concernent. Les situations ne seront pas toutes décrites. HIV Alliance est tenue de protéger vos données de santé en vertu des lois fédérales et étatiques. HIV Alliance est tenue de respecter les conditions de l'avis actuellement en vigueur. Des informations peuvent être communiquées entre HIV Alliance et l'Autorité de santé de l'Oregon (Oregon Health Authority, OHA) dans le but de déterminer votre admissibilité, de coordonner vos soins et pour les options de traitement, de paiement et de soins médicaux.

Le présent avis décrit comment les données médicales vous concernant pourront être utilisées et communiquées et comment vous pouvez consulter ces informations. **Veillez le lire attentivement.**

- Vos choix** → Voir les pages 2 et 3 pour des informations à propos de vos droits et la manière de les exercer.
- Nos utilisations et nos communications** → Voir les pages 4 et 5 pour des informations à propos de l'utilisation et de la communication de vos informations.
- Vos droits** → Voir la page 6 pour des informations à propos de vos choix et la manière de les exercer.

Vos données.
Vos droits.
Nos responsabilités.

LA PRÉSENTE PUBLICATION SERA FOURNIE SUR DEMANDE DANS UN FORMAT ADAPTÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES, EN APPELANT LE 541 342 5088.

Vos choix

Pour certaines données de santé, vous pouvez nous préciser vos choix à propos des informations que nous communiquons.

Cette partie explique vos droits et certaines de vos responsabilités pour vous aider.

Nous demander de corriger votre dossier médical

- Vous pouvez nous demander de modifier des informations ou d'en ajouter si elles manquent dans les dossiers de santé que HIV Alliance a créés à votre propos si vous pensez qu'ils contiennent une erreur.
- La demande doit être déposée par écrit et vous devez justifier votre demande.
- HIV Alliance pourra refuser votre demande dans certaines situations, mais vous en donnera le motif écrit sous 60 jours.

Demander une liste de communications

- Vous avez le droit de demander à HIV Alliance une liste de communications de vos PHI effectuées après le 14 avril 2013.
- Vous pouvez déposer la demande par écrit.
- Cette liste peut ne pas inclure les fois où ces informations ont été communiquées à des fins de traitement, de paiement ou de soins.
- Cette liste ne contiendra pas les informations communiquées :
 - directement à vous ou votre famille ou des informations envoyées avec votre consentement ;
 - dans le cadre d'une utilisation ou d'une communication autorisée ou permise ;
 - à des fins de traitement, de paiement ou de soins.
- Si vous demandez une liste plus d'une fois sur une période de 12 mois, il est possible qu'il vous soit demandé de payer des frais modiques.

Nous demander de limiter les informations que nous utilisons ou que nous communiquons

- Vous pouvez demander à HIV Alliance de limiter la manière dont vos données de santé sont utilisées ou communiquées.
- Vous devez déposer la demande par écrit et préciser à HIV Alliance les informations à limiter et les personnes auxquelles les limites doivent s'appliquer.
- Il est possible que votre consentement à cette restriction vous soit demandé.
- Vous pouvez demander la levée des restrictions par écrit ou oralement.

Vos choix

Pour certaines données de santé, vous pouvez nous préciser vos choix à propos des informations que nous communiquons.

Cette partie explique vos droits et certaines de vos responsabilités pour vous aider.

Choisir une personne qui agira pour votre compte

- Si vous avez donné à quelqu'un une procuration médicale ou si vous avez un tuteur (tutrice) légal(e), cette personne peut exercer vos droits et faire des choix à propos de vos données de santé.
- Nous nous assurerons que la personne possède ces pouvoirs et peut agir en votre nom avant de prendre des mesures.

Choisir comment nous communiquons avec vous

- Vous avez le droit de demander à HIV Alliance de vous communiquer les PHI d'une certaine manière ou dans un emplacement spécifique.
- Par exemple, vous pouvez demander à HIV Alliance d'envoyer les informations à votre adresse professionnelle plutôt que votre adresse personnelle.
- Vous devez déposer la demande par écrit mais vous n'avez pas besoin de justifier cette demande.

Comment être avisé(e) que votre confidentialité n'a pas été respectée

- Nous vous informerons dans les délais les plus brefs en cas de violation pouvant compromettre la confidentialité ou la sécurité de vos données.

Déposer une réclamation si vous estimez que vos droits ont été bafoués

- Vous avez le droit de déposer une réclamation si vous n'êtes pas d'accord sur la manière utilisée par HIV Alliance pour communiquer des données de santé vous concernant.
- Si vous souhaitez déposer une réclamation, vous pouvez le faire en demandant un formulaire de réclamation à n'importe quel membre du personnel, en remplissant ce formulaire et en le remettant à n'importe quel directeur d'agence.
- Vous pouvez également contacter le Bureau des droits civils (Office of Civil Rights), au Département américain de la santé et des services sociaux (US Department of Health and Human Services).
- HIV Alliance ne prendra aucune mesure à votre encontre si vous déposez une réclamation.

Droits supplémentaires de confidentialité des PHI

- Si vous payez la totalité d'un service ou d'un élément de soins de santé de votre poche, vous pouvez nous demander de ne pas communiquer ces informations dans le cadre du paiement à votre caisse maladie.
- Nous donnerons notre accord, sauf si une loi exige que nous communiquions ces informations.

Obtenir un exemplaire de cet avis relatif à la confidentialité

- Vous pouvez demander un exemplaire du présent avis à tout moment.

Nos utilisations et nos communications

En règle générale, comment utilisons-nous ou communiquons-nous vos données de santé ?

HIV Alliance peut utiliser ou communiquer des données de santé sans votre autorisation aux fins suivantes, dans des circonstances limitées :

Pour un traitement

- HIV Alliance pourra utiliser vos PHI ou les communiquer aux prestataires de santé qui participent à votre prise en charge médicale.
- Par exemple, vos données pourront être transmises afin de créer et de réaliser un plan de traitement.

Pour un paiement

- HIV Alliance pourra utiliser vos PHI ou les communiquer pour obtenir un paiement ou pour régler les services dont vous bénéficiez.
- Par exemple, HIV Alliance pourra communiquer avec vos caisses d'assurance maladie pour vous aider à régler vos factures médicales.

Pour des opérations de soins

- HIV Alliance pourra utiliser vos PHI ou les communiquer afin de gérer ses programmes et ses activités.
- Par exemple, HIV Alliance pourra utiliser vos PHI pour évaluer la qualité des services dont vous bénéficiez.

Pour des signalements et des enquêtes relatifs à de mauvais traitements

- HIV Alliance est tenue par la loi de recevoir les signalements de mauvais traitements.

Indemnités d'accidents du travail

- Si les lois sur les indemnités d'accidents du travail le prévoient.

Pour éviter tout préjudice

- HIV Alliance pourra communiquer vos PHI afin d'éviter un risque grave pour votre santé et votre sécurité ou éviter un risque grave pour la santé et la sécurité d'autrui ou du public.

Si nous devons communiquer vos données pour toute autre raison, nous devons en premier lieu obtenir votre autorisation.

- Vous pouvez révoquer cette autorisation à tout moment, cependant la révocation ne concernera pas les communications d'informations antérieures.
- Si nous communiquons vos données en nous fondant sur votre autorisation écrite, elles pourront être transmises à nouveau par le destinataire de ladite communication.
- Les lois fédérales et étatiques peuvent restreindre la retransmission de certaines informations, telles que les informations relatives au VIH/SIDA, à l'alcoolisme et à la toxicomanie, des données génétiques et des informations relatives à la santé mentale.

Nos utilisations et nos communications

En règle générale, comment utilisons-nous ou communiquons-nous vos données de santé ?

HIV Alliance peut utiliser ou communiquer des données de santé sans votre autorisation aux fins suivantes, dans des circonstances limitées :

Pour des activités de santé publique

- En cas de menace grave pour la santé ou la sécurité.

Pour la surveillance sanitaire

- HIV Alliance pourra utiliser ou communiquer vos PHI dans le cadre d'activités gouvernementales de surveillance sanitaire.
- HIV Alliance pourra communiquer vos données aux organes étatiques et fédéraux qui nous réglementent, tels que Département américain de la santé et des services sociaux, dans le cadre d'audits, d'enquêtes, d'inspections et de licences par exemple.

Pour réaliser des contrôles exigés par la loi

- HIV Alliance devra communiquer vos PHI dans le cadre de contrôles exigés ou autorisés par les lois fédérales ou étatiques.

Dans le cadre de litiges et d'actions en justice

- HIV Alliance devra communiquer vos PHI en réponse à une ordonnance d'un tribunal.
- Si vous êtes impliqué(e) dans une action en justice ou un litige, HIV Alliance pourra communiquer vos données en réponse à des exigences légales.

Les autres utilisations et communications nécessitent votre autorisation écrite.

- À d'autres fins, HIV Alliance vous demandera votre autorisation écrite avant d'utiliser ou de communiquer vos PHI.
- Vous pouvez annuler cette autorisation à tout moment par écrit, cependant l'annulation de votre autorisation ne s'appliquera pas aux communications antérieures fondées sur votre autorisation.

D'autres lois protègent les PHI.

- De nombreux programmes de HIV Alliance respectent d'autres lois pour l'utilisation et la communication de vos données de santé.
- En règle générale, vous devez donner votre autorisation écrite pour permettre à HIV Alliance d'utiliser et de communiquer vos dossiers de traitement du VIH/SIDA, de santé mentale et de dépendance chimique.

Vos droits

En ce qui concerne vos données de santé, vous avez certains droits.

Si vous avez une préférence sur la manière dont nous communiquons vos informations dans les situations citées ci-dessous, parlez-en avec nous. Dites-nous ce que vous souhaitez que nous fassions et nous respecterons vos consignes.

Droits relatifs à vos PHI

- Vous pouvez demander par écrit l'obtention de vos dossiers, une correction de vos dossiers ou une liste des communications.
- Il est possible qu'il vous soit demandé de payer les frais de fourniture de ces dossiers.
- Dans la plupart des cas, votre demande sera satisfaite sous 30 jours.

Droit de consulter vos dossiers médicaux et d'obtenir des exemplaires

- Dans la plupart des cas, vous pouvez demander à consulter vos dossiers médicaux et à en obtenir des exemplaires.
- Vous devez déposer la demande par écrit. Nous pourrions vous facturer des frais raisonnables, à prix coûtant.
- Il est possible qu'il vous soit interdit de consulter
 - les notes de psychothérapie. Le clinicien qui supervise les Services de santé comportementale (Behavioral Health Services) prendra une décision rapide pour toutes ces demandes ;
 - les informations recueillies dans le cadre d'une action civile, pénale ou administrative ;
 - d'autres informations restreintes ou interdites par la loi.

Droit de révoquer votre autorisation

- S'il vous est demandé de signer une autorisation d'utilisation ou de communication de vos PHI, vous pouvez l'annuler à tout moment.
- Vous devez déposer la demande par écrit. Cela n'aura aucune répercussion sur les données qui ont déjà été communiquées.

Comment contacter HIV Alliance pour exercer vos droits à la confidentialité ?

Si vous avez des questions à propos de nos pratiques de confidentialité, vous pouvez contacter notre Responsable confidentialité au 541 342 5088

À l'avenir, HIV Alliance pourra modifier son « Avis relatif aux pratiques de confidentialité ». Toutes les modifications s'appliqueront aux données que HIV Alliance possède déjà, ainsi qu'aux données que HIV Alliance recevra à l'avenir. Un exemplaire du nouvel avis sera affiché sur chaque site et chaque établissement de HIV Alliance. Un exemplaire du nouvel avis sera fourni si la loi le prévoit. Vous pourrez demander un exemplaire du présent avis lorsque vous vous rendrez dans un établissement de HIV Alliance.

Avis relatif aux pratiques de confidentialité

Accusé de réception

Veillez lire attentivement.

Le présent « Avis relatif aux pratiques de confidentialité » vous précise comment HIV Alliance pourrait utiliser ou communiquer les informations qui vous concernent. Les situations ne seront pas toutes décrites. HIV Alliance est tenue de vous adresser un avis relatif à nos pratiques de confidentialité pour les données que nous recueillons et que nous conservons à votre sujet.

Je soussigné(e), (nom en caractères d'imprimerie) _____
_____, ai reçu un exemplaire de l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité de HIV Alliance et j'ai pu poser des questions à propos de l'utilisation de mes données.

Signature du (de la) client(e)

Date

Représentant(e) légal(e) ou personnel(le)
du (de la) client(e), le cas échéant

Lien de parenté

Veillez faire remplir et signer ce document par la personne qui reçoit l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité. Classez cet exemplaire dans le dossier du (de la) client(e).

POLITIQUES ET PROCÉDURES DE HIV ALLIANCE

Service : Services clients

Objet : Cessation des services

Page 1 sur 1

Effective : juin 2005

Politique : les Services clients ont le droit de mettre fin à la relation de gestion des dossiers avec le (la) client(e) si la situation l'exige. La cessation sera toujours effectuée conformément aux Normes de gestion des dossiers VIH de l'État de l'Oregon (Oregon State HIV Case Management Standards) et des Règles administratives de l'Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR) 333-022-2110. Aucune cessation des services n'interviendra sans l'approbation du Directeur (de la Directrice) du programme et du Directeur (de la Directrice) des services clients. La cessation des services interviendra en dernier recours et uniquement une fois que d'autres solutions possibles auront été épuisées. La documentation des événements entourant et aboutissant à la cessation des services sera versée au dossier du (de la) client(e) par le (la) responsable du dossier concerné(e) et le Directeur (la Directrice) des services clients.

La Règle administrative de l'Oregon prévoit :
333-022-2110.

Radiation

(1) Un(e) client(e) inscrit(e) au Programme de gestion des dossiers de VIH (HIV Case Management Program) peut être radié(e) dans l'un des cas suivants :

(a) Il (elle) ne remplit plus les critères d'admissibilité.

(b) Le placement dans un établissement pénitentiaire pendant plus de 180 jours, comme une prison étatique ou une prison fédérale,

qui est légalement tenu de fournir des services médicaux.

(c) Il (elle) est introuvable ou ne répond pas aux demandes du programme pendant plus de 60 jours.

(d) Il (elle) fournit des informations erronées, frauduleuses ou trompeuses afin d'obtenir ou de conserver des prestations.

(e) Il (elle) fait un usage frauduleux des services de soutien. Ou

(f) Le non-respect constant et documenté des responsabilités prévues par l'OAR 333-022-2070.

(2) Si une agence propose de radier une personne du programme, elle devra aviser la personne concernée par écrit et l'informer de ses droits à une audition conformément aux Statuts révisés de l'Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS)

183.415. Un recours devra être soumis à l'autorité locale ou étatique pour organiser l'audition.

Aut. stat. : ORS 413.042, 431.250, 431.830.

Stat. mis en œuvre : ORS 431.250, 431.830.

Les clients radiés parce qu'ils ont fait sciemment un usage illicite des fonds de HIV Alliance selon la description prévue aux alinéas (1)(d) et (1)(e) ci-dessus pourront renouveler leur demande pour bénéficier des services de HIV Alliance sous 60 jours. L'utilisation frauduleuse des fonds fournis par nos programmes partenaires, par exemple le Programme de logement et des services communautaires de l'Oregon (Oregon Housing & Community Services, OHOP), peut entraîner la radiation.

En cas de radiation, le dossier du (de la) client(e) en format papier et son dossier CAREWare seront tous les deux clôturés. En cas de radiation, le (la) client(e) ne bénéficiera d'aucun service de la part du Programme des services clients de HIV Alliance. Lors de la radiation, le personnel responsable de la gestion des dossiers pourra demander au (à la) client(e) d'effectuer des tâches afin de pouvoir prétendre à nouveau aux services. Cette demande devra être documentée par écrit.

Si l'un des comportements susmentionnés est constaté, le (la) Responsable des services clients sera immédiatement informé(e) et mènera l'enquête nécessaire. En cas de radiation, le (la) client(e) sera informé(e) par le (la) Responsable des services clients verbalement si possible, et, par écrit, dans tous les cas. Si le (la) client(e) est également client(e) du programme OHOP, le Coordinateur (la Coordinatrice) du logement sera informé(e) des conditions et de la cause de la radiation.

Les clients radiés des services HIVA ont le droit de déposer une réclamation auprès de HIV Alliance. Les clients devront déposer cette réclamation sous 15 jours à compter de la date de radiation. Les clients seront informés de ce droit et le formulaire de réclamation leur sera fourni lorsqu'ils recevront leur avis de radiation.

Si la procédure de réclamation ne résout pas le problème, les clients auront droit à une audition, tel que le prévoit la Règle administrative de l'Oregon 333-022-2120 :

Auditions

Un(e) client(e) radié(e) a le droit à une audition de contestation de décision conformément au chapitre 183 des ORS.

Aut. stat. : ORS 413.042, 431.250, 431.830.

Stat. mis en œuvre : ORS 431.250, 431.830.

Procédures :

1. Une fois qu'il aura été informé de l'utilisation illicite ou frauduleuse des fonds, d'un vol ou de menaces, le personnel des Services clients devra informer le (la) Responsable des services clients.
2. Une fois qu'il aura été informé de l'utilisation illicite ou frauduleuse des fonds, d'un vol ou de menaces, le personnel des Services clients devra remplir un Formulaire de rapport d'incident de HIV Alliance et le transmettre au (à la) Responsable des services clients, au Directeur (à la Directrice) du programme et au Directeur général (à la Directrice générale).
3. Les autres membres du personnel seront informés de l'incident, le cas échéant, pour assurer la sécurité ou recueillir les informations nécessaires pour résoudre la situation.
4. Le Directeur (la Directrice) du programme et le (la) Responsable des services clients s'entretiendront avec le personnel et/ou le (la) client(e) afin de recueillir les informations nécessaires pour résoudre la situation.
5. Le personnel de direction organisera une commission d'examen du dossier afin de déterminer les étapes suivantes.
6. En cas de radiation, le Directeur (la Directrice) du programme informera le (la) client(e) verbalement si possible et par écrit dans tous les cas.
7. Les clients seront informés par écrit de leur droit de déposer une réclamation auprès de HIV Alliance. Si la réponse à la réclamation ne permet pas de résoudre le problème, les clients seront informés de leur droit à une audition conformément à l'OAR 333-022-2120.
8. Le personnel responsable de la gestion des dossiers et les autres membres concernés du personnel seront informés de la décision de radiation.
9. En cas de radiation, le dossier sera retiré de l'armoire de classement des dossiers actifs et clôturé dans CAREWare.
10. Si le (la) client(e) est aussi inscrit(e) au programme OHOP, le personnel demandera que le (la) client(e) informe sous sept jours le Coordinateur (la Coordinatrice) (Housing Coordinator, HC) du logement de la radiation. Si le (la) client(e) ne peut pas ou ne veut pas obtempérer, le personnel informera immédiatement le (la) HC après sept jours.

1/24/05 Ryandel, edit 11-07, edits 8-15