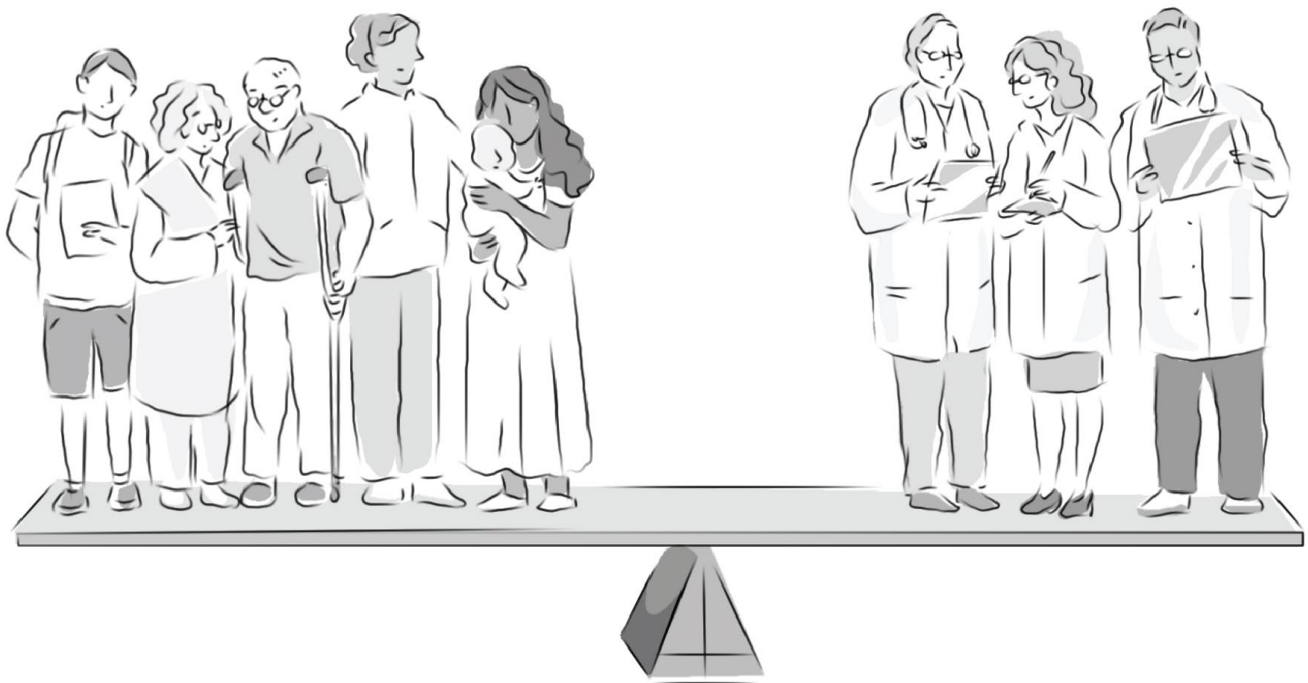




Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

Éthique et traitement des plaintes / Ethics and the Handling of Complaints

VOL 5 (3)
NUMÉRO SPÉCIAL / SPECIAL ISSUE
17/10/2022



© han han li

Éditeurs invités / Guest Editors

Maude Laliberté, Jean-Philippe Payment, Marjolaine Frenette

Responsable du numéro / Issue Editor

Bryn Williams-Jones & Aliya Affdal

Illustration de couverture / Cover Art

Han Han Li

Tables des matières / Table of Contents

M Frenette, M Laliberté, J-P Payment	La gestion des plaintes : quelle place pour l'éthique? / Complaints Management: What Place for Ethics?	1-10
M-E Lemoine, J Brisson, E Blackburn, J-P Payment, M Laliberté	La place de la bioéthique au sein du régime d'examen des plaintes dans le réseau de santé et de services sociaux québécois	11-20
D Johns, B Epperson	On Being an Ombudsman: Protecting the Public Interest While Navigating the Minefield of Policy Networks	21-30
E Monteferrante, KD Volesky, J Brisson, HH Sigman, M Laliberté	The Effect of Patient Complaints on Physicians in European and Commonwealth Countries with Public Healthcare Systems: A Scoping Review and Ethical Analysis	31-42
M Laliberté, L Casgrain, KD Volesky	Handling Complaints: Considerations for Prioritizing Complaints	43-47
SR Nakata	Fairness: The Bedrock of Ombuds Practice in Canada	48-51
M Laliberté, J Brisson, M-E Lemoine, J-P Payment, E Blackburn	Complaints Commissioners' Assistance Function: System Navigator or Queue Jumper?	52-55
E Monteferrante, A Weiss Tremblay, J-P Payment, M Laliberté	La proche aide et ses enjeux éthiques, cliniques et organisationnels en période de pandémie : l'expérience d'un Commissariat aux plaintes	56-70
J Boncompain, H McGhee Peggs, B Epperson	Equity, Diversity, and Inclusion (EDI): Where Does the Ombuds Fit?	71-73
M-E Lemoine, HH Sigman, V Jimenez, M Laliberté	From "Obstetrical Violence" Complaints to "Respectful Maternity Care": The Complaints Commissioner as Facilitator of Organizational Change	74-76
C Johnson	La culture juste dans le domaine de la santé : une approche qui responsabilise les individus et les organisations médicales	77-80

ÉDITORIAL / EDITORIAL

La gestion des plaintes : quelle place pour l'éthique?

Marjolaine Frenette^a, Maude Laliberté^b, Jean-Philippe Payment^c

Mots-clés

éthique, ombudsman, plaintes, gestion

Keywords

ethics, ombudsman, complaints, management

Affiliations

^a Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada

^b Consultante experte en éthique de la santé et dans le régime d'examen des plaintes, Montréal, Québec, Canada

^c Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Montréal, Canada

Correspondance / Correspondence: Jean-Philippe Payment, jean-philippe.payment.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

The English version of this text appears below / La version anglaise de ce texte figure ci-dessous.

INTRODUCTION

Selon le Petit Robert, se plaindre est l'action d'exprimer un mécontentement (1). Pourquoi se plaindre si personne ne nous entend et que rien ne change? La gestion des plaintes est un processus formel centré sur le respect des droits des plaignants et l'amélioration des services d'une organisation. Ce recours non judiciaire permet d'intervenir sur des problèmes rencontrés dans les organisations, d'être au fait de ce qui importe pour la clientèle, de surveiller la qualité et l'accessibilité des services rendus. Le traitement des plaintes vise aussi l'apaisement des tensions sociales via différents mécanismes de résolution de conflits.

La gestion des plaintes est un mécanisme de contrôle de la qualité important, à travers la valorisation de la perspective du plaignant. En effet, la rétroaction faite par ce processus favorise la responsabilisation de l'organisation face aux enjeux de qualité des services ou devant un non-respect des droits des citoyens (2). La plainte offre également un levier d'influence à la clientèle sur les processus internes. Prenons en exemple le milieu de la santé où les soins centrés sur le patient sont presque une devise. Or, malgré le mouvement grandissant des patients partenaires, les patients sont peu impliqués au niveau de la transformation de l'établissement vers des objectifs de soins centrés sur le patient. La plainte, ce faisant, est non seulement un droit, mais elle donne aussi une place au patient qui devient alors un moteur de changement pour l'institution. La fédération des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) souligne même que les plaintes visent à replacer le patient au centre du système (3). Il s'agirait ainsi d'un moyen pour rééquilibrer les pouvoirs entre plaignants et intervenants.

Il ne faut pas non plus passer sous silence l'aspect réparateur du processus de plainte. Pour plusieurs plaignants, l'objectif premier est d'être entendu, de comprendre ce qui s'est produit, d'obtenir des excuses empreintes d'empathie, et de s'assurer que les mesures nécessaires soient prises afin d'éviter toute répétition de la situation ayant motivée le dépôt de la plainte (4,5). Le recours en plainte s'apparente à un processus de règlement de différends par l'obtention d'explications claires et transparentes et parfois l'expression d'excuses sincères, en plus des rectifications apportées. La plainte permet aussi d'éviter des recours légaux onéreux pour toutes les parties impliquées dans un potentiel litige.

Il existe aujourd'hui diverses instances pour traiter les plaintes formellement dans les organisations publiques, parapubliques et privées internationalement. Puisque les milieux dans lesquels les plaintes sont formulées varient grandement, les différents systèmes de gestion des plaintes varient tout autant. On peut parler de système municipal, provincial, fédéral, en santé, scolaire et dans différents milieux privés tel que dans les banques, compagnies de services, etc. Ces différents bureaux de gestion des plaintes aspirent à être des intervenants de confiance, impartiaux et objectifs. Leur mandat et les pouvoirs qui leur sont accordés peuvent différer, mais les piliers sous-tendant la pratique sont les mêmes : indépendance, impartialité et confidentialité.

Le point de départ de nos réflexions est lié au cas particulier du système de plainte en santé au Québec. Nous reviendrons plus en détail sur ce cas particulier que nous connaissons plus intimement alors que nous avons tous les trois occupés des fonctions dans ce domaine. En effet, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) au Québec, tous les établissements publics du milieu de la santé ont l'obligation d'avoir un commissaire aux plaintes et un médecin examinateur afin de recevoir les plaintes des patients ou de leur représentant.

ENJEUX ÉTHIQUES

L'éthique est une réflexion sur les valeurs et les actions qui guident la conduite humaine. Selon Ricœur, « *la visée éthique est la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* » (6). Il existe une distinction importante entre les faits (*ce qui est*) et les valeurs (*ce qui devrait être*) (7,8). L'éthique n'est pas centrée sur l'observation ou l'explication de faits (*ce qui est*),

mais elle porte un jugement critique sur ces faits (*ce qui devrait être*) par une analyse réflexive et une justification des actions (9). Si l'on transfère ces notions à l'examen d'une plainte, il est évident que l'éthique en fait partie intégrante. Bien que d'emblée, l'examen des plaintes est un processus normatif qui consiste à observer les faits et les analyser afin de comparer les faits allégués aux faits objectifs. Il est difficile dans ce processus de ne pas se questionner sur *ce qui devrait être*, mettant en lumière tensions et conflits éthiques sous-jacents, tel qu'explicité dans l'article de Lemoine et collègues (10). Ces enjeux sont nombreux, tant au niveau du fonctionnement même du système de plaintes, qu'au niveau des défis qu'elles soulèvent pour la clientèle. De nombreuses questions éthiques se posent dans ce contexte, et ce, d'une manière distinctive qui justifie assurément une analyse minutieuse. Ces sujets peuvent comprendre ceux énoncés ici-bas sans s'y limiter :

- Les questions relatives à la façon dont les bureaux gérant les plaintes influencent (positivement, négativement, indument) l'accès aux services et façonnent les services offerts aux citoyens, ainsi que les questions de pouvoir et de hiérarchies liées à la pratique et aux prises de décisions ;
- Les valeurs animant les pratiques et les décisions des bureaux de plaintes (et leurs tensions/conciliation) ;
- L'influence de crises comme la pandémie COVID-19 sur les pratiques des bureaux de plaintes ;
- L'impact des politiques encadrant la gestion des plaintes sur les différents acteurs, incluant les clientèles vulnérables telles que les personnes inaptes et/ou de milieux socioéconomiques défavorisés ;
- La question des conflits d'intérêts, de neutralité et de transparence des acteurs ;
- La tension entre la résolution des plaintes individuelles et les enjeux de nature systémique ;
- La gestion des plaignants quérulents et l'évaluation de leur dangerosité ;
- Les tensions entre les valeurs et principes éthiques, et les normes inhérentes aux organisations visées par la plainte.

La valeur principale guidant tous les bureaux de plaintes est celle de l'équité (11,12). Tout d'abord, l'équité procédurale guide les bureaux de plainte quant aux principes à suivre pour tout examen de plainte ou enquête. Cette équité procédurale s'exprime dans l'écoute des parties impliquées soit normalement le plaignant et la personne/institution visée par la plainte, et se traduit à travers les piliers de la pratique mentionnés précédemment, notamment l'impartialité et l'indépendance. Comme l'explicite l'étude de cas par Boncompain, McGhee Peggs et Epperson (13), c'est lors de l'analyse d'une plainte que la notion d'équité prend tout son sens : Que s'est-il passé? Qu'aurait-il dû se passer? Qui est vulnérable, et pourquoi? Quels seront les impacts de cette décision sur le plaignant, la personne visée, et les futurs services? C'est aussi une question à laquelle tentent de répondre Laliberté et collègues (14) dans leur commentaire portant sur les assistances chez les commissaires aux plaintes en santé et les problèmes d'équité qui peuvent en découler. Ce principe éthique incontournable est sans doute au cœur de la pratique de tout bureau de plainte. La poursuite de l'équité au niveau du processus et des résultats nous amène donc à nous questionner continuellement, et à adapter notre compréhension de l'équité même en fonction des nuances individuelles et des tendances collectives et sociétales. C'est d'ailleurs une réflexion approfondie en ce sens qui se dégage de l'article de Nakata (15).

Ces exemples illustrent l'éventail des questions éthiques pouvant être analysées pour documenter l'expérience des bureaux de plaintes dans divers domaines. Malgré le lien incontestable entre la plainte et l'éthique, ce domaine de pratique reçoit peu d'attention dans la littérature. C'est justement la raison d'être de ce numéro spécial, qui nous l'espérons, saura alimenter les réflexions et peut-être même répondre à certains questionnements.

LES COMMISSARIATS AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Comme mentionné ci-haut, tous les établissements de la santé publics québécois ont l'obligation d'avoir un commissaire aux plaintes et un médecin examinateur afin de recevoir les plaintes des patients ou de leur représentant. Chaque plainte visant l'établissement ou un de ses membres doit passer par la commissaire aux plaintes, et toute plainte concernant un membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) doit être transférée au médecin examinateur. Le commissaire et le médecin examinateur ont chacun 45 jours pour examiner et répondre à la plainte. Ils peuvent émettre des recommandations lorsque nécessaires. À la suite du processus de plainte, le plaignant peut avoir recours au Protecteur du citoyen ou au comité de révision si la plainte concerne un membre du CMDP, s'il est insatisfait des conclusions reçues. Les commissaires aux plaintes, contrairement aux médecins examinateurs, peuvent également intervenir sans avoir eu une plainte préalablement, sur la base d'un signalement ou de leur propre chef.

Le régime d'examen des plaintes est confronté à l'extrême complexité du système de santé et sa responsabilité s'étend au-delà de l'établissement, alors que sa juridiction concerne également les services reçus par les résidents des résidences privées pour aînés, des ressources intermédiaires, des ressources de type familial et tout autre organisme avec lesquels l'établissement a conclu une entente de services en vertu de l'article 108 de la LSSSS (contrat, achat de lit, etc.). De plus, chaque établissement de santé privé sur le territoire du commissaire aux plaintes est sous sa responsabilité. Ceux-ci ont tous une politique de lutte contre la maltraitance différente modifiant le mode de fonctionnement dans les situations de signalement de maltraitance. De plus, le Regroupement des commissaires aux plaintes rappelle que le contenu de ces politiques est parfois non-conforme aux normes applicables ni à la procédure d'examen des plaintes elle-même (16). Dans ce contexte empreint de complexité, une grande variation s'est installée dans les pratiques des différents commissariats aux plaintes. Devant ce constat, la Commissaire Santé Bien-Être met de l'avant une nécessité d'harmoniser celles-ci (17). Le Regroupement des

commissaires aux plaintes propose quant à lui de baliser la pratique avec un cadre de référence harmonisé pour le traitement des plaintes et les signalements de maltraitance (16).

Indépendance

Le principe d'indépendance est un fondement essentiel de tout bureau de plainte, alors qu'il donne les assises nécessaires à la confiance de la population et à la notion d'impartialité. Dans le milieu de la santé et des services sociaux, la loi prévoit que le seul lien hiérarchique du commissaire aux plaintes est avec le conseil d'administration pour que ses fonctions se situent en marge des activités courantes de l'établissement. La loi a été rédigée ainsi pour assurer une indépendance réelle, et non une négociation d'indépendance à la pièce. Cependant, plusieurs acteurs soulèvent des questionnements sur la capacité réelle de déployer ce principe d'indépendance dans les structures actuelles. Certains soulignent que le fait que le Président-directeur général (PDG) siège sur le conseil d'administration questionne sur la capacité du commissaire aux plaintes de faire librement des recommandations, alors qu'il est subordonné au conseil d'administration et qu'il a un poste à durée déterminée (3). La question d'indépendance se pose aussi dans les aspects opérationnels du travail alors que les commissaires sont assujettis aux décisions du PDG face à leurs besoins de ressources. Cet élément nuisant à la crédibilité du régime d'examen des plaintes a aussi été soulevé par Ghozia et ses collègues alors qu'une indépendance pleine et entière doit être garantie par le conseil d'administration (18). Des questions d'indépendance et de conflit d'intérêts potentiels se posent également par rapport aux médecins examinateurs qui peuvent continuer à exercer des activités professionnelles au sein de l'établissement, contrairement aux commissaires aux plaintes qui sont tenus à l'exclusivité de fonctions (19).

La grande proximité administrative mine la crédibilité des commissaires, et pousse certains à suggérer une enveloppe budgétaire dédiée (3). Le Regroupement des commissaires recommande d'ailleurs de réfléchir au positionnement stratégique des commissaires aux plaintes au sein des organigrammes pour que les budgets soient déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux plutôt que par les établissements (16). D'autres proposent de revoir la structure en ajoutant une équipe provinciale sans lien administratif avec l'établissement (20).

La boucle des recommandations

Il est important de comprendre que le pouvoir de recommandation des commissaires aux plaintes est limité. En effet, bien que le commissaire puisse énoncer des recommandations, il doit en appeler à la collaboration et à la volonté de l'établissement, car il ne peut pas en forcer l'exécution (2). Ainsi, l'efficacité des recommandations dépend de la relation entretenue entre le commissariat et son établissement (PDG et gestionnaires). Cette relation est variable selon les établissements (17). Certaines structures ont été mises en place afin d'assurer l'exécution et le suivi des recommandations du commissaire, comme le comité de vigilance et de la qualité où siègent commissaire, PDG et membres indépendants du conseil d'administration, mais malgré cela le pouvoir de recommandation des commissaires non exécutoires semble parfois bien insuffisant.

La LSSSS prévoit qu'il appartient au comité de vigilance et de la qualité « d'assurer, auprès du conseil [d'administration], le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services » (21). Devant le constat que plusieurs recommandations des commissaires aux plaintes n'ont pas nécessairement été mise en œuvre, une réflexion est de mise sur les obstacles qui entravent leur déploiement. Il y a lieu de se questionner sur la façon de renforcer l'imputabilité des établissements alors que les conseils d'administration détiennent peu d'autonomie et de pouvoir décisionnel (17). De plus, les comités de vigilance ont des modes de fonctionnement très variables. Certains ne sont pas réellement considérés par certains Conseils d'administration et PDG alors que d'autres laissent une place limitée au commissaire aux plaintes et à ses recommandations (17). Selon le rapport du Commissaire à la Santé et au Bien-Être, il est possible que ce soit un aspect précis de la gouvernance à explorer pour expliquer que les milieux de vie pour aînés comme les CHSLD soient passés sous le radar dans certaines régions pendant la pandémie à la COVID-19 (17).

Le pouvoir limité de recommandation se reflète autant structurellement qu'au niveau opérationnel. Notamment, nous pouvons nous questionner quant à l'opérationnalisation de certaines recommandations en lien avec l'offre de service dans un contexte de ressources limitées et de pénurie de main-d'œuvre. Par exemple, lors d'enjeux majeurs au niveau de l'accès à un service auquel la clientèle a droit, le commissaire aux plaintes pourrait après enquête approfondie recommander que plus de ressources y soient dédiées afin d'assurer un accès en temps opportun et des services de qualité. Toutefois, bien que cela soit la réelle solution au problème, comment opérationnaliser cette recommandation qui rappelons-le n'est ni contraignante, ni liée à un quelconque budget additionnel. Ainsi, les commissaires aux plaintes peuvent régulièrement faire face dans leur pratique à des tensions éthiques et morales importantes, liées aux ressources limitées du réseau ainsi qu'à la portée somme toute restreinte de leurs recommandations. Ces situations fréquentes requièrent créativité et stratégie de la part des commissaires et de leurs équipes.

Ressources, promotion et accessibilité

Le manque de ressources humaines et financières alloué aux commissariats aux plaintes est également noté par plusieurs acteurs, alors que les volumes d'activités sont à la hausse sans que les ressources n'aient augmenté au même rythme (3,16,17). Ceci se traduit par une difficulté à faire le traitement des plaintes et des signalements de maltraitance dans les délais impartis. Alors que le délai prescrit d'un traitement de dossier est de 45 jours, on observait des délais réels allant jusqu'à 200 à 398 jours entre les 2018 et 2020 (16). Devant l'alourdissement de la charge de travail, la gestion des dossiers de plaintes est un réel problème dans les commissariats aux plaintes de la province, et suscite une réflexion quant à la meilleure manière

de gérer cette lourde tâche, de la manière la plus équitable possible. Cette réflexion critique est détaillée dans le texte de Laliberté, Casgrain et Volesky (22) qui vise donner des pistes de réflexions afin d'aider les commissaires à identifier les dossiers devant être priorisés.

Par conséquent, certains mandats du commissaire ne sont pas priorisés, dont la promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des patients (3, 17), car celle-ci est énergivore en temps et en ressources. Cette promotion est toutefois importante pour accompagner certains patients inquiets de déposer une plainte par crainte de représailles (17), ainsi que pour faire connaître les droits et recours aux clientèles vulnérables ou difficiles à joindre. Cette promotion permet également de clarifier la compréhension du rôle des commissaires aux plaintes autant auprès de la clientèle que de l'établissement (16). Si la clientèle n'est ni au courant de ses droits ni de ses recours, le fondement même du système de plainte est compromis.

S'assurer de l'accessibilité au système de plainte par une clientèle diversifiée est également essentiel. Comme les données liées aux plaintes servent à refléter l'expérience de la clientèle et de mettre en lumière des enjeux de nature systémique, l'absence de représentativité de certains groupes ou de sous-groupes peut engendrer certains biais dans l'établissement de tendances et difficultés prioritaires pour la clientèle. Les mécanismes d'accès à la plainte doivent donc être multiples et adaptables. Le système de plainte doit non seulement être accessible pour une vaste clientèle, mais doit également être culturellement approprié afin que les patients de diverses origines puissent s'y sentir en confiance. Sachant que les personnes issues de certaines cultures ou groupes socio-économiques ont tendance à moins utiliser de recours comme la plainte (23,24), les différents bureaux de plaintes doivent poursuivre leur réflexion sur la façon d'assurer la promotion de leur rôle et d'une accessibilité pour tous.

Plaintes et qualité

Comme nous l'avons mentionné d'entrée de jeu, le système de plainte est un levier d'amélioration de la qualité important dans le milieu de la santé au Québec. En effet, bien que le réseau de la santé dispose de plusieurs mécanismes de contrôle pour améliorer la qualité des services (ex. ententes de gestion, agrément, visites ministérielles), le régime d'examen des plaintes en est un indispensable (25). D'après le texte de Claude Johnson (26), le système de plainte et ses intervenants s'inscrivent même dans la théorie de la « culture juste », où les procédures, pratiques et politiques sont évaluées afin de soutenir la qualité des actes et des interventions chez les professionnels (27). C'est ainsi qu'au-delà de l'amélioration des services, les plaintes contribuent à la prévention d'événements indésirables (28). D'ailleurs, plusieurs responsabilités ont été ajoutées aux commissaires aux plaintes par le législateur dans les dernières années et l'ajout de ces rôles confirme leurs rôles clés de mécanisme de contrôle et de qualité des services. La plainte est donc un processus constructif et positif, bien que l'exercice qui en découle puisse être difficile, voire douloureux pour les parties impliquées, comme le démontre l'article de Monteferrante et collègues (29) concernant l'impact de la plainte chez les médecins.

Au niveau local, chaque plainte est l'opportunité d'améliorer un processus, une interaction, une expérience. La plainte est non seulement un moteur de changement, mais elle peut aussi servir de mesure tampon lors de conflits importants avec l'équipe traitante. Effectivement, l'apport d'une tierce partie neutre qui s'assure que l'équipe soignante entend les demandes, besoins et doléances d'un patient ou de son représentant est souvent une valeur ajoutée pour tous. Cela permet de recentrer la discussion sur les faits et les besoins, et non sur les tensions et les émotions. Informellement, les commissaires aux plaintes animent de nombreuses séances de conciliation au travers du processus de plainte, soit en temps réel lors de conflits actuels, ou de manière rétrospective à la suite d'une plainte ou d'un événement indésirable. La clarification des événements et l'opportunité d'offrir des excuses empreintes de compassion octroient à la rencontre le potentiel de devenir un processus réparateur (5). En outre, les commissaires aux plaintes ont un grand potentiel de médiation et ce potentiel devrait être mieux exploité pour faciliter la rencontre des patients avec le système dans des contextes difficiles (30).

Au niveau plus large, l'ensemble des données recueillies sur les plaintes dans une période donnée permet de révéler des tendances et des problèmes de niveau systémique (31). Les données générées par le système d'information de la gestion des plaintes offrent un éventail de possibilités à la recherche et à l'amélioration de la qualité. Ces données peuvent toutefois être imprécises si elles ont été codées différemment, surtout entre les établissements, mais leur plus grande limite est qu'il est impossible d'y puiser une trame narrative, c'est-à-dire que les données brutes ne reflètent pas la détresse de la clientèle et ne donnent aucune information de nature qualitative. Malgré cette limite importante, l'information quantitative recueillie permet de guider des décisions sensibles telles que les orientations stratégiques et les priorités d'un établissement de soins de santé. Elle permet aussi d'établir les enjeux prioritaires pour la clientèle, et d'identifier les secteurs à risque, ainsi que dans certains cas, les professionnels à risque. Daniel Johns (32) nous invite par ailleurs à nous questionner sur la place que prennent les analyses systémiques de nos jours pour les bureaux de plainte, et à s'assurer d'un équilibre entre la gestion des plaintes individuelles et des enjeux systémiques dans notre pratique.

Finalement, les situations de crise comme la pandémie de COVID-19 ont permis de mettre en lumière de graves problèmes. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois ont été durement touchés par la pandémie. Durant cette période, les établissements et les professionnels ont été appelés à s'adapter de façon continue et à un rythme effréné aux différents changements et façons de faire mises en place. Pendant que toutes ces perturbations avaient lieu, les commissariats aux plaintes recevaient les appels des patients en détresse. Par exemple, comme le décrit le commentaire critique de Monteferrante et collègues (33), les commissaires aux plaintes ont entre autres agi en tant qu'intermédiaire entre les gestionnaires de soins, les patients et les personnes proches-aidantes durant la pandémie à la suite d'une directive

ministérielle visant l'interdiction pour les proches-aidants d'accéder aux lieux de soins. La rétroaction en temps (presque) réel entre les commissaires et les gestionnaires de soins permettait de bonifier la façon de faire, poursuivre des réflexions importantes ou opérationnaliser les services de manière différente. Cela a démontré avec éloquence que les commissaires aux plaintes peuvent être mieux utilisés par des établissements agiles en période de turbulence comme la COVID pour ajuster rapidement leurs pratiques de façon itérative à partir des commentaires des patients (34). Les commissariats, à travers les voix des plaignants, peuvent être des leviers de changement organisationnel majeur, tel que le démontre l'étude de cas de Lemoine et collègues (35) concernant les soins maternels et infantiles. Les commissaires soutiennent ainsi une culture visant à encourager les établissements à considérer les patients et leurs perspectives, à explorer et redéfinir leurs pratiques pour identifier de nouvelles solutions innovantes (34).

CONCLUSION

La gestion des plaintes est un élément essentiel de la transformation de nos établissements et services publics au cœur duquel est inscrit le droit des citoyens. L'examen d'une plainte se veut un exercice transparent et impartial qui permet de solutionner un enjeu précis, d'améliorer une situation et de prévenir l'occurrence d'autres problèmes. Il s'agit donc d'un mécanisme de résolution des différends et d'amélioration de la qualité puissant, en mettant l'accent sur ce qui est important pour les plaignants. Une plainte peut être révélatrice d'un enjeu de qualité majeur, à partir de la perception ou de l'expérience des gens, même si celui-ci n'a pas pu être documenté par les indicateurs qualité « chiffrés ».

Les systèmes de plaintes, malgré leurs retombées importantes, comportent tous des limites et des obstacles. Serait-il pertinent de revaloriser ou d'optimiser le régime d'examen des plaintes pour que celui-ci soit en meilleure adéquation avec les défis contemporains vécus par nos institutions publiques? Quels obstacles limitent la capacité des bureaux de plaintes à remplir leur rôle de moteur de changement? Nous espérons que le numéro spécial qui suit contribuera à une plus grande réflexion éthique sur les différents enjeux et réalités des systèmes de traitement des plaintes.

RÉFÉRENCES

1. Le Robert Dico en ligne. [Plaindre / se plaindre](#).
2. Boutrouille L, Régis C, Pomey M-P. [Enjeux juridiques propres au modèle émergent des patients accompagnateurs dans les milieux de soins au Québec](#). Revue Juridique Thémis. 2021;55(1):48-101.
3. Dubois N, Fortin M. [Bonifier ensemble le régime d'examen des plaintes au profit de l'utilisateur](#). Mémoire de la Fédération des CAAP déposé dans le cadre du projet de loi 52. 2020.
4. Bismark M, Dauer EA. [Motivations for medico-legal action: lessons from New Zealand](#). Journal of Legal Medicine. 2006;27(1):55-70.
5. Bismark M, Paterson R. ['Doing the right thing' after an adverse event](#). New Zealand Medical Journal. 2005;118(1219):U1593.
6. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Le Seuil; 1990.
7. Hedgecoe AM. [Critical bioethics: beyond the social science critiques of applied ethics](#). Bioethics. 2004;18(2):120-43.
8. Reiter-Theil S. [Does empirical research make bioethics more relevant? "The embedded researcher" as a methodological approach](#). Medicine, Health Care and Philosophy. 2004;7(1):17-29.
9. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. [What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? An ethical analysis](#). Medicine, Health Care and Philosophy. 2004;7(1):41-53.
10. Lemoine M-E, Brisson J, Blackburn E, Payment J-P, Laliberté M. [La place de la bioéthique au sein du régime d'examen des plaintes dans le réseau de santé et de services sociaux québécois](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):11-20.
11. The Office of the Ombudsman in Saskatchewan, Manitoba, Nova Scotia and Yukon and Ombudsperson in British Columbia. [Fairness by Design: An Administrative Fairness Self-Assessment Guide](#). 2019.
12. [L'ombudsman de Montréal](#)
13. Boncompain J, McGhee Peggs H, Epperson B. [Equity, diversity, and inclusion \(EDI\): Where does the ombuds fit?](#) Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):71-73.
14. Laliberté M, Brisson J, Lemoine M-E, Payment J-P, Blackburn E. [Complaints commissioners' assistance function: System navigator or queue jumper?](#) Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):52-55.
15. Nakata SR. [Fairness: The bedrock of ombuds practice in Canada](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):48-51.
16. Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Mémoire sur le projet de loi 101. 2021.
17. Commissaire santé bien-être. [Le devoir de faire autrement. Partie 2: réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens](#). 2022.
18. Ghazia A, Laude A, Régis C. [Le Régime de traitement des plaintes des usagers dans les établissements de santé : approche comparée France-Québec](#). 2019.
19. Protecteur du citoyen. Intervention du médecin examinateur : attention au conflit d'intérêts. Infolettres. 2015.
20. Fournier N. [La Loi visant à lutter contre la maltraitance: quels sont les enjeux quant au respect des droits de la personne?](#) Maîtrise, Faculté de droit, Université de Sherbrooke. 2018.
21. [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#), RLRQ, c. S-4.2, art. 181.0.1.

22. Laliberté M, Casgrain L, Volesky KD. [Handling complaints: Considerations for prioritizing complaints](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):43-47.
23. Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ, Davis PB, Studdert DM. [Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events](#). BMJ Quality & Safety. 2006;15(1):17-22.
24. Birkeland S, Bismark M, Barry MJ, Möller S. [Sociodemographic characteristics associated with a higher wish to complain about health care](#). Public Health. 2022;210:41-47.
25. Gallagher TH, Mazor KM. [Taking complaints seriously: using the patient safety lens](#). 2015;24:352-55.
26. Johnson C. [La culture juste dans le domaine de la santé: une approche qui responsabilise les individus et les organisations médicales](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):77-80.
27. CMPA. [Good Practices Guide Safe care — reducing medical-legal risk](#).
28. Kroening HL, Kerr B, Bruce J, Yardley I. [Patient complaints as predictors of patient safety incidents](#). Patient Experience Journal. 2015;2(1):94-101.
29. Monteferrante E, Volesky KD, Brisson J, Sigman H, Laliberté M. [The effect of patient complaints on physicians in European and Commonwealth countries with public healthcare systems: A scoping review and ethical analysis](#). Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):31-42.
30. Régis C. Healthcare mediation for children. Healthcare Reform Perspectives for Children - Comparative Approaches between Israel, United States and Quebec. 9 Sept 2022.
31. Råberus A, Holmström IK, Galvin K, Sundler AJ. [The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements](#). International Journal for Quality in Health Care. 2019;31(7):556-62.
32. Johns D, Epperson B. [On being an ombudsman: Protecting the public interest while navigating the minefield of policy networks](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):21-30.
33. Monteferrante E, Weiss Tremblay A, Payment JP, Laliberté M. [La proche aide et ses enjeux éthiques, cliniques et organisationnels en période de pandémie : l'expérience d'un Commissariat aux plaintes](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):56-70.
34. Ansell C, Sørensen E, Torfing J. [The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems](#). Public Management Review. 2021;23(7):949-60.
35. Lemoine ME, Sigman HH, Jimenez V, Laliberté M. [From “obstetrical violence” complaints to “respectful maternity care”: The complaints commissioner as facilitator of organizational change](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique. 2022;5(3):74-76.

Complaints Management: What Place for Ethics?

INTRODUCTION

According to the Petit Robert, to complain is to express dissatisfaction (1). Why complain if no one hears you and nothing changes? Complaint management is a formal process that focuses on respecting the rights of complainants and improving the services of an organisation. It is a non-judicial recourse to intervene in problems encountered in organisations, to be aware of what is important for the clients, to monitor the quality and accessibility of the services provided. The handling of complaints also aims to ease social tensions through various conflict resolution mechanisms.

Complaint management is an important quality control mechanism, through the valorisation of the complainant's perspective. Indeed, the feedback provided by this process encourages the organisation to take responsibility for issues of service quality or failure to respect citizens' rights (2). The complaint also provides the customer with a lever for influencing internal processes. Take, for example, the health sector, where patient-centred care is almost a motto. However, despite the growing patient partner movement, patients are not very involved in the transformation of the institution towards patient-centred care objectives. Complaints are not only a right, but they also give the patient a place as a driver of change for the institution. The federation of Complaints Assistance and Support Centres (CAAP) even emphasises that complaints aim to put the patient back at the centre of the system (3). This would be a way of rebalancing the powers between complainants and stakeholders.

Nor should the restorative aspect of the complaints process be overlooked. For many complainants, the primary objective is to be heard, to understand what happened, to obtain an empathetic apology, and to ensure that the necessary measures are taken to avoid any repetition of the situation that motivated the complaint (4,5). The complaint process is similar to a dispute resolution process in that it provides clear and transparent explanations and sometimes a sincere apology, in addition to rectification. Complaints also avoid costly legal recourse for all parties involved in a potential dispute.

There are now various bodies for dealing with complaints formally in public, para-public and private organisations internationally. Since the settings in which complaints are made vary greatly, so do the different complaint management systems. We can speak of municipal, provincial, federal, health, education, and various private settings such as banks, service companies, etc. These different complaint management offices aspire to be trustworthy, impartial and objective. Their mandate and powers may differ, but the pillars underlying their practice are the same: independence, impartiality and confidentiality.

The starting point of our reflections is linked to the particular case of the health complaints system in Quebec. We will come back in more detail to this particular case, which we know more intimately as we have all three held positions in this field. Indeed, according to the *Act respecting health services and social services* (LSSSS) in Quebec, all public health care institutions are required to have a complaints commissioner and a medical examiner to receive complaints from patients or their representatives.

ETHICAL ISSUES

Ethics is a reflection on the values and actions that guide human conduct. According to Ricoeur, "*the ethical aim is the good life, with and for others, in just institutions*" (6; translation). There is an important distinction between facts (*what is*) and values (*what should be*) (7,8). Ethics does not focus on the observation or explanation of facts (*what is*), but instead makes a critical judgement on these facts (*what should be*) through reflective analysis and justification of actions (9). If we transfer these notions to the examination of a complaint, it is obvious that ethics is an integral part. From the outset, the examination of complaints is a normative process that consists of observing the facts and analysing them in order to compare the alleged facts with the objective facts. It is thus difficult in this process not to question what *should be*, highlighting underlying ethical tensions and conflicts, as explained in the article by Lemoine and colleagues (10). These issues are numerous, both in terms of the functioning of the complaints system itself and the challenges they raise for clients. Many ethical issues arise in this context in a distinctive way that certainly warrants careful analysis. These issues may include, but are not limited to, those set out below:

- Issues relating to how complaints offices influence (positively, negatively, unduly) access to services and shape the services offered to citizens, as well as issues of power and hierarchies related to practice and decision-making;
- The values animating the practices and decisions of complaints offices (and their tensions/conciliation);
- The influence of crises such as the COVID-19 pandemic on the practices of complaints offices;
- The impact of the policies governing the management of complaints on the various actors, including vulnerable clientele such as people with disabilities and/or from disadvantaged socio-economic backgrounds;
- The issue of conflicts of interest, neutrality and transparency of actors;
- The tension between resolving individual complaints and systemic issues;
- The management of serious complainants and the assessment of their dangerousness;
- Tensions between ethical values and principles, and the norms inherent in the organisations subject to the complaint.

The main value guiding all complaints offices is that of fairness (11,12). First of all, procedural fairness guides the complaint offices in the principles to be followed in any complaint examination or investigation. This procedural fairness is expressed by listening to the parties involved, normally the complainant and the person/institution against whom the complaint is made, and is reflected in the pillars of practice mentioned above, namely impartiality and independence. As the case study by Boncompain, McGhee Peggs and Epperson (13) makes clear, it is during the analysis of a complaint that the notion of fairness takes on its full meaning: What happened? What should have happened? Who is vulnerable, and why? What will be the impact of this decision on the complainant, the person concerned, and future services? This is also a question that Laliberté and colleagues (14) attempt to answer in their commentary on assistances by health complaints commissioners and the fairness issues that may arise. This inescapable ethical principle is undoubtedly at the heart of the practice of any complaint office. The pursuit of fairness in process and outcome therefore requires us to continually question and adapt our understanding of fairness even in the face of individual nuances and collective and societal trends. Indeed, Nakata's article (15) provides a thorough reflection in this sense.

These examples illustrate the range of ethical issues that can be analysed to document the experience of complaints offices in various fields. Despite the undeniable link between complaints and ethics, this area of practice receives little attention in the literature. This is the reason for the current Special Issue, which we hope will provide food for thought and perhaps even answer some questions.

SERVICE QUALITY AND COMPLAINTS COMMISSIONER OFFICES IN THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES SECTOR

As mentioned above, all public health care institutions in Quebec are required to have a complaints commissioner and a medical examiner to receive complaints from patients or their representatives. Every complaint concerning the institution or one of its members must go through the complaints commissioner, and every complaint concerning a member of the Council of Physicians, Dentists and Pharmacists (CPDP) must be transferred to the medical examiner. The Commissioner and the Medical Examiner each have 45 days to review and respond to the complaint. They may make recommendations where necessary. Following the complaint process, the complainant may have recourse to the Québec Ombudsman (Protecteur du citoyen) or to the review committee if the complaint concerns a member of the CPDP, if dissatisfied with the conclusions received. The complaints commissioners, unlike the medical examiners, can also intervene without having had a complaint beforehand, on the basis of a report or on their own initiative.

The complaints system is faced with the extreme complexity of the health system and its responsibility extends beyond the institution, as its jurisdiction also includes services received by residents of private residences for the elderly, intermediate resources, family-type resources and any other organization with which the institution has entered into a service agreement under section 108 of the *LSSSS* (contract, purchase of bed, etc.). In addition, each private health care institution in the Complaints Commissioner's territory is under their responsibility. These institutions all have their own anti-maltreatment policies modifying the way they operate in situations where maltreatment is reported. Moreover, the Regroupement des commissaires aux plaintes points out that the content of these policies is sometimes not in line with the applicable standards or with the complaints procedure itself (16). In this complex context, the practices of the various complaints commissioners vary greatly. In view of this, the Health and Welfare Commissioner suggests that there is a need to harmonise these practices (17). The Regroupement des commissaires aux plaintes (RCC), for its part, proposes that practice be marked out with a harmonised frame of reference for handling complaints and reports of abuse (16).

Independence

The principle of independence is an essential foundation of any complaints office, as it provides the necessary basis for public confidence and the notion of impartiality. In the health and social services sector, the law provides that the only hierarchical link of the complaints commissioner is with the board of directors, so that their functions are outside the day-to-day activities of the institution. The law was drafted in this way to ensure real independence, not a piecemeal negotiation of independence. However, several actors question the real capacity to deploy this principle of independence in the current structures. Some point out that the fact that the Chief Executive Officer (CEO) sits on the board of directors raises questions about the ability of the complaints commissioner to make recommendations freely, when they are subordinate to the board of directors and have a fixed-term position (3). The issue of independence also arises in the operational aspects of the work, as commissioners are subject to the decisions of the CEO in relation to needed resources. This element of undermining the credibility of the complaints regime has also been raised by Ghozia and colleagues who argue that full independence should be guaranteed by the board of directors (18). Questions of independence and potential conflict of interest also arise in relation to medical examiners who may continue to carry out professional activities within the institution, unlike complaints commissioners who are bound by exclusivity of duties (19).

The great administrative proximity undermines the credibility of the commissioners and leads some to argue for a dedicated budget envelope (3). The Regroupement des commissaires also recommends that the strategic positioning of complaints commissioners within organisational charts be reviewed so that budgets are determined by the Ministry of Health and Social Services rather than by the institutions (16). Others suggest reviewing the structure by adding a provincial team with no administrative link to the institution (20).

The recommendation loop

It is important to understand that the power of recommendation of complaints commissioners is limited. Indeed, although the commissioner can make recommendations, they must appeal to the cooperation and willingness of the institution as they cannot force implementation (2). Thus, the effectiveness of the recommendations depends on the relationship between the Commissioner's office and the institution (CEO and managers). This relationship varies between institutions (17). Some structures have been put in place to ensure the execution and follow-up of the commissioner's recommendations, such as the vigilance and quality committee where the commissioner, CEO and independent members of the board of directors sit, but despite this, the non-binding power of the commissioner's recommendations sometimes seems insufficient.

The LSSSS stipulates that it is the responsibility of the Vigilance and Quality Committee to "ensure that the recommendations of the local complaints and service quality commissioner are followed up by the board of directors" (21; translation). Given that many of the recommendations made by complaints commissioners have not necessarily been implemented, it is necessary to reflect on the obstacles to their implementation. There is reason to question how to strengthen the accountability of institutions when boards of directors have little autonomy and decision-making power (17). Moreover, the operating methods of vigilance committees vary widely. Some are not really considered by some boards of directors and CEOs, while others give limited space to the complaints commissioner and their recommendations (17). According to the Health and Welfare Commissioner's report, this may be a specific aspect of governance that needs to be explored to explain why seniors' living environments such as CHSLDs (long-term care homes) passed under the radar in some regions during the COVID-19 pandemic (17).

The limited power of recommendation is reflected both structurally and operationally. In particular, we can question the operationalisation of certain recommendations related to the offer of service in a context of limited resources and a shortage of personnel. For example, in the case of major issues regarding access to a service to which clients are entitled, the complaints commissioner could, after an in-depth investigation, recommend that more resources be dedicated to ensuring timely access and quality services. However, although this is the real solution to the problem, the question is how to operationalise this recommendation, which is neither binding nor linked to any additional budget. Thus, in their practice, complaints commissioners can regularly be confronted with significant ethical and moral tensions, linked to the limited resources of the network as well as to the limited scope of their recommendations. These frequent situations require creativity and strategy on the part of commissioners and their teams.

Resources, promotion and accessibility

The lack of human and financial resources allocated to the complaints commissioner's offices is also noted by several actors, with the volume of activities increasing but without resources having increased at the same rate (3,16,17). This results in a difficulty in processing complaints and reports of abuse within the prescribed time limits. While the prescribed time for processing a case is 45 days, actual times ranged from 200 to 398 days between 2018 and 2020 (16). In view of the increasing workload, the management of complaints files is a real problem in the province's complaints offices and gives rise to a reflection on how best to manage this heavy task in the fairest way possible. This critical reflection is detailed in the text by Laliberté, Casgrain and Volesky (22), which aims to provide food for thought to help commissioners identify the files that should be prioritised.

As a result, some of the commissioner's mandates are not prioritised, including the promotion of the complaints system and patients' rights (3,17), as this is time- and resource-consuming. However, this promotion is important to support some patients who are worried about making a complaint for fear of reprisals (17), as well as to raise awareness of rights and remedies among vulnerable or hard-to-reach clients. This promotion also helps to clarify the understanding of the role of complaints commissioners among both the clientele and the institution (16). If clients are not aware of their rights and remedies, the very basis of the complaints system is compromised.

Ensuring that the complaint system is accessible to a diverse clientele is also essential. As complaint data is used to reflect the experience of clients and to highlight issues of a systemic nature, the lack of representativeness of certain groups or sub-groups may lead to some bias in the identification of priority trends and issues for clients. Complaint access mechanisms must therefore be multiple and adaptable. The complaints system must not only be accessible to a wide range of clients but also be culturally appropriate so that patients from diverse backgrounds can feel confident in the system. As people from certain cultures or socio-economic groups tend to make less use of remedies such as complaints (23,24), the various complaints offices need to continue to reflect on how to promote their role and accessibility for all.

Complaints and quality

As we mentioned at the outset, the complaint system is an important quality improvement lever in the Quebec health care system. Although the health network has several control mechanisms for improving the quality of services (e.g., management agreements, accreditation, ministerial visits), the complaints system is indispensable (25). According to the text by Claude Johnson (26), the complaint system and its stakeholders are even part of the theory of "just culture", where procedures, practices and policies are evaluated in order to support the quality of acts and interventions by professionals (27). Thus, in addition to improving services, complaints contribute to the prevention of undesirable events (28). Moreover, several responsibilities have been added to complaints commissioners by legislators in recent years, and the addition of these roles confirms their key role as a mechanism for monitoring the quality of services. Complaints are therefore a constructive and

positive process, although the resulting exercise can be difficult, even painful, for the parties involved, as demonstrated in the article by Monteferrante and colleagues (29) on the impact of complaints among doctors.

At a local level, every complaint is an opportunity to improve a process, an interaction, an experience. The complaint is not only a driver for change, but it can also serve as a buffer during major conflicts with the care team. Indeed, the contribution of a neutral third party who ensures that the health care team hears the requests, needs and grievances of a patient or their representative is often an added value for all. It helps to refocus the discussion on facts and needs, not on tensions and emotions. Informally, the complaints commissioners conduct many conciliation sessions throughout the complaints process, either in real time during current conflicts, or retrospectively following a complaint or adverse event. The clarification of events and the opportunity to offer a compassionate apology gives the meeting the potential to become a restorative process (5). In addition, complaints commissioners have great potential to mediate, and this potential should be better exploited to facilitate patients' encounters with the system in difficult contexts (30).

At a broader level, the set of data collected on complaints in a given time period can reveal trends and problems at a systemic level (31). The data generated by the complaints management information system provides a range of opportunities for research and quality improvement. However, these data may be inaccurate if they have been coded differently, especially between institutions, but their greatest limitation is that it is impossible to draw a narrative from them, i.e., the raw data do not reflect client distress and do not provide any information of a qualitative nature. Despite this important limitation, the quantitative information collected can be used to guide sensitive decisions such as the strategic directions and priorities of a health care institution. It can also be used to establish priority issues for the clientele, and to identify areas of risk, and in some cases, professionals at risk. Daniel Johns (32) also invites us to question the place of systemic analysis in today's complaints offices, and to ensure a balance between managing individual complaints and systemic issues in our practice.

Finally, crisis situations such as the COVID-19 pandemic have highlighted serious problems. The institutions in the Quebec health and social services network were hit hard by the pandemic. During this period, institutions and professionals were called upon to adapt continuously and at a frenetic pace to the various changes and ways of doing things that were implemented. While all this disruption was taking place, the complaints offices were receiving calls from patients in distress. For example, as described in the critical commentary by Monteferrante and colleagues (33), one of the roles of the complaints commissioners was to act as an intermediary between care managers, patients and carers during the pandemic following a ministerial directive to ban carers from institutional premises. The (near) real time feedback between commissioners and care managers allowed for improvements to be made, important reflections to be pursued or services to be operationalised in a different way. It has been eloquently demonstrated that complaints commissioners can be best used by nimble institutions in turbulent times such as COVID to quickly adjust their practices in an iterative way based on patient feedback (34). Commissioners, through the voices of complainants, can be major levers of organisational change, as demonstrated in the case study by Lemoine and colleagues (35) concerning maternal and child care. Commissioners thus support a culture of encouraging institutions to consider patients and their perspectives, to explore and redefine their practices to identify new and innovative solutions (34).

CONCLUSION

Complaints management is an essential part of the transformation of our public institutions and services, with citizens' rights at its heart. Complaint handling is a transparent and impartial exercise that helps to resolve a specific issue, improve a situation and prevent further problems. It is therefore a powerful dispute resolution and quality improvement mechanism, focusing on what is important to complainants. A complaint may reveal a major quality issue, based on people's perception or experience, even if it could not be documented by the 'numerical' quality indicators.

Complaints systems, despite their important benefits, all have limitations and obstacles. Would it be appropriate to upgrade or optimise the complaints regime so that it is better aligned with the contemporary challenges faced by our public institutions? What obstacles limit the ability of complaints offices to fulfil their role as drivers of change? We hope that the following Special Issue will contribute to a greater ethical reflection on the different issues and realities of complaints systems.

Reçu/Received: 29/09/2022

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Publié/Published: 17/10/2022

Conflicts of Interest

None to declare

Édition/Editors: Hazar Haidar, Aliya Afdal & Bryn Williams-Jones

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent [Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

REFERENCES

See Références

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

La place de la bioéthique au sein du régime d'examen des plaintes dans le réseau de santé et de services sociaux québécois

Marie-Ève Lemoine^{a,b}, Julien Brisson^{a,b}, Émilie Blackburn^a, Jean-Philippe Payment^a, Maude Laliberté^c

Résumé

Au Québec, le régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux contribue à l'amélioration continue des soins en permettant aux usagers de partager leur insatisfaction auprès d'une instance indépendante pouvant émettre des recommandations aux établissements. Le régime permet ainsi de renforcer la participation active de l'utilisateur et donc de démocratiser les soins et services. En plus de sa parenté évidente avec cet objectif d'autonomisation, la bioéthique est omniprésente dans le travail des instances responsables de l'application du régime, soit les commissariats aux plaintes. Cet article met en lumière l'usage implicite de concepts issus de la bioéthique dans le travail quotidien des commissariats aux plaintes. Nous y abordons l'autonomie, sous l'angle de l'autodétermination et de la confidentialité dans l'analyse de la recevabilité des plaintes. Nous y abordons également la justice, sous l'angle de l'équité dans l'allocation des ressources et de la justice épistémique dans le traitement des plaintes. Ensuite, nous abordons les similitudes entre les méthodologies de la bioéthique et du régime d'examen des plaintes, notamment les grilles d'analyse en éthique clinique et la narrativité. Finalement, nous abordons l'importance de l'impartialité, de l'indépendance et de la transparence dans le travail des commissariats aux plaintes. Nous concluons en offrant des pistes de réflexion en vue d'une mise à jour des connaissances empiriques concernant la concrétisation des objectifs de renforcement de la participation de l'utilisateur dans ses soins et de démocratisation des soins et services.

Mots-clés

plaintes, commissaire aux plaintes, bioéthique, démocratisation des soins, ombudsman, justice épistémique, narrativité

Abstract

In Quebec, the complaints examination process in the health and social services network contributes to the continuous improvement of care by allowing users to voice their dissatisfaction to an independent body with the authority to make recommendations to institutions. This process fosters the active participation of users and therefore contributes to democratizing care and services. In addition to its obvious connection with this empowerment objective, bioethics is ubiquitous in the work of the bodies responsible for applying the process, namely the complaints commissioners' offices. This article highlights the implicit use of concepts from bioethics in the day-to-day work of complaints commissioners' offices. We discuss autonomy from the perspective of self-determination and confidentiality in analyzing the complaints' admissibility. We discuss justice in terms of fairness in resource allocation and epistemic justice in complaints' examination. Next, we discuss the similarities in methodologies between bioethics and the complaints examination process, namely clinical ethics grids and narrativity. Finally, we discuss the importance of impartiality, independence, and transparency in the work of complaints commissioners. We conclude by offering some reflections on ways to update the empirical knowledge regarding the objectives of fostering users' participation in their care and democratizing care.

Keywords

complaints, complaints commissioner, bioethics, democratization of care, ombudsman, epistemic justice, narrativity

Affiliations

^a Commissariat aux plaintes et à la qualité de services, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Québec, Canada

^b Programme de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

^c Consultante experte en éthique de la santé et dans le régime d'examen des plaintes, Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Marie-Ève Lemoine, marie-eve.lemoine@umontreal.ca

INTRODUCTION

Au Québec, depuis la fin des années 1980, le régime d'examen des plaintes est enchâssé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) (1). La LSSSS énonce le mandat des Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) et les balises du régime d'examen des plaintes duquel les CLPQS sont responsables. Actuellement, il n'existe pas de cadre de référence ministériel pour l'ensemble du mandat du CLPQS et les balises de pratique se retrouvent dans les lois et les règlements. Dans le but d'assurer le respect des droits des usagers et d'améliorer la qualité des services, les CLPQS assurent l'examen des plaintes, dans un délai de 45 jours, ainsi que l'accompagnement des usagers dans leurs démarches de plainte. Le régime d'examen des plaintes vise l'apaisement des tensions sociales et la déjudiciarisation des conflits (2-5). En plus de traiter les plaintes n'ayant pas d'objet médical, les CLPQS collaborent avec les médecins-examineurs dans le traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien lié au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMPD) d'un établissement de soins de santé et de services sociaux. À la suite de l'examen d'une plainte, les CLPQS peuvent émettre des recommandations visant l'amélioration des services à l'établissement ou au conseil d'administration (1). Les CLPQS détiennent également la prérogative d'intervenir de leur propre chef et d'énoncer des recommandations sur toute situation problématique touchant les droits des usagers ou la qualité des soins et des services,

et ce, même en l'absence d'une plainte formelle (6). Finalement, les CLPQS ont la responsabilité de faire la promotion des droits des usagers, du code d'éthique de l'établissement et du régime d'examen des plaintes pour en favoriser l'accès. Les CLPQS se veulent des intervenants impartiaux et indépendants au cœur d'un système de santé complexe et difficile à naviguer pour les usagers.

Même si ce vocable est peu mis en lumière dans les documents actuels encadrant les pratiques des CLPQS et de leurs commissariats, il est intéressant de noter que le régime d'examen des plaintes a été institué dans un contexte social où l'on visait une plus grande démocratisation des services et une meilleure capacité des usagers à contester l'autorité des cliniciens (5). L'utilisateur était donc invité à faire valoir ses droits dans la perspective d'un « payeur-utilisateur-décideur » (5). La réforme des soins de santé dans laquelle s'inscrivait plus largement l'entrée en vigueur du régime visait d'ailleurs à ce que le citoyen soit placé « au cœur du système » et qu'il agisse comme « évaluateur » de ses soins (5).

Un parallèle peut facilement s'établir entre cette velléité de donner le droit de parole aux usagers et l'émergence de la bioéthique comme discipline dans les décennies précédentes. Auparavant, l'éthique médicale « traditionnelle » avait une approche paternaliste où il était difficile de remettre en question les décisions des professionnels de la santé (7-8). Le médecin était considéré comme l'expert à qui les usagers devaient obéir, d'où la critique populaire du paternalisme médical dans les courants féministes (9-10). La bioéthique a questionné les relations de pouvoirs entre les médecins et les usagers en accordant une importance prépondérante au principe d'autonomie des usagers (11). Durand (10) nomme l'éthique médicale et infirmière comme un précurseur de la bioéthique duquel émanent surtout des impératifs de bienfaisance envers le patient et de loyauté envers la profession. Il poursuit en indiquant que les désirs d'autodétermination des usagers, par l'entremise de l'émergence des droits individuels et de la modification de la relation professionnel-patient, est un facteur important dans l'émergence de la bioéthique et dans la place prépondérante qu'elle accorde à l'autonomie. Ce phénomène se traduit par une plus grande prise en main personnelle et une contestation de l'autorité au nom des individus ou des groupes (10).

Ainsi, le régime d'examen des plaintes et la bioéthique ont en commun d'émerger d'une volonté de rééquilibrer les rapports entre les usagers et les professionnels de la santé. La bioéthique en général s'intéresse à ces dynamiques de pouvoir sur le plan macro et conceptuel. D'un point de vue plus micro et situationnel, l'éthique clinique est la branche de la bioéthique qui est interpellée dans le contexte de ces rapports. D'une manière plus concrète, le régime d'examen des plaintes et l'éthique clinique sont interpellés dans des situations cliniques précises qui ont mené à un certain degré d'insatisfaction chez l'utilisateur, et dans un bon nombre de cas, à des questionnements éthiques chez le personnel. Devant la complexité de ces situations, une expertise interdisciplinaire est de mise en vue d'une analyse exhaustive. Ainsi, il n'est pas surprenant que les commissariats aux plaintes, tout comme l'éthique clinique et la bioéthique en général, réunissent des intervenants provenant de domaines variés incluant l'éthique, le droit, les sciences humaines, les professions cliniques et la gestion, et que bien souvent, ces individus ont des parcours professionnels atypiques. Malgré cette parenté évidente, les cadres législatifs balisant le régime d'examen des plaintes, incluant la LSSSS, ne font pas explicitement mention de l'éthique. Leur nature « éthique » est toutefois implicite puisqu'à l'instar de toute loi, ces cadres découlent des valeurs sociétales que l'on veut protéger ou défendre. De plus, le corpus limité de travaux scientifiques au sujet de l'examen des plaintes n'est pas intégré à la littérature en bioéthique.

Cet article vise ainsi à mettre en lumière de quelles manières les ressemblances entre la bioéthique et le régime d'examen des plaintes se matérialisent dans le travail des personnes qui œuvrent dans les commissariats aux plaintes. D'une part, ceci pourrait contribuer à l'initiation d'un dialogue entre ces deux champs de pratique. D'autre part, des pistes de réflexion seront offertes sur la capacité du régime d'examen des plaintes et de la bioéthique à remplir leur engagement commun de renforcer la participation de l'utilisateur dans ses soins (12). Mais d'abord, un survol de la littérature scientifique concernant les régimes d'examen des plaintes permettra d'ancrer la réflexion dans le contexte de l'avancement des données probantes et des rares cadres théoriques existants.

SURVOL DE LA LITTÉRATURE SUR LES RÉGIMES D'EXAMEN DES PLAINTES

Bien que l'essentiel de la littérature portant sur les plaintes dans le milieu de la santé provienne d'autres pays ayant un système public de santé tels que l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni (13-15), les Pays-Bas (16), la France (17) et la Suède (18-19), certains articles émergent également du contexte québécois (5,12-23). À l'échelle internationale, peu de régimes d'examen des plaintes ont un mandat similaire à celui des CLPQS tel que compris par la LSSSS au Québec. Néanmoins, on observe l'émergence d'une transition importante en matière de gouvernance en santé. L'autorégulation des professionnels de la santé est remplacée par un mécanisme de surveillance davantage macro et impartial. Dans les années 1990, divers scandales médicaux sont survenus en Angleterre, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Ceci a permis de mettre en lumière les limites des modèles d'autorégulation comme les ordres professionnels, et jeter les bases pour l'établissement de mécanismes de régulations externes (24-26). Au Québec, les CLPQS correspondent à ce modèle de régulation externe. Des motivations de nature éthique telles que la promotion de l'impartialité et la gestion responsable des conflits d'intérêts ont motivé l'élaboration de ces mécanismes de régulation externe. Pourtant, les discussions éthiques sont presque absentes de la littérature sur le sujet.

Dans la littérature scientifique sur les plaintes dans le milieu de la santé au Québec et ailleurs, les chercheurs s'intéressent aux motivations des usagers qui déposent des plaintes (27), à leurs attentes (28), à leur profil démographique (29) ou à leur perception du régime d'examen des plaintes (30). D'autres s'intéressent plutôt à la perspective des professionnels de la santé

sur les plaintes et leur examen (31). Des études analysent les effets des plaintes sur la qualité des services (32-33) ou décrivent des tendances émergentes ou des statistiques en lien avec les plaintes (34). Si les enjeux éthiques sont omniprésents dans ces travaux empiriques majoritairement descriptifs, ils ne sont jamais nommés en tant que tels et la discussion se porte rarement au niveau de l'analyse éthique.

Doig (35) fait exception à cette tendance et aborde l'expérience de l'utilisateur qui porte plainte d'un point de vue analytique en utilisant le vocabulaire de l'éthique. Cet auteur applique une théorie de la justice issue du domaine du marketing pour comprendre comment les usagers apprécient l'examen de leur plainte. Il présente trois approches théoriques de justice en lien à l'examen des plaintes : la *justice procédurale*, la *justice interactionnelle* et la *justice distributive*. La justice procédurale correspond à la perception de l'utilisateur des moyens utilisés pour répondre à sa plainte. Elle se décline en deux dimensions : la voix et la neutralité. Dans ce contexte, la notion de voix réfère au fait que l'utilisateur apprécie que le régime d'examen des plaintes lui donne voix au chapitre, tout en étant apte à identifier comment d'autres composantes de la démarche peuvent minimiser l'influence de cette voix. Cette notion ramène à l'objectif de démocratisation des soins mentionné ci-haut. La notion de neutralité réfère à la capacité de l'utilisateur de voir dans quelle mesure la réponse à sa plainte est mécanique ou télégraphiée. Les réponses perçues comme étant télégraphiées sont dites plus « neutres » que celles qui semblent plus spontanées. Les usagers préfèrent voir que le processus de traitement des plaintes est systématique (neutre), mais ils désirent également une réponse qui traduit une analyse individualisée. La justice interactionnelle réfère à l'effet que peuvent avoir des méthodes de communication adéquates sur la perception de l'utilisateur du traitement de sa plainte. Ceci inclut le ton, le niveau de langage utilisé et la démonstration d'empathie, d'effort et d'engagement dans la résolution de la situation. Finalement, la justice distributive réfère à l'appréciation qu'a l'utilisateur des mesures prises par l'établissement à la suite de sa plainte. L'auteur note également l'importance de la présentation d'excuses qui, selon lui, peut-être conceptualisée dans n'importe laquelle des trois formes de justice présentées.

Du côté de la littérature grise, en 2020, le bureau de l'Ombudsperson de la Colombie-Britannique a publié un guide pour l'examen des plaintes qui présente quatre principes pour gérer les plaintes : 1) l'accessibilité, 2) l'équité (*fairness*), 3) l'emphase sur l'individu et 4) la réactivité (*responsiveness*) (36). L'accessibilité requiert qu'il soit facile pour l'utilisateur de signifier sa préoccupation. En ce sens, le régime d'examen des plaintes doit être promu et expliqué, et ce, dans un langage compréhensible ainsi que dans les langues utilisées par la population visée. Des moyens divers doivent être utilisés pour favoriser l'accès : site web, correspondance directe, pamphlets, affiches, médias, activités de promotion, etc. Les communications doivent pouvoir se faire tant en ligne qu'au téléphone, par courrier ou en personne. L'équité demande un traitement impartial de chaque plainte par une personne indépendante. Toujours selon Chalke (36), elle demande également que l'on donne au plaignant une opportunité de présenter sa perspective sur les résultats préliminaires de l'examen avant la conclusion de la plainte. L'emphase sur la personne exige que la perspective de la personne soit reflétée dans la manière dont la plainte est résolue. Ceci demande de prendre en compte les difficultés que peuvent avoir des personnes plus vulnérables à mener à terme le processus de plainte. Des mécanismes établis sont requis afin de pouvoir travailler avec un représentant de l'utilisateur, et ce, tout en assurant son consentement. La réactivité réfère à une philosophie des plaintes voulant que les plaintes soient une opportunité d'amélioration et non un obstacle managérial. Ceci exige un traitement rapide, respectueux et exempt de jugement, ainsi que la communication des étapes à l'aide d'un accusé de réception et de mises à jour périodiques.

Dans les sections suivantes, nous verrons comment la bioéthique est omniprésente, d'une manière implicite ou explicite, dans le travail des commissariats aux plaintes. Dans ce contexte, nous verrons comment les modèles de Doig (35) et de Chalke (36) présentés plus tôt prennent forme dans la pratique. Les notions d'impartialité, d'autonomie, de justice épistémique et de narrativité compléteront l'analyse. En premier lieu, nous discutons de la nature foncièrement impartiale et indépendante des CLPQS. Nous poursuivons en relevant la présence de la bioéthique (autonomie et justice), dans les procédés administratifs entourant l'examen des plaintes. Ensuite, nous identifions des parallèles entre certaines méthodologies utilisées en bioéthique et les méthodes utilisées dans les commissariats pour l'analyse des situations ayant mené aux plaintes. Finalement, nous discuterons d'impartialité et de transparence dans la production des conclusions aux plaintes. Nous concluons en abordant les implications de ceci en vue d'une actualisation de l'objectif commun du régime d'examen des plaintes et de la bioéthique envers la démocratisation des soins.

INDÉPENDANCE ET IMPARTIALITÉ CHEZ LES CLPQS

Les CLPQS relèvent directement du conseil d'administration de l'établissement et n'exercent aucune autre fonction au sein de l'organisation. De plus, la LSSSS stipule que « le conseil d'administration doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du commissaire local, du commissaire local adjoint et du personnel qui agit sous leur autorité dans l'exercice de leurs fonctions ». Cette indépendance permet d'assurer le maintien d'une certaine distance entre les CLPQS et les établissements et de réduire les possibilités ou les apparences de conflit d'intérêts ou d'influence indue. Cette distance permet au CLPQS de jouer le rôle de médiateur entre l'utilisateur et l'institution lorsque la situation le requiert (5), comme c'est le cas pour l'éthicien clinique.

Plutôt que d'inclure l'examen des plaintes dans un mandat de gestion des risques et de qualité exclusivement interne à l'établissement, le législateur a voulu maintenir un acteur indépendant lié aux pouvoirs institutionnels pour accueillir la voix du grand public. Ainsi, les CLPQS relèvent du Conseil d'administration nommé par les ministres de la Santé et des services sociaux, plutôt que des directions administratives qui elles sont nommées par des sous-ministres du MSSS, via les présidents-

directeurs généraux (PDG). Alors que la gestion de la qualité du réseau de la santé repose sur des aspects systématiques liant des indicateurs et des cibles, les CLPQS visent l'apaisement social par des analyses critiques, systémiques, cliniques et éthiques d'enjeux parfois intangibles et non mesurables par les instances de gestions de risques. La double imputabilité, que représentent les Conseils d'administration et les CLPQS d'un côté et l'établissement de l'autre, sont des points de tension (*stress points*) dans une organisation qui autrement évaluerait ses propres processus selon des normes généralement reconnues mais étrangères à la perspective des usagers.

L'indépendance des CLPQS est essentielle à l'examen impartial des plaintes. Ceci concorde avec l'exigence d'équité telle que définie par Chalke (36), en matière d'indépendance de la personne qui prend les décisions. Ceci est primordial à toute volonté de démocratisation des soins puisque les CLPQS sont responsables de s'assurer du respect des droits des usagers. En ce sens, les CLPQS doivent pouvoir librement faire valoir l'intérêt de l'usager dans les discussions relatives au traitement de la plainte.

Malgré leur rôle de promoteur des droits des usagers, les CLPQS, dans leur mandat légal, ne possèdent pas de parti pris ni en faveur des usagers ni en faveur de l'établissement et font des examens visant l'amélioration de la qualité des soins et des services. Ceci est au cœur de leur caractère indépendant tel que défini par législation (1). Leur rôle est d'analyser chaque situation portée à leur attention avec un regard objectif et impartial. Bien que ceci puisse sembler contre-intuitif, cette nature non partisane contribue aussi à la possibilité de contester l'autorité des professionnels. En effet, lorsque les CLPQS arrivent à la conclusion que cette autorité doit être contestée, ils le font d'un point de vue impartial et objectif qui leur octroie une plus grande crédibilité que n'aurait eu une instance partisane.

LA BIOÉTHIQUE DANS LES PROCÉDÉS ADMINISTRATIFS RELATIFS AUX PLAINTES

Lorsqu'un CLPQS reçoit une plainte, des démarches administratives sont requises pour valider la recevabilité de la plainte avant de procéder à l'analyse de la situation. Des démarches administratives sont également requises pour procéder à la consultation de toutes les parties prenantes concernées par la plainte. Des principes éthiques incluant ceux énoncés par Chalke (36) sous-tendent les règles de pratique encadrant ces démarches. Les principes présentés correspondent à une pratique optimale. Il est important de noter que la réalité des commissariats aux plaintes est de viser l'atteinte de cette pratique optimale, tout en tenant compte de leurs ressources limitées.

Respect de l'autonomie et emphase sur la personne dans l'identification de l'usager et la détermination des droits du représentant

C'est du principe d'autonomie, et plus précisément des notions de consentement et de respect de la vie privée, que découlent les procédures des CLPQS pour l'identification de l'usager. Selon la LSSSS, un usager ou le représentant d'un usager inapte peut effectuer une plainte concernant les soins que l'usager a reçus ou aurait dû recevoir¹. Un tiers peut aussi porter une plainte à l'attention des CLPQS, mais le consentement explicite de l'usager doit systématiquement être reçu pour que la plainte puisse respecter le principe d'autonomie et donc, être recevable. Quant aux plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, un tiers (toute personne) peut porter plainte au sens de l'article 44 de la LSSSS. Toutefois, en l'absence de consentement explicite de l'usager apte ou du représentant de l'usager inapte, la réponse que recevra le tiers sera modulée en fonction du droit à la confidentialité du dossier médical de l'usager.

Ainsi, la première tâche du personnel des commissariats aux plaintes lors de la réception d'une plainte est de s'assurer que son interlocuteur peut porter plainte. Ces démarches permettent d'éviter qu'un tiers non autorisé porte plainte au nom d'un usager et qu'ainsi il obtienne des renseignements confidentiels sur l'usager, ou que l'usager soit instrumentalisé dans une démarche de plainte à laquelle il n'a pas consenti. Ces démarches de vérification du droit de plainte ou de validation de l'assentiment de l'usager au processus entrepris par un tiers s'inscrivent dans l'objectif de démocratisation, puisque ceci relève de la notion d'utilisateur-décideur. Ce processus est toutefois imparfait, notamment parce que l'aptitude d'une personne dépend du contexte et n'est pas un phénomène linéaire. Prenons l'exemple d'un usager âgé qui commence à démontrer des signes de démence, mais qui ne fait pas l'objet d'un mandat légal de représentation. Malgré son statut légal de personne apte, cet usager peut échouer à démontrer une compréhension suffisante dans une situation unique donnée. Certaines décisions peuvent donc devoir être prises par ses proches. Cette zone grise représente un défi pour les commissariats aux plaintes en lien avec l'exigence d'emphase sur la personne telle qu'énoncée par Chalke (36). Les familles habituées à prendre les décisions pour leur proche peuvent être heurtées par la demande des CLPQS d'obtenir l'assentiment de l'usager pour pouvoir porter plainte et percevoir ceci comme une barrière dans l'accès au régime d'examen des plaintes. Les commissariats évaluent

¹ LSSS, articles 34 et 12:

34. La procédure d'examen des plaintes doit permettre à l'usager de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local sur les services de santé ou les services sociaux qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert de l'établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ou de tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente visée à l'article 108 ou 108.1, pour la prestation de ces services, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne.

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant. Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil:

1° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;

2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;

3° la personne autorisée par un mandat de protection donné par l'usager antérieurement à son inaptitude;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

ce type de situations au cas par cas et disposent de diverses options pour d'assurer que les voix soient entendues tout en respectant les limites de la confidentialité et de la loi.

Équité dans l'examen de la recevabilité de la plainte

Conformément à leur mandat, les CLPQS doivent rejeter toute plainte qui ne concerne pas la qualité des soins et des services dans les établissements de leur juridiction. Les CLPQS peuvent également rejeter sommairement toute plainte qu'ils considèrent *vexatoire*, *frivole* ou *de mauvaise foi* (1, LSSSS, article 35). Toutefois, il n'y a pas de critères précis pour définir une plainte vexatoire, frivole ou faite de mauvaise foi. Ainsi, il est possible que les aptitudes sociales de l'utilisateur puissent avoir une influence sur la recevabilité de sa plainte. Par exemple, une plainte pourrait être rejetée comme vexatoire parce que l'utilisateur, incapable de contrôler ses émotions, a truffé son récit d'insultes envers le personnel. D'autre part, la frivolité d'une préoccupation est une question de seuil et son analyse est assujettie au contexte et à la subjectivité de la personne qui la reçoit. Les CLPQS tendent à avoir une approche libérale pour éviter de rejeter arbitrairement des plaintes et pour s'assurer de favoriser l'accessibilité au régime d'examen des plaintes, un principe important selon Chalke (36). En cas de rejet, les CLPQS s'efforcent de faire preuve de transparence et de sollicitude en mentionnant clairement les raisons du rejet, et en dirigeant les usagers vers des ressources pouvant les accompagner dans le processus de formulation de leur plainte comme les Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) ou les comités d'utilisateurs. Ces démarches contribuent à favoriser l'accès au régime de traitement des plaintes ainsi qu'à la démocratisation des soins de santé.

Équité dans les ressources investies dans chaque plainte

L'équité dans l'allocation des ressources dans les CLPQS implique que les services soient offerts à tous, sans discrimination à l'égard des caractéristiques individuelles ou sociales. Le principe d'équité n'implique pas que chacun reçoive un investissement égal en temps, mais plutôt que le temps investi soit distribué de façon proportionnelle à l'urgence et à la complexité de la situation d'insatisfaction.

Par exemple, lors de l'analyse de la recevabilité, il est essentiel de reconnaître que tous les usagers n'ont pas les mêmes capacités d'argumentation et de présentation adéquate d'une plainte. Des personnes vulnérables peuvent avoir de la difficulté à s'exprimer, présenter une barrière de langue ou avoir une alphabétisation et une littératie limitée. Les CLPQS doivent être en mesure de bien comprendre les enjeux afin de répondre convenablement à la plainte et combler les besoins de reconnaissance et de justice des usagers. Toujours en matière d'équité, les CLPQS se doivent donc de prendre les démarches nécessaires pour bien comprendre une plainte d'un usager. Ainsi, il est éthiquement acceptable que les commissariats investissent davantage de temps dans certains dossiers de plainte que dans d'autres, en faisant plusieurs correspondances avec l'utilisateur pour parvenir à comprendre précisément sur quoi porte la plainte. En d'autres mots, la qualité de l'examen d'une plainte ne devrait pas dépendre des capacités d'un usager à s'exprimer. Il est à noter que les CAAP contribuent également à réduire les enjeux d'équité dans le traitement des plaintes en proposant leurs services d'assistance à la rédaction et d'accompagnement dans les démarches. Toutefois, les usagers qui éprouvent des difficultés à rédiger efficacement leur plainte ne désirent pas toujours ajouter un intermédiaire dans leurs démarches.

La qualité de l'examen de la plainte ne doit pas dépendre du statut social de l'utilisateur : tous les usagers méritent un examen adéquat de leur plainte. Il est fréquent que des usagers partagent certains détails de leur vie sociale, laissant sous-entendre qu'ils souhaitent que leur plainte soit privilégiée. Un CLPQS se doit d'être équitable envers tous les plaignants et ne pas tenir compte de telles mentions. Ceci réitère l'importance du lien direct entre les CLPQS et les conseils d'administration, pour maintenir leur indépendance et leur impartialité.

Justice épistémique dans la consultation des parties prenantes

Les concepts de justice et d'injustice épistémique ont été élaborés par la philosophe Miranda Fricker (37,38) dans les années 2000. L'injustice épistémique se matérialise lorsqu'une personne est lésée dans sa capacité d'être une personne détenant un savoir (37). La justice épistémique, pour sa part, serait l'absence d'injustice épistémique (38). L'injustice épistémique se divise en injustice épistémique *distributive* et *discriminatoire*. L'injustice épistémique distributive réfère à l'injustice dans les opportunités d'accéder au savoir, par exemple, l'accès à l'éducation et l'accès à l'internet. L'injustice épistémique discriminatoire, pour sa part, réfère à l'injustice dans la crédibilité que l'on accorde aux personnes, dans leur statut en tant que personne détenant un savoir. Ce second type d'injustice épistémique revêt une importance particulière dans le contexte de l'examen des plaintes. L'injustice épistémique discriminatoire se divise en injustice « testimoniale » et en injustice herméneutique. L'injustice « testimoniale » se manifeste lorsque la crédibilité de l'émetteur est minée par les préjugés du récepteur à son égard. L'injustice herméneutique se manifeste lorsqu'une personne ne dispose pas des moyens intellectuels et conceptuels pour rendre intelligible pour les autres, ou même pour elle-même, le récit de son expérience.

La plainte d'un usager représente seulement une version de la situation décrite. Pour examiner adéquatement la plainte, il est donc habituellement nécessaire de la communiquer à un intervenant de l'établissement afin de lui offrir l'opportunité de répondre à la plainte en présentant sa perspective. Une telle approche permet de bien comprendre la situation telle que perçue par chaque partie prenante. L'obligation de collaboration est une des caractéristiques propres au régime d'examen des plaintes et à la base d'une coopération saine entre les établissements et les CLPQS. Elle est enchâssée dans la LSSSS à l'article 36.

Les intervenants de l'établissement qui répondent aux plaintes le font avec leur bagage de connaissances cliniques, scientifiques, professionnelles et managériales ainsi qu'en se basant sur leur expertise. Habituellement, l'utilisateur rédige sa plainte en se basant principalement sur son ressenti au moment des événements. En raison d'un niveau élevé de connaissances cliniques et scientifiques, de la capacité d'articuler les idées et de leur position sociale, les intervenants de l'établissement qui répondent aux plaintes bénéficient à la fois d'un avantage herméneutique et « testimonial » sur les personnes qui portent plainte. Ainsi, il est essentiel que les CLPQS soient sensibles à cette réalité pour ne pas se laisser convaincre par la seule perspective de l'intervenant au détriment de la crédibilité de l'utilisateur, donnant ainsi lieu à de l'injustice épistémique. Traitant de son principe d'équité, Chalke (36) énonce que les plaignants devraient obtenir l'opportunité de commenter les résultats préliminaires de l'examen de sa plainte avant la conclusion. Ceci peut effectivement contribuer à équilibrer le poids accordé à chaque perspective et réduire l'injustice épistémique. En raison des ressources limitées, le processus de traitement des plaintes ne permet pas toujours un tel retour vers l'utilisateur avant la fin de l'examen. En ce sens, c'est l'intervenant qui a le dernier mot. Dans ce contexte, les commissariats doivent prendre les moyens nécessaires pour s'assurer de rendre justice à la perspective de l'utilisateur. Les questions de relance des commissariats vers les gestionnaires revêtent une très grande importance dans ce contexte. À la suite de la réponse des gestionnaires, les commissariats doivent prendre une position critique, bien qu'impartiale, dans la relance de l'intervenant quant à toute ambiguïté, incohérence ou imprécision dans sa réponse.

Les CLPQS peuvent aussi agir en amont face à ce déséquilibre des perspectives. Dans leurs fonctions de promotion du régime d'examen des plaintes, les CLPQS peuvent encourager l'utilisateur à inclure dans sa plainte le plus de détails factuels possible et une chronologie précise des événements. Un récit très détaillé permet souvent une analyse plus minutieuse de la situation par les institutions et les CLPQS, ainsi que des explications plus étoffées et donc plus satisfaisantes pour la personne qui porte plainte. Il est important de noter que si l'utilisateur est insatisfait du traitement de sa plainte, il peut se tourner vers le Protecteur du citoyen (LSSSS, article 36, alinéa 6), ou pour une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, vers le comité de révision de l'institution (LSSSS, article 47) afin de signifier son désaccord avec la réponse fournie et demander une révision de l'examen de la plainte.

Ces mesures permettant de favoriser la justice épistémique sont particulièrement importantes dans le contexte de la justice procédurale sous forme de « voix » décrite par Doig (35) et mentionnée plus tôt. En effet, pour que les usagers sentent que leur voix est entendue, il est primordial qu'ils perçoivent que leur témoignage a autant d'importance que celui des cliniciens. Cette justice dans l'écoute des perspectives entre directement dans la velléité de démocratisation mentionnée plus haut, et plus spécifiquement, dans l'optique de permettre la contestation de l'autorité des professionnels de la santé.

SIMILARITÉS ENTRE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES AVEC LES OUTILS D'ANALYSE EN ÉTHIQUE CLINIQUE

L'éthique selon Ricoeur (39) est la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes. Cette définition est intéressante car elle fait référence aux principes harmonisant les rapports humains, mais également aux valeurs et responsabilités des institutions qui leur offrent des services. L'éthique est un outil de prise de décision qui permet une réflexion critique des conduites humaines individuelles et collectives guidant la bonne conduite dans des situations concrètes et complexes. Dans cette section, nous discutons des similarités dans les démarches d'analyse éthique et dans les démarches d'analyse des plaintes en relevant les parallèles entre les grilles d'analyse en éthique clinique et la démarche par étape des CLPQS, ainsi que l'usage de la narrativité comme source d'éducation, de méthodologie et de justification morale.

L'analyse réflexive lors des examens des plaintes dans les bureaux des CLPQS suit généralement les étapes d'une délibération éthique. Ce processus de délibération permet de structurer la réflexion face à un enjeu éthique. Des outils normatifs comme des grilles d'analyses en éthique clinique ont été élaborés afin de faciliter ce processus de délibération (40-42). Ces outils permettent d'abord de bien identifier le problème et de circonscrire l'enjeu éthique. Les CLPQS effectuent ceci à la lecture de la plainte. Ensuite, le processus de délibération nécessite une cueillette de données sur les faits pertinents : situation clinique, contexte, principes et valeurs en jeu de l'utilisateur, de sa famille, des professionnels et de l'établissement, etc. Les commissariats recueillent ces informations dans la plainte ainsi que dans leurs consultations avec les cliniciens et les gestionnaires concernés. La démarche se poursuit par une analyse réglementaire des normes de pratiques. Pour ce faire, les commissariats peuvent demander aux gestionnaires d'appuyer leur réponse sur les politiques en vigueur et de fournir des copies de celles-ci. Le personnel des CLPQS effectue également une recherche plus élargie sur les normes en vigueur et la façon dont elles s'appliquent à la situation donnée. Ceci permet de déterminer les différentes possibilités d'action et de les soupeser. Ultiment, ce processus permet de cerner la meilleure option selon le contexte, en tenant compte des principes éthiques, des valeurs, des normes de pratiques ainsi que des besoins et des droits du patient (41). Si à la suite de cette analyse réflexive, une situation demeure problématique par rapport aux valeurs ou aux normes de pratiques, en cohérence avec le mandat de respect des droits des usagers et d'amélioration de la qualité des pratiques, le CLPQS pourra faire une recommandation à l'établissement. Ces recommandations seront donc à la fois respectueuses du contexte clinique et organisationnel, ainsi qu'éthiquement justifiables, car elles auront pondéré l'ensemble des considérations en jeu.

La narrativité comme outil d'analyse

L'éthique narrative s'intéresse à l'histoire naturelle et personnelle de chaque sujet en tant que source de réponses aux questionnements éthiques. C'est par la lecture d'histoires personnelles que l'éthique narrative vise à mettre en lumière les

valeurs des différentes parties prenantes face à une situation donnée, et à trouver un sens à la problématique en vue de proposer des solutions (43). Murray (44) identifie quatre significations possibles du terme « éthique narrative » : 1) le narratif en tant qu'éducation morale, 2) le narratif en tant que méthodologie morale, 3) le narratif en tant que discours moral et 4) le narratif en tant que justification morale. Trois de ces significations sont pertinentes dans l'exercice du traitement des plaintes.

Le narratif comme éducation morale désigne le fait que, de façon générale et depuis l'enfance, l'humain construit ses capacités de raisonnement moral par la lecture de récits. Ainsi, chaque fois les CLPQS et leur personnel prennent connaissance du récit relaté dans la plainte d'un usager, ils/elles bénéficient d'une opportunité d'affûter leur raisonnement moral. Quant au narratif comme méthodologie morale, l'auteur considère qu'une forme très précise de narratif, soit « le cas », est une condition *sine qua non* à l'exercice même de la bioéthique en lien avec des situations réelles. Il en va de même, évidemment, pour l'exercice du traitement des plaintes. Murray cite d'autres auteurs dont les travaux sur le rôle des narratifs dans la méthodologie éthique se transposent au contexte du traitement des plaintes. Par exemple, pour Clouser (45), au-delà de la lecture du récit, l'éthique narrative consisterait en la recherche des détails précis qui font pencher la balance dans la prise de décision morale. Pour les CLPQS, cela consiste en l'examen attentif de récit tel que soumis et en cas de besoin, une communication avec l'usager ayant porté plainte pour obtenir des détails supplémentaires. Il est important de noter que dans le contexte du traitement d'une plainte, l'attention au récit et à ses détails concerne également la réponse à la plainte telle que fournie par le gestionnaire.

Pour leur part, Jonson et Toulmin (46) traitent des limites des grands principes et règlements et de l'apport des narratifs à la pondération des principes et des règlements :

The heart of moral experience does not lie in a mastery of general rules and theoretical principles [...]. It is located rather, in the wisdom that comes from seeing how the ideas behind those rules work out in the course of people's lives: in particular, seeing more exactly what is involved in insisting on (or waiving) this or that particular rule in one or another set of circumstances (46, p.314).

Le travail des CLPQS consiste, en premier lieu, à vérifier si les services ont été rendus ou attribués en conformité avec les règlements en place dans l'institution. Lorsque les CLPQS constatent que ceci n'est pas le cas, ils recommandent une révision de la situation pour en assurer la conformité. La réflexivité éthique est peu impliquée dans cette vérification de la conformité du cas avec les politiques en vigueur. Toutefois, il demeure un certain nombre de cas où le règlement applicable est sujet à interprétation dans le contexte donné. Le travail éthique et réflexif des commissariats commence ici. Il existe également des cas où, en raison de circonstances individuelles particulières, l'application du règlement cause un fardeau démesuré sur un usager donné. Dans de tels cas, c'est dans le détail de l'expérience relatée par l'usager que les CLPQS trouvent les justifications pour suggérer ou recommander une révision du règlement en question, ou encore l'octroi d'une exception à la règle pour l'individu concerné. Ainsi, dans l'exercice du traitement des plaintes, les CLPQS utilisent aussi les narratifs comme justification morale, au sens entendu par Murray (44).

L'expérience des usagers qui portent plainte peut aussi être décrite dans des termes qui interpellent l'éthique narrative : « *Pour l'usager, ce qui est exprimé à travers le récit de la plainte renvoie donc à une expérience bien plus globale que l'objet de la plainte comme tel. Ce récit est en fait plus qu'une demande à formuler et à satisfaire ; il est d'abord et surtout une histoire devant être racontée et entendue* » (22, p.295).

Cette définition renvoie à la notion de « voix » mentionnée plutôt et donc à l'importance donnée à la perspective des usagers dans les démarches d'amélioration. Elle renvoie également à la notion de démocratisation. Pour l'usager, il y a une plus-value à ce que son narratif soit « raconté et entendu », afin que la situation qu'il a vécue ne se reproduise pas. Ainsi, les narratifs individuels contribuent à l'action collective de l'amélioration de la qualité des soins via le régime d'examen des plaintes.

CONCLUSION DE LA PLAINTE : TRANSPARENCE, IMPARTIALITÉ ET JUSTICE INTERACTIONNELLE

L'impartialité et la transparence sont des principes particulièrement importants pour les personnes œuvrant dans le traitement des plaintes. Suivant la justice interactionnelle de Doig (35), les usagers qui portent plainte préfèrent voir que la personne qui traite la plainte démontre une préoccupation pour le problème et fournit un effort dans la démarche. Par exemple, ils aiment savoir que quelqu'un a pris la responsabilité d'examiner la situation, et savoir que des aspects à améliorer ont été identifiés. Ils préfèrent également que les réponses soient rédigées dans un vocabulaire compréhensible. Suivant la justice distributive, les usagers qui portent plainte au sujet des services médicaux ne s'attendent généralement pas à un dédommagement financier. Ils s'attendent toutefois à des excuses, à un rétablissement de la confiance, à une mesure disciplinaire, ou à une confirmation que des mesures suffisantes ont été prises pour que le problème ne se reproduise pas. En l'absence de telle validation, les usagers seront fort possiblement insatisfaits et percevront la démarche comme étant injuste (35).

En Angleterre, le processus d'examen des plaintes des hôpitaux a historiquement été critiqué de manquer d'impartialité, de détail, de transparence et d'égard pour la perspective de l'usager (27). En Australie, une étude récente de Biggar (47) sur les plaintes disciplinaires souligne une symétrie entre les insatisfactions des plaignants et des professionnels face au processus alors que tous semblent s'entendre sur un processus injuste, partial, manquant de transparence et sans mises à jour pendant le déroulement de l'examen. Ces études traduisent des failles dans les volontés de justice interactionnelle et distributive telles

que définies par Doig (35) et mentionnées ci-haut. Des études locales seraient requises pour savoir si le même phénomène existe au Québec.

Nous avons vu que l'impartialité était un principe important dans diverses étapes du traitement des plaintes. À la base, elle justifie le lien direct entre les CLPQS et les Conseils d'administration. Elle est également de mise dans l'évaluation de la recevabilité de la plainte et dans la médiation entre la version de l'utilisateur et celle des personnes visées par la plainte. Puisque l'impartialité est présente à chaque étape du processus, elle doit également être matérialisée dans la conclusion. Ce désir d'impartialité pousse possiblement les CLPQS vers une forte standardisation des pratiques et des outils de communication, par exemple, l'usage de gabarits pour les accusés de réception et, dans une mesure plus flexible, pour les lettres de conclusion. Si certains éléments et un certain ton doivent demeurer constants d'une lettre à l'autre, les gabarits offrent tout de même des espaces pour la rédaction libre de la démarche effectuée par le personnel. Ainsi, certains éléments d'une lettre de conclusion sont télégraphiés, alors que d'autres laissent place à l'individualisation. Ceci concorde avec les préférences exprimées dans les travaux de Doig (35) au sujet de la neutralité dans la justice procédurale voulant que les usagers préfèrent une analyse individualisée à l'intérieur de mécanismes systématiques.

Une perception commune veut que les CLPQS doivent trouver « un coupable » ou prendre position entre les parties impliquées. Il est important de préciser que le rôle des CLPQS, tout comme celui de la bioéthique et de l'éthique clinique est de faire l'*examen* de la situation et non pas une *enquête* pour attribuer un blâme. D'ailleurs, puisque plusieurs cas relèvent de versions contradictoires en contexte d'absence de témoins, il n'est généralement pas possible de jeter une lumière totale sur les événements. Tel qu'argumenté par Bauer (48), il est important pour les CLPQS d'être impartial en traitant toutes les parties de la même manière. L'objectif du CLPQS est d'améliorer la qualité des services pour les usagers en s'assurant que des moyens sont mis en œuvre pour que les incidents présentés dans une plainte ne se reproduisent pas. Dans l'optique de la transparence, ceci est réitéré et contextualisé dans la grande majorité des conclusions afin que les usagers comprennent bien la nature du mandat des CLPQS dans le contexte de leur plainte.

Toujours dans l'optique de la transparence, dans la rédaction de la conclusion, les CLPQS s'efforcent de rendre compte de la démarche avec le plus de détail possible. Les engagements pris par les gestionnaires à la suite de la plainte sont énoncés clairement. Les recommandations et suggestions soumises à l'établissement sont également énoncées telles qu'elles. Finalement, la possibilité d'un recours au Protecteur du citoyen en cas d'insatisfaction est énoncée clairement et visiblement dans chaque lettre de conclusion. Cette transparence contribue à une nature plus démocratique du traitement des plaintes.

CONCLUSION

Nous avons vu que la bioéthique et le régime de traitement des plaintes dans les institutions de santé du Québec partagent, dans leurs fondements, un objectif de démocratisation des soins de santé par l'octroi d'une participation plus active pour les usagers des soins de santé et de la possibilité de contester le pouvoir professionnel. En plus de cet objectif commun, la bioéthique et le régime d'examen des plaintes partagent plusieurs principes et méthodologies. L'impartialité et la transparence en tant que principes sont essentielles à l'exercice du traitement des plaintes. Les principes éthiques tels que l'autonomie et la justice guident l'analyse de la recevabilité de la plainte. Une velléité de justice épistémique guide la recherche des versions des différentes parties prenantes et le poids accordé à chacun. L'analyse des plaintes se fait par une démarche par étapes similaire aux grilles d'analyse en éthique clinique, ainsi que par l'analyse des narratifs, tout comme l'éthique narrative. On remarque d'ailleurs que l'usage et l'application de ces principes et méthodologies communs sont intimement liés à la possibilité d'atteindre l'objectif de démocratisation. Il est malheureux de noter que sur le plan international, les études disponibles démontrent que les usagers ne perçoivent pas l'aspect démocratique du traitement des plaintes. Nous constatons également que cet objectif est aujourd'hui exclu des documents législatifs entourant le traitement des plaintes. À la lumière des insatisfactions soulevées dans les régimes semblables tels que ceux de l'Angleterre et de l'Australie, nous suggérons la nécessité d'une mise à jour empirique sur la satisfaction des usagers envers le régime de traitement des plaintes au Québec, et plus spécifiquement en lien avec la démocratisation des soins de santé. Notamment, en passant par une approche de « bioéthique empirique » (49). De plus, nous postulons qu'un dialogue et une collaboration plus systématique entre les CLPQS et les spécialistes en bioéthique, incluant les éthiciens cliniques et les bioéthiciens du milieu universitaire, pourraient contribuer à générer des idées créatives pour des projets visant l'amélioration des soins, mais plus spécifiquement, leur démocratisation.

Reçu/Received: 27/05/2021

Conflits d'intérêts

Marie-Ève Lemoine et Julien Brisson sont éditeurs pour la *Revue Canadienne de Bioéthique*. Ils n'ont participé ni à la révision ni à l'acceptation de ce manuscrit.

Publié/Published: 17/10/2022

Conflicts of Interest

Marie-Ève Lemoine and Julien Brisson are editors for the *Canadian Journal of Bioethics*. They were involved neither in the review nor the acceptance of this manuscript.

Édition/Editors: Armand Ngaketcha Njafang

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

Évaluation/Peer-Review: Marianne Dion-Labrie & Any Brouillette

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateur n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

RÉFÉRENCES

- Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chapitre III : Plaintes des usagers, point 33. 2021.
- Le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. [Le rôle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des commissaires](#). Le chuchoteur. 2021.
- Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. [Mémoire Projet de loi no 101 — Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux](#). 2021.
- Abdessadek A. [Identification des principes et des règles de base pour un système efficace de classification des plaintes](#). Université du Québec, École nationale d'administration publique. 2003.
- Leblanc, Véronique. [Le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux au Québec: une perspective communicationnelle du rôle de commissaire local aux plaintes et à la qualité des services](#). Mémoire de Maîtrise en communication. Université du Québec à Montréal; 2010.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. [Le pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services](#). 2007.
- Weinstock R, Leong GB, Silva JA The role of traditional medical ethics in forensic psychiatry. In: Rosner R, Weinstock R, editors. *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*. Boston, MA: Springer; 1990. p. 31-51.
- Jonsen AR. *The Birth of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Wolf SM. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Durand G. *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Saint-Laurent, Québec : Éditions Fides; 2005.
- Boas H, Hashiloni-Dolev Y, Davidovitch N, Filc D, Shai L, editors. *Introduction: Bioethics in Israel*. In: *Bioethics and Biopolitics in Israel: Socio-legal, Political, and Empirical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
- Clavel N, Pomey MP. [Enhancing patient involvement in quality improvement: How complaint managers see their roles and limitations](#). *Patient Experience Journal*. 2020;7(3):112-18.
- Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. [Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience](#). *CMAJ*. 2006;175(8):889-94.
- Bismark MM, Spittal MJ, Gogos AJ, Gruen RL, Studdert DM. [Remedies sought and obtained in healthcare complaints](#). *BMJ Quality & Safety*. 2011;20(9):806-10.
- Thomas D. [Walking through minefields: health complaints commissions in Australia](#). *The Australian Health Consumer*. 2003;1(3):12-14.
- Friele RD, Sluijs EM. [Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data](#). *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):106.
- Pomey M P, Ghadi V. [La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé: une dynamique encore à construire](#). *Santé, société et solidarité*. 2009;8(2):53-61.
- Wessel M, Lynøe N, Juth N, Helgesson G. [The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden](#). *BMJ Open*. 2012;2(1):e000489.
- Ryynänen S, Vasari P. [Restoring the performance of a health care organization following the first wave of COVID-19 by using patient complaint data](#). *Journal of Patient Experience*, 2021;8, 2374373521996267.
- Baglinière L, Régis C. [Le Régime d'examen des plaintes des patients au Québec: un outil efficace pour assurer le suivi des réformes du système de santé?](#) *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*. 2018;18:115-19.
- Régis C. [The accountability challenge in health care: The contribution of a health Ombudsman](#). *Journal of Arbitration and Mediation*. 2014;4(1):87-121.
- Clément M, Gagnon É. *La rencontre avec l'utilisateur comme sujet de droit: la mise en scène de sa parole dans le régime d'examen des plaintes. Valeurs et normes dans le champ de la santé*. Presses de l'Université de Lille, Éditions de l'École nationale de la santé publique, France, 2004.

23. Clément M, Gagnon E. [The Québec complaint examination system: stakeholder perspectives on the purpose and intake of complaints](#). *Health Care Analysis*. 2006;14(1):51-63.
24. Beaupert F, Carney T, Chiarella M, et al. [Regulating healthcare complaints: a literature review](#). *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014;27(6):505-18.
25. Dixon-Woods M, Yeung K, Bosk C L. [Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving “bad apple” doctors](#). *Social Science & Medicine*. 2011;73(10):1452-59.
26. Walton M, Smith-Merry J, Healy J, McDonald F. [Health complaint commissions in Australia: time for a national approach to data collection](#). *Australian Review of Public Affairs*. 2012;11(1):1-18.
27. Bark P, Vincent C, Jones A, Savory J. [Clinical complaints: a means of improving quality of care](#). *BMJ Quality & Safety*. 1994;3(3):123-32.
28. Bouwman R, Bomhoff M, Robben P, Friele R. [Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process](#). *Health Expectations*. 2016;19(2):483-96.
29. Doron I, Gal I, Shavit M, Weisberg-Yosub P. [Unheard voices: complaint patterns of older persons in the health care system](#). *European Journal of Ageing*. 2011;8(1):63-71.
30. Gurung G, Derrett S, Gauld R, Hill PC. [Why service users do not complain or have 'voice': a mixed-methods study from Nepal's rural primary health care system](#). *BMC Health Services Research*. 2017;17:81.
31. Cunningham W. [The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints](#). *The New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1198):U972.
32. Gillespie A, Reader TW. Patient-centered insights: using health care complaints to reveal hot spots and blind spots in quality and safety. *The Milbank Quarterly*. 2018;96(3):530-67.
33. O'Dowd E, Lydon S, Madden C, O'Connor P. [A systematic review of patient complaints about general practice](#). *Family Practice*. 2020;37(3):297-305.
34. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. [Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia](#). *BMJ Quality & Safety*. 2013;22(7):532-40.
35. Doig G. [Responding to formal complaints about the emergency department: Lessons from the service marketing literature](#). *Emergency Medicine Australasia*. 2004;16(4):353-60.
36. Chalke J. [Complaint Handling Guide](#). Ombudsperson British Columbia; 15 December 2020.
37. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
38. Fricker M. [Epistemic justice as a condition of political freedom?](#) *Synthese*. 2013;190:1317-32.
39. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil; 1990.
40. Drolet MJ, Hudon A. [Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool](#). *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2015;18(1):51-62.
41. Hunt MR, Ells C. [A patient-centered care ethics analysis model for rehabilitation](#). *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2013;92(9):818-27.
42. Quintin J, Boire-Lavigne AM. [Exercer une délibération en éthique clinique avec le souci de l'expérience des personnes](#). Dans : Farmer Y, Bouthillier ME, Roigt E, éditeurs. *La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro*. Québec : PUQ; 2013. p. 43-70.
43. Dion-Labrie M, Doucet H. [Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord: perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste](#). *Ethique & Santé*. 2011;8(2):63-68.
44. Murray TH. What do we mean by 'narrative ethics'. Dans : Lindemann Nelson H, éditrice. *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. New York: Routledge; 1997. p. 3-17.
45. Clouser KD. [Philosophy, literature, and ethics: let the engagement begin](#). *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1996;21(3):321-40.
46. Jonson AR, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Los Angeles: University of California Press; 1990.
47. Biggar S, Lobigs LM, Fletcher M. [How can we make health regulation more humane? a quality improvement approach to understanding complainant and practitioner experiences](#). *Journal of Medical Regulation*. 2020;106(1):7-15.
48. Bauer F. [The practice of one ombudsman](#). *Negotiation Journal*. 2000;16(1):59-79.
49. Kon AA. [The role of empirical research in bioethics](#). *The American Journal of Bioethics*. 2009;22;9(6-7):59-65.

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

On Being an Ombudsman: Protecting the Public Interest While Navigating the Minefield of Policy Networks

Daniel Johns^a, Brent Epperson^{b,c}

Résumé

Après 50 ans d'histoire institutionnelle au Canada, l'objectif des ombudsmans est passé de la résolution de plaintes individuelles à l'amélioration de la qualité des services gouvernementaux pour tous. Les nouveaux outils de l'univers des ombudsmans ont permis de conceptualiser et de promouvoir l'équité administrative. Les ombudsmans ont acquis une expertise qui, partagée avec le gouvernement, a amélioré la prestation des services. Les enquêtes systémiques publiques sont désormais considérées comme l'expression ultime de l'efficacité des ombudsmans. Un dialogue constant avec les fonctionnaires et les administrateurs des organisations lie inévitablement les ombudsmans aux réseaux politiques. Si les liens informels avec les réseaux de politiques peuvent aider les ombudsmans à résoudre des cas, ils peuvent aussi, par inadvertance, créer une distance entre les ombudsmans et les plaignants. Ancienne responsable des ombudsmans à l'Université Columbia, Marsha Wagner souligne l'importance d'identifier les problèmes systémiques dans la pratique des ombudsmans; c.-à-d. les ombudsmans qui ne se concentrent pas sur les problèmes systémiques sont tournés en dérision comme des « aspirants ». Cet article suggère que le pendule est allé trop loin, passant du plaignant individuel à une approche systémique, et invite à la prudence dans la pratique contemporaine de l'ombudsman.

Mots-clés

ombudsman, plaignants, client, résolution, impartialité, réseaux politiques

Abstract

After 50 years of institutional history in Canada, the focus of ombuds has shifted from resolving individual complaints to improving the quality of government services for all. New tools in the ombuds world enabled the conceptualization and promotion of administrative fairness. Ombuds' acquired expertise, which, shared with government, improved the delivery of services. Public systemic investigations are now seen as the ultimate expression of ombuds effectiveness. Consistent dialogue with public servants and organisational administrators inevitably links ombuds to policy networks. While informal links to policy networks can help ombuds resolve cases, they can also inadvertently create distance between ombuds and complainants. A former ombuds officer at Columbia University, Marsha Wagner emphasizes the importance of identifying systemic issues in ombuds practice, i.e., ombuds who do not focus on systemic issues may be derided as "wannabes". This article suggests the pendulum has swung too far from the individual complainant to a systemic focus and urges caution in contemporary ombudship.

Keywords

ombudsman, complainants, client, resolution, impartiality, policy networks

Affiliations

^a Institutional Knowledge and Research, Alberta Ombudsman, Edmonton, Alberta, Canada

^b Faculty of Human Sciences, Saint Paul University, Ottawa, Ontario, Canada

^c University of Luxembourg, Belval, Luxembourg

Correspondance / Correspondence: Daniel Johns, danjohns@telusplanet.net

INTRODUCTION

New parliamentary and organisational ombuds¹ inevitably face a fundamental question – “Who is your client?” – and many ombuds rethink this question at different points in their careers. Personal experiences of the authors of this paper help to demonstrate this point. Thirty-five years ago, when Daniel Johns (co-author) began working as a provincial ombudsman investigator, he was taken aback by the confrontational tone with which his crusty 60-year-old colleague delivered this question. Johns stammered out something about justice for the complainant. This seemed logical. After all, when he applied for the job, he saw the ombuds as a knight in shining armour, who burst through government indifference and red tape, demanding redress for the little person. “Wrong!” the late Ed Chetner corrected him. “You don’t have a client. It isn’t your business to take sides.” Johns quickly mended his ways, and Chetner’s concept governed subsequent investigations and activities. Parliamentary ombuds are expected to understand and accept their role as a neutral third party, acting as impartial agents – in the case of Johns, the Alberta Legislative Assembly – on behalf of neither the complainant nor the bureaucracy.

Similarly, in a first interview as a university ombuds, Brent Epperson (co-author) was asked: “Who do we serve?” and “Do you think you can get past your time as an advocate?” Having previously worked in social services and as a student advocate, Epperson was inclined to say something about protecting disadvantaged clients and advancing social justice. If he was going to be completely honest, he would have admitted that he was attracted to a preconceived vision of ombudship that aims to level the scales and defend the underdog from powerful institutions. Epperson responded cautiously to the interview question, citing International Ombudsman Association (IOA) standards of practice, and arguing that ombuds serve the “principles of fairness instead of the perceived interests of clients.” He had a desire to help people in need, but also understood that making a difference depended on understanding power and steering through complex systems.

¹ For the purpose of this paper the term “ombuds” will be used, except when the official, legal name is different such as “ombudsman” or ombudsperson.

Thirty-five years and eight years into our respective careers, we still question our early assumptions and roles. In this article, we re-examine the roots of ombudship to consider whether we (and our colleagues) are meeting the intentions of the lawmakers when they voted legislative ombuds into existence, as well as the intentions of universities and other public institutions when they began to establish organisational ombuds six decades ago.

KNOW WHERE YOU CAME FROM TO KNOW WHERE YOU ARE GOING: EVOLVING BEYOND FOUNDATIONS OF RETURNING TO OUR ROOTS?

It is helpful to start this analysis with the premise that professions exist because they are necessary or, alternately, because they are theoretically grounded in an imagined political community that justifies their existence (1). Health-care professionals; farmers and food distributors; emergency service workers; some types of manufacturers and maintenance providers; energy, transportation, and communications service providers; and educators are all seemingly necessary professions in the sense that they exist in some form in all post-industrial societies. The ombuds is not an objectively necessary profession. The role is not found in all national and institutional contexts. Since it is not necessary to ensure the fundamental needs of society, its foundations are political, and its survival is vulnerable to political changes. Where ombuds exist, budget crises and political shifts sometimes lead to the closing or substantial downsizing of ombuds offices. And yet, while not necessary, the role of the ombuds is deeply entrenched in liberal and social democratic visions of good governance and the rule of law. In this sense, ombuds exist as a profession to ensure fairness and as reassurance that public services or organisations function in a manner that serves the common good (2,3).

Parliamentary ombuds were established to address the power imbalance that individual citizens encounter when dealing with an increasingly complex public service. Following the creation of legislative ombuds offices in Sweden (1809), Finland (1920), Denmark (1955), Norway and New Zealand (1962), the first legislative ombuds in North America was created in Canada, in the province of Alberta, in 1967 (4,5). New Brunswick followed shortly after in the same year, taking direct inspiration from the legislation in Alberta and New Zealand (6). In Alberta, Backbench MLA Albert Ludwig introduced the ombuds concept to the legislature at least as early as 1963. Ludwig said members of legislative assemblies and cabinet ministers could not investigate all the complaints they received from constituents and therefore an ombuds should be appointed (7). The idea finally took off in Alberta in 1966 with the publication of the Clement Report (8). Carl Clement called for the appointment of an ombuds to “assist the ordinary citizen who is bewildered by the complexities of departmental Government and feels that he has been done an injustice.”

Clement quoted extensively from Donald C. Rowat, then chairman of the Department of Political Science at Carleton University. Rowan wrote:

Briefly stated, the argument for an Ombudsman scheme derives from the fact that all democratic countries in the twentieth century have experienced a shift from the laissez-faire to the positive state. The accompanying tremendous growth in the range and complexity of Government activities has brought with it the need to grant increasing powers of discretion to the executive side of Government; and as Dicey has warned us, “wherever there is discretion, there is room for arbitrariness”. It is quite possible nowadays for a citizen’s right to be accidentally crushed by the vast juggernaut of the Government’s administrative machine. In this age of the welfare State, thousands of administrative decisions are made each year by Governments or their agencies, many of them by lowly officials; and if some of these decisions are arbitrary or unjustified, there is no easy way for the ordinary citizen to gain redress. (8)

When subsequent ombuds acts were passed across Canada, the motivation of legislators remained consistent with Rowat’s statement. For the purposes of illustration, two other provincial Hansards (transcripts of Parliamentary debates) were selected and surveyed based on time periods. The Newfoundland and Labrador legislation was the most recent in 2001, while the British Columbia ombuds took office in the intermediate period in 1977. In introducing a bill to establish an ombuds, the British Columbia Attorney-General at the time, Garde Gardom, stated:

Bill 14, Mr. Speaker, deals with the establishment of a commissioner of grievances. This is another plank in the programme for protection and assistance of the individual: an ombudsman to help Joe Q. Citizen wade through the morass of bureaucratic delay through the webs and the tangles of regulations and red tape (9).

The history of the Newfoundland and Labrador ombuds is complicated by the fact that the position was repealed in 1990 but re-established in 2001 under the title Citizen’s Representative. Ed Bryne, the MLA proposing re-establishment saw the role of the ombuds in classic terms:

[The ombuds] was created so that average citizens, people without recourse, who had concerns with government, who, in their view, had been wronged by government, or had been mistreated by government, or had not been dealt with properly by government, or had not been dealt with on a level playing field by government, would have an independent arm’s-length individual to report to (10).

The Alberta, British Columbia, and Newfoundland and Labrador examples demonstrate that legislative ombuds offices were established between the 1960s and 2000s with the goal of protecting the rights of individual citizens in liberal and social democratic constitutional contexts. In the same period, organisational ombuds began to emerge. Simon Fraser University created the first university ombuds office in North America in 1965 (4). Mirroring the same provincial-level desire to level the playing field for the average citizen, *The Peak* (Simon Fraser University's student newspaper) celebrated the establishment of the campus ombuds office:

By this act of foresight, we have a man whose sole duty is to protect the little man from bureaucratic errors. The ombudsman is the best answer for the little man's grievances against maladministration. As far as our investigations show, SFU is the first North American university to establish a campus ombudsman (11).

Demonstrating the liberal–democratic political–ideological links between legislative and higher education ombuds, the article referenced New Zealand's national ombudsman office as inspiration for Simon Fraser University. Citing an interview with New Zealand's national ombudsman, Sir Guy Powles, the article depicts the ombudsman as a “watchdog” for individual rights:

Sir Guy reports that in 1964 his office received 760 complaints of bureaucratic maladministration. Of these, 400 did not warrant investigation or were outside his jurisdiction. Of the 360 investigated, however, 55 were found to be justified. A person might wonder why all this work for only 55 justified complaints. Why? Because, working on the principle that no innocent person should suffer, if the ombudsman “watchdog” had sniffed out only one real case of governmental misconduct, he would have justified his own existence (11).

Here we see that the inspiration for Canada's first university ombuds office justified the existence of legislative ombuds on the basis of service to individuals who had been mistreated by government. In a newspaper interview with Simon Fraser University's first ombuds, John Mynott, the focus on individual service to correct maladministration is further emphasized:

My job consists of helping the student with a problem or grievance. The student comes to me when he feels that he has been done a personal injustice or when many students are being inconvenienced or are having their rights infringed upon... Almost everyone has heard the regular run down on the position of ombudsman – you know, grievance man, complaint department, etc. I like the job because, in general, I like talking to people and I'm willing to try to help people. It's great experience learning to meet people and learning, especially in my case, how to look at a problem and ask myself where to go and what to do to solve the problem and then to go and do it (12).

Similar to their legislative ombuds colleagues, university ombuds were established in Canada to manage individual cases. Whether legislative or organisational, the ombuds was intended to have a complainant focus, and correct administrative misconduct and errors. Looking back at those early years, it is difficult to identify any focus on systemic investigations or policy advising to improve the functioning of administration and establish fairer policies.

While legislatures and institutions created the ombuds to assist ordinary or average individual citizens to cope with complex government, ombuds have taken the initiative to offer value-added services. More than simply offering one-off assistance based on individual complaints, they have taken on the role of improving government. The rationale is obvious. If administrators learn to be fairer, they avoid frustrating citizens and thus help to reduce complaints. Reducing complaints saves time, money, and possible court action for both sides. This goal is laudable, but it is not the key service that the early legislators and public sector administrators had in mind.

Service to individuals has not been forsaken. All Canadian ombuds continue to report successes in receiving, investigating, and resolving complaints from the ordinary person. However, in this article, we take the position that in the Canadian ombuds community, the pendulum has swung (too far) away from the individual toward the value-added services, which requires more discussion and coordination with public servants or organisational administrators. Improving governance is a good thing. But in the end, ombuds do not serve government nor the leadership of their organisations. Arguably, as officers of the legislature, legislative ombuds work for the legislature. Similarly, organisational ombuds report to a board of governors, board of directors or ombuds committee composed of representatives from different core constituency groups. However, as demonstrated above, the marching order given to the earliest legislative and organisational ombuds was to help individual complainants.

In an April 2021 conversation with the Manitoba ombuds on a separate topic, we learned that Manitoba is already articulating a client-centre approach (13). Manitoba became concerned that the needs of the public body are sometimes placed ahead of the complainant. In public presentations, Manitoba takes the following position:

To be clear that our clients are:

- Complainants
- Inquirers seeking advice or comment
- Public interest

The client is not:

- Public bodies or trustees under investigation
- Media
- Employees (13)

The Manitoba ombuds' effort to clarify who they do and do not serve is admirable. All legislative and organisational ombuds should strive to do this clearly, in the same way that they explain their services and jurisdictional limitations. However, as the next section demonstrates, this is not representative of the new realities in the profession.

THE EVOLUTION OF OMBUDS PRACTICE

While many or most ombuds around the world might agree with Manitoba that the complainant is paramount, in reality the balance has shifted. Since 1990, the ombuds world has begun to develop new tools and understandings of administrative fairness, as well as operating models aimed at conflict resolution. The result has been an evolution from a people-oriented approach to a more process-oriented approach.

In the beginning, the possibility of becoming an expert on administrative processes did not register in the consciousness of many ombuds. But over time, this became possible when ombuds developed the ability to describe fairness at an intellectual level. In contrast to today, the first ombuds in Canada, George McClellan, described a less academic approach when he investigated complaints from individual citizens. In his 1968 annual report, he explained how he approached his work: "I tried to view this whole situation through the eyes of a reasonable man, not necessarily versed in the intricacies of formal law" (14, p.12). In other words, he applied the standard of common sense. If he had tried to articulate concepts of administrative fairness in 1967, it is unlikely that the civil service of that era would have been ready for or receptive to such arguments. Common sense was likely the argument that fit the time. There is no question that McClellan aimed to help complainants, even inserting in his annual reports examples of where he exceeded his jurisdiction, such as to assist a senior citizen who was pressured into buying a magazine subscription. He had no interest in judging processes. He looked at the merits of a case, evaluating the proverbial rights and wrongs that some person or agency had to account for in an individual case.

Several forces led to ombuds offices adopting a more process-oriented methodology, based on the development of an intellectual understanding of administrative fairness. Some ideas were borrowed from academic texts published in the 1980s and 1990s (15,16). Court cases, notably the Supreme Court of Canada case *Baker v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)* (17), set out fairness expectations that no one, ombuds nor bureaucrats, could ignore. The British Columbia ombuds was a pioneer in defining fairness, beginning with a 34-point checklist in 1990 (18). New tools quickly followed. The Saskatchewan ombuds adopted a concept for a Fairness Triangle from the mediation world, which explores three questions:

1. What was decided?
2. How was it decided?
3. How was the complainant treated? (19)

The triangle remains the operational model of several provincial ombuds offices as well as ombuds offices in universities and colleges. In the mid-1990s, Alberta developed the Administrative Fairness Guidelines (20), which it applies to this day.

Armed with a new understanding of what actually comprises fairness, ombuds began to take seriously the oft repeated joke that the goal of an ombuds is to improve government to the point that the ombuds is put out of business. Now an ombuds could move beyond resolving individual complaints. As subject matter experts on administrative fairness, an ombuds could offer workshops and advice to civil servants to not only find a remedy for the individual complainant but also fix the system so the same mistake would not be repeated. An illustration of the importance placed on improving government is the 2020 publication by the Canadian ombuds community of a 20-page booklet called *Fairness by Design* (23). Well researched and attractively presented, it helps public servants achieve fairness. It is only one of several such resources. Most offices list numerous seminars and presentations the ombuds office is willing to deliver to any public service that requests them.

Another enticement for systemic and process-oriented recommendations is an ombuds' ability to initiate investigations, sometimes called "own motion investigations". Much has been achieved using this tool. An example of a significant own motion report was *A Game of Trust*, a report released by the Ontario Ombudsman in 2007 aimed at protecting the public from theft and fraud in public lotteries (22). This report caused several other provincial ombuds to launch their own investigations with similar results and findings. Subsequently, protections were implemented across the country. The respect generated by this sort of report encourages the perception that public systemic investigations are the ultimate expression of an ombuds effectiveness. As early as 2000, Marsha Wagner, a former ombuds officer at Columbia University, noted the importance of identifying systemic issues in ombuds practice (21). Wagner points out that ombuds who do not focus on systemic issues may be derided as "wannabes".

It is easy to understand why ombuds are attracted to lead-story news coverage based on systemic investigations rather than individual complaints. Generating news coverage is more than ego. It is one of the few effective methods that ombuds have to bring the value of their services to public attention. Own motion investigations generate much needed publicity for ombuds at a time when making the public aware of the services offered by an ombuds is an ongoing struggle. By measuring the amount and reach of news coverage, some ombuds offices can calculate how much each news story would be worth as paid advertising. An ongoing weakness in the ombuds community is public awareness. One of the last surveys of public awareness in Canada was conducted by the *Protecteur du citoyen* du Québec (the Québec ombuds) in 2012 (24). Respondents were asked where to take complaints about public services, including social and health services. When the respondents were given no prompts or hints, only 11% could identify the *Protecteur du citoyen*. Fifty-seven per cent of the respondents could not name any agency. When given a choice of five possible agencies, 33% picked out the *Protecteur du citoyen*. No ombuds office in Canada can expect to rate significantly higher in public awareness than that achieved by the *Protecteur du citoyen*.

The shift toward alternative dispute resolution (ADR) techniques encourages a more public sector-oriented approach. ADR can provide the best possible service for complainants, which is one reason Alberta joined the rest of the country and began employing these techniques in 2018. Results can be faster and simpler for all parties. One side of the Fairness Triangle focuses on relationship building. The triangle has proven to be an excellent operation model for many ombuds offices. However, do ADR techniques build necessary ties, which might favour the public sector? With whom are the strongest relationships built? Will an ombuds lean toward the one-time complainant or the same civil servant or organisational administrator whose co-operation is necessary when called upon several times a year? To be efficient and to close the case, is it expedient to defer to the frequent government or organisational contact? Is it better to save some good will for the next complainant?

There are good reasons why an ombuds may emphasize the development of relationships with the public sector. When the Alberta Ombudsman gained municipal jurisdiction in 2018, co-author Johns participated and agreed with the decision to spend most of the ombuds' energy in the first year on working with the municipalities. It was anticipated that adding about 400 new municipal authorities from the municipalities to the workload mandated the achievement of efficiency. Complaints could only be resolved if the municipalities understood the ombuds' role, the legal requirement for the municipality to respond, and the advantages of resolving complaints through an ADR process. It was reasoned that municipalities faced the biggest adjustment. If they did not understand the process, complaints could not be resolved efficiently. The majority of effort thus went to publications, seminars, and participation in trade fairs and conventions attended by municipal representatives.

None of the history outlined in this article should be viewed as critical of the ongoing value of legislative or organisational ombuds. However, it should provoke some healthy scepticism and reflective questioning among ombuds and researchers of public policy and conflict resolution. Who is our client? Are we serving them as well as we should? Our apprehension is reinforced by the publishers of this journal when it called for submissions. The guest editors of this issue of the *Canadian Journal of Bioethics* wrote:

Thus, Complaints Commissioner offices examine processes and situations related to dissatisfaction, experiences and respect for rights of users (e.g., students, patients). *These examinations aim primarily at improving the quality of services, but also at easing social tensions and thus diverting conflicts from the courts.* The Complaints Commissioner office is intended to be a neutral and independent trusted actor. Following a complaint or intervention by the Complaints Commissioner, a review may lead to recommendations to the organisation *with the aim of improving the organisation's practices* (25, italics added for emphasis).

Many valid justifications can be offered for the above wording. The call for submissions was aimed at a wide spectrum of ombuds and complaint commissioner offices. Their mandates may not be legislative and could be quite different. Nevertheless, the wording may accurately reflect the prevailing wisdom, even in the parliamentary ombuds world. If so, in the evolved understanding of the ombuds practice, we can ask whether the primary goal of ombuds has become improvement in government and organisational practices. If so, have the needs of the complainant been lost in this gradual transition away from the individual-centred approach? Or are the needs of complainants best served by the dual focus on individual complaints and systemic issues?

THE OMBUDSMAN AND POLICY NETWORKS: STRATEGIC OMBUDSHIP, A NECESSARY EVIL, OR THE BETRAYAL OF CLIENT SERVICE?

Since the first legislative and organisational ombuds offices emerged in the 1960s, both government and society have changed dramatically. As society's expectations and the role of government evolved, and state and non-state actors converged in networks to shape policy-making processes (26). The use of network theory varies among social science disciplines, but Borzel offers a simplified definition of policy networks that captures the way the concept is frequently employed in public policy:

[Policy networks can be understood] as a set of relatively stable relationships which are of non-hierarchical and interdependent nature linking a variety of actors, who share common interests with regard to a policy and who exchange resources to pursue these shared interests acknowledging that co-operation is the best way to achieve common goals (27).

Because these networks are largely informal, Bogason and Toonen point out that they enjoy a greater flexibility in problem-solving than formalized and defined agencies or organisations (28).

To illustrate an example of policy networks in action in a particular policy sphere, examining the 2010 American *Affordable Care Act*, Genieys, Darviche, and Epperson (29) outline the key role of long-term insiders who possess a combination of profound policy knowledge, broad experience in health policy-making, common values, a commitment to practical politics that focus on legislative success, and a commitment to collaboration to see a reform effort through to the end. These elite long-term insiders circulate between high-ranking positions in government, where they directly influence policy outcomes, and research positions in influential think tanks or universities, where they deepen and share their knowledge while remaining connected to their health policy network (26,27). In the case of the *Affordable Care Act*, this network of insiders:

- Maintained collaboration in a complex reform campaign, consistently focusing on preserving key elements of the existing health-care system (in opposition to a single-payer system);
- Maintained aspects of market-oriented health care;
- Kept the focus on cost control; and
- Maintained the largest possible political coalition to ensure legislative success (29, p.74).

The long-term insiders advanced the *Affordable Care Act* with a network that included people within different branches of government and beyond the formal confines of government departments (30).

Beyond health policy, networks have been extensively studied in multiple policy areas. As policy network research expanded from the 1970s through the first decades of the 2000s, subcategories of networks such as policy communities and issue networks were differentiated and developed. Policy communities are fairly stable, yet informal interpersonal relationships between senior civil servants, political staffers, and lobbyists who are united by common values and perceived interests, and where the conventions and boundaries of collaboration are relatively well defined (31,32). For our purposes, research into issue networks and ombuds interactions in the policy sphere is more pertinent. According to Hugh Hecl, issue networks are larger groups of civil servants, interest group advocates, and policy researchers (both in higher education institutions and think tanks) who are committed to the same issue and form interdependent and informal collaborative relationships with less clearly defined boundaries (33). As advocates for fairness and good governance, legislative and organisational ombuds inevitably intersect with issue networks.

Despite their commitment to the principles of independence, impartiality, and informality, legislative and organisational ombuds unquestionably remain actors in the policy process when evaluated according to common definitions in policy network literature. According to Henry, any person who:

- Interacts with the policy system;
- Takes part in making or evaluating decisions;
- Exchanges information with government or takes part in political coordination on issues;
- Promotes solutions to dysfunctional systems; or
- Advocates to include disenfranchised parties or disregarded issues in the policy-making process

is a potential actor in a policy network, which is typically composed of people who share beliefs and institutional commitments (34, p.361-63). Ombuds were established as recipients of individual grievances against government or organisations, charged with evaluating claims and seeking solutions to grievances; and given investigative powers and the authority to publish reports and recommendations. This inevitably placed them on the trajectory to be integrated into issue networks.

Ombuds who want to reduce future grievances through policy recommendations may progressively be tempted to deepen their integration into the policy-making apparatus through consulting with decision-makers and serving on policy committees or informal policy working groups. Ombuds may be asked to conduct research projects with civil servants or academics who regularly collaborate with government. Bogason and Toonen argue that networks make themselves essential to the policy-making process, in part, “by mediating rituals and discourses, and by developing mediating roles – even those which might be illegal in formalized orders – because networks have greater diversity and flexibility than formal organisations” (28, p.224). For many ombuds, being discursively part of a solution to a policy problem and informally mediating dialogues between policy actors is a tempting endeavour. Engaging in informal policy networks seems innocuous and natural to many ombuds, but an their tacit or explicit engagement in the work of policy networks arguably increases the network’s legitimacy and risks the perception that the ombuds is aligned with government or organisational decision-makers.

As early as the 1990s, it already appeared to academic observers that “the whole administrative world now seems to consist of networks” (28, p.208). The influence of that was only expected to increase as western administrative models globalized and policy actors increasingly communicated and collaborated internationally (28). Globalization and international collaboration through policy networks contributed directly to the spread of the ombuds institution. Erkkilä writes:

The cross-national collaboration seems to have been a major factor in the diffusion of the Ombudsman institution from the 1960s to 1980s. But starting from the 1990s, cross-national learning bilaterally or through association membership has been increasingly complemented by transnational policy networks, where international organisations, most notably the UN, are promoting the Ombudsman. This also links with the prominent global discourses on human rights and good governance (35, p.34).

The internationalization of the ombuds institution should not be interpreted as the result of international networks supplanting local practices. Instead, Erkkilä explains that it reflects discussion and collaboration between local, national, and international ombuds networks, associations, and the media. Media coverage of ombuds practices has increased public awareness globally and subsequently added public pressure on ombuds to focus on systemic change (36).

The spread and entrenchment of the ombuds role is something that ombuds and all people concerned about fairness and individual rights should celebrate. However, the link between internationalization of the position and the increased focus on systemic issues in ombuds practice deserves careful scrutiny. Writing in defence of the Council of Europe's Venice Commission Principles on protecting and promoting the ombuds institution, Andrew Cutting wrote:

In a true democracy, it is critical that governments can be properly held to account for their actions... A simpler solution may be to seek the help of an Ombudsman... During their investigations, the Ombudsman should have unrestricted access to all relevant information as well as the power to interview relevant officials. As a result of their work, Ombudsmen should be able to address recommendations to state bodies, including calling on parliament and the government to amend or adopt legislation. Preferably, they should also be able to formally challenge the constitutionality of relevant laws and regulations (37).

In comparison with earlier quotes on the role of legislative ombuds in the 1960s, we see a clear shift away from protecting the rights of the average citizen toward systemic investigations to ensure government accountability. This shift is not limited to legislative ombuds. Writing in *Negotiation Journal* more than 20 years ago, Wagner offered the following description of the role of an organisational ombuds (italics added for emphasis):

Though the organisational Ombudsman's role may sometimes be regarded as *only* a facilitator of individual problem solving, in fact the Ombudsperson is *ideally situated within the organisation to make recommendations for systemic change*, based on patterns of complaint brought to the office. Indeed, the Ombuds is *obligated to take steps to prevent future recurrence of a problem*, as well as to resolve the problem at hand. Furthermore, because of the Ombuds' *broad understanding of the organisational culture, the needs of its leaders and other stakeholders*, the Ombuds office — in addition to being a vital component of the organisation's conflict management system — may also *participate in designing, evaluating and improving the entire dispute resolution system for the organisation* (21, p.99).

The framing in this passage is revealing. The value of individual problem-solving is minimized. The ombuds is positioned as a professional who is perfectly placed, and in fact required, to make systemic policy recommendations to prevent future problems. The ombuds is expected to be a policy professional who is attuned to the priorities of senior leadership and politically astute enough to know the proprieties and expectations of key stakeholders. Charged with collaboratively "designing, evaluating, and improving" policy, Wagner's ideal ombuds is fully integrated into the organisation's policy network. This seems very different from Sir Guy Powles' ombuds who "justifies his own existence," by ensuring that "no innocent person should suffer" (11). But is it? Did ombuds migrate to the upper crust of governments and organisations while leaving their complainants to meander in the trenches? Or did they simply adapt to evolution in governance and learn to work smarter to serve complainants more effectively?

It is not surprising that ombuds practices have evolved and the focus has shifted from a complainant-oriented to a systemic approach during the last six decades. As we acknowledge in this article, governments and organisations provide a more complex array of services. Citizens and consumers have higher expectations. Globalization of the ombuds function and the rise of local, national, and international policy networks increases pressures on ombuds to follow new trends in complaint mitigation. Like other professionals, ombuds like to feel that their work has an impact. Systemic investigations and recommendations may seem like opportunities to make a greater difference than managing individual cases.

In keeping with changing times, an optimistic interpretation of the focus on systemic issues is that it exemplifies strategic ombudship. In navigating complex contemporary systems of governance, ombuds must focus on the big picture, know the policy orientations of their elected or organisational leaders and core constituency groups, become experts in policy-making and issue framing, and take full advantage of policy networks to become agents of change. Van der Pol (38) argues that the integration of ombuds into policy networks in which they nourish collaborative relationships with civil servants is essential to succeeding in their mission. Other ombuds want to take the focus on systemic issues even further. Cited in Gill (39), former Ontario Ombudsman André Marin has advocated for a more public and assertive approach to legislative ombudship that brings systemic concerns to the public's attention and affirms the ombuds' place as a checkpoint in the architecture of governance (40).

A pessimistic interpretation of the focus on systemic issues is that it betrays both the origins of the ombuds profession and the needs of contemporary complainants. Ombuds with their heads too high in the policy clouds and too well integrated in policy networks are presumably more disconnected from Jane Q. Citizen and her challenges navigating the provincial bureaucracy, electrical utility, or university registrar's office. Furthermore, in a time when we have witnessed a global rise of anti-democratic governments that reject equity, trample minority rights, and reverse social progress, being perceived as disconnected from the needs and priorities of average citizens and partial to policy elites is a risky strategy for a politically constructed institution that is not objectively necessary. When an institution already struggles with public awareness about its services, it is unwise to relegate individuals' concerns to the back shelf in favour of serving on policy working groups and writing reports that only a handful of policy analysts and elected officials read in detail. The average citizen, electrical utility-consumer, or student will never read an ombuds report, but they will likely remember if an ombuds patiently and professionally helped them or a loved one to rectify an administrative error.

Perhaps both the optimistic and pessimistic interpretations of the gradual transition from a focus on client service to a focus on systemic issues miss the mark. Ombuds should embrace the fact that they work in, and must navigate, political spaces. As such, a confident and politically strategic approach to advocacy focuses primarily on client service – the same core ombuds casework mission that Sir Guy Powles and John Mynott articulated many decades ago – while keeping an eye on the big picture and the fickle political waves that move the system. Ombuds need to focus on both in order to thrive. Navigating these times of global political upheaval requires a historical understanding of our role and core mission, including ombuds' foundations in liberal and social democratic philosophy and institutions – institutions that expressly promote tolerance, the rule of law, and a commitment to responsive and compassionate governance as features of the good society. The consistent connection to the public and prioritization of individual needs, as well as knowledge of our own history, can give ombuds confidence in making policy recommendations to preserve trust in public institutions. This strategy is also the best suited to surmount the challenge of public awareness of the ombuds profession.

CONCLUSION

A full return to the 1960s' complainant-based approach to ombudship is unlikely. A significant systemic approach is here to stay, but ombuds must be vigilant and keep the needs of the complainant at the front of their minds. During the first 50 years, the ombuds community woke to the potential for them to improve government. The experience from ongoing investigations, academic work on administrative fairness, influential court cases, and a better understanding of how to apply effective tools such as own motion investigations and ADR techniques created the opportunity to be proactive. The momentum generated by these changes swung the pendulum toward focusing on addressing the needs of public services, realizing that an improved public service would better serve the citizenry. While commendable, a real concern now exists that the pendulum has swung too far. Now is the time to remember that the legislators created the ombuds to serve the complainant. The primary task assigned to the ombuds is not to improve government, but to level the power imbalance between individuals and government. So, what should ombuds do? We propose the four following steps to help reset the pendulum.

Examine present mission and value statements to ensure that serving complainants is at the top of the list

The call for submissions by the *Canadian Journal of Bioethics* accurately reflected what is revealed by present mission and value statements when it wrote: "These [ombuds] examinations aim primarily at improving the quality of services..." (25). Instead, the legislative direction should be the first priority: resolve complaints for individuals.

Create a complaint-centred approach similar to that of Manitoba

Ombuds staff must understand the value of serving complainants. If complainants do not feel valued, respected, and served, then they have no incentive to complain. Without complaints, an ombuds loses opportunities to not only serve the public but also to make recommendations to improve the quality of government services. Manitoba is developing a strategy to ensure its staff are trained to serve complainants (13). Some of its preliminary thoughts are that excellent services happens when staff:

- Understand the motivation of the complainant and what they hope to achieve.
- Respect their time and energy. If their objectives do not align with the ombuds' mandate, they should not be encouraged to file (filing is a right and any decision to proceed must be respected).
- Connect complainants to the service they need, without interfering in their journey with any other service provider.
- Maintain boundaries to fulfill the ombuds mandate.
- Meet or exceed expectations (13).

Invest as much effort into searching for complainants as in preparing reports, advice, and seminars for public services

Ombuds offices prepare excellent resources for government agencies to improve the fairness of their practices. An example is the *Fairness by Design* booklet (23). Most ombuds offer additional fairness guides and advice on their websites. Seminars, workshops, and online resources are offered. All of this work is worthwhile. However, the same level of energy is not as visible

on the complaint side. The effort would probably be misplaced if it was put into similar written resources for complaints because they are not as likely to read them. Nonetheless, the same effort should be put into assisting complainants through other means, such as: meeting with advocacy groups, attending events for perspective complainants, or even buying advertising.

At conferences, make the search for complainants a reoccurring topic

At the national level, conferences and training session emphasize how to reach complainants; the topic is too important to be left solely with the communication specialists. At ombuds gatherings, interest is always generated by topics such as successful investigations, investigation techniques, measuring offices' effectiveness, and debating administrative fairness. While all are excellent and necessary discussions, most ombuds offices will concede that the major weakness of the Canadian ombuds community is public awareness. At every major ombuds event, this weakness should be addressed in a prominent way. Frankly, the reason the topic is undervalued is because it is boring. Everyone presents the same ideas because everyone uses the same techniques. Everyone has a dynamite website and uses social media. With little to report, little is accomplished. The same discouraging (although undoubtedly true) remark is repeated: Public awareness is difficult because no one is interested in learning about the services of an ombuds until they have a complaint. On the other hand, lack of effort expended on public awareness ensures it will never improve.

Pursuing these four steps will help ombuds move forward in addressing their core mission of service to individuals and their secondary essential mission of systemic investigations and policy recommendations to promote good governance.

Reçu/Received: 30/04/2021

Remerciements

Daniel Johns reconnaît que l'occasion de contribuer à cet article lui a été offerte par ses collègues et son employeur, Marianne Ryan, ombudsman de l'Alberta.

Conflits d'intérêts

Les deux auteurs sont employés par des commissariats aux plaintes, mais n'ont reçu aucune aide financière en dehors de leur salaire normal.

Publié/Published: 17/10/2022

Acknowledgements

Daniel Johns acknowledges the opportunity to contribute to this article was provided by his colleagues and employer, Marianne Ryan, Alberta Ombudsman.

Conflicts of Interest

Both authors are employed by ombuds offices but received no financial support beyond regular wages.

Édition/Editors: Bertrand Alexandre Stoffel & Aliya Afddal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer de plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Jean-Frédéric Hübsch & Marina Pavlović

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. Diggs BJ. [Ethics and experimental theories of motivation and learning](#). *Ethics*. 1957;67(2):100-118.
2. Carl S. The history and evolution of the ombudsman model. In: Hertogh M, Kirkham R, editors. *Research Handbook on the Ombudsman*. Edward Elgar Publishing; 2018. p. 17-33.
3. Smith RA. [A brief history of the student ombudsman: the early evolution of the role in US higher education](#). *Journal of the International Ombudsman Association*. 2020;1-10.
4. Conway M, Pouliot A. [Celebrating ombuds in higher education: ACCUO 1983-2013](#). 2013.
5. [Legislative Ombudsman Advocated](#). *Edmonton Journal*. 28 Feb 1963.
6. Reid AD. [The New Brunswick Ombudsman Act](#). *The University of Toronto Law Journal*. 1968;18(4):361-71.
7. Clement CW. [The report of the Special Committee on Boards and Tribunals to the Legislative Assembly of Alberta](#); 1965.
8. Rowat DC. [An ombudsman scheme for Canada](#). *Canadian Journal of Economics and Political Science*. 1962;28(4):543-56.
9. Legislative Assembly of British Columbia. [Legislative Session: 3rd Session, 30th Parliament Hansard](#). 1973.
10. House of Assembly of Newfoundland and Labrador. [House of Assembly proceedings](#) Vol. XLIV No. 26, 7 May 15, 2001.
11. Mallin L. Ombudsman chews beefs. *The Peak*. 24 Nov. 1965; p. 5.

12. Mynott J. SFU's first ombudsman outlines campus duties. *The Peak*. 24 Nov. 1965; p. 5-6.
13. Kuxhaus D. Presentation notes from Manitoba Manager of Ombudsman Investigations, sent via email, March 20, 2021.
14. McClellan G. Alberta Ombudsman annual report. 1968.
15. Jones D, De Villars A. *Principle of Administrative Law*. Toronto: Carswell; 1986.
16. Black S. *Administrative Law in Canada*. First Edition. Toronto: LexisNexis; 1992.
17. [Baker v. Canada \(Minister of Citizenship and Immigration\)](#). 1999 2 SCR 817.
18. Owen S. [Ombudsman: Fairness for all in British Columbia: 1990 annual report to the legislative assembly](#). 1991.
19. Ombudsman Saskatchewan. [What is Fairness?](#) 2019.
20. Alberta Ombudsman. [Administrative Fairness Guidelines](#). 2022.
21. Wagner ML. [The organisational ombudsman as change agent](#). *Negotiation Journal*. 2000;16(1):99-114.
22. Ombudsman Ontario. [A Game of Trust](#). 2007.
23. Offices of the Ombudsman in Saskatchewan, Manitoba, Nova Scotia and Yukon, Ombudsperson in British Columbia. [Fairness by design: An administrative fairness self-assessment guide](#). 2019.
24. Simoneau J. Communications director at Protecteur du Citoyen. [Interview]. April 2020.
25. Canadian Journal of Bioethics. [Call for papers: Invitation to contribute to a special issue on ethics and complaints commissioner offices \(ombudsperson\)](#). 11 Jan. 2021.
26. Mayntz R. Modernization and the logic of interorganisational networks. In: Child J, Crozier M, Mayntz R, editors. *Societal Change Between Market and Organisation*. Aldershot: Avebury; 1993. p. 3-19.
27. Borzel T. [Organising Babylon: On the different concepts of policy networks](#). *Public Administration*. 1998;76(2):253-73.
28. Bogason P, Toonen A. [Introduction: Networks in public administration](#). *Public Administration*. 1998;76(2):205-27.
29. Genieys W, Darviche M-S, Epperson B. [Les gardiens des politiques de santé face à la réforme Obama](#). *Gouvernement et action publique*. 2020;3(9):59-79.
30. Genieys W, Darviche M-S, Epperson B. [New policy elites and the Affordable Care Act: The making of long-term insiders](#). *Journal of Policy History*. 2022;34(1):1-24.
31. Newman J. *Governing Public-Private Partnerships*. Montreal: McGill-Queen's Press; 2017.
32. Thatcher M. [The development of policy network analysis: From modest origins to overarching frameworks](#). *Journal of Theoretical Politics*. 1998;10(4):389-416.
33. Hecló H. Issue networks and the executive establishment. In: King A, editor. *The New American Political System*. Washington, D.C.: American Enterprise Institute; 1978. p. 87-124.
34. Henry AC. [Ideology, power, and the structure of policy networks](#). *Policy Studies Journal*. 2011;39(3):361-83.
35. Erkkilä T. Transnational governance and global diffusion of the ombudsman institution. In: *Ombudsman as a Global Institution: Transnational Governance and Accountability*. Palgrave Macmillan; 2020. p. 21-63.
36. Erkkilä T. Ombudsman as a global institution. In: *Ombudsman as a Global Institution: Transnational Governance and Accountability*. Palgrave Macmillan; 2020. p. 3-19.
37. Cutting A. [Defending the defencers: Ombudsmen need support](#). *EuObserver*. 10 Sept. 2019.
38. Van de Pol U. The added value of a local ombudsman. In: Passemiers R, Reynaert H, Steyvers K, editors. *The Impact of Ombudsmen*. Brugge: Vanden Broele Publisher; 2009. p. 233-249.
39. Gill C. What can government learn from the ombudsman? In: Hertogh M, Kirkham R, editors. *Research Handbook on the Ombudsman*. Edward Elgan Publishing; 2018. p. 298-318.
40. Marin A. [Leveraging moral suasion through SORT investigations](#). Plenary Session 2, IOI World Conference. Stockholm; Jun. 2009.

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

The Effect of Patient Complaints on Physicians in European and Commonwealth Countries with Public Healthcare Systems: A Scoping Review and Ethical Analysis

Erica Monteferrante^{a*}, Karena D. Volesky^{a*}, Julien Brisson^{a,b}, Harvey H. Sigman^{a,c,d}, Maude Laliberté^e

* Indicates equally contributing authors

Résumé

Les bioéthiciens défendent depuis longtemps les droits des patients en délibérant sur ce que les médecins doivent ou ne doivent pas faire pour le bien-être des patients. Une partie de ce plaidoyer a consisté à remettre en question un modèle médical paternaliste où les médecins sont considérés comme des figures d'autorité irréprochables. Par l'intermédiaire des bureaux d'ombudsman, les patients peuvent déposer des plaintes qui peuvent conduire à un examen détaillé, par un médecin légiste, de la conduite et des décisions des médecins. Des recherches antérieures indiquent que les plaintes peuvent avoir des conséquences graves et étendues sur les médecins. Nous avons effectué une revue de la littérature afin d'explorer et d'évaluer l'étendue de la littérature quantitative et qualitative examinant l'impact des plaintes sur les médecins dans les pays européens et du Commonwealth. Nous avons systématiquement recherché dans les bases de données électroniques (CINAHL, MEDLINE et PsycInfo) et dans la littérature grise les recherches primaires qui ont recueilli des informations directement auprès des médecins sur au moins un impact potentiel des plaintes officielles. Après avoir passé en revue les titres et résumés de 14 913 enregistrements et examiné 137 textes complets, 25 études ont été retenues. Ces 25 études font état de plusieurs répercussions potentielles, notamment sur la relation patient-médecin (3 études), la médecine défensive ou l'évitement (14 études), l'anxiété (8 études), la dépression (8 études), l'identité du médecin (5 études) et la colère (5 études). En général, les impacts évalués dans les études incluses étaient négatifs. Bien que la littérature existante couvre un éventail d'impacts possibles, peu d'études ont évalué les mêmes impacts par différentes méthodes, et dans différentes régions et contextes. Les résultats de cette revue de la littérature suggèrent que les processus de plaintes peuvent avoir des impacts négatifs sur les médecins.

Mots-clés

plaintes, ombudsman, médecins légistes, médecins, impact psychologique, revue de cadrage

Abstract

Bioethicists have long advocated for patients' rights by deliberating on what physicians should or should not do for the well-being of patients. Part of this advocacy has involved challenging a paternalistic medical model where physicians are seen as authoritative figures above reproach. Through ombudsperson offices, patients can submit complaints that may lead to medical examiners conducting detailed examinations of physicians' conduct and decision-making. Prior research indicates that complaints can have serious and broad effects on physicians. We conducted a scoping review to explore and evaluate the extent of the quantitative and qualitative literature examining the effects of complaints on physicians in European and Commonwealth countries. We systematically searched electronic databases (CINAHL, MEDLINE and PsycInfo) and grey literature for primary research that collected information directly from physicians on at least one potential effect of formal complaints. After screening the titles/abstracts of 14,913 records and reviewing 137 full-texts, 25 studies were included. The 25 studies reported on several potential effects, including the patient-physician relationship (3 studies), defensive medicine (14 studies), anxiety (8 studies), depression (8 studies), one's identity as a physician (5 studies), and anger (5 studies). Generally, the effects evaluated in the included studies were negative. Although the existing literature covered a range of possible effects, few studies assessed the same effects via different methods, and in different regions and contexts. The findings of this scoping review suggest that complaints processes can have negative effects on physicians.

Keywords

complaints, ombudsman, medical examiners, physicians, psychological impact, scoping review

Affiliations

^a Office of the Service Quality and Complaints Commissioner, Integrated Health and Social Services University Centre (CIUSSS) West-Central Montreal, Québec, Canada

^b Bioethics Program, Department of Social & Preventive Medicine, School of Public Health, University of Montreal, Canada

^c Medical Examiner and Coordinator of Medical Examiners, CIUSSS West-Central Montreal, Québec, Canada

^d Division of General Surgery, McGill University, Montréal, Québec, Canada

^e Consultant specializing in Health Ethics and Complaints Processes, Montreal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Karena D Volesky, karena.volesky@mail.mcgill.ca

INTRODUCTION

The complaints process allows patients to express their dissatisfaction with the quality of care by filing a complaint with the ombudsperson of the healthcare establishment; medical complaints are then transferred to the local medical examiner for further examination. The intent of this process is not to address legal or malpractice issues, but rather to drive quality improvement, for example, as stated in Quebec's *Act Respecting Health Services and Social Services* (1). Yet, in the pursuit of improving quality of care, complaints can have different effects on the healthcare professional that is the subject of the complaint. The potential effects of patient complaints on physicians should be of concern for bioethics, notably if complaints

have a negative effect on the medical practice of physicians, such that physician-patient relationships suffer, or that the quality of care to patients is compromised. However, just as importantly, the field of bioethics must adopt a critical stance on its canonical subjects of study (2). Historically, one of the main objectives of bioethics has been to advocate for patient rights (e.g., a patient's ability to complain about physicians). Since physicians hold positions of significant power, bioethicists have often critiqued physician practices in the name of patient well-being (3), a classic example being the critique of medical paternalism (4). The field of bioethics should not, however, ignore the fact that physicians may be subjected to direct criticism by patients through complaints processes. Nor should it be assumed that the repercussions of patients' complaints are necessarily positive or neutral. The current study invites bioethicists to examine the physician-patient relationship from a different angle, by considering the range of effects (positive, neutral, and negative) that patient complaints may have on physicians.

Prior research indicates that complaints can have a range of negative practice-related and psychological effects on physicians, including practicing defensive medicine (5), and experiencing depression (6). Two reviews have attempted to systematically synthesize evidence on the effects of the complaints process on physicians (7,8). Most recently, a systematic review conducted by Baines (8) searched several international databases for records published in English from 2007 to 2017 that described the impact of patient complaints and compliments on physicians' medical performance. Baines concluded that patient complaints can positively or negatively affect medical performance (8). In an earlier study, Nash et al. (7) searched MEDLINE in 2003 to find records that assessed the psychological impact of complaints and negligence suits, and they found that adjustment disorder and depression were frequently reported by physicians.

Although prior reviews provide insight into the effects of complaints on physicians, these studies are limited in a number of ways: they are restricted to records published many years ago, they do not provide a reproducible search that makes use of multiple databases and sources (i.e., the grey literature), and they do not cover the range of effects that complaints can have on physicians. For example, Baines (8) focused on the impact of complaints on medical performance and included only six studies. Further, we found that no other scoping review that had documented the effects of complaints on physicians. We thus aimed to quantify and describe the extent of the evidence on the possible impacts of complaints on physicians' practices and psychological well-being, by conducting a scoping review and ethical analysis.

METHODS

The reporting of this scoping review and its methods follows the *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (9). We performed a systematic search of the academic and grey literature to identify quantitative and qualitative studies on the effect of complaints on the practices and/or psychological well-being of physicians.

Information sources and search strategy

Three electronic health-related databases – CINAHL, MEDLINE and PsycInfo – were searched on February 17th, 2021 without date or language restrictions (**Supplemental Table 1. Academic literature search strategy**). **Grey literature was collected up to March 15th, 2021 by targeting relevant websites using a combination of search terms within those websites to obtain records (Supplemental Table 2. Grey literature search strategy)**. We also manually searched the reference lists of included studies. The academic and grey literature searches, including the choice of databases and websites, were developed with the assistance of a Librarian with expertise in conducting systematic searches. For feasibility and to increase the comparability of the findings, the grey literature search was restricted to countries with public healthcare systems, such as, Australia, Canada, New Zealand, and European countries. Records published in languages other than English or French were translated with the free web-based software [DeepL](#).

Eligibility criteria and study selection

To be included, records had to represent original research (i.e., reviews, editorials, etc. were excluded), and collect quantitative or qualitative data from physicians on at least one potential impact of the formal complaints process on physicians. The method by which the data were collected had to be outside of the formal complaints process. For example, an analysis of physicians' responses to written complaints were not eligible, since doing so is part of a confidential process. The effect of malpractice lawsuits on physicians, as well as the legal analysis of medical complaints were out of the scope of this study. We excluded conference abstracts on the basis that they would not contain sufficient information. The initial and full-text reviews of the academic and grey literature were performed by KV and EM, respectively. The initial screen of the academic literature was performed using the Rayyan web application (10). Records deemed relevant by KV and EM were then assessed by JB to confirm eligibility.

Data extraction and analysis

A standardized form used to collect data was piloted on five studies. The data extracted included: year of publication, location, healthcare context, types of physicians included, method of data collection, number of survey participants, response rate, number interview participants, contextual details on the complaint process, as well as whether the study reported¹ on the potential impact of complaints on 1) *patient care* (e.g., patient-physician relationship and others), 2) *medical practices*

¹ The study assessed that effect, or in the case of qualitative studies that a participant reported that effect, not necessarily that the complaint is associated with said effect.

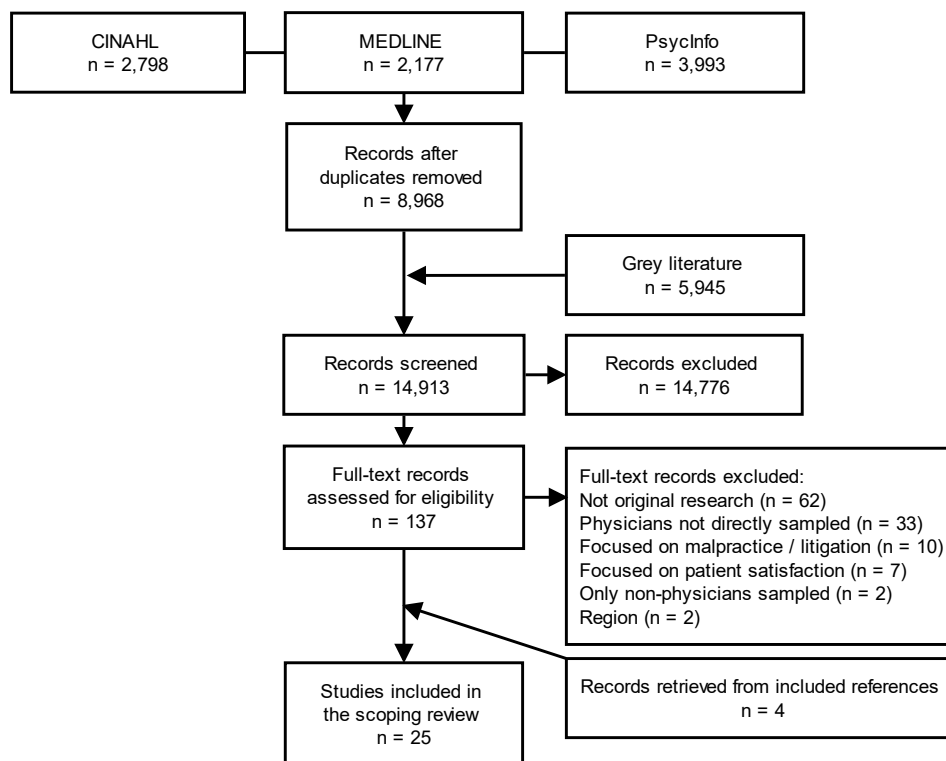
(e.g., defensive medicine which includes caution/avoidance, desiring to or actually leaving medical practice, imposed leave of absence, and other), and 3) *physicians' psychological well-being* (e.g., confidence, identity as a physician, stress, voluntary stress leave, anxiety, fear, anger, depression, suicidal thoughts / ideation, and others). The specific results for each potential positive or negative effect were also extracted. Some studies included physicians and other healthcare professions such as nurses; in these instances, we extracted the data specifically related to physicians. EM and JB each extracted half of the records, then verified each other's extracted data. Discrepancies were resolved through discussion amongst EM, JB, and KV.

RESULTS

Overview

After reviewing 14,913 record titles/abstracts and 137 full-texts, 21 studies were eligible, and from the references of those studies, we identified another 4 studies that met the eligibility criteria (**Figure 1**). Although 5,945 records from the grey literature were screened, this search did not yield any eligible records. The 25 studies included 22 unique study populations: Bourne (6,11) sampled the same physicians, as did three of Cunningham's studies (12-14). Most studies were conducted in Europe (64%) and sampled a mixture of general practitioners and specialists (64%) (**Table 1**). Questionnaires were employed by most (68%) studies, the median number of physicians sampled was 453 and ranged from 35 to 7,926 (6,15). The median response rate for questionnaires was 60% and ranged from 8% to 85% (6,16). Ten studies (40%) used interviews, and the median number of interviewees was 17 and ranged from 10 to 51 physicians (17,18).

Figure 1. Flow chart of record selection from the academic and grey literature searches



We tabulated how many and which studies reported on different possible effects that complaints can have on patient care, medical practices, and the psychological well-being of physicians (**Table 1**). We had initially included “imposed leave of absence” but no study reported on this potential effect. Of the 15 possible effects listed in Table 1, the one most often reported on was practicing defensive medicine, which includes avoidance / caution.

Effects on medical practice: defensive medicine

Defensive medicine refers to deviating or otherwise practicing medicine differently from a physician's normal or typical practice (19). This approach may be adopted with the intent of decreasing the likelihood of patients filing complaints. Some studies have suggested that defensive medical practice is associated with being unable to provide quality care to patients (20), and a loss of trust in patients as a result of going through the complaints process (21). Ortashi (19) describes defensive medicine as a departure (in general terms) from a physician's normal practices, Zeeman (20) characterizes defensive medicine as exercising “hypervigilance in patient care”, while Verhoef (22) describes it as “provid[ing] care more cautiously” following the incidence of a patient complaint and is fuelled by the fear of future complaints. Several authors agree that this kind of vigilance includes, e.g., referring to other specialists early, ordering tests they would consider extraneous or done out of an abundance of caution (6,11,15,21,23-25). In another study (26), 98% of physicians reported that they changed their medical

practice in ways that would reduce the possibility of having a patient file a complaint against them. These changes involved ordering more diagnostic tests, increasing referrals to specialists, and increased follow-ups with patients (26). In a study with physician respondents (6), 85% of 2257 physicians with a recent complaint and 80% of 3889 physicians with a past complaint reported changing the way they practiced medicine because of the complaint. Even observing a colleague's experience with a complaint prompted 73% of the 1780 physicians with no previous complaint experience to change their practice to be more defensive.

Effects on physicians' psychological well-being

In their descriptions of the psychological effects of complaints, studies assessed effects ranging from stress (15,17-18,20,23,27-28) and anger (6,12,17,22,25) to anxiety (6,11,17-18,20,25,27,29) and suicidal ideation or thoughts of self-harm (6,23,25). Other psychological effects included self-confidence issues (12,17,20,23-25, 27-28), which in part affected their sense of identity as a physician (18,25,27,30-31). For example, in one study, 72% of physicians reported anger as an immediate reaction to learning they had received a complaint, with 36% of the physicians feeling anger over the long-term (12). Another study (6) found that physicians with a recent complaint were twice as likely to have significant levels of anxiety on the GAD-7 (32) scale, compared to those who did not have any experience with a complaint, recent or otherwise. This same study also reported a two-fold increase in the risk of suicidal ideation amongst physicians with a recent complaint (6). In one interview, a physician mentioned contemplating suicide in their description of the negative impact of the complaint (25).

Table 1. Summary of study characteristics

Study characteristics, N = 25		
Characteristics	Number (%)	References
Year of publication		
Before 2000	4 (16%)	(25-27,33)
2000 to 2014	12 (48%)	(12-19,24,28-29,34)
2015 or later	9 (36%)	(6,11,20-23,30-31,35)
Region		
Australia / New Zealand	8 (32%)	(12-17,24,28)
Canada	1 (4%)	(35)
Europe, excluding the United Kingdom	5 (20%)	(20-22,31,34)
United Kingdom	11 (44%)	(6,11,18-19,23,25-27,29-30,33)
Types of physicians included		
General practitioners (GPs)	5 (20%)	(17,25-26,30,33)
Mixture of GPs and Specialists	16 (64%)	(6,11-14,16,18-19,21-24,27-29,31)
Other	3 (12%)	(15,20,34)
Not reported	1 (4%)	(35)
Data collected from		
Questionnaires	15 (60%)	(6,11-16,19-21,23,26,28,33-34)
Interviews	8 (32%)	(17,18,22,25,29-31,35)
Questionnaires and interviews	2 (8%)	(24,27)
Reported on the effects on patient care		
Patient-physician relationship	3 (12%)	(17,21,23)
Other effect on patient care ^a	5 (20%)	(6,17-18,20,23)
Reported on the effects on medical practices		
Defensive medicine	14 (56%)	(6,11,15,17-26,29)
Desire to leave practice / leaves practices	4 (16%)	(12,15,23,25)
Other effects on medical practices ^b	6 (24%)	(6,11,15,17,20,25)
Reported on the effects on physicians' psychological well-being		
Self-confidence	8 (32%)	(12,17,20,23-25,27-28)
Identity as physician	5 (20%)	(18,25,27,30-31)
Stress	7 (28%)	(15,17-18,20,23,27-28)
Voluntary stress leave	2 (8%)	(6,23)
Anxiety	8 (32%)	(6,11,17-18,20,25,27,29)
Fear	3 (12%)	(17,20,31)
Anger	5 (20%)	(6,12,17,22,25)
Depression	8 (32%)	(6,11,12,15,17,23,25,33)
Suicidal thoughts / ideation	3 (12%)	(6,23,25)
Other effects on physicians' psychology ^c	11 (44%)	(6,15,17,20-23,25,28,31,33)

^a Other effects on patient care included: inability to provide quality care to their patients, practicing poorer medicine, acting against their professional judgement, increased likelihood to abandon patient procedures, and increased likelihood to make mistakes.

^b Other effects on medical practice included: offering more limited service, lowered sense of collegiality, and lowered quality of medical training.

^c Other effects on physicians' psychology included: negative impact on personal life, fear, discomfort and insecurity, and sleeplessness.

DISCUSSION

In quantifying and describing the evidence on the effects of complaints on physicians' practices and psychological well-being, we identified 25 studies based on 22 study populations. These studies suggested that the physicians whose patients filed a complaint against them adopted more defensive practices, and that the complaints process tended to have a negative effect on their psychological well-being. Here, we explore the potential implications of the compiled data through an ethical analysis.

Bioethicists have played an influential role in questioning the power relations at play in patient-physician interactions, in part by encouraging patients to voice problematic aspects of their interactions with physicians (36,37). Formal complaints processes such as those carried out by ombudsperson offices, through the medical examiners, provide a way for patients to voice their discontent regarding a physician and thereby exercise agency in their healthcare decisions (1). The availability and accessibility of a mechanism by which patients can voice complaints against their physician allows respect for the principle of autonomy, for example, by challenging the authoritative positions of physicians vis-à-vis patients. The ombudsperson office and the medical examiners are meant to be an impartial and independent body to examine situations involving healthcare and services (1), and complaint processes are meant to drive quality improvement by remedying problematic situations. However, most of the studies we reviewed suggested that complaints tended to have negative effects on physicians. These fell into two main categories: *medical practice* (including patient care) and *psychological well-being*. Notably, negative effects can be interrelated in that the physician's psychological well-being may affect their medical practice, or conversely, changes to their medical practice may influence their psychological well-being.

The practice of defensive medicine originates from a heightened concern for protecting the interests of the physicians (e.g., avoiding liability) rather than adopting more careful or cautious practice for the benefit of the patient (5). It has been suggested that defensive medicine does not improve patient care or medical practice, as physicians who adopt such practices do so out of fear of repercussions rather than concern for patient well-being (5). Several studies framed defensive medicine as damaging to physicians and potentially harmful to patients (11,18,26,29). Other studies (15,24) acknowledge that defensive medicine involves positive and negative components, which may be complementary to reflexive medical practices. One study described defensive practices, such as offering more explanation or taking more detailed notes, as beneficial (26). This conclusion was substantiated by a questionnaire of 1279 physicians (21), where 62% reported that receiving a complaint resulted in writing more detailed documentation, and 44% of respondents started sharing more information with their patients. It is possible that because of their involvement in a complaints process, physicians request referrals more judiciously or ask for testing that may have been warranted in the first place.

Aside from reporting defensive medical practices, the included studies reported on psychological effects of complaints, where anxiety (6,11,17-18,20,25,27,29), self-confidence (12,17,20,23-25,27-28), depression (6,11,12,15,17,23,25,33), and stress (15,17-18,20,23,27-28) were listed most often. One of the possible effects of complaints that was added upon reviewing the extracted data was how complaints could affect the perceived identity of physicians who are the subject of complaints. Several studies suggested that physicians did not anticipate being the subject of a complaint (27,31), and thus they were surprised. Physicians, understandably, see themselves as professionals motivated to care for patients, something that is anchored in core ethical values and their codes of ethics (38). For this reason, receiving an unanticipated complaint made some physicians reconsider or call into question their role as caring professionals, creating the belief that they were not fulfilling their role as physicians, and straying from their professional code of conduct to "first, do no harm" (39). While the ability of patients to complain about their physician should be safeguarded, further ethical reflection should be conducted so that the complaint process is structured in a way that minimizes 'harm' to physicians. Interestingly, bioethics has long been interested in addressing the harm caused to patients, given the power differential with physicians (3), but much less attention has been given to whether and how patients could potentially harm physicians, and even less in a complaints process.

Mulcahy (27) and Cunningham (17) suggest that physicians experience negative psychological effects of complaints because they tend to be unaware of how the complaint's process works, meaning that they may not know what to expect or how to react or cope when a patient files a complaint. To this point, several studies (6,15-16,20-21,23) recommended that mechanisms be offered to physicians to support them through the complaint process, such as in-depth explanations of the complaints process during their medical training and as needed. Offering support to physicians facing a complaint is important; while physicians have a professional obligation to first do no harm (40), the negative psychological effects that physicians reported can be damaging to their sense of identity and potentially to their ability to deliver optimal patient care.

Although we did not employ date restrictions in the database searches, we did not observe any notable changes in the main conclusions based on publication date. In their survey of general practitioners, Ashworth and Armstrong (33) found that the fear of a patient filing a complaint is a source of stress. Similarly, 30% of doctors surveyed by Summerton (26) noted that the potential of a patient complaint or lawsuit was a source of worry. Mulcahy (27) and Jain (25) found that the complaints process had an overwhelmingly negative effect on doctors' well-being. Findings from these older studies are consistent with the rest of the articles reviewed in our sample; more recent studies also detail the overall negative effects that physicians perceive when they are involved in a patient complaint process.

Even among countries with comparable healthcare systems, heterogeneity in the complaints systems can arise from the length of time complaints take to resolve, if / how complaints are filtered by ombudsperson offices, and whether the process is

confidential. This heterogeneity may contribute to the impact that complaints have on physicians. Whereas some studies were conducted in a system where complaints were more informal in nature (11,21,23,25,31) others included litigation (17,20,29) and/or medical disciplinary committees as a component of complaint processes (6,11,16-17,22-23,34). Despite similarities in the healthcare systems, the included studies provided few details on the complaints process or what a complaint involves. For example, the complaint process is confidential in the province of Quebec (1), whereas the literature we reviewed from the United Kingdom (18-29) revealed that complaints could be featured in the media, implying that the complaints process is not fully confidential. Non-confidential complaint processes can lead to judgment and stigma towards physicians (18). In the context of a non-confidential complaints system, negative psychological effects or the adoption of defensive medical practices may be more likely. Implementing a confidential complaints process may reduce the negative nature of the effects measured. Additionally, most studies did not explicitly report if the physicians sampled worked in public or private institutions. In fact, most studies provided few contextual details, making it difficult to compare public versus private experiences and treatment of complaints.

Definitions of stress, depression, and anxiety varied across studies. Some studies used the terms 'stress', 'depression', and 'anxiety' in their categorization of the negative psychological effects of complaints on physicians, but we noticed that these terms were not used consistently. For example, while at least one study measured or quantified depression in terms of a validated psychological measure or against the criteria for clinical depression in the DSM-V (41), other researchers listed it simply because physicians mentioned it while referring to prolonged sadness and apathy. This lack of precision is problematic because employing different meanings of these terms makes it more difficult to accurately measure and understand what the precise effects of complaints are on physicians. Data heterogeneity means that these psychological experiences may not yet be understood and so could benefit from a phenomenological analysis (42-43). For example, the direct responses that physicians have to the complaints could provide valuable insights into the potential consequences of those complaints; however, this was outside of the scope of our review.

The current study's findings uncovered a complex set of potentially negative effects of the complaints process on physicians themselves, which could translate into negative repercussions for patients. Generally, the findings suggested that being the target of a patient complaint can negatively affect the quality of care delivered across the health care system. Indeed, defensive medicine can disrupt patient care, in particular for those patients perceived as being more likely to file a complaint. The interconnectedness of defensive medical practices and their consequences highlights the array of competing interests that leads to contradictory outcomes to the intended purpose of improving the quality of care. These findings are consistent with complexity theory, a general framework that analyzes the nature and interactions within health care systems (44-46). Complex systems are characterized by multiple interrelated elements that self-regulate through their interactions (44-48) – these interactions are uncertain, and their outcomes produce unpredictable results (45-48).

Instead of criticizing physicians in the name of patient well-being, it is helpful to examine the organizational features and relational interactions that generate these patterns. The complaints process is an important feature of improving the quality of care within the Quebec Integrated Health and Social Services Centre (IHSSC). Yet, a minority of patients are known to make complaints that are considered 'trivial', 'vexatious', 'frivolous' or 'in bad faith' (1). As such, legislators in Quebec have enshrined in the *Act Respecting Health Services and Social Services* the possibility for complaints commissioners and medical examiners to reject such types of complaints (1). There is also ongoing discussion about querulousness and abusive or unreasonable individuals in the public healthcare system (49). Some patients also have unrealistic expectations from their physician, or from the health care system in general, reinforcing that fact that administrative procedures of the complaints process can also generate tensions within the IHSSC. Accordingly, these should be examined to target improvement initiatives (50). One federal initiative, *Choosing Wisely Canada* (51), is based on the notion that overtreatment (stemming in part from defensive medical practices) does more harm than good, for both patients and physicians. This harm can be characterized, for example, in terms of less than favourable clinical outcomes and resources that are not used optimally across the medical system or IHSSC. Other similar initiatives would ensure that ombudspersons and medical examiners continue to be perceived as independent third parties, maintaining impartiality in the eyes of both patients and physicians. Such neutral or unbiased treatment would reinforce the role of ombudspersons and medical examiners as advocates for healthcare users.

The findings of this review underscore that there may be lessons to learn or to integrate into improving complaints processes. Such improvements depend on several variables, including positive, negative, or neutral effects of complaints on physicians, and the values promoted by physicians in their professional affiliations. In so doing, the complaints process could be re-structured to improve the quality of care for patients. For example, the fact that the physician is a moral agent (52-57) may need to be considered in improving complaints processes. The topic of physicians as moral agents has been addressed most notably in the context of futile or end-of-life care (58) in which the patient makes requests outside of normal standards of care. Similar topics for which patient requests may be at odds with the values espoused by physicians and their professional associations (59-62) could inform complaints processes and their potential outcomes.

Gaps in the literature

Few studies asked about or reported on the potential positive effects that complaints can have on physicians (16,25). Since a goal of the complaints process is to improve the quality of patient care, the lack of measures about potentially positive effects may provide an incomplete portrait of the situation. Additionally, some effects such as practicing defensive medicine may or may not be positive depending on the specific context / case; for example, it is possible that before the complaint, the physician

was overly confident in a way that led to sub-optimal patient care. Reported positive effects of complaints on physicians were minimal, thus more research is needed to understand if and how complaints can have positive effects on physicians and patient care.

Despite the included studies' focus on negative effects of complaints, the data were rich. Included surveys used large sample sizes and measured several different potential effects. Nonetheless, the total of 25 studies that we identified is still a small number. In this sense, the literature may be inadequate in size and in scope to draw firm conclusions on the impact of complaints on physicians. Specifically, the heterogeneity in complaint systems and in the definitions of the potential effects such as anxiety and depression make a meta-analysis based on the existing literature unfeasible. In terms of study characteristics: low response rates of physicians sampled and selection bias means that the figures reported by study authors may not provide an accurate description of the impact of the complaints process on physicians, which may explain why no articles reported positive effects of complaints on physicians.

Limitations

For both comparability and feasibility, we restricted this review to certain geographic areas, which may have excluded relevant records. However, the academic literature search was not restricted to any region and only two studies were excluded due to sampling physicians based in Japan and the United States (63-64). Additionally, since the grey literature search did not produce any eligible records, it is possible that extending the grey literature search to additional regions would not produce more records. Independent review was not carried out during the record selection stage; however, all studies identified as eligible were reviewed by another author to confirm eligibility and extracted data were verified. Finally, as a scoping review, this study cannot draw definitive conclusions on the impact of complaints on physicians, hence the elements presented in the discussion must be interpreted with caution.

CONCLUSION

We investigated the effects of complaints on physicians via a scoping review. Overall, the 25 studies included in our review revealed that physicians reported practicing more defensive medicine and experiencing psychological effects, which they perceived as negative or potentially detrimental to their ability to provide the best possible patient care. Existing formal complaint processes should thus consider how they can lessen the burden and potential detrimental effects of complaints on physicians. From a bioethics perspective, this scoping review helps provide a different outlook on the possible types of ethical analyses of the physician-patient relationship. The classic approach in bioethics has been to advocate for patient autonomy (e.g., promoting the right to make complaints against doctors), which is a response to the now-antiquated paternalistic model of medicine. Nonetheless, it is essential for bioethics to consider the potentially harmful effects that patient complaints may have on physicians and thus their ability to carry out their ethical obligation to provide optimal, patient-centred care.

Reçu/Received: 14/05/2021

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mme Sylvie Fontaine, bibliothécaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, pour ses conseils dans l'élaboration de la stratégie de recherche.

Conflits d'intérêts

EM et JB sont éditeurs à la *Revue canadienne de bioéthique*. De par leurs fonctions éditoriales régulières, ils n'ont pas accès au système de soumission interne et; en tant qu'auteurs, ils n'ont participé ni à la révision ni à l'acceptation du manuscrit.

Publié/Published: 17/10/2022

Acknowledgements

The authors would like to thank Ms. Sylvie Fontaine, Librarian at the School of Public Health of University of Montreal, for her guidance in developing the search strategy.

Conflicts of Interest

EM and JB serve as editors at the *Canadian Journal of Bioethics*. Through their regular editorial duties, they do not have access to the internal submission system; as authors, they were involved neither with the review nor the acceptance of the manuscript.

Édition/Editors: Bertrand Alexandre Stoffel

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Kevin Reel & Régis Blais

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of the *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. [An Act Respecting Health Services and Social Services](#), CQLR c S-4.2, 1991.
2. Hedgecoe AM. [Critical bioethics: beyond the social science critique of applied ethics](#). *Bioethics*. 2004;18(2):120-43.
3. Goodyear-Smith F, Buetow S. [Power issues in the doctor-patient relationship](#). *Health Care Analysis*. 2001;9:449-62.
4. Rothstein MA. [Autonomy and paternalism in health policy: currents in contemporary bioethics](#). *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2014;42(4):590-4.
5. Cunningham W, Wilson H. [Complaints, shame and defensive medicine](#). *BMJ Qual Saf*. 2011;20(5):449-52.
6. Bourne T, Wynants L, Peters M, et al. [The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practice of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey](#). *BMJ Open*. 2015;5(1):e006687.
7. Nash L, Tennant C, Walton M. [The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors](#). *Australas Psychiatry*. 2004;12(3):278-81; discussion 82.
8. Baines R. [The impact of patient complaints and compliments on medical performance: a systematic review](#). *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2019;7(3).
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, et al. [PRISMA Extension for Scoping Reviews \(PRISMA-ScR\): checklist and explanation](#). *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
10. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. [Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews](#). *Syst Rev*. 2016;5(1):210.
11. Bourne T, De Cock B, Wynants L, et al. [Doctors' perception of support and the processes involved in complaints investigations and how these relate to welfare and defensive practice: a cross-sectional survey of the UK physicians](#). *BMJ Open*. 2017;7(11):e017856.
12. Cunningham W. [The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints](#). *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1198):U972.
13. Cunningham W. [The medical complaints and disciplinary process in New Zealand: doctors' suggestions for change](#). *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1198):U974.
14. Cunningham W. [New Zealand doctors' attitudes towards the complaints and disciplinary process](#). *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1198):U973.
15. Jarvis J, Frizelle F. [Patients' complaints about doctors in surgical training](#). *New Zealand Medical Journal*. 2006;119(1236):U2026.
16. Tapper R, Malcolm L, Frizelle F. [Surgeons' experiences of complaints to the Health and Disability Commissioner](#). *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1198):U975.
17. Cunningham W, Dovey S. [The effect on medical practice of disciplinary complaints: potentially negative for patient care](#). *New Zealand Medical Journal*. 2000;113(1121):464-7.
18. McGivern G, Fischer MD. [Reactivity and reactions to regulatory transparency in medicine, psychotherapy and counselling](#). *Soc Sci Med*. 2012;74(3):289-96.
19. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. [The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom](#). *BMC Medical Ethics*. 2013;14(42).
20. Zeeman G, Schouten L, Seys D, et al. [Prolonged mental health sequelae among doctors and nurses involved in patient safety incidents with formal complaints and lawsuits](#). *European Journal of Public Health*. 2020;30(4):777-9.
21. Forde R, Aasl, OG. [Is imperfection becoming easier to live with for doctors?](#) *Clinical Ethics*. 12(1):31-6.
22. Verhoef LM, Weenink JW, Winters S, Robben PB, Westert GP, Kool RB. [The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands](#). *BMJ Open*. 2015;5(11):e009275.
23. Bourne T, Vanderhaegen J, Vranken R, et al. [Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data](#). *BMJ Open*. 2016;6(7):e011711.
24. Cunningham W, Dovey S. [Defensive changes in medical practice and the complaints process: a qualitative study of New Zealand doctors](#). *New Zealand Medical Journal*. 2006;119(1244):U2283.
25. Jain A, Ogden J. [General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study](#). *BMJ*. 1999;318(7198):1596-9.
26. Summerton N. [Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners](#). *BMJ*. 1995;310(6971):27-9.
27. Mulcahy L. [From fear to fraternity: Doctors' construction of accounts of complaints](#). *Journal of Social Welfare & Family Law*. 1996;18(4):397-412.
28. Nash L, Curtis B, Walton M, Willcock S, Tennant C. [The response of doctors to a formal complaint](#). *Australasian Psychiatry*. 2006;14(3):246-50.
29. McGivern G, Fischer M. [Medical regulation, spectacular transparency and the blame business](#). *J Health Organ Manag*. 2010;24(6):597-610.
30. Napier J, Clinch M. [Job strain and retirement decisions in UK general practice](#). *Occupational Medicine*. 2019;69(5):336-41.
31. Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. [How physicians make sense of their experience of being involved in hospital users' complaints and the associated mediation](#). *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):73.
32. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. [A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7](#). *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092-7.
33. Ashworth M, Armstrong D. [Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city](#). *Family Practice*. 1999;16(1):18-22.

34. Cuperus-Bosma JM, Hout FA, Hubben JH, van der Wal G. [Views of physicians, disciplinary board members and practicing lawyers on the new statutory disciplinary system for health care in The Netherlands](#). Health Policy. 2006;77(2):202-11.
35. Liu JJ, Rotteau L, Bell CM, Shojania KG. [Putting out fires: a qualitative study exploring the use of patient complaints to drive improvement at three academic hospitals](#). BMJ Quality & Safety. 2019;28(11):894-900.
36. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. [Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships](#). Journal of General Internal Medicine. 2010;25(7):741-5.
37. Boas H, Hashiloni-Dolev Y, Davidovitch N, Filc D, Lavi SJ. Introduction: Bioethics in Israel. In: Filc D, Boas H, Davidovitch N, Lavi SJ, Hashiloni-Dolev Y, editors. Bioethics and Biopolitics in Israel: Socio-legal, Political, and Empirical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p. 1-20.
38. Allsop J, Mulcahy L. [Maintaining professional identity: doctors' responses to complaints](#). 1998;20(6):802-24.
39. Beauchamp T, Childress J. Principles of Bioethical Ethics. USA: Oxford University Press; 2001.
40. Miles SH. The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine: Oxford University Press; 2004.
41. Depressive disorders: DSM-5® selections. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
42. Huff JL, Walther J, Jesiek BK, Zoltowski CB, Oakes WC. [Qualitative research on psychological experience: A starting point for using interpretative phenomenological analysis](#). Proceedings of the 2015 IEEE Frontiers in Education Conference (FIE): IEEE Computer Society; 2015. p. 1-4.
43. Volpato E, Banfi PI, Valota C, Pagnini F. [Psychological support for health professionals: an interpretative phenomenological analysis](#). Front Psychol. 2018;9:1816.
44. Glouberman S, Enkin M, Groff P, Jadad A, Stern A. [Entrenched health care practices and complex systems](#). Australian Health Review. 2006;30(1):7-11.
45. Pearce N, Merletti F. [Complexity, simplicity, and epidemiology](#). International Journal of Epidemiology. 2006;35(3):515-9.
46. Holden LM. [Complex adaptive systems: concept analysis](#). Journal of Advanced Nursing. 2005;52(6):651-7.
47. Morin E. Introduction à la pensée complexe. 1 ed. Paris: Seuil; 2005.
48. Morin E, Le Moigne JL. L'intelligence de la complexité. 1 ed. Paris: L'Harmattan; 1999.
49. Sud OdN-Gd. Gestion du plaignant dont la conduite est déraisonnable. Australie: Ombudsman de Nouvelle-Galles du Sud; 2012.
50. Biggar S, Lobigs LM, Fletcher M. [How can we make health regulation more humane? a quality improvement approach to understanding complainant and practitioner experiences](#). Journal of Medical Regulation. 2020;106(1):7-15.
51. Choosing Wisely Canada. [About](#), n.d.
52. Caldicott CV, Danis M. [Medical ethics contributes to clinical management: teaching medical students to engage patients as moral agents](#). Med Educ. 2009;43(3):283-9.
53. Doucet D, Larouche J-M, Melchin KR. Ethical Deliberation in Multiprofessional Health Care Teams. Ottawa: University of Ottawa Press; 2001.
54. Jotterand F. [Medicine as a moral practice: Reconsidering the role of moral agency in the patient-physician relationship](#). The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics 2002;1(2).
55. McMillan RC. [Responsibility to or for in the physician-patient relationship?](#) Journal of Medical Ethics. 1995;21(2):112-5.
56. Perkins H. [Balancing self and patient in the physician-patient relationship](#). Chest. 2002;121(4).
57. Szasz TS. [The moral physician](#). Cent Mag. 1975;8(2):2-9.
58. Keyserlingk EW. Quality of life decisions and the hopelessly ill patient: The physician as moral agent and truth teller. In: Hoshino K, editor. Japanese and Western Bioethics: Studies in Moral Diversity. Dordrecht: Springer Netherlands; 1997. p. 103-16.
59. Adams KE. [Moral diversity among physicians and conscientious refusal of care in the provision of abortion services](#). J Am Med Womens Assoc. 1972;2003;58(4):223-6.
60. Crigger BJ, McCormick PW, Brotherton SL, Blake V. [Report by the American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs on Physicians' Exercise of Conscience](#). J Clin Ethics. 2016;27(3):219-26.
61. Fleming D. [The moral agency of physician organizations: meeting obligations to advocate for patients and the public](#). Annals of Internal Medicine. 2015;163(12):918-21.
62. Niebroj L. [Bioethics of life programs: taking seriously moral pluralism in clinical settings](#). Eur J Med Res. 2010;15(Suppl 2):98-101.
63. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, et al. [Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey](#). International Journal of Behavioral Medicine. 2011;18(4):384-90.
64. Welle D, Trockel MT, Hamidi MS, et al. [Association of occupational distress and sleep-related impairment in physicians with unsolicited patient complaints](#). Mayo Clinic Proceedings. 2020;95(4):719-26.

SUPPLEMENTAL TABLE 1. ACADEMIC LITERATURE SEARCH STRATEGY

CINAHL

(MH "Physicians+") AND ((MH "Patient Satisfaction+") OR "complaint* OR dissatisfaction* OR grievance**")

MEDLINE® ALL

((complaint* or dissatisfaction* or grievance*) adj8 (doctor* or physician*)).ab,kw,ti.

PsycInfo

1. exp Physicians/
2. exp Clinicians/
3. doctor*.mp.
4. physician*.mp.
5. clinician*.mp.
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. exp Dissatisfaction/
8. exp Health Complaints/
9. complaint*.mp.
10. dissatisfaction*.mp.
11. grievance*.mp.
12. 7 or 8 or 9 or 10
13. 6 and 12

No date or language restrictions were placed on the above searches. The searches were performed on February 17th, 2021.

SUPPLEMENTAL TABLE 2. GREY LITERATURE SEARCH STRATEGY

Study population	Website	Search equation	No. of results	No. Eligible
AUSTRALIA				
College of General Practitioners	https://www.racgp.org.au/		1,170	0
Government Dept of Health	https://www.health.gov.au/		1,230	0
Medical Association	https://ama.com.au/		1,010	0
Medical Association (New South Wales)	https://www.amansw.com.au/	(impact* or effect*) and complaint*	8	0
Royal Australasian College of Surgeons	https://www.surgeons.org/		211	0
CANADA				
Canadian Medical Association	https://www.cma.ca/		7	0
Doctors, British Columbia	https://www.doctorsofbc.ca/		9	0
Doctors, Alberta	https://www.albertadoctors.org/		9	0
Doctors, Saskatchewan	https://www.sma.sk.ca/		8	0
Doctors, Manitoba	https://doctorsmanitoba.ca/		7	0
Ontario Medical Association	https://www.oma.org/	(impact* or effect*) and complaint*	3	0
New Brunswick Medical Society	https://www.nbms.nb.ca/		1	0
Doctors, Nova Scotia	https://doctorsns.com/		8	0
Newfoundland & Labrador Medical Association	http://www.nlma.nl.ca/		7	0
Canadian Medical Protective Association	https://www.cmpa-acpm.ca/		8	0
Quebec Medical College	http://www.cmq.org/	(impact* or effet*) AND plainte*	9	0
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada	https://www.royalcollege.ca/		141	0
College of Physicians and Surgeons of British Columbia	https://www.cpsbc.ca/		8	0
College of Physicians & Surgeons, Alberta	https://cpsa.ca/		8	0
College of Physicians & Surgeons, Saskatchewan	https://www.cps.sk.ca/		9	0
College of Physicians & Surgeons, Manitoba	http://www.cpsm.mb.ca/	(impact* or effect*) and complaint*	8	0
College of Physicians & Surgeons, Ontario	https://www.cpsso.on.ca/		9	0
College of Physicians & Surgeons, Nova Scotia	https://cpsns.ns.ca/		8	0
College of Physicians & Surgeons, Prince Edward Island	https://cpspei.ca/		4	0
College of Physicians & Surgeons, Newfoundland & Labrador	https://www.cpsnl.ca/		3	0
College of Physicians & Surgeons, New Brunswick	https://cpsnb.org/en/		8	0
Health & Social Services Network, Northwest Territories	https://www.hss.gov.nt.ca/en/		8	0
Department of Health, Government of Nunavut	https://www.gov.nu.ca/health	(impact* or effect*) and complaint*	2	0
Canadian Family Physicians	https://www.cfp.ca/		9	0
College of Family Physicians, BC	https://bccfp.bc.ca/		4	0
College of Family Physicians, Alberta	https://acfp.ca/	(doctor* OR physician* OR surgeon*) AND (complaint* OR grievance*) AND (patient*)	9	0
College of Family Physicians, Manitoba	https://mcfp.mb.ca/		7	0
College of Family Physicians, Ontario	https://www.ontariofamilyphysicians.ca/	(impact* or effect*) and complaint*	3	0
College of Family Physicians, Quebec	https://www.cqmf.qc.ca/		1	0
College of Family Physicians, Newfoundland & Labrador	https://nl.cfpc.ca/	(doctor* OR physician* OR surgeon*) AND (complaint* OR grievance*) AND (patient*)	1	0
College of Family Physicians, Nova Scotia	https://nscfp.ca/	(doctor* OR physician* OR surgeon*) AND (complaint* OR grievance*) AND (patient*)	1	0
Ombudsman Association	https://www.patientsafetyinstitute.ca/		96	0
Ombudsman Association	http://www.ombudsmanforum.ca/en/	(impact* or effect*) and complaint*	9	0

NEW ZEALAND				
Medical Association	https://www.nzma.org.nz/		8	0
Royal Australasian College of Physicians	https://www.racp.edu.au/	(impact* or effect*) and complaint*	289	0
Royal New Zealand College of General Practitioners	https://www.rnzcgp.org.nz/		8	0
UNITED KINGDOM				
Health Ombudsman	https://www.ombudsman.org.uk/		9	0
National Health Service	https://www.nhs.uk/		8	0
British Medical Association	https://www.bma.org.uk/		11	0
General Medical Council	https://www.gmc-uk.org/		16	0
Royal College of Physicians	https://www.rcplondon.ac.uk/		15	0
Membership of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom	https://www.mrcpuk.org/		6	0
Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow	https://rcpsg.ac.uk/	(impact* or effect*) and complaint*	9	0
Royal College of Physicians of Edinburgh	https://www.rcpe.ac.uk/		8	0
Royal College of Surgeons of England	https://www.rcseng.ac.uk/		9	0
Ombudsman Association	https://www.ombudsassociation.org/		8	0
Ombudsman Association	https://www.theioi.org/		1,480	0

The above searches were performed up to March 15th, 2021.

COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Handling Complaints: Considerations for Prioritizing Complaints

Maude Laliberté^a, Lynne Casgrain^b, Karena D. Volesky^c

Résumé

La surcharge des ressources et l'augmentation constante du nombre de plaintes déposées auprès des bureaux du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Québec nous ont incités à examiner les systèmes de traitement des plaintes des organismes de santé des pays du Commonwealth et de l'Europe occidentale. Nous avons également examiné les lignes directrices utilisées pour identifier les dossiers prioritaires (c.-à-d. les dossiers urgents). Les dossiers urgents peuvent ensuite être classés par ordre de priorité en fonction du temps nécessaire pour fournir une conclusion ainsi que de la profondeur de l'examen. Un système dans lequel une petite fraction des plaintes est considérée comme « urgente » a été préféré aux systèmes dans lesquels les plaintes sont classées en trois niveaux de priorité ou plus, car les dossiers classés dans le plus bas des trois niveaux de priorité ou plus risquent d'être négligés. En appliquant les leçons tirées d'autres systèmes et en tenant compte du mandat du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, nous avons identifié trois critères directeurs pour déterminer si les dossiers méritent d'être considérés comme urgents : *la menace pour la sécurité, l'implication d'une ou de plusieurs personnes vulnérables et le risque de récurrence* (mais seulement lorsqu'il est associé à des problèmes de sécurité). Comme il n'est pas facile de déterminer quels dossiers doivent être considérés comme urgents, ces critères généraux peuvent être adaptés et appliqués au cas par cas.

Mots-clés

plaintes, ombudsman, qualité des soins de santé, équité, prestation des soins de santé, hiérarchisation, triage

Abstract

Overstretched resources and steady increases in the number of complaints filed with the offices of the Quebec Service Quality and Complaints Commissioner prompted us to investigate the complaint-handling systems of health-related organizations operating in Commonwealth and Western European countries. We also examined guidelines used to identify higher priority files (i.e., urgent files). Urgent files can then be prioritized in terms of the time taken to provide a conclusion as well as the depth of the examination. A system where a small fraction of complaints is deemed "urgent" was preferred over systems where complaints are categorized into three or more priority levels, because files categorized in the lowest of three or more priority levels risk being neglected. Applying lessons from other systems and considering the Service Quality and Complaints Commissioner's mandate, we identified three guiding criteria for determining whether files warrant urgent status: *threat to safety, involvement of vulnerable person(s) and risk of recurrence* (but only when coupled with safety issues). Since determining which files should be considered urgent is not straight forward, these broad criteria can be adapted and applied on a case-by-case basis.

Keywords

complaints, ombudsman, quality of healthcare, fairness, healthcare delivery, prioritization, triage

Affiliations

^a Consultant specialized in Health Ethics and Complaints Process, Montréal, Québec, Canada

^b Office of the Service Quality and Complaints Commissioner, McGill University Health Center (MUHC), Montréal, Canada

^c Office of the Service Quality and Complaints Commissioner, Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal (CIUSSS), Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Maude Laliberté, aimlaliberte@gmail.com

INTRODUCTION

In the context of an aging population where chronic diseases are prevalent and health conditions increasingly complex, the demand for healthcare services will be high and continue to rise (1-3). Additionally, there are other drivers of increased demand for health services including higher population assertiveness, educational attainment and expectations (4). The age distribution of the Quebec (Canada) population coupled with the aforementioned drivers, have led to a steady increase in the number of complaints filed with most of the Service Quality and Complaints Commissioner offices (herein "Complaints Commissioner") in Quebec (5-9). The resources allocated to deal with these complaints have not matched demand, leading to delays in reaching a conclusion for a substantial proportion of complaints.

The Quebec *Act Respecting Health and Social Services* (Loi sur les services de santé et sociaux, LSSS) requires Complaint Commissioners to issue a conclusion within 45 days of receiving the complaint; this refers to 45 days in total, not 45 working days. However, based on the 2019-2020 annual reports from the seven health regions in Montreal, the percentage of complaint files that reached a conclusion within the legal limit of 45 days ranged from as low as 39% to as high as 76% (10,11). So, even the health region with the best performance on this metric had not rendered conclusions on one quarter of the files within the legal time limit.

In Quebec, Complaints Commissioners' offices examine processes and situations related to patients' dissatisfaction within the public healthcare system. These examinations aim to improve the quality of care and services while ensuring patients' rights

are respected. Rarely are complainants interested in retribution or disciplinary measures but instead look for recognition, and that the situation prompting the complaint be improved for themselves and for future healthcare users.

When addressing complaints concerning healthcare, a Complaint Commissioner can rely on the pillars of Ombudsmanship found in the Quebec Health Act. These pillars include independence (appointed by the Board of Directors), confidentiality (complaint files are not stored with medical files), exclusivity of function (a complaints commissioner cannot be assigned functions other than complaint examination), powers of inquiry, and the possibility of intervention (sometimes referred as “own-motion investigations”). Institutional rules, regulations, policies, and bureaucracy can, at times, conflict with these pillars. Laws and regulations do not apply in a single perfect way and the situations precipitating the complaint are often complex; for this reason, equity, fairness and humanism are essential values underlying the work of a Complaints Commissioner’s office. Being flexible in one’s approach to examining complaints can optimize outcomes. Applying that flexible approach to developing a more efficient complaint system may be the best way to ensure patients’ rights are upheld.

While all complaints should be treated fairly and ideally within the time frame stipulated by law (i.e., 45 days), we recognize the need to explore alternate complaint handling systems; in particular, systems that prioritize more urgent complaints without delay. We identified two main types of prioritization systems: one that categorizes complaints into three or more priority levels and another that categorizes complaints in two levels, where a small proportion of complaints are deemed urgent and are thus deemed higher priority. In this critical commentary, we reviewed Ombudsperson reports from Commonwealth and Western European countries that outlined their policies and criteria for prioritizing complaints with the aim of discussing their applicability to the mandate of Complaint Commissioners operating in Quebec.

FINDINGS

Several researchers studying triage and prioritization in the healthcare sector have examined the impact that three or more priority levels had on timing and found that items classified as the lowest priority level may wait an undue amount of time or worse, not even receive follow-up (12-14). Indeed, some authors have argued that a prioritization system with only two priority levels – i.e., urgent and all others – is ideal (12-14). With just two priority levels, urgent files can be treated in a timely fashion, while the other files would not risk being neglected due to being classified in the lowest priority level. The urgent category should include a small proportion of files selected by applying broad consensus guiding criteria. Files in the “all other” category should be addressed on a first come, first-served basis to be equitable and respect the right of access for all to the complaint system. It is important to develop guiding criteria to support the Complaints Commissioner in identifying urgent complaint files. Prioritization decisions are complex, and any guiding criteria should be applied responsibly, to support (not overrule) Complaints Commissioners’ critical judgment, in accordance with their mandate and values.

Guiding Criteria in Ombudspersons’ Offices

The office of the Ombudsperson of British Columbia has a “mandate to investigate complaints about the administration of government programs and services offered by organizations such as provincial ministries, boards and commissions, crown corporations, local governments; health authorities, schools,... and self-regulating professions and occupations.” (15) Complaints containing more serious issues are prioritized. Some of the elements of complaints that can lead to prioritization are deprivation of a person’s legal rights, significant personal injury or death, the involvement of a child, youth or other vulnerable person, the need for urgent action (e.g., immediate and serious risk of harm), whether there is a time limit for securing a practical outcome, as well as the more broadly defined reason of “sensitive issues” (15).

To identify the priority level of a complaint, Western Australia’s Department of Health asks complainants to categorize the seriousness of the event from insignificant to extreme and the likelihood of the event recurring from almost certain to rare (16). These categorizations are used to assess the level of risk according to a 24-category seriousness assessment matrix (17). For example, the combination of extreme seriousness of an event with almost certain recurrence would be classified as extreme risk, whereas an insignificant event with a rare likelihood of recurrence would be classified as low risk. The purpose of this initial process is to identify complaints that carry significant risks, whether those risks are legal, financial, political or safety related. Internally, a checklist for high risk/priority complaints is completed and if even one indicator of risk is selected, the file goes to the Assistant Ombudsperson for a risk assessment (17). Risk indicators relevant to the healthcare setting include threat of harm to any person, critical infrastructure or public revenue; complaints involving significant personal injury, death or sensitive political or social issues, or high-profile figures; if the complaint involves actual or potential media interest (e.g., the complainant said they would approach the media); if the complaint was sent by a minister or member of parliament on behalf of a complainant or there was significant involvement by a minister or member of parliament in the case within the last 12 months; and, finally if the complaint is complex and is likely to be very resource intensive to investigate.

The Australian Commonwealth Ombudsman published a “Better practice guide to complaint handling” which suggests that time limits and sensitive matters such as those raised by a member of parliament, a whistleblower, or something that could attract media attention should receive higher priority (18). However, their mandate is to help resolve complaints not by issuing a new conclusion but by considering the way a decision was made and to offer recommendations on how the decision or process could be improved. The Australian Queensland Government uses a risk assessment to triage complaints. The risk assessment evaluates the severity and seriousness of the complaint to categorize it into four possible event categories

(i.e., minor, moderate, serious, adverse) (19). The adverse event is defined as a sentinel event or an event with long-term damage with serious adverse outcomes, grossly substandard care or unsatisfactory professional conduct.

The Ombudsperson of Ireland's mandate is to "examine complaints from people who feel they have been unfairly treated by a public service provider in Ireland." (20). Its guideline mentions that while all files should be treated fairly, "Investigations should be conducted in a way that is proportionate to the nature and degree of seriousness of the complaint." Some guiding criteria used to identify complaints warranting a more in-depth investigation include the complexity of the issue, and the presence of issues that have been identified as serious or high-risk. The Ombudsperson of New Zealand has adopted a similar approach stating that the complaint should be assessed and assigned priority because not every complaint requires in-depth review (21).

Similar to the Western Australian Department of Health, the Medical Association of England recommends conducting a risk assessment using a matrix combining the seriousness of the event and the likelihood of recurrence (22). High priority complaints are those that raise significant issues regarding standards, quality of care and safeguarding of or denial of rights; serious issues that may cause long-term damage, such as grossly substandard care, professional misconduct or death; and those with a high probability of litigation and strong possibility of adverse national publicity.

This commentary was restricted to publicly accessible information and therefore did not provide a comprehensive overview of complaint prioritization systems. Despite this limitation, the findings of this review reveal a complex set of factors influencing the prioritization given to complaints. Factors include safety or harm, denial of rights, high complexity, risk of recurrence, involvement of a vulnerable person, and potential media or legal risks. These findings highlight how prioritization and file handling are based on a range of factors that intertwine with the mandate of each office.

Which guiding criteria should be used to identify high priority complaints?

For Complaints Commissioners' offices, complaints that fall within our mandate should be examined on a first-come, first-served basis, and ideally within the legal delay; however, a minority of complaints should be prioritized based on the guiding criteria described in Table 1.

Table 1. Guiding criteria for prioritizing complaints

Factor	Included as guiding criteria	Explanation
<i>Threat to safety</i>	Yes	A situation where significant threats to the safety of patients or staff is alone sufficient to warrant prioritization. Safety can include the significant deterioration of health.
<i>Vulnerable patient</i>	Yes, but on a case-by-case basis and combined with safety issues or risk of recurrence	Highly vulnerable patients, generally including a combination of the following factors: elderly, low socioeconomic status, complex health conditions, no social network, not speaking either official language (French or English), and/or have mental health issues.
<i>Risk of recurrence</i>	Yes, but only when combined with safety issues	Since more serious safety issues are prioritized (whether or not another factor is present) the risk of recurrence can require prioritizing safety issues that first appear more minor in nature.

Since some complaints are prioritized based on specific factors, there is no target limit on the proportion of complaints that would receive prioritization. Classifying a file as urgent has two implications. One is that the examination into that complaint is deeper, and more employee hours could be dedicated to an examination process. Another implication is the time taken to render a decision on that file is shorter than it would be without being given priority. Some situations brought to our offices specifically benefit from a rapid involvement and conclusion. For example, someone who was denied healthcare services may require rapid involvement of the Complaints Commissioner to ensure that, if our conclusion suggests that the care and services were required as per the current norms of practices, that these would still be offered within the clinically relevant time frame. Of note, particular care has to be given to managing complaints dealing with the death of a patient. While it is not always necessary to examine a situation immediately (i.e., out of respect for the family needing time to carry out the initial grieving process without disruption), the examination that pertains to those within the organization, such as nurses or doctors, should be considered urgent and started immediately so that the memories of the specific event(s) are at the forefront of health providers' minds.

The collaboration of the healthcare providers and managers during the examination is essential to the effective functioning of Complaints Commissioners' offices. These prioritization guiding criteria should thus be widely shared within the relevant institutions. Additionally, in the initial communication with the concerned healthcare providers and managers, Complaints Commissioners' offices can verbalize or write that "a minority of complaints are given priority designation and that the following complaint has received such designation and should be treated without delay."

In addition to prioritization methods, other strategies can be used by the Complaints Commissioners' offices, including opening an intervention file for recurrent or systemic issues (own-motion investigations), or opening an assistance file to quickly deal with the safety or care issues and then later opening the complaint file. Indeed, an assistance process can help patients navigate the healthcare system. For example, the Complaints Commissioner could ensure that the coordinator of a department

is informed of a patient's difficulties in obtaining care and services so that a review is initiated to ensure that patients do not "fall through the cracks."

Although complaints that put the reputation of the institution at risk or that present media or legal threats were part of some of the guides we reviewed, this is not suggested as a criterion in the public healthcare context. While our role includes mediation/conciliation, which may prevent litigation and reduce media intervention, our primary mandate is to ensure patients' rights and quality of care, hence a threat to reputation alone is not sufficient to prioritize a complaint.

It is also necessary to ask whether the prioritization guiding criteria should be public facing, such as on the office website. In short, no. However, the guiding criteria can be publicly accessible through the internal policies of the Complaints Commissioner. While it is our belief that prioritizing a small proportion of complaints based on a limited set of guiding criteria prompts fairness, the guiding criteria could be misconstrued by complainants as meaning that complaints that do not meet the guiding criteria are not important. Since one of the purposes of complaints is to improve patient care and services, and to make complainants feel heard, posting the guiding criteria may jeopardize this role. Complainants need to have the confidence that they will be treated fairly, as per the legal requirements and as per our mandate. The guiding criteria are intended to be internal to ensure that more serious pressing complaints are given an in-depth examination that leads to a decision within the required legal time frame (45 days). As such, the criteria are not very specific; rather, they are presented here to be discussed, shared, and adapted on a case-by-case basis alongside the critical judgment of the Complaints Commissioner as well as any unique circumstances surrounding the complaint.

CONCLUSION

Until resource limitations are fully addressed, delays of more than 45 days are an unavoidable feature of many Complaints Commissioners in the Quebec public healthcare system. There is thus a pressing need to develop priority guiding criteria that are grounded in the mandate and values of Complaints Commissioners. Based on a review of the literature, we suggested a two-level priority system, where a small proportion of files are granted urgent status based on whether they involve vulnerable person(s), the likelihood that the situation would recur and/or if the issue described poses a threat to safety. In essence, the proposed two-level priority system promotes fairness by preventing any urgent complaints from experiencing delays due to a lack of resources.

Reçu/Received: 03/05/2021

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Publié/Published: 17/10/2022

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Cécile Bensimon

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Greg Stead

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Revue Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. Murray G, Gilbert J, Wong J. [Managing the demand for healthcare in Canada](#). Hospital Quarterly. 2002;6(1):55-8.
2. De La Maisonneuve C, Martins JO. [Public spending on health and long-term care: a new set of projections](#). OECD Economic Policy Papers. 2013;6.
3. Pammolli F, Riccaboni M, Magazzini L. [The sustainability of European healthcare systems: beyond income and aging](#). European Journal of Health Economics. 2012;13(5):623-34.
4. Landry MD, Jaglal S, Wodchis WP, Raman J, Cott CA. [Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective](#). Disability and Rehabilitation. 2008;30(24):1837-47.
5. Roy C. [Rapport Annuel: 1 avril 2019 au 31 mars 2020](#). Montréal, Québec: Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2020.

6. Laliberté M. [Rapport annuel 2019-2020](#). Montréal, Québec: Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal; 2020.
7. Lafrenière L. [Rapport annuel 2019-2020 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services](#). Montréal, Québec: Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; 2020.
8. Bush S. [Rapport annuel de gestion 2019-2020](#). Québec: Plaintes et droits des usagers de Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent; 2020.
9. Landry B. [Rapport annuel sur l'application de la procédure l'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2019-2020](#). Sainte-Marie, Québec: Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches; 2020.
10. Dallaire A. [Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits: Du 1er avril 2019 au 31 mars 2020](#). Montréal, Québec: Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal; 2020.
11. Robillard L. [Rapport annuel 2019-2020 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits](#). Montréal, Québec: Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de l'Île-de-Montréal; 2020.
12. Raymond M-H. [La priorisation des demandes en ergothérapie à domicile](#). Doctoral Thesis, Sciences de la réadaptation, Université de Montréal; 2016.
13. Raymond MH, Feldman D, Demers L. [Waiting list prioritization: avoiding the pitfalls](#). *Rehab & Community Care*. 2014;23(2):8-10.
14. Laliberté M. [Exploration et analyse éthique des facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie musculosquelettique](#). Doctoral Thesis, Bioéthique, Université de Montréal; 2017.
15. Chalke J. [Complaint Handling Guide](#). Office of the Ombudsperson, British Columbia; 2020.
16. Department of Health Government of Western Australia. [Complaints Management Guideline](#). 2020.
17. Western Australian Ombudsman. [Checklist for High Risk Complaints](#). 2016.
18. Commonwealth Ombudsman. [Better Practice Guide to Complaint Handling](#). Canberra, Australia; 2009.
19. Queensland Government. [Management of Compliments, Complaints and Feedback](#). Queensland, Australia: Cairns and Hinterland Hospital and Health Service; 2017.
20. Ombudsman Ireland. [The Ombudsman's Guide to Developing a Complaint Handling System](#). Office of the Ombudsman, Dublin, Ireland; n.d.
21. Ombudsman New Zealand. [Effective Complaint Handling](#). New Zealand; 2012.
22. Medical Association of England. [A Guide to Effective Complaints Resolution](#). England; 2017.

COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Fairness: The Bedrock of Ombuds Practice in Canada

Shirley R. Nakata^a

Résumé

L'équité et la justice sont des concepts de longue date dans les discussions sur l'éthique et la moralité. Et l'équité, ou le principe d'équité procédurale, en tant que fondement de la pratique des ombudsmans au Canada, crée une responsabilité pour les ombudsmans de promouvoir et de tenir les institutions et les individus responsables des processus et des décisions éthiques. Bien que l'engagement efficace en cas de conflit constitue également une partie importante de notre travail, la pratique des ombudsmans canadiens est fermement fondée sur le principe d'équité. L'équité a été décrite comme un concept flexible et spécifique au contexte, son contenu devant être déterminé par les circonstances individuelles du cas. Cette approche flexible permet aux ombudsmans de contribuer à humaniser la bureaucratie pour ceux qui doivent y naviguer, en encourageant les règles, les processus et les décisions qui soutiennent la diversité et la multiplicité des contextes, des expériences et des perspectives. Cela donne aux ombudsmans une façon de définir l'équité qui ne signifie pas traiter tout le monde de la même façon, ce qui est une interprétation de l'« équité » qui crée et perpétue l'iniquité et l'injustice. Ceci est soutenu par la jurisprudence canadienne de la Cour suprême du Canada qui intègre l'égalité et l'inclusion dans le concept d'équité. La Charte des droits et libertés, les valeurs canadiennes et la diversité de la population canadienne influencent la norme d'équité d'une manière qui aide les ombudsmans à promouvoir l'équité d'une manière inextricable.

Mots-clés

ombudsmans, équité procédurale, droit administratif, diversité, équité

Abstract

Fairness and justice are longstanding constructs in the discussions around ethics and morality. And fairness, or the principle of procedural fairness, as the bedrock of Ombuds practice in Canada, creates a responsibility for Ombuds to advance and hold institutions and individuals accountable to ethical processes and decisions. While effective conflict engagement forms a significant part of our work as well, Canadian Ombuds practice is firmly founded on and delivered through a fairness lens. Fairness has been described as a flexible and context-specific construct, its content to be determined by the individual circumstances of the case. In this flexible approach lies the opportunity for Ombuds to help humanize bureaucracy for those who must navigate it, by encouraging rules, processes and decisions that support the diversity and multiplicity of contexts, experiences and perspectives. It gives Ombuds a way to define fairness that does not mean treating everyone the same, which is an interpretation of "fairness" that actually creates and perpetuates inequity and unfairness. This is supported by Canadian jurisprudence from the Supreme Court of Canada that embeds equality and inclusivity into the concept of fairness. The Charter of Rights and Freedoms, Canadian values and the diversity of the Canadian populace inform the standard of fairness in a way that support Ombuds to advance fairness in a way that is inextricable from equity.

Keywords

ombuds, procedural fairness, administrative law, diversity, equity

Affiliations

^a Office of the Ombudsperson for Students, University of British Columbia, Musqueam Traditional Territory, Vancouver, British Columbia, Canada

Correspondance / Correspondence: Shirley R. Nakata, shirley.nakata@ubc.ca

INTRODUCTION

Fairness and justice are longstanding constructs in the discussions around ethics and morality. And fairness, or the principle of procedural fairness, as the bedrock of Ombuds practice in Canada, creates a responsibility for Ombuds to advance and hold institutions and individuals accountable to ethical processes and decisions. While effective conflict engagement forms a significant part of our work as well, Canadian Ombuds practice is firmly founded on and delivered through a fairness lens (1,2). Administrative law, the body of public law in which the principle of procedural fairness resides, provides the broader framework for Ombuds practice in Canada.

THE ADMINISTRATIVE LAW FRAMEWORK

Administrative law is basically the "operational principles and rules by which public decision-makers function" (3). Public decision-makers are those agencies to whom the legislative branches of government have delegated authority and responsibility to create, implement and administer rules and processes. They include, for example, regulatory boards, post-secondary institutions, local governments and various tribunals. Administrative law guides the processes by which such agencies make decisions, the substance of those decisions and how any errors are remedied by the courts. In essence, administrative law is the body of public law that is intended to protect the individual against the misuse or abuse of authority and maladministration by public decision-makers.

Administrative law is often referenced alongside the principle known as "the Rule of Law". Simply put, no one is above the law, especially those who hold and can wield power. In the context of administrative law, the Rule of Law is most commonly associated with judicial review – the oversight role that the judiciary has over administrative tribunals and its ultimate authority

to interpret laws and hold delegates (public decision-makers) accountable. But the Rule of Law also has an interesting relevance to the framework of Ombuds practice. One articulation of the fundamental purpose of the Rule of Law is to limit the abuse of administrative power and protect the ruled against the aggression of those who rule (4). This interpretation is consistent with former Chief Justice Beverley McLachlin of the Supreme Court of Canada when she said that the Rule of Law is based on an expectation that public power should only be exercised where it can be justified to citizens in terms of rationality and fairness (5).

Administrative law therefore provides the perfect foundation for Ombuds practice. With the Rule of Law in the background, administrative law is of paramount importance in the Ombuds toolbox and can help us work within our particular contexts to identify, call out and help address maladministration, administrative injustice and unfairness and most importantly, help to humanize bureaucracy for the individuals who must navigate it. Administrative law provides Ombuds with the legal framework to advance, promote and protect the core and central value of Ombuds work: fairness.

THE PRINCIPLE OF PROCEDURAL FAIRNESS

Procedural fairness has been described as “the bedrock of administrative law” (3) and in turn, it would be fitting to say that it is the bedrock of Ombuds practice in Canada. And, in the Canadian context, it is important to note that fairness has been described as being a Charter (6) value and as being informed by other Charter values.

The Supreme Court of Canada neatly defined the principle of procedural fairness (7):

The values underlying the duty of procedural fairness relate to the principle that the individual or individuals affected should have the opportunity to present their case fully and fairly, and have decisions affecting their rights, interests or privileges made using a fair, impartial, and open process, appropriate to the statutory, institutional, and social context of the decision.

The Threshold and Content of Procedural Fairness

There are two questions to consider in determining the applicability and nature of procedural fairness in any given case: when does procedural fairness apply (*threshold*) and if it does apply, what does fairness require (*content*)?

Procedural fairness is triggered when an individual’s rights or interests are at stake. In other words, administrative agencies must treat someone fairly whenever an administrative decision could affect someone’s rights or interests. This was not always the case. The duty of fairness was found to apply only to judicial or quasi-judicial tribunals until a 1979 Supreme Court of Canada decision held that a general duty of fairness applies to administrative tribunals exercising executive or administrative powers. In that case, the Supreme Court of Canada stated: “to endow some with procedural protection while denying others any at all would work injustice when the results of statutory decisions raise the same serious consequences for those adversely affected ...” (8).

Once the threshold is met and a right to procedural fairness is established, the next step is to determine the content of fairness for that case. Fairness has been described as being flexible and context-specific and it is this fundamental characteristic that Ombuds can use to advance their mandate. In this flexible approach lies the opportunity for Ombuds to help humanize bureaucracy by encouraging rules, processes and decisions that support the diversity and multiplicity of contexts, experiences and perspectives. It gives Ombuds a way to define fairness that does not mean treating everyone the same, which is an interpretation of “fairness” that actually creates and perpetuates inequity and unfairness.

The courts have provided guidance in determining the content of fairness in a given case. In the *Baker* decision (7), the court set out five criteria to be considered, noting that this was not an exhaustive list:

1. Nature of the decision and the process
2. Nature of the statutory scheme
3. Importance of the decision for the individual affected
4. Legitimate expectations of the parties
5. Procedures chosen by the tribunal

These factors will be used to weight and determine the content of fairness in the circumstances of the particular case. In broad terms, the greater the potential jeopardy to a person’s rights, interests or privileges the more exacting will be the requirements for fairness.

Two Fundamental Cornerstones of Fairness

While fairness is flexible and context-specific, there are two fundamental cornerstones of procedural fairness:

1. The right to be heard
2. The right to an unbiased decision-maker

The right to be heard is an individual's right to have the opportunity to tell their side of the story and respond to allegations that concern them. Because of the flexible and context-specific nature of procedural fairness, how this right is to be exercised needs to be determined using the *Baker* criteria. In some circumstances the right to be heard needs to be exercised in person, and in other cases that right can be exercised in writing, or by phone. Notice and disclosure are both essential to the right to be heard. An individual needs to have notice that there is a matter concerning them that might affect their interests or rights and also needs to have sufficient disclosure of the allegations and the information the decision-maker has in relation to the same.

The second cornerstone of procedural fairness is the right to an unbiased decision-maker. The historical roots of this right can be traced back to the phrase, "justice should not only be done, but be seen to be done." It goes to ensuring public confidence in the judicial and administrative decision-makers of our society and in that regard is a critical element of the Rule of Law. As this element of procedural fairness is about the mind or attitude of the decision-maker, it is about the appearance and perception of impartiality as actual bias is difficult, if not impossible to prove.

The legal test for bias has been stated as follows: "What would an informed person, viewing the matter realistically and practically – and having thought the matter through – conclude?" (9) Another way of framing the test came in an Alberta Court of Appeal case: "Did the decision-maker approach each case with an open mind which manifests a willingness to consider any good idea?" (10) Again, impartiality will be measured and assessed in the framework of *Baker* (7) and the flexible and context-specific nature of procedural fairness. For example, the test for bias will not be as stringent in cases where the decision-making relates to policy versus an individual's rights.

It is important to emphasize that the right to an unbiased decision-maker does not call for decision-makers to be blank slates (11). The Supreme Court of Canada, in *R v. S (RD)*, confirmed that the requirement is not to aspire for neutrality, but for impartiality, acknowledging that decision-makers are human beings and that

... there is no human being who is not the product of every social experience, every process of education, and every human contact with those with whom we share the planet. Indeed, even if it were possible, a judge free of this heritage of past experiences would probably lack the very qualities of humanity required of a judge. (11)

In describing the unbiased decision-maker in the *R v. S (RD)* case, the Supreme Court of Canada spoke of a "process of enlargement" as a precondition of impartiality; a reasonable person in Canada who is to assess bias is understood as member of a bilingual, multiracial and multicultural society, has knowledge of the Charter, and as a member of Canadian society is supportive of the principle of equality. This interpretation of impartiality is critical in informing our work as Ombuds. The requirement for impartiality does not require Ombuds to be blank slates or neutral. We can and should bring the diversity of our lived experiences, capacities and skills to our work through the lens of equity and inclusion that is firmly embedded in our legal system.

In the *Baker* decision, the need and expectation for decision-makers to be aware of and respond to diversity was made clear:

because they [immigration officials] necessarily relate to people of diverse backgrounds, from different cultures, races, and continents, immigration decisions demand sensitivity and understanding by those making them. They require a recognition of diversity, an understanding of others, and an openness to difference. (7)

This passage highlights for Ombuds the inextricable connection between fairness, equity and inclusion and, accordingly, our role and responsibility to hold our institutions' decisions and actions accountable. It is with this flexible, context-specific principle of procedural fairness – which is defined in a uniquely Canadian context – that Ombuds can do their work to enhance inclusivity and foster fairness that addresses some of the asymmetry of power between individual and institution.

FAIRNESS IS A BASIC HUMAN NEED

Beyond the legal context, brain research has characterized fairness as a basic human need, like food, shelter and social interaction. Fairness is a social experience that our brains treat like a survival issue. When we are fairly treated, it lights up the reward systems in our brain. When we expect fairness but experience unfairness, the parts of the brain that are stimulated are associated with pain and disgust. As Ombuds, we are all too familiar with scenarios where people feel unfairly treated and what often follows is disengagement, distrust, frustration, conflict and prolonged and protracted proceedings.

Fairness is a critical and vital part of any environment in which we purport to value respect, dignity and equity of all individuals. There are few institutions or agencies for which such values are not core commitments or foundational to their strategic goals. Ombuds can leverage these institutional commitments along with broader Canadian social values to advocate for fairness that is relevant, meaningful and responsive.

Fairness – and the related concept of justice – is inextricably linked to notions of social stability, interdependence and equal dignity (12). Characterized as a virtue, fairness establishes moral standards for decisions that affect others (13). While fairness in the ombuds world is most often framed in the legal context, if we shift fairness to a moral duty that each of us holds in an interdependent social system, then perhaps the requirement to be fair can transcend the notion of legal liability to one of ethical responsibility. A “good, rational, caring society” (13) requires fair treatment of all, but especially by those who wield power over the powerless in the way decisions are made and the decisions themselves.

It has been said that Ombuds sit at the nexus between the governed and the governing (14). In that location, we have the privilege and the responsibility to call out, make commentary and advance recommendations for systemic improvements. The framework of administrative law, with the concept of the Rule of Law and the principle of procedural fairness, provide Ombuds with the tools and the maps we need to shape our day-to-day work in a way that is responsive to the constituencies we serve and is consistent with our particular mandates.

“There is space between the rules and that space is occupied by common sense and humanity” (15). Our work as Ombuds is supported by administrative law to animate that space.

Reçu/Received: 05/05/2021

Publié/Published: 17/10/2022

Conflits d'intérêts

Conflicts of Interest

Aucun à déclarer

None to declare

Édition/Editors: Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Richard Kirkham

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Revue canadienne de bioéthique](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. [Standards of Practice](#), Association of Canadian College and University Ombudspersons. Jun 2012.
2. [Statement of Ethical Principles](#), Forum of Canadian Ombudsman. Jun 2014.
3. Mullan DJ. Administrative Law. Toronto: Irwin Law Inc. 2021.
4. Shklar JN. Political Theory and the rule of law. In: Hutchinson A, Monahan PJ, editors. *The Rule of Law: Ideal or Ideology*. Toronto: Carswell; 1987. p. 1-16.
5. McLachlin B. The roles of administrative tribunals and courts in maintaining the rule of law. *Canadian Journal of Administrative Law and Practice*. 1999;12:171
6. Government of Canada. [Canadian Charter of Rights & Freedoms](#). 1982.
7. [Baker v. Minister of Citizenship and Immigration](#). [1999] 2 R.C.S. 817
8. [Nicholson v. Haldimand-Norfolk \(Regional Municipality\) Commissioners of Police](#). 117 D.L.R (3d) 604 SCC
9. [Committee for Justice and Liberty et al. v. National Energy Board](#). (1976) 68 D.L.R. (3d) 716 SCC
10. [Bizon v. Bizon](#). 2014 ABCA 174
11. [R v. S\(RD\)](#). (1997) 3 SCR 484
12. Velasquez M, Andre C, Shanks T, Meyer MJ. [Justice and fairness](#). Markkula Center for Applied Ethics. 1 Aug 2014.
13. Josephson's Institute Exemplary Leadership & Business Ethics. [Fairness](#). n.d.
14. Lang CM. [International Ombudsing: Navigating Discursive Channels](#). Doctor of Philosophy. Taos Institute, Tilburg University; 2014.
15. [Silk](#). BBC One

COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Complaints Commissioners' Assistance Function: System Navigator or Queue Jumper?

Maude Laliberté^a, Julien Brisson^{b,c}, Marie-Eve Lemoine^{b,c}, Jean-Philippe Payment^b, Emilie Blackburn^b

Résumé

Ce commentaire invite à réfléchir sur les résultats positifs et négatifs des « assistances » fournies par un commissaire aux plaintes. Bien que l'objectif d'une assistance soit d'aider l'utilisateur à s'orienter dans le système de santé, un manque de clarté et de compréhension du processus peut faire en sorte que l'utilisateur obtienne des privilèges indus. Nous suggérons trois valeurs clés pour guider la conduite équitable des assistances et nous suggérons une méthodologie de recherche mixte pour documenter les impacts positifs et négatifs des assistances.

Mots-clés

plaintes, ombudsman, assistance, qualité des soins de santé, équité

Abstract

This commentary invites reflection on the positive and negative outcomes of “assistances” provided by a Complaints Commissioner. While the goal of an assistance is to help the user navigate the health system, a lack of clarity and understanding of the process can lead to the user obtaining undue privileges. We suggest three key values to guide the equitable conduct of assistances and we suggest a mixed method research methodology to document the positive and negative impacts of assistances.

Keywords

complaints, ombudsman, assistance, quality of healthcare, equity

Affiliations

^a Consultant specializing in Health Ethics and Complaints Process, Montréal, Québec, Canada

^b Office of the Service Quality and Complaints Commissioner, Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal (CIUSSS), Montréal, Québec, Canada

^c Bioethics Program, Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Maude Laliberté, aimlaliberte@gmail.com

INTRODUCTION

By law, in the province of Québec, Canada, all health organizations need to have a Complaints Commissioner (i.e., an ombudsperson)¹. The Complaints Commissioner's office is a neutral and independent trusted actor, for both the health organization and the user. Complaints Commissioners' offices examine situations related to users' dissatisfaction. These examinations aim at improving the quality of care and services, ensuring the respect of users' rights, and also assisting users to navigate the system to obtain required care and services. This role entails informing users of their rights, explaining the complaint process, but also providing mediation, and ensuring that users did not fall through the cracks of a complex healthcare system.

It is essential to pay close attention to questions related to the way that Complaints Commissioners' offices influence access to services for users, especially during “assistance” processes. While the purpose of an assistance is to help users navigate the healthcare system, this influence could lead to unwanted consequences, and thus calls for careful scrutiny. The goal of this commentary is to help Complaints Commissioners enhance positive outcomes while limiting the risk of negative impacts when conducting assistances to help users navigate social and health services. The first part of this critical commentary presents the mandate of Complaints Commissioners specifically for complaints and assistance. Then, a concrete example of assistance is presented to highlight the potential ethical challenges. Finally, an ethical analysis is provided to reflect on the positive and negative outcomes of assistance, and to propose a framework of ethical values to guide such assistance, as well as avenues for research on this topic.

CURRENT COMPLAINTS COMMISSIONERS' MANDATE AND THEIR IMPACT: DIFFERENCE BETWEEN COMPLAINTS AND ASSISTANCE

Complaints usually occur after a user has received care and services that they deemed unsatisfactory, or when users failed to receive care and services (1). Users or their representatives submit a complaint describing the situation they experienced, usually intending to contribute to improved care for themselves and/or for other users. Treating a complaint is a step-by-step process that requires time as well as consultation and verification of policies and processes, and it does not yield immediate results for the complainant. In Quebec, Complaints Commissioners have 45 days to provide a conclusion to the complainant, describing the details of the review and examination of the complaint. At the end of the analysis, if a failure to provide adequate care and services is demonstrated, recommendations are made by the Commissioner's office to the health organization as to

¹ *Act Respecting Health Services and Social Services* (Loi sur les services de santé et sociaux – LSSS).

how to improve care and services offered to that specific user and/or for all users. The back-and-forth discussion between the Commissioner's office and the involved staff and managers provides ample opportunities to clarify goals and expectations. To some extent, the timing, structure, and thoroughness of the complaints process prevent the complainant from benefiting from undue privileges because they complained.

Another mandate of Complaints Commissioners is to *assist* users in obtaining services, which is legally known as “assistance.” Such assistance occurs in real-time. For example, if a user is having difficulties reaching their healthcare professional, the Complaints Commissioner could be a liaison by communicating with the manager of the department to invite a call back to the user. This action would be considered an assistance. The motivation for assisting the user is rooted in the principle of beneficence. The Commissioner's office is well-intentioned as it attempts to help a user obtain a service. In the aforementioned example, a user could call the Complaints Commissioner stating that they have attempted multiple times to reach, without success, their outpatient department (OPD) in a hospital to book an appointment. The Complaints Commissioner could then share this information with the OPD's administrative manager. It is important to highlight that in this example, the Complaints Commissioner is only a messenger. The Commissioner is not asking nor requiring the OPD to call back the user to book an appointment; they are merely communicating that the user is unable to reach the OPD.

However, upon receiving this message from the Complaints Commissioner, an OPD employee might interpret this message as an undue obligation to prioritize this user's appointment over other users. Such an interpretation could occur partly because the clinical staff is not necessarily aware a) of the difference between assistance and complaints and b) that every Commissioner's request is not *de facto* a call for action. The employee might think that just because the Commissioner's office is involved, they will get themselves in trouble if they do not solve the issue to the user's satisfaction. As such, an assistance request from the Complaints Commissioner could lead to a user obtaining preferential access to care and services. This constitutes an infringement on the ethical principle of justice since users that needed to be seen more rapidly than the user who requested assistance will have to wait longer. Nonetheless, in this example, it is essential to remember that the user was perhaps a vulnerable person having difficulty using the hospital's phone system. It is also possible that the user's message to the OPD fell into an unintentional administrative gap. Thus, assistance from the Complaints Commissioner may have been truly needed and beneficial to a vulnerable user to obtain overdue services. Yet, the harsh reality is that the positive and negative consequences of the “assistance” of a Complaints Commissioner are empirically unknown.

ETHICAL ANALYSIS

A previous study found that the involvement of a Complaints Commissioner was a factor that influenced clinical decisions regarding users (2). The purpose of the study was to explore how physical therapy OPD staff from three publicly funded hospitals experienced and responded to ethical issues relating to access to physical therapy services. Semi-structured interviews were conducted with 13 participants in Montreal, Canada: 1 manager, 1 administrative assistant, 2 clinical coordinators, and 9 physical therapists. Participants described assertive users – such as someone filling an official complaint to the hospital's Complaints Commissioner – as being more likely to be prioritized on the waitlist or to receive an extended episode of treatment compared to other users with a comparable condition. One of the main reasons reported was that the physical therapy OPD staff was trying to avoid a confrontation while maintaining their reputation: “...*nobody wants to be faced with an angry patient who's then going to complain... it doesn't look good for me.*” As developed below, this phenomenon represents a serious ethical issue since the involvement of the Complaints Commissioner can disproportionately benefit a few users to the detriment of others.

In addition, it is critical to note that research has shown that people of more modest socioeconomic status are less likely than well-off people to file complaints (3), and also, that members of cultural and linguistic minorities are less likely than members of majority groups to file complaints (4). This means that the actions by Complaints Commissioners, including the assistance, if not applied carefully, have the potential to further increase health disparities.

The decision-making process around resource allocation is complex, saturated with ethical issues, and influenced by the dynamics of responsibility and power of all individuals within any healthcare organization, including Complaints Commissioners. Fairness, a principle of distributive justice, requires that all users have equal opportunities to access required resources. While Complaints Commissioners might play a role of a system balancer by improving therapeutic relationships and by helping users obtain needed services (5-8), it is essential to avoid modulating the priority level or the resource allocation. Although a Complaints Commissioner's office can and should intervene to facilitate navigation of the healthcare system, it is important to recognize that clinical decisions pertaining to prioritization are complex and require professional expertise and judgment. Clinicians make these decisions based on a careful pondering of benefits and risks, and after considering the best practices and the latest scientific knowledge. A simple request for communication with the user made by the Complaint's Commissioner should not overturn these decisions.

These findings highlight the need for careful practice by Complaints Commissioners in the assistance they provide, especially when it relates to clinical decisions. We suggest that such prudence could take the form of three guiding values in providing “assistance” in an equitable manner: *neutrality*, *clarity*, and *accountability*.

Neutrality means that in the context of assistance, when communicating with the clinical staff the Complaints Commissioner or commissioner's staff does not advocate for the user to receive services. They simply communicate the situation that was

shared by the user and ask staff to contact the user to clarify the situation and provide information and/or services within the established limits of confidentiality and prioritization.

Clarity means that this neutral stance is communicated explicitly to the clinical staff involved. That is, the Complaints Commissioner or commissioner's staff must make sure that the person they speak to understands that their request is not a call for action, but merely a request to look into the situation to ensure that it is managed according to current norms of practice.

Accountability means that the Complaints Commissioner or commissioner's staff monitor cases in which users could have had undue privileges and adjust their practices accordingly. This could be accomplished through a request for a brief report from the clinical staff on their intervention, by validation in the medical chart, or by contact with the user, depending on the situation. This also raises the question of the clinical staff's understanding of the general role of the Complaints Commissioner, and more specifically, the definition of, and the difference between, complaints and assistance, which are two different attributes of the Commissioner's work. A clearer understanding of the goal of assistance, on the part of clinical staff, would prevent undue privileges from being attributed simply because of the Commissioner's actions. In addition to the clear case-by-case communication promoted above, information activities about the role of the Commissioner's office within the healthcare establishment would contribute to preventing confusion and misunderstanding.

The impact, both positive and negative, of Complaints Commissioners' procedures must be scrutinized so that the practices used are ethically justified and applied in a manner that is transparent, systematic, harmonized, and responsible. In this regard, there is a place for more empirical research pertaining to the activities of Complaints Commissioners' offices and their impact on resource allocation. A mixed-method study could, for example, combine a content analysis of complaint and assistance files with a phenomenological inquiry into the perspectives of the people involved. The quantitative part, a content analysis, would document how often complaints and assistance contribute to users obtaining services. The qualitative part, a phenomenological inquiry, would explore the perspectives of complainants, Commissioner's staff, and clinical staff about the attribution of overdue services and undue privileges compared to other users in a similar situation who did not contact the Commissioner's office. The third value mentioned above, *accountability* in conducting assistance, would, of course, be a prerequisite for such research to be possible.

CONCLUSION

Complaints Commissioners face the risk of inadvertently granting undue privileges to users who seek their help navigating the healthcare system. This is particularly problematic because those users who do seek their help are likely to be already privileged. Undue privileges may be attributed after a Commissioner's action if their request and expectations are not clear or if the clinical staff receiving the request does not understand the nature of the request and the role of the Commissioner. This is even truer when users' requests are addressed as "assistance" as opposed to complaints. Commissioners and their staff may apply three guiding principles to mitigate this risk when they provide "assistance": *neutrality*, *clarity*, and *accountability*. Promotion of and increased awareness about their role within healthcare establishments could also prevent the attribution of undue privileges based on a misunderstanding of the Commissioner's request and mandate. Finally, further research is needed to provide more empirical insight into this issue, both from a quantitative and qualitative perspective. Such research would constitute an opportunity for collaboration and dialogue between Complaints Commissioners as field workers and academics as knowledge producers.

Reçu/Received: 03/05/2021

Conflits d'intérêts

Julien Brisson et Marie-Ève Lemoine sont rédacteurs en chef de la *Revue canadienne de bioéthique*. Ils n'ont pas participé à l'évaluation ou à l'acceptation de ce manuscrit.

Publié/Published: 17/10/2022

Conflicts of Interest

Julien Brisson and Marie-Ève Lemoine are editors for the *Canadian Journal of Bioethics*. They were not involved in the evaluation or acceptance of this manuscript.

Édition/Editors: Lise Lévesque

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Ron Paterson

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of the *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. Leblanc V. [Le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux au Québec : une perspective communicationnelle du rôle de commissaire aux plaintes et à la qualité des services](#). Mémoire de maîtrise en communication, UQAM. 2010.
2. Laliberté M, Williams-Jones B, Feldman DE, Hunt M. [Ethical challenges for patient access to physical therapy: Views of staff members from three publicly funded outpatient physical therapy departments](#). Narrative Inquiries in Bioethics. 2017;7(2):157-69.
3. McClellan FM, White III AA, Jimenez RL, Fahmy S. [Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency](#). Clinical Orthopaedics and Related Research. 2012;470(5):1393-7.
4. Nowotny BN, Loh E, Lorenz K, Wallace EM. [Sharing the pain: lessons from missed opportunities for healthcare improvements from patient complaints and litigation in the Australian health system](#). Australian Health Review. 2019;43(4):382-91.
5. Baines R. [The impact of patient complaints and compliments on medical performance: a systematic review](#). European Journal for Person Centered Healthcare. 2019;7(3).
6. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. [Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience](#). CMAJ. 2006;175(8):889-94.
7. Gallagher TH, Mazor KM. [Taking complaints seriously: using the patient safety lense](#). BMJ Quality & Safety. 2015;24(6):352-55.
8. Nowotny BM, Loh E, Davis-Tuck M, Hodges R, Wallace EM. [Using patient factors to predict obstetric complaints and litigation: A mixed-methods approach to quality improvement](#). Journal of Patients Safety and Risk Management. 2018;23(5):185-99.

COMMENTAIRE CRITIQUE/CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS/PEER-REVIEWED)

La proche aidance et ses enjeux éthiques, cliniques et organisationnels en période de pandémie : l'expérience d'un Commissariat aux plaintes

Erica Monteferrante^a, Ayalla Weiss Tremblay^a, Jean-Philippe Payment^a, Maude Laliberté^b

Résumé

Ce commentaire critique, basé sur une analyse des insatisfactions partagées avec un Commissariat aux plaintes, présente des enjeux éthiques, cliniques et organisationnels découlant des restrictions des visites des personnes proches aidantes dans les établissements de santé et milieux de vie au début de la pandémie de la COVID-19 à Montréal. Dans cette optique, le rôle et les défis du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services sont présentés en tant que médiateur entre les gestionnaires de soins, les usagers et les personnes proches aidantes pour assurer le respect des droits des usagers.

Mots-clés

Personnes proches aidantes, insatisfactions, établissements de santé, plaintes, éthique, COVID-19, pandémie

Abstract

This critical commentary outlines several ethical, clinical, and organizational issues emerging from the removal of significant caregivers in healthcare establishments during the beginning of the COVID-19 pandemic in Montreal. The relevance of province-wide ministerial directives and a newly adopted law on significant caregivers is discussed. To this end, the role of the Complaints and Service Quality Commissioner, together with its challenges, is presented as an intermediary between healthcare managers, users, and significant caregivers to ensure the protection of users' rights.

Keywords

Significant caregivers, complaints, healthcare establishments, ethics, COVID-19, pandemic

Affiliations

^a Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Québec, Canada

^b Consultante spécialisée dans l'éthique de la santé et dans le régime d'examen des plaintes, Québec, Canada

Correspondance/Correspondence: Maude Laliberté, aimlaliberté@gmail.com

INTRODUCTION

Le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest de l'île-de-Montréal dessert des milliers de personnes âgées à travers ses divers milieux de vie et de soins de longue durée. Plusieurs de ces usagers aînés reçoivent une aide de personnes proches aidantes (PPA) (1), que cette aide soit régulière ou ponctuelle. Selon la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives* (2), cette aide peut se déployer de diverses manières : elle peut consister en un soutien affectif, à tenir compagnie à l'utilisateur, ou encore l'aider à se laver, à se nourrir ou à prendre ses médicaments.

Pendant la première vague de la COVID-19, le CIUSSS a connu une augmentation importante de plaintes dans l'ensemble des établissements sous sa juridiction (3). Ces plaintes abordaient, entre autres motifs, le refus d'accès des PPA et visiteurs aux usagers vivant dans des établissements de soins de longue durée. Par exemple, pendant la période du 1^{er} avril 2020 jusqu'au 3 mars 2021, 94 dossiers abordaient directement l'enjeu de la proche aidance sur les 2247 dossiers reçus par le Commissariat¹. Les restrictions de visites imposées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1,4-6) pour des raisons de santé publique ont inévitablement entraîné de grands bouleversements. Basé sur la nécessité de contrôler le risque de propagation de l'infection, le gouvernement a d'abord pris la décision d'interdire les visites, puis de restreindre les heures de visite des établissements de soins de santé. Cette transition a été difficile à accepter, surtout que la population âgée en établissements de longue durée a connu un taux de mortalité particulièrement élevé (7-10). La restriction de visites dans les établissements de santé a mis en évidence le rôle, auparavant sous-estimé, des PPA sur le bien-être des usagers (11-14). En effet, la réintroduction des PPA dans les établissements de santé, particulièrement les milieux de vie tels les *Centres d'hébergement de soins de longue durée* (CHSLD) ou les *Résidences pour personnes âgées* (RPA), était en partie due à la reconnaissance de leur importance pour le bien-être des personnes âgées (15). Pour leur part, les PPA étaient mécontentes de cette mesure les contraignant à abandonner leur rôle auprès de leurs proches, interprétant que le MSSS ne les considérait pas comme de vrais partenaires de soins (13,15).

Ce commentaire critique vous présentera divers enjeux – éthiques, cliniques et organisationnels – découlant des restrictions de visites des PPA dans les établissements de santé lors du début de la pandémie de la COVID-19, et ce à partir d'une analyse des insatisfactions partagées avec le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-Ouest de l'île-de-Montréal (CIUSSS).

¹ Ce nombre représente les dossiers d'assistances, de plaintes non-médicales et des interventions.

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE PROCHE AIDANTE (PPA) ?

L'évolution des restrictions aux droits de visite des usagers en établissements de santé instaurées au printemps 2020 ont entraîné le besoin de reconnaître et de définir ce que sont les PPA.

La définition d'une PPA est la suivante :

Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. (1)

Cependant, la définition des PPA a rapidement évolué pendant les premiers mois de la pandémie, suivant les mises à jour des directives ministérielles. Voir l'Annexe 1 pour un résumé de l'évolution des directives ministérielles sur les PPA en certains milieux de vie (RPA, CHSLD) et des centres hospitaliers selon l'évolution des consignes de la Santé publique, soit l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction régionale de la santé publique de Montréal.

Afin de souligner la contribution des PPA, le gouvernement provincial a adopté le projet de loi 56². Ainsi, la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives* (2) a comme but de soutenir et de reconnaître la contribution des PPA (12,16). La loi prévoit une approche basée sur le partenariat entre les équipes soignantes, les milieux de vie et les PPA. Cette loi renforce l'apport des PPA et souligne la volonté du gouvernement de réaliser des actions concertées pour ce groupe (17).

LE RÔLE D'UN COMMISSARIAT AUX PLAINTES PAR RAPPORT AUX RESTRICTIONS DE VISITES DES PERSONNES PROCHE AIDANTES (PPA)

Les Commissariats aux plaintes et à la qualité des services ont comme mandat d'assurer le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes, tout en contribuant à l'amélioration de la qualité des services de l'établissement dans lequel il exerce sa juridiction. Ainsi, au début de la pandémie COVID-19, certains usagers contactent le Commissariat quand ils considèrent que leur PPA doivent avoir accès à eux et que cet accès leur a été nié ou retiré. À ce moment-là, le rôle du Commissariat est, selon les directives ministérielles en vigueur, a) de faire le lien avec les établissements pour valider si la restriction d'accès du PPA est bien appuyé sur les politiques en vigueur et b) de déterminer si lesdites PPA se qualifient comme proches aidants et si elles ont respecté les politiques ou règles des établissements en matière de santé publique. Ces démarches ont donc été initiées à la demande des usagers et ont été examinées dans l'intérêt du respect de leurs droits.

Une analyse des insatisfactions partagées avec le Commissariat permet d'observer que la nature des questionnements par rapport à la proche aidance a évolué selon les mises à jour des directives ministérielles.

Tableau 1 : Réponses organisationnelles à la pandémie

Date	Mesure nationale (description)
13-14 mars 2020	Interdiction pour les PPA et visiteurs de se rendre dans les hôpitaux et les CHSLD ; état d'urgence sanitaire déclaré
25 mars 2020	Interdiction de toute visite de PPA ou de visiteurs dans les résidences pour personnes âgées
5-6 mai 2020	Levée de l'interdiction de visiter les usagers en soins palliatifs et dans les résidences pour personnes âgées ; possibilité de visiter une personne en fin de vie sous certaines conditions
13-14 mai 2020	Introduction de directives ministérielles (MSSS) pour les visiteurs et les PPA significatifs dans les établissements de santé
19 juin 2020	Directive sur les visites des PPA dans les milieux de vie
27 juin 2020	Les visites des PPA et des visiteurs sont désormais autorisées dans tous les établissements de santé
30 septembre 2020	Mise à jour des directives pour PPA aux soins palliatifs et dans un contexte de fin de vie
5 octobre 2020	Mise à jour des directives pour PPA dans les centres hospitaliers
1er décembre 2020	Mise à jour des directives pour PPA dans les centres hospitaliers
18 janvier 2021	Mise à jour des directives pour PPA aux soins palliatifs et dans un contexte de fin de vie
21 janvier 2021	Directive sur les PPA et le respect du couvre-feu (19)
9 avril 2021	Voir le <i>Feuilleton d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou une ressource intermédiaire (RI) de 20 places et plus qui accueille des aînés</i> (20)

Source (18)

² Entrée en vigueur le 28 octobre 2020, une politique nationale et un plan d'action pour les PPA ont été rendus publics en 2021 pour favoriser l'application de cette loi (17).

Pendant la première vague (25 février 2020 au 11 juillet 2020) (9), les insatisfactions en lien avec la proche aidance consistaient principalement en deux motifs. D'abord, le Commissariat a reçu des demandes d'accès aux usagers. Plusieurs PPA, gestionnaires et employés du CIUSSS se questionnaient sur la définition d'une PPA et sur les normes entourant l'accès de ces derniers aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Le Commissariat a donc dénoté une confusion quant à ce qui devait être permis dans le contexte des restrictions émergentes. Puisque les directives étaient en changement continu, il était difficile de rester à l'affût des restrictions en vigueur. Les changements réguliers ont eu des effets pervers que l'on ne peut pas ignorer. Bien que l'information ait été plus facilement avec le temps, les ajustements ont été difficiles à faire et à mettre en œuvre sur le terrain.

Ensuite, le Commissariat a reçu des insatisfactions en lien avec des difficultés de communication entre les usagers et leurs PPA. Les établissements ont rapidement reconnu le besoin d'établir un contact significatif entre les usagers et leurs PPA dans ce contexte et des plans de communication ont été introduits. Ces plans de communication incluaient entre autres des appels téléphoniques et des vidéoconférences (21). À cet effet, le rapport du CREGES note que de nombreux milieux de vie ne disposent pas de technologies de communication adéquates pour maintenir la communication entre les usagers et leur PPA, en particulier en dehors des heures de visite (13). Dans un contexte où les usagers très âgés ne sont pas familiers avec ces technologies, le manque d'accès aux outils technologique est amplifié par le manque de connaissances pour utiliser ceux-ci.

La deuxième vague de la COVID-19 (23 août 2020 au 20 mars 2021) (9) et les ajustements subséquents à la directive ministérielle a changé la nature des insatisfactions reçues par le Commissariat en lien avec la proche aidance. L'importance des visites de la PPA étant établie et les modalités déterminées par rapport au palier d'alerte de la région, les dossiers visaient des demandes d'exceptions aux directives ministérielles. Ces dossiers étaient donc des malentendus en termes d'interprétation de la directive ministérielle ou encore des contestations de celles-ci.

Dans le contexte d'une plainte ou d'une assistance en proche aidance, le rôle du Commissariat est de s'assurer que les établissements respectent les règles et politiques en vigueur, que les usagers (et leurs PPA) comprennent bien les règles et procédures, mais aussi de faire une rétroaction aux établissements pour leur permettre d'ajuster leurs pratiques. Il s'agit donc principalement d'un rôle de médiateur entre les gestionnaires de soins, les usagers et les PPA pour assurer le respect des droits des usagers. Le Commissariat a aussi la prérogative de faire des recommandations à l'établissement, le cas échéant.

ENJEUX ÉMERGENTS DU MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA PERSONNE PROCHE AIDANTE

En période de pandémie, malgré que les restrictions eussent pour objectif de protéger les aînés, elles ont inévitablement engendré des conséquences négatives, autant pour les usagers que pour les PPA (13). Voici une discussion entourant quelques enjeux que l'on peut dégager des insatisfactions reçues par le Commissariat, et de nos examens subséquents. Bien qu'il s'agisse d'une étude de cas, certaines leçons de la proche aidance peuvent être généralisables.

Il est possible de constater que divers enjeux ont émergé d'un manque de reconnaissance des PPA et de leur rôle. Les directives ministérielles (et les politiques d'établissements subséquentes) ont dû trouver le difficile équilibre entre a) la prévention et contrôle des infections du personnel soignant, des employés et des usagers, et b) la santé et le bien-être des usagers. L'évolution des enjeux pour les PPA démontre une nette sous-estimation de leur contribution réelle au bien-être des usagers. Ceci a engendré de la souffrance pour les usagers, les PPA, mais également le personnel des établissements de santé.

Tout d'abord, la définition d'une PPA demeure assez floue et arbitraire, les distinctions entre un visiteur et une PPA étant difficiles à interpréter. À titre d'exemple, les versions antérieures de la définition de la PPA étaient plus restrictives : « [...] *personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.* » (5 mai 2020) La définition a ensuite été modifiée pour tenir compte des besoins des usagers, tel l'ajout du terme « significatif ». Le 15 juin 2020, la définition d'un « accompagnateur » comme étant « une personne significative qui offre un soutien *ponctuel* à un proche durant sa visite ou son séjour en CH » fut émise pour les centres hospitaliers. Deux mois plus tard, la définition des visiteurs a été raffinée (15 septembre 2020) précisant que les visiteurs sont « *toute personne qui souhaite visiter l'usager et qui n'entre pas dans la définition d'une PPA qui apporte une aide ou un soutien significatif* ». En effet, les PPA prennent une forme différente pour chaque usager et sont aussi uniques que les usagers eux-mêmes. Si la plupart des PPA sont des membres de la famille, pour d'autres usagers les PPA sont des amis, des voisins ou des collègues de travail. Le choix du PPA est avant tout celui de l'usager, particulièrement lorsqu'il est apte.

Ensuite, la mise en œuvre des restrictions de visites aux usagers dans les établissements de santé a eu des conséquences sur la continuité des soins pour certains. Bien que le personnel soit présent pour offrir les soins de bases, les PPA étant au chevet des usagers permettent d'offrir des soins de soutien qui sont complémentaires, personnalisés et répondant de façon plus immédiate aux besoins (ex. : offrir un verre d'eau quand la personne a soif, l'aider à se repositionner lors d'un inconfort). Le CREGES a également identifié cette baisse/érosion des services de soutien (13). Ceci est alarmant d'autant plus que la littérature nous indique que la présence d'une PPA aboutit à des effets cliniques positifs pour les usagers, tels qu'une baisse du niveau d'anxiété ressenti (22,23) (ex. : fréquence cardiaque réduite pendant une période de visite), et une augmentation

du niveau d'espoir et de bien-être au général de l'utilisateur (24). Ainsi, pour plusieurs, l'état de santé, le rétablissement ou le bien-être de l'utilisateur (dans un sens général) dépend d'un contact avec la PPA.

De plus, les restrictions de visites limitant les contacts directs, et les enjeux d'établissement d'une communication régulière et significative entre les usagers et les PPA, ont pu nuire à la relation entre l'utilisateur et son PPA (23-25). Ces enjeux n'ont pas uniquement affecté les usagers, mais ils ont également affecté le bien-être de plusieurs PPA. Alors qu'ils se sont engagés à prendre soin de leur proche, certains ressentent ces restrictions comme une perte d'identité et comme une injustice (13). Certains PPA n'ont pas pu être présents lors des derniers moments de leur proche, une blessure difficile à cicatriser (26). Le Commissariat a observé des effets néfastes sur le bien-être des PPA à travers les demandes d'assistance et de plaintes en lien avec la proche aidance. D'ailleurs, des études sur les PPA présentent des résultats cliniques négatifs qui ressemblent à ceux vécus des usagers (27-29), soit une diminution du taux de bien-être psychosocial et émotionnel, une augmentation du niveau ressenti de stress, d'anxiété et d'inquiétude pour l'utilisateur.

Finalement, les établissements, pour leur part, doivent respecter les directives ministérielles, tout en respectant les droits des usagers (dont leurs besoins relationnels). L'application de ces directives n'est pas sans conséquence pour certains membres du personnel entraînant de la détresse morale chez l'équipe soignante, confronté à la souffrance des usagers et des PPA.

LES LEÇONS DE LA PROCHE AIDANCE

La crise unique à laquelle nous avons été confronté a mis à rude épreuve les établissements de santé du Québec, particulièrement ses milieux de vie pour aînés. Ces établissements ont dû faire preuve d'une agilité exceptionnelle, mais certaines faiblesses ont été mises en évidence. Par exemple, le rôle central des PPA avait probablement été sous-estimé. La pandémie a permis de mettre lumière l'importance majeure des PPA, à la fois par les soins directs offerts aux usagers que pour le bien-être de ces derniers. Ce rôle, de plus en plus reconnu, devrait être mieux analysé et promu. Ensuite, les changements fréquents des directives ministérielles affaiblissent leur compréhension et leur adhésion tout en complexifiant le travail des gestionnaires et des professionnels sur le terrain. De plus, une définition trop rigide d'une PPA ne peut pas être représentative de la diversité ni du type de personne impliquée au quotidien dans la vie d'un usager (ex. : ami, proche, PPA rémunéré).

Un enjeu majeur qui nécessite d'être abordé est celui de la communication (13). En effet, la difficulté à établir des modes de communication structurés entre les usagers et les PPA par les établissements a accentué les enjeux éthiques, cliniques et organisationnels. Les établissements devraient rédiger des plans de communications clairs pour respecter les droits des usagers en assurant une communication fluide entre les usagers et les PPA. Ceci est essentiel à la fois pour respecter les besoins des PPA, que ceux des usagers.

CONCLUSION

De manière générale, la restriction de visites des PPA a nui à un grand nombre d'utilisateurs. Ceci souligne l'importance de réfléchir sur la complétude des besoins des usagers dans les établissements de santé. La *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives* donne une nouvelle force et reconnaissance à la proche aidance. En concert avec cette initiative, les Commissariats continueront leur travail pour assurer le respect des droits des usagers, et la meilleure qualité de leurs soins et services.

Reçu/Received: 18/05/2021

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Émilie Blackburn, déléguée aux plaintes du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, pour ses commentaires sur le développement de ce commentaire critique.

Conflits d'intérêts

Erica Monteferrante est membre de l'équipe d'édition de la Revue canadienne de bioéthique. Dans le cadre de ses fonctions éditoriales habituelles, elle n'a pas eu accès au système de soumission interne et n'a pas non plus eu accès à cette soumission.

Publié/Published: 17/10/2022

Acknowledgements

The authors would like to thank Émilie Blackburn, Complaints Delegate at CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, for her comments on the development of this critical commentary.

Conflicts of Interest

Erica Monteferrante is a member of the editorial team of the *Canadian Journal of Bioethics*. As part of her regular editorial duties, she does not have access to the internal submission system and did not have access to this submission.

Édition/Editors: Brigitte Des Rosiers

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent à assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Hubert Doucet

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en Reviewer evaluations are given serious consideration by the considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs editors and authors in the preparation of manuscripts for dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement necessarily denote approval of a manuscript; the editors of l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final [canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de acceptance and publication of an article. l'acceptation finale et de la publication d'un article.

RÉFÉRENCES

1. MSSS. [Directive sur les visites des personnes proches aidantes et les visiteurs dans les milieux de vie en contexte de la pandémie de la COVID-19](#). 2020
2. [Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses disposition législatives](#), Loi no 5. 2020.
3. Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal. [Rapport annuel du Commissariat aux plainte et à la qualité des services 2019-2020](#). Montréal : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal. 2020.
4. MSSS. [Directives pour les résidences privées pour aînés \(RPA\) dans le contexte de la pandémie de Covid-19](#). 2020.
5. MSSS. [Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19](#). 2021.
6. MSSS. [Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier](#). 2020.
7. Commission à la santé et au bien-être. [Le devoir de faire autrement. PARTIE 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens](#). 2022.
8. [Données COVID-19 au Québec](#). Institut national de la santé publique du Québec; 2021.
9. [Ligne du temps COVID-19 au Québec](#). Institut national de la santé publique du Québec; 2021
10. [Données COVID-19 par âge et sexe au Québec](#). Institut national de la santé publique au Québec; 2021
11. Francoeur D. [Projet de loi no 56 Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives : commentaires de la FMSQ](#). FMSQ; 2020.
12. [Une première politique pour les proches aidants au Québec](#). Radio-Canada. 22 avr 2021.
13. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal. [Personnes proches aidantes de résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée en contexte de COVID-19 : état des connaissances, pratiques inspirantes et recommandations](#). 2020.
14. Plante C. [Politique de la proche aidance : Québec veut mieux soutenir](#). La Presse. 22 avril 2021.
15. Doucet H. [« Répondre à la vulnérabilité » : l'éthique et les CHSLD au temps de la COVID-19](#). Éthique & Santé. 2020;17(3):142-6.
16. [Projet de loi 56 : mais qu'en est-il concrètement?](#) L'Appui. 2020
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Reconnaître et soutenir les personnes proches aidantes : Une loi centrée sur le partenariat](#). 2021.
18. Laliberté M. [Le régime d'examen des plaintes en période de pandémie](#). Conférence-midi de l'IDÉA ; 12 nov. 2020.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Directive ministérielle DGAPA-020, Directive sur les personnes proches aidantes et le respect du couvre-feu](#). 2021.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Feuille d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\) ou une ressource intermédiaire \(RI\) de 20 places et plus qui accueille des aînés](#). 2021
21. Ruopp MD. [Overcoming the challenge of family separation from nursing home residents during COVID-19](#). Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21(7):984-5.
22. Carr D, Boerner K, Moorman S. [Bereavement in the time of coronavirus: unprecedented challenges demand novel interventions](#). Journal of Aging & Social Policy. 2020;32(4-5):425-31.
23. Lolaty H, Bagheri-Nesami M, Shorofi S, Golzarodi T, Charati J. [The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit](#). Complementary Therapies in Clinical Practice. 2014;20(3):147-51
24. Liu M, Maxwell CJ, Armstrong P, et al. [COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia](#). Canadian Medical Association Journal. 2020;192(47):e1540-46.
25. Nicola M, Sohrabi C, Mathew G, et al. [Health policy and leadership models during the COVID-19 pandemic: A review](#). Int J Surg. 2020;81:122-29.
26. Weeks C. [How the provinces differ when it comes to messaging on COVID-19](#). The Globe and Mail. 17 mars 2020.
27. Cohen G, Russo M, Campos J, Allegri R. [Living with dementia: increased level of caregiver stress in times of COVID-19](#). International Psychogeriatrics. 2020;32(11):1377-81.
28. Park S. [Caregivers' mental health and somatic symptoms during COVID-19](#). Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 2021;76(4):e235-40.
29. O'Caomh R, O'Donovan M, Monahan M, et al. [Psychosocial impact of COVID-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: a cross-sectional study as part of the Engaging Remotely in Care \(ERIC\) Project](#). Frontiers in Psychiatry. 2020;11(1115).

ANNEXE 1

Évolution de la politique ministérielle sur les PPA, milieux de vie, mars 2020 à juillet 2021

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
23 mars-2020	Arrêté numéro 2020-009 MSSS	<p>QUE soit suspendue toute visite dans les hôpitaux, les RPA et les CHSLD.</p> <p>QUE soit également suspendue toute sortie extérieure de ces personnes ; Sauf pour des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé.</p>
15 avril-2020	Arrêté numéro 2020-022 MSSS	<p>Que soient autorisées, pour les usagers hébergés dans les installations des établissements où est exploité un CHSLD, les visites d'une personne proche aidante lorsque les conditions suivantes sont satisfaites :</p> <p>1° l'utilisateur bénéficiait du soutien de la personne proche aidante avant le 13 mars 2020 et son soutien est toujours nécessaire ;</p> <p>2° la personne proche aidante :</p> <p>a) comprend les risques inhérents à ses visites ;</p> <p>b) s'engage à respecter les consignes imposées par l'établissement et les autorités de santé publique ;</p> <p>c) a obtenu un résultat négatif à un test de dépistage de la COVID-19 avant sa première visite et ne présente aucun symptôme lié à la maladie ;</p> <p>L'établissement peuvent adapter ces directives en fonction de l'évolution de la pandémie, de l'éclosion de la COVID-19 en place et de la condition du résident.</p>
05 mai-2020	Directive 20-MS-02908-83	<p>Ces directives s'appliquent aux personnes proches aidantes significatives afin qu'elles puissent reprendre le soutien régulier qu'elles offraient antérieurement à leur proche en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. Par soutien significatif, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine.</p> <p>Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.</p> <p>Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le document ci-joint pourrait se voir retirer l'accès au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA. Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p>
06 mai 2020	Directive 20-MS-02908-91	L'accès aux proches aidant significatifs aux différents milieux de vie (CHSLD, RPA, RI-RTF), est un droit en tout temps. Il en va de même pour l'accès aux proches dans les unités de soins palliatifs et fin de vie.
07 mai 2020	Directive 20-MS-02908-94	Il ne sera pas nécessaire pour une PPA qu'elle effectue un test de dépistage avant d'accéder à un milieu de vie.
09 mai 2020	Arrêté numéro 2020-034 MSSS	<p>QUE, pour les usagers hébergés dans une installation d'un établissement [...] seules les visites suivantes soient autorisées :</p> <p>1° celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé ;</p> <p>2° celles d'une personne proche aidante qui apporte une aide significative à l'utilisateur ou au résident, lorsqu'elle comprend les risques inhérents à ses visites et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles imposées par les responsables du milieu de vie .</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
14 mai 2020	Directive 14.5.2020	<p>Qu'une PPA puisse apporter une aide ou un soutien significatif à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. Les PPA qui seront autorisées à offrir cette implication sont celles qui donnent du soutien de façon régulière, à tous les jours ou plusieurs fois par semaine pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.</p> <p>L'aide et le soutien apportés peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance face à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore être un soutien sur le plan moral ou apporter du réconfort. Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.</p> <p>Une PPA qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le présent document pourrait se voir retirer l'accès au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA.</p>
18 juin 2020	Directive MS-05553-32	<p>Plan de déconfinement des RPA. Mise en vigueur à compter du 18 juin 2020 à travers le Québec.</p> <p>PPA toujours autorisées, avec ou sans éclosion. Les visites dans l'unité locative du résident sont permises dans toutes les RPA sans éclosion.</p>
25 juin 2020	Directive 20-MS-05553-45	<p>CONSIGNES pour les visites et sorties. Un accompagnement des visiteurs est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et pour superviser l'application des mesures PCI requises.</p>
15 septembre 2020	Directive 20-MS-07435-38	<p>CONSIGNES pour les visites et sorties.</p>
15 septembre 2020	Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte 1-3	<p>PPA qui apportent une aide ou un soutien significatif (PPA) permis dans la chambre en tout temps. Maximum 2 personnes à la fois.</p> <p>Définition d'un visiteur : toute personne qui souhaite visiter l'usager et qui n'entre pas dans la définition d'une PPA qui apporte une aide ou un soutien significatif. Permis dans paliers d'alerte 1 +2, 2 personnes maximum à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures (CHSLD), Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative (RPA).</p>
28 septembre 2020	20- MS-07435-45	<p>Précisions sur la présence des PPA : Toutes les PPA doivent être autorisées à accéder aux milieux de vie et de réadaptation de leurs proches. Toute personne qui répond à la définition suivante doit pouvoir accéder en tout temps, sans aucune restriction, dans la mesure où elle respecte les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)... et que la PPA ne présente pas de symptômes liés à la COVID-19 ou n'est pas positive à la COVID-19.</p> <p>Définition PPA : <i>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, dans un cadre informel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins.</i></p> <p>Même en période d'éclosion, peu importe le palier d'alerte correspondant à l'état sanitaire d'un territoire, les personnes qui répondent à la définition ci-haut doivent pouvoir continuer à accéder au milieu de vie de leur aider afin d'exercer leur rôle de PPA.</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
28 septembre 2020	Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte 1-4	Restrictions des nombres de PPA par 24 h pour paliers 3 +4, visiteurs non permis pour paliers 3 +4 en CHSLD, 4 en RPA.
02 octobre 2020	Mise à jour 20-MS-07435-45 — Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte	<p>Ajustement de la définition PPA : <i>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, dans un cadre informel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins.</i></p> <p>Visiteur (définition) : <i>Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aider avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aider.</i></p>
10 novembre 2020	Directive ministérielle DGAPA-001. REV1 — Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte : mise à jour vise à apporter certaines précisions d'application	<p>La famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.</p> <p>Changement :</p> <p>Pour Palier d'alerte 3 : Maximum 2 PPA à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures. Palier d'alerte 4 : Maximum 1 PPA à la fois pour un maximum de 2 PPA par période de 24 heures.</p> <p>Ajustement de la définition Visiteurs : <i>Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate...</i></p> <p>Pour les RPA : Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident par palier 1 +2. 6 pour palier 3, 1 PPA pour palier 4. Ajout de l'incapacité psychologique à la définition PPA.</p>
08 février 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV2 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 3 +4	<p>PPA permis dans les espaces communs pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.</p> <p>Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent.</p> <p>Pour les visiteurs provenant des autres provinces ou territoires où il n'y a pas de palier d'alerte, ce sont les mesures les plus contraignantes qui s'appliquent entre celles du territoire de provenance du visiteur et le palier d'alerte du Québec.</p> <p>Visiteurs non permis en CHSLD pour paliers 3 +4. Pour RPA : PPA permis dans la chambre peu importe la durée incluant un coucher. 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie à la fois pour un maximum 2 PPA par jour pour palier 3, 1 max par jour pour palier 4.</p> <p>Sur le terrain de la RPA : Maximum 4 personnes par jour (PPA et/ou visiteurs) palier 3, Max 2 par jour palier 4. Visiteurs non permis dans la chambre pour palier 3 +4, oui sur le terrain ou 1 personne dans le parloir pour palier 3.</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
26 février 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV3 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 3 +4	IDEM pour CHSLD. RPA : Maximum 2 PPA par jour sur le terrain (Palier 3), Max 1 (Palier 4). Visiteurs non permis sur le terrain.
23 mars 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV4 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 3 +4	<p>Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les RPA situées sur leur territoire, notamment pour les accompagner dans l'application conforme de l'ensemble des mesures et directives ministérielles applicables en contexte de pandémie de la COVID-19, que celles-ci soient en éclosion ou pas.</p> <p>RPA : Les réouvertures des salles à manger se feront de façon graduelle en fonction de l'évolution de la campagne de vaccination. Les visiteurs et les personnes proches aidantes ne peuvent avoir accès à la salle à manger.</p>
29 mars 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV5 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (1)	<p>Formation PCI obligatoire pour les personnes externes du milieu de vie, sauf pour les visiteurs en RTF. Seules les personnes proches aidantes qui ont été formées et déjà familières avec les mesures PCI à respecter sont autorisées à accéder aux milieux de vie.</p> <p>Pour le palier d'alerte jaune :</p> <p>À partir du 12 avril 2021, l'accès aux milieux de vie est autorisé pour les personnes proches aidantes d'une autre région de même palier d'alerte (jaune). De plus, pour les personnes proches aidantes provenant d'un palier d'alerte orange, l'accès au milieu de vie sera autorisé aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise de rendez-vous obligatoire avec le milieu de vie ; • Surveillance actives des symptômes pour une période de 7 jours avant la visite dans le milieu de vie ; • Procéder à un isolement volontaire ou minimiser les contacts non essentiels 7 jours avant la visite ; • Faire un test de dépistage 72 heures avant la visite prévue ; • Formation et accompagnement pour le respect des mesures PCI (port des ÉPI complets soit le masque médical, la protection oculaire et la blouse, distanciation physique de 2 mètres et hygiène des mains) ; • Privilégier les rencontres à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie sous la supervision d'un membre du personnel ; • Faire signer un contrat moral pour le respect des mesures sanitaires et de PCI. <p>L'accès à un milieu de vie situé en palier jaune est interdit lorsque la personne proche aidante provient d'une région de palier d'alerte rouge. De plus, pour les paliers d'alertes orange et rouge :</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
29 mars 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV5 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Les milieux de vie doivent demander aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 2 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès au milieu de vie. Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes ou selon l'état psychologique des résidents. • Seules les personnes proches aidantes connues et identifiées du milieu de vie sont autorisées à accéder aux milieux de vie. <p>Palier 2 CHSLD : Max 2 PPA à la fois pour un maximum de 4 PPA par jour dans la chambre. À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)</p> <p>Permis à partir du 12 avril selon conditions. Permis sur le terrain, max 2 PPA A à la fois pour un maximum de 4 PPA par jour. Visiteurs non permis. Palier 2 RPA : Maximum 2 PPA à la fois pour un maximum de 4 PPA2 par jour dans la chambre. Permis dans les espaces communs s à partir du 12 avril 2021 selon conditions. Permis sur le terrain, max 2 PPA à la fois pour un maximum de 4 personnes par jour. Visiteurs non permis sauf sur le terrain et dans le parloir, 2 personnes maximums par jour.</p>
01 avril 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV6 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4	Cette mise à jour vise à introduire les mesures spéciales d'urgence à appliquer dans les différents milieux de vie. IDEM pour PPA et visiteurs.
09 avril 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV7 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4	<p>Cette mise à jour vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restreindre les déplacements de personnes proches aidantes vers un palier d'alerte jaune ; • Modifier une mesure applicable aux résidences privées pour aînés (RPA) prévue au Tableau C.
19 mai 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV8 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (1)	<p>Pour avoir accès à l'intérieur du milieu, la personne (dont la personne proche aidante) doit être formée avec les mesures PCI à respecter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne qui côtoie le résident/usager à l'extérieur doit au minimum être accompagnée dans l'application des mesures PCI (s'assurer que la personne ne réponde pas aux critères d'exclusion, que l'hygiène des mains est réalisée, que le masque est porté adéquatement et que la personne a bien signé le registre). <p>Si les personnes doivent rentrer à l'intérieur du milieu de vie pour avoir accès à l'extérieur, le milieu de vie doit mettre en place des mécanismes sécuritaires pour faciliter ces visites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une personne proche aidante peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée, selon la prise de rendez-vous convenue avec le milieu de vie, le cas échéant. De plus, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée des visites dans le milieu de vie.

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
19 mai 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV8 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (2)	<p>Pour tous les paliers d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les milieux de vie doivent demander aux résidents d'identifier un maximum de 4 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes. Pour éviter l'épuisement des PPA, la liste pourrait être évolutive. <p>Ainsi, dans le respect des volontés de la PPA, il est demandé aux milieux de vie de faire preuve de flexibilité. Une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les autres personnes proches aidantes et les visiteurs. La prise de RV est fortement recommandée auprès du milieu de vie lors des rencontres à l'extérieur sur le terrain. La prise de RV a pour principal objectif de s'assurer que le milieu de vie est en mesure d'accompagner adéquatement pour l'application des mesures PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> La PPA, le visiteur ou autres personnes externes qui ne respectent pas les consignes, malgré le fait qu'ils ont reçu toute l'information et ont été accompagnés pour l'application des mesures de PCI, pourraient se voir retirer l'accès au milieu.
19 mai 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV8 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (3)	<p>Ajustement de la définition PPA : <i>Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.</i></p> <p>Mesures pour les PPA et visiteurs ensemble.</p> <p>CHSLD+RPA : Palier 2 : dans la chambre, 2 PPA formées, connues et identifiées à la fois pour un maximum de 4 PPA formées et connues par jour.</p>
19 mai 2021	Directive ministérielle DGAPA-001. REV8 — Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte 2 +3 +4 (4)	<p>Palier 3 : 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois pour un maximum 3 PPA formées, connues et identifiées par jour.</p> <p>Dans les espaces communs : Permis pour les PPA palier 2. Sur le terrain : Max 5 personnes par jour (PPA ou visiteurs), avec PEI et supervision (palier 2 +3). Palier 4 : Max 3 PPA par jour, avec supervision, PEI, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> Marche entre la PPA et le résident à l'extérieur du terrain du milieu de vie (clarification apportée même si cela était permis avant) : Permis ou non selon la condition clinique du résident pour tous les paliers d'alerte. <p>Pour les paliers d'alerte jaune et orange, ces personnes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre soit à la définition de PPA ou de visiteur.</p> <p>Pour le palier d'alerte rouge, ces PPA peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre à la définition de PPA.</p> <p>RPA : palier 3 : Exception permise pour l'accès au salon pour les PPA dans les RPA : pour les résidents qui vivent dans une unité locative de type chambre. Marche entre la PPA et le résident à l'extérieur du terrain de la RPA (clarification apportée même si cela était permis avant) : Suivre les mesures pour la population générale. Parloir : PPA non permis pour palier 4 (2 max pour palier 2, 1 pour palier 3).</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : Milieux de vie
04 juin 2021	Directive no: DGAPA-001.REV9—Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte	<p>Mesures à appliquer pour tous les paliers d'alerte (rouge, orange, jaune et vert) ou lorsque l'usager est en isolement ou le milieu de vie en éclosion.</p> <p>CHSLD : Dans la chambre : PPA+visiteurs en palier d'alerte 1 : Maximum 9 personnes à la fois (10 personnes avec le résident), En fonction de la capacité d'accueil de la chambre afin de maintenir une distanciation physique de 2 mètres.</p> <p>Palier 2 : Les personnes³ provenant d'une résidence à la fois. Palier 3 : 1 personne à la fois. Palier 4 : Permis pour les PPA À partir de la liste des PPA, 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois pour un maximum 2 PPA formées, connues et identifiées par jour.</p> <p>Dans les espaces communs : Permis pour palier 1 +2. Palier 3 : Non permis Sauf pour la personne autorisée à l'intérieur qui peut accompagner le résident à la salle à manger en respect des règles usuelles du CHSLD. Palier 4 : Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant les mesures en vigueur.</p> <p>Sur le terrain extérieur : Permis pour plusieurs personnes Palier 1-2-3 avec conditions et en fonction de la capacité d'accueil du terrain. Palier 4 : Permis pour les PPA Maximum 3 PPA⁵ en même temps par jour en fonction de la capacité d'accueil du terrain. RPA : IDEM. Les modifications au présent tableau sont apportées pour tenir compte qu'au moins 75 % des résidents ont reçu deux doses de vaccin et pour tenir compte des assouplissements annoncés dans le plan de déconfinement pour la population générale.</p>
20 juillet 2021	Directive no: DGAPA-001.REV10—Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte	<p>Cette mise à jour vise principalement à introduire de nouveaux assouplissements pour les usagers/résidents considérés protégés (vaccinées) dans les milieux de vie concernant le port du masque et la distanciation physique.</p> <p>CHSLD : Dans les installations/milieux où il n'y a pas de cas suspecté ou confirmé de COVID-19, Il est possible d'accueillir des personnes proches aidantes (PPA) et visiteurs considérés protégés dans la chambre du résident/usager ou à l'extérieur sur le terrain du milieu sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du masque pour les usagers et les personnes proches aidantes/visiteurs. Pour les PPA/visiteurs considérés non protégés ou partiellement protégés, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis. Permissions PPA/Visiteurs IDEM. RPA : IDEM</p>

Évolution de la politique ministérielle sur les PPA, milieux Centre Hospitaliers (CH), mars 2020 à juillet 2021

DATES	Directive	Les faits saillants : CENTRES HOSPITALIERS (CH)
23 mars 2020	Arrêté numéro 2020-009 du MSSS	QUE soit suspendue toute visite dans les hôpitaux, les RPA et les CHSLD
19 mai 2020	Directives pour la venue des proches aidants en centres hospitaliers	<p>Les visites non essentielles sont interdites. Bien que les visites soient suspendues, une personne proche aidante peut apporter du soutien à une personne hospitalisée, sous réserve du respect de conditions spécifiques. Pour recevoir le soutien d'une personne proche aidante, les personnes hospitalisées en CH doivent avoir bénéficié de ce soutien avant la mise en place des restrictions de visite imposées en raison de la COVID-19. À partir du 20 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante significative, soit celle qui était déjà présente sur une base régulière avant la pandémie, pourra apporter de l'aide et du soutien à une personne en CH.</p> <p>La venue des proches aidants n'est permise que lorsque le séjour se prolonge au-delà de 14 jours d'hospitalisation.</p> <p>Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle vulnérable, telle la clientèle gériatrique, usagers NSA ou en situation de handicap qui requiert l'aide d'un proche aidant, si sa venue est sécuritaire et appropriée.</p> <p>Chirurgie : Aucun visiteur n'est autorisé à entrer dans l'unité. L'accès au centre de cancérologie est limité aux patients sous traitement et au personnel sauf pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou que cela ne soit requis médicalement (exemples : trouble cognitif, aide à la mobilité)</p>
15 juin 2020	20- MS-05553-01 —Directives pour la venue des proches aidants en centres hospitaliers (1)	<p>Les personnes proches aidantes qui sont autorisées en CH sont les personnes proches aidantes qui offrent ou doivent offrir une aide ou un soutien significatif pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.</p> <p>Un accompagnateur est une personne significative qui offre un soutien ponctuel à un proche durant sa visite ou son séjour en CH.</p> <p>Pour recevoir le soutien d'une PPA, les personnes hospitalisées en CH doivent avoir bénéficié de ce soutien avant la mise en place des restrictions de visite imposées en raison de la COVID-19 ou présenter un profil d'autonomie qui nécessite une aide et soutien significatifs à la suite de l'épisode de santé aigu. Le patient hospitalisé pourrait avoir été autonome antérieurement, mais vivre une perte d'autonomie fonctionnelle importante nécessitant la présence d'une PPA pour assurer son intégrité physique et psychologique. Par ailleurs, à compter de ce jour, sous réserve du respect de conditions spécifiques, le soutien par un accompagnateur est également permis pour les patients en CH qui ont des besoins.</p>
15 juin 2020	20- MS-05553-01 —Directives pour la venue des proches aidants en centres hospitaliers (2)	La venue de PPA ou d'accompagnateurs n'est permise que lorsque le séjour se prolonge au-delà de 7 jours d'hospitalisation, sauf dans les cas où la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001) doit être appliquée et que la personne requiert un accompagnement extérieur à l'établissement, tel que la présence d'un avocat, pour l'aider à faire valoir et respecter ses droits et recours.
18 juin 2020	20- MS-05553-16 —Directives en regard de la venue de proches aidants ou d'accompagnateurs, et de visiteurs en centres hospitaliers (CH).	<p>L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une PPA auprès d'une même personne en CH. Toutefois, une seule personne proche aidante à la fois pour une même plage horaire est autorisée, pour un Maximum de 4 personnes par période de 24 heures. Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable.</p> <p>Les critères de dépistage des PPA ou accompagnateurs sont déterminés par le service de prévention et contrôle des infections de chaque établissement, et ce, en fonction de l'épidémiologie dans la région et de la situation spécifique à chaque CH. Restrictions pour CANCÉROLOGIE.</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : CENTRES HOSPITALIERS (CH)
30 septembre 2020	Directives pour la venue des personnes proches aidantes en centres hospitaliers	<p>Les personnes proches aidantes sont définies comme suit : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, dans un cadre informel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins.</p> <p>Palier d'alerte 1 — Visites permises, 1-2 personnes à la fois Palier d'alerte 2 — PA seulement, 1-2 personnes à la fois Palier d'alerte 3 — PA seulement, 1 personne à la fois, max 2 par jour : obligation d'identifier un max de 3 personnes différentes pouvant se relayer. Palier d'alerte 4 — PA seulement, 1 personne maximum par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 personnes différentes pouvant se relayer.</p> <p>Lors de situations critiques ou d'hospitalisation prolongée au-delà de 7 jours, les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter leur parent hospitalisé. Les enfants de 12 ans et moins doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite.</p> <p>Tableaux pour LES SOINS OBSTÉTRICAUX, NÉONATAUX ET PÉDIATRIQUES. Restrictions pour CANCÉROLOGIE.</p>
05 octobre 2020	Directive no: DGAUMIP-001 — La venue des personnes proches aidantes en centres hospitaliers	Mise à jour. Pas des changement majeurs.
02 décembre 2020	DGAUMIP-001.REV1— La venue des personnes proches aidantes en centres hospitaliers (1)	<p>Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services. Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au CH où son proche est hospitalisé, comme pour les PPA.</p> <p>Visiteur : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé.</p> <p>Nous soulignons que le soutien offert par les personnes proches aidantes apporte l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel et à l'organisation des soins qui ne peuvent être substitués par des mesures de contrôle physiques ou chimiques qu'en dernier recours.</p>

DATES	Directive	Les faits saillants : CENTRES HOSPITALIERS (CH)
02 décembre 2020	DGAUMIP-001.REV1— La venue des personnes proches aidantes en centres hospitaliers (2)	<p>Les modalités de visites usuelles doivent être considérées. Néanmoins, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites. Par ailleurs, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs, et ce, en respect des directives de distanciation sociale émises par la santé publique.</p> <p>La durée de la visite n'est pas limitée dans la mesure où les consignes de protection et contrôle des infections (PCI) sont bien respectées.</p> <p>Une personne proche aidante doit être systématiquement identifiée pour certains patients hospitalisés qui présentent une vulnérabilité, car ils sont des partenaires de soins essentiels.</p> <p>Un gestionnaire ou une personne désignée au sein du CH doit être clairement identifié afin de répondre aux questions et insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles dans le contexte de la pandémie. Si des insatisfactions persistent, il est proposé à la personne proche aidante de faire appel au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.</p> <p>Aucune identification ou document ne doit être demandé afin d'attester d'un « statut » de proche aidant. Nous rappelons que le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre.</p> <p>Tableau résumé des directives selon les paliers d'alerte (Pas des changement majeurs). Restrictions pour CANCÉROLOGIE.</p>
06 juillet 2021	Directive ministérielle DGAUMIP001.REV2 — Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier	<p>Palier 1 : 2 visiteurs ou PPA à la fois, pas de maximum quotidien. Palier 2 : 2 PPA à la fois, pas de maximum quotidien. Palier 3 +4 aucun changement. SALLE D'URGENCE : 1 PPA à la fois.</p> <p>La présence d'une personne proche aidante est recommandée en tout temps, et ce, indépendamment des paliers d'alerte régionaux. Pour les visiteurs, les périodes de visites sont appliquées selon les politiques locales en vigueur. Restrictions pour CANCÉROLOGIE. À noter : le parent d'un enfant hospitalisé ou la personne accompagnant la femme enceinte lors de l'accouchement ne sont pas considérés comme des visiteurs.</p>

ÉTUDE DE CAS / CASE STUDY

Equity, Diversity, and Inclusion (EDI) Case Study: Where Does the Ombuds Fit?

Julie Boncompain^a, Heather McGhee Peggs^b, Brent Epperson^c

Résumé

Comment un ombudsman pourrait-il répondre à un problème d'équité? À l'aide d'une étude de cas réelle portant sur un conflit entre un étudiant et un membre du corps professoral soumis à un ombudsman universitaire, nous examinons la valeur d'une lentille d'équité qu'un ombudsman peut apporter aux discussions éthiques sur l'EDI.

Mots-clés

ombudsman, justice, équité, diversité, inclusion, résolution des conflits, gestion des conflits

Abstract

How might an ombudsperson respond to an equity concern? Using a real-to-life case study about student / faculty conflict brought to a university ombudsperson, we consider the value of a fairness lens that an ombuds can bring to EDI ethical discussions.

Keywords

ombuds, fairness, equity, diversity, inclusion, dispute resolution, conflict management

Affiliations

^a Polytechnique Montréal, Montréal, Québec, Canada
^b Conflict Management Consulting, Toronto, Ontario, Canada
^c Université du Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Luxembourg

Correspondance / Correspondence: Julie Boncompain, ombudsman@polymtl.ca

INTRODUCTION

Many leaders struggle to effectively adapt to conflicts and tensions in Equity, Diversity, and Inclusion (EDI) conversations. An ombuds¹ can help by examining EDI challenges through an administrative fairness lens. Ombuds offer independent, confidential, and impartial spaces where people can share concerns about decisions and professionalism.

Unlike formal complaint processes, ombuds provide informal, cost effective and timely options that support healthy organizational cultures through early and collaborative resolution. As a “one stop shop” for addressing individual and systemic issues and living up to institution-wide commitments to EDI, the ombuds office is dedicated to complaint management. Ombuds are trained to listen effectively and empathetically to complex, high-stakes, and emotional conflict stories. Ombuds help complainants and leaders see EDI debates in a new light, to understand individual and institutional roles and responsibilities, and to implement fair and equitable solutions. Ombuds' recommendations are non-binding. We achieve organisational buy-in through consultation and fair process.

This case study considers a realistic equity-related concern that could be brought to an ombuds in a higher education context.

CASE STUDY: CALLING OUT NURSING

Tensions run high in the Faculty of Nursing (the “Faculty”). Nursing's long-standing Student Advisory Working Group (“SAWG”) provides student input on non-academic initiatives. Twice a year, SAWG attends the full Faculty Council meeting. Both SAWG and the Faculty recently published commitments to EDI, referencing the *Nursing Code of Conduct*.

During the *in-camera* portion of the last council meeting, a SAWG representative interrupted the discussion about the Faculty's proposed *Shared Student Office Space (SSOS) Policy*. The SSOS Policy defines a set of expectations for students with respect to use and maintenance of shared university offices spaces, including hours and permitted use (e.g., scent-free space, including food odors; food preparation allowed on site; alcohol/bar service requirements; people responsible for waste disposal, etc.). They demanded that: “the SSOS policy be thrown out because it discriminates against BIPOC [Black, Indigenous, Persons of Colour] students.”

SAWG emphasised the policy sections that placed limits on food preparation and odours, which they derided as “anglocentric” and “indicative of the institutional racism that pervades the Faculty of Nursing.” The Chair (who is also the Associate Dean) acknowledged that there had not been any consultation with SAWG and agreed to open the floor for discussion. The debate escalated into yelling, defensiveness, and personal attacks. The Chair abruptly ended the meeting early saying: “I am appalled

¹ Within higher education, “ombuds” (also referred to as ombud, ombudsman, ombudsperson) is perhaps the most common titles for an independent and impartial complaints resolution service, however, others such as “commissioner” or “integrity officer” may be more common within health care or the private sector, while providing complaint resolution services of a similar nature. We focus on the academic ombuds role in this case study.

by SAWG's unfounded accusations of systemic racism in the Faculty – we were talking about a single policy – the SSOS. I am adjourning this meeting as I see no benefit to this disrespectful mud-slinging.”

Without permission of the attendees, the debate was anonymously live tweeted. A debate rages on social media and has affected faculty / student interactions. Various faculty members describe SAWG as “aggressive” and “insulting.” One faculty member asked: “How did debate about a policy that prioritizes the health of those who suffer from allergies or odor sensitivities devolve into an EDI debate?” SAWG members decry faculty members as “racists” and “bullies.” One student commented: “There is no excuse for a ‘white bread’ policy that limits foods like curries and fish. There is no attention to the safety or feelings of BIPOC students under a policy that is blind to different culinary traditions.” In addition, some attendees mention no longer feeling “safe” attending council meetings.

CASE ANALYSIS: HOW MIGHT AN OMBUDS APPROACH THESE EDI CONCERNS?

It may initially appear that each side is focused on ways to “win” the SSOS/EDI policy argument and condemn each other's behaviour rather than build an effective policy and maintain relationships. With issues of fairness and equity that affect not only individuals (e.g., SAWG/Faculty collaboration), but the entire Faculty (e.g., potential negative impact across administration, teaching, and research), any solution that is imposed, rather than developed collaboratively, is likely unsustainable (1,2). This is a case that could benefit greatly from a multi-partial, third-party evaluation. The Ombuds role can be pivotal in coordinating a collaborative problem-solving approach.

Ombuds reframe issues, listen actively, target underlying interests and needs, challenge perceptions, and highlight commonalities to reveal various layers in conflict stories (3). We explore what happened, individual roles (e.g., hero, victim, villain, bystander), feelings, perspectives, policies or processes, and available campus supports. We might ask:

- What are your interests / needs?
- Are these the same on personal (e.g., student) and professional (e.g., SAWG representative) levels?
- Do you see any common concerns or interests? (e.g., creating an effective SSOS Policy; living up to institutional/personal commitments to EDI; good relationships between SAWG & faculty; feeling “safe” in Faculty Council meetings)

Ombuds work aligns with restorative practices that focus on repairing harm and restoring trust and respect.² We work with complainants to bring them from the past (“what happened to me”) to the present (“how this affects me”) to the future (“what I'd like to happen”) by asking questions such as:

- What are your top priorities/goals moving forward? What do you think others' priorities/goals might be?
- What are some possible solutions?
- What are the institutional commitments and priorities?

The sense of “what is fair” varies from person to person. An ombuds would determine if the principles of natural justice and administrative fairness have been respected before, during, and after the Faculty Council Meeting. We would examine *procedural or process elements* by reviewing resources and gathering information from the complainants, including:

- Did individuals feel they had an opportunity to be heard and respond?
- What information did they have about faculty and university policies (e.g., Nursing Code of Conduct, SAWG/Faculty commitments to EDI) and procedures (e.g., how decisions are made about new policies, student input), and are they fair? (not unjust, discriminatory, or unreasonably burdensome)?

In terms of *substantive fairness*, referring to the decisions made, ombuds might consider:

- Did the Chair's decision accord with Faculty Council policies or protocols? Did it take into account relevant information about the circumstances?
- What about the SAWG representative's decision to raise the SSOS policy at the meeting?

Ombuds would look at *relational fairness*, referring to how individuals were treated:

- Are there areas for clarification? (e.g., meaning of words such as “bullying,” “anglocentric,” “racist”?)
- Was the meeting behaviour respectful and aligned with Faculty policies/institutional commitments?

While every conflict is unique, an ombuds is trained to see the bigger picture and to identify trends by examining previous matters and applying institutional knowledge. Leaders cannot manage EDI in a discrete silo.³ Each ombuds is unique in scope of mandate and operations. For example, some offices regularly conduct comprehensive fairness investigations and make written recommendations, while others frequently provide oral recommendations. In all cases, dialogue is a necessary precursor to engaging in informal problem-solving or decision-making and must precede ombuds' advice or recommendations.

² We recognize the parallels to and deep roots of “restorative” practices or concepts in Indigenous cultures and systems of justice (4). We further acknowledge that the claims of contemporary Western restorative justice practitioners to take inspiration from Indigenous methods have been frequently criticized by Indigenous scholars (5,6). For our purposes we feel it is important to note that restorative approaches broadly speaking – whether of Indigenous origin or Western (re)adaptations – have become important tools in the ombuds profession.

³ If a silo is pierced, the grains disburse everywhere. EDI conflicts can similarly spill across the institution and affect many individual interactions and systemic operations, for example, the allegations by SAWG of institutional racism within the Faculty of Nursing.

For example, in this case, ombuds might:

- Engage in shuttle diplomacy⁴ to try to facilitate an agreement to stop debating the SSOS policy over social media.
- Recommend participation in a voluntary process such as mediation or a restorative circle.⁵
- Consult in the revision and/or development of student/faculty consultation protocols or policy language to ensure fair process.
- Coach individuals on how to restart discussions on their own (e.g., request a special Faculty Council meeting to resume discussions).
- Advise complainants on how to escalate concerns through formal institutional (or external) avenues.
- Advise that the ombuds will commence a formal investigation and make written recommendations.
- Recommend that the Faculty offer training for Nursing students, staff, and faculty, aligned with EDI commitments.

CONCLUSION

This case illustrates that ombuds can provide helpful insights on fairness and equity and so contribute to expanding the range of resolution options for leaders and complainants facing EDI concerns.

QUESTIONS TO FRAME AN ETHICAL DISCUSSION

1. If this case came to you as a leader, would you consider this a matter of *fairness*, and would you have referred the individuals to the ombuds (if your institution has one)?
2. Would you have any concerns in becoming personally involved in trying to resolve this issue if you had not been at the Faculty Council Meeting? What if you had?
3. In what ways might you try to balance power and perceptions of power? Are there some concerns that are more important than others? Why or why not?
4. Is there a way to create a safer space for a direct and respectful conversation? How might you get the parties to “come to the table” for that conversation?
5. What are some of the benefits of the SAWG representative having raised this issue at the Faculty Council Meeting? Why do you think they raised the issue of systemic racism when talking about a single policy (SSOS)?
6. Is it possible to be fair in situations where there are competing or intersecting concerns, rights, our responsibilities to accommodate?

Reçu/Received: 30/04/2021

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Publié/Published: 17/10/2022

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Caroline Favron-Godbout

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

REFERENCES

1. Michael N, Mochon D, Ariely D. [The IKEA effect: when labor leads to love](#). *Journal of Consumer Psychology*. 2012;22(3):453-460.
2. Druckman D, Wagner L. [Justice and fairness in negotiation](#). *Group Decision and Negotiation*. 2017;26:9-17.
3. Ombuds of Saskatchewan. [The Fine Art of Fairness: A Guide to Fair Practice](#). 2017.
4. Hewitt JG. [Indigenous restorative justice: Approaches, meaning & possibility](#). *UNBLJ*. 2016;67:313-35.
5. Tauri JM. [An Indigenous commentary on the globalisation of restorative justice](#). *British Journal of Community Justice*. 2014;12(2):35-55.
6. Vieille S. [Frenemies: restorative justice and customary mechanisms of justice](#). *Contemporary Justice Review*. 2013;16(2):174-192.

⁴ A process in which a facilitator moved back and forth between parties to try and facilitate a resolution to a particular issue or many issues.

⁵ Depending on the resources / mandate of the office, this might be facilitated by the ombuds or by an external mediator / facilitator.

ÉTUDE DE CAS / CASE STUDY

From “Obstetrical Violence” Complaints to “Respectful Maternity Care”: The Complaints Commissioner as Facilitator of Organizational Change

Marie-Eve Lemoine^a, Harvey Sigman^a, Vania Jimenez^a, Maude Laliberté^b

Résumé

Dans cette étude de cas, nous décrivons une approche visant à aborder un problème organisationnel compliqué, systémique et à multiples facettes : les perceptions de violences obstétricales dans le continuum des soins maternels, depuis les soins prénataux, jusqu'à l'accouchement et les soins postnataux.

Mots-clés

plaintes, médiateur, qualité des soins de santé, prestation des soins de santé, facilitateur, obstacle, changements organisationnels, violence obstétricale, soins de maternité respectueux

Abstract

In this case study, we describe an approach to dealing with a complicated, systemic, and multifaceted organizational issue: perceptions of obstetrical violence in the continuum of maternal care from antepartum care, birthing, to post-natal care.

Keywords

complaints, ombudsman, quality of healthcare, healthcare delivery, facilitator, barrier, organizational change, obstetrical violence, respectful maternity care

Affiliations

^a Office of the Service Quality and Complaints Commissioner, Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal (CIUSSS), Montréal, Québec, Canada

^b Consultant specialized in Health ethics and complaint process, Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Marie-Eve Lemoine, marie-eve.lemoine@umontreal.ca

INTRODUCTION

In this case study, we describe how a Service Quality and Complaints Commissioner Office dealt with complaints regarding “obstetrical violence”, and how these served as levers to improve the continuum of maternal care, from antepartum care, birthing, to post-natal care.

SOCIAL CONTEXT: DENUNCIATION OF “OBSTETRICAL VIOLENCE”

The denunciation of obstetrical violence is not a new phenomenon. In 1958, an American maternity ward nurse gathered testimonies from women and nurses about perceived mistreatment such as physical contention, delaying childbirth to a more convenient time for the physician, threatening women to have them stop crying loudly, and performing episiotomies without anesthetics (1). This was the first of many academic articles and books documenting mistreatment during childbirth over the decades. Various reforms were proposed, and advocacy organizations were created. Yet, women worldwide continue to experience mistreatment during childbirth (2). In recent years, the movement is receiving more attention and global recognition (3-5).

The term “obstetrical violence” was coined in the 2000s and is defined as: “[v]iolence exercised by health personnel on the body and reproductive processes of pregnant women, expressed through dehumanizing treatment, medicalization abuse, and the conversion of natural processes of reproduction into pathological ones...” (6). In addition to physical mistreatment, obstetrical violence also encompasses issues in fiduciary relationships and in the organization of care, such as disrespectful comments, lack of consent, lack of choice for procedures, and separating mothers and babies (6-9). It includes issues that may occur at any stage of the maternal care continuum.

In Quebec, “obstetrical violence” generated media attention in 2019. The newspaper La Presse published a series of articles recounting the experience of patients and reporting on the popularity of the “[StopVOG](#)” website, an initiative to encourage women to share their experience with obstetrical violence so that the problem would no longer remain taboo and unaddressed (10,11).

COMPLAINTS COMMISSIONER’S INTERVENTION

In the weeks before and after the media exposure, the office of the Service Quality and Complaints Commissioner of the CIUSSS West-Central Montreal noticed an increase in the number of complaints pertaining to perceived mistreatment during maternal care and more specifically, using the term obstetrical violence (12). As women were encouraged to speak up about their experience (10,11), many were choosing the Commissioner as their interlocutor; some of the letters conveyed hope that

the social movement would translate into organizational changes. Users complained about inappropriate comments, lack of explicit consent, babies being separated from mothers, and judgment of birthing choices such as natural birth, home birth, and midwifery. These aspects pertain to the quality of care, which is at the very core of the Commissioner's mandate.

Therefore, the Commissioner sought a means to provide the CIUSSS West-Central Montreal with a reflection of the social movement to stop obstetrical violence inside the walls of their establishments. While Commissioners' main mandate is the treatment of individual complaints, they also hold the prerogative to conduct systemic interventions on topics that they deem preoccupying for patient rights or the quality of care and services (13). Based on the increased number of complaints as well as the evident social movement aiming to tackle the issue of obstetrical violence, the Commissioner launched an intervention on this topic in 2019.

This first part of the intervention was a report mapping of the issues arising during the maternal care continuum. It included a description of the social movement to stop obstetrical violence and a thematic analysis of the recent complaint. The report concluded by emitting the following recommendation: *"The Commissioner recommends that practitioners and management identify organizational elements that hinder practitioners in their efforts to establish therapeutic relationships."*

More specifically, the Commissioner recommended improving the presentation protocol for practitioners, avoiding unnecessary comments, using explicit informed consent for all procedures, offering treatment alternatives, continuing efforts to help patients prepare for the experience of giving birth, and seeking opportunities for further training in communication and fiduciary relationships. The report also mentioned the necessity to improve users' decisional capacity concerning vaginal birth after cesarean delivery (VBAC), ensuring the right to be accompanied even in the context of the pandemic, and looking into the possibility of making the necessary structural and architectural changes to allow mothers and babies to be kept together at all times, even in the context of off-hour cesarean and NICU hospitalizations. In keeping with the Quebec *Act Respecting Health Services and Social Services*, the Commissioner submitted the report to the Vigilance Committee and the Board of Directors, along with the relevant clinical directorate and medical chiefs, to respond to the recommendations.

COMPLAINTS COMMISSIONER: MOBILIZER OF KEY STAKEHOLDERS TO FACILITATE ORGANIZATIONAL CHANGE

The report aimed to shed light on this issue through the angle of complaints to contribute to mobilizing key stakeholders and to support the ongoing efforts toward quality improvement demonstrated by medical chiefs, directors, and clinicians. To ensure that the report would be a lever to mobilize key stakeholders, the following elements were considered.

When writing the report, the Complaints Commissioner and her team paid particular attention to remaining neutral about the controversial term "obstetrical violence." They made sure to acknowledge the perspective of clinicians who rightfully do not see themselves as perpetrators of violence when they aim to provide the best medical standard of care and eventually, save the life of a mother or baby. The Complaints Commissioner's team thought it was important to highlight that the report was a response to a social movement, as well as a response to increasing complaint numbers, and so did not aim to cast blame but rather to contribute to improvement in practices.

Numerous discussions occurred with the managers of the clinical directorates and the medical chiefs during the examination process. A presentation was done during the Grand Rounds to share preliminary analysis and stimulate discussions with clinicians. The recommendations were evidence-based as they followed a scoping analysis of the social context and best practices, as well as a thematic analysis of the complaints received. The consultation process ensured that the recommendations were also realistic based on local considerations. Complaints are a useful tool to shed light on areas needing improvement through the perceptions and experience of users. However, they only represent users' perspectives and do not capture the constraints under which managers operate as they strive to offer a positive user experience.

The report was received positively by clinical directorates and medical chiefs. In response to the report, a Respectful Maternity Care Committee was put in place to gather representatives from obstetrics, family medicine, nursing, midwifery, and Quality & Risk Management to discuss respectful maternity care on a monthly basis. The Commissioner was invited to take part in the meetings to provide her insight. This committee also solicits feedback from patient-partners. The Committee rapidly identified a central narrative for their work: making a strong position statement on Respectful Maternity care, including shared decision-making, patient-centered care, and maintaining excellent care. As recommended by the Commissioner, communication workshops were set up and as a group, the various teams started to work toward improving their clinical practices concerning communication, information, and consent. While part of the work to improve users' experience in obstetrics remains ahead, numerous initiatives are ongoing to improve the information offered for users, create a stronger collaborative work environment, formalize organizational communication strategies, and overcome structural environmental obstacles. This strong engagement of key stakeholders, such as clinical directorates and medical chiefs, is essential so that the culture change percolates in all aspects of practice, both organizationally and clinically.

BARRIERS AND FACILITATORS TO QUALITY-BASED INTERVENTIONS

Many barriers and facilitators can influence the sustainability of quality-based interventions in a healthcare setting. As per Cowie et al. (14), barriers include failure to consider social and political contexts and a human resources consideration such

as workload pressures, shortages, and high turnover. In this case, the social context was well accounted for. Given the pandemic, it is anticipated that human resources considerations may make it more difficult, although not impossible, for the Respectful Maternity Care Committee to implement and sustain improved practices. Facilitators to implementation and sustainability include clear accountability of roles and responsibilities, strong leadership/champions, and adequate organizational support (14). In this case, the Complaints Commissioner's intervention empowered key leaders/champions from each team involved in the maternal care continuum within the CIUSSS, and roles and responsibilities were clarified. The success of the ongoing improvement projects will depend largely on the maintenance of organizational support as some improvements would require changes in the organization of work and space that go beyond clinical best practices at the micro level.

CONCLUSION

Being an independent and impartial office, the very nature of the Complaints Commissioner's mandate makes it challenging, yet essential, to find allies within an organization. This case study exemplifies how the Complaints Commissioner was able to act as a powerful tool to mobilize stakeholders and support endeavors to improve practices. Sharing such success stories amongst Complaints Commissioners in practice communities could contribute to solidifying the role of Complaints' Commissioners as agents for improved care.

Reçu/Received: 27/05/2021

Remerciements

Merci à l'équipe de médecins, de sages-femmes et d'infirmières en obstétrique-gynécologie, ainsi qu'aux membres du comité sur les soins maternels respectueux du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour les discussions enrichissantes.

Conflits d'intérêts

Marie-Ève Lemoine est éditrice de la *Revue canadienne de bioéthique*. Elle n'a pas participé à la révision ni à l'acceptation de ce manuscrit.

Publié/Published: 17/10/2022

Acknowledgements

Thank you to the medical, nursing and midwifery team, as well as to the members of the Respectful Maternity Care Committee of the Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal for the fruitful discussions.

Conflicts of Interest

Marie-Ève Lemoine is editor of the *Canadian Journal of Bioethics*. She was not involved in the review nor the acceptance of this manuscript.

Édition/Editors: Bertrand Alexandre Stoffel

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

REFERENCES

- Schultz GD. Cruelty in maternity wards. *Ladies' Home Journal*. 1958;77:44-5.
- Goer H. [Cruelty in maternity wards: fifty years later](#). *Journal of Perinatal Education*. 2010;(3):33-42.
- Chadwick R. [The dangers of minimizing obstetric violence](#). *Violence Against Women*. 2021;10778012211037379.
- Smith-Oka V. [Cutting women: unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence](#). *Social Science & Medicine*. 2022;296:114734.
- Vargas E, Marshall RA, Mahalingam R. [Capturing women's voices: lived experiences of incivility during childbirth in the United States](#). *Women & Health*, 2021;61(7):689-99.
- Vacaflor CH. [Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina](#). *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):65-73.
- Diaz-Tello F. [Invisible wounds: obstetric violence in the United States](#). *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
- Kukura E. [Obstetric violence](#). *Georgetown Law Journal*. 2017;106(3):721-802.
- Vadeboncoeur H. [Les gestes obstétricaux violents](#). *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2003;317:26-29.
- Collective du 28 mai. [Stop violences obstétricales et gynécologiques](#). Québec.
- Gelly M. [Cauchemar au cabinet](#). *La Presse +*. 2 juillet 2019.
- Office of the Service Quality and Complaints Commissioner. [Annual Report 2020-2021](#). Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2021.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. [Le pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services](#). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec: Québec; 2008.
- Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, et al. [The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review](#). *BMC Health Services Research*. 2020;20:588.

ACTES DE COLLOQUE / CONFERENCE PROCEEDINGS

La culture juste dans le domaine de la santé : une approche qui responsabilise les individus et les organisations médicales

Claude Johnson^{a,b,c}

Résumé

Ce texte résume l'expérience de l'auteure suite à la participation au cours de certification « Culture juste (Just culture) dans le domaine de la santé », offert par *Saegis* en octobre et novembre 2020. Cette formation permet de comprendre ce qu'est la culture juste et de mettre en application ses principes fondamentaux avec des exemples concrets.

Mots-clés

culture juste, justice organisationnelle, commissariat aux plaintes et à la qualité des services, médecins examinateurs, responsabilité médicale, qualité des soins, sécurité des patients, santé psychologique au travail, santé des médecins

Abstract

This review summarizes the author's experience following participation in the Just Culture in Healthcare certification course offered by *Saegis* in October and November 2020. This course provides an understanding of just culture and the application of its fundamental principles with concrete examples.

Keywords

just culture, organizational justice, office of the complaints and service quality commissioner, physician reviewers, medical accountability, quality of care, patient safety, occupational psychological health, physician health

Affiliations

^a Centre intégré de santé et des services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Québec, Canada

^b Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), Montréal, Québec, Canada

^c Collège des médecins du Québec (CMQ), Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Claude Johnson, claud.johnson.cnm1@ssss.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

Le cours de certification « Culture juste dans le domaine de la santé » offert par *Saegis*¹, en partenariat avec la *Just Culture Company*², s'est tenu par web diffusion du 6 octobre au 10 novembre 2020, à raison de 6 sessions de 2 heures par semaine. Le but de ce texte est d'exposer les principes fondamentaux de la culture juste et de démontrer pourquoi cette approche est utile pour les médecins examinateurs œuvrant dans les commissariats aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) des établissements de santé au Québec.

Le médecin examinateur d'un établissement de santé a pour mandat, entre autres, de s'assurer du respect des droits des usagers et de promouvoir l'amélioration de la qualité des services. Ce mandat est enraciné dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux au Québec* (1). Ce dernier doit également faire preuve de discernement pour distinguer les situations qui relèvent de son mandat et de ses compétences de celles qui nécessitent au lieu une orientation au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour étude par un comité de discipline, ou encore, dans des cas très sérieux, une transmission au Collège des médecins du Québec (CMQ).

Étant donné l'absence de critères précis ou standardisés pour déterminer s'il y a lieu de faire une recommandation ou de référer la plainte au CMDP ou au CMQ, le médecin examinateur, dans un souci d'être équitable, doit souvent prendre des décisions difficiles face à certaines questions lorsqu'il reçoit une plainte à examiner : est-ce que le comportement du professionnel mérite une sanction? Y a-t-il lieu de faire une recommandation individuelle ou organisationnelle? Quel serait l'impact d'une telle recommandation?

Dans un premier temps, je vais présenter ce qu'est la « culture juste » et décrire les grandes lignes de la formation offerte par *Saegis*. Ensuite, je vais expliquer pourquoi cette formation m'a été utile dans mon travail de médecin examinateur. Enfin, je vais vous expliquer pourquoi je considère que la culture juste est une culture qui favorise la responsabilisation, la qualité des services et la sécurité des patients.

QU'EST-CE QUE LA CULTURE JUSTE?

Il est difficile, dans un bref résumé de la formation culture juste suivie, de définir ce qu'est la culture juste dans son ensemble. Il y a d'abord la définition théorique et les fondements, mais ceci ne nous donne pas vraiment une bonne idée en raison de la complexité de ce concept. Pour bien comprendre ce qu'est la culture juste, il faut aussi avoir certaines notions juridiques, connaître la science des comportements humains qui la soutienne et avoir une bonne idée de la conception des systèmes. Ensuite nous devons comprendre les outils qui permettent l'application de la culture juste à des situations concrètes.

¹ *Saegis* est une filiale de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). Ils offrent des programmes et des services spécialisés dans le domaine des soins de santé. L'ACPM a pour mission de protéger l'intégrité professionnelle des médecins et de promouvoir la sécurité des soins médicaux au Canada.

² La *Just Culture Company* est l'entreprise qui a élaboré le modèle Just Culture.

Selon *Saegis*,

La culture juste est un système d'enquête et de justice disciplinaire qui reflète ce que nous connaissons de :

- La conception des systèmes
- La faillibilité humaine, et
- Du libre arbitre humain (2; traduction libre)

La culture juste est un modèle fondé sur les missions et les valeurs de l'établissement, les devoirs des professionnels de la santé, l'identification des manquements aux devoirs et les conséquences justes à apporter aux manquements.

LA SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUE : UN ASPECT FONDAMENTAL POUR L'AMÉLIORATION DES SYSTÈMES

Un volet fondamental de la culture juste est que non seulement elle requiert, mais aussi elle contribue à ce que tous les membres de l'équipe de soins se sentent en sécurité psychologique.

La sécurité psychologique est le sentiment d'assurance que personne ne sera puni ou humilié pour avoir exprimé ses idées, ses questions, ses préoccupations ou ses erreurs. La sécurité psychologique des équipes présente les caractéristiques suivantes : Les membres de l'équipe partagent une vision commune, possèdent un fort sentiment de confiance et d'assurance, optimisent la collaboration, la communication et la coordination et comprennent les rôles et les responsabilités professionnels des uns et des autres (2).

La sécurité psychologique encourage, entre autres, à faire entendre la voix de chacun, soutenir les débats constructifs, atténuer les échecs, favoriser l'innovation et accroître la responsabilisation donc, à réduire les erreurs et les événements indésirables (3). Par conséquent, la sécurité psychologique augmente le sentiment d'appartenance et le désir de faire plus et mieux pour l'organisation (4). Elle permet donc d'agir d'une manière proactive avant même qu'il ne se produise un événement indésirable ou le dépôt d'une plainte.

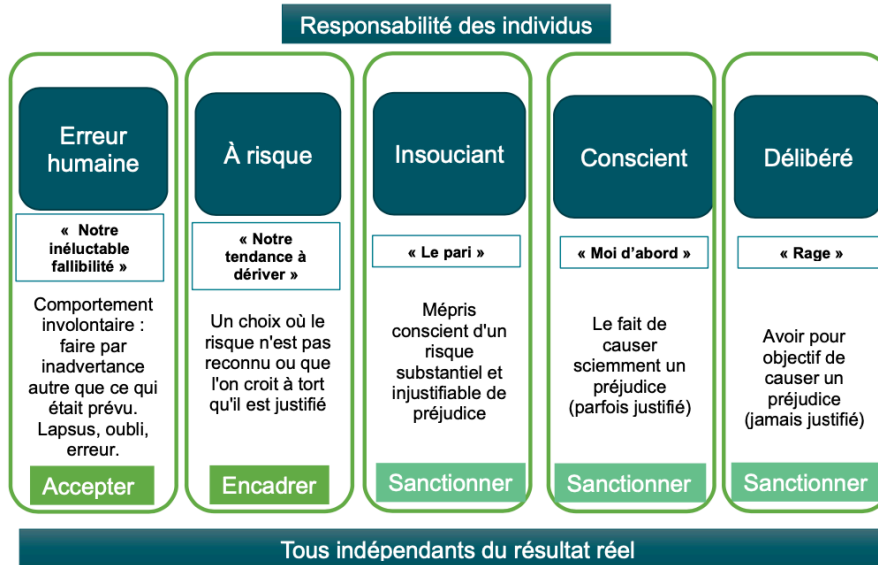
La culture juste propose aussi un algorithme pour gérer les comportements humains qui risquent de mettre en péril la santé et la sécurité des patients.

LA GESTION DES COMPORTEMENTS HUMAINS

En culture juste, les comportements humains sont évalués en fonction de la responsabilité des individus au moment de poser un geste pouvant compromettre la sécurité d'un patient ou d'un membre du personnel. Ce sont les comportements à risque qui seront jugés problématiques et non les conséquences.

Pour donner une idée du contenu de la formation culture juste, voici un tableau (Figure 1) résumant les différentes catégories de comportements humains observés, leurs définitions et les conséquences attendues de la part des dirigeants, des gestionnaires ou autres intervenants dans les équipes de soins. Ce tableau est axé uniquement sur la responsabilité de l'individu. L'évaluation de la responsabilité de l'organisation s'effectue ensuite à partir des algorithmes proposés par la culture juste, et cette responsabilisation de l'organisation face à la conception et à l'amélioration continue du système est rigoureusement mise en œuvre dans la pratique quotidienne de la culture juste. Cependant, ce volet de l'équilibre dynamique est complexe et ne peut pas être abordé dans le présent texte.

Figure 1 : Gérer les comportements humains



Source : Cahier de formation (2), reproduit avec permission

POURQUOI LA CULTURE JUSTE EST UNE APPROCHE QUI M'A ÉTÉ UTILE EN TANT QUE MÉDECIN EXAMINATEUR?

Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services sont responsables de traiter les plaintes des usagers dans les établissements de santé selon la *Loi sur la santé et les services sociaux* (1). Si la plainte concerne un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un médecin résident, la plainte sera transmise à un médecin examinateur. Le médecin examinateur est un membre indépendant assigné par le Conseil d'administration d'un CISSS (Centre intégré de santé et de services sociaux) ou un CIUSSS (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux). Le médecin examinateur peut, entre autres, acheminer une plainte au CMDP pour étude à des fins disciplinaires, ou au CMQ. Les approches du traitement d'une plainte et les décisions de procéder à un renvoi disciplinaire peuvent être variables d'un médecin examinateur à un autre. La connaissance des processus d'enquête et des algorithmes de la culture juste m'aide à structurer ma démarche d'analyse et mon processus décisionnel. Cette standardisation dans l'approche augmente ma confiance dans la cohérence des décisions que j'ai à prendre et pourrait ainsi contribuer à améliorer la confiance de tous ceux que je dois impliquer dans mon travail.

La culture juste s'inscrit tout à fait dans la mission des établissements de santé et des CPQS. En effet, comme la culture juste vise à assurer la sécurité des patients, à améliorer la qualité des soins, et ce dans le respect de la vie professionnelle et de la sécurité psychologique des cliniciens, je me sens rassurée dans mon rôle de médecin examinateur lorsque j'applique cette approche.

La culture juste, la responsabilité individuelle et organisationnelle

D'une manière générale, le concept de culture juste vise à équilibrer la responsabilité des individus avec celle du système afin de soutenir les valeurs de l'organisation (5). En ce sens, la culture juste dans le domaine de la santé devrait être juste pour les individus, pour le système de soins et pour les usagers. La culture juste cherche à comprendre les causes d'un comportement et traiter ces comportements d'une manière la plus juste possible. À titre d'exemple, tel qu'illustré dans la Figure 1, les erreurs humaines ne seront pas sanctionnées mais on cherchera à les prévenir le plus efficacement possible. Ce n'est pas une culture qui déresponsabilise les individus comme certains le suggèrent (6), puisque les comportements jugés inappropriés seront sanctionnés.

Lorsqu'il y a eu un manquement, il n'est pas toujours facile de déterminer la juste part de la responsabilité individuelle et celle du système. La culture juste n'offre pas nécessairement des réponses à toutes les situations, mais elle a le mérite de proposer un cadre et mieux outiller les personnes dans leur processus décisionnel. La culture juste permet aussi d'éviter les biais envers la gravité du résultat. Lorsqu'on évalue un comportement en fonction de la gravité de son résultat, des conséquences tragiques peuvent en découler : nous risquons, par exemple, de punir quelqu'un qui ne mérite pas d'être isolé et tenu seul responsable d'un incident. Nous risquons aussi d'autoriser des comportements à risque (*pas de préjudice, donc pas de faute*). De plus, nous négligeons de demander « pourquoi? », ce qui pourrait permettre de mieux comprendre certains comportements problématiques.

La culture juste a aussi l'avantage de s'appliquer à tous, ce qui évite une forme de justice à géométrie variable. Elle responsabilise les individus en fonction de leur rôle. S'il y a lieu de faire des recommandations pour améliorer la qualité des services et la sécurité des patients, elles seront effectuées tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel. Puisqu'il est de plus en plus clair que la perception de la justice organisationnelle influence l'incidence de comportements inadaptés au

travail et la santé psychologique des individus (7,8), il est plausible de croire que l'instauration d'une culture juste dans un établissement de santé risque d'avoir un impact positif sur la qualité des soins, la sécurité des patients et sur la santé psychologique des travailleurs.

PISTES DE RECOMMANDATIONS : COMMENT AMÉLIORER LA FORMATION CULTURE JUSTE POUR LES MÉDECINS EXAMINATEURS?

La formation était divisée en deux parties. Les trois premières sessions avaient pour objectif de définir la culture juste et de décrire le contenu théorique de cette formation. Le contenu était clair et accessible malgré la complexité des concepts. Les sessions suivantes visaient à mettre en application les concepts théoriques acquis au cours des premières sessions. Les apprentissages furent plus difficiles à intégrer. Pour permettre aux participants de développer une aisance avec l'application des concepts, il pourrait être intéressant de mieux structurer les sessions pratiques avec des scénarios présentant des degrés de difficulté progressifs. Aussi, la formation pourrait être offerte à des groupes de médecins examinateurs uniquement. Ceci permettrait de présenter des scénarios en lien avec leur mandat spécifique et de la rendre encore plus pertinente pour leurs besoins.

CONCLUSION

La formation « Culture juste dans le domaine de la santé » m'a permis d'approfondir mes connaissances dans le domaine de la justice et m'a outillée à résoudre certains dilemmes dans le traitement des plaintes médicales. Cette formation me donne l'envie de poursuivre mon apprentissage et d'améliorer mes compétences dans ce domaine. La formation culture juste m'a aussi donné l'espoir que notre système de santé pourrait être amélioré avec cette approche. Une plus grande diffusion de la culture juste auprès des médecins examinateurs et dans les commissariats aux plaintes et à la qualité des services pourrait permettre d'harmoniser les pratiques dans le traitement des plaintes, promouvoir la mission de l'établissement de santé et ce, pour le plus grand bien de la population et des professionnels qui en prennent soin.

Reçu/Received: 25/04/2021

Remerciements

Je tiens à remercier Emmanuelle Marceau, Professeure associée à l'école de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) et Maude Laliberté, conseillère experte en éthique de la santé et dans le régime d'examen des plaintes, pour leurs commentaires utiles au cours de la rédaction de ce texte.

Conflits d'intérêts

Au moment de la publication de ce texte, l'auteure est formatrice en culture juste pour *Saegis*.

Publié/Published: 17/10/2022

Acknowledgements

I would like to thank Emmanuelle Marceau, Associate Professor at the University of Montreal School of Public Health (ESPUM) and Maude Laliberté, Expert Advisor on Health Ethics and the Complaints Review Process, for their helpful comments during the writing of this paper.

Conflicts of Interest

At the time of publication, the author is a trainer in just culture for *Saegis*.

Édition/Editors: Julien Brisson & Patrick Gogognon

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

RÉFÉRENCES

1. [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#). 2022
2. Cahier de formation, Cours de culture juste dans le domaine de la santé. Saegis; 2020.
3. Edmondson AC. Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy. Kindle Edition. Jossey-Bass; 2012.
4. Fall A. [Justice organisationnelle, reconnaissance au travail et motivation intrinsèque : résultats d'une étude empirique](#). Relations industrielles / Industrial Relations. 2014;69(4):709-731.
5. Boysen PG. [Just Culture: A foundation for balanced accountability and patient safety](#). The Ochsner Journal. 2013;13:400-6.
6. Davis B. [Just Culture? Just kidding](#), Physician Weekly. 26 mai 2015.
7. Durandé JC. [L'émission des comportements inadaptés au travail : adaptation ou explication quant à la relation entre la perception de la justice organisationnelle et la santé psychologique des individus au travail](#). Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal, 2015.
8. Cohen-Charash Y, Spector PE. [The role of justice in organisations: A meta-analysis](#). Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2001;86(2):278-321.