

## **La gestion des plaintes : quelle place pour l'éthique ?** **Complaints Management: What Place for Ethics?**

Marjolaine Frenette, Maude Laliberté et Jean-Philippe Payment

Volume 5, numéro 3, 2022

Éthique et traitement des plaintes  
Ethics and the Handling of Complaints

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1092951ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1092951ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

---

### Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

---

### Citer ce document

Frenette, M., Laliberté, M. & Payment, J.-P. (2022). La gestion des plaintes : quelle place pour l'éthique ? / Complaints Management: What Place for Ethics? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(3), 1–10.  
<https://doi.org/10.7202/1092951ar>

---

© Marjolaine Frenette, Maude Laliberté and Jean-Philippe Payment, 2022



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ÉDITORIAL / EDITORIAL

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

Marjolaine Frenette<sup>a</sup>, Maude Laliberté<sup>b</sup>, Jean-Philippe Payment<sup>c</sup>

**Mots-clés**

éthique, ombudsman, plaintes, gestion

**Keywords**

ethics, ombudsman, complaints, management

**Affiliations**

<sup>a</sup> Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada

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

<sup>c</sup> 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](mailto: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 ainés 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 à 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

See Références