

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, Julien Brisson, Émilie Blackburn, Jean-Philippe Payment
et Maude Laliberté

Volume 5, numéro 3, 2022

Éthique et traitement des plaintes
Ethics and the Handling of Complaints

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1092952ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1092952ar>

[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 cet article

Lemoine, M.-È., Brisson, J., Blackburn, É., Payment, J.-P. & Laliberté, M. (2022). 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*, 5(3), 11–20. <https://doi.org/10.7202/1092952ar>

Résumé de l'article

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.

© Marie-Ève Lemoine, Julien Brisson, Émilie Blackburn, Jean-Philippe Payment
and Maude Laliberté, 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/>



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/>

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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur. Selon la LSSSS, un utilisateur ou le représentant d'un utilisateur inapte peut effectuer une plainte concernant les soins que l'utilisateur a reçus ou aurait dû recevoir¹. Un tiers peut aussi porter une plainte à l'attention des CLPQS, mais le consentement explicite de l'utilisateur 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'utilisateur apte ou du représentant de l'utilisateur inapte, la réponse que recevra le tiers sera modulée en fonction du droit à la confidentialité du dossier médical de l'utilisateur.

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 utilisateur et qu'ainsi il obtienne des renseignements confidentiels sur l'utilisateur, ou que l'utilisateur 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'utilisateur 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 utilisateur 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 utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur mineur ou le tuteur de cet utilisateur;

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

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

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur 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.