

Volume 11 // Numéro 1 // Été 2016

# équilibre

ORGANISATIONS,  
RELATIONS  
ET DILEMMES  
**ÉTHIQUES**



Association canadienne  
pour la santé mentale  
Montréal

# ORGANISATIONS, RELATIONS ET DILEMMES ÉTHIQUES

Bien qu'il puisse être galvaudé à l'occasion, le terme « éthique » renvoie toutefois à des concepts positifs : les bonnes pratiques, les décisions justes, le raisonnement éclairé, etc. Si l'éthique des affaires semble être plus associée à la proscription de la corruption et des pratiques dommageables pour les consommateurs et l'environnement, qu'en est-il de l'éthique en santé et services sociaux? Dans l'univers des soins aux personnes, est-ce que la réflexion éthique doit se centrer sur la relation soignant-soigné (éthique clinique) ou ne doit-elle pas intégrer d'autres facteurs qui influencent la prestation de soins (éthique organisationnelle)? De plus en plus d'utilisateurs du système de santé et de services sociaux étant issus des communautés culturelles, il va sans dire que la prise en compte de la composante culturelle soulève des enjeux éthiques complexes, surtout lorsqu'il est question d'adaptation des services.

Toutes ces questions seront abordées dans ce numéro d'*Équilibre*. À titre d'introduction, le premier article vous propose une vulgarisation de l'éthique, de ses fondements et des approches qui prévalent en santé et services sociaux. Les articles suivants se penchent sur des dimensions spécifiques de l'éthique, telles que l'éthique organisationnelle et l'adaptation des services en contexte interculturel. Une étude de cas viendra compléter le tableau en illustrant de façon concrète certains dilemmes éthiques et en proposant des moyens pour les dénouer.

## Table des matières

41	Bibliographies
42	Au coeur de l'Association
44	Devenez membre de l'Association
45	Les publications de l'ACSM-Montréal
46	À l'intention des auteurs
<b>Suggestions de lecture</b>	
7	Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique
19	L'intervention en éthique organisationnelle : théorie et pratique
29	Éthique de l'altérité : la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux
37	La prise de décision en éthique clinique

**LE MAGAZINE ÉQUILIBRE RESPECTE L'ENVIRONNEMENT!** Le magazine *Équilibre* est imprimé sur papier certifié FSC, contenant 10 % de fibres recyclées post-consommation et de fibres provenant de forêts bien gérées, fabriqué selon un procédé sans chlore.

### Mission

L'ACSM-Montréal est un organisme sans but lucratif dont la mission est la promotion et la prévention en santé mentale.

### Présidente

Karen Hetherington

### Directrice générale

Diane Vinet

### Membership

En devenant membre, vous recevrez *Équilibre* gratuitement. En outre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles que colloques, conférences et formations à un tarif réduit. Pour ce faire, faites parvenir un chèque au montant de :

- Entreprise à but lucratif: 50 \$
- Organisme public: 40 \$
- Ressource communautaire: 35 \$
- Personne rémunérée: 40 \$
- Personne non rémunérée et étudiant: 20 \$

À l'ordre de :

ACSM-Montréal  
55, avenue du Mont-Royal Ouest, bureau 605  
Montréal (Québec) H2T 2S6

Tél. : 514 521-4993

Télééc. : 514 521-3270

Courriel : [acsmmtl@cooptel.qc.ca](mailto:acsmmtl@cooptel.qc.ca)

[www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)

 ACSM.Montreal

 @acsmmtl

 Association canadienne pour la santé mentale – **Filiale de Montréal**

### Équilibre

Cette publication est le journal officiel de l'ACSM-Montréal. Il est un outil privilégié de communication et d'information entre les partenaires du secteur de la santé mentale. Il favorise l'échange d'idées afin de promouvoir la santé mentale et l'acceptation pleine et entière des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les articles n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ACSM-Montréal, à moins que ce ne soit indiqué. Toute reproduction est permise en mentionnant la source complète. Afin de faciliter la lecture, le masculin est utilisé à titre épique.

### Éditeur

Association canadienne pour la santé mentale  
**Filiale de Montréal**

### Coordonnateur de l'édition

Mathieu Pigeon

### Comité éditorial

Valérie Coulombe

Yanick Farmer

Jérôme Guay

Mathieu Pigeon

Diane Vinet

### Direction artistique

Jonathan Rehel

### Graphisme

Jonathan Rehel

### Impression

Imprimerie GG inc.

### Photos

[www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com)

[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

### Tirage

700 exemplaires

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2016

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1718-1445

Un organisme appuyé par

Santé  
et Services sociaux  
Québec 

  
Centraide  
du Grand Montréal

## 4 L'ÉTHIQUE : FONDEMENTS, APPROCHES ET APPLICATIONS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

L'éthique est partout (affaires, politique, communications, santé, etc.), de bonne presse dans les écrits, les discours, au risque toutefois de devenir un large « fourre-tout » d'idées, de mots, de sens, de concepts... au risque de l'usurpation peut-être. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'éthique dans un sens très général, à des fins de clarification et d'adoption d'un langage commun. Dans un deuxième temps, nous aborderons l'éthique du point de vue de la santé et des services sociaux. Il s'agira alors d'envisager les fondements de l'éthique dans ce contexte et les approches qui prévalent. En troisième et dernier lieu, nous suggérerons quelque chose de la pratique éthique (questionnements, défis), notamment par le support de vignettes cliniques.



## 16 QUELLE ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ?

La révolution dans les services de santé, qui a commencé il y a plus de 50 ans maintenant, a entraîné de nouvelles façons de faire de l'éthique. Celle-ci consiste à résoudre des dilemmes. Au départ, le travail éthique se limitait à résoudre un nouveau phénomène : les dilemmes éthiques de nature clinique entre patients et médecins. Par la suite, il est devenu de plus en plus évident que sans un environnement organisationnel approprié, les bonnes relations entre soignants et patients ne pouvaient se développer. Ainsi est née l'éthique organisationnelle. Enfin, nous présenterons cette dernière et préciserons certaines exigences de base nécessaires à sa réalisation.



## 24 LES ENJEUX ÉTHIQUES DE L'ADAPTATION DES SERVICES EN CONTEXTE INTERCULTUREL DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'adaptation des services en contexte interculturel, et de façon plus générale la prise en compte de la culture dans le domaine de la santé et des services sociaux, soulèvent des enjeux d'ordre éthique complexes qui concernent nos relations à l'altérité. Cet article aborde ces questions, principalement l'enjeu du principe d'universalité d'accès à des services de qualité, en considérant la transformation des contextes de pratiques qui questionnent les limites des formations des professionnels. La manière de prendre en compte les facteurs culturels dans les interventions professionnelles et les dilemmes éthiques qui peuvent en découler sont également discutés.



## 34 QUAND L'ÉTHIQUE, LA COMPLEXITÉ CLINIQUE ET LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES SE RENCONTRENT : COMMENT LE CHEMIN À SUIVRE DOIT S'OUVRIR ?

À travers une étude de cas, l'auteure met en lumière différents enjeux éthiques auxquels une équipe de soins peut être confrontée. Comment concilier les droits et demandes de l'usagère avec le plan d'intervention de l'équipe soignante ? Comment harmoniser la culture de l'usagère avec la culture organisationnelle de l'unité de soins ? Des rencontres coordonnées par l'équipe éthique-psychiatrie, réunissant le personnel soignant, l'usagère et ses proches, sont présentées comme piste de solution.





# L'ÉTHIQUE:

FONDEMENTS, APPROCHES  
ET APPLICATIONS  
EN **SANTÉ**  
ET **SERVICES**  
**SOCIAUX**

**MICHELLE  
PIMONT**

*M. Sc. santé publique  
M.A. bioéthique*

**CENTRE D'ÉTHIQUE**

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX DE LAVAL**

*L'éthique est partout (affaires, politique, communications, santé, etc.), de bonne presse dans les écrits, les discours, au risque toutefois de devenir un large « fourre-tout » d'idées, de mots, de sens, de concepts... au risque de l'usurpation peut-être.*

*Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'éthique dans un sens très général, à des fins de clarification*



et d'adoption d'un langage commun. Dans un deuxième temps, nous aborderons l'éthique du point de vue de la santé et des services sociaux. Il s'agira alors d'envisager les fondements de l'éthique dans ce contexte et les approches qui prévalent. En troisième et dernier lieu, nous suggérerons quelque chose de la pratique éthique (questionnements, défis, etc.), notamment par le support de vignettes cliniques.

## Vous avez dit éthique? Établir un langage commun

---

### ÉTHIQUE = MORALE

Entre éthique et morale, comment se reconnaître? L'étymologie de ces deux termes remonte aux sources de l'antiquité grecque et romaine et, de



*Pour penser, pratiquer l'éthique, il ne suffit pas de lire les textes de droit. L'éthique n'est pas cet ensemble clairement défini de règles ou de valeurs mais plutôt un cadre réflexif.*

ce point de vue, leur traduction est équivalente. Le mot « éthique » vient du grec (*êthikos, êthike*), celui de « morale » vient du latin (*mos, moris*), l'un et l'autre désignant les mœurs (Durand, 2012).

## ÉTHIQUE ET MORALE, AUJOURD'HUI

Étymologiquement identiques, il est toutefois devenu courant aujourd'hui de distinguer « Éthique » de « Morale » (Doucet, 2014, p. 20). Les positions quant à cette distinction varient. En Occident notamment, la morale ferait écho à la religion tandis que les traits de l'éthique seraient plus laïcs. Au sens conservateur et strict du mot « morale », on préférerait l'« éthique » en tant que forme nouvelle de la morale, plus ouverte et rationnelle (Durand, 1999, p. 91).

À côté de l'effet de connotation quelque peu réducteur ou simpliste, il y a la référence philosophique avec des penseurs comme Ricœur (1990, p. 200), selon lequel éthique et morale ne s'opposent pas mais se complètent (Doucet, 2014, p. 20-21). Dans la même veine, Guy Bourgeault entend « par éthique, une réflexion critique sur l'action, une démarche d'interrogation et de délibération » (Bourgeault, 2004, p. 3), et par morale, « un système de codification des règles de la conduite humaine » (Bourgeault, 2004, p. 13).

## ÉTHIQUE ET DROIT

**« Une loi ne pourra jamais obliger un homme à m'aimer, mais il est important qu'elle lui interdise de me lyncher<sup>1</sup>. » Martin Luther King (address at Western Michigan University<sup>2</sup>)**

Le droit est « un ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société<sup>3</sup> » et permettent la coexistence des libertés. Ces règles participent de « la Loi », qui est la source principale du droit et en représente le cadre formel (Bouquet, 2003, p. 18). Dans ce cadre, les règles de droit<sup>4</sup> ont parmi leurs caractéristiques d'être :

- « générales, applicables à un territoire donné (un pays, une province);
- impersonnelles, dans le sens où elles valent pour tous les individus et ne traitent pas des cas particuliers;
- sociales puisque leur finalité est d'organiser la vie en société; ce qui les distingue d'autres règles comme la règle morale (en lien avec la bonne conscience);
- extérieures en cela qu'elles sont imposées par une autorité (l'État) et ne dépendent pas de la volonté de celui qui y est soumis, contrairement à la règle morale (bonne conscience) ou la règle religieuse (salut de l'âme);
- permanentes [...].»

Pour certains auteurs, éthique et droit s'équivalent. Pour d'autres, même s'ils en reconnaissent le rapport étroit, les deux champs ne sont pas superposables (Bouquet, 2003, p. 17). Pour penser, pratiquer l'éthique, il ne suffit pas de lire les textes de droit. L'éthique n'est pas cet ensemble clairement défini de règles ou de valeurs mais plutôt un cadre réflexif (Larose, 2015, p. 90), l'espace pour rendre compte d'une situation particulière et des exceptions possibles, nécessaires parfois.



## ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

*« En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine. » (Serment d'Hippocrate, extraits<sup>5</sup>)*

Le terme déontologie pourrait être presque synonyme de morale ou d'éthique en ce qu'il renvoie aux notions de règles et de devoirs (Durand, 1999, p. 99). Mais pourtant... Le mot déontologie est lié à une profession donnée tel que le droit ou la médecine, et la notion d'éthique, dans ce cadre, renvoie spécifiquement aux devoirs, aux exigences, aux conduites attendues liés à l'exercice de cette profession. L'ensemble des règles y est souvent rassemblé sous forme de « code de déontologie » (ex. : juridique, médical, etc.), reconnu formellement par une autorité (ex. : Barreau des avocats, Ordre des médecins) et dont tout écart appellerait des sanctions (Doucet, 2014, p. 19; Durand, 1999, p. 99). Si utiles soient les codes de déontologie, ils sont pourtant limités pour

suggestion de lecture



### ÉTHIQUE CLINIQUE : UN GUIDE POUR ABORDER LA PRATIQUE

**Antoine Payot et Annie Janvier**  
Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine

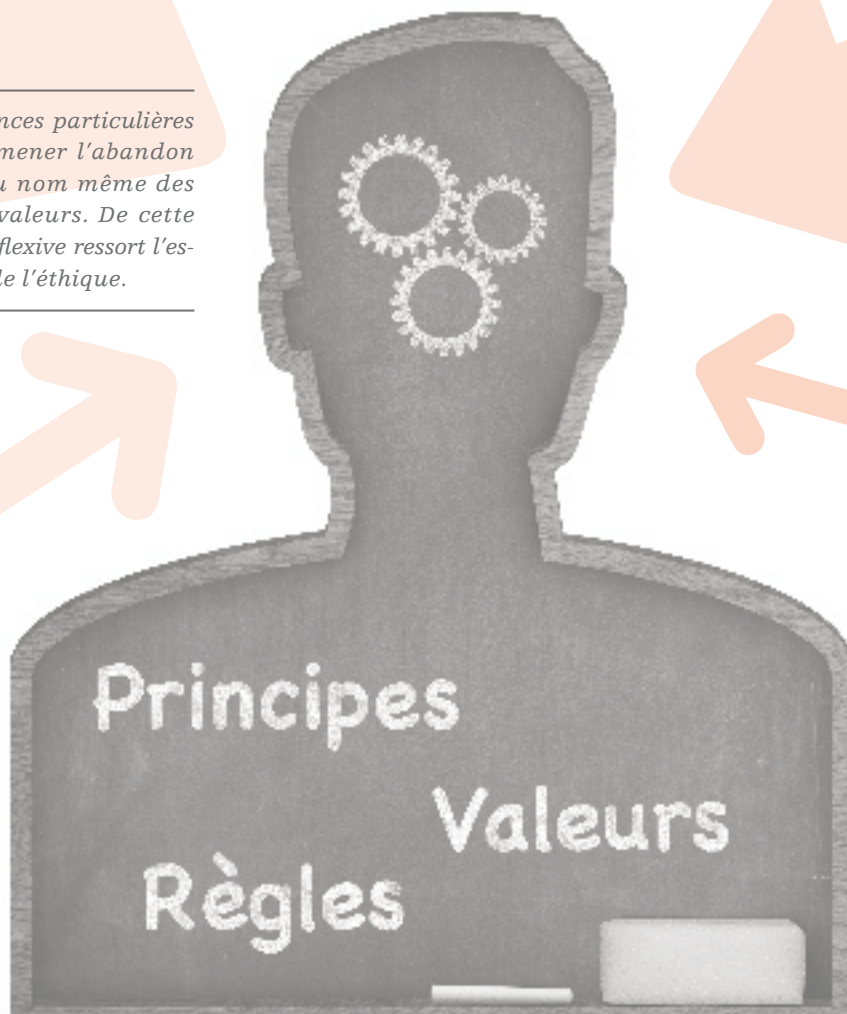
Peut-il être acceptable de mentir à un patient ? Face à plusieurs interventions possibles, doit-on rester neutres, faire une recommandation, n'en offrir qu'une ? Comment gérer les dilemmes éthiques qui polarisent les équipes ?

Devant les contraintes sociales, politiques et administratives qui croissent sans cesse et un pluralisme des valeurs grandissant, les problématiques éthiques rencontrées en clinique se multiplient et se complexifient.

En proie à des questionnements et des doutes quant aux meilleurs traitements à offrir à leurs patients, les soignants se demandent souvent comment communiquer avec ces derniers et prendre les décisions adéquates face à la complexité clinique et aux incertitudes diagnostiques et pronostiques.

*Éthique clinique* permet aux professionnels du milieu de la santé et à tous ceux que ces questions interpellent d'approfondir leur réflexion. Il leur propose de s'ouvrir à différentes approches : courants philosophiques et éthiques, liens entre éthique et droit, notions complexes de pluralisme des valeurs ou de qualité de vie. Celles-ci trouvent naturellement leur place dans la réalité de la clinique et viennent soutenir la réflexion éthique. Elles les aideront à naviguer dans le monde complexe de l'éthique clinique.

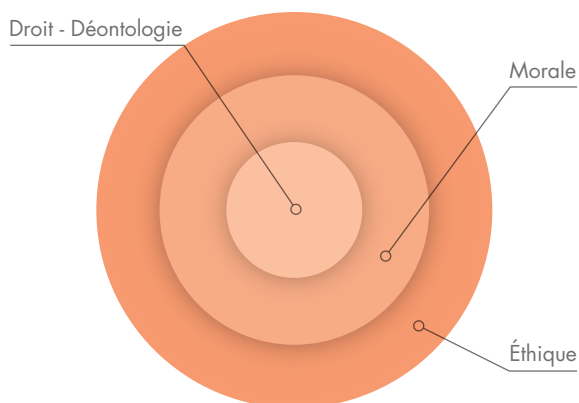
Des circonstances particulières pourraient amener l'abandon de la règle au nom même des principes et valeurs. De cette dynamique réflexive ressort l'essence même de l'éthique.



répondre aux problématiques éthiques actuelles plus vastes, notamment dans le domaine de la santé (Doucet, 2014, p. 20) (schéma 1).

Notons que la distinction est à faire avec la déontologie utilisée dans son sens philosophique. On se réfère alors au « déontologisme » ou encore au courant déontologique (approches éthiques).

**SCHÉMA 1**  
**RAPPORTS ENTRE DROIT, MORALE ET ÉTHIQUE** (tiré de Bouthillier *et al.*, 2016)



### PRINCIPES, VALEURS ET RÈGLES

Principes, valeurs et règles sont des concepts d'usage fréquent en éthique. Le langage commun les emploie de manière indistincte mais si l'on s'en tient à plus de rigueur, ils auraient chacun un niveau de signification différent dans les discours, les débats (Durand, 1999, p. 164). Ainsi, selon Durand (1999, p. 166) : le mot **valeur** (autonomie, équité) est le plus général. Il est de l'ordre du « Bien », des grands idéaux à poursuivre tels que le vrai, le beau, le bien. Il aurait le caractère du désirable à atteindre mais aussi de l'universel. Le mot **principe** (autodétermination, justice) est comme la valeur, une donnée abstraite du domaine de l'impersonnel et du général. Il se pose comme un postulat, inspirateur de l'action (par exemple : « Tu ne tueras point. »). Le mot **règle** (consentement aux soins, accessibilité aux services) évoque, quant à lui, un contenu précis, opérationnel, qui indique la voie à suivre pour conduire l'action (soins appropriés et de qualité). Des circonstances particulières pourraient amener l'abandon de la règle au nom même des principes et valeurs (Durand, 1999, p. 167). De cette dynamique réflexive ressort l'essence même de l'éthique.

# L'éthique au cœur des soins de santé et des services sociaux

## ORIGINES HISTORIQUES DE L'ÉTHIQUE

### DE LA BIOÉTHIQUE À L'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le mouvement de la **bioéthique** (Doucet, 1996, p. 33-62) est apparu à la fin des années 60 pour répondre aux développements fulgurants de la biotechnologie et aux défis moraux devant des pratiques médicales nouvelles impliquant la manipulation d'êtres vivants, telles que le clonage d'embryons humains ou encore la recherche en biologie, par exemple en génie génétique. Par ailleurs, en contexte de ressources limitées, les professionnels ont dû faire face à des choix cruels. Quels patients, par exemple, pourraient bénéficier d'une hémodialyse? Quels critères allaient orienter ces choix? Ce type d'enjeux, d'ampleur sociétale, ne pouvait en rester à la sphère strictement médicale. Outre les médecins, une diversité de disciplines et d'acteurs sont intervenus dans la réflexion et les positionnements: juristes, philosophes, biologistes, sociologues, théologiens, etc.

Incontestablement humaniste, la bioéthique a montré toutefois ses limites pour la pratique médicale au quotidien. Les soignants, aux prises avec les difficultés très concrètes du terrain, se reconnaissent mal dans une réflexion plutôt théorique portée par les philosophes et les théologiens (Payot et Janvier, 2015, p. 25). Qui plus est, avec l'apport du droit, est mis en place un cadre normatif, « ce qui se doit d'être », généraliste et repérant mais qui ne sait pas toujours répondre aux cas particuliers, aux zones grises mal définies, non entrevues ou peu pensées que l'on retrouve au chevet du patient (par exemple: les voix divergentes d'une famille pour dire les volontés d'un patient qui ne s'exprime plus). Le terme d'« **éthique clinique** », apparu l'une des premières fois en 1982, revient à Mark Siegler, médecin à l'Université de Chicago. Ce dernier statue avec force sur le lien incontestable entre l'éthique et l'exercice sur place d'une bonne médecine dédiée à la personne souffrante (Doucet, 2014, p. 30; Payot et Janvier, 2015, p. 26). Autrement dit, le lien soignant-soigné

n'est pas tant contractuel, impersonnel que **relationnel** (Doucet, 2015, p. 45-50), humainement engagé entre ceux qui gravitent autour du patient (équipe de soins, proches) et le patient lui-même.

Ni une spécialité, ni une discipline, l'**éthique clinique** est une **rencontre de terrain** entre ceux « qui veulent pratiquer activement la collaboration, l'écoute, la tolérance et ceux qui sont prêts à voir l'incertitude comme une occasion de réfléchir ensemble sur le sens des actions possibles » (Payot et Janvier, 2015, p. 25).

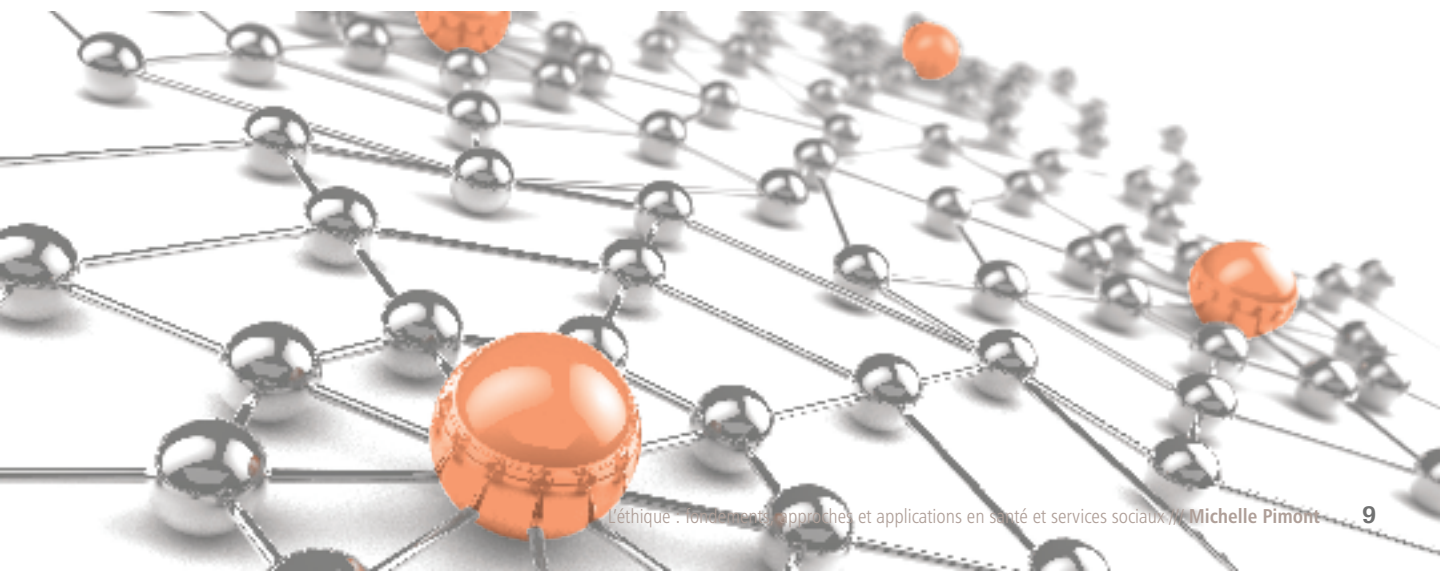
### DE L'ÉTHIQUE CLINIQUE VERS UNE ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE

Actuellement, parler d'éthique clinique dans les soins donnés au chevet des patients s'imagine mal sans parler du contexte plus large, organisationnel, dans lequel surviennent les interventions en santé (Doucet, 2014, p. 18-19). On parle donc d'**éthique organisationnelle** qui inclut, outre les dimensions cliniques, les considérations relatives à la **gestion et à la gouvernance** des établissements de santé (Bouthillier *et al.*, 2016):

- la première se préoccupe du climat de travail, des relations entre les employés, mais aussi entre l'employeur et le personnel;
- globalement, la deuxième fait du respect de la mission d'établissement et de la bonne utilisation des deniers publics ses deux priorités.

En pratique, cet arrimage entre clinique, gestion et gouvernance est encore difficile. À cet effet, les risques éthiques sont importants, à commencer par la détresse morale des soignants formés à donner des soins de qualité (soin idéal) dans un climat parfois contraire aux bonnes pratiques (rationalisation et coupures dans les ressources) (Doucet, 2014, p. 120).

À ce moment de l'exposé, nous parlerons d'« éthique » pour signifier les dimensions clinique, de gestion et de gouvernance.



Beaucoup d'approches se rencontrent en éthique. Celles-ci sont inspirées notamment de la philosophie et de la théologie. Chaque approche met l'accent soit sur le devoir, les vertus, les conséquences, les principes, les récits de vie...



## APPROCHES EN ÉTHIQUE

Beaucoup d'approches se rencontrent en éthique. Celles-ci sont inspirées notamment de la philosophie et de la théologie. Chaque approche met l'accent soit sur le devoir, les vertus, les conséquences, les principes, les récits de vie... Chacune a ses forces et aussi ses limites. Mais le plus souvent, en pratique, il ne s'agit pas d'en élire une qui exclurait l'autre (Durand, 1999, p. 358; Ricœur, 1996, p. 691).

Voilà qu'elles sont complémentaires, alimentant la réflexion et les nuances dans les prises de décisions complexes en situation. Toutes amènent une vision du Bien qui s'étale au cours des âges, antique, moderne et contemporain. Le format de ce texte ne permet pas de les développer toutes. Pour donner un avant-goût de la richesse de cette matière à penser, nous référons le lecteur au tableau 1 (courants fondateurs des périodes antique et moderne) et au tableau 2 (courants contemporains).

TABLEAU 1  
PRINCIPAUX COURANTS FONDATEURS  
(PHILOSOPHIES ANTIQUE ET MODERNE)

COURANTS	PRINCIPES	APPLICATION EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
<b>Éthique de la vertu</b> ARISTOTE, 384-322 AV. J.-C.	La vie <i>bonne</i> s'inscrit dans une quête du bonheur dont la clef réside dans les <b>qualités</b> de l'individu, qu'il doit apprendre à développer (Doucet, 2014, p. 54).	Qualités de compassion, empathie, altruisme dans la relation soignant-soigné; de sagesse et de prudence dans le jugement médical.
<b>Éthique déontologique</b> E. KANT, 1724-1804	À la question « Que dois-je faire ? », seul compte le <b>devoir</b> , peu importent le but et les conséquences. Ce sens du devoir-là répond à la volonté propre de la personne et non pas à une quelconque obligation extérieure. Il s'agit de l' <b>autonomie</b> de l'individu à décider de ses propres lois (Bourgeault, 2015, p. 57; Durand, 1999, p. 364).	Autodétermination des patients/usagers dans leur consentement (ou non) aux soins.
<b>Éthique utilitariste</b> J. BENTHAM (1748-1832) J. STUART-MILL (1806-1873)	La logique est inverse à celle de Kant. Une action est bonne au vu de ses <b>conséquences</b> . Sous ce regard, la moralité viserait « <b>le plus grand bonheur pour le plus grand nombre</b> » (Bourgeault, 2015, p. 59).	Les politiques de santé publique répondent à ce type d'injonction. Par exemple, la gratuité de certains soins pour tous et non pas d'autres plus coûteux, plus accessoires ou bénéfiques seulement à une part infime de patients.



**TABLEAU 2**  
**QUELQUES COURANTS CONTEMPORAINS**  
**EN BIOÉTHIQUE**

<p><b>Principlism</b>  T. BEAUCHAMP  J. CHILDRESS</p>	<p>Démarche qui se réfère à des principes universels (par exemple : autonomie, bienfaisance, justice) pour identifier, analyser et résoudre des conflits éthiques (Doucet, 2014, p. 34-45).</p>
<p><b>Casuistique</b>  A. R. JONSEN  S. TOULMIN</p>	<p>Approche centrée sur le cas clinique singulier, dont le mode de raisonnement s'apparente à l'utilisation de la jurisprudence en droit. Il s'agit ainsi de rejoindre l'expérience vécue des malades, les conditions individuelles des patients, les circonstances particulières des situations (Durand, 1999, p. 67).</p>
<p><b>Éthiques féministes</b>  C. GILLIGAN (HOTTOIS, 2001, P. 398)  S. SHERWIN (DURAND, 1999, P. 66)</p>	<p>Pour une éthique du care. Approches qui visent à bousculer le cadre patriarcal (un monde genré par et pour les hommes) et qui, plus généralement, veillent à faire entendre toutes les voix en luttant contre les discriminations : sexisme, racisme, homophobie (Laugier, s.d.).</p>
<p><b>Éthique narrative</b>  K. M. HUNTER  R. CHARON</p>	<p>Approche centrée sur les récits (narrations) des divers acteurs d'une situation médicale (malade, famille, soignants) (Doucet, 2014, p. 65). À l'information scientifique (données médicales), il convient d'intégrer et de considérer l'histoire des personnes (vécu, émotions, désir).</p>
<p><b>Éthique de la discussion</b>  J. HABERMAS (2013)</p>	<p>Approche selon laquelle l'argument d'autorité ne tient pas. « Une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes qui peuvent être concernées sont d'accord (ou pourraient l'être) en tant que <i>participants à une discussion</i> pratique sur la validité de cette norme. » (Jaffro, 2001, p. 6)</p>
<p><b>Éthiques de la responsabilité</b>  H. JONAS (1997)  E. LEVINAS (1982)</p>	<p>Propositions d'éthiques inspirées des réflexions sur la responsabilité et les partages de responsabilité. Les courants sont variés. À titre d'exemples, on retrouve avec E. Levinas, l'impératif de répondre à l'appel de l'Autre, vulnérable. Avec H. Jonas, il est question du « principe responsabilité », soit la responsabilité de tout un chacun de poser aujourd'hui les gestes qui ne nuiront pas aux générations futures. Chaque fois, il est question de plein engagement et d'exigence morale auxquels l'on ne peut pas se soustraire.</p>

En pratique

## « Comment faire pour mieux faire » dans le domaine de la santé et des services sociaux ?

### NATURE DES QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

La chronicisation des maladies, le vieillissement de la population, les ressources limitées ont amené l'évolution des conditions de la prise en soins avec une diversification des lieux de pratique et une multiplicité d'intervenants (Doucet, 2014, p. 22). Dès lors, les motifs de consultation en éthique ne sont pas que médicaux et ne surviennent pas que dans le milieu hospitalier. Ils se retrouvent aussi à domicile ou en hébergement et, plus souvent que jamais, les raisons psychosociales (Doucet, 2014, p. 22), les données religieuses et culturelles viennent au premier plan ou s'intriquent avec les données biomédicales.

---

[...] LES MOTIFS DE CONSULTATION EN ÉTHIQUE NE SONT PAS QUE MÉDICAUX ET NE SURVIENNENT PAS QUE DANS LE MILIEU HOSPITALIER.

---

Les situations sont devenues de plus en plus complexes.

### QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

Dans cette section, nous nous baserons sur cinq vignettes de cas illustrant notre propos (tableau 3).

À ces portraits fictifs mais inspirés de la réalité revient la mission difficile d'incarner si possible la pratique de l'éthique en suggérant la nature des question-

nements et le type de défis. Tout cela à gros traits, ceux de l'invitation à aller plus loin tant les situations sont sans nombre et l'éventail des populations concernées très large (nourrissons, enfants, immigrants, personnes âgées, femmes enceintes, etc.).



**TABLEAU 3**  
**VIGNETTES ÉTHIQUES**

SITUATIONS	QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES
<p>Lucy, 80 ans, inapte, en est au stade terminal de sa maladie d'Alzheimer. Elle vient d'être hospitalisée pour un large ulcère de jambe surinfecté. Seul son visage grimaçant témoigne de sa douleur, notamment au moment du renouvellement des soins. Un antalgique assurerait sans aucun doute un plus grand confort. Ses deux fils s'y opposent, leur mère ayant manifesté toute sa vie durant son refus de la médication. Pour sa part, l'équipe soignante se sent maltraitante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comment répondre à cette situation polarisée où les fils défendent ce qu'ils pensent être la volonté de leur mère et où l'équipe soignante se sent maltraitante et non conforme aux bonnes pratiques en ne soulageant pas la douleur de Lucy?</i></li> <li>• <i>Quel est le meilleur intérêt de cette dame?</i></li> </ul>
<p>Noëlle, 65 ans, est aux soins intensifs, sans aucun espoir de récupération quel qu'il soit. Seul le respirateur cardiovasculaire la maintient en « vie ». Selon son conjoint Paul, tout doit être tenté. Pour les soignants, il s'agit d'acharnement thérapeutique car la vie de Noëlle n'est maintenue qu'artificiellement. Et, tout aussi grave selon eux, d'autres patients pourraient bénéficier de cette technologie de pointe coûteuse et s'en trouver guéris.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comment répondre à la souffrance de Paul, qui ne voit pas la situation clinique telle qu'elle est pour sa conjointe?</i></li> <li>• <i>Comment répondre à la détresse des soignants qui, dans les circonstances, n'offrent pas le traitement conforme aux bonnes pratiques médicales?</i></li> <li>• <i>Qu'aurait voulu Noëlle et quel est son meilleur intérêt?</i></li> <li>• <i>Collectivement, qu'en est-il de l'allocation juste des ressources?</i></li> </ul>
<p>Lucas, 30 ans, sans domicile fixe, est à nouveau admis aux urgences dans un état quasi comateux. L'intoxication alcoolique est massive. Depuis trois mois, le scénario se répète, au moins trois fois par semaine. Il arrive au plus mal et repart le lendemain en signant une décharge. Lucas est connu du service de toxicologie et dépendance. Son suivi est multiple (cure de désintoxication, thérapies) sans qu'il y ait de sa part l'adhésion importante et nécessaire à une prise en charge concluante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Est-ce que le service d'urgence peut être considéré comme un refuge de nuit?</i></li> <li>• <i>L'état de Lucas à son admission (coma éthylique) permet-il la désinvolture du renvoi dans la rue (refus éclairé de la part de Lucas)?</i></li> <li>• <i>Quelle est la plainte profonde de Lucas derrière ses gestes?</i></li> </ul>
<p>Lina est une jeune femme qui vient d'arriver à l'unité des urgences. Elle se plaint de maux de ventre et semble fiévreuse. Le médecin de garde est un homme. Le mari de Lina l'accompagne et s'oppose à la consultation. Du fait de ses convictions religieuses, il exige qu'elle soit vue par une femme médecin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jusqu'à quel point peut-on répondre à cette exigence dans un service d'urgence où, ce soir-là, il n'y avait pas de femmes médecins de garde?</i></li> <li>• <i>Qu'en pense Lina elle-même?</i></li> <li>• <i>Au nom de la religion, faut-il accepter une quelconque discrimination du personnel soignant?</i></li> </ul>
<p>Anne est infirmière à domicile. Elle travaille en binôme avec une auxiliaire médicale. Son autre collègue infirmière vient de tomber malade. La politique de son établissement n'engage pas de remplaçant quand les congés sont de courte durée. Anne voit sa charge de travail doublée au moins pour la semaine à venir et, pourtant, certains de ses patients demandent des soins exigeants, coûteux en temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comment Anne peut-elle répondre à ce surcroît de travail en assurant malgré tout les meilleurs soins pour chacun de ses patients?</i></li> <li>• <i>Qu'en est-il du plein exercice de ses moyens lorsque la fatigue s'accumule? Ne faut-il pas craindre des erreurs?</i></li> <li>• <i>Enfin, qu'en est-il de sa santé psychique, considérant qu'elle doit répondre à ces nombreux fronts?</i></li> </ul>



Il est des spécialités médicales qui, plus que d'autres, sont reliées à l'éthique, telles que les soins intensifs, les soins palliatifs ou la néonatalogie. Des thématiques comme la maladie mentale, les soins de fin de vie ou bien encore l'équité dans l'accessibilité aux soins, les politiques d'établissement sont aussi sources de questionnements et de défis éthiques (Dion-Labrie, 2010).

Les cas de Lucy (soulagement de la douleur) et de Noëlle (fin de vie) illustrent les **divergences de vue**, les **conflits de valeurs** quant aux soins à donner ou à ne plus donner, quant au meilleur intérêt des patients qui ne s'expriment plus du fait du degré avancé de leur pathologie. Ailleurs, la volonté de Paul de tout tenter pour sa conjointe plutôt que d'accepter la cessation de traitement témoigne des **choix dramatiques**, du fardeau des décisions culpabilisantes à

---

DES THÉMATIQUES COMME LA MALADIE MENTALE, LES SOINS DE FIN DE VIE OU BIEN ENCORE L'ÉQUITÉ DANS L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS, LES POLITIQUES D'ÉTABLISSEMENT SONT AUSSI SOURCES DE QUESTIONNEMENTS ET DE DÉFIS ÉTHIQUES.

---

prendre pour un proche. Plus loin, il y a Lucas, éthyle notoire, sans domicile fixe, porteur de cette situation complexe faite du **dilemme** entre raisons médicale et psychosociale, chacune intriquée. Qui est Lina et que voudrait-elle pour elle-même sans le joug supposé de son mari, sans celui **présupposé** de sa religion? Comment Anne, infirmière à domicile, pourra-t-elle offrir les meilleurs soins à ses patients dans une journée qui n'a que 24 heures, sans le risque du découragement et de l'**épuisement professionnel**?

Plus collectivement, que penser de la situation de Noëlle, dont on questionne le bien-fondé quant à l'occupation d'un lit, précieux pour la survie d'un autre patient? Et que dire de Lucas et de sa fréquentation récurrente des services d'urgence quand la liste d'attente est sursaturée?

Entre dilemmes, conflits, impasses dans la prise de décision, entre questionnements, doutes

dans la manière d'agir, mais aussi responsabilité organisationnelle pour répondre aux exigences du terrain, « **comment faire pour mieux faire** » ?

---

## VERS UNE PRISE DE DÉCISION ÉTHIQUE : « AGIR EN SITUATION DIFFICILE »

### OBJECTIFS DE L'ÉTHIQUE

De manière très générale, l'éthique est une dimension intrinsèque à toute situation, à tout comportement du quotidien. En contexte de santé et de services sociaux, elle vise les soins et services **appropriés et de qualité** aux usagers et à leur famille

dans un climat harmonieux et respectueux des différents points de vue. Ici, il importe de dire et de redire qu'elle ne concerne pas que les médecins mais aussi les équipes de soins, le

patient, son entourage et, plus indirectement, les gestionnaires. Dès lors que le climat se trouble, l'éthique a pour autre dessein d'allouer une pause dans l'action et de favoriser la réflexion aux fins de :

- la recherche de la meilleure décision en situation, sachant que l'option dont il faudra se satisfaire est parfois « la moins pire », loin de l'idéal éthique;
- l'argumentation de la décision, appuyée sur des valeurs bien identifiées, clarifiées pour tous;
- l'adhésion des parties prenantes par voie de consensus ou de compromis acceptable (Bouthillier *et al.*, 2016).

## VERS UN JUGEMENT ÉTHIQUE « SAGE ET PRUDENT »

La prise de décision « ne se limite pas à déterminer le prescrit (ce qui doit être), le toléré (ce

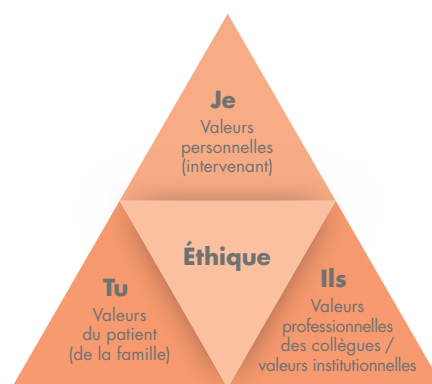


qui peut être), le défendu, mais est centrée sur la recherche de l'optimal (...) dans ce cas particulier et non dans l'absolu (Durand, 1999, p.153) ». Pour ce faire, le processus qui se réclame de l'agir éthique en situation difficile varie en fonction des différentes structures en place dans les établissements (comité d'éthique, éthicien seul désigné comme expert, équipe de consultants (Lorange, Bouthillier et Du Pont-Thibodeau, 2015, p. 191-193) mais, d'une manière ou d'une autre, vise à répondre aux trois questions suivantes (Bouthillier et Faucher, 2015, p. 203) :

- **Que devrais-je faire ?** (Quelles actions semblent les meilleures ?);
- **Pourquoi devrais-je le faire ?** (Quelles sont les raisons derrière les décisions ?);
- **Comment devrais-je le faire ?** (Quel plan d'action est le meilleur ?).

Les approches aidantes dans ce type de questionnement sont plurielles : facilitation, recommandation, médiation (Bouthillier et Faucher, 2015, p. 204-205; Doucet, 2014, p. 105-115). De la même façon, plusieurs auteurs ont développé des outils d'analyse auxquels le lecteur intéressé pourra se référer (Bouthillier *et al.*, 2015, p. 213-219). Quelles que soient les variantes, l'ingrédient du succès reste l'instauration d'un climat de confiance « favorisant la liberté de parole, l'analyse critique des valeurs, des émotions, des raisonnements, la négociation entre visions morales divergentes » (Doucet, 2014, p. 113). Ici, la référence inspirante revient à Ricœur dans sa visée de la vie bonne « pour soi comme pour autrui dans des institutions justes » (Ricœur, 1990, p. 202). Avec lui, la pratique de l'éthique se comprend dans l'articulation et l'équilibre des trois pôles : « Je », « Tu », « Ils ». Le triangle emprunté à Boulianne et Firket (Boulianne et Lajeunesse, 2015, p. 175) est une façon de l'illustrer (schéma 3).

**SCHÉMA 2**  
**PLURALITÉ DES VALEURS**



## Conclusion

L'éthique n'est décidément pas une estampille commode, un faire-valoir facile. Elle s'inscrit dans le quotidien exigeant des pratiques et, a fortiori, dans les situations plus sensibles qui génèrent les divergences de vue, les conflits, les dilemmes. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, elle rend compte de la complexité décisionnelle, multiréférentielle (clinique, légale, sociale, politique) et plurielle (patient, proches, intervenants, gestionnaires, dirigeants) du cours de l'action. Elle est le lieu du doute et de l'humilité. Elle est l'appel à la communication, au respect et à l'enrichissement mutuel à travers la variété des savoirs et des savoir-faire. 🌟

- 1 <http://www.toupie.org/Biographies/King.htm>
- 2 <http://www.wmich.edu/library/archives/mlk/transcription.html>
- 3 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/droit/26842>
- 4 <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Loi.htm>
- 5 [https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/serment-hippocrates](https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/serment-hippocrates)

**BIBLIOGRAPHIE**  
Voir p. 41.



QUELLE **ÉTHIQUE**  
**ORGANISATIONNELLE**  
POUR LES **ÉTABLISSEMENTS**  
DE **SANTÉ**  
ET SERVICES SOCIAUX ?

HUBERT  
**DOUCET**

Professeur de bioéthique  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**L**e modèle éthique qui a cours dans les établissements de santé trouve son origine dans les années 1950. Après la Seconde Guerre mondiale, l'Amérique du Nord prend conscience, à la fois, des extraordinaires progrès scientifiques, en particulier médicaux, et du changement des mentalités dans la population, en particulier le désir de tout un chacun de vivre sa propre vie. Ces nouveautés soulèvent des questions difficiles. Depuis qu'en 1959, la réanimation



cardiaque est devenue possible, les médecins se demandent s'il faut limiter son utilisation aux seules personnes qui ont un bon pronostic ou s'il faut tenter de réanimer le plus de monde possible. Que décider et à qui appartient le droit de décider ? Dans ce contexte de progrès naissent l'éthique de la recherche, suite aux scandales en expérimentation, et l'éthique des soins pour assurer la bonne décision clinique. Jusqu'au milieu des années 1990, les milieux de santé ignorent l'éthique

organisationnelle, qui aujourd'hui est reconnue comme essentielle, mais dont la nature exacte n'est pas toujours très claire.

Comment expliquer cette histoire ? Je voudrais d'abord montrer comment s'est imposée l'éthique des soins qui a commencé il y a plus de 50 ans et qui visait à résoudre un nouveau phénomène, les dilemmes éthiques de nature clinique entre patients et médecins. Par la suite, je ferai voir que l'éthique organisationnelle a été suscitée par



les soignants eux-mêmes, reconnaissant que de bonnes relations soignants-patients nécessitent un environnement organisationnel approprié.

Enfin, dans la troisième partie, je présenterai l'éthique organisationnelle et préciserai certaines exigences de base nécessaires à sa réalisation.

---

## Les années 1960 et les dilemmes éthiques dans les établissements

La préoccupation éthique naît, dans la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, des dilemmes éthiques que suscitent les décisions médicales. Les progrès de la médecine, les attentes des populations à l'égard des services de santé et l'arrivée de nouvelles classes de professionnels entraînent des débats importants sur les traitements à offrir et sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des patients. Des questions inédites se posent qui, hier encore, ne pouvaient être posées. Les médecins, qui ont toujours décidé des traitements à offrir, font face à des demandes précises des patients qui remettent en cause leur autorité. Ainsi se développe tout un mouvement qui prend, en 1970, le nom de bioéthique. Je me rappelle qu'au Québec et ailleurs en Amérique, les premiers comités d'éthique que mettent en place les hôpitaux sont principalement consultés à propos des conflits entre médecins et patients concernant le refus de traitement ou l'acharnement thérapeutique. L'administration met en place un comité, mais n'ose pas s'engager davantage, la décision revenant au médecin. Les conflits de valeurs entre professionnels et patients sont alors au cœur des discussions des comités d'éthique.

Ces dilemmes éthiques trouvent leur source dans un conflit entre deux paradigmes. D'un côté, il y a la bioscience. Le médecin, possesseur du savoir, sait ce qui est à faire. Au nom de ce savoir

fondé sur la raison, la décision revient au médecin et non au patient : c'est le modèle du patriarcat. De l'autre, il y a la révolution culturelle qui proclame la libération de l'autoritarisme et le droit des patients de décider de leur vie. Le paradigme médical dominant, celui d'une science exclusivement positive et objective, est remis en cause. L'éthique des soins de santé porte sur les dilemmes à propos de micro-relations (patients-soignants).

Les psychiatres appelés à siéger à ces comités témoignent souvent de cette tension en raison du fait que ces débats sont au cœur de la psychiatrie de l'époque. Deux modèles commencent à s'opposer : le modèle médical de la psychiatrie — ou psychiatrie biologique — et le modèle bio-psycho-social (Engel, 1977). Nombre de psychiatres étaient habitués du souci de dépasser la seule dimension physique de la maladie pour rejoindre la globalité de la personne.

Le dilemme à l'origine du recours au comité d'éthique ne peut plus se limiter au devoir du médecin face au droit du patient, à la bienfaisance du premier face à l'autonomie du second. Pour bien cerner les éléments à la source du conflit, il importe de développer une analyse qui prenne en compte la parole du patient, son histoire de vie, ses conditions de vie, les services qu'il reçoit et son environnement, de même que la mission de l'établissement et les ressources disponibles. L'analyse des micro-relations est insuffisante.

# Le besoin d'une éthique élargie à l'organisation

L'éthique clinique s'intéresse particulièrement à la relation soignant-patient. Dans le contexte des établissements de santé et de services sociaux d'aujourd'hui, on ne peut plus parler du professionnel au singulier. De multiples professionnels et autres intervenants entrent maintenant en contact

avec la personne malade et cette dernière doit, dans plusieurs cas, passer d'un service à un autre. Les techniques sont de plus en plus lourdes, le personnel se sent de plus en plus surchargé, les patients et leurs proches se montrent souvent exigeants. Alors que les moyens techniques se développent de manière extraordinaire, leur coût entraîne de vifs débats sur les limites de leur utilisation : si la santé n'a pas de prix, les traitements, eux, en ont un, de sorte que la rationalisation qui s'impose alors équivaut souvent à un rationnement. Dans ce contexte, l'éthique clinique ne peut plus être pensée et vécue en dehors de la mission et de la vie concrète de l'institution (Pijnenburg, 2005, p. 148). Elle devient partie de l'éthique organisationnelle.

Prenons quelques exemples pour montrer que les deux types d'éthique ne sont que des facettes d'une même entreprise. Le premier est tiré du *Guide pour animer une réflexion éthique* du Comité d'éthique de l'Institut de santé mentale de Québec. Selon ce guide, différentes dimensions caractérisent, en effet, le questionnement éthique, dont le point de repère organisationnel : « l'organisation du travail et des ressources, l'horaire de soins, les contraintes budgétaires, l'allocation des ressources, l'accès aux soins, la qualité des rapports professionnels, la solidarité intra-institutionnelle, les normes organisationnelles, etc. » (Comité d'éthique clinique, 2009). Tous ces éléments participent, d'une façon ou d'une autre, à construire la relation entre soignants et patients. La qualité du travail clinique ne peut donc être dissociée des modes de comportements dans l'établissement.

Le second exemple a trait à la continuité des soins. Une critique majeure que les patients et leurs

proches adressent souvent à l'organisation des soins concerne leur discontinuité, surtout dans les situations de maladies chroniques. Cette segmentation est largement abordée dans nombre de rap-

ports internationaux et est à l'origine de multiples projets de restructuration des systèmes de santé. À ce propos, « l'expérience patient », pour reprendre une expression à la mode, n'est pas très heureuse. Le patient va passer d'un service à un autre. À chaque fois, il doit tout réapprendre, à partir de la manière dont il est accueilli dans ce nouveau lieu. Il doit se conformer à toutes sortes de règles et de procédures nouvelles, chaque unité ayant sa culture propre. Le roulement du personnel médical et infirmier fait que les liens demeurent difficiles à établir. Pour une personne malade, l'expérience va se révéler traumatisante, répondant mal à sa demande d'aide. Ces problèmes organisationnels ne sont pas dus à la mauvaise volonté ou à l'incompétence des soignants, ils trouvent leur source

---

[...] SI LA SANTÉ N'A PAS DE PRIX, LES TRAITEMENTS, EUX, EN ONT UN [...] DANS CE CONTEXTE, L'ÉTHIQUE CLINIQUE NE PEUT PLUS ÊTRE PENSÉE ET VÉCUE EN DEHORS DE LA MISSION ET DE LA VIE CONCRÈTE DE L'INSTITUTION.

---

suggestion de lecture



## L'INTERVENTION EN ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE : THÉORIE ET PRATIQUE

Sous la direction d'**Yves Boisvert**  
Éditions Liber

Les organisations, quelles qu'elles soient, doivent faire face au défi de l'intégration de l'éthique au sein même de leur structure. Afin d'effectuer une synthèse des travaux des principaux groupes de recherches universitaires qui se penchent sur cette question, Yves Boisvert présente, dans ce collectif, une série de dix articles qui permettent de faire le point sur la question. Présenté en deux grandes sections, à savoir les approches théoriques et les approches pratiques, ce livre permet de saisir les principaux enjeux de l'éthique organisationnelle et de mieux diriger une réflexion en la matière. Une lecture de chevet incontournable pour les dirigeants et gestionnaires.

ans la réalité même de la médecine contemporaine, avec les exigences qu'elle entraîne et les attentes qu'elle suscite. Ils sont cependant au cœur des conflits qui vont surgir dans la relation clinique (Comité de bioéthique, 2010, p. 22).

La souffrance morale des soignants est aussi un exemple éclairant. Elle surgit quand l'arrimage entre les exigences du travail clinique et les conditions organisationnelles requises ne se réalise pas. Il en va de même lorsqu'un soignant sait quelle serait la bonne action à poser, mais que des contraintes institutionnelles ne lui permettent pas de le faire. Son impuissance à « pouvoir faire », pour emprunter au vocabulaire de Paul Ricœur, l'empêche de réaliser son « désir d'être » de soignant et d'agir à la hauteur de la visée qui l'anime. Elle est souffrance morale, en tant que « liée à l'expérience d'une relative incapacité éthique à percevoir ce qui est juste, opportun de faire ou non dans la rencontre » (Boitte et Cobbaut, 2002, p. 145) avec le patient. À sa source se trouve l'environnement du travail.

Le phénomène touche particulièrement les infirmières, à cause de leur contexte de travail. Le fait qu'elles se retrouvent tiraillées entre deux autorités, celle de l'établissement qui impose sa culture organisationnelle et celle du médecin qui donne les ordres (sans être un employé de l'établissement), explique en partie leurs souffrances. La littérature montre que le phénomène touche aussi d'autres intervenants, en particulier ceux en santé mentale. Ainsi en est-il par exemple des psychiatres qui doivent faire face à des attentes irréalistes de la société et contraires aux intérêts des patients. On leur demande d'utiliser leur compétence clinique pour protéger la société contre les dangers que représentent certains malades psychiatisés, ce qui engendre des conflits éthiques difficiles à vivre (Austin *et al.*, 2008). Il en va de même pour les psychologues. Des conflits d'équipe, des tensions interdisciplinaires et des demandes de

l'établissement ou d'autres organismes peuvent mettre en cause l'intégrité professionnelle. Ces difficultés exacerbent la souffrance du professionnel à tel point qu'il en vient à ne plus être capable de se regarder dans un miroir (Austin *et al.*, 2005).

Il est intéressant de noter que lorsque les éléments organisationnels ont commencé à être mentionnés comme facteurs à considérer dans l'analyse éthique, ils l'étaient à titre de facteurs externes (Jonsen *et al.*, 1982, p. 139-182). Peu à peu, ils ont été intégrés aux éléments cliniques en tant qu'éléments contextuels, comme en témoigne l'évolution de la terminologie dans les diverses éditions de *Clinical Ethics*. En 1998, voici ce que ces auteurs écrivaient à ce propos :

***Chaque cas s'inscrit dans un contexte de personnes, d'institutions et de mesures financières et sociales. Les soins aux patients sont influencés, en bien ou en mal, par les possibilités et les contraintes de ce contexte. En même temps, les décisions prises, qu'elles le soient par le patient ou à son égard, vont affecter le contexte lui-même : ces décisions ont un impact psychologique, émotionnel, financier, juridique, scientifique, éducatif ou religieux sur les autres (Jonsen et al., 1998, p. 1).***

Cette éthique organisationnelle qui apparaît dans les milieux de santé répond-elle à la réalité de la clinique ? Soutient-elle les divers intervenants à vaincre le malaise qui les assaille devant une situation difficile ? Comment faire pour bien faire dans notre service à l'égard de ce patient ? Les codes d'éthique, les chartes des valeurs et les cadres de référence éthique que les établissements élaborent représentent-ils des réponses appropriées ? Certains en doutent. Jean-Philippe Cobbaut note qu'au moment où « les institutions doivent encadrer et structurer des activités de plus en plus complexes » (Cobbaut, 2012, p. 102), les malaises des acteurs ne sont pas toujours pris en compte.

---

*Il est intéressant de noter que lorsque les éléments organisationnels ont commencé à être mentionnés comme facteurs à considérer dans l'analyse éthique, ils l'étaient à titre de facteurs externes.*

---



# Quelle éthique organisationnelle ?

Dans cette troisième partie, je veux préciser certaines exigences de base nécessaires à la vitalité d'une éthique organisationnelle qui tienne compte de ces multiples dimensions. Pour qu'une éthique organisationnelle prenne tout son sens, il faut d'abord considérer l'établissement comme « la structure du vivre ensemble d'une communauté historique [...], structure irréductible aux relations interpersonnelles et pourtant reliée à elles [...] » (Ricœur, 1990, p. 227). Pour se comporter de manière vertueuse, cette communauté doit se donner une identité forte au plan moral. Pour y parvenir, les codes d'éthique ou les chartes des valeurs qu'élaborent les établissements suffisent-ils ? Tout dépend de la manière dont ils sont conçus et mis en œuvre. En effet, comme le note le philosophe Paul Ricœur, « c'est par des mœurs communes et non par des règles contraignantes que l'idée d'institution se caractérise fondamentalement » (Ricœur, 1990, p. 227). La définition de l'éthique de Ricœur est ici éclairante : « la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes. » (Ricœur, 1990, p. 202)

Dans cette perspective, l'éthique organisationnelle vise à créer et soutenir une direction commune reposant sur un certain nombre de valeurs autour desquelles se rallient les différents acteurs engagés dans l'établissement. La perspective de base est ici communautaire. Tel est le premier élément fondateur de l'éthique organisationnelle. Il faut cependant aller plus loin car cette visée va se réaliser dans un contexte pluriel où s'opposent des intérêts contraires. Pensons ici aux implications de certaines décisions managériales sur les principales parties prenantes, comme les patients, le personnel et l'ensemble de la communauté que dessert l'établissement. Ainsi, comment débattre et procéder lorsque des coupures s'imposent dans un établissement ou un service ? Pensons encore aux défis éthiques que représente l'équilibre à trouver entre la qualité des soins dispensés aux patients et d'autres objectifs essentiels, comme l'équilibre financier, le bien-être du personnel, l'amélioration des services ou l'innovation dans les traitements. Entre la visée et la réalité du quotidien, un fossé peut apparaître. Ces questions peuvent-elles être abordées de manière constructive pour le bien des diverses parties prenantes et de l'institution dans son ensemble ? En d'autres termes, comment alors faire pour bien faire ? Nous entrons ici dans la gouvernance des institutions.

Le code d'éthique auquel la loi québécoise astreint les établissements de santé apparaît à plusieurs comme un de ces instruments de gouvernance. Dans son mémoire de maîtrise en bioéthique

consacré aux codes d'éthique élaborés par les établissements de santé et de services sociaux du Québec, Yves Poirier pose la question de savoir si le code d'éthique est de nature éthique ou déontologique. Son étude conclut qu'il s'agit de déontologie, « d'autant que le législateur veut avant tout s'assurer de comportements adéquats de la part des employés et des autres personnes qui exercent leur profession » (Poirier, 2012, p. iii). À lire les cadres de référence en matière d'éthique qui se mettent actuellement en place dans les installations, le jugement de l'auteur me paraît tout à fait juste. En voici un exemple, tiré d'un cadre de référence en matière d'éthique d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) : « L'éthique organisationnelle s'appuie sur plusieurs codes, règles de conduite et politiques qui balisent nos devoirs et obligations, nos comportements à l'égard d'autrui<sup>1</sup>. »

Cette orientation constitue une « forme d'encadrement des choix éthiques » (Saielli, 2001). Cette vision a ses critiques : « en instaurant un système de valeurs pour encadrer et contrôler les comportements des personnels, l'éthique organisationnelle court le risque de devenir une morale close au sens de Bergson. » (Saielli, 2001) Plutôt que le code, il faut privilégier le dialogue entre les parties. C'est le deuxième élément de l'éthique organisationnelle fondée sur le bien vivre ensemble. Sans nier le besoin d'assurer des comportements acceptables de la part des divers membres du personnel, ce type de code n'exprime qu'une facette partielle de l'éthique organisationnelle (Bégin, 2011). Privilégier l'outil de régulation ne peut se faire qu'au détriment d'une démarche dynamique et collaborative en vue de discerner les valeurs essentielles autour desquelles vont se rassembler les différents partenaires.

En 2005, Mildred Z. Solomon, professeure de médecine sociale, faisait remarquer que, malgré de multiples politiques et lignes directrices de nature éthique, celles-ci ont eu peu d'impact sur les soins aux patients (Solomon, 2005). Les nouveaux concepts éthiques sont bien connus des personnels des établissements, mais ne suffisent pas à créer une culture institutionnelle au service des valeurs centrales du prendre soin dans le domaine de la santé et des services sociaux. Une telle culture prend forme lorsque les acteurs concernés ont de réelles responsabilités dans sa réalisation. Comment cela peut-il se faire dans nos mégaétablissements comme les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ? Un intervenant d'une équipe de soins se voit reconnu comme partenaire s'il est invité à dialoguer dans son groupe



à propos des objectifs à déterminer, des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la relation avec les patients et des façons pour chaque catégorie de professionnels de mieux servir les patients de l'unité. Cette façon de développer le dialogue doit s'étendre à tous les niveaux de l'établissement.

Ainsi se développe une culture où les questions éthiques que rencontre l'établissement peuvent être discutées de manière constructive (Spencer *et al.*, 2000). L'éthique organisationnelle est ainsi une démarche collective conduisant à exprimer une philosophie commune et à la mettre en pratique dans les décisions difficiles à prendre. Une mise en œuvre plus concrète est-elle possible ?

Au plan institutionnel, il est parfois proposé de transférer le modèle de l'éthique clinique à l'éthique organisationnelle, évitant ainsi d'adopter le modèle du *business ethics* que certains considèrent approprié pour des hôpitaux et autres centres de santé.

À regarder les tâches du comité de gouvernance et d'éthique que la loi québécoise impose aux établissements de santé et de services sociaux, il est vrai que les processus de travail de l'éthique clinique apparaissent porteurs de possibilités plus riches que ceux de l'éthique des affaires. Réussir un tel changement est cependant un défi de taille.

Au moins une expérience canadienne a privilégié l'orientation qui élargit les modes de travail de l'éthique clinique à l'éthique organisationnelle (McDonald *et al.*, 2008). Le Centre de santé IWK (Izaak Walton Killam), un hôpital spécialisé dans les soins aux femmes, enfants, jeunes et familles des Maritimes situé à Halifax, a décidé de transformer son comité d'éthique clinique en comité d'éthique organisationnelle, les consultations en éthique clinique devenant un service autonome. Le nouveau comité poursuivait le triple mandat habituel, c'est-à-dire éducation, consultation et examen des politiques, mais en l'élargissant à l'ensemble de la vie du milieu.

Cette transformation n'a pas été sans poser des problèmes théoriques et pratiques. Le changement signifiait que les décisions, politiques et pratiques touchant les relations entre l'établissement et le patient (ex. : les plaintes), le personnel et l'établissement (ex. : les conditions de travail), la communauté et l'établissement (ex. : les relations extérieures), ainsi que les politiques concernant le développement de l'institution devenaient des sujets d'ordre éthique alors qu'elles avaient toujours été vues comme des questions de gestion, de ressources humaines ou de relations publiques. Les gestionnaires pour qui ces questions apparaissaient éthiquement neutres ont rapidement exprimé leur mécontentement.

À l'analyse, la critique s'est révélée juste, la compréhension qu'avait le comité de son rôle et ses méthodes de travail n'était pas sans faute. Le comité semblait ignorer les contextes d'élaboration des politiques. Sa méthodologie dépassait souvent son mandat, déterminant ce que devait être la décision, mais n'élaborant pas un cadre d'analyse éthique à partir duquel les gestionnaires devraient établir leurs décisions. De plus, il prenait jusqu'à trois mois pour donner une réponse, alors que les décisions sont aussi prises dans l'urgence.

Les implications de la nouvelle orientation avaient été mal comprises. Le comité se voyait comme l'éthique, alors qu'il est un moyen, bien qu'essentiel, pour favoriser la dynamique éthique dans l'ensemble de l'établissement. Devant ce constat, le DG, qui était le promoteur du changement, a repris son bâton de pèlerin pour que chaque partie comprenne les implications de la nouvelle orientation. D'une

part, la responsabilité première de l'éthique organisationnelle relève de l'autorité supérieure d'un établissement. Un de ses rôles est de favoriser le dialogue entre toutes les parties. Le

---

L'ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE EST AINSI UNE DÉMARCHE COLLECTIVE CONDUISANT À EXPRIMER UNE PHILOSOPHIE COMMUNE ET À LA METTRE EN PRATIQUE DANS LES DÉCISIONS DIFFICILES À PRENDRE.

---

comité d'éthique est un moyen dans ce sens. D'autre part, le comité d'éthique n'a pas pour tâche de déterminer ce qui est à faire, mais, après analyse de la situation, de proposer des pistes de réflexion pour que la décision qui est à prendre soit la plus juste possible. Le dialogue qui est à la base de la démarche managériale devient ainsi un outil de l'organisation pour se mettre au service de toute la communauté.

Les lecteurs qui m'auront suivi jusqu'ici ont sans doute remarqué que mes propos sur l'éthique organisationnelle trouvent leur source dans l'éthique clinique. En effet, la réalité contemporaine de la clinique appelle une éthique qui se pense en lien avec l'institution. Le changement de perspective est rendu nécessaire en raison des modifications profondes que connaissent les pratiques de soins. Je ne crois pas que le passage d'une éthique à une autre sera facile. Il a fallu du temps pour qu'au plan clinique, le rapport patient-soignant se conjugue sous le mode de la relation dialogique, il en ira de même au plan organisationnel, d'autant plus que les établissements de santé et de services sociaux sont forcés de se développer comme des mégaentreprises. Le défi est là, mais l'idéal soignant toujours vivant permet d'espérer. 🌱

1 Plusieurs CSSS reprennent cette affirmation dans leur cadre de référence en matière d'éthique. Je ne donne pas ici la référence pour ne pas cibler un établissement en particulier.

#### BIBLIOGRAPHIE

Voir p. 41.



# LES ENJEUX ÉTHIQUES DE L'ADAPTATION DES SERVICES EN CONTEXTE INTERCULTUREL DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

JANIQUE  
**JOHNSON-LAFLEUR**

M. Sc. anthropologie  
Coordonnatrice de recherche

ÉQUIPE DE RECHERCHE  
ET D'INTERVENTION  
TRANSCULTURELLES (ERIT)

CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-  
L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

La question de l'adaptation des services publics à la diversité culturelle a fait couler beaucoup d'encre au cours des dernières années et a soulevé d'importants débats qui ont enflammé l'espace public et créé des tensions dans la population. Pensons à la Commission Bouchard-Taylor en 2007, dont les travaux de consultation avaient mis à jour les tensions sociales autour des pratiques d'« accommodement raisonnable<sup>1</sup> », c'est-à-dire autour du degré d'adaptation



que les institutions devraient accorder à des demandes reliées à des spécificités socioculturelles et religieuses. Plus récemment, pensons au projet de « Charte des valeurs québécoises » qui, à l'automne 2013, a de nouveau mis sous les feux de l'actualité la question de l'adaptation à la diversité dans l'espace public et suscité de fortes réactions dans la population. Mais pourquoi ces questions provoquent-elles des réponses si émotives et si intenses? Pourquoi tant d'indignation et tant de colère de part et d'autre

du spectre des positions? Un élément de réponse se trouve possiblement dans l'idée que l'adaptation des services en contexte interculturel, et de façon plus générale la prise en compte de la culture dans le domaine de la santé et des services sociaux, soulève des enjeux d'ordre éthique complexes qui concernent nos relations à l'altérité et la façon dont celles-ci questionnent notre vision du monde.

Selon la Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST), un problème relève de l'éthique



s'il met en jeu « des idéaux qui donnent du sens à notre vie ou des règles qu'on se sent obligés de respecter » (CEST, 2013). On parle de dilemmes éthiques lorsque nous sommes en présence de « situations où les valeurs et les principes entrent en opposition et rendent les décisions difficiles » (CEST, 2013). Or, la notion de culture réfère précisément à celles de valeurs, de normes et de croyances partagées qui donnent du sens à notre vie et informent notre présence au monde. Il n'est donc

pas étonnant que la prise en compte de la diversité et l'adaptation des services de soins en contexte interculturel amènent de tels dilemmes et des débats chargés émotionnellement. En d'autres termes, ces questions nous engagent à des réflexions, tant individuelles que collectives, sur notre rapport à l'Autre et, plus globalement, sur la communauté et le vivre-ensemble. Cela dit, la prise en compte de la culture et les enjeux éthiques qu'elle peut solliciter représentent un défi de taille pour les intervenants

qui, sur le terrain, sont aux prises avec des situations spécifiques d'adaptation et des prises de décisions complexes dont ils ne peuvent s'extraire.

Les questionnements qui sous-tendent cette réflexion seront donc les suivants : comment, dans le domaine de la santé et des services sociaux,

peut-on penser et questionner les pratiques soignantes en contexte interculturel, tout en outillant et soutenant suffisamment les intervenants afin d'éviter qu'ils adoptent une posture

défensive, voire une posture de repli identitaire, ce qui ne ferait, au fond, qu'aggraver la situation ? En d'autres termes, comment peut-on amener les intervenants, qui sont aux premières loges de ces dilemmes éthiques et les vivent dans l'intimité de leur quotidien, à se questionner sur ces enjeux sans leur faire vivre trop d'impuissance, et donc en évitant qu'ils se sentent dépassés et n'aient pour unique réflexe que de référer à des « experts » de l'interculturel ?

---

EN D'AUTRES TERMES, CES QUESTIONS NOUS ENGAGENT À DES RÉFLEXIONS, TANT INDIVIDUELLES QUE COLLECTIVES, SUR NOTRE RAPPORT À L'AUTRE ET, PLUS GLOBALEMENT, SUR LA COMMUNAUTÉ ET LE VIVRE-ENSEMBLE.

---

## Contextes de pratiques en transformation

Dans le contexte actuel de mondialisation des flux migratoires, les sociétés accueillant des migrants ont vu la diversité culturelle de leur population s'accroître rapidement, particulièrement au cours des dernières décennies. Alors qu'au tournant du XX<sup>e</sup> siècle la plupart des personnes immigrant au Québec provenaient des pays d'Europe de l'Ouest, les nouveaux arrivants sont maintenant originaires d'une multitude de pays, principalement d'Afrique, en particulier du Maghreb, d'Asie et d'Amérique. Cette augmentation de la diversité culturelle de la population a eu un impact sur l'ensemble de la société québécoise et sur ses institutions, représentant à la fois une source de richesse collective et un défi d'aménagement de la diversité.

Cette accélération des flux migratoires ne s'opère pas sans tensions. À un contexte de diversité culturelle accrue se combine celui d'une augmentation des inégalités socioéconomiques, d'une exacerbation des tensions identitaires, de même que d'une polarisation croissante des dispositions envers l'immigration. Suite au 11 septembre 2001 et à la « guerre au terrorisme » qui a été menée dans son sillage, les perceptions autour des immigrants et des réfugiés se sont transformées, passant de représentations plutôt positives vers une construction du migrant

comme d'un potentiel danger pour la société hôte (Rousseau, Hassan, Moreau et Thombs, 2011). Au Québec, les débats sur les accommodements raisonnables et sur la Charte des valeurs ont mis à jour cette transformation des figures du migrant. Plus récemment, la médiatisation d'événements liés aux phénomènes de radicalisations violentes (attentats de Saint-Jean-sur-Richelieu et d'Ottawa, attentats de Paris, départs de jeunes Québécois pour rejoindre l'État islamique, manifestations xénophobes et anti-réfugiés, etc.) ont nourri les peurs des majorités et des minorités, poursuivi les polarisations sociales et aggravé les tensions intercommunautaires.

Ces nouvelles réalités interpellent directement le milieu de la santé et des services sociaux. Sur le terrain, les professionnels sont amenés à devoir

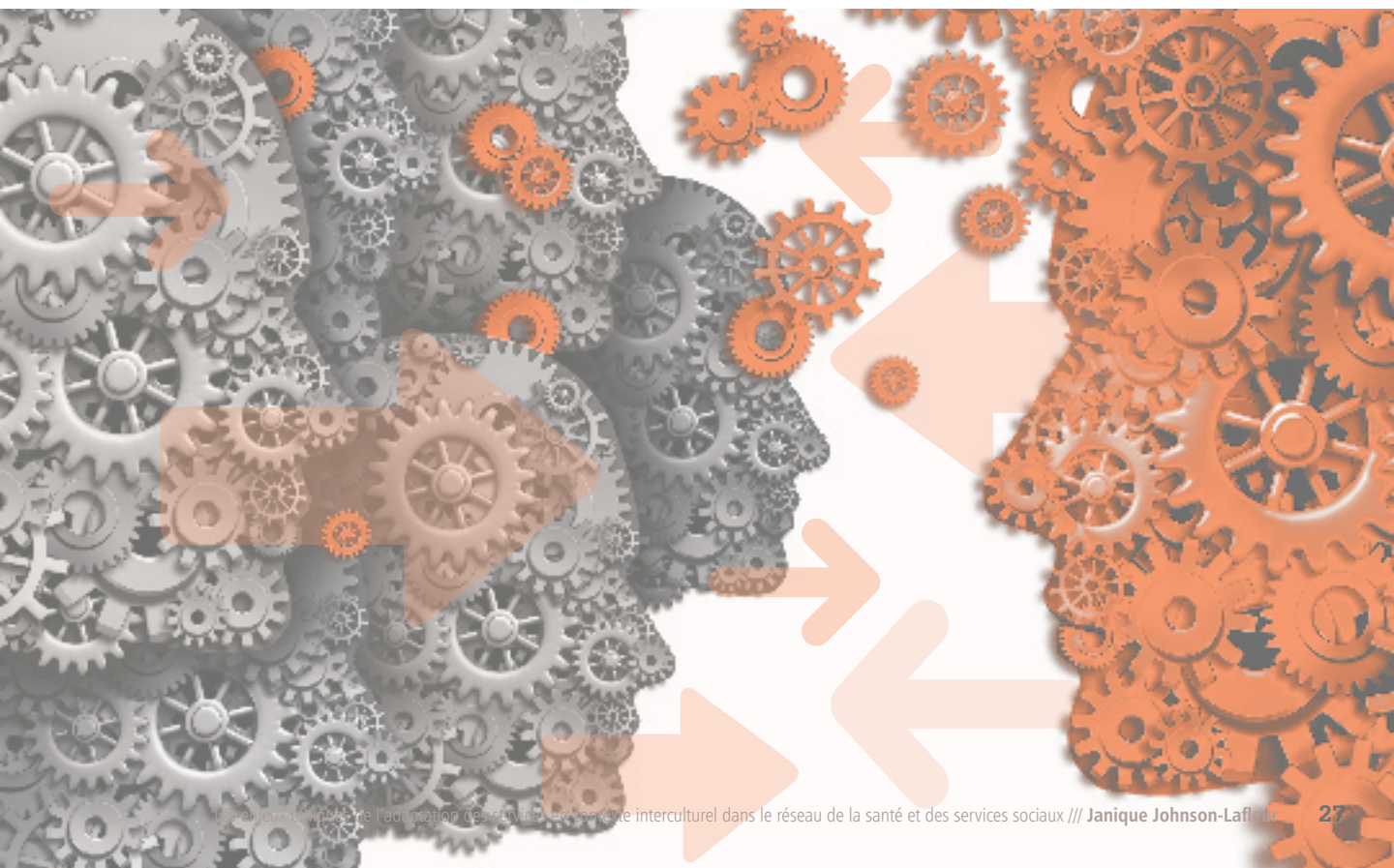
repenser leur façon de travailler puisqu'ils œuvrent maintenant auprès d'une population de plus en plus diversifiée sur les plans socioculturel, religieux et linguistique, et dans un contexte de tensions sociales et de restric-

tions budgétaires. La prise en compte de la culture et l'adaptation des services en situation interculturelle représente donc un défi de taille pour les professionnels, particulièrement pour ceux n'ayant pas été formés en intervention transculturelle.

---

À UN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE ACCRUE SE COMBINE CELUI D'UNE AUGMENTATION DES INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES, D'UNE EXACERBATION DES TENSIONS IDENTITAIRES, DE MÊME QUE D'UNE POLARISATION CROISSANTE DES DISPOSITIONS ENVERS L'IMMIGRATION.

---



# Pourquoi prendre en compte la culture dans les services de santé et les services sociaux ?

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (LSSSS), les établissements du réseau doivent assurer la prestation de services :

- qui soient accessibles aux individus, aux familles et aux groupes;
- qui répondent aux besoins physiques, psychiques et sociaux des usagers;
- qui tiennent compte des particularités d'ordres linguistique, socioculturel et ethnoculturel;
- qui respectent les droits et libertés des usagers. (Gouvernement du Québec, 2015)

La question de la prise en compte de la diversité culturelle des usagers n'est donc pas laissée à la discrétion des intervenants et de leurs établissements, elle est d'abord et avant tout inscrite dans la loi. Mais au-delà de cet impératif légal, d'un point de vue clinique il est maintenant admis que d'ignorer les éléments culturels dans les pratiques soignantes peut mener à des services de piètre qualité, tels que des erreurs diagnostiques et d'évaluation de la situation, des plans d'intervention inappropriés, des difficultés d'alliance et une non-adhérence au traitement par les usagers (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton et Stelk, 2010). La littérature scientifique nous indique également que certains services de soins sont sous-utilisés par les minorités culturelles, tels que les soins en santé mentale, notamment en raison de barrières linguistiques et culturelles (Kirmayer, Weinfeld, Burgos et Du Fort, 2007). En effet, l'influence de facteurs culturels dans la pratique soignante se déploie de façon transversale, à toutes les étapes du suivi. Les représentations collectives jouent un rôle important dans les perceptions entourant la santé, la normalité, la détresse, les rôles de genre, les attentes envers l'intervention, etc., et ces perceptions entrent en jeu dans la rencontre clinique. Ces éléments ne sont pas toujours reconnus explicitement par les usagers et les intervenants car les représentations culturelles qui nous habitent sont en grande partie impensées, particulièrement les représentations collectives de

la majorité, puisque plus répandues donc considérées comme allant de soi. Dans le langage commun, la culture est souvent définie de façon simpliste et statique, considérée comme synonyme d'ethnicité, de nationalité, voire de langue et de religion. Or, l'anthropologie contemporaine a bien montré que les systèmes culturels sont fluides, complexes, dynamiques, métissés, hétérogènes et en constante transformation (Bibeau, 1997). La conception de la culture que je propose pour cette réflexion est celle d'un système de référents collectifs en constante construction, servant en quelque sorte d'interface entre l'expérience brute et le sens. La culture est donc un processus médiateur de toute expérience humaine. Par conséquent, les enjeux éthiques que pose l'adaptation des services de soins à la diversité des usagers et des situations en contexte interculturel sont multiples, particulièrement en considérant les impacts d'une non-adaptation des services. En premier lieu, compte tenu que la culture influence les dynamiques de soins et que les membres des minorités culturelles rencontrent des barrières systémiques d'accès aux soins, alors d'ignorer les différences culturelles a pour effet de remettre en cause

---

MAIS AU-DELÀ DE CET IMPÉRATIF LÉGAL, D'UN POINT DE VUE CLINIQUE IL EST MAINTENANT ADMIS QUE D'IGNORER LES ÉLÉMENTS CULTURELS DANS LES PRATIQUES SOIGNANTES PEUT MENER À DES SERVICES DE PIÈTRE QUALITÉ [...]

---

le principe d'universalité de l'accès aux services. Également, puisque nous savons que de ne pas prendre en compte la culture peut mener à des soins de piètre qualité, la non-adaptation

des services à la diversité culturelle met aussi en jeu l'accès à des services de qualité, incluant des soins dispensés dans un contexte culturellement sécuritaire<sup>2</sup> et préservant la dignité de l'utilisateur. Tout compte fait, bien que l'accessibilité à des services de soins de qualité pour tous soit enchâssée dans la loi, il n'en demeure pas moins que si cette idée ne demeure que théorique et n'est pas applicable sur le terrain pour certaines populations, ne s'agit-il pas alors d'un déni de droit? En ce sens, un enjeu important qui se pose est celui de bien former les intervenants et de suffisamment les outiller dans leur pratique professionnelle afin que le principe d'accès à des services de qualité pour tous ne reste pas qu'un vœu pieu.



# Comment prendre en compte la culture dans l'intervention professionnelle ?

Les stratégies pour prendre en compte la diversité culturelle dans l'intervention professionnelle peuvent prendre différentes formes, en premier lieu des changements procéduraux tels que l'utilisation d'interprètes et de médiateurs culturels dans les interventions. Le rôle du médiateur culturel consiste à faciliter les échanges entre usagers et intervenants en explicitant le sens de ses traductions et en fournissant aux intervenants un éclairage sur des éléments culturels pouvant leur échapper. Ces professionnels se caractérisent par leur double appartenance linguistique et culturelle à la société hôte et au groupe de référence culturelle de l'utilisateur. Or, la plupart des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas formés à travailler avec des médiateurs culturels, pas plus qu'ils ne le sont à reconnaître et recueillir des informations de nature culturelle, à les analyser et à les intégrer à leurs interventions (Institut national de santé publique du Québec, 2015). La mise à jour de la formation des professionnels se trouve donc directement questionnée par la transformation des contextes de pratique. Or, former les intervenants à des façons alternatives d'évaluer les situations et d'intervenir en contexte interculturel représente un grand défi, notamment parce que cela n'implique pas uniquement le transfert de connaissances, mais surtout le développement de compétences actitudinales et l'exploration des représentations culturelles de l'intervenant. De plus, certains modèles de formation à la « compétence culturelle » tendent malheureusement à essentialiser la culture en décrivant et en attribuant des croyances et des comportements à des groupes ethnoculturels spécifiques, ce qui peut mener à stéréotyper des communautés entières. Outre ce danger de simplifier le rôle du culturel dans l'intervention,

d'autres problèmes de certains modèles de compétence culturelle consistent à ignorer les variations entre les membres d'un même groupe, à passer sous silence les questions de relations de pouvoir dans la rencontre professionnelle et dans la société et, enfin, à ne pas considérer les représentations culturelles de l'intervenant qui sont centrales à ses interventions, même si elles sont largement implicites. Ainsi, lorsque la prise en compte de la culture est centrée sur l'idée d'une séparation

suggestion de lecture



## ÉTHIQUE DE L'ALTÉRITÉ : LA QUESTION DE LA CULTURE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Sous la direction de Marguerite  
Cognet, Catherine Montgomery  
Presses de l'Université Laval

Au centre de toute relation sociale entre des individus ou entre des groupes, des collectivités, la relation d'altérité fondant le *Eux* et le *Nous* recèle en elle-même un enjeu éthique dont ne peuvent s'abstraire les interventions cliniques et sociales. Si l'altérité procède des relations sociales où elle devient constitutive du lien social et pose la question de l'éthique de la relation à l'autre, elle prend une acuité particulière dans les sociétés dites « multiculturelles » où les valeurs des uns se mesurent à celles des autres, où individualisme et universalisme se confrontent, où le droit à la différence des individus prend inévitablement le risque de conduire à la différence des droits.

Cet ouvrage est un recueil de réflexions et d'analyses ancrées dans l'étude des pratiques de l'intervention clinique et sociale en situation interethnique. Dans les sociétés pluralistes, les questions d'altérité culturelle ne peuvent être banalisées car dans l'intervention elles sont toujours étroitement liées à l'équité, à l'égalité et aux droits, soit à l'exercice même de la citoyenneté. L'altérité, au sens de la reconnaissance d'un autre que nous-mêmes, procède d'une construction historique, socialement située, au cours de laquelle les individus donnent un certain sens à leurs relations avec d'autres individus, s'octroient et assignent des positions, définissent des statuts et décident des droits pour eux-mêmes et ceux qui les entourent. Véritable dialectique du rapport à soi par cette reconnaissance d'un autre, elle peut se faire ouverture et source de construction identitaire plus riche mais également fermeture, pouvoir de réification ou d'exclusion.



des groupes ethnoculturels, elle peut facilement prendre la forme d'un livre de recette (« comment intervenir auprès du patient d'origine chinoise ») et avoir pour effet d'accroître les stéréotypes et la stigmatisation, et de fermer le dialogue entre usager et intervenant plutôt que de l'ouvrir (Kleinman et Benson, 2006).

Une approche prometteuse pour aider les intervenants à adapter leurs interventions en contexte interculturel consiste à personnaliser les soins, c'est-à-dire à prendre en compte de façon systématique les affiliations culturelles de la personne et le rôle de la culture dans l'expression de sa souffrance, de ses symptômes et de ses dysfonctions, mais pas séparément de l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation (Lepage, 2007). Il s'agit donc d'appréhender les situations au cas par cas et d'intégrer les éléments culturels à l'ensemble des informations cliniques pertinentes permettant de comprendre la situation, par exemple l'âge, le

genre, le statut socioéconomique, l'histoire personnelle, les dynamiques familiales, etc. Cette perspective a pour avantage de limiter les possibilités de surévaluer des éléments culturels dans la compréhension de la situation en jeu, au détriment de considérations d'ordres personnel, structurel, voire pragmatique. Une particularité de cette approche est qu'elle part de l'idée d'une relation unique d'une personne à sa « culture » ou à ses « affiliations culturelles multiples » et qu'elle considère

les tensions toujours présentes entre identités individuelles et collectives. Elle permet d'approfondir l'influence des facteurs culturels sur la situation en s'intéressant à une histoire singulière dans

---

IL S'AGIT DONC D'APPRÉHENDER LES SITUATIONS AU CAS PAR CAS ET D'INTÉGRER LES ÉLÉMENTS CULTURELS À L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES PERMETTANT DE COMPRENDRE LA SITUATION [...]

---

des référents collectifs. La nécessité de former les intervenants à aller chercher des informations de façon culturellement sensible et sécuritaire est également à souligner. Le respect des silences et du besoin de certains usagers de ne pas tout dévoiler doit être mis de l'avant dans le développement



de compétences attitudinales des intervenants. Enfin, plutôt que d'avoir recours à des stéréotypes et des présupposés parfois erronés dans l'analyse de l'influence des éléments culturels sur la situation clinique, une bonne approche à adopter sera toujours celle de valider nos hypothèses auprès de l'usager (Kleinman et Benson, 2006).

Malgré l'ampleur des défis associés à l'enseignement de la prise en compte de la culture dans les pratiques soignantes, il existe néanmoins des outils pouvant orienter la collecte de données pertinentes à l'évaluation de la situation, de même que des modèles de formations et dispositifs de pratique qui facilitent leur intégration à la pratique. Citons à cet effet l'arrivée de l'Entrevue de formulation culturelle (EFC) du DSM-5, qui pourrait devenir un outil important pour opérationnaliser la culture dans le domaine de la santé mentale. L'EFC comprend une liste de 16 questions et des modules supplémentaires visant à aider les intervenants à recueillir de l'information sur l'influence de la culture dans la pratique clinique. Or, la manière d'analyser les éléments culturels et de les intégrer au plan de traitement est peu abordée. Elle s'apprend essentiellement sur le terrain,

sous la supervision de cliniciens ayant une grande expérience en interculturel. Le manque de superviseurs sera donc une limite à considérer. Cela dit, il existe au Québec des services de consultation, des cliniques spécialisées et des formations expérientielles en interculturel pour soutenir les intervenants du réseau. Par exemple, dans la région de Montréal, des séminaires interdisciplinaires de discussions de cas réunissent depuis plusieurs années des intervenants des domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation pour discuter de situations cliniques complexes en santé mentale jeunesse. Une étude évaluative en cours indique que cette modalité de formation permet aux intervenants de mieux comprendre la complexité de l'expérience socioculturelle de leurs patients et de leur famille, et que les discussions les aident à penser la situation différemment, sortir d'une impasse clinique, et ouvrir sur des nouvelles pistes d'intervention (Rousseau, Johnson-Lafleur, Papazian-Zohrabian et Measham, sous presse). Dans les années à venir, il serait intéressant de comparer les différentes modalités et contextes de formation, et d'étudier l'impact de ces formations sur les usagers et la qualité des services de soins.

# Comment faire face aux dilemmes éthiques ?

Puisque la culture consiste en un ensemble de normes et de valeurs partagées qui influencent les perceptions et les comportements individuels, il est possible que la considération d'éléments culturels dans certaines interventions crée des dilemmes éthiques si ces éléments semblent contredire nos valeurs et normes personnelles ou collectives. L'intervenant doit naviguer entre le risque de culturaliser l'inacceptable et celui, non moindre, de pathologiser la différence. Rappelons-nous que les valeurs et les normes d'une société donnée ne sont pas « naturelles », mais relèvent plutôt de la construction collective, des luttes de pouvoir et du débat (luttes féministes, décolonisation, militantismes, conflits économiques, etc.). Les valeurs et les normes communes ne sont pas nécessairement acceptées par tous les membres de la société mais, avec le temps, elles se cristallisent dans les institutions selon des lignes de jeu de force, des pressions et des structures de domination historiques. Au Québec, certains principes sont maintenant admis comme fondamentaux et font office de normes communes dans les débats

sociaux. Citons à cet effet la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en 1975. Ce document, qui correspond en quelque sorte à une institutionnalisation des normes et valeurs de la société québécoise, constitue une affirmation solennelle des droits et des libertés de toute personne se trouvant sur le territoire du Québec. Des principes fondamentaux tels que l'égalité entre les femmes et les hommes y sont enchâssés, de même que des motifs de discrimination interdits, dont la religion, la langue et l'origine ethnique ou nationale. Mais une tension existe au sein de cette charte, puisqu'à ce mandat de protéger les libertés individuelles et de lutter contre les discriminations se superpose celui de s'assurer que « les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec » (Gouvernement du Québec, 2016). L'enjeu revient à assurer un équilibre entre aspirations individuelles et collectives.

La même tension entre intérêts individuels et collectifs existe dans la LSSSS, à laquelle les établissements du réseau doivent adhérer. Dans ce cas,

les établissements doivent garantir l'accès à des services de qualité à tous les usagers, sans discrimination quant à leurs origines ethnoculturelles, tout en s'assurant que les ressources collectives soient utilisées selon les principes d'équité et de justice sociale. Cette double obligation des établissements met d'emblée la question de l'adaptation des services à la diversité culturelle dans un contexte de possibles tensions éthiques. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne, qui dessert des quartiers montréalais à grande diversité culturelle, linguistique et religieuse, a développé avec les années une expertise sur la question de l'adaptation des services en contexte de diversité culturelle. Fort de son expérience, le CSSS de la Montagne (2011) a produit un guide à l'intention des intervenants faisant face à ce type de défi dans leur pratique. D'entrée de jeu, le CSSS souligne que les demandes d'adaptation liées à la culture sont plu-

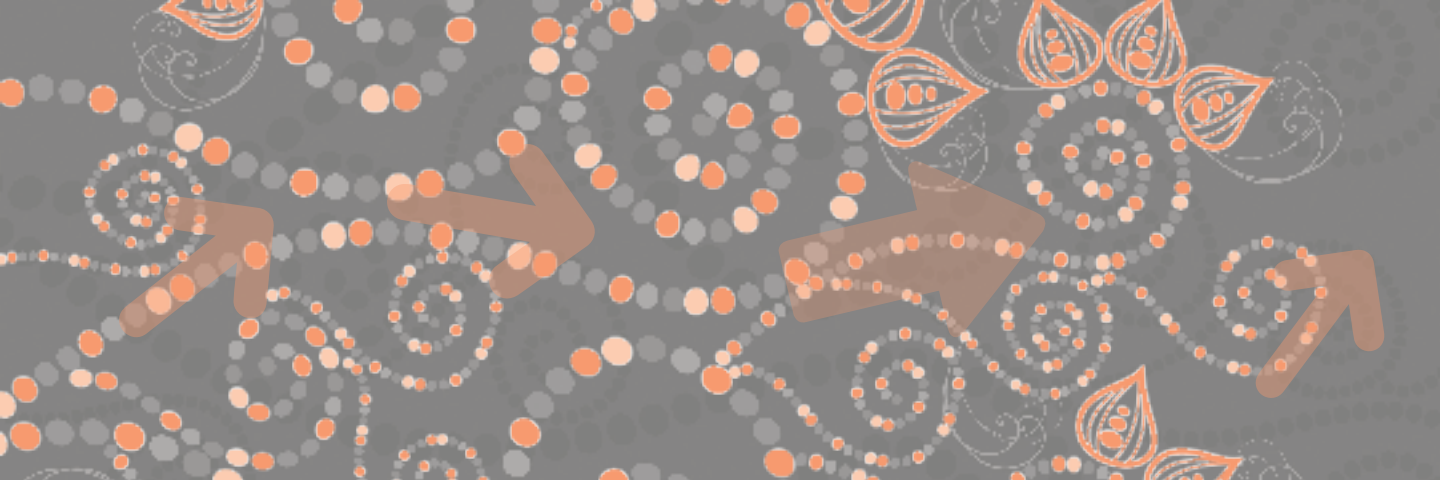
ôt rares et qu'elles se soldent facilement par un dialogue constructif et une adaptation mutuelle concertée. En outre, le CSSS précise que certaines raisons peuvent justifier le refus de répondre à une

demande d'adaptation, à savoir si la demande : peut mettre en danger les individus concernés, peut conduire à des gestes illégaux, risque de compromettre les normes professionnelles de pratique et menace des valeurs sociales considérées comme fondamentales (l'égalité hommes-femmes notamment). Ce document comprend une grille d'analyse clinique à l'intention des intervenants de même qu'un exemple concret de son utilisation. Le guide propose des questions à se poser et des procédures décisionnelles à suivre pour accompagner la prise de décision dans des situations complexes. Il aide à identifier le défi et les valeurs menacées, à recueillir les informations pertinentes, à les analyser en contexte avec le défi et à appliquer la décision. En insistant sur l'importance du jugement professionnel des intervenants, qui ne saurait se substituer aux lois et aux politiques, de même que sur l'importance de considérer la vulnérabilité de l'utilisateur, le guide du CSSS de la Montagne permet d'accompagner les intervenants du réseau dans des prises de décision difficiles associées à la prestation de services en contexte interculturel, contribuant ainsi à limiter les possibilités de décisions arbitraires et d'abus de pouvoir.

---

RAPPELONS-NOUS QUE LES VALEURS ET LES NORMES D'UNE SOCIÉTÉ DONNÉE NE SONT PAS « NATURELLES », MAIS RELÈVENT PLUTÔT DE LA CONSTRUCTION COLLECTIVE, DES LUTTES DE POUVOIR ET DU DÉBAT (LUTTES FÉMINISTES, DÉCOLONISATION, MILITANTISMES, CONFLITS ÉCONOMIQUES, ETC.).

---



## Conclusion


Comme il a été mentionné en introduction, le thème de départ de ce texte, à savoir les enjeux éthiques de l'adaptation des services en contexte interculturel dans le réseau de la santé et des services sociaux, s'est rapidement posé à l'inverse, c'est-à-dire autour des enjeux de la non-adaptation des services. La littérature scientifique nous montre que d'ignorer des éléments socioculturels peut mener à des soins de piètre qualité et entraver l'accès aux services. De plus, il s'avère que la prise en compte de la culture dans l'intervention, si elle s'effectue selon certains modèles de « compétence culturelle » qui minimisent l'hétérogénéité des groupes culturels et les questions de pouvoir, peut aggraver les stéréotypes et la discrimination. Les réflexions qui ont orienté ce texte ne portent donc pas seulement sur la question de l'adaptation des services en contexte interculturel, mais également sur la manière d'amener les intervenants à se questionner et à faire face aux enjeux éthiques soulevés par cette question, tout en évitant de les pousser vers un sentiment d'impuissance professionnelle douloureuse pouvant les amener à adopter une posture défensive de fermeture ou au réflexe de référer à des « experts » de l'interculturel.

Parmi les pistes de solution abordées, mentionnons celle de considérer l'importance du culturel dans la compréhension de la situation clinique au cas par cas, au même titre que l'importance d'autres informations cliniques pertinentes. La vision de la culture doit donc être complexifiée pour comprendre son influence, en l'appréhendant comme un lien personnalisé de chaque individu à ses affiliations diverses plutôt que comme un ensemble de croyances et comportements stéréotypés associés à un groupe donné. Du point de vue de l'intervenant, la solution ne se situe donc pas dans l'idée d'une accumulation de savoirs, mais plutôt dans celle d'une attitude réflexive et d'un dialogue ouvert et respectueux dans la recherche de solutions aux situations d'adaptation posées.

À cette complexification de la culture, il est opportun de combiner une complexification de la santé mentale, qui n'est pas non plus qu'une affaire d'experts mais qui concerne tout un chacun, ne serait-ce qu'en termes de réactions envers les personnes souffrantes. Dans le contexte actuel de mondialisation des migrations et de polarisations sociales autour des questions d'adaptation à la diversité culturelle, une réflexion sur la finalité des interventions professionnelles et le fondement des normes qui les encadrent s'impose. La posture que je propose est celle d'un engagement social inclusif dans la prise en charge des personnes souffrantes et la promotion d'un dialogue respectueux dans les situations d'adaptation à la diversité, dialogue qui permettra la participation de tous à la société québécoise, tant les personnes appartenant aux minorités socioculturelles que celles de la majorité. En terminant, je tiens à souligner que cette réflexion sur les services de soins, ayant bifurqué vers un questionnement sur le vivre-ensemble et l'élaboration d'un espace social qui soit habitable par tous, a davantage pour intention de susciter un débat plutôt que d'en venir à élaborer des recommandations explicites et unilatérales. ✎

- 1 Contrairement à la croyance populaire et à l'usage qui en est souvent fait dans l'espace public, la notion d'accommodement raisonnable correspond à un concept juridique bien défini, ne portant que rarement sur des motifs religieux, et dont l'objectif est de faire cesser une situation de discrimination fondée sur le handicap, la religion, l'âge ou tout autre motif interdit par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. L'accommodement raisonnable est une obligation juridique, sauf en cas de contrainte excessive. En outre, il s'agit d'une mesure individuelle qui ne peut donc pas être revendiquée par toute une communauté.
- 2 La notion de sécurité culturelle, développée dans les années 1980 en contexte autochtone en Nouvelle-Zélande puis au Canada, réfère à la prise en compte des relations de pouvoir historiques et contemporaines dans les institutions de santé et de services sociaux. Le principe de sécurité culturelle se fonde sur la reconnaissance de la diversité culturelle par les institutions et par les cliniciens, et sur la création d'un espace sécuritaire (dans le sens de l'anglais *safe* plutôt que *secure*) au sein duquel les identités et croyances culturelles fondamentales sont respectées (Kirmayer, 2012).

**BIBLIOGRAPHIE**  
Voir p. 41.



QUAND  
**L'ÉTHIQUE,**  
LA COMPLEXITÉ CLINIQUE  
ET LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES  
SE RENCONTRENT:  
COMMENT LE CHEMIN À SUIVRE  
**DOIT S'OUVRIR?**

CLAIRE  
**GAMACHE**

Psychiatre

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

### Histoire de madame Défi

**M**adame Défi est une usagère âgée d'environ 45 ans qui souffre de sclérose en plaques et du syndrome de Guillain-Barré, un diagnostic très rare selon plusieurs des spécialistes sollicités dans son dossier. Elle présente un tableau neurologique évolutif avec des crises de rigidité importantes, des douleurs et une perte progressive de la fonctionnalité de ses membres.



Après plus d'un an d'hospitalisation, et devant l'aggravation des symptômes et la perte de son autonomie, l'usagère a dû être relocalisée contre son gré en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ses parents ont dû liquider ses biens sans trop lui demander son avis et elle s'est retrouvée, à 44 ans, entourée de personnes âgées. L'espoir de l'équipe responsable de cette « relocalisation » était d'apaiser l'usagère et de pouvoir revenir à un traitement pharmacologique plus standard (dosage moins élevé).

Cette nouvelle situation présentait de nombreux avantages pour elle, tels que le fait de se retrouver dans un « milieu de vie » plutôt qu'à l'hôpital, la présence régulière d'un omnipraticien à son chevet et le maintien des contacts avec les spécialistes qui gravitaient autour d'elle. Mais, malgré ces avantages et la bonne volonté de tout le personnel soignant, la situation s'est détériorée et il y a eu escalade de conflits interpersonnels et de demandes multiples de l'usagère, autant des



demandes de soins, de réassurance, d'augmentation de médication et d'injections pour diminuer les crises de douleur.

Le premier contact de notre équipe éthique-psychiatrie avec cette patiente a mis en lumière l'impasse

devant laquelle tout le monde se retrouvait : l'usagère elle-même, le médecin, l'équipe traitante du CHSLD, l'équipe spécialisée et aussi les parents.

Nous tentons en illustrant notre réflexion de proposer des pistes pour dénouer cette impasse.

## Modèle médical actuel

Malgré toutes les critiques entendues concernant les difficultés d'organisation du système de santé, nous sommes dans une période où de multiples efforts sont mis en place. Ces efforts visent entre autres l'optimisation des services sans en augmenter les ressources, la diminution des écarts entre la réalité du système et les meilleures pratiques, ainsi que la réduction des délais d'accès aux soins et aux services. Il

devient donc de plus en plus évident que le contexte dans lequel les travailleurs de la santé évoluent est un contexte pressurisé où les problématiques de la clientèle s'alourdissent, se complexifient, et où les solutions doivent être de plus en plus innovantes. Il y a également un roulement de personnel élevé (horaires rotatifs, pénuries, exigences accrues), ce qui entraîne les conséquences naturelles que sont les réactions humaines multiples des différents acteurs du système de santé face à la clientèle.

Dans ce paradigme de rationalisation pour mieux utiliser les ressources, nous nous retrouvons devant un modèle qui, trop souvent, répond rapidement aux demandes ponctuelles des usagers avec, parfois, un manque de recul concernant la pertinence d'instaurer des plans d'intervention plus systématiques.

### SUITE DU CAS DE MADAME DÉFI

Devant les demandes constantes de madame Défi, le médecin omnipraticien, qui a une soixantaine de

patients sous ses soins, doit passer souvent 40 à 45 minutes, une ou deux fois par semaine, au chevet de madame pour négocier sa médication. L'usagère refuse souvent des soins connexes (physiothérapie, ergothérapie, traitement aux immunoglobulines) qui pourraient améliorer sa condition, mais qui sont trop exigeants selon elle. Elle exige par contre une augmentation de sa médication qui est déjà

---

[...] LE CONTEXTE DANS LEQUEL LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ÉVOLUENT EST UN CONTEXTE PRESSURISÉ OÙ LES PROBLÉMATIQUES DE LA CLIENTÈLE S'ALOURDISSENT, SE COMPLEXIFIENT, ET OÙ LES SOLUTIONS DOIVENT ÊTRE DE PLUS EN PLUS INNOVANTES.

---

hors normes, et également un mode d'administration par injection—même si la médication par voie orale est disponible. Ces injections provoquent des malaises avec le personnel (injections multiples) et augmentent les risques de blessures. Devant ces états de désorganisation, les parents, décontenancés et impuissants, déversent leurs inconforts au personnel impliqué. Il y a même déjà eu des menaces de poursuite judiciaire et de dénonciation de possibles mauvais traitements aux médias.

### ENJEUX DE LA PRESSION MÉDIATIQUE

Dans le contexte pressurisé décrit précédemment, il arrive également que les équipes traitantes répondent à ce qui semble adéquat en façade dans le but ultime d'éviter des débordements comme des poursuites ou des dénonciations médiatiques. La population exige beaucoup du système de santé, mais elle n'est pas toujours au courant de ce qui est possible et de ce qui est souhaitable

au niveau des traitements. Cette tendance des milieux médicaux à éviter de se retrouver dans une tempête médiatique occasionne parfois des dérives au niveau des soins aux patients.

### ENJEUX AU NIVEAU DE L'INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXE QUI DEMANDE DAVANTAGE DE TEMPS

Il est démontré dans certaines études que le fait d'intervenir en contexte interculturel demande jusqu'à 40 % plus de temps que d'intervenir en contexte culturel majoritaire, au niveau biopsychosocial<sup>1</sup>. Souvent, certains problèmes de santé mentale, comme les troubles de la personnalité, peuvent être vus comme des comportements provenant d'une culture différente. En effet, ces usagers, porteurs de fragilités sur le plan de la personnalité, réagissent par des expériences internes et des comportements qui dévient de façon marquée des attentes de la culture environnante. Cela se manifeste par une pensée différente de la culture majoritaire (la cognition), par des émotions qui sont régulées de façon différente (les affects), par un fonctionnement interpersonnel différent, ainsi que par un contrôle de l'impulsivité beaucoup plus faible que dans la population générale. Il devient donc évident que pour intervenir dans des situations avec de tels usagers, nous devons adapter le plan de soins, ainsi que le plan de communications, et cela est beaucoup plus long que pour l'intervention auprès d'usagers moins fragiles.

### NOUS AVONS TOUS DES DROITS

Un nouvel enjeu concerne l'opposition entre les droits des usagers et les droits des travailleurs de bénéficier d'un environnement sécuritaire et épanouissant. Dans le cas qui nous concerne, il est évident que l'épuisement, l'impuissance, le sentiment de ne pouvoir répondre aux autres usagers, ainsi que le danger physique de blessure face à l'intervention de crise régulière mettent le personnel dans un espace thérapeutique inconfortable et l'usagère dans un perpétuel état d'insatisfaction.

Maintenant que tous ces enjeux sont exposés, c'est ici que nous proposons la nécessité d'instaurer un cadre thérapeutique qui permettra un « espace de travail ». Cet espace de travail nécessite un espace-temps et un espace relationnel pour trouver un dénouement à l'impasse. L'enjeu majeur ici est le fait que de répondre aux demandes d'une telle usagère ne veut pas dire répondre à ses besoins. Il faut tenter de mettre en perspective l'autonomie de la personne. Nous ne respectons plus son autonomie si le traitement devient « agression, transfert hospitalier réactif, surtraitement, mauvaise pratique, recours à du médicalement non requis, etc. », et ce, même si l'usagère l'exige. Le résultat devient également une ostracisation de cette usagère sur l'unité de soins et une incapacité progressive de l'équipe à demeurer en relation thérapeutique, malgré un travail de support constant.

La solution exige donc une démarche authentique, empreinte de respect mutuel, qui vise la

suggestion de lecture



#### LA PRISE DE DÉCISION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Marie-Ève Bouthillier

Yanick Farmer

Delphine Roigt

Presses de l'Université du Québec

Chaque jour, les professionnels de la santé doivent prendre des décisions dans des environnements complexes où s'affrontent de multiples normes qu'il n'est pas toujours facile de départager ni de mettre au clair. Pourtant, les modèles de prise de décision dont disposent actuellement les éthiciens cliniques ou les comités de bioéthique comportent souvent des lacunes lorsqu'il s'agit d'aborder des problèmes à plusieurs niveaux (micro, méso et macro). Les décisions reposent ainsi trop souvent sur l'intuition plutôt que sur une démarche systématique rigoureuse et facilement reproductible.

Afin de pallier la situation, cet ouvrage fournit des outils théoriques et pratiques facilitant la prise de décision. Fondé sur l'étude collective d'un cas complexe ayant trait aux dimensions tragiques des choix éthiques en fin de vie (doit-on ou non administrer un médicament coûteux pour le traitement d'un cancer au stade avancé?), il réunit les contributions de plusieurs experts reconnus travaillant dans le système de santé (cliniciens, éthiciens, chercheurs, gestionnaires et décideurs publics). En raison de l'actualité des enjeux qui y sont traités et de la qualité des textes qui y sont rassemblés, cet ouvrage sera un outil pédagogique efficace pour les étudiants, les enseignants et les professionnels de la santé et aura certainement une incidence importante sur le mode de prestation des soins.



bienfaisance. Le système doit viser à s'adapter aux différentes cultures de sa clientèle (culture ethnique, culture de personnalité, culture par manque de littératie, etc.) dans le respect d'une offre de services équitable, efficiente et pertinente. Il s'agit donc de

trouver le point de rencontre entre les besoins de l'utilisateur—et non ses demandes—, et l'offre de services pertinente. Le résultat de l'atteinte de ce point de rencontre devrait être idéalement l'apaisement de la détresse de tout le système.

## Point de rencontre pour madame Défi

Plusieurs rencontres réseau ont eu lieu dans le cas de madame Défi, en présence et sans la présence de l'usagère. Nous avons rencontré celle-ci afin de tenter de préciser ses demandes et de l'amener progressivement à réfléchir à ses besoins. L'impuissance et le clivage chez le personnel ont été clairement nommés, ainsi que l'incapacité du médecin à mettre des limites claires. Il a été énoncé que le statu quo n'était plus tolérable.

C'est suite à ces multiples rencontres que nous avons élaboré de nouvelles pistes de solution.

Concernant les traitements de physiothérapie, il a été convenu avec l'usagère que ceux-ci se donneraient maintenant à la chambre, avec une physiothérapeute qualifiée, deux fois par semaine à des heures précisées et choisies par l'usagère. Si elle ne se sentait pas confortable à ces heures-là,

les séances de physiothérapie seraient alors annulées et remises dans les plages déjà prévues à cet effet. Il n'est donc plus question de remettre constamment des rendez-vous de physiothérapie à d'autres plages, ce qui alimentait l'inconfort des physiothérapeutes et entraînait des annulations chez plusieurs autres patients. Il y a donc maintenant deux heures fixes consacrées à madame Défi, qu'elle peut utiliser ou non selon ses capacités à le faire à ces moments.

Pour ce qui est de la médication, il était clair que les injections n'étaient pas médicalement requises, ce qui a été exprimé à l'usagère. Nous avons donc convenu d'un commun accord de la médication utile sur 24 heures, et nous avons remplacé les injections par de la médication par voie orale. Madame continue d'avoir recours à des doses excessives de médicaments et c'est pourquoi

nous lui avons exprimé clairement qu'il n'y aurait plus d'augmentation de cette médication, ce qui, à notre avis médical, pourrait devenir dangereux. L'usagère croit que si elle contrôlait elle-même sa médication, il pourrait même être envisageable de diminuer les doses. C'est pourquoi nous avons convenu de lui donner toute sa médication prévue pour 24 heures à tous les soirs, et 24 heures plus tard, nous pourrions reprendre ce qu'elle n'aura pas utilisé au besoin, et nous lui redonnerons ensuite la nouvelle médication pour les 24 prochaines heures. Madame se retrouve donc en milieu de vie à gérer elle-même sa médication pour des périodes de 24 heures. Elle nous a assurés qu'elle n'avait pas d'idées suicidaires à ce stade et que, si elle dormait trop parce qu'elle avait utilisé trop de médicaments calmants, nous devions la laisser

dormir et rectifier le tir pour les prochaines 24 heures, selon ses demandes et les meilleures pratiques.

Afin de remplacer les interactions provoquées par les crises et les injections, il a été

---

PLUSIEURS RENCONTRES RÉSEAU ONT EU LIEU DANS LE CAS DE MADAME DÉFI, EN PRÉSENCE ET SANS LA PRÉSENCE DE L'USAGÈRE. NOUS AVONS RENCONTRÉ CELLE-CI AFIN DE TENTER DE PRÉCISER SES DEMANDES ET DE L'AMENER PROGRESSIVEMENT À RÉFLÉCHIR À SES BESOINS.

---

convenu que le personnel visiterait la patiente pour des périodes de 10 à 15 minutes, deux fois par jour. Nous avons alors exposé à l'usagère que nous bénéficierions de ces 15 minutes pour l'écouter et être en relation avec elle.

Il y a également une offre de psychothérapie lorsque la patiente décide d'aller à l'hôpital pour ses traitements d'immunoglobulines.

Les parents étaient absents lors de cette première ébauche de solution, mais ils ont demandé à nous rencontrer dans un deuxième temps, devant le grand soulagement qui semblait s'être installé chez leur fille. Ils ont exprimé à leur tour leur grande difficulté à répondre aux demandes de celle-ci.



## Comment une organisation de soins peut aborder la complexité

Devant les insatisfactions et la détresse du personnel et/ou d'un usager, le médecin traitant ou le chef d'unité doit réagir. Il faut provoquer un temps d'arrêt et de réflexion. Dans notre milieu, ce temps d'arrêt survient parfois lors d'une consultation à l'équipe éthique-psychiatrie. Un membre de l'équipe d'éthique clinique rassemble le personnel soignant autour d'une table avec l'usagère et ses proches. La démarche peut se faire en plusieurs étapes, le but étant de faire circuler l'information et d'écouter les points de vue.

L'occasion est aussi idéale pour effectuer de l'éducation thérapeutique sur le médicalement requis, sur les obligations et les limites des équipes soignantes.

Il est souhaitable d'avoir au sein de l'équipe d'éthique-psychiatrie des spécialistes dans la gestion de conflits et dans les fragilités de personnalité.

Ces crises relationnelles sont rarement prévisibles et exigent de l'équipe une souplesse au niveau de l'emploi du temps. Ces usagers hors normes exigent des adaptations hors normes dans l'horaire et dans les soins.

---

## Conclusion

Il est clair que de devoir faire la part des choses entre les droits de la personne de recevoir les soins qu'elle désire et ce qui est médicalement requis nécessite doigté et temps.

Faire intervenir un tiers comme le comité d'éthique-psychiatrie a permis d'offrir aux différentes parties la possibilité de se retrouver à la même table de discussion et de prendre le temps d'élaborer les meilleures stratégies d'intervention. Trouver le point de rencontre.

Il n'en demeure pas moins que, trop souvent, ces temps d'arrêt n'existent pas ou sont pris très tard et que les parties impliquées sont déjà passablement abîmées et souffrantes. Il serait bon de constituer

des banques de données (ou de cas) en lien avec les différents exercices de réflexion et les plans d'intervention qui en découlent, et de trouver une plateforme accessible à l'ensemble du réseau.

Si l'on dit que cela prend tout un village pour élever un enfant, peut-être devons-nous aussi accepter que ça prend un système médical consensuel, qui accepte de prendre du temps, de réfléchir aux enjeux éthiques et de bien les communiquer pour apaiser la souffrance humaine. ♀

1 Alex BATTAGLINI, *L'intervention en 1<sup>ère</sup> ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*, Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, 2007.

# Bibliographies

## L'éthique : fondements, approches et applications en santé et services sociaux

Michelle Pimont

Texte à la page 4

Boulianne, S. et Lajeunesse, Y. (2015). Approches réflexives : l'équilibre dans la réflexion en éthique clinique. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 171-182). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche de sens*. Paris, France : Dunod.

Bourgeault, G. (2004). *Éthiques. Dits et non-dit, contredit, interdit*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Bourgeault, G. (2015). Déontologisme et conséquentialisme. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 55-61). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Bouthillier, M.-É. et al. (2016). *Cours Bloc 1. Initiation à l'éthique. Séance 1 : introduction à l'éthique* (présentation Powerpoint). Centre d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

Bouthillier, M.-É. et Faucher, C. (2015). Consultation en éthique clinique : conseils pratiques. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 201-211). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Bouthillier, M.-É. et al. (2015). Méthodes d'analyses de cas : les grilles d'analyse. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 214-220). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Dion Labrie, M. (2010). *L'éthique clinique*. Cours d'introduction à l'éthique clinique, BIE-6000, Université de Montréal.

Doucet, H. (1996). *Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux États-Unis*. Genève, Suisse : Éditions Labor et Fides.

Doucet, H. (2014). *L'éthique clinique. Pour une approche relationnelle dans les soins*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.

Droit (s.d.). Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/droit/26842>

Durand, G. (1999). *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Canada : Éditions Fides. Cerf.

Durand, G. (2012). *Éthique, morale, droit et déontologie*. Repéré à [http://agora.qc.ca/documents/action--morale\\_ethique\\_droit\\_deontologie\\_par\\_guy\\_durand](http://agora.qc.ca/documents/action--morale_ethique_droit_deontologie_par_guy_durand)

Jaffro, L. (2001). Habermas et le sujet de la discussion. *Cités*, 1(5), 71-85. DOI: 10.3917/cite.005.0071

Jonas, H. (1997). *Pour une éthique du futur* (3<sup>e</sup> éd.). France : Éditions Payot et Rivages.

Habermas, J. (2013). *De l'éthique de la discussion*. Paris : Flammarion.

Hottois, G. et Missa, J.-N. (2001). *Nouvelle encyclopédie de la bioéthique*. Louvain, Belgique : Éditions De Boeck.

Larose, G. (2015). Droit, déontologie et éthique clinique. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 89-96). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Laugier, S. *Le care, éthique féminine ou éthique féministe* ? Repéré à <https://www.caim.info/revue-multitudes-2009-2-page-76.htm>

Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. France : Éditions Payard.

Lorange, M., Bouthillier, M.-É. et Du Pont-Thibodeau, A. (2015). Éthique clinique dans le milieu de la santé et des services sociaux. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 190-199). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Luther King, M.Jr. Repéré à <http://wmich.edu/sites/default/files/attachments/MLK.pdf>

Payot, A. et Janvier, A. (2015). Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Dans A. Payot et A. Janvier (dir.), *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique* (p. 23-31). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Règle de droit. Dans Dictionnaire de politique en ligne. Repéré à [http://www.toupie.org/Dictionnaire/Regle\\_droit.htm](http://www.toupie.org/Dictionnaire/Regle_droit.htm)

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions Seuil.

Ricoeur, P. (1996). Éthique. Dans M. Canto-Sperber, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Tome 1. Paris, France : Les presses universitaires de France.

## Quelle éthique organisationnelle pour les établissements de santé et services sociaux ?

Hubert Doucet

Texte à la page 16

Austin, W. et al. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197-212.

Austin, W. et al. (2008). The balancing act: Psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 89-97.

Bégin, L. (2011). Légiférer en matière d'éthique : le difficile équilibre entre éthique et déontologie. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 13(1), 39-61.

Boite, P. et Cobbaut, J.-P. (2012). Vers une gouvernance réflexive de la démarche éthique dans les institutions de soins. *Journal International de Bioéthique*, 32(3), 15-31.

Cobbaut, J.-P. (2012). Identités plurielles, intersubjectivité et apprentissage dans les institutions contemporaines. *Revue d'éthique et de théologie morale*, (271), 93-110.

Comité de bioéthique de Sainte-Justine. (2010). *La continuité des soins : une responsabilité collective*. Montréal : Éditions Sainte-Justine.

Comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2009). *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*, Repéré le 3 février 2016 à <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Jonsen, A., Siegler, M. et Winslade, W. (1982). *Clinical ethics*. New York : Macmillan Publishing.

Jonsen, A., Siegler, M. et Winslade, W. (1998). *Clinical ethics*, 4<sup>e</sup> édition. New York : McGraw-Hill.

McDonald, F., Simpson, C. et O'Brien, F. (2008). Including organizational ethics in policy review processes in healthcare institutions : A view from Canada. *HEC Forum*, 20(2), 137-153.

Pijnenburg, M. A. M. et Gordijn, B. (2005). Identity and moral responsibility of healthcare organizations. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26(2), 141-160.

Poirier, Y. (2012). *Le code d'éthique dans les organisations du réseau de la santé : outil de régulation des conduites* ? (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Saielli, P. (2001). Analyse critique de l'éthique organisationnelle. *Communication et organisation*, (20). Repéré le 31 janvier 2016 à <http://communicationorganisation.revues.org/2586>

Solomon, M. Z. (2005). Realizing bioethics' goals in practice: ten ways "is" can help "ought". *Hastings Center Report*, 35(4), 40-47.

Spencer, E. M. et al. (2000). *Organization Ethics in Health Care*. New York : Oxford University Press.

## Les enjeux éthiques de l'adaptation des services en contexte interculturel dans le réseau de la santé et des services sociaux

Janique Johnson-Lafleur

Texte à la page 24

Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E. et Stelk, W. (2010). One size does not fit all : Taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 48-60.

Bibeau, G. (1997). Cultural psychiatry in a creolizing world : questions for a new research agenda. *Transcultural psychiatry*, 34(1), 9-41.

Commission de l'éthique en science et en technologie (2013). *Qu'est-ce que l'éthique ?*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique.html>

CSSS de la Montagne. (2011). *Guide d'intervention clinique. L'adaptation des services à la diversité culturelle*. Repéré à [https://www.csss-delamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/guide\\_diversite\\_culturelle.pdf](https://www.csss-delamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf)

Gouvernement du Québec. (2016). *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_12/C12.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM)

Gouvernement du Québec. (2015). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)

Institut national de santé publique du Québec. (2015). *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : Constats et pistes d'action*. Gouvernement du Québec. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076\\_formation\\_interculturelle\\_reseau\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante.pdf)

Kirmayer, L. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149.

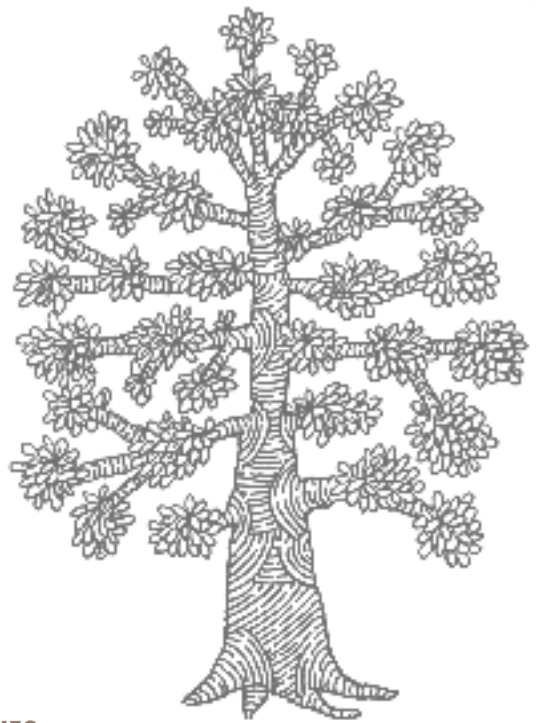
Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G. et du Fort, G. G. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295.

Kleinman, A. et Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic : the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10), 294.

Lepage, L. (2007). *Cadre de référence relatif à l'intervention en contexte interculturel : la personnalisation des soins et des services et les accommodements à l'égard des usagers et des intervenants*. Repéré à [https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageFichier.aspx?idf=68712](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=68712)

Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. et Measham, T. (sous presse). Interdisciplinary case discussions as a training modality to teach cultural formulation in child mental health. *Transcultural Psychiatry*.

Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N. et Thombs, B. D. (2011). Perceived discrimination and its association with psychological distress among newly arrived immigrants before and after September 11, 2001. *American Journal of Public Health*, 101(5), 909.



## FORMATION DE DEUX JOURS

# Vieillir en *bonne* santé mentale

INTERVENIR DANS UNE PERSPECTIVE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE DES PERSONNES ÂGÉES

20 et 27 septembre 2016

Les personnes âgées jouent un rôle important dans notre société en tant que membres de familles, bénévoles ou citoyens actifs. Leur santé mentale et leur bien-être psychologique sont aussi importants au cours du vieillissement qu'à toute autre étape de la vie.

Bien que la majorité des aînés soit en bonne santé mentale, beaucoup sont exposés à des troubles de santé mentale, notamment la détresse psychologique, la dépression, les troubles neuro-cognitifs et les problèmes liés à l'abus de substances neuroactives, ainsi que des problèmes de santé physique entraînant des incapacités (OMS, 2013) qu'il importe de dépister rapidement pour des interventions plus efficaces.

Il a été démontré que la promotion-prévention en santé mentale a des répercussions positives sur la santé et le bien-être général des aînés, qu'elle joue un rôle important dans leur qualité de vie et a un effet sur la santé physique et l'utilisation des services de santé (ACSM, 2002).

C'est en tenant compte de ce contexte que cette formation fut construite, afin de répondre aux besoins des intervenants d'acquérir des connaissances et de développer des stratégies d'intervention auprès de cette population.

Le **Guide d'intervention Vieillir en bonne santé mentale** sera remis à titre d'ouvrage de référence ainsi qu'un cahier d'exercices pratiques.

## OBJECTIFS

- Comprendre les particularités de la santé mentale des aînés.
- Reconnaître la détresse psychologique et les principaux problèmes de santé mentale pouvant affecter les aînés.
- Développer des stratégies d'intervention auprès des aînés aux prises avec une problématique de santé mentale et auprès de leur entourage.
- Appliquer dans ses interventions les éléments de promotion et prévention en santé mentale.

## FORMATRICE

**Renée Massé, B.Sc., infirmière, chargée de projet responsable du projet Soins continus—volet clinique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.**

Cette activité de formation est reconnue aux fins de la formation continue par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (14 heures).

## CONFÉRENCES

À chaque année, le programme *Vieillir en bonne santé mentale* propose une série de conférences qui traitent des défis et des enjeux liés à l'intervention auprès des personnes vieillissantes.

En plus d'offrir aux intervenants l'opportunité d'enrichir leurs connaissances à l'égard des réalités des aînés de Montréal, ces rencontres leur permettent d'échanger sur leurs pratiques avec d'autres professionnels oeuvrant dans divers champs d'intervention, dans une perspective de promotion et de prévention.

Suivez-nous sur Facebook (ACSM.Montreal) et visitez notre site Web ([www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)) au début de l'automne pour découvrir les conférences qui seront offertes au cours de l'année 2016-2017.

Organisation mondiale de la santé (2013). *Santé mentale et vieillissement*. Aide-mémoire N°381, septembre 2013.

Anderson, M., Parent, K. et Huestis, L. (2002). *Favoriser la santé mentale des personnes âgées. Guide à l'intention du personnel des soins et services à domicile*. Association canadienne pour la santé mentale, Toronto, 54 p.

---

## FORMATION DE DEUX JOURS

# Relations interculturelles en santé mentale

RÉFLEXION SUR NOS INTERVENTIONS POUR MIEUX SOUTENIR LES PERSONNES IMMIGRANTES DANS UNE PERSPECTIVE D'ADAPTATION DES SERVICES, DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE

6 et 13 octobre 2016

Cette formation de deux jours est une occasion de se familiariser avec les enjeux de la culture et de l'immigration ainsi que l'approche interculturelle dans l'intervention. Des études de cas vous aideront à comprendre les défis rencontrés par les personnes immigrantes pour mieux répondre à leurs besoins. De plus, elle se veut une opportunité d'échanger sur ses pratiques avec d'autres professionnels.

Le **Guide des Relations interculturelles en santé mentale** sera remis à titre d'ouvrage de référence ainsi qu'un cahier d'exercices pratiques.

---

### OBJECTIFS

- Reconnaître le rôle de la culture dans la vie, la santé, la maladie et la mort, et se sensibiliser aux grandes questions soulevées par l'immigration.
- Comprendre les différents contextes migratoires et leurs impacts sur la santé mentale des immigrants.
- Se familiariser avec la diversité des valeurs, l'approche interculturelle en relation d'aide et les principes de la communication interculturelle.
- Réfléchir à l'accessibilité des services aux personnes immigrantes et explorer des moyens concrets de les adapter à leurs besoins.

---

### FORMATRICE

**Célia Rojas-Viger**, médecin, M.Sc. Santé communautaire, Ph. D. Anthropologie, chercheure invitée au Département d'anthropologie et chargée de cours à l'Université de Montréal.

Cette activité de formation est reconnue aux fins de la formation continue par l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (14 heures).

---

### CONFÉRENCES

À chaque année, le programme des *Relations interculturelles* propose une série de conférences qui traitent des défis et des enjeux liés à l'intervention auprès des communautés ethnoculturelles. En plus d'offrir aux intervenants l'opportunité d'enrichir leurs connaissances à l'égard des réalités multiethniques de Montréal, ces rencontres leur permettent d'échanger sur leurs pratiques avec d'autres professionnels oeuvrant dans divers champs d'intervention, dans une perspective de promotion et de prévention.

Suivez-nous sur Facebook (**ACSM.Montreal**) et visitez notre site Web ([www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)) au début de l'automne pour découvrir les conférences qui seront offertes au cours de l'année 2016-2017.

## La filiale de Montréal réaffirme son affiliation au réseau de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)!

Le 31 mars 2016, la Division du Québec et sept filiales québécoises de l'ACSM se sont associées pour fonder un nouveau regroupement, le Mouvement Santé mentale Québec, mettant ainsi un terme à leur statut de membres réguliers de l'ACSM. Dans ce contexte, la filiale de Montréal s'est positionnée afin de réaffirmer son identité et maintenir son affiliation avec l'ACSM. C'est donc

avec fierté et enthousiasme qu'elle entend poursuivre son partenariat avec le réseau de l'ACSM.



**Association canadienne pour la santé mentale**  
Montréal  
*La santé mentale pour tous*



## Devenez membre de l'Association et recevez gratuitement le magazine *Équilibre*

Créée en 1979, l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal (ACSM-Montréal) est un organisme à but non lucratif qui œuvre à la promotion et la prévention en santé mentale.

Ses programmes agissent sur les déterminants de la santé mentale (réseaux de soutien social, capacités d'adaptation, amélioration des services, environnements favorables, etc.) et s'adressent à diverses populations (jeunes, aînés, communautés culturelles, personnes seules) et à la collectivité.

L'ACSM-Montréal représente un lieu de discussion et de concertation pour les personnes et les groupes concernés par la santé mentale. Elle travaille également à favoriser le dialogue entre

les réseaux communautaire et institutionnel, les personnes utilisatrices de services et les proches afin de permettre une meilleure connaissance mutuelle, d'échanger leurs différentes approches et expertises pour susciter des collaborations autour de projets concrets.

De concert avec ses partenaires, l'ACSM-Montréal se positionne face aux décideurs en vue d'influencer les politiques sociales et d'améliorer les services de santé mentale.

**En devenant membre, vous contribuerez à la mission de l'Association. De plus, vous bénéficierez d'un tarif réduit lors de nos événements et recevrez gratuitement le magazine *Équilibre*.**

Je désire adhérer à la filiale de Montréal de l'ACSM

Tarifs en vigueur pour l'année 2016

Nom :

Organisme/CIUSSS/École :

Installation/Programme :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (rés.) :

Tél. (bur.) :

Occupation :

Courriel :

S.V.P. faire votre chèque à l'ordre de l'ACSM – Filiale de Montréal

Entreprise à but lucratif : 50 \$

Organisme public : 40 \$

Ressource communautaire : 35 \$

Personne rémunérée : 40 \$

Personne non rémunérée et étudiant : 20 \$

Don additionnel \_\_\_\_ \$

Reçu (pour don seulement)

# LES PUBLICATIONS DE L'ACSM-MONTRÉAL

UNE VARIÉTÉ D'INFORMATIONS ET D'OUTILS PRATIQUES  
POUR DES BESOINS ET DES PUBLICS DIVERSIFIÉS

Visitez la section «boutique» de notre site Web pour consulter des extraits  
de nos différentes publications et vous procurer vos exemplaires :  
[www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca).



Répertoire des ressources en santé  
mentale du Grand Montréal, 11<sup>e</sup> édition

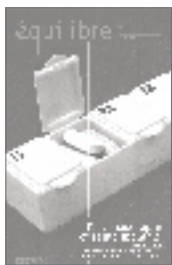


Vieillir en *bonne* santé mentale :  
Guide d'intervention  
(also available in English)



Ma vie, c'est cool d'en  
parler : Guide d'activités  
pédagogiques  
(also available in English)

Guide des Relations interculturelles  
en santé mentale  
(also available in English)



**Pharmacologie et santé mentale**

Volume 1, numéro 1  
Hiver 2006



**La fatigue d'Être intervenant**

Volume 1, numéro 2  
Printemps/Été 2006



**Conciliation famille-travail**

Volume 1, numéro 3  
Automne 2006



**Relations Interculturelles**

Volume 2, numéro 1  
Hiver 2007



**Travailler au bien commun**

Volume 2, numéro 2  
Printemps/Été 2007



**Les émotions**

Volume 3, numéro 1  
Hiver 2008



**Créer des espaces d'humanité**

Volume 3, numéro 2  
Automne 2008



**Viellir en santé mentale**

Volume 4, numéro 1  
Hiver 2009



**Santé mentale et surconsommation**

Volume 4, numéro 2  
Automne 2009



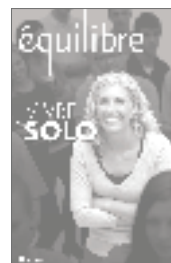
**Corps et Esprit**

Volume 5, numéro 1  
Printemps/Été 2010



**L'écriture réparatrice de soi**

Volume 6, numéro 1  
Hiver 2011



**Vivre en solo**

Volume 7, numéro 1  
Hiver 2012



**Le passage Au monde adulte**

Volume 7, numéro 2  
Été 2012



**Moi, l'autre ... et l'ailleurs**

Volume 8, numéro 1  
Printemps 2013



**Littérature et folie**

Volume 8, numéro 2  
Hiver 2013



**Société en quête de sens**

Volume 9, numéro 1  
Automne 2014



**Quel sens donner à la maladie ?**

Volume 10, numéro 1  
Hiver 2015



**Résister au désenchantement... S'engager!**

Volume 10, numéro 2  
Automne 2015

## BOUTIQUE EN LIGNE

L'Association propose une boutique en ligne sur son site Web où vous pouvez commander ses publications en format imprimé et en format numérique.

[www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)

## À l'intention des auteurs

Toute personne intéressée à soumettre un article au magazine *Équilibre* est invitée à le faire en tenant compte de la procédure suivante :

- Le texte soumis ne doit pas excéder 3 500 mots, doit être rédigé à interligne simple et demie, en format Times, 12 points;
- Tous les textes proposés soumis font l'objet d'une évaluation et doivent être approuvés par le Comité éditorial.

### Adresse de la rédaction

**Mathieu Pigeon**, conseiller aux communications

Association canadienne pour la santé mentale — **Filiale de Montréal**  
55, avenue du Mont-Royal Ouest, bur. 605, Montréal (Québec) H2T 2S6

Courriel: [acsmtl@cooptel.qc.ca](mailto:acsmtl@cooptel.qc.ca)

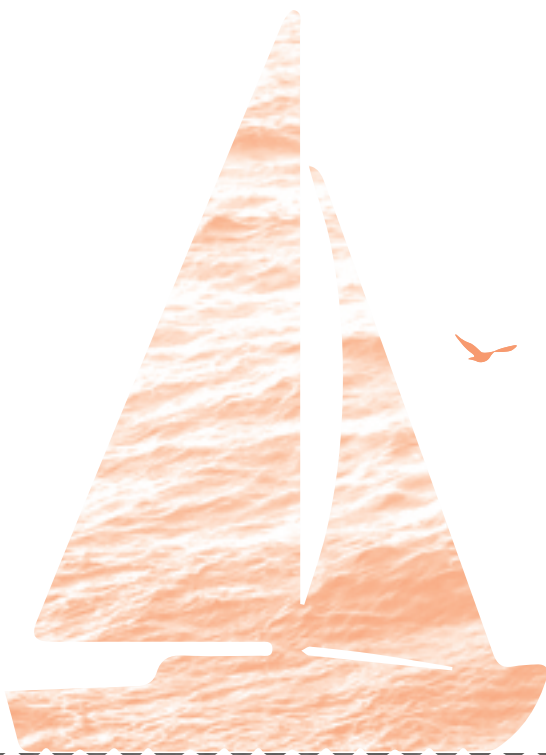


# Apprivoiser sa SOLITUDE

et

# DÉVELOPPER son réseau

Série d'ateliers pour les 55 ans et plus



Surmonter le sentiment de solitude

Tisser des liens

Connaître les ressources du milieu

Découvrir des stratégies pour  
développer son réseau

Mieux se connaître

**A**pprivoiser sa solitude et développer son réseau propose une série de **six ateliers** interactifs, d'une durée de **trois heures chacun**, à raison d'une **séance par semaine**.

Chaque atelier est articulé autour d'un thème spécifique et la session **se conclut par une rencontre de retrouvailles**, qui se déroule environ un mois après la fin des ateliers. Le programme est offert à des **groupes fermés d'une quinzaine de personnes** et se déroule au sein d'organismes hôtes.

Il s'adresse aux **aînés montréalais qui se sentent seuls et qui désirent briser leur isolement**, qu'ils vivent seuls ou non.

Information : 514 521-4993 • [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)



**DONNEZ,**  
POUR LA **SANTÉ**  
**MENTALE!**

EN DONNANT À  
L'**ACSM-MONTRÉAL**,  
**VOUS :**

**SOUTENEZ** ses activités de promotion et de prévention en santé mentale, pour le bien-être de toute la collectivité;

**CONTRIBUEZ** aux efforts de sensibilisation pour faire reconnaître la santé mentale comme une ressource individuelle tout autant que collective, à laquelle contribue l'ensemble de la société;

**DEVENEZ PARTENAIRE** de la promotion de la santé mentale pour tous!

**Pour effectuer votre don**, consultez la section « Faites un don » de notre site Web : [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca).

**SUIVEZ-NOUS**

 **ACSM.Montreal**

 **@acsmmtl**

 Association canadienne pour la santé mentale – **Filiale de Montréal**



Association canadienne  
pour la santé mentale  
Montréal  
*La santé mentale pour tous*