

L'adaptation reliée à la gestion de la diversité dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal

Mémoire présenté par
le CSSS de la Montagne
à la Commission de consultation
sur les pratiques d'accommodement
reliées aux différences culturelles

19 octobre 2007



Introduction

A) Contexte de la présentation

Le présent mémoire est présenté par le CSSS de la Montagne, à titre d'établissement montréalais ayant développé une expérience pratique et de recherche en matière de *services de santé et de services sociaux de première ligne adaptés à une population pluriethnique*. Montréal étant une grande région urbaine où l'immigration et la diversité sont très présentes, les partenaires du réseau des établissements de Montréal membres de l'AQESSS considèrent que la réalité du CSSS de la Montagne est le reflet du travail qui se fait dans les établissements de Montréal avec les personnes immigrantes.

Le mémoire aborde plus spécifiquement l'adaptation des services reliés à la diversité culturelle dans un contexte général de prestation de soins et services. Il se base sur une connaissance de la population du territoire (fortement marqué par la pluriethnicité), les savoirs pratiques du personnel oeuvrant dans un contexte pluriethnique et les données scientifiques découlant des activités de recherche auxquelles le CSSS participe. Ce mémoire offre un point de vue qui a l'avantage d'être solidement ancré dans une pratique de longue date, qui se fonde sur un cadre de référence cohérent, basé sur une méthode casuistique (méthode voulant approcher la singularité des situations rencontrées) et une approche interculturelle. Il ne traite pas, dans ce contexte, de toutes les situations pouvant mener à des accommodements liés à la diversité culturelle dans l'ensemble des établissements de santé de la région de Montréal.

Le mémoire tente essentiellement d'apporter une réflexion et des pistes de réponse aux objectifs poursuivis par la Commission, soit de clarifier la situation présente, de fournir un cadre de référence aux gestionnaires des institutions, et de formuler des recommandations quant à l'avenir des rapports interethniques et au modèle d'intégration de notre société.

B) Sujet d'une grande complexité

Avant toute chose, nous tenons à souligner la grande complexité du sujet traité par la Commission, ainsi que l'intensité émotive qu'il suscite. Un sujet tel que l'adaptation à la diversité culturelle vient toucher les individus et les groupes dans ce qu'il y a de plus fondamental : l'identité personnelle et collective. Les multiples points de vue tendent alors à se radicaliser, allant parfois même à l'encontre des valeurs et principes qui sont perçus comme menacés. Ces réactions défensives bloquent les attitudes nécessaires à la compréhension des situations, à la reconnaissance de l'autre et donc à la résolution des problèmes. Il ne faut cependant pas minimiser l'importance des sentiments en cause dans notre réflexion sur la diversité; ils sont présents dans chaque individu et font partie des multiples données à concilier dans notre analyse des situations.

La complexité ne peut être résolue par la définition de formules ou réponses universelles qui visent la généralisation des situations. Par définition, les pratiques professionnelles qui ont cours dans le réseau de la santé impliquent une évaluation et un jugement critique qui tiennent compte des spécificités de chaque situation. Il ne peut y avoir de réponses toutes faites aux situations vécues par les usagers et le personnel de nos établissements.

L'idée centrale de nos propos, dans ce mémoire, visera cependant à démontrer que la complexité ne s'applique pas à toutes les situations. Au contraire, la plupart des adaptations se font au quotidien tout...simplement ! Dans nos milieux, la grande majorité des cas se soldent par une adaptation mutuelle concertée, dans un contexte d'échanges visant une meilleure compréhension.

1) Qui sommes-nous et que faisons-nous ?

A) Actualisation du cadre légal régissant la santé et les services sociaux au Québec

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) énonce que la finalité du régime de santé du Québec vise «le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie¹». Cet énoncé, bien que respectueux des droits individuels reconnus à chacun, indique que «chaque personne vit en société et que celle-ci peut juger du caractère acceptable des aspirations de chacun²». Se trouve dès lors introduite l'idée d'un équilibre nécessaire entre les caractères individuel et collectif des aspirations qui animent tous les citoyens, incluant la façon d'utiliser les ressources de la communauté.

Les établissements s'acquittent de leur mandat «d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population³ ». Bien qu'il y ait une différence importante entre la notion de spiritualité et de religion, cet article de loi évoque la prise en compte d'une sensibilité à l'égard des besoins spirituels des individus dans la compréhension du mandat des établissements de santé et de services sociaux. L'interprétation de l'article de loi doit cependant tenir compte de la finalité que le législateur souhaite donner au régime de santé, soit le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être dans un contexte de collectivité et de vivre ensemble.

Les établissements de santé et de services sociaux adhèrent également aux principes énoncés dans les Chartes des droits et libertés qui régissent le Québec. Dans ce cadre, ils doivent s'acquitter de leur obligation de respecter les droits garantis par les Chartes et prodiguer des soins et services accessibles et appropriés à tous, dans une perspective d'équité et de justice sociale. Une telle perspective exige la prise en compte de la diversité relative aux conditions sociales des populations (personnes sous le seuil de la pauvreté, demandeurs d'asile, personnes âgées, mères monoparentales, diversité pluriethnique et linguistique).

B) Mission et grandes orientations du CSSS de la Montagne

Le CSSS de la Montagne est composé du CLSC de Côte-des-Neiges, du CLSC Métro et du CLSC de Parc-Extension. Détenteur du statut de Centre affilié universitaire depuis 1998, le CSSS s'engage à tendre vers l'excellence en matière de soins et services, d'enseignement, de recherche et de formation dans le contexte pluriethnique qui caractérise la population

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, 2006, art 2, p.13

² Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, 2006, Introduction, p. XXIV.

³ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, 2006, art 100, p.87.

qu'il dessert. Innovation, adaptation, connaissance et diffusion sont des concepts auxquels il tente de donner un sens pratique. Depuis de nombreuses années, le CSSS s'associe au milieu universitaire afin de développer ses connaissances en matière de *services de santé et des services sociaux de première ligne en contexte pluriethnique*, un sujet qui constitue le créneau de recherche de Centre de recherche et de formation (CRF) de l'établissement, depuis 1992. L'équipe de recherche METISS (Migration, Ethnicité, dans les interventions de santé et services sociaux) du CRF définit présentement ses axes de recherche autour de la thématique «Parcours migratoires et citoyenneté inclusive : services sociaux et de santé en contexte pluriethnique».

L'établissement s'acquitte de sa mission, telle qu'énoncée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, «en offrant en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide»⁴.

Le CSSS de la Montagne est également porteur du mandat régional d'offrir des services de santé et des services sociaux aux nouveaux arrivants aux prises avec des problèmes de régularisation de leur statut et aux demandeurs d'asile de la région de Montréal. Il dirige et développe ainsi les activités du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).

Le CSSS tient compte de la population qu'il dessert en considérant notamment comme un atout la maîtrise d'une troisième langue et la connaissance des enjeux liées à la migration et à la diversité par son personnel. Ce dernier reflète ainsi la diversité culturelle présente au sein de la population auprès de laquelle il intervient.

C) Quelques données sur le territoire desservi par le CSSS de la Montagne⁵

Le territoire montréalais couvert par le CSSS de la Montagne se démarque par sa spécificité démographique et socio-économique. Peuplé de quelque 220 000 personnes, ce territoire est très hétérogène en termes d'ethnicité, avec 43,9 % d'immigrants (95 420 personnes). Le territoire est extrêmement contrasté sur le plan socio-économique. Le revenu moyen des particuliers atteint en effet un pourcentage d'écart de plus de 800% (de 14 000\$ à 128 000\$) entre les quartiers les plus fortunés et les plus défavorisés. Avec des nuances par quartier, ce sont principalement les gens des communautés immigrantes qui s'installent dans les quartiers défavorisés.

Des personnes nées dans plus de 150 pays différents sont inscrites dans les registres du CSSS de la Montagne. La répartition des immigrants varie de 35,1 % à Métro, à 43,3 % à Côte-des-Neiges et 62 % à Parc-Extension. Près des deux tiers (71,1 %) de la population âgée de 15 ans et plus sont des immigrants ou des enfants d'immigrants contre 47,1 % à Montréal et de 18,4 % au Québec. La proportion est de 76,6 % dans le quartier de Côte-des-Neiges et de 94,1 % dans Parc-Extension.

⁴ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, 2006, art 80, p.75.

⁵ Toutes les données sont tirées du recensement de 2001 de Statistiques Canada

On note une très grande diversité linguistique qui se traduit par une proportion de 43,4% (94 515 personnes) de la population qui possède une langue maternelle qui n'est ni l'anglais ni le français. On note de plus une proportion de 4,2 % des résidents du territoire (9 060 personnes) qui ne peut s'exprimer ni en français ni en anglais, comparativement à 2,4 % à Montréal, mais à 12,5 % dans le secteur de Parc-Extension. Le groupe linguistique le plus important, les francophones, constitue 29,8 % de la population et la part de personnes ayant l'anglais pour langue maternelle représente 22,8 %.

La nouvelle immigration amène ses nouveaux visages. Les minorités visibles comptent pour 36,5 % de la population du CSSS comparativement à 21,1 % à Montréal. Il s'agit d'une augmentation de 13,6 % depuis 1996.

À tous les dix ans, le recensement nous interroge sur notre appartenance religieuse. Les résidents du territoire pratiquent le catholicisme dans une proportion de 37,7 %, comparativement à 63,8 % à Montréal. Les personnes de confession juive constituent le deuxième groupe religieux en importance et forment 11,7 % de la population. Les musulmans forment 10,1 % de la population. Notons que l'islam a progressé de 150 % à Montréal depuis 1991 et constituera probablement la deuxième religion en importance du territoire du CSSS d'ici le prochain recensement. D'autre part, les Grecs orthodoxes comptent pour 25% de la population de Parc-Extension et les Hindous forment 13,2 % et les Sikhs 6,8 % du même quartier. On note aussi une proportion plus importante de personnes qui affirment n'appartenir à aucune religion (12,5 %) comparativement à Montréal (9,6 %).

La pauvreté, le chômage (11,5 % pour l'ensemble du territoire, avec un taux atteignant 20,8 % à Parc-Extension, comparativement à 9,2% à Montréal), le statut résidentiel de la population (75,1 % sont locataires), le taux de non-fréquentation scolaire des jeunes de 15-24 ans (22,5 % des jeunes, soit 7 465 personnes, Parc-Extension étant la zone la plus touchée avec un taux s'élevant à 40,8 % comparativement à 31% pour Montréal), le fort taux de personnes vivant seules (19,4 % de la population du territoire contre 17,1% pour Montréal) sont des situations de vie et de vulnérabilité auxquelles fait face une bonne partie de la population desservie.

2) Mythes et réalités concernant les pratiques professionnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

Le contexte pluriethnique du territoire du CSSS de la Montagne et de la région de Montréal en général est représentatif d'un paysage culturel québécois de plus en plus diversifié, et cette diversité tendra à s'accroître, selon les projections démographiques annoncées. Étant donné les préoccupations soulevées par la question des accommodements raisonnables, il devient essentiel que quelques mythes soient identifiés.

Au Québec, nous assistons présentement à un débat marqué de perceptions divergentes quant à la diversité culturelle, ainsi qu'à l'égard des valeurs, principes et comportements qui y sont associés. Les médias reflètent ce débat dans l'actualité, mais le traitement médiatique qui a cours en ce moment ne présente pas l'éventail complet des positions avancées. Un tel déséquilibre vient exacerber les perceptions et biaiser la réalité liée à la diversité culturelle. Cette situation alimente les préjugés et les stéréotypes envers les personnes immigrantes et nuit à la compréhension des conditions de vie et des enjeux d'insertion qu'elles vivent.

L'expérience du CSSS en matière d'adaptation à la diversité culturelle révèle une toute autre réalité. D'abord et avant tout, notre responsabilité est de donner des soins et services personnalisés dans une perspective de qualité et d'équité. Nous devons nous assurer de leur efficacité, de leur efficience, de leur pertinence et de leur adaptation aux attentes des usagers et des besoins de la population. Nous desservons et côtoyons tous les jours des centaines d'usagers de toutes les origines ethniques et nous nous accommodons des divergences susceptibles de teinter nos relations professionnelles avec eux. Nos interventions se veulent «accommodantes», dans les limites des grands principes de droit, des codes déontologiques, de la considération des dimensions éthiques particulières à chaque situation et des ressources disponibles. Elles se veulent «accommodantes» en raison de nos responsabilités envers la santé et le bien-être de la population et nous appliquons ce principe à tous les gens desservis.

La diversité se rencontre quotidiennement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle se doit cependant d'être dissociée d'une relation exclusive avec l'adaptation culturelle. Toutes les clientèles peuvent faire des demandes ou avoir des comportements particuliers qui interpellent le personnel. Des adaptations sont très fréquemment apportées aux services, dans les limites décrites précédemment.

Nous considérons ainsi comme un mythe le caractère «déraisonnable» attribué à la plupart des adaptations à la diversité culturelle. Le CSSS de la Montagne peut témoigner de ce fait, ayant été, il y a quelques mois, au cœur d'une controverse médiatique qui alléguait que l'établissement exclut les hommes des cours prénataux pour des raisons religieuses.

Mythe : «Les établissements publics consentent des accommodements aux personnes immigrantes pour des raisons religieuses, au détriment des droits collectifs»

Réalité : Nos responsabilités envers la personnalisation des soins et services, ainsi qu'envers la prévention et la promotion de la santé induisent que notre personnel «va» là où il pense que des obstacles d'accès aux soins de première ligne peuvent exister. Nos interventions ont pour point d'appui les unités de vie naturelle des personnes: la famille, les cercles d'amis, le quartier, les réseaux d'entraide et de solidarité, les groupes d'appartenance. Ce n'est pas à la suite d'une demande d'accommodement raisonnable que nous avons constitué des groupes prénataux dans la communauté. C'est pour rejoindre ces femmes enceintes, issues de l'immigration récente et aux prises avec des problématiques sociales et de santé souvent complexes, qui ne venaient pas dans nos locaux. Cette initiative a permis de générer de nombreux résultats positifs pour ces femmes et c'est un projet dont le CSSS est fier d'être l'instigateur. (Le projet a d'ailleurs fait l'objet d'un film⁶ qui aborde la richesse de la diversité culturelle et les conditions de vie difficiles des personnes immigrantes.) La définition des programmes émerge de l'interaction du personnel en contact avec la clientèle et elle se définit en fonction des particularités locales. Concevoir et mettre en œuvre dans la communauté un cours destiné aux femmes ne signifient pas qu'on exclut les hommes pour des raisons religieuses.

⁶ Film «Un coin du ciel», documentaire (68 minutes), 2007. Scénario et réalisation : Karina Goma. Production : Marcel Simard et Monique Simard, les Productions Virage inc.

Mythe : «Les personnes immigrantes consomment énormément de services de santé et elles coûtent cher à l'État»

Réalité : Les recherches dans le domaine de l'immigration et de la santé démontrent qu'en général, les immigrants sous-utilisent les services de santé et les services sociaux.⁷⁸ Les résultats de l'équipe de recherche METISS révèlent, entre autres, les multiples obstacles d'ordre juridique, social ou économique, reliés aux statuts précaires d'immigration (réfugié, demandeur d'asile, etc.), qui compliquent l'accès aux services de santé, aux ressources d'aide et au marché du travail. L'exploration des besoins de santé des immigrants et de leur niveau d'utilisation des services a ainsi permis l'identification de facteurs qui génèrent une inégalité d'accès aux services. Ces facteurs sont notamment le genre, l'ethnicité, le statut et les conditions économiques.

D'autres sujets font également en ce moment l'objet de travaux de recherche, notamment à l'égard de l'insertion des personnes immigrantes à la société québécoise.

3) Quels sont les véritables enjeux ?

A) Défis de l'adaptation

La gestion de situations complexes qui comprennent des perceptions divergentes entre le personnel et l'utilisateur nous amène à réfléchir aux limites des actions qui peuvent et doivent être posées. Jusqu'où respecte-t-on le droit des usagers sans contrevenir à notre sens éthique et nos principes déontologiques? Comment intégrer dans nos interventions les nouvelles perspectives qu'apporte la diversité de notre population et qui enrichissent nos actions? Les défis qui sont posés à notre personnel permettent une pratique réflexive appuyée par le croisement des savoirs et connaissances des professionnels et des usagers, ce qui soutient le développement d'un milieu d'intervention où les échanges sont dynamiques et perméables.

Dans le quotidien, les membres du personnel ont des questionnements et vivent par moment de l'incertitude ou de l'ambivalence dans la prestation de leurs services. Ils éprouvent parfois des difficultés à concilier les valeurs d'intervention ou leur valeurs personnelles avec les valeurs et pratiques de l'utilisateur. Leurs interventions professionnelles se font seul à seul avec l'utilisateur. Dans ce contexte, ils gèrent seuls les situations qui demandent souvent des réponses immédiates et ils ont besoin de pouvoir valider leurs décisions. Ils sollicitent du soutien du CSSS et souhaitent la définition de balises pour orienter leurs interventions. Il est à noter que nous apprécions, dans la gestion des situations complexes, la souplesse qu'offrent les balises, les orientations et les lignes directrices, par opposition aux politiques qui offrent un encadrement plus rigide des situations. Nous favorisons, dans nos prises de décision, le développement du jugement professionnel et la considération des nuances propres à chaque situation, soutenus par des documents de références et la disponibilité d'une structure de soutien clinique.

⁷ Battaglini, A., Tousignant, P., Poirier, L.-R., Désy, M., & Camirand, H. (2005). Adéquation des services sociaux et de santé de première ligne aux besoins des populations immigrantes : Impact de la pluriethnicité sur l'organisation et la prestation des services. In R. Pineault & coll. (Eds.), *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec*. Montréal: Direction de santé publique de Montréal.

⁸ Chen, J., Ng, E. et Wilkins, R. (1996). La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. *Rapports sur la santé*, 7 (4), 37-50.

B) Enjeux au quotidien

Pour les établissements de santé et de services sociaux, l'accessibilité linguistique se situe à la base de tous les enjeux. La **barrière linguistique** est de fait un facteur important qui peut affecter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. La relation de confiance s'établit plus difficilement, les services ne peuvent être aussi personnalisés que nous le souhaitons, les activités de prévention n'ont pas l'impact désiré, les suivis ne peuvent être coordonnés aussi efficacement, etc. L'intervention sociale s'en trouve particulièrement touchée, notamment dans des cas difficiles comme la violence conjugale, où même la présence d'un interprète ne comble pas le niveau de communication souhaité. La barrière linguistique vient complexifier l'intervention et augmenter le temps et les ressources devant être consacrés à l'atteinte des objectifs visés.

Afin de diminuer les impacts potentiels associés à la barrière linguistique, le CSSS développe des stratégies qui obtiennent des résultats positifs. Nos services ne sont naturellement pas offerts en 152 langues, mais nous arrivons à communiquer par divers moyens avec les usagers. Nous avons recours à des interprètes professionnels, encourageons la maîtrise d'une troisième langue chez le personnel, offrons des formations continues pour discuter des enjeux liés à une prestation de services en présence d'interprètes. À cet effet, le CSSS a logé, pour l'année 2006-2007, plus de 5 600 demandes d'interprétariat à la Banque d'interprètes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (disponible à tous les établissements de la région).

Les résultats de plusieurs projets de recherche de l'équipe METISS ont mis en valeur l'importance de l'interprétariat comme moyen d'inclusion au sein du système de santé. En même temps, plusieurs enjeux émergent de ces projets : la confidentialité des informations lorsque des interprètes informels sont utilisés, la responsabilité éthique des institutions de santé d'assurer à toute personne un accès égal aux services et les mécanismes de prise de décision dans des situations caractérisées par une barrière linguistique.

Au-delà de la barrière linguistique, des enjeux importants se situent aussi dans des situations peu nombreuses, mais plus complexes, que nous considérons être de trois ordres :

1) Situations où les demandes sont formulées sous forme d'exigences

Ces situations présentent plusieurs défis : étant formulées sous forme d'exigences, elles ne prédisposent pas d'emblée à une ouverture quant à l'évaluation de la requête ; elles sont souvent exprimées au nom d'une religion, dont les pratiques sont souvent méconnues ; elles induisent une position «figée», non propice à une compréhension mutuelle ; elles imposent parfois un point de vue difficilement acceptable aux yeux de l'interlocuteur.

Exemple : Un couple récemment arrivé du Pakistan se présente en consultation à une femme-médecin du CSSS de la Montagne pour un suivi de grossesse. Le mari exige que la césarienne prévue pour sa femme à l'accouchement soit impérativement pratiquée par une femme-chirurgien. Cette femme-médecin du CSSS, reconnue pour son sens éthique mais également pour sa sensibilité culturelle, lui répond alors très ouvertement : «Lors de la première césarienne de votre femme, qui fut réalisée au Pakistan, avez-vous exigé une femme?» Les échanges qui ont suivi, centrés sur la responsabilité du médecin d'assurer le bien-être de son patient, ont mené le mari vers une reconnaissance de l'excessivité de sa demande. Un autre membre du personnel aurait pu éprouver un

malaise à questionner la demande de l'usager et à ouvrir un dialogue, d'où l'importance de déterminer des balises et d'acquérir les connaissances permettant ce questionnement.

Exemple : Une femme enceinte de 30 ans, immigrée d'un pays d'Afrique sub-saharienne il y a 6 ans, se présente à l'hôpital en plein travail. En dépit de l'avis de l'obstétricien qui recommande une césarienne, elle insiste pour accoucher par voie vaginale. Trois heures plus tard, le fœtus montre des signes de détresse fœtale. De plus, l'obstétricien craint une rupture de l'utérus. L'évaluation clinique conclut que la mère et l'enfant sont à très haut risque de mort imminente si la mère ne consent pas immédiatement à la césarienne. La femme, qui apparaît apte à donner son autorisation aux soins, refuse cependant catégoriquement la procédure. Elle affirme qu'elle a parlé avec sa famille et ses amis dans son pays d'origine et, qu'ensemble, ils jugent qu'elle ne doit pas subir de césarienne.

Exemple : Dans la religion juive, lorsqu'un usager décède à domicile, la famille exige du CSSS de récupérer tout l'équipement (lit électrique, etc.) le même jour, afin de respecter la coutume du Shiva et préparer la maison pour le deuil. Comme le CSSS fait affaire avec un fournisseur pour ses équipements, ce dernier réclame un délai de 24 heures pour procéder, à moins qu'un supplément financier ne soit déboursé. Le personnel acquiesce à l'adaptation demandée, mais demande à la famille de déboursier les coûts additionnels. Cet arrangement est acceptable en raison du faible coût qui y est rattaché. Mais si ce n'était pas le cas ? Jusqu'où irions-nous dans nos efforts d'adaptation ? Nos décisions se basent d'ordinaire sur des principes, non pas sur une question de coûts. Cela entraîne un certain malaise à réclamer les frais aux familles financièrement défavorisées.

D'autres situations touchent les établissements de santé de Montréal, notamment dans les centres d'hébergement publics. A titre d'exemple, dans les centres d'hébergement de Montréal, les résidents font la requête de nourriture particulière en raison de leur religion. Considérant que le milieu public constitue le milieu de vie des personnes, les établissements adaptent leurs services en fonction des exigences des résidents.

2) Situations où des pratiques revêtent un caractère inacceptable dans le cadre légal ou selon les principes fondamentaux du Québec

Ces situations surviennent, fort heureusement, dans de rares cas. Elles surviennent lorsqu'une pratique culturelle vient à l'encontre de ce qui est légalement et moralement acceptable dans les principes de la société québécoise. Étonnamment, ce ne sont pas ces situations qui posent le plus de problèmes quant à leur résolution. Le cadre légal vient en effet délimiter de façon claire les limites de certaines pratiques au Québec, telles que l'excision, les mariages forcés et les corrections infligées aux enfants dans l'éducation. La conduite à tenir dans la gestion de ces demandes demeure cependant extrêmement délicate, car elle doit tout de même tenter de concilier nos responsabilités envers la santé et le bien-être de l'usager avec le caractère inacceptable d'une valeur ou d'une pratique culturelle.

Exemple : Un médecin de famille rencontre en consultation une femme de 39 ans pour la première fois. Elle est accompagnée de son mari âgé de 55 ans. Tous deux sont récemment immigrés d'un pays d'Asie de l'Est. Même s'ils peuvent tous les deux communiquer adéquatement, le mari insiste pour être le seul interlocuteur dans les échanges et sa femme acquiesce tranquillement. Le mari explique que Madame se

comporte de façon de plus en plus étrange depuis leur arrivée au Québec, il y a quelques mois. Même si le médecin est assez préoccupé par l'état de santé mentale de Madame, il ne croit pas cette dernière en danger immédiat. Le médecin désire cependant effectuer une évaluation plus complète, un examen physique et, potentiellement, prescrire une médication pour améliorer son état de santé. Le mari s'oppose alors vivement et refuse toute intervention au nom de sa femme.

Il faut noter d'emblée que les valeurs du médecin ne s'accordent pas avec les propos exprimés par le mari, ni avec sa complète prise en charge de la situation. Le principe fondamental d'égalité entre les sexes reconnu par la société québécoise n'admet pas cette situation. Il importe cependant de garder à l'esprit les risques encourus pour la santé de Madame, si le médecin laisse le couple sortir ainsi de son bureau. Le médecin doit considérer l'inclusion de Monsieur dans la relation entre lui et sa patiente, s'il veut espérer pouvoir intervenir sur les problèmes de santé de Madame.

Exemple : Une travailleuse sociale en milieu scolaire intervient auprès d'une jeune fille de 12 ans qui éprouve des difficultés à s'insérer socialement à l'école. La jeune fille est récemment immigrée d'un pays d'Asie centrale avec sa mère et ses sœurs et frères. Son père est décédé, mais la famille élargie (celle du père) vit aussi à Montréal. À 14 ans, le sujet du mariage arrangé est abordé par la famille élargie de la jeune fille, qui veut arranger un mariage entre elle et son cousin. Le refus de la mère à ce mariage est sans équivoque, car elle a elle-même beaucoup souffert de devoir travailler pour sa famille élargie à la mort de son époux. Elle ne veut cependant pas le dire à la famille élargie car elle craint pour sa vie et celle de ses enfants. Elle demande alors à la travailleuse sociale du CSSS de les aider à quitter la province pour fuir le reste de sa famille.

3) Situations de chocs culturels

Ces situations sont les plus courantes car elles accompagnent un grand nombre d'interventions. Les chocs culturels résultent d'un écart de perception, plus ou moins grand selon le cas, entre les valeurs et pratiques culturelles du personnel et celles de l'utilisateur, et parfois entre les usagers eux-mêmes. Ils peuvent exister par eux-mêmes, c'est-à-dire en dehors de l'acte professionnel précis pour lequel nous intervenons. À titre d'exemple, le discours d'un usager sur ses valeurs culturelles peut interpeller le personnel, sans que cela ait un impact sur l'acte de changer un pansement. Les chocs culturels varient en intensité selon l'ampleur de la perte des repères identitaires ressentis. Il est important de les mentionner et de chercher des réponses à ces difficultés, car les chocs culturels touchent la relation entre le personnel et l'utilisateur, essentielle à la qualité des services dispensés.

Exemple : Lors d'une visite à domicile, une ergothérapeute entre en dialogue avec l'utilisateur, une mère de deux enfants présents dans la pièce. La mère explique les raisons pour lesquelles elle porte la burka et une conversation s'amorce sur les lois du Québec. La mère affirme alors ses fortes convictions et son soutien à la loi de la Charia. Elle ajoute qu'il est juste que l'on coupe la main d'un époux qui est attrapé en flagrant délit d'adultère. L'ergothérapeute répond que le système judiciaire québécois applique des lois afin de juger de la culpabilité de quelqu'un. La mère réplique avec force que selon sa communauté, le système québécois n'est pas assez sévère. L'ergothérapeute est ébranlée par cet événement et elle décrit son sentiment comme un choc en tant que professionnelle et citoyenne.

Exemple : Lors d'une rencontre de groupe parents/enfants (garderie) dont l'objectif est de rejoindre les familles du quartier, une mère musulmane, au moment d'une pause, prend un matelas de jeu et s'installe dans un coin de la pièce avec son fils pour prier, pendant que les enfants jouent. Cette situation n'a pas eu d'impact sur les objectifs des activités du groupe, mais elle a créé un malaise parmi les autres mères et le personnel présents.

4) Lignes directrices d'un cadre conceptuel de référence

Les changements importants qui surviennent dans notre société ainsi que dans le domaine de la santé et des services sociaux nous incitent constamment à revoir nos manières de faire, à réévaluer nos processus d'analyse et de prise de décision en rapport avec les services que nous rendons. En effet, la pluriethnicité, le vieillissement de la population, les développements technologiques et plusieurs autres facteurs viennent modifier nos pratiques et nous amènent à réviser notre hiérarchie de valeurs et nos priorités. Dans ce contexte, le CSSS veut contribuer de façon juste et adéquate à la solution des problèmes qui lui sont soumis et qui sont souvent fort complexes et difficiles à résoudre. Il recherche les moyens appropriés pour développer son analyse et favoriser l'intervention et la prise de décision en concertation avec les personnes, leur famille et la communauté.

Dans cette perspective, le CSSS reconnaît que tous les acteurs ont leurs propres savoirs. En effet, chaque individu ou groupe possède une expertise qui découle, entre autres, de ses propres expériences de vie et de travail, de ses intérêts, de son cheminement unique. L'établissement encourage une façon d'analyser et de résoudre les problématiques où il importe de faire appel aux différentes formes de savoirs, tant implicites qu'explicites, afin de s'ajuster à un environnement complexe et changeant.

Le CSSS utilise une démarche réflexive et participative qui vise à faire ressortir davantage l'engagement de l'organisation et des professionnels par rapport aux valeurs fondamentales en place, quand on aide une personne dans la recherche d'une solution pour elle-même, pour sa famille ou pour son milieu de vie, ou encore quand elle est impliquée comme sujet de recherche. Cette démarche vise à favoriser chez chaque intervenant et dans chaque programme, l'intégration de l'analyse et du discours éthique dans une perspective interculturelle, dans un souci constant d'améliorer la qualité des services à la clientèle.

Le CSSS tente de consolider, afin de soutenir la gestion des cas difficiles, l'utilisation de deux approches distinctes, mais complémentaires : l'**approche interculturelle** développée par l'établissement et son Centre de recherche, ainsi que le **modèle casuistique en éthique clinique**.

Depuis plusieurs années, l'établissement utilise des services de consultation en éthique clinique pour soutenir le personnel dans la gestion des situations complexes. Des séminaires de formation sont également offerts aux gestionnaires et membres du personnel à cet effet. En quelques lignes, le modèle casuistique appliqué à l'éthique clinique vise à résoudre les problèmes spécifiques posés, au moyen de principes généraux et de l'étude de cas similaires. Il tente de représenter, dans le domaine de la santé et des services sociaux, les meilleurs intérêts de l'utilisateur sans compromettre les grands principes et valeurs morales reconnus. L'analyse doit systématiquement tenir compte des circonstances ou de la situation afin de pouvoir déterminer comment les principes s'appliquent à chaque cas particulier, dans une perspective d'équilibre.

De façon un peu plus détaillée en fonction de la nature du mémoire, l'approche interculturelle développée par le CSSS est fondée sur les résultats de recherche de son équipe METISS (Migration, Ethnicité, dans les interventions de santé et services sociaux), ainsi que sur les savoirs pratiques de ses professionnels.

L'approche interculturelle rejoint dans sa finalité le débat actuel sur les accommodements raisonnables. En effet, la diversité ethnoculturelle est au cœur du débat «sur des enjeux polarisés entre l'accent sur les différences et celui sur les similarités, entre des pratiques à potentiel de renforcement de la cohésion sociale ou d'autres encourageant le repli»⁹. L'approche interculturelle tente de trouver des solutions à cette polarisation de la société. Elle vise «le vivre ensemble»¹⁰, qui se manifeste par la prise en compte de la diversité sous toutes ses formes (la distinction culturelle étant un cas particulier de l'altérité dans son ensemble, c'est-à-dire la reconnaissance de l'autre dans sa différence), tout en reconnaissant le défi ainsi posé. Un des principes de base consiste à reconnaître que la diversité enrichit notre société, particulièrement lorsque cette dernière se considère elle-même comme pluraliste. Un second principe réside en la nécessité d'une réflexion continue sur les tensions intrinsèques entre, d'une part, la reconnaissance de la diversité, et d'autre part, le maintien d'une cohésion sociale et le respect des lois, normes et valeurs de notre temps. En d'autres mots, comment peut-on accorder la considération nécessaire à la différence culturelle et ses porteurs sans pour autant réduire ceux-ci à des stéréotypes culturels et respecter en même temps la volonté de la majorité?¹¹

Un autre principe à considérer est le rejet des explications culturalistes ou essentialistes pour comprendre des enjeux cliniques. Les clients que les professionnels rencontrent ne sont pas des *cultures*, ni des *ethnies*. Ce sont plutôt des porteurs d'identités multiples, incluant une identité culturelle. Par ailleurs, cela s'applique également aux professionnels. La façon dont une personne s'identifie à sa culture peut varier à l'intérieur d'un groupe, puisqu'elle dispose d'une marge de manœuvre quant à la façon d'adopter les coutumes, valeurs et idées associées. Ce processus peut évoluer et changer au cours de la vie d'un individu et être modifié par des facteurs sociaux comme la classe, le genre et le processus migratoire. Un professionnel ne peut supposer connaître un client en le jugeant seulement à travers son origine ethnique ou son appartenance culturelle. Le contraire est également vrai.

Le rejet de l'approche culturaliste ne signifie pas que l'approche interculturelle évacue le concept de culture. Elle prévient simplement les professionnels contre le recours systématique à la culture comme unique explication pour comprendre un cas clinique, et ceci afin d'éviter de créer et de perpétuer des stéréotypes et préjugés. Ainsi, cette approche questionne la neutralité de l'espace clinique et propose une méthodologie fondée sur une analyse de cas cliniques dans un cadre intersectionnel. Autrement dit, la question de culture est juxtaposée avec d'autres dimensions pour expliquer le cas concerné, comme le pays d'origine, le parcours migratoire, la religion, la classe sociale, le genre, le niveau d'éducation, le degré de familiarité avec les normes bureaucratiques, organisationnelles et déontologiques du système de santé, ainsi qu'avec les rôle et mandat du professionnel. Selon la même logique, l'identité, le genre, le

⁹ Voir l'article de Kanouté, F., Hohl, J., Xenocostas, S., Duong, L. (2007), «Les mots pour dire et pour intervenir» dans M. Cognet et C. Montgomery (Eds) *Éthique de l'Altérité. Culture, santé et services sociaux*. Québec : Presses de l'Université Laval, pour une description détaillée de l'approche interculturelle et les deux formations du CSSS de la Montagne.

¹⁰ Ouellet, F. (1997). « Éducation interculturelle et formation interculturelle. Éléments de problématique ». *Ethnic Studies/ Études ethniques au Canada*, 23(2), 32-57.

¹¹ Camilleri, C. (1995). « Relations et apprentissages interculturels : réflexion d'ensemble ». Dans M. Abdallah-Pretceille et T. Alexander (Ed.), *Relations et apprentissages interculturels* (135-144). Paris : Armand Collin Éditeur.

parcours migratoire (le cas échéant) et le statut du professionnel doivent également être pris en compte.

L'entretien d'une approche réflexive est pertinent dans une pratique clinique en contexte pluriethnique. Ainsi, il arrive souvent, comme dans la vignette concernant la Charia, que le professionnel ressente un choc culturel lorsque ses balises professionnelles ainsi que ses valeurs et convictions personnelles sont ébranlées par un usager dont le cadre de référence est culturellement différent. Le professionnel a l'obligation de répondre aux demandes du client tout en maintenant un équilibre entre ses normes professionnelles de pratique, celles de son équipe, les politiques publiques et les attentes du client. Il s'agit d'un véritable défi. Un autre exemple, présenté dans la vignette sur le rituel de deuil Shiva, soulève la tension entre la prestation d'un service équitable à tous les clients, et la prise en compte de besoins religieux spécifiques. Bien que ces défis soient souvent résolus dans le quotidien de façon positive, au cas par cas, les professionnels demandent du soutien sous forme de balises institutionnelles et de formations afin de les aider à mieux intervenir.

L'approche interculturelle constitue la base de deux formations en cours au CSSS : Interculturel I : «Les mots pour dire et pour intervenir» et Interculturel II : «Connaître ses clients. Statuts, trajectoires et vécus migratoires », qui ont été co-développées par des chercheurs de l'équipe METISS et des professionnels du CSSS. Non seulement cette formation aide les professionnels à mieux comprendre le client et ses réactions, résistances et pratiques à l'intérieur du processus d'intervention, mais elle interroge également l'intervenant et son cadre de référence.

L'approche interculturelle développée par notre CSSS souligne l'importante capacité réflexive des professionnels ainsi que leurs forces et ressources leur permettant de trouver des solutions créatives pour répondre aux défis quotidiens posés par le travail en contexte pluriethnique. Elle propose que la résolution de problèmes s'effectue dans un cadre de non-jugement des pratiques du professionnel et du client dans lequel les forces et ressources de chacun d'entre eux sont mises de l'avant.

Enfin, l'approche interculturelle, en facilitant la gestion de la diversité dans la pratique, mène au développement de pratiques inclusives d'intervention qui ciblent toute la population. Cela est particulièrement important lorsqu'on dispense des services sociaux et de santé dans un contexte pluriethnique comme le fait notre CSSS, dans un territoire marqué par une immigration récente et des enclaves de grande pauvreté. En adaptant nos services et en tentant de rejoindre les plus vulnérables et isolés, nous encourageons tous les individus à assumer leurs pleins droits à titre de citoyens et à participer activement au système de santé, une institution fondamentale de notre société.

5) Conclusions

1. L'adaptation des soins et services fait partie de la gestion quotidienne des activités des établissements de santé et de services sociaux de Montréal. La grande majorité des situations se règlent bien, à la convenance de tous. Il y a ainsi peu d'accommodement raisonnable au sens strictement juridique du terme. Les vrais enjeux se trouvent cependant dans les situations peu nombreuses, mais très complexes, où des positions intransigeantes sont avancées et maintenues.

2. En tant qu'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, nous adhérons aux principes énoncés dans les textes de loi actuels qui définissent les droits et libertés individuels et collectifs ainsi que la démocratie québécoise. Nous ne voyons aucun besoin de nouvelle législation ou réglementation à cet égard. Nous comptons cependant définir un cadre de référence pour soutenir le personnel du CSSS en matière de gestion de la diversité.
3. Nous croyons en l'importance de définir une façon de gérer la diversité qui permet de donner à chaque demande une réponse qui tient compte des spécificités de chaque situation, tout en reconnaissant le besoin de mieux définir les limites à ne pas franchir dans les efforts d'adaptation.
4. Nous croyons fermement aux bénéfices du modèle interculturel québécois qui met de l'avant une base commune de la citoyenneté et l'expression de la diversité.
5. Nous croyons que le réseau de la santé et des services sociaux, de par ses interactions avec tous les citoyens québécois, peut apporter une contribution importante à l'intégration et à la participation active à la vie citoyenne québécoise.

6) Recommandations

1. Continuer de favoriser l'adaptation à la diversité dans le réseau de la santé afin d'appuyer l'intégration des différents groupes ethniques à la société québécoise, principalement par des initiatives de pratiques d'intervention inclusives et un dialogue ouvert et constructif.
2. Faire mieux connaître les ressources et les outils disponibles au personnel du réseau de la santé tels que des activités de formation interculturelle ou des activités visant à rejoindre les personnes immigrantes dans la communauté.
3. Encourager les établissements de santé et des services sociaux à définir et adopter des mécanismes internes (recours à des banques d'interprètes, consultation en éthique dans un contexte pluriethnique) pour développer leur expertise dans la résolution de conflit touchant des cas spécifiques.