

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



Centre affilié universitaire

Guide d'intervention clinique

L'adaptation des services à la diversité culturelle

Juillet 2011

> Centre de santé et de services sociaux

DE LA MONTAGNE



Document élaboré par le *Comité aviseur sur l'adaptation des services à la diversité culturelle* du CSSS de la Montagne.

Membres du comité :

Dr Eugene Bereza, bioéthicien et directeur du programme d'éthique
Andrew Graphos, agent de relations humaines
Josiane Le Gall, chercheure, membre de l'équipe MÉTISS (Migration, Ethnicité, dans les interventions de santé et services sociaux)
Josée Peat, responsable de la qualité
My-Huong Pham, travailleuse sociale
Marc Sougavinski, directeur général
Rosemary Steinberg, commissaire locale aux plaintes et à la qualité
Suzanne Walsh, directrice de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire
Spyridoula Xenocostas, directrice de Centre de recherche et de formation

Responsable de la coordination et de la rédaction :

Josée Peat, responsable de la qualité et gestionnaire de risques

Équipe de rédaction :

Josée Peat, responsable de la qualité et gestionnaire de risques
Dr Eugene Bereza, bioéthicien et directeur du programme d'éthique
Josiane Le Gall, chercheure, membre de l'équipe MÉTISS

ISBN 978-2-922748-03-1 (imprimé)

ISBN 978-2-922748-04-8 (en ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2011.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011.

Le contenu de la présente publication peut être reproduit en tout ou en partie sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins non commerciales et à condition que la source soit clairement indiquée.

© CSSS de la Montagne, 2010. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| DEFINITION DES ACRONYMES | 1 |
| PRÉSENTATION AU LECTEUR | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| Actualisation du cadre légal régissant la santé et les services sociaux au Québec | 4 |
| Contexte clinique | 5 |
| Orientation du CSSS en matière d'adaptation des services | 6 |
| CULTURE ET INTERVENTION | 8 |
| Questions de culture | 8 |
| GRILLE D'ANALYSE CLINIQUE | 13 |
| Défis | 13 |
| Buts | 13 |
| Schéma de la grille d'analyse..... | 14 |
| Application de la grille d'analyse | 15 |
| Les stratégies de survie | 19 |
| CAS DE DÉMONSTRATION | 20 |
| Exemple d'application concrète de la grille d'analyse..... | 20 |
| Étape 1 Identifier le défi..... | 20 |
| Étape 2 Recueillir les informations pertinentes | 21 |
| Étape 3 Analyser les informations pertinentes..... | 25 |
| Étape 4 Appliquer la décision..... | 27 |
| CONCLUSION | 29 |
| RESSOURCES | 30 |
| INFORMATIONS UTILES | 32 |
| Chartes et lois..... | 32 |
| BIBLIOGRAPHIE | 34 |
| DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE | 35 |
| ANNEXE | |
| LA CULTURE : CONCEPT ET APPROCHES THÉORIQUES | 36 |

DEFINITION DES ACRONYMES

AQESSS : Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux

CRF : Centre de Recherche et de Formation

CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux

DSP : Direction des Services Professionnels

MÉTISS : Migration, Ethnicité, dans les Interventions de Santé et Services sociaux

PRAIDA : Programme Régional d'Accueil et d'Intégration des Demandeurs d'Asile

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)

PRÉSENTATION AU LECTEUR

Le présent guide d'adaptation des services à la diversité culturelle vient donner des réponses concrètes et utiles aux professionnels de la santé qui doivent prendre des décisions difficiles face aux demandes d'adaptation ou d'accommodement de services faites par certains clients ou clientes.

La revue de littérature réalisée en préparation à la rédaction du document démontre que la majorité des guides publiés au Québec propose des principes généraux et des approches pour faciliter l'adaptation des services aux immigrants et aux gens issus de différentes cultures. Ce qui caractérise le présent guide réside en ce qu'il propose plutôt une démarche structurée pour répondre à des demandes concrètes d'adaptation de services. La grille d'analyse permet aux professionnels de la santé de faire un tour complet de la question tout en démystifiant avec le client le concept de culture, les normes de l'établissement, ainsi que le code étiqque et déontologique des professionnels.

Ce guide traduit ainsi l'approche du CSSS de la Montagne, qui vise la personnalisation des soins et services en les adaptant en fonction des facteurs cliniques propres à chaque situation, incluant les composantes culturelles, et ceci, dans le respect du cadre légal et des normes de pratiques professionnelles reconnues.

Il ne donne pas de réponses toutes faites ou de recettes s'appliquant à certaines situations précises ou certains groupes de population, mais propose un cheminement qui repose sur les bonnes questions à se poser afin d'alimenter une analyse professionnelle complète des situations difficiles.

Les professionnels de la santé aux prises avec des situations complexes à gérer y trouveront un outil simple et facile à utiliser basé sur un processus de résolution de problèmes spécifique à l'adaptation des services à la diversité culturelle. On y retrouve :

- Des réflexions sur la place de la culture dans l'intervention, sous forme de questions-réponses.
- Une liste des autres éléments dont il faut tenir compte dans l'intervention.
- Une grille d'analyse clinique proposant un modèle de prise de décision pour résoudre des dilemmes associés à la prestation professionnelle des soins et services en contexte de diversité culturelle.

INTRODUCTION

Le CSSS de la Montagne a développé une expertise spécifique sur l'intervention en milieu pluriethnique et sur la question du développement des pratiques, dans des situations où la diversité culturelle pose des défis particuliers. Notre personnel possède une riche et longue expérience dans le traitement de ces questions, compte tenu des caractéristiques démographiques de notre clientèle, de notre mandat de fournir des services communautaires, et de notre évaluation continue des besoins des populations vulnérables.

Détenteur du statut de Centre affilié universitaire depuis 1997, le CSSS développe également son expertise par le biais d'activités de recherche portant notamment sur les difficultés d'accessibilité aux services, la barrière linguistique, l'ajustement des approches cliniques et autres enjeux liés à l'intervention en contexte de diversité culturelle. Le Centre de recherche et de formation du CSSS abrite deux équipes de recherche. L'équipe FQRSC-METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services sociaux) fait état des enjeux spécifiques au processus d'immigration en rapport avec les services de santé et services sociaux. L'équipe FRSQ «Écoles, culture et santé mentale, une articulation à repenser dans une société en transformation» a quant à elle pour objectif de développer, d'évaluer et de disséminer des pratiques d'intervention et de prévention en santé mentale culturellement et contextuellement appropriées aux besoins des enfants immigrants et réfugiés dans le milieu scolaire.

Les connaissances acquises par le CSSS en matière d'intervention en contexte de diversité culturelle l'ont amené à présenter, en 2007, un mémoire à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement raisonnable. L'ensemble des établissements membres de l'AQESSS ont formellement adhéré aux points de vue avancés par le CSSS dans le cadre de ce mémoire.

Les conclusions et recommandations soumises par le CSSS de la Montagne dans le cadre du mémoire, se résument à ceci :

- 1. Continuer de favoriser l'adaptation à la diversité dans le réseau de la santé et des services sociaux dans le but de donner les meilleurs services et 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.**

En complément à la rédaction du mémoire, le Centre de recherche et de formation (CRF) du CSSS a organisé en 2008 des «Journées de réflexion». Cette activité avait pour but de mieux comprendre le débat sur les accommodements raisonnables en mettant l'accent sur la clarification des termes liés à la gestion de la diversité culturelle et sur l'identification des politiques et des normes encadrant la pratique de première ligne. À partir de cas cliniques proposés par les intervenants du CSSS, des ateliers de formation ont eu lieu afin de soulever les enjeux et les défis multiples, ainsi que de trouver des solutions inclusives permettant d'améliorer les pratiques.

Ce guide d'intervention sur l'adaptation des services à la diversité culturelle est ainsi destiné à l'ensemble de notre personnel. Il se veut également un outil pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire qui désirent s'inspirer de l'expérience du CSSS de la Montagne en matière de gestion de la diversité culturelle. Il intègre les orientations du CSSS en matière d'adaptation des services, les questions essentielles à se poser concernant la culture, une grille d'analyse clinique, ainsi qu'une liste d'informations utiles et de personnes ressources pouvant guider la prise de décision dans les situations complexes.

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

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.

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).

CONTEXTE CLINIQUE

Alors que la commission Bouchard-Taylor s'inscrivait dans un contexte sociopolitique plus large, nous portons spécifiquement notre attention sur **l'évolution continue des bonnes pratiques cliniques**. Notre raison d'être est de fournir les meilleurs soins et services possibles avec les ressources et l'expertise que nous possédons, et de le faire de façon efficace, sensible, juste et éthique. Les défis auxquels nous sommes confrontés dans cette tâche sont multiples. Les clients expriment des préférences, des demandes et occasionnellement des exigences de toutes natures, liées ou non à la culture, qui mettent au défi nos habiletés à y répondre de façon appropriée. Certains aspects de la diversité culturelle peuvent constituer des facteurs contribuant à ces défis et une meilleure compréhension et évaluation du rôle qu'elle joue dans la perception et la résolution de ces défis est importante. Il faut cependant souligner que dans nos milieux, les demandes d'adaptation liées à la diversité culturelle sont en fait peu courantes et que la plupart des adaptations se font au quotidien de façon toute naturelle. La grande majorité des cas se solde par une adaptation mutuelle concertée, dans un contexte d'échanges visant une meilleure compréhension.

Il est essentiel de se rappeler que la diversité culturelle n'est qu'une des composantes cliniques que nous devons considérer lorsque nous tentons d'adapter nos services pour le meilleur intérêt de notre clientèle. Les déterminants de la santé (comme la pauvreté, un faible niveau d'instruction ou un accès limité au marché du travail), la santé mentale, la dynamique familiale ou les facteurs environnementaux sont également autant de facteurs cliniques menant à l'adaptation des services.

Il importe aussi de reconnaître que chacun, tant comme simple citoyen, intervenant, gestionnaire ou usager est porteur d'un bagage culturel et personnel profondément ancré, avec ses propres valeurs, croyances, pensées et comportements associés. C'est cette reconnaissance de la spécificité de chacun qui donne au personnel l'ouverture nécessaire pour comprendre l'ensemble des besoins exprimés par les usagers et d'adapter les services du mieux possible, dans les limites de certaines balises professionnelles, éthiques et légales.

Il existe une expertise professionnelle au sein du CSSS de la Montagne pour faire face à ces questions. Beaucoup de nos professionnels de la santé ont une formation spécifique et approfondie et une expérience de première ligne dans la prestation des services en situations difficiles. Nous ne devons pas sous-estimer les connaissances, les compétences et la capacité de jugement professionnel que l'on peut trouver dans l'établissement. Ces personnes sont disponibles pour vous soutenir dans vos propres évaluations et jugements professionnels. (**Voir l'onglet Ressources**).

ORIENTATION DU CSSS EN MATIÈRE D'ADAPTATION DES SERVICES

L'esprit des services dispensés par le CSSS de la Montagne est centré sur des valeurs organisationnelles qui guident l'organisation et la prestation des services. Le respect des individus, de leurs droits, des valeurs inhérentes à la diversité culturelle, ainsi que la reconnaissance du caractère unique de chaque situation et la recherche du meilleur intérêt des clients constituent le cœur des valeurs adoptées par le CSSS.

Ces valeurs se traduisent par une orientation claire du CSSS à l'effet que:

Les pratiques cliniques exercées dans le cadre des activités professionnelles du CSSS de la Montagne visent la personnalisation des soins et services. Cela implique un effort d'adaptation des services en fonction des facteurs cliniques propres à chaque situation, incluant les composantes culturelles, dans le respect du cadre légal et des normes de pratiques professionnelles reconnues.

Les implications concrètes qui découlent de cet énoncé sont notamment :

- Partir du principe que de bonnes pratiques cliniques nécessitent des **soins personnalisés**, c'est-à-dire de porter une attention particulière aux situations de chacun des clients et d'adapter les interventions aux spécificités dénotées.
- La personnalisation des soins et services nécessite le **recours à des ressources d'interprétariat** en présence de barrière linguistique. La compréhension des informations est absolument essentielle dans l'échange clinique survenant entre un intervenant et un usager pour assurer une relation professionnelle, une intervention et un suivi adéquat. Le lecteur est prié de se référer à la Politique d'interprétariat du CSSS de la Montagne à cet égard.
- Se rappeler que les personnes nécessitant des soins sont souvent **plus vulnérables** et dépendantes que celles qui fournissent les soins, ce qui implique un effort d'adaptation de la part du dispensateur de services. Par contre, cette nuance entre le client et l'intervenant n'implique pas que le client a toujours raison. Une analyse professionnelle doit sous-tendre les décisions cliniques adoptées.
- Certaines situations peuvent exiger un niveau d'adaptation pouvant être perçu comme un «**accommodement**». Cela se produit généralement lorsqu'un client exige des considérations extraordinaires sur le motif que son identité même, comme membre d'un groupe ou d'une catégorie de personnes, requiert un compromis qui représente un défi quant à l'application des normes de meilleures pratiques.

Bien qu'importants et difficiles, ces cas sont **relativement rares** et ils peuvent généralement être gérés avec une bonne communication clinique, un dialogue ouvert et de la négociation. Le défi consiste alors à évaluer et identifier clairement la nature exacte de la demande d'accommodement.

- Il arrive que les demandes d'adaptation dépassent les capacités de l'établissement à y répondre. Lorsque cela se produit, nous devons être en mesure de démontrer que la raison et les justifications de la décision sont **éthiquement valables**, et que le processus utilisé est conforme aux principes de justice naturelle, c'est-à-dire qu'il est transparent, non arbitraire, cohérent avec des décisions similaires prises par le passé, et qu'il n'est pas le résultat d'intentions préjudiciables.

Les raisons qui peuvent justifier le refus du CSSS de satisfaire une demande d'accommodement sont, de façon générale, les suivantes :

- ⇒ Satisfaire cette demande risquerait de mettre en danger les individus en cause
- ⇒ Satisfaire cette demande conduirait à commettre des gestes illégaux
- ⇒ Satisfaire cette demande risquerait de compromettre les normes professionnelles de pratique
- ⇒ Satisfaire cette demande risquerait clairement de menacer des valeurs sociales considérées fondamentales, (ex : l'égalité hommes-femmes)

D'un point de vue pratique, en accord avec ses valeurs et orientations, le CSSS de la Montagne offre des formations interculturelles et des séminaires en éthique au personnel de l'organisation (les formations interculturelles sont également accessibles aux organismes du réseau et de la communauté).

Le présent guide s'insère dans cette volonté de soutenir de façon concrète les cliniciens. Il ne donne pas de réponses toutes faites, ni de recettes exposant quoi faire dans telle ou telle situation. Il ne réfère pas non plus à de grandes éminences ou instances détentrices du savoir absolu. Il propose plutôt un cheminement qui repose sur les **bonnes questions** à se poser afin d'alimenter une analyse professionnelle complète des situations. Les bonnes questions à se poser sur les aspects cliniques, culturels et éthiques, dans le but d'arriver aux meilleures pratiques et solutions possibles.

Le soutien offert par le CSSS vise également la référence à une structure interne pour prêter assistance aux intervenants. Peu importe l'expérience et l'expertise développée par les professionnels d'une organisation, personne ne doit faire face seul aux situations dont la complexité posent d'importants défis. Les gestionnaires et supérieurs immédiats sont les premiers répondants de cette structure de soutien et les discussions en équipe constituent la meilleure façon de résoudre la plupart des situations.

CULTURE ET INTERVENTION

QUESTIONS DE CULTURE

Les questions à se poser sur le plan culturel jouent un rôle de premier plan dans la résolution des situations cliniques difficiles. Mais pour répondre à ces questions, il importe de bien saisir l'importance de la culture et de son rôle dans l'intervention.

La présente section expose les principales questions auxquelles il faut s'attarder pour bien saisir le rôle des croyances, valeurs, règles et pratiques culturelles dans les situations cliniques où des composantes culturelles interviennent et dans la recherche des meilleures pratiques possibles.

Notons que les éléments de réponses formulées sont à la base des orientations du CSSS en matière de gestion de la diversité culturelle.

De plus amples informations sur la définition de culture et les différentes approches théoriques qui l'abordent peuvent être trouvées en annexe du présent guide sous l'onglet **Annexe : La culture : concept et approches théoriques**, si le lecteur souhaite approfondir ses notions à ce sujet.

Pourquoi doit-on tenir compte de la culture dans l'intervention?

- ⇒ Parce que la prise en compte de la culture fait partie intégrante de l'évaluation clinique globale.
- ⇒ Parce que le concept de culture est central pour expliquer pourquoi les êtres humains agissent de telle ou telle manière. Les comportements des individus ne peuvent être compris sans tenir compte de la culture.
- ⇒ Parce que presque tout ce que les humains perçoivent, connaissent, pensent, valorisent, ressentent est appris à travers leur participation à un système socioculturel.
- ⇒ Parce que dans chaque culture, on retrouve des représentations et des croyances qui modifient la perception de la santé, de la maladie, des pratiques de soins, des soignants, des symptômes et de la prévention.
- ⇒ Parce qu'à ne pas tenir compte de l'influence de la culture dans l'intervention, il y a risque d'interpréter le cas clinique en fonction de nos propres valeurs.

Par exemple, la présence d'un couteau dans le lit d'un nouveau-né pourrait être associée, selon nos propres interprétations, à une négligence ou irresponsabilité de la part des parents, alors qu'il s'agit dans certains groupes culturels d'une pratique visant à protéger l'enfant (de la malédiction).

Il est donc important face à un cas clinique de se poser certaines questions afin d'éviter de faire de fausses déductions. La meilleure attitude reste encore d'interroger le client.

Les valeurs et normes véhiculées dans l'intervention sont-elles universelles?

- ⇒ Bien que les valeurs fondamentales telle que la bienveillance et le meilleur intérêt du client soient sous-jacentes à toute intervention réalisée dans le réseau de la santé, leur actualisation se déclinent en diverses nuances et les normes d'application qui en découlent diffèrent d'un milieu à l'autre.

Nos propres interventions sont ainsi basées sur des valeurs et des normes professionnelles, organisationnelles et culturelles spécifiques, qui tendent à être partagées par les autres professionnels et gestionnaires de l'établissement.

Par conséquent, il est essentiel de s'interroger sur nos valeurs et d'analyser le plus objectivement possible les préjugés liés aux contextes d'intervention et aux diverses clientèles auprès de qui nous œuvrons.

Faut-il connaître les différentes cultures pour mieux intervenir?

- ⇒ Il est important d'avoir certaines connaissances générales sur différents groupes culturels afin de mieux saisir les cas cliniques et d'éviter de mal les interpréter. Ces connaissances s'acquièrent principalement par l'expérience, au contact des usagers de différents groupes culturels, par un dialogue ouvert et respectueux.

Toutefois, il faut toujours garder en tête que certaines limites se posent à l'application de ces connaissances, limites qui découlent des caractéristiques de la culture elle-même, telles que les prochaines questions adressées dans le présent document le démontrent.

La culture d'un groupe donné est-elle toujours identique dans le temps?

- ⇒ Non, la culture est en constante évolution, notamment à travers les contacts avec d'autres groupes.

La conception culturaliste de la culture, qui consiste à considérer la culture d'un groupe comme une entité ou un ensemble de traits fixes et immuables dans le temps,

est remise en question depuis de nombreuses années dans les sciences humaines et sociales.

Existe-t-il des variations au sein d'un groupe culturel?

⇒ Oui, puisqu'il n'existe pas de groupes culturels où l'ensemble des individus partage les mêmes caractéristiques ou traits.

Chaque individu, bien qu'il partage un certain nombre de comportements et de valeurs avec le groupe, fait partie de différents groupes d'appartenance et apprend les particularités de ces ensembles qui le distinguent des autres membres de son groupe culturel.

En tant qu'intervenant, on ne rencontre pas des cultures, on rencontre des individus qui sont porteurs de culture. On doit donc éviter d'adopter une approche essentialiste qui consisterait à réduire l'individu à une culture.

Par contre, il se peut qu'une demande spécifique de la part d'un client soit faite au nom « d'un groupe culturel ».

Quels sont les facteurs de variation au sein d'un groupe?

⇒ Parmi les facteurs de variation, on retrouve notamment la classe sociale, la religion, le groupe ethnique, l'âge, le genre, la région et la caste.

«Une même collectivité d'individus, pourvu qu'elle soit objectivement donnée dans le temps et dans l'espace, relève simultanément de plusieurs systèmes de culture : universel, continental, national, provincial, local, etc., et familial, professionnel, confessionnel, politique, etc.» (Lévi-Strauss, 1958, p. 325)

Les individus respectent-ils l'ensemble des règles culturelles?

⇒ Bien que les règles culturelles indiquent quoi faire et comment le faire, nous n'obéissons pas toujours à ces règles. Les gens peuvent apprendre, interpréter et employer une même règle de différentes façons.

Autrement dit, il y a des différences entre ce que la culture nous dit de faire et ce que nous faisons.

Cette réalité complexifie notre analyse des demandes faites au nom d'une culture donnée, et rend souvent difficile de déterminer si celle-ci est fondée au non.

Comment définir la culture d'un groupe?

- ⇒ Il est difficile de définir la culture d'un groupe. Par exemple, si on nous demandait de dire ce qu'est la culture québécoise, on peut s'interroger sur les dimensions que l'on mettrait de l'avant. Autrement dit, comment arriver à souligner ce qui est spécifique à une culture?

Pourquoi ne pas avoir de guides sur les différents « groupes culturels » ?

- ⇒ Notamment en raison des variations qui existent dans le temps et du fait que la culture ne soit pas homogène au sein d'un groupe.

Dans la plupart des guides disponibles, on retrouve le plus souvent une description de différents groupes et une liste de traits culturels partagés par les membres de ces groupes. Néanmoins, compte tenu de la diversité au sein d'une culture et des changements, cela ne signifie pas que ces personnes se reconnaissent nécessairement à la lecture de cette liste. Si certains traits peuvent avoir un lien avec la personne, la plupart n'en ont pas.

De plus, ces guides ne tiennent pas compte des personnes issues de l'immigration ou d'union mixte.

Il n'existe pas de « recette magique ». À trop vouloir respecter les valeurs et les pratiques d'un groupe particulier, on risque de négliger la spécificité de chaque client et de biaiser notre interprétation de la situation.

Y a-t-il des situations où la culture n'intervient pas?

- ⇒ Lors de difficultés rencontrées dans l'intervention, l'emphase peut parfois être placée exclusivement sur la culture, alors que celle-ci n'est pas en cause ou encore pas le seul facteur en cause.

À essayer de tout expliquer par la culture, il y a risque de sous-estimer l'influence de ces autres éléments, nécessaires à la réalisation d'une bonne analyse clinique.

Il faut ainsi éviter une lecture culturaliste des situations, où la culture est non seulement perçue comme un tout homogène, mais est considérée comme la seule explication possible aux comportements observés.

Y a-t-il des éléments autres que la culture dont il faut tenir compte dans l'intervention?

- ⇒ Oui, d'autres éléments, non liés directement à la culture, entrent aussi en ligne de compte dans l'analyse des situations problématiques. Il est important d'en tenir

compte, d'éviter de faire une lecture strictement culturelle d'un cas clinique et d'en voir toute la complexité.

Quels sont ces éléments?

⇒ Les éléments qui entrent en jeu dans l'intervention peuvent être nombreux. Certains sont liés à la migration, d'autres à l'identité personnelle de l'individu.

Parmi ceux-ci, mentionnons :

- Le contexte clinique
- Le statut juridique
- La langue
- Le parcours migratoire
- Le degré de connaissance des services disponibles, des lois en vigueur et de la façon dont fonctionne le système
- L'âge
- Le sexe
- Le statut socio-économique
- L'histoire personnelle
- Etc.

Doit-on toujours répondre par l'affirmative à une demande faite au nom de la culture?

⇒ Non. Certains éléments sont non négociables, notamment lorsqu'ils vont à l'encontre des lois (pensons au cas de l'excision ou du mariage forcé par exemple) ou des normes professionnelles de pratique.

Il est cependant essentiel de toujours maintenir un dialogue pour trouver une solution, surtout dans un contexte de diversité.

GRILLE D'ANALYSE CLINIQUE

Cette grille d'analyse propose un modèle de prise de décision pour résoudre des dilemmes associés à la prestation professionnelle de soins et services en contexte de diversité culturelle.

La grille est basée sur une série de questions à soulever et approfondir afin de bien identifier le dilemme qui vous préoccupe, ainsi que pour cerner les composantes cliniques, culturelles, administratives et procédurales qui sont en cause. Les réponses à ces questions soutiendront la réalisation d'une analyse menant à une décision éthiquement motivée.

Elle vise la promotion d'un environnement de soins et services basé sur le respect et l'ouverture, ainsi que le soutien de l'intégrité professionnelle des employés du CSSS.

Elle se veut un outil convivial pour les cliniciens et le personnel et elle présente les concepts clés et les stratégies de façon schématique. Pour de plus amples informations sur l'utilisation de la grille, le lecteur peut se référer à l'onglet [Ressources](#) du document.

DÉFIS

Certaines demandes liées au contexte culturel peuvent poser des dilemmes, dans la mesure où elles semblent entrer en conflit avec:

- ⇒ Nos valeurs et nos croyances personnelles
- ⇒ Les codes d'éthique professionnelle et les normes professionnelles de pratique
- ⇒ Le principe de justice dans la distribution des ressources
- ⇒ Les valeurs fondamentales de la société québécoise

BUTS

Présenter les concepts clés et les stratégies pour :

- ⇒ Aider à résoudre les dilemmes liés aux demandes pour des accommodements culturels
- ⇒ Faire la promotion d'une approche qui concilie les requêtes des clients avec nos normes de pratique et les normes de la société québécoise
- ⇒ Aider les nouveaux immigrants à s'intégrer à la société québécoise

SCHÉMA DE LA GRILLE D'ANALYSE

Note : La grille présentée contient les principales questions à se poser et les éléments importants à analyser pour soutenir la prise de décision. D'autres éléments peuvent être ajoutés en fonction des situations rencontrées. **Il faut retenir qu'il s'agit de questions ouvertes posées dans le but de susciter des discussions au sein des équipes de travail.**

Étape 1 Identifier le défi

- ⇒ En quoi consiste le dilemme?
- ⇒ Quels sont les principes ou les valeurs menacés?
- ⇒ Qui est la personne dont les intérêts sont compromis?

Étape 2 Recueillir les informations pertinentes

Au plan clinique

- ⇒ La demande est-elle urgente?
- ⇒ La demande est-elle importante? (sécurité et intégrité physique vs préférence personnelle)
- ⇒ Le client est-il apte à prendre des décisions et est-il bien informé?
- ⇒ Quelle est la sensibilité de l'intervenant? (comme clinicien et face aux différentes valeurs culturelles)

Au plan culturel

- ⇒ Quel est le rapport de la demande avec la culture?
- ⇒ La requête est-elle justifiée?
- ⇒ L'intervenant a-t-il besoin d'information pour comprendre la composante culturelle?
- ⇒ Es-ce que l'utilisateur comprend la situation et la position dans laquelle il place l'intervenant?
- ⇒ L'intervenant ou l'équipe d'intervention a-t-elle interrogé ses propres réactions, dans l'interprétation de la demande?

Au plan administratif

- ⇒ Cette demande relève-t-elle du mandat du CSSS?
- ⇒ Existe-t-il des lignes directrices quand à l'objet de la demande?
- ⇒ L'établissement est-il au courant de la situation?

Au plan de la procédure

- ⇒ La procédure suivie est-elle juste? (équitable, objective, etc.)
- ⇒ La procédure suivie est-elle transparente?
- ⇒ Existe-t-il un mécanisme d'appel de la décision au sein du CSSS?

Étape 3 Analyser les informations en contexte avec le défi

- ⇒ Faire une liste des options possibles
- ⇒ Hiérarchiser les valeurs et principes
- ⇒ Évaluer les conséquences possibles
- ⇒ Comparer les arguments
- ⇒ Identifier la meilleure option
- ⇒ Vérifier sa cohérence

Étape 4 Appliquer la décision

- ⇒ Réflexion approfondie
- ⇒ Consensus
- ⇒ Communication claire
- ⇒ Suivi

APPLICATION DE LA GRILLE D'ANALYSE

Les pages qui suivent reprennent chaque étape du schéma de la grille d'analyse, afin de donner plus d'indications sur les questions pertinentes à se poser dans le processus de prise de décision.

Étape 1 Identifier le défi

- Poser la question comme un dilemme, c'est-à-dire comme une tension entre des valeurs concurrentes. Quelles sont les valeurs en opposition? Par exemple :
 - ⇒ Respect de l'identité culturelle vs protection de la sécurité
 - ⇒ Respect des opinions religieuses vs protection de l'intégrité professionnelle
 - ⇒ Respect de l'autonomie vs respect des normes de pratique
 - ⇒ Le meilleur intérêt du patient vs équité et justice sociale
 - ⇒ Respect de la diversité vs préservation de la démocratie libérale québécoise

- Qui perçoit la requête comme une demande déraisonnable?
 - ⇒ Vous, comme individu?
 - ⇒ Votre équipe?
 - ⇒ Votre profession?
 - ⇒ L'établissement?
 - ⇒ La société québécoise?

Étape 2 Recueillir les informations pertinentes

Sur le plan clinique

- À quel point la demande est-elle *urgente*?
 - ⇒ La décision doit-elle être prise immédiatement ou disposons-nous de plus de temps pour délibérer, consulter ou demander une médiation?

- Quelle est l'*importance* de la requête?
 - ⇒ S'agit-il d'une question de sécurité ou d'intégrité physique ou est-ce plutôt une question de commodité ou de préférences?

- La personne qui fait la demande est-elle *compétente* (apte à prendre les décisions concernant les soins et services qu'elle requiert) et suffisamment *informée*?

- Quelle est la *sensibilité* de l'intervenant, tant comme clinicien que face aux différentes valeurs culturelles.

Sur le plan culturel

- En quoi la requête d'adaptation ou d'accommodation est-elle liée à la culture?
Approfondissez la question en vous demandant :
 - ⇒ La «nature» culturelle de cette demande peut elle être confirmée ou attestée? (valider, confirmer le lien de la demande avec la culture; demander au client, se poser soi-même la question)
 - ⇒ La question est-elle *purement* culturelle, ou est-elle liée à d'autres facteurs, comme les préférences personnelles, la santé mentale ou physique, la dynamique familiale, etc.?
 - ⇒ La même demande aurait-elle pu être posée sans faire référence à la culture? Si oui, en quoi cela modifierait-il la réponse clinique apportée?
- La requête est-elle justifiée ou fondée? C'est-à-dire est-ce qu'elle correspond aux caractéristiques et pratiques *généralement* associées à la norme culturelle invoquée?
- Croyez-vous être en mesure de bien évaluer la composante culturelle en question, ou avez-vous besoin de plus d'information?
- Est-ce que l'utilisateur comprend la situation?
Approfondissez la question en vous demandant:
 - ⇒ Est-ce que l'utilisateur comprend que la situation représente un dilemme pour l'équipe et que son comportement entraîne un choc entre les normes de différentes cultures?
 - ⇒ Comment l'utilisateur comprendrait-il l'acceptation ou le rejet de sa demande?
 - ⇒ La situation serait-elle résolue de la même manière si l'utilisateur était une personne clairement issue de la culture québécoise?
- L'intervenant ou l'équipe d'intervention a-t-elle interrogé ses propres réactions, sa neutralité ou objectivité dans l'interprétation de la demande?

Sur le plan administratif

- Cette requête relève-t-elle du mandat du CSSS? De l'équipe? L'utilisateur devrait-il être référé vers d'autres ressources?
- Existe-t-il des lignes directrices (lois, règlements, politiques, codes professionnels, etc.) qui traitent de cette situation spécifique?

- Si de telles lignes directrices existent, s'agit-il d'un cas unique qui justifie, éthiquement, de faire une exception aux normes ou actions recommandées?
- Cette situation représente-t-elle une nouvelle tendance qui requerra l'élaboration de nouvelles lignes directrices?
- Est-ce que les gestionnaires concernés du CSSS sont au courant de la situation?
- Est-ce que l'issue de la situation représente un risque potentiel pour l'établissement?

Sur le plan des procédures

- Toutes les personnes concernées ont-elles pu se prononcer?
- Le processus a-t-il été juste et transparent?
- Est-ce que tout le monde est au courant des mécanismes de l'institution concernant les possibilités d'appel?

Étape 3 Analyser les informations pertinentes

- Faire une liste des différentes options.
- Pour chaque option, établir une hiérarchie des principes et valeurs en cause.
- Pour chaque option, considérer les conséquences immédiates et à long-terme en termes de bénéfices et d'inconvénients potentiels pour chaque personne en cause.
- Comparer les options afin de juger laquelle est la plus convaincante sur le plan éthique.
- Vérifier la cohérence éthique de la décision prise:
 - ⇒ Est-ce qu'elle viole des lignes directrices, des valeurs ou des principes fondamentaux?
 - ⇒ Est-ce qu'elle satisfait les normes cliniques professionnelles?
 - ⇒ Est-ce qu'elle satisfait les exigences du devoir professionnel?
 - ⇒ Est-ce qu'elle correspond au mandat de l'institution?
 - ⇒ Est-ce qu'elle satisfait les normes de la «personne raisonnable»?

Étape 4 Appliquer la décision

Les décisions sont généralement le fruit d'une réflexion et d'une évaluation approfondies, ainsi que d'un consensus.

- Aviser les parties de la décision et en expliquer les raisons.
- Aviser les parties des mécanismes d'appel existants.
- Fournir un suivi adéquat et assurer une bonne rétroaction.

LES STRATÉGIES DE SURVIE

- Même les décisions les plus légitimes sur le plan éthique exigent d'excellentes habiletés de communication et un comportement professionnel si on veut aboutir à de bons résultats cliniques. À cette fin, il faut éviter :
 - ⇒ Le profilage
 - ⇒ La polarisation
 - ⇒ Les jugements
 - ⇒ Les attitudes défensives
 - ⇒ Les décisions arbitraires
 - ⇒ Les abus de pouvoir
- Résistez à la tentation de recourir à des décisions catégoriques et polarisées face à des défis complexes.
- Sachez que les décisions d'équipe par consensus ne reflèteront pas toujours vos préférences personnelles ou vos valeurs.
- Gardez en tête des attentes réalistes face à ce que vous pouvez accomplir.
- Reconnaissez vos propres limites personnelles et professionnelles à cet effet.
- Allez chercher du support, consultez, particulièrement lorsque vous sentez venir la démoralisation, le cynisme et l'épuisement. (ex : supérieur immédiat, superviseur clinique, conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de recherche et de formation, collègue avec une expérience reconnue, intervenant de PRAIDA, etc.)
- Souvenez-vous que le premier objectif est de gérer les dilemmes en contexte de services sociaux et de santé.
- Une décision consensuelle, raisonnable et éthiquement justifiable peut être négociée avec succès dans la majorité des cas. Parfois, il peut être nécessaire de refuser une demande d'adaptation ou d'accommodement des services. Lorsque cette situation arrive, cela doit être fait de façon éthiquement défendable.

RAPPELEZ-VOUS...

- Notre mandat est de fournir des services sociaux et de santé
- Personnaliser les services exige souvent que l'on s'adapte aux conditions particulières du client
- Les requêtes pour des adaptations et des accommodements peuvent impliquer une composante culturelle
- Rarement, de telles requêtes ne peuvent être satisfaites
- Lorsque cela arrive, cela doit être après une réflexion approfondie et suite à un processus équitable
- Les raisons doivent être convaincantes sur le plan éthique et doivent être clairement expliquées

CAS DE DÉMONSTRATION

EXEMPLE D'APPLICATION CONCRÈTE DE LA GRILLE D'ANALYSE

Le cas suivant est inspiré d'un cas réel et présenté à titre d'exemple afin d'illustrer comment l'approche décrite peut être appliquée. Il ne constitue pas une analyse définitive de la situation clinique exposée.

Un homme agit à titre d'interlocuteur pour sa femme

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. Même s'ils peuvent tous les deux communiquer adéquatement en français, 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.

Étape 1 Identifier le défi

- Pour le médecin de famille, l'acquiescement de la femme signifie qu'elle consent implicitement et qu'elle se considère mieux représentée par son mari.
- Lorsque le médecin soulève cette question dans une réunion d'équipe, l'infirmière et la travailleuse sociale s'objectent énergiquement à son point de vue. Elles considèrent que leur devoir professionnel les rattache strictement à la cliente.
- Elles précisent également qu'accepter que le mari de la cliente la représente en contexte d'intervention clinique constituerait une violation flagrante des valeurs de la société québécoise, puisque cela viole les droits fondamentaux de la femme.
- Des tensions surgissent dans l'équipe quant à la façon de procéder. Le médecin est disposé à traiter avec la cliente par l'intermédiaire de son mari, alors que le reste de l'équipe croit que tous les efforts devraient être faits pour traiter directement avec la femme.

- Le médecin craint que s'il tente de contourner le mari et de traiter directement avec la cliente, celle-ci ne viendra pas pour ses suivis, et il ne sera pas en mesure de lui fournir les soins dont elle a besoin.
- Les autres membres de l'équipe croient que la femme est contrainte par son mari. Selon eux, le fait que celui-ci refuse que le médecin procède à une évaluation plus complète et à un examen physique est la preuve qu'il ne prend pas en considération le meilleur intérêt de sa femme.

Dilemmes éthiques sous-jacents

1. Autonomie vs bienfaisance

- ⇒ Respecter les préférences implicites de la cliente vs défendre son droit à l'autodétermination.
- ⇒ Respecter les apparentes préférences du couple vs promouvoir leur intégration dans la société québécoise.

2. Intégrité professionnelle vs bienfaisance

- ⇒ Maintenir la responsabilité professionnelle primaire du médecin envers la cliente vs entretenir une relation thérapeutique.

3. Bienfaisance vs non-malfaisance

- ⇒ Fournir à la femme des soins médicaux vs risquer d'en perdre le suivi clinique.

Étape 2 Recueillir les informations pertinentes

Sur le plan clinique

- Le médecin de famille évalue que la femme n'est pas en danger immédiat.
- Un diagnostic différentiel inclut des troubles d'anxiété, une dépression, la schizophrénie, des troubles post-traumatiques, etc.
- Le médecin se demande si certains des comportements de la cliente ne sont pas amplifiés par le stress de l'immigration récente.
- Le médecin se demande également si la femme a la capacité de prendre ses propres décisions. Bien que la cliente se soit retirée et que son mari affirme qu'elle a des comportements de plus en plus étranges à la maison, le médecin n'a vu aucun signe permettant de penser que la cliente soit inapte à ce moment-ci.

Sur le plan culturel

- Le médecin se demande si l'acquiescement silencieux de la cliente n'est pas en fait un consentement implicite à ce que son mari représente son meilleur intérêt.
- Le médecin se demande également si, ce faisant, la cliente n'agit pas simplement en rapport avec ses propres valeurs culturelles profondément ancrées. Il n'estime pas avoir vu de signe indiquant qu'elle était intimidée par son mari. Il n'a observé aucun signe extérieur de peur ou de détresse.
- Le reste de l'équipe est convaincu que la cliente subie un endoctrinement culturel par lequel les femmes sont totalement soumises à leurs maris au point où leurs droits humains fondamentaux sont violés.
- L'équipe fait valoir que le fait que la cliente ne présentait aucun symptôme extérieur de détresse n'est pas un indicateur valable de ce qu'elle ressent. Elle peut être conditionnée à ne trahir aucun signe par crainte de provoquer son mari.
- Selon l'équipe, même si l'acquiescement de la cliente à la représentation de son mari est compatible avec ses propres valeurs culturelles et qu'elle s'avérait n'être pas réellement en détresse, cela ne rend pas la situation «éthique» pour autant. Ils estiment qu'une telle situation constitue une violation inacceptable des droits humains fondamentaux. Ils croient qu'une femme ne devrait pas être autorisée à renoncer à sa liberté de cette façon.
- Tout en reconnaissant que ces préoccupations sont légitimes, le médecin souligne que les personnes issues de cette culture ne vivent pas toutes selon une telle philosophie. Selon lui, le comportement du couple se fonde peut-être sur un ensemble tout à fait acceptable de valeurs. Il est possible qu'en tant qu'immigrants récents, ils aient convenu entre eux que le mari est davantage en mesure d'être un défenseur solide. Peut-être est-il moins craintif ou intimidé par des figures d'autorité que la cliente elle-même. Peut-être se sent-elle dépassée et effrayée et préfère-t-elle que son mari joue un rôle de «protecteur» dans la société d'accueil?
- D'un autre côté, le comportement du couple peut aussi avoir moins à voir avec les valeurs culturelles et davantage avec leurs psychopathologies personnelles respectives. La patiente est peut-être extrêmement timide ou paranoïaque, tandis que le mari pourrait avoir un trait de personnalité histrionique (hystérique).
- Après réflexion, les membres de l'équipe conviennent qu'ils ne peuvent raisonnablement pas trouver des réponses à la plupart de ces questions. Ils n'ont pas assez d'informations pour se prononcer. Ils admettent que, bien que leurs préoccupations soient valables, ils fondent leurs impressions sur des hypothèses qui n'ont pas été étayées. Ils conviennent qu'ils doivent faire une évaluation beaucoup plus approfondie de la situation avant de répondre à ces questions.
- Ils conviennent qu'ils ont le temps d'examiner leurs options et leurs arguments de manière plus approfondie avant de poursuivre.
- L'infirmière suggère que l'équipe consulte des collègues ayant une expertise dans ce domaine. Le médecin demande quel type d'expertise cherche l'équipe : il croit que la plupart des questions pertinentes ont déjà été soulevées, et suggère que les réponses soient trouvées en travaillant avec le couple.

- Le médecin demande à l'équipe d'examiner la portée de l'acceptation ou du rejet de la demande du mari, soit que toutes les interventions cliniques passent par lui, et ce, particulièrement si cela est lié à des facteurs culturels. Quel en serait l'impact pour la cliente, en bout de ligne, en ce qui concerne son état de santé, sa relation avec son mari, et son éventuelle intégration dans la société québécoise?

Sur le plan administratif

- Tous les membres de l'équipe sont d'accord pour dire que les besoins de la cliente s'inscrivent clairement dans le mandat du CSSS de la Montagne.
- Plus précisément, ils croient que notre mandat ne consiste pas uniquement à régler les problèmes de santé de la cliente, mais aussi à aider le couple à faire face à son immigration récente et à les aider à s'intégrer dans la société québécoise.
- Après réflexion, l'équipe convient que l'«intégration» peut constituer un défi complexe. En supposant que les différences culturelles jouent un rôle important dans ce cas-ci, les membres de l'équipe estiment qu'il est dans leur mandat de «libérer» la cliente de toute relation qui serait de nature misogyne et fondée sur des valeurs culturelles.
- L'infirmière souligne que si tel est le cas, l'équipe devra faire attention de ne remettre en question que les valeurs culturelles que nous considérons comme fondamentalement offensantes. Elle met en garde ses collègues d'éviter le profilage. L'équipe devra faire attention de ne pas prolonger l'interprétation de notre mandat en condamnant tous les aspects de la culture - par exemple les traditions et les coutumes, la langue, l'art, les croyances spirituelles, etc.
- La travailleuse sociale fait remarquer par ailleurs qu'il existe de nombreux éléments de la culture «québécoise» qui peuvent aussi être nettement misogynes. Elle invite son équipe à se demander s'ils considéreraient aussi dans le cadre de leur mandat d'«intégrer» la femme si elle était d'origine québécoise.
- L'équipe n'est au courant d'aucune politique du CSSS qui porterait sur la manière de faire face aux différentes composantes culturelles et aux dilemmes éthiques qui remettent en question les normes de pratique.
- La moitié de l'équipe estime qu'il serait très utile d'avoir accès à une politique explicite sur cette question afin de clarifier la situation et de fournir un appui institutionnel aux membres de l'équipe.
- L'autre moitié se méfie de tout contrôle administratif supplémentaire s'ajoutant à leur jugement professionnel. Ils considèrent qu'ils sont déjà par trop contraints par un système extrêmement bureaucratique de codes d'éthique qui, paradoxalement, les *empêchent* souvent de pratiquer leur discipline professionnelle éthiquement.
- L'infirmière se demande si la direction du programme, la Direction des services professionnels (DSP), ou d'autres cadres supérieurs ne devraient pas être mis au courant de cette situation. Elle estime que cette situation représente un triple écueil : les risques encourus par la cliente, un fort potentiel de litige et le danger de faire une mauvaise publicité au CSSS.

Sur le plan des procédures

- L'équipe prend un certain temps pour partager et discuter leurs points de vue et leurs différentes perspectives.
- À mesure que les discussions avancent, la plupart des membres de l'équipe réalisent que leur point de vue initial était fondé sur des présomptions sans fondement et des notions incomplètes de ce qui constitue la «culture».
- Ils réalisent aussi qu'ils ne peuvent pas être certains, à ce stade-ci, que les défis auxquels ils font face sont attribuables aux valeurs culturelles. Peut-être, en effet, sont-ils plus imputables à d'autres facteurs.
- Ils constatent qu'il peut y avoir certains avantages à consulter des collègues qui ont davantage d'expérience dans ce domaine.
- Un membre de l'équipe, toutefois, est exaspéré par cette longue discussion. Elle affirme que la «rectitude politique» est en train de nuire au sens commun. Elle croit que cette analyse prolongée paralyse l'équipe et l'empêche ce faire qui est de toute évidence la meilleure chose : aider la cliente à recevoir les soins et les services dont elle a clairement besoin. Elle affirme qu'il est contraire à l'éthique de tergiverser de la sorte aux dépens de la cliente. Elle prend sa défense et insiste pour que le médecin appelle celle-ci et prenne un rendez-vous afin de la voir seule.
- Le médecin estime qu'il peut être utile d'informer la Direction des services professionnels de cette situation. Il ne croit pas nécessaire d'impliquer d'autres cadres supérieurs.

Étape 3 Analyser les informations pertinentes

L'équipe considère les quatre (4) options suivantes (il pourrait y en avoir d'autres):

Option 1

Planifier un autre rendez-vous avec le couple. Le médecin précisera que sa relation professionnelle est avec la cliente et qu'il n'a pas d'autre choix que de traiter directement avec elle. Si nécessaire, il demandera au mari de quitter.

Avantages

- ⇒ Valorise la cliente en tant que centre d'attention principal
- ⇒ Protège l'intégrité professionnelle
- ⇒ Respecte l'autonomie individuelle et le consentement éclairé
- ⇒ Facilite l'intégration du couple dans la société québécoise en leur faisant comprendre l'importance des valeurs professionnelles et sociales québécoises

Inconvénients

- ⇒ Peut provoquer une réponse agressive
- ⇒ Peut provoquer une détresse importante dans la dynamique du couple
- ⇒ Peut miner l'alliance thérapeutique; le médecin risque de se mettre à dos à la fois la cliente et son mari
- ⇒ Comporte un risque de perdre le suivi du couple. La cliente pourrait ne pas bénéficier d'une évaluation adéquate et ne pas recevoir les soins dont elle a besoin.

Option 2

Planifier un autre rendez-vous avec le couple. Le médecin observera attentivement la cliente afin de vérifier si elle montre des signes ou des symptômes de peur, d'intimidation, de coercition, etc. S'il ne détecte rien, il continuera à laisser le mari agir comme intermédiaire.

Avantages

- ⇒ Maintient la relation thérapeutique et la possibilité d'éventuellement prodiguer à la cliente les soins dont elle a besoin
- ⇒ Permet d'éviter une éventuelle confrontation

Inconvénients

- ⇒ Compromet l'intégrité professionnelle en mettant l'accent sur les intérêts de la cliente.
- ⇒ Retarde l'émancipation de la cliente vis-à-vis d'une relation potentiellement misogyne.
- ⇒ Retarde l'intégration du couple dans la société québécoise.

Option 3

Le suivi se concentrera non seulement sur la condition médicale de la cliente, mais explorera également les nombreuses questions soulevées à propos de la culture. Le médecin tentera de déterminer quel rôle, le cas échéant, les valeurs culturelles peuvent jouer dans l'explication du comportement du couple. Il abordera le sujet en douceur, mais directement, avec le couple.

Avantages

- ⇒ L'accent est mis sur les soins de santé de la cliente de manière plus globale, en explorant la culture comme un facteur possible.
- ⇒ La relation thérapeutique est maintenue sans pour autant ignorer le problème qui est posé au sujet des relations entre la femme et son mari.

Inconvénients

- ⇒ Retarde le traitement médical de la patiente en raison du temps requis pour aborder les questions culturelles.

Option 4

Planifier une réunion d'équipe en invitant des collègues qui pourraient partager leurs connaissances et leur expérience clinique dans ce domaine. Après avoir obtenu un consensus et défini un plan, l'équipe planifiera un rendez-vous avec le couple.

Avantages

- ⇒ Permet de bénéficier d'informations supplémentaires et d'une expertise pertinente
- ⇒ Permet d'élaborer un plan plus détaillé et concret avant de rencontrer le couple

Inconvénients

- ⇒ Complique inutilement le problème
- ⇒ Retarde le traitement
- ⇒ Favorise une perception selon laquelle la gestion des différences culturelles dans les soins de santé et les services sociaux nécessite une expertise qui n'est pas à la portée de tous les professionnels qui y exercent leur profession

Étape 4 Appliquer la décision

- L'équipe choisit une combinaison des options 3 et 4. Les membres sont plutôt convaincus que la meilleure approche globale se reflète dans l'option 3. Toutefois, étant donné la forte dissidence de la part d'un membre de l'équipe, et la relative inexpérience du jeune médecin dans le traitement de ces questions, l'équipe estime qu'il peut être utile de retarder légèrement le prochain rendez-vous afin de prendre le temps de consulter leurs collègues et de tenter de trouver un consensus au sein de l'équipe.
- L'équipe invite un chercheur du Centre de recherche et formation (CRF) ayant développé une expertise dans le domaine interculturel, ainsi qu'une infirmière expérimentée du *Groupe de consultation sur des questions éthiques* du CSSS à participer à leur réunion d'équipe.
- Ils ne sentent pas la nécessité d'impliquer des cadres supérieurs à cette étape, puisqu'il n'y a pas de crise imminente. Ils envisageront de le faire si la situation évolue de façon négative.

Note: Cette analyse est basée sur les informations qui étaient disponibles à cette étape. Elle pourrait être radicalement transformée advenant une seule variation dans cette situation complexe. Voici deux exemples de la façon dont les options, l'analyse et le plan pourraient légitimement être modifiés.

Variation 1

- Lorsqu'il retourne à son bureau, le médecin trouve sur sa boîte vocale un message du mari de la cliente. Celui-ci explique que la police a ramené sa femme chez elle. Elle a été trouvée errante dans la rue, apparemment désorientée. Elle ne portait pas de chaussures.
- Le médecin appelle le mari. Celui-ci admet que la condition de sa femme s'est détériorée. Elle n'a pas beaucoup mangé dans les deux dernières semaines et a perdu près de 5 kg. Elle dort par intermittence, mais pas plus de 3-4 heures par jour. Le reste du temps, elle arpente l'appartement, parlant haut et fort à des personnes qui ne sont pas vraiment là.
- Le médecin exprime son inquiétude au mari et lui suggère de lui emmener sa femme le jour même afin de procéder à un suivi.
- Le mari refuse, et soutient qu'il contrôle la situation. Selon lui, la cliente vit du stress, mais il arrivera à s'occuper d'elle grâce à une bonne discipline et à une approche ferme. Il appelait simplement pour demander au médecin de prescrire à sa femme des médicaments pour mieux dormir.
- Malgré l'insistance du médecin, qui soutient que la cliente court peut-être un danger, le mari rejette toutes les suggestions et insiste pour obtenir des médicaments pour le sommeil.

Analyse

- Un seul facteur change ici sensiblement l'analyse précédente : il s'agit du degré de dangerosité. Bien que le médecin ait précédemment estimé que la cliente ne courait pas un danger imminent, cette évaluation a maintenant changé.
- Par conséquent, l'équipe peut considérer que l'adoption d'une approche beaucoup plus directe serait davantage conforme à l'éthique.

Variation 2

- Lorsqu'il retourne à son bureau, le médecin trouve sur sa boîte vocale un message de la cliente elle-même. Elle est en larmes et semble agitée. Elle explique qu'elle se sent prise au piège par sa situation à la maison, et demande si quelqu'un peut l'aider à échapper à la domination de son mari tyrannique.

Analyse

- La cliente a radicalement modifié sa façon d'affirmer sa propre autonomie. Alors qu'auparavant, il était légitime pour le médecin d'entrevoir la probabilité que l'attitude passive de la patiente n'était que la preuve d'un acquiescement consensuel propre à son rôle d'épouse dans un cadre culturel particulier, le dernier incident change complètement l'évaluation de la situation. La cliente semble tenter d'échapper à une situation domestique inacceptable. Hors de la contrainte de son mari, elle exprime librement sa volonté d'être aidée.
- Le devoir professionnel du médecin envers la cliente exige de concevoir un plan d'action différent, dans lequel l'objectif principal sera d'aider la femme à se soustraire à une situation de violence conjugale le plus rapidement et de façon la plus sécuritaire possible.

CONCLUSION

En conclusion de ce guide, nous réitérons que le personnel du CSSS de la Montagne et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux détiennent des connaissances, compétences, aptitudes et expériences de grande qualité quant à la meilleure manière d'intervenir en contexte de diversité culturelle.

En déterminant les bonnes questions à se poser dans le cadre de prises de décision difficiles, nous sommes confiants que cette prise de décision en sera facilitée, tout en reconnaissant la complexité de certaines situations, heureusement peu nombreuses.

Nous soutenons que 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 des établissements de santé.

Nous souhaitons cependant rappeler que la complexité ne s'applique pas à toutes les situations. Au contraire, la plupart des adaptations se font au quotidien de façon professionnellement instinctive et la grande majorité des cas se soldent par une adaptation mutuelle concertée, dans un contexte d'échanges visant une meilleure compréhension.

Nous devons continuer à insister sur l'importance du jugement professionnel. Bien que les lois et les politiques institutionnelles puissent aider à définir les paramètres à l'intérieur desquels nous travaillons, le défi qu'est la prestation de services à des êtres humains en situations difficiles ne pourra jamais se réduire à une recette par laquelle les professionnels de la santé abdiqueraient leurs devoirs moraux en les remplaçant par des listes de contrôle bureaucratique.

RESSOURCES

Il existe dans les établissements plusieurs ressources internes et externes pouvant être mises à la disposition des intervenants afin de les aider et les appuyer dans le défi d'intégrer les éléments culturels dans le travail clinique quotidien.

Il appartient à chaque établissement d'identifier les ressources les plus aptes à offrir le soutien nécessaire et les modalités pour y accéder.

Le CSSS de la Montagne offre à tous les employés une formation de base sur l'intervention en Interculturel (I et II). Tous les employés sont fortement encouragés à participer à ces sessions de formation. Ces sessions sont aussi adaptées pour soutenir les interventions de différents établissements et organismes du réseau dans la réalisation de leurs mandats auprès de la population.

Ressources spécifiques disponibles au personnel du CSSS de la Montagne

- **Collègues, superviseurs et conseillères cliniques, chefs de programme**, etc. sont disponibles pour soutenir les interventions complexes. Il faut simplement les identifier dans votre équipe, programme ou direction.
- **Responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire**, Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire.
- **Conseillère clinique**, Direction du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).
- **Conseillères cliniciennes en soins infirmiers**, Direction des soins infirmiers.
- **Chercheurs dans le domaine interculturel**, Centre de recherche et de formation.
- **Équipe de pédopsychiatrie transculturelle** et équipe de recherche.
- Consultation en éthique clinique, **bio-éthicien** et directeur du programme d'éthique.
- Comité de soutien en éthique clinique, communiquez avec la **Conseillère à la qualité**, Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire.
- **Services d'interprétariat** disponibles, pour plus d'information consultez la Politique d'interprétariat du CSSS et discutez-en avec votre chef de programme.

Ressources dans la communauté

Plusieurs groupes communautaires œuvrent auprès de communautés culturelles diverses. Nous vous recommandons de consulter le *Répertoire des Ressources Communautaires* du territoire que vous desservez afin de trouver la ressource correspondant le plus à votre besoin de soutien.

INFORMATIONS UTILES

CHARTES ET LOIS

EXTRAITS DE LA CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC

Article 3.

Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

Article 9.1

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.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

Article 10.

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

EXTRAITS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Article 2.

Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

2.4. Rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

2.5. Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions;

2.6. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;

2.7. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

Article 3.

Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

3.2. Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3.3. L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

Article 349.

Une agence doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles.

Article 9.

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Article 100.

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient 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 population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire [...].

BIBLIOGRAPHIE

Cresson, G. (1995), *Le travail domestique de santé, Analyse sociologique*, Paris : L'Harmattan, coll. logiques sociales.

CSSS de la Montagne, *Plan d'organisation stratégique 2009-2012*, mai 2009, 11p.

Cuche, Denys (1997), Nouveaux regards sur la culture. L'évolution d'une notion en anthropologie, *Sciences humaines*, no. 77, pp. 20-27.

Cuche, Denis (2001), *La notion de culture dans les sciences sociales*, nouv. Éd. Collection Repères no 250, Paris, Éditions La Découverte.

Cuche, Denys (2002), Nouveaux regards sur la culture : l'évolution d'une notion en anthropologie, in N. Journet (ed.) *La culture. De l'universel au particulier*, Paris, Éditions sciences humaines, pp. 203-212.

Dozon, J.P. , Fassin, D. (2001), *Critique de la santé publique*, Paris, Éditions Balland.

Gouvernement du Québec, *Charte des droits et des libertés de la personne du Québec*.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, 2006.

Hohl, J., Cohen-Émerique, M. (1999), La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle : le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu, *Canadian Ethnic Studies / Études ethniques au Canada*, 31 (1) : 106-123.

Kroeber, L. et C. Kluckhohn, *Culture: a critical review of concepts and definitions*, Cambridge (Mass), Papers of the Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology, Harvard University XLVII, 1952.

Lévi-Strauss, Claude (1958), *Anthropologie Structurale*, Paris, Plon.

Pennec, S. (2004b), La souffrance des proches : des ajustements négociés entre ses propres valeurs et normes de santé, celles de la famille et celles des professionnels , in Bouchayer, F., Cresson, G., Pennec, S., Schweyer, X. (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, Coll. Recherche, santé, social, pp. 237-250.

Unesco (1982), *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles*, Mexico City, 26 juillet - 6 août.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Les documents ayant principalement servis à la production de ce guide sont disponibles sur demande.

1. Mémoire *L'adaptation reliée à la gestion de la diversité dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal* présenté par le CSSS de la Montagne à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles
2. Document synthèse des journées de réflexion organisées par le CSSS de la Montagne.

ANNEXE

LA CULTURE : CONCEPT ET APPROCHES THÉORIQUES

La culture est un concept complexe qui peut être abordé par différentes approches théoriques, qui sont enseignées et débattues dans les milieux universitaires. Cette section a pour objectif de clarifier le concept de culture et de préciser l'approche retenue par le CSSS de la Montagne.

S'INTERROGER SUR LE CONCEPT DE CULTURE

La culture c'est quoi?

« L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels ou affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (UNESCO, 1982).

Dans son sens anthropologique et sociologique, le mot « culture » a un sens à la fois plus large et plus neutre. Il sert à désigner l'ensemble des activités, des croyances et des pratiques communes à une société ou à un groupe social particulier.

En 1871, Edward Burnett Tylor, anthropologue britannique (1832-1917), donne la définition suivante : la culture est « un ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société ».

Existe-t-il une seule définition de la culture?

Il n'y a pas consensus sur les définitions de la culture. Il en existe des dizaines. Les définitions varient selon les disciplines et au sein même d'une discipline.

Par exemple, si on prend le cas de l'anthropologie, où la notion de culture est l'un des concepts fondamentaux, il n'y a pas de consensus autour de celle-ci. Les multiples définitions qu'on en donne répondent aux différentes positions théoriques de la discipline.

Déjà, dans l'examen de la littérature anthropologique fait dans les années 1950, les anthropologues américains, Kroeber et Kluckhohn, ont noté 164 définitions pour le concept de culture.

La conception de la culture a-t-elle toujours été la même?

La conception de la culture dans les sciences sociales a évolué depuis la définition donnée par Tylor en 1871. On retrouve deux principales approches : l'approche culturaliste et l'approche constructiviste.

⇒ **Approche culturaliste (ou essentialiste) : Considérer la culture comme une entité**

Selon cette approche, la culture représente l'ensemble des comportements partagés par les membres de la société. Elle est appréhendée comme un tout.

Autrement dit, cette conception essentialiste de la culture consiste à traiter les groupes culturels comme des substances. La culture est vue comme un ensemble de traits qui font partie de la nature et qui sont figés dans le temps.

La culture est présentée en quelque sorte comme un patrimoine transmis de génération en génération.

L'historicité de la culture n'est pas reconnue dans cette approche.

⇒ **Approche constructiviste : Considérer la culture comme un construit**

Selon cette approche, les cultures ne sont pas considérées comme des entités stables, des données immuables et irréductibles. Au contraire, la culture est dynamique et se transforme dans le temps.

Même si la culture représente une forme de permanence dans la durée, elle est soumise à des changements et sa reproduction n'est jamais assurée à l'identique.

Les cultures sont en remaniement constant, en fonction des circonstances et des interactions du moment.

Les éléments qui la composent proviennent de sources diverses dans le temps et dans l'espace.

Toutes les cultures communiquent et s'interpénètrent. L'adoption par un groupe d'éléments de culture différente est un phénomène universel et constitutif des cultures (Cuhe, 2002).

Les mélanges et les métissages culturels existent depuis très longtemps et dans toutes les sociétés humaines (Cuhe, 2002). Il n'y a pas de frontières clairement établies entre les cultures.

La culture « n'est pas un système clos ni une tradition à conserver, mais une construction sociale en constant renouvellement et dont une des fonctions est de garder constamment les frontières d'une collectivité particulière » (Cuche, 1997).

Est-il approprié de parler de la culture d'origine des migrants?

Étant donné les transformations du système culturel des migrants au contact de la société hôte, on ne peut parler d'une « culture d'origine » pour désigner la culture des migrants. Aucune culture transplantée ne peut rester identique à elle-même (Cuche, 2002).

Le système culturel des migrants se transforme profondément au contact de la société hôte.

Dans l'évolution des systèmes culturels des populations migrantes, le cadre du pays hôte joue un rôle déterminant. Des migrants issus de la même région connaissent des évolutions culturelles sensiblement différentes selon le pays hôte (Cuche, 2002). Par exemple, contrairement à Montréal et d'autres villes nord-américaines, il n'existe pas de « Petite Italie » en France, où l'État impose un centralisme culturel.

Quelles sont les principales caractéristiques de la culture?

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur la notion de culture, les anthropologues s'entendent sur quelques-unes de ses caractéristiques ou dimensions essentielles :

- ⇒ **La culture est universelle** : Elle est un facteur de diversité parmi les groupes humains.
- ⇒ **La culture est apprise** : Les croyances et les comportements s'acquièrent non par l'hérédité biologique, mais par le fait de grandir dans une société donnée, où prévaut une tradition culturelle spécifique.

Les humains utilisent la culture pour s'adapter et transformer le monde dans lequel ils vivent. Chaque culture offre un éventail de modèles pour diverses situations de la vie.

La culture s'empare des besoins biologiques naturels que nous avons et nous apprend à les exprimer de telle ou telle manière. On pourrait dresser l'inventaire des besoins primaires pour s'apercevoir que ces fonctions dites biologiques sont pensées et vécues différemment dans chaque culture (par ex. dormir, manger, procréer, etc.)

Parmi les choses qui relèvent de la culture, on peut penser à la façon dont on conçoit le temps, l'espace, la mort, les vêtements, la famille, la santé, la maladie, etc.

Les membres de toutes les sociétés expérimentent des événements spécifiques : naissance, mort, recherche de nourriture, recherche d'un abri, etc. Toutes les sociétés ont des règles concernant les fréquentations, les idées sur l'éducation des enfants, les techniques de construction.

Exemple : les préférences alimentaires. Les gens doivent manger, mais la culture leur indique quoi manger, quand et comment le faire. À cet égard, la nourriture est une création culturelle, c'est-à-dire que les êtres humains déterminent ce qui est de la nourriture et ce qui ne l'est pas.

⇒ **La culture est partagée** : La culture se transmet en société. Elle est un attribut des individus en tant que membres d'un groupe, non en tant que personne.

Pour être qualifiés de culturel, une chose, une idée, un comportement, doivent avoir un sens partagé par au moins deux personnes à l'intérieur d'une société.

C'est cet aspect qui rend notre vie moins compliquée. Parce que les individus partagent une culture commune, ils sont en mesure de prédire, à l'intérieur de certaines limites, comment les autres vont réagir.

⇒ **La culture est inconsciente** : Le fait culturel est en grande partie inconscient aux acteurs, parce que totalement intériorisé.

⇒ **La culture est symbolique** : La pensée symbolique est propre et essentielle aux êtres humains et à la culture.