

Université de Montréal

**L'approche dialogique dans les comités d'éthique clinique en Amérique du nord**

par  
Julie Blais

Programmes de bioéthique  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Arts (M.A.)  
en bioéthique

Janvier 2012

© Julie Blais, 2012

Université de Montréal  
Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé :  
L'approche dialogique dans les comités d'éthique clinique en Amérique du nord

présenté par :  
Julie Blais

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Vardit Ravitsky  
Président-rapporteur

Bryn Williams-Jones  
Directeur de recherche

Jocelyne St-Arnaud  
Membre du jury

## RÉSUMÉ

Cette recherche s'intéresse aux processus communicationnels utilisés dans les comités d'éthique clinique (CEC) en Amérique du nord dans leur fonction de consultation. Selon la littérature, les CEC bénéficieraient de «pay closer attention to group process [as an] effective communication in a HEC is essential to a committee's function» (Berchermann and Blechner 2002 p.143). Or, très peu de données sur les dynamiques de groupe et les modes de communication en CEC sont disponibles. Ce travail cherche à savoir si l'approche dialogique peut être utile au soutien des discussions de groupe des CEC.

Dans un premier temps, une revue de littérature rend compte, à partir de son historique, de l'état actuel des CEC. Sont ensuite explorées et analysées, dans leurs avantages et leurs limites, les diverses méthodes utilisées afin de mener les discussions dans le cadre des consultations. Dans un deuxième temps, les barrières communicationnelles qui affectent potentiellement les CEC sont identifiées. Par la suite, afin d'améliorer le processus de communication (et diminuer l'effet des barrières), une nouvelle piste de solution est proposée : le dialogue tel que développé par le milieu organisationnel. Le dialogue est alors conceptualisé et mis en lien avec les besoins des CEC en matière de communication.

Bien que le dialogue propose plusieurs contributions avantageuses pour les CEC et leurs membres, certaines contraintes réduisent sa faisabilité d'une façon globale dans le contexte particulier des CEC. Par contre, en l'utilisant comme formation complémentaire, le dialogue permet le développement de l'individu et du groupe et demeure une approche intéressante et utile pour les CEC qui éprouvent des difficultés systémiques et comprennent les implications de sa démarche.

Mots clés : «consultation éthique», «Comité d'éthique clinique», «méthode», «communication», «dialogue», « processus », «prise de décision», «consensus», «facilitation éthique»

## **ABSTRACT**

This research focuses on communication processes used in hospital ethics committees (HECs) in North America in their consultation role. According to the literature, HECs would benefit if they “pay closer attention to group process [as an] effective communication in a HEC is essential to a committee’s function” (Berchermann and Blechner 2002 359 p.143). However, very little data on group dynamics and modes of communication are available. This thesis explores whether the dialogical approach may be useful to supporting group discussion in HECs.

The first part of this thesis presents a literature review and history to situate the current state of HECs. The various methods used to conduct discussions in ethics consultations are then explored and analyzed, with regards to their advantages and limitations. The second part of the thesis examines communication barriers that potentially affect HECs, and then proposes a possible solution to improve the communication process (and reduce the effect of barriers), that is, the dialogic approach as developed by the organizational setting. This approach is then conceptualized and linked with the communication needs of HECs.

Although dialogue can provide several beneficial contributions to HECs and their members, some contextual constraints reduce its feasibility for a comprehensive application. However, using it as a means of additional training, dialogue enables the development of the individual and the group and remains an interesting and useful approach for HECs facing difficulties, and who are able to understand the systemic implications of this approach.

Key words : “ethics consultation”, “Clinical Ethics Committee”, “method”, “communication”, “dialogue”, “process”, “decision making”, “consensus”, “facilitation”

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>IX</b>
<b>LES REMERCIEMENTS</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
OBJECTIFS	2
APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	3
<i>Une portée nord américaine</i>	3
<i>Base de littérature</i>	3
STRUCTURE	4
<b>CHAPITRE 1 : LES PRATIQUES DES CEC DANS LEUR FONCTION DE CONSULTATION</b>	<b>5</b>
INTRODUCTION	5
UN MOT SUR L'ÉTHIQUE CLINIQUE	6
L'HISTOIRE DES CEC AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA	7
LES CEC NORD AMÉRICAINS D'AUJOURD'HUI	13
LA PRATIQUE DE L'ÉTHIQUE CLINIQUE : LA CONSULTATION	15
LES NOMBREUX ENJEUX ENTOURANT LES CONSULTATIONS ÉTHIQUES	18
1) <i>Légitimité des consultation</i>	20
2) <i>Modèles de consultation</i>	20
3) <i>Procédures (Structure et fonctionnement)</i>	20
4) <i>Standardisation des procédures et certification des CEC</i>	21
5) <i>Caractéristiques et qualifications des membres</i>	21
6) <i>Responsabilité légale</i>	22
7) <i>Théories éthiques</i>	23
8) <i>Mode de prise de décision</i>	23
9) <i>Le travail d'équipe: La communication</i>	23
OUTILS COMMUNICATIONNELS UTILISÉS EN CEC	24
<i>Les grilles d'analyse éthique</i>	25
Les exigences	26
Les avantages et désavantages	27
<i>Outils d'intervention: Les techniques de facilitation</i>	28
<i>Règles de communication</i>	30
CONCLUSION	32
<b>CHAPITRE 2 : L'APPROCHE DIALOGIQUE : UN SOUTIEN AUX ANALYSES DE CAS EN CEC</b>	<b>34</b>
INTRODUCTION	34
BARRIÈRES DE COMMUNICATION DU TRAVAIL D'ÉQUIPE EN CEC	35
(1) <i>Barrières individuelles</i>	36
Capacités de l'individu	36
Biais, parti-pris, préjugés, convictions	36
Engagement	37
Émotions	38
(2) <i>Barrières collectives</i>	38
Processus décisionnel	38

Leadership	39
Déséquilibre du pouvoir	39
Complexité du milieu immédiat et des relations	41
<i>(3) Barrières environnementales</i>	<i>41</i>
PISTE DE SOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA GESTION	42
ÉLÉMENTS CLÉS DE L'APPROCHE DIALOGIQUE EN ORGANISATION	43
<i>Origine</i>	<i>43</i>
<i>Définition du dialogue</i>	<i>44</i>
<i>Fonctionnement</i>	<i>46</i>
<i>Contributions du dialogue</i>	<i>47</i>
<i>Fondements de l'approche dialogique tels que conceptualisés par Isaacs</i>	<i>50</i>
Principes	50
Niveau 3 : Architecture	56
<i>Limites du dialogue dans le contexte des CEC</i>	<i>58</i>
CONCLUSION	61
LIMITES DE LA RECHERCHE	67
CONTRIBUTIONS ET ÉTAPES FUTURES	68
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>XII</b>
ANNEXE I	XII
ANNEXE II	XV
ANNEXE III	XVI
ANNEXE IV	XVII
ANNEXE V	XX

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Dates importantes concernant le développement de la pratique de l'éthique clinique et la mise sur pied des CEC en Amérique du nord _____	11
Tableau II: Avantages et désavantages des différents modèles de consultation _____	16
Tableau III : Éléments clés d'une grille d'analyse _____	26
Tableau IV: Principales caractéristiques de la pratique du dialogue _____	47
Tableau V : Contributions du dialogue _____	48
Tableau VI: Association des pathologies de la pensée, principes fondamentaux du dialogue et comportements à développer selon Isaacs. _____	51
Tableau VII : tableau comparatif de quelques grilles développées par des auteurs francophone du milieu de l'éthique clinique _____	xii
Tableau VIII : barrières à la communication rencontrées dans la pratique des CEC telles que décrites dans la littérature _____	xv
Tableau IX : Comparaison dialogue et débat _____	xvi
Tableau X: Différences entre la négociation et le dialogue _____	xvi
Tableau XI : Apprentissages associés aux pratiques du dialogue d'Isaacs _____	xvii

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les cinq dimensions du dialogue	xx
--	----

---



## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAP :	American Academy of Pediatrics
ACCS :	Association catholique canadienne de la santé
ACSSSS :	Association des cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux
AHC :	Association des hôpitaux du Canada
AHQ :	Association des hôpitaux du Québec
AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Québec.
AMC:	Association médicale canadienne
ASBH:	American Society for Bioethics and Humanities
ASSS:	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
CEC :	Comité d'éthique clinique
CER :	Comité d'éthique de la recherche
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DHHS:	Department of Health and Human Service
GREM :	Groupe de recherche en éthique médicale (de l'Université Laval)
HEC:	Healthcare ethics committee
IEC:	Institutional Ethics Committees
JCAHO:	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisation
MIT:	Massachusetts Institute of Technology
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
SCB :	Société canadienne de bioéthique

## LES REMERCIEMENTS

Une de mes plus grandes craintes en débutant mes études en maîtrise était de trouver LE sujet qui serait intéressant pour la communauté de bioéthique et surtout qui me permettrait d'être motivée et inspirée tout au long des mois (et des années) à venir. Malgré, les difficultés et les grandes périodes de découragements, je peux aujourd'hui faire l'agréable constat : mission accomplie. J'ai eu la chance de me lancer dans un sujet qui me touche et me tient à cœur et j'espère humblement qu'il pourra apporter sa parcelle de réflexions pour le milieu de l'éthique clinique.

Ce sujet n'aurait pas vu le jour sans d'abord une inspiration, ces premiers frissons qui m'ont d'abord fait comprendre : «c'est ça que je veux faire!». C'est à Pierre Lecours que je dois cette première étincelle qui, par son dynamisme contagieux, ses conseils et sa grande générosité m'a fait découvrir l'univers de l'éthique en entreprise. Mes pas m'ont ensuite menés vers les enseignements et les encouragements de madame Nicole Giroux qui ont scellés ma voie dans la communication en entreprise. Mon premier directeur, Hubert Doucet, a su guider mes questionnements dans le monde de l'éthique clinique et je lui en remercie.

Or, cette enthousiasme face à mon sujet de recherche est à double tranchant : afin de laisser transparaître ce qui m'inspire tant, j'avais besoin de rendre mon travail parfait, rien de moins. Il n'y avait alors qu'une seule façon d'éviter cette pression énorme : remettre l'écriture à demain (Merci à Mario Cayer d'avoir partagé sa démarche).

Heureusement, sur mon chemin j'ai rencontré des personnes qui ont cru en moi et qui m'ont donné, à chaque fois, le coup de pouce dont j'avais besoin pour persévérer. Merci tout spécialement à, mon cousin et ami, Charles Thibodeau, pour ses conseils et sa patience, dans un période particulièrement décourageante. Merci à Madame Estelle Chamberland pour avoir contribué à optimiser mes séances d'études. Merci à ma famille : mon frère Stéphane, ma mère Thérèse et mon père Denis, qui, comme toujours, s'intéressent à mes projets et s'assurent de mon bien-être. Merci à mes amies, Myrienne,

Émilie et Audrey, que j'ai malheureusement trop souvent négligées, d'être restées de fidèles supportrices. Merci à mon conjoint, Jean-François, pour sa tendre patience face à mon choix de poursuivre mes études (les soirs et les week-ends à l'université et les nombreuses remises en question) et, surtout, d'avoir placé tous ses rires aux bons moments.

La fin n'aurait jamais pu être possible sans la rigueur, l'efficacité et la vitalité de mon directeur de recherche, Bryn Williams-Jones, un très grand merci.

Je me sens privilégiée d'avoir pu mener à terme ce projet et, non seulement d'avoir exploré le dialogue, mais de m'être laissée imprégner et transformer par sa philosophie.

## INTRODUCTION

Le milieu de l'éthique clinique est certes un paysage bien particulier. Campé au centre du système de santé, entre le patient, la famille, les administrateurs et les professionnels de la santé, le comité d'éthique clinique (CEC) traite de dossiers comportant des enjeux importants pour tous les acteurs, sur la qualité de vie et des soins, et même sur des décisions de vie ou de mort (Dubler and Liebman 2004). Les réflexions engagées par les CEC visent l'action dans un contexte médical où les décisions doivent souvent être prises rapidement. De plus, les situations rencontrées en éthique clinique sont souvent empreintes de convictions où beaucoup d'émotions sont en jeu, où les opinions varient et où les intérêts des parties, souvent opposés, sont élevés. Elles sont complexes en raison de conflits interpersonnels et affectifs qui peuvent surgir à travers des jugements de valeurs implicites ou explicites, justifiés ou non entre les acteurs. Les membres de ces comités et les acteurs proviennent souvent de disciplines variées, de cultures, langues, croyances religieuses et politiques, classes socio-économiques et éducations diverses (Hawley and Aveyard 2007). Ils doivent rendre un avis en tenant compte de contraintes légales, déontologiques, institutionnelles et gouvernementales. Dans de telles conditions, comment prendre une décision éthique? Comment les discussions internes de ces équipes de travail, les CEC, sont-elles dirigées afin d'en arriver à des propositions valables pour les divers partis prenants? Aujourd'hui encore, ces questions font partie de débats concernant l'efficacité du processus consultatif des CEC. En effet, les facteurs d'efficacité et les difficultés communicationnels rencontrés en CEC sont peu connus. Un moyen intéressant et potentiellement utile d'aborder ces sujets peut être trouvé dans le développement organisationnel.

En effet, des chercheurs dans ce domaine examinent, entre autres, l'efficacité des équipes de travail. Les recherches en développement organisationnel visent l'amélioration de l'efficacité et de la vitalité des entreprises en passant par la valorisation des relations humaines internes et externes. Plus particulièrement, ses nombreux auteurs (ex. : Peter Senge (1990), Peter Block (2002), Donald Schön et Chris Argyris (1999; 2002)) développent les thèmes tels que : la communication interpersonnelle et les processus de groupe, l'efficacité de la communication et des processus de décision, les styles de leadership, l'amélioration des compétences dans le traitement des conflits et les niveaux de

confiance et de coopération entre les membres de l'organisation. Les recherches théoriques et surtout les applications de la communication de groupe sont donc nombreuses. Entre autres, l'outil communicationnel de groupe développé par William Isaacs (1999), *l'approche dialogique*, illustre que l'homme dans un environnement favorable est capable d'atteindre des niveaux plus élevés de développement et d'accomplissement et d'aspirer à prendre de meilleures décisions en groupe. Cette pratique est, nous suggérons, spécialement intéressante pour les CEC confrontés à des situations difficiles pour lesquelles ils doivent communiquer une décision et qui rencontrent certains défis communicationnels.

## **OBJECTIFS**

Le présent mémoire s'intéresse aux processus communicationnels utilisés dans les comités d'éthique clinique (CEC) en Amérique du nord. Il cherche à explorer quels types de processus sont décrits dans la littérature en éthique clinique pour soutenir des sujets discutés dans les consultations en CEC, quelles sont les barrières communicationnelles qui les affectent. Plus particulièrement, il cherche à explorer l'approche dialogique développée en milieu organisationnel et rallier ses fonctionnalités aux besoins des CEC. Ce mémoire se veut une partie de la réponse à la question : L'approche dialogique peut-elle aider les discussions dans les consultations tenues par les CEC?

Outre les difficultés inhérentes liées à identifier et analyser les problèmes éthiques, d'autres facteurs liés à la communication et au comportement individuel dans un groupe peuvent modifier la dynamique, les interprétations des faits et ultimement la décision/recommandation du CEC lors d'une consultation. Une grande variété de méthodes sont déjà disponibles et utilisées pour mener les consultations en comité (celles-ci seront revues en détail au chapitre 1). Or, malgré la mise en place de ces méthodes, certains problèmes communicationnels sont soulevés dans les écrits. Ajouter une nouvelle méthode au lot ne saurait faire guère mieux. Ce que je propose est de revisiter les fondements des problèmes de communication soulevés et de proposer l'application de l'approche dialogique utilisée en milieu organisationnel. Je crois que l'approche dialogique pourrait apporter une aide conceptuelle aux membres des CEC lorsque utilisée en amont des consultations afin de mettre de l'avant et dénouer certains problèmes communicationnels potentiellement rencontrés dans les consultations en CEC.

## **APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

L'approche de cette recherche est documentaire, basée sur l'analyse exhaustive de la littérature sur l'éthique clinique et les CEC en particulier, dans leur fonction de consultation, face à leurs méthodes de communication et de prises de décision (Chapitre 1). Une seconde thématique de recherche a été intentée sur l'application de l'approche dialogique du milieu organisationnel et plus précisément sur les travaux inspirés de la théorie de Bohm (Chapitre 2).

### **Une portée nord américaine**

La recherche est circonscrite au territoire nord américain pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'Amérique du nord est là où les consultations en éthique clinique trouvent leur origine et où les CEC sont les mieux établis et institutionnalisés (Dzur 2002). En Europe francophone, par exemple, les CEC existent de façon plus timide, mais leur réseau n'est pas comparable à celui implanté en Amérique du nord, leurs efforts ont surtout été menés au niveau des comités d'éthique de la recherche (CER) (Hottois, Missa et al. 2001; Durand 2005). Il n'existent pas de différences notables dans les pratiques des CEC entre les frontières du Canada et des États-unis (Durand 2005), nous avons donc pris en considération tout le territoire nord américain, s'assurant ainsi d'une plus grande accessibilité de la documentation tout en conservant l'intégrité de la recherche.

### **Base de littérature**

Les publications retenues sont de langue française ou anglaise, une approche optimale puisque la langue la plus largement utilisée pour les communications scientifiques et académiques en Amérique du nord est l'anglais. Les publications scientifiques retenues portent spécifiquement sur l'éthique clinique et le dialogue. Les articles inclus au corpus de la recherche ont été choisis selon le critère de leur pertinence à répondre aux objectifs de la recherche. La revue de littérature sur l'éthique clinique a été menée à l'aide des bases de données telles que EthicsShare (<https://www.ethicshare.org/>), Google Scholar (<http://scholar.google.ca/>) et SpringerLink (<http://www.springerlink.com>), en utilisant des

mots-clés (français et anglais) comme: «consultation éthique», «Comité d'éthique clinique», «méthode», «communication», «dialogue», « processus », «prise de décision», «consensus». Des bibliographies d'articles et de livres ont également été suggérées par certains professionnels de mon entourage et ont aussi été utilisées. Cette recherche a permis de trouver un bon nombre de textes surtout reliés aux CEC dans leur mandat de consultation.

## STRUCTURE

Pour répondre à la question de recherche, le présent travail a été séparé en deux sections importantes. Le premier chapitre (Chapitre 1) trace les méthodes proposées dans la littérature en bioéthique pour conduire les consultations en comité. En présentant d'abord l'évolution de l'éthique clinique en Amérique du nord puis, le contexte et les contraintes de ses tâches, l'attention sera par la suite dirigée sur la fonction de consultation éthique en contexte clinique. Cette tâche sera explorée dans son contexte et son ambiguïté nord américaine. Par la suite, les stratégies de discussions employées en consultation seront dévoilées par le biais d'outils d'analyse et d'intervention. De cet exercice, il sera alors possible de faire ressortir le contexte d'utilisation et les principaux *besoins* en matière de communication en CEC, ainsi que les principales *barrières à la communication*.

Le deuxième chapitre (Chapitre 2) présente l'approche dialogique telle que d'écrite par William Isaacs (1999) en relation aux situations rencontrées en CEC. Cette approche est un outil communicationnel développé dans le milieu du développement organisationnel. Par la conception spécifique de l'auteur, il sera possible de se doter d'une définition claire et organisée de cette activité qui se veut un outil de création de sens, permettant d'apprendre sur soi dans une relation avec l'autre. C'est un processus qui permet de développer de nouvelles perspectives; son but n'est pas d'y apprendre à échanger de l'information mais de revoir la façon dont on voit les choses (Isaacs 1999). L'approche dialogique peut-elle aider les discussions dans les consultations tenues par les CEC? Peut-elle permettre de pallier les barrières de communication potentiellement rencontrées en CEC? Ce deuxième chapitre intègre les liens entre la littérature en éthique clinique, la théorie de l'approche dialogique et l'analyse des données pour présenter une perspective originale sur le dialogue en CEC en Amérique du nord.

# **CHAPITRE 1 : LES PRATIQUES DES CEC DANS LEUR FONCTION DE CONSULTATION**

## **INTRODUCTION**

Le contexte socio-économique actuel nord américain est caractérisé par l'essor de nouvelles technologies biomédicales, l'augmentation de la diversité ethnique et religieuse de la population, le manque de ressources économiques et humaines dans le milieu de la santé, une effervescence de la liberté individuelle et où le droit de poursuivre ses objectifs personnels est valorisé (Dzur 2002; Aulisio, Arnold et al. 2003; Edelstein, DeRenzo et al. 2009). Cet état contribue à renchérir la diversité de valeurs au sein d'une société et du même coup les conflits de valeurs. Par exemple, les cas de refus de transfusions sanguines par des Témoins Jéhovah (Jonsen, Siegler et al. 2002), ou le désaccord entre le patient (et la famille) et le personnel médical dans la poursuite ou non des traitements en fin de vie (Silberman, Morrison et al. 2007). Le milieu hospitalier en particulier rencontre donc un grand éventail de dilemmes et de problèmes moraux liés à des enjeux ou conflits de valeurs sociales, économiques, politiques, religieuses. Aulisio et al.(2003), résumant le développement de la consultation éthique en milieu clinique par trois principaux facteurs: 1) la complexité de la prise de décisions (plusieurs options possibles, médecins passent moins de temps avec leurs patients, relations moins fortes, considérations économiques), 2) le pluralisme des valeurs des divers partis prenants et la reconnaissance croissante des droits des individus (patients, familles, professionnels), et 3) les implications de ces droits dans les soins de santé (droit de vivre selon ses propres valeurs, de définir ce qu'est la vie bonne).

La création des comités d'éthique clinique (CEC) dans les hôpitaux et le réseau de la santé plus largement est ainsi basée sur un mouvement démocratique d'inclusion des perspectives. Le CEC témoigne, en effet, de la croyance qu'une discussion ouverte parmi des gens de diverses professions et opinions sur une problématique peut aider les décideurs du milieu médical (médecins et équipes soignantes) à faire un choix plus éclairé et approprié (Ross 1993). Les consultations menées par les CEC sont maintenant largement acceptées et ces comités ont été adoptés par la grande majorité des hôpitaux nord américains comme étant le mécanisme de résolution de conflits éthiques. Or, leur



processus de fonctionnement, à savoir, comment guider la résolution de conflits, n'est pas normalisé et plusieurs auteurs nourrissent encore ce débat (Arnold, Aulisio et al. 2007).

Ce premier chapitre se veut une mise en contexte des CEC dans leur fonction de consultation pour explorer la question suivante : Quels sont les outils et les processus utilisés par les CEC en Amérique du Nord pour mener une consultation dans le cadre d'une analyse de cas? Dans un premier temps, est présentée l'évolution de l'éthique clinique nord américaine depuis sa naissance dans les années 1970 jusqu'à son application en milieu hospitalier d'aujourd'hui. Sont ensuite explorés, tour à tour, la mise en place des CEC, leurs fonctions et plus particulièrement leur rôle de consultant. Puis, le processus de consultation est examiné afin d'en comprendre la démarche, les buts, les défis et les méthodes utilisées. Cette mise en contexte permettra de mieux saisir les facteurs d'influence dans le processus communicationnel de consultation, plus particulièrement d'en cerner les besoins et les barrières.

### **UN MOT SUR L'ÉTHIQUE CLINIQUE**

« L'éthique clinique » est une expression qui ne se définit pas aisément. Même après plusieurs décennies de pratique, sa nature et l'étendue de ses services sont encore disputés (Godkin, Faith et al. 2005). Un compte rendu historique complet du développement de l'éthique clinique est au-delà de la portée du présent document. Toutefois, certains points peuvent être soulignés pour montrer l'essentiel de son évolution. Sans entrer dans le débat de ses fondements, l'éthique clinique se présente aujourd'hui selon trois principaux champs d'activité : l'enseignement, la recherche et la consultation éthique dans certains cas cliniques de soins. Ainsi, l'éthique clinique s'exerce, entre autres, à travers des situations cliniques concrètes dans le quotidien des milieux de soins sous la forme de consultation éthique. Ce processus est en constante évolution et représente généralement l'épine dorsale de tout programme d'éthique clinique (Sulmasy 2001). Malgré les nuances au sein des auteurs impliqués, il est possible de définir globalement la consultation éthique par les propos de Agich (2009 p. 12):

It is widely accepted that the process of ethics consultation is primarily a process of facilitation, one that uses ethical analysis, argument, and communication to identify options, recommend

courses of action in ways that utilize a range of techniques such as conflict resolution or mediation, but infrequently engages in proffering binding recommendations or decisions.

C'est cette optique pratique de l'éthique, du comment faire pour bien faire, que cette recherche vise à approfondir.

D'ailleurs, la pratique de l'éthique clinique s'est développée à travers les CEC présents dans diverses institutions de soins. Revisiter l'évolution de l'éthique clinique et des CEC permet de mieux comprendre le développement des méthodes dans la consultation éthique des milieux cliniques. Comme Agich rapporte: « This history is an important factor shaping the methodology of ethics consultation. » (Agich 2001 p.38). La section suivante s'attarde à décrire le développement nord américain des CEC en parallèle avec l'évolution de l'éthique clinique.

### **L'HISTOIRE DES CEC AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA**

En réponse à des pressions externes et des tensions internes, les hôpitaux américains ont mis sur pied des CEC dans les années 1960 et 1970. La création des CEC a été recommandée puis, imposée par des jugements de cours (par exemple, la cour suprême du New Jersey en 1976) et des avis d'instances influentes dans le milieu hospitalier comme le Department of Health and Human Service (DHHS), l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American Hospital Association en 1983. Mais, d'autres éléments sont aussi présents; en fait, trois grands facteurs ont joué un rôle majeur dans la création des CEC : des facteurs culturels et professionnels, le développement des technologies médicales et l'influence juridique.

Divers facteurs culturels et professionnels ont poussés le développement des CEC. Le désir des professionnels de la santé de résoudre les problèmes complexes rencontrés dans la pratique clinique quotidienne était « a major force driving hospitals to establish IECs (Committee on Bioethics) » afin de dénouer « painful clinical dilemmas in a quick and systematic way » (Fleetwood, Arnold et al. 1989). Hoffman (1991) fait ressortir huit facteurs culturels jouant un rôle dans la mise sur pied de CEC en milieu hospitalier américain :

1. la complexité croissante des problèmes médicaux,
2. l'augmentation de la gamme d'options disponibles pour les traitements (avancées technologiques),
3. la crainte de recours légaux,
4. la nature des jugements dans les décisions cliniques,
5. les décisions individuelles variées issues d'une pluralité de publics,
6. l'émergence des considérations économiques dans les soins de santé (restrictions budgétaires),
7. les convictions religieuses de certains groupes et
8. la mise en valeur sociale de l'autonomie du patient.

Ce dernier facteur, l'autonomie du patient, s'est développé par l'entremise de la recherche médicale et des comités d'éthique de la recherche (CER). En effet, la divulgation des cas d'abus des médecins chercheurs qui ont utilisé leurs patients dans des protocoles de recherches sans leur consentement, notamment l'affaire Tuskegee (recherche épidémiologique sur la syphilis, en Alabama, 1932-1972), serait aussi une cause importante à considérer (Ross 1993; Hawley and Aveyard 2007). Les dérives du milieu de la recherche, à l'aide de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, ont poussé à la rédaction en 1979 du Rapport Belmont par le United States Department of Health, Education and Welfare (HEW). Ce document dévoile trois principes fondamentaux (autonomie, bienfaisance et justice) qui gagneront une grande popularité dans les analyses éthiques aussi bien à l'intérieur des CER que des CEC (Hester 2008). L'intégration du consentement du patient dans les protocoles de recherche et les pratiques cliniques témoignent aussi de la redéfinition du rapport médecin/patient où le paternalisme du médecin n'est plus la norme (Delfosse 1997). En réponse directe aux abus de la recherche, les États-Unis mettent sur pied, dans les années 1970, des Institutional Review Boards (IRB) pour assurer la protection des droits des patients dans le domaine de la recherche (Ross 1993). La protection du patient et de son autonomie est l'une des raisons fondamentales de la mise sur pied des CEC.

Le développement des technologies médicales dans les années 1970 remet en question les méthodes de travail médicales et repousse les limites des soins, en créant des questions

morales et juridiques profondes, comblées en partie par la mise en place des comités d'éthique. Quelques exemples connus permettent d'illustrer ce point. Dans les années 1960, une nouvelle technologie d'hémodialyse est mise au point pour sauver la vie des patients atteints de troubles rénaux graves. Or, un nombre insuffisant d'appareils sont disponibles pour traiter tous les malades, une situation qui suscite un débat d'équité et de justice concernant l'allocation de ressources limitées. Une solution est mise en place par le Seattle Kidney Center qui instaure, de 1961 à 1972, un «Admissions and Policy Committee». Ce comité fait le tri final des patients qui pourront recevoir le traitement à partir de facteurs non médicaux (Laroche 1998). Un autre exemple peut être trouvé dans les années 1960, où certains États américains exigeaient que des Comités d'avortement et de stérilisation examinent toute demande d'avortement avant d'être exécutée légalement (Annas 1991). Au niveau juridique, c'est en 1976 que le cas Quinlan est porté en Cour suprême du New Jersey. Ce cas est, depuis sa médiatisation et encore aujourd'hui, la référence des discussions légales et éthiques sur le droit de refus de traitements. La Cour rend son jugement et suggère que, au lieu d'apporter des cas comme Quinlan en justice, les familles et les médecins devraient s'appuyer sur un comité d'éthique hospitalier pour prendre des décisions (Annas 1991). Suite à cette déclaration plusieurs comités de pronostics sont mis sur pied dans les hôpitaux américains. Ces comités étaient axés sur le diagnostic médical et avaient pour objectifs d'examiner les chances de rétablissement du patient et de décider de la poursuite ou non des traitements.

L'influence du milieu juridique sur la création des CEC peut se voir à travers d'autres cas. Par exemple, en 1983 l'affaire Jane Doe, impliquant l'arrêt de traitement chez un nouveau-né lourdement handicapé, est portée à la cour américaine de New York (Annas 1984). Suite à cette affaire, le Department of Health and Human Services, Office of Human Development Services émet un règlement qui encourage les hôpitaux soignant les nouveaux-nés à mettre sur pied des comités de révision afin d'étudier les cas d'arrêts de traitements (Hoffmann 1991). En 1987, entre en vigueur le *Maryland Patient Care Advisory Committee Act* qui exige que chaque hôpital de l'état se dote d'un CEC (DeRenzo, Silverman et al. 2001). Le Maryland devient ainsi le premier état américain à se doter d'une loi pour la création de CEC dans les hôpitaux (Hoffmann 1991). Le New Jersey fait de même en 1990, tandis qu'en 1989 la législation à Hawaii sur les CEC laisse le choix

aux établissements de créer ou non un CEC (Fleetwood and Unger 1994). En 1992, aux États-Unis, the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisation (JCAHO) publie *The Hospital Accreditation Manual* qui encourage les institutions de soins accrédités à mettre en place un mécanisme pour examiner les problèmes éthiques (Fry-Revere 1993). Fry-Revere souligne toutefois que le document reste vague quant au type de mécanisme à mettre en place :

[requiring] institutions to have mechanisms in place to consider ethical issues arising in the care of patients and to educate care givers and patients on bioethical issues. This new requirement is notably vague. There is no indication of what type of mechanisms would be appropriate or how those involved in considering ethical issues should conduct themselves. (Fry-Revere 1993 p.449)

Ainsi, l'origine exacte des comités d'éthique n'est pas attribuée à un seul événement marquant mais à un amalgame de situations vécues aux États-Unis aussitôt que les années 1960 où les premiers comités non médicaux ont fait leur apparition dans la pratique médicale. Par contre, même si l'activité est déjà pratiquée depuis les années 1960, le terme «éthique clinique» est utilisé pour la première fois seulement en 1976 aux États-unis (Hottois, Missa et al. 2001), les années 1970 qui représentent l'ère du véritable essor des comités.

En sol canadien, le premier comité d'éthique, agissant à la fois comme CER et CEC, fait son apparition en 1967 à l'Hôpital Douglas de Montréal (Committee on Ethics and Patients' Rights) (Jean, Paré et al. 1991). «Historiquement, les CEC ont été créés après les CER. Au Québec, le premier CEC [à vocation clinique uniquement] date de 1978» (MSSS 1999 p.9) alors que plusieurs CER se sont bâtis en 1970 (Parizeau 1995; MSSS 1999). En 1984, L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association médicale canadienne (AMC) et l'Association des hôpitaux du Canada (AHC) émettent une première directive publique sur la défense des droits des patients. Cette directive stipule, entre autres, que si le médecin juge médicalement inappropriée une demande de réanimation cardiorespiratoire, il doit tout de même acquiescer à la requête du patient (Doucet 2007).

Il faut attendre 1986 pour que l'Association des hôpitaux du Canada exprime officiellement, mais sans voix législative, son soutien à la création de CEC. Un an plus tard, c'est au tour de l'Association des hôpitaux du Québec de soutenir la création de CEC

(Parizeau 1995). Pendant ce temps, entre 1970 et 1984, seulement cinq CEC sont formés dans la province. Une vague de mise sur pied de CEC au Québec s'effectue entre 1987 et 1988 (MSSS 1999) pour apporter le décompte québécois en 1989 de 38 CEC et 15 comités se partageant les fonctions de CER et CEC (Jean, Paré et al. 1991). En 1999, l'Association canadienne des soins de santé (ACS), l'AMC, l'AIIC et l'Association catholique canadienne de la santé (ACCS) collaborent pour publier la *Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits éthiques entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant les soins* (ACS, AMC et al. 1999). Cette déclaration rapporte que : «Les organismes de soins de santé devraient se doter d'une politique de règlement des conflits afin de régler les problèmes qui surgissent malgré leurs efforts pour les prévenir» (p.4) et propose de créer un comité interdisciplinaire pour la mise sur pied de politiques de règlements de conflits. Cette publication suggère aussi de mettre en place, dans le cas où les politiques sont inefficaces, «des mécanismes appropriés de consultation» (p.6) dont le recours à un comité d'éthique.

En avril 2004, le Ministère de Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec instaure l'Unité de l'éthique, «avec l'objectif de mieux coordonner ses actions d'ordre éthique et de créer un centre de ressources» (MSSS 2009). Entre autres, le MSSS met à la disposition de ses citoyens un répertoire des CER et CEC au Québec permettant de connaître le nom du comité, de l'établissement qui l'abrite, son adresse et le nom de la personne ressource. «Actuellement au Québec, on privilégie le recours à un comité d'éthique clinique pour soutenir la pratique de l'éthique dans le contexte des soins» et on compte, sur 107 établissements répertoriés, 70 CEC et trois CE mixtes (CER et CEC) (MSSS 2009).

***Tableau I : Dates importantes concernant le développement de la pratique de l'éthique clinique et la mise sur pied des CEC en Amérique du nord***

<b>Années 1960</b>	Présence de consultants éthiques dans les hôpitaux américains. Ex.: Comités d'avortement ou de stérilisation; Comités de sélection pour patients dialysés
<b>1967</b>	Création du premier comité d'éthique mixte (CEC et CER) au Québec : Comité d'éthique et des droits des patients de l'hôpital Douglas de Montréal (Parizeau 1995).
<b>Années 1970</b>	Mise sur pied de Comités médico-moraux des hôpitaux catholiques.
<b>1976</b>	L'expression « éthique clinique » utilisée pour la première fois par Joseph Fletcher à l'université du Minnesota (Hottois, Missa et al. 2001).

<b>1976</b>	L'affaire Karen Quinlan et la réquisition de comités de pronostics par la cour suprême du New Jersey (Ross 1993; Fletcher and Hoffmann 1994).
<b>1978</b>	Création du premier CEC à vocation unique au Québec (MSSS 1999).
<b>Années 1980</b>	Éthique clinique institutionnalisée sous forme d'expert-consultants ou de comités d'éthique clinique.
<b>1982</b>	1% des hôpitaux américains sont dotés d'un comité d'éthique clinique (Fleetwood, Arnold et al. 1989).
<b>1983</b>	L'affaire Jane Doe est portée en cour américaine. Recommandation de la création de comité d'éthique clinique par le Department of Health and Human Service (DHHS) et soutenue par l'American Hospital Association (Povar 1991; Racine 2004).
<b>1984</b>	L'American Academy of pediatrics recommande la création d'Infant Bioethics Committee (Racine 2004). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne et l'Association des hôpitaux du Canada émettent la directive conjointe de non-réanimation cardiorespiratoire (Doucet 2007). Environ 18% des hôpitaux canadiens (de 300 lits et plus) ont un CEC (Gaudine, Thorne et al. 2010).
<b>1985</b>	Suite à l'affaire Jane Doe, le DHHS Office of Human Development Services émet le règlement qui encourage les hôpitaux soignant les nouveaux-nés à mettre sur pied des comités de révision afin d'étudier les cas d'arrêts de traitements (Hoffmann 1991).
<b>1986</b>	Fondation du premier groupe américain spécialisé sur la consultation éthique: The Society of Bioethics Consultation (SBC) (La Puma and Schiedermayer 1994; Hervé 1998). L'Association des hôpitaux du Canada (AHC) exprime son soutien à la création de CEC (Parizeau 1995; Racine 2004).
<b>1987</b>	60% des hôpitaux américains sont dotés d'un comité d'éthique clinique (Fleetwood, Arnold et al. 1989). L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) exprime son soutien à la création de CEC (Parizeau 1995; Racine 2004). Première Loi américaine dans l'État du Maryland exigeant que tous les hôpitaux de l'État mettent sur pied un comité d'éthique (Hoffmann 1991).
<b>1987-1988</b>	Vague de mise sur pied de CEC au Québec (MSSS 1999).
<b>1989</b>	Environ 58% des hôpitaux canadiens anglophones (de 300 lits et plus) ont un CEC (Gaudine, Thorne et al. 2010).
<b>1990</b>	Première revue américaine consacrée à l'éthique clinique : <i>The Journal of Clinical Ethics</i> (Hottois, Missa et al. 2001).
<b>1992</b>	Aux États-Unis, the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations encourage les institutions de soins accrédités de mettre en place un mécanisme pour examiner les problèmes éthiques (Fry-Revere 1993).
<b>1998</b>	The American Society for Bioethics and Humanities publie le document : <i>Core competencies for health care ethics consultation</i> (Saunders 2004).
<b>1999</b>	Plus de 93% des hôpitaux américains possèdent un CEC (Aulisio and Arnold 2008).

Les comités d'éthique offrant des services de consultation sont devenus de plus en plus communs en Amérique du nord au cours des 20 dernières années. Bien que plusieurs

éléments historiques aient contribué à leur mise sur pied, il semble que les années 1980 aient été la période la plus fructueuse sur le nombre de CEC. Les propos du United States Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations en 1992, qui encouragent les institutions de soins accrédités à mettre en place un mécanisme pour examiner les problèmes éthiques, ont aussi été un élément important à l'institutionnalisation et l'officialisation des CEC (Fry-Revere 1993). Donc, aux États-Unis comme au Canada, depuis la fin des années 1990, les CEC sont devenus des mécanismes ou structures courants dans le contexte clinique.

### **LES CEC NORD AMÉRICAINS D'AUJOURD'HUI**

L'historique épars et l'ambiguïté dans laquelle les CEC se sont formés entraînent des conséquences (Moreno 1991). La plus importante est certes leur recherche identitaire (qui, quoi où, quand, comment) qui se laisse paraître aujourd'hui à travers les variations entre les CEC, tout autant aux niveaux de leur format, leurs buts, leurs processus, l'adhésion et le nombre de membres, leur responsabilité sociale et légale et leur autorité décisionnelle. Ainsi, encore aujourd'hui l'absence de standard ne permet pas de dresser un portrait-type des comités puisque les écarts sont trop importants d'un comité à l'autre (Ross 1993; Godkin, Faith et al. 2005; Gaudine, Thorne et al. 2010; Gaudine, Lamb et al. 2011).

Pour Ahronheim et al.(1994), la consultation éthique (lorsque demandée) consiste à traiter, identifier, analyser et résoudre les incertitudes dans un cas particulier face à un dilemme, un conflit d'ordre cognitif et/ou affectif au regard des valeurs dans le milieu hospitalier. Outre la consultation, deux autres fonctions principales attribuées aux CEC sont aussi reconnues par la majorité des auteurs en bioéthique: la rédaction de lignes directrices et la promotion de l'éthique par le partage d'information et la formation (Racine 2004; Durand 2005). Il n'en demeure pas moins que le but ultime de tout CEC est de «...enhancing the care of patients by enhancing the ethics of professional caregivers and caregiving organizations» (Blake 2000, p.9).

Le MSSS du Québec (en lien avec d'autres acteurs statutaires dans le domaine) insiste sur le maintien de l'indépendance et l'impartialité des CEC, il suggère donc un lien de rattachement administratif neutre (MSSS 1999). La majorité des CEC au Québec se



rattachent soit, à la Direction des services professionnels, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou au conseil d'administration et direction générale (Racine 2004). Le rattachement administratif influence directement le mode de nomination et la durée du mandat des membres, c'est donc un facteur important à garder à l'esprit afin de préserver l'indépendance du comité et la liberté contre toute influence administrative induite.

Les CEC sont formés par des membres de disciplines et professions variées incluant différents professionnels de l'hôpital et membres de l'extérieur. En effet, il est possible de voir siéger à la table : médecin, infirmière, administrateur, travailleur social, autres professionnels de la santé, psychologue, aumônier, avocat, éthicien, représentant du public (Ross 1993). La grosseur des comités peut varier de quatre à 20 membres mais selon l'étude du MSSS, le modèle général qui peut être dessiné des CEC au Québec est de: une personne qui représente le comité d'administration (CA); une personne qui représente l'administration (DG); un ou deux médecins désignés par le CMDP; un ou deux membres du personnel infirmier; une personne qui vient du service social; une ou deux personnes issues de professions de la santé (psychologue, éducateur, physiothérapeute, etc.); un représentant de la confession religieuse dominante dans l'établissement (MSSS 1999). Scheirton (1992) soutient que l'ajout de membres de l'extérieur de l'hôpital et de non spécialistes permet de diminuer les analyses purement techniques; l'étendue de la multidisciplinarité des membres du comité offre une plus grande variété de perspectives.

Les comités se dotent de règles de conduite et de fonctionnements qui encadrent, notamment, la composition, le processus de nomination, la durée du mandat, le renouvellement des sièges, la fréquence et la durée des réunions, le financement (besoins matériels et compensations), et ainsi que des procédures de demandes de consultations. Par contre, «Il n'existe aucune uniformité dans les règles formelles de nomination des membres puisque la culture institutionnelle de chaque établissement introduit des différences.» (MSSS 1999 p.12). De façon générale, les candidats sont proposés de «bouche à oreille» et la multidisciplinarité et la représentativité sont assurées par la mise en place de règles qui assure un certain minimum de représentants de chaque secteur (MSSS 1999). Les CEC peuvent se différencier à tous les niveaux de caractéristiques : la structure, la composition,

le fonctionnement et même leurs rôles. Ces variantes portent à croire qu'elles reflètent les différentes caractéristiques (et limites) de leur institution et leur environnement. «We conclude that it is not the training or ethical orientation of the clinical ethics provider, but the practice setting in which he or she works, that determines the role and usefulness of the clinical ethicist [or ethics committee] » (Fox, McGee et al. 1998 p.308).

### **LA PRATIQUE DE L'ÉTHIQUE CLINIQUE : LA CONSULTATION**

La consultation est l'une des fonctions des CEC des plus discutées et controversées (Ross 1993; Dzur 2002; Sontag 2002) et, encore aujourd'hui une des plus importantes (Gaudine, Thorne et al. 2010). Elle s'applique principalement à reconnaître et justifier les meilleures options disponibles en milieu de soins, «Moral problems in clinical practice typically take the form of conflicts about what the right thing to do is in the context of patient care. These conflicts may occur among clinicians or between clinicians and patients or surrogate decision makers, usually family members» (Fins, Bacchetta et al. 1997 p.130). Dans la littérature, «les principaux thèmes de consultation sont sensiblement les mêmes indépendamment des régions» (Racine 2004 p. 32) et portent sur: la cessation et le refus de traitement; le consentement; la fin de vie et les soins palliatifs; l'ordonnance de non-réanimation; la compétence, le traitement des patients inaptes et le consentement substitué (MSSS 1999; Racine 2004). Mais comment est-ce que les CEC accomplissent cette activité? Selon les études menées par le Groupe de recherche en éthique médicale (GREM) de l'Université Laval, le vote est une méthode plus marginalement choisie pour trancher une situation. Il semblerait que ce soit plutôt le consensus qui soit valorisé et même parfois recherché à tout prix ; «...la prise de décision par consensus est une pratique largement répandue et valorisée dans les CEC du Québec. Cette observation va tout à fait dans le sens des conclusions d'autres études effectuées – spécialement aux U.S.A. – sur le recours au consensus dans les comités d'éthique» (Parizeau 1995 p.178).

Or, les CEC sont des instances consultatives : la responsabilité de la décision appartient aux décideurs; le médecin, le patient ou la famille si le patient est inapte. Ainsi, la tâche du comité est de faciliter le choix, mais la décision finale est prise par le médecin et le patient (Pellegrino 1999). Pourquoi consulter un comité alors? Selon Fleetwood et collègues:

Avoiding this diffusion of responsibility will require that health care professionals, and courts, clearly understand that the committee's role is to broaden the decision-making process. The physician and patient remain ultimately responsible for health care decisions. IECs should be valued for their process, if not their products, as their major strength rests on their value as catalysts for the examination of bioethical conflicts (Fleetwood, Arnold et al. 1989 p.141).

Selon Andre (1997), les principaux objectifs d'une consultation éthique sont de promouvoir une résolution éthique et d'établir une communication respectueuse entre les partis impliqués. Il y a donc une nuance entre obtenir un résultat et entretenir les relations entre les participants: «It is ethically good in itself, as well as necessary for an ethical outcome, that participants learn to work in mutual respect, that people feel comfortable talking with one another. In practice, this goal can be the hardest to meet, because it demands an understanding of particular, complex human encounters» (Andre 1997 p.198).

Pour répondre aux objectifs de la pratique, une variété de modèles de consultation éthique a été développé: le comité, le sous-comité et le consultant [Sulmasy 2001; Fox, Myers et al. 2007; Orr and Shelton 2009]. Smith (2004) présente un bon résumé des avantages et des désavantages de chacun des modèles.

**Tableau II: Avantages et désavantages des différents modèles de consultation**

	<b>Avantages</b>	<b>Désavantages</b>
<b>Consultant (individu)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation et compétences spécifiques</li> <li>▪ Temps de réponse plus courte</li> <li>▪ Temps dédié à recueillir des données primaires et faire le suivi</li> <li>▪ Plusieurs demandes d'assistance n'ont pas besoin de l'attention de l'équipe (comité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'étiquette "Expert" peut étouffer la discussion / points de vue divergents</li> <li>▪ Potentiel de préjugés / d'influences</li> <li>▪ Enfreint le modèle pluridisciplinaire de la bioéthique</li> <li>▪ Limite les possibilités de promouvoir une «communauté morale» institutionnelle</li> </ul>

<b>Petite équipe ou comité complet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diverses perspectives</li> <li>▪ Discussion plus approfondie/réfléchie</li> <li>▪ Fournit un support pour les professionnels en raison de l'implication des pairs</li> <li>▪ La sagesse pratique des cliniciens expérimentés</li> <li>▪ Communique que les questions éthiques sont l'affaire de tous</li> <li>▪ Montre que les cliniciens peuvent apprendre à résoudre les dilemmes éthiques</li> <li>▪ L'éducation et l'autonomisation des membres de l'équipe</li> <li>▪ Élargissement des possibilités de promouvoir une «communauté morale» institutionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation du temps de réponse</li> <li>▪ Diffusion des responsabilités</li> <li>▪ Dynamique de groupe pouvant mener au "group think"</li> <li>▪ Grande variation de formation, des compétences et des connaissances entre les membres de l'équipe</li> <li>▪ Augmentation des ressources, y compris le temps des membres</li> <li>▪ Limites des cliniciens qui peuvent servir dans les CEC en raison de l'engagement de temps additionnel</li> </ul>
--	--	--

Traduction libre de (Smith, Bisanz et al. 2004)

Le modèle du consultant pourrait sembler plus attrayant ou plus confortable pour certains cliniciens puisqu'il se rapproche de la consultation médicale (Ross 1993). Mais, Fry-Revere souligne que la consultation médicale et la consultation éthique n'ont pas le même rôle. Un expert médical aide à trouver et offre la meilleure solution, tandis qu'un consultant éthique ou un comité maximisent et explorent toutes les options possibles et laissent le requérant prendre la décision (Fry-Revere 1994). D'un autre côté, chaque institution est libre de développer le modèle de leur choix. Par contre, les limites de leurs ressources et les caractéristiques de leur environnement influenceront ce choix (Whitehead, Sokol et al. 2009).

La littérature suggère de faire appel aux comités et sous-comités pour prendre en charge les cas plus complexes (Guo and Schick 2003; Smith, Bisanz et al. 2004). Les dernières recherches statistiques démontrent aussi que la grande majorité (91%) des hôpitaux américains avec des services de consultations utilisent les modèles de comité et sous-comité (Fox, Myers et al. 2007). Comme explique Rangel «Given the trends of the past three decades, and current statistics on the consultation models employed by ethics committees, it is reasonable to assume that many institutions will continue to choose using small-teams or full-committees for ethics consultation» (Rangel 2009 p.223). C'est dans cette optique que cette recherche sera concentrée sur la communication dans un processus de groupe, où les modèles de consultation par comité et sous-comité seront explorés. Outre

le modèle de consultation bien d'autres aspects de cette activité sont en débat dans les écrits.

### **LES NOMBREUX ENJEUX ENTOURANT LES CONSULTATIONS ÉTHIQUES**

Une consultation est demandée pour résoudre des conflits relationnels ou éthiques entre et parmi les gens impliqués (les professionnels de la santé, les familles et les patients) face à une décision difficile (Aulisio, Arnold et al. 2003). Depuis leur mise sur pied et encore aujourd'hui, il y a de nombreuses questions associées à la pratique de la consultation (Fleetwood, Arnold et al. 1989; Gaudine, Thorne et al. 2010). Par exemples : Qui devrait faire la consultation (un CEC ou un consultant)? Qui devrait être appelé consultant en éthique (membre ou non d'un CEC)? Qui devraient-ils conseiller, le médecin ou le patient? Quelles devraient être leurs responsabilités et leur formation? Serait-il préférable d'avoir une accréditation ou certification pour assurer la qualité des consultants et des consultations?

Sans avoir la prétention de présenter ici toutes les interrogations concernant les CEC dans la pratique de la consultation, la prochaine section s'attarde à expliciter les plus importantes discussions dans la littérature actuelle en éthique clinique. Elles peuvent être regroupées sous un même chapeau : l'efficacité. S'interroger sur l'efficacité des CEC, c'est évaluer la qualité de leurs services, c'est investiguer quelles caractéristiques tendent à produire un comité serviable avec des retombées positives et lesquelles tendent à nuire à leur fonctionnement (Gillon 1997). Comme Pope l'explique:

...ethics committees are subject to almost zero oversight. Furthermore, government regulation, self-regulation, certification, and accreditation have done little to strengthen HEC [health ethics committee] accountability. Consequently, there is enormous variation in quality among HECs at different facilities (Pope 2009, p.274).

«Despite this endorsement of ethics consultation, little empiric evidence exists about the use of ethics consultation or its perceived effectiveness» (DuVal, Clarridge et al. 2004, p. 251).

Puisque les centres de soins ont choisi les CEC comme mécanisme pour traiter des problèmes éthiques dans les milieux de soins, il revient à leurs membres d'assurer un

service de qualité. Mais qu'en est-il? Sommes-nous certains de ne pas perdre notre temps avec ce mécanisme ou pire encore d'envenimer la situation (DuVal, Clarridge et al. 2004; Hurst, Hull et al. 2005) ? À ce constat, Povar observe que « Even though ethics committees have been in existence now for more than fifteen years, what counts as "success" is still subject to debate. [...] It is increasingly important for committees to articulate and defend the criteria for success to which they will hold themselves accountable» (Povar 1991 p.906). Comment déterminer les facteurs de succès des CEC en consultation, comment définir une consultation réussie? Les décisions seront plus justifiées? Plus faciles? Plus réfléchies? (Hurst 2006). L'avis prononcé aura-t-il un meilleur argumentaire (McCullough and Ashton 1994) ?

Afin d'évaluer si les efforts des CEC en consultation sont efficaces ou efficaces, il faut savoir quels sont les objectifs à atteindre (Kuczewski 1998). Le but est-il de procéder par un processus équitable qui honore les préférences du patient? De faciliter les résolutions de conflits? D'améliorer les politiques éthiques de l'institution (Nilson and Fins 2006)? Ou de procéder au plus grand nombre d'analyses de cas possible? Prendre des positions claires ou rester neutre? D'être amical et solidaire des problèmes vécus par les professionnels de la santé ou par les patients (Moreno 1991)? Ou encore de s'assurer de la satisfaction des participants? Réduire les traitements non bénéfiques (Schneiderman, Gilmer et al. 2003). Ainsi la mesure de l'efficacité est directement liée à l'objectif principal fixé.

Selon Gordon (2007), la détermination de ce qui est efficace en termes de processus et de résultat est probablement modelé par la culture. Il suggère alors d'adopter une approche écologique pour l'évaluation des consultations, car elle permettra de cerner tous les déterminants potentiels, principaux et secondaires, affectant la pratique de la consultation éthique. Je n'aborderai pas d'avantage les difficultés liées à l'évaluation des services rendus par les CEC, cette analyse va au-delà de l'objectif visé par cette recherche. Prenons tout de même un moment pour analyser l'étendue des sujets liés à l'efficacité des consultations, regroupés en neuf catégories: 1) légitimité des consultations, 2) modèles de consultation, 3) procédures (structure et fonctionnement), 4) standardisation des procédures et certification des CEC, 5) caractéristiques et qualifications des membres, 6) responsabilité

légale, 7) théories éthiques et réflexions philosophiques, 8) modes de prise de décision et 9) outils communicationnels (analyse et intervention).

### **1) Légitimité des consultations**

La légitimité d'utiliser des consultations comme mécanisme pour examiner les problèmes éthiques est remise en question principalement à cause d'un manque de données sur les impacts de cette formule (Aulisio, Arnold et al. 2000) et des données qui indiquent une certaine sous-utilisation de ses services (Fiester 2007). D'autre part, il est aussi craint que les consultations puissent interférer dans la relation médecin/patient et mener à des soins plus difficiles et non les améliorer (Fleetwood, Arnold et al. 1989; DeRenzo, Silverman et al. 2001). De même, la venue d'une troisième partie consultative peut aussi créer une nouvelle surcharge bureaucratique et diminuer le temps déjà rare pour les soins (Thornton and Lilford 1995). Sans connaître les effets et les impacts d'un service de consultation, peut-on réellement défendre sa pertinence? «If ECSs possess this ultimate power to render decisions that dramatically affect other people's lives, then a compelling case needs to be made—for each ECS—that it has a legitimate right to this power» (Fiester 2007 p.31).

### **2) Modèles de consultation**

Est-il préférable de mener les consultations éthiques par un consultant individuel ou par un comité ou même un sous-comité? (Sulmasy 2001; Lo 2003; Smith, Bisanz et al. 2004; Fox, Myers et al. 2007; Orr and Shelton 2009). Cette question a déjà été soulevée à l'intérieur de ce travail (voir tableau II) et demeure d'actualité : «While the literature documents discussion of this point, [...] there is no consensus on which model might be preferred» (Rubin and Zoloth 2004 p.225).

### **3) Procédures (Structure et fonctionnement)**

Plusieurs écrits font ressortir les principales ressemblances et différences de procédures au niveau de la structure et du fonctionnement des divers comités. Les procédures incluent : les méthodes et les règles d'accès au comité, le support financier et administratif, la composition des membres, les modes de nomination et le leadership (Fletcher and

Hoffmann 1994; Fry-Revere 1994; Durand 2005; Dubler and Blustein 2007; Fiester 2007; Fox, Myers et al. 2007; Whitehead, Sokol et al. 2009). Chacune de ces procédures influencent directement l'efficacité du CEC dans les interactions de groupe, les discussions et ultimement les décisions. En effet, les membres sont des individus subjectifs et font preuve de partialité, ils examinent des propositions de collègues et amis. Ils pourraient, par exemple, se sentir redevables à l'institution qui les engage ou au médecin qui renvoie le cas devant le comité (Pope 2009). En fait, Pope nomme quatre risques importants applicables aux décisions d'ordre médical: le risque de corruption, le risque de partialité, le risque d'arbitraire, et le risque de négligence. Certaines procédures sont-elles plus appropriées que d'autres pour éviter ces risques?

#### **4) Standardisation des procédures et certification des CEC**

L'efficacité des CEC doit-elle être assurée par la professionnalisation et la certification des CEC? L'idée est telle que pour assurer la qualité du processus et des résultats obtenus par des CEC, certaines normes formelles devraient être enseignées et maintenues par les praticiens dûment formés grâce à l'accréditation, les certificats et/ou diplômes (Tarzian 2009). Le processus d'uniformisation des CEC vise un raffinement des objectifs, compétences, processus et résultats ainsi que l'évaluation de la pratique. Grâce à un processus volontaire et bureaucratique, les éléments essentiels des CEC pourraient être efficacement ramenés à un ensemble de variables (qualités) gérable par des processus rigoureux de consensus et d'autres procédures mises en place par le comité (Dubler and Blustein 2007; Bishop, Fanning et al. 2009). Le débat sur une standardisation minimale, assurant l'efficacité et la validité des recommandations des CEC ainsi qu'une certification est des plus actuels (Fleetwood and Unger 1994 ; Fletcher and Hoffmann 1994 ; Fry-Revere 1994 ; ASBH 1998 ; King 1999 ; Aulisio, Arnold et al. 2000 ; Rubin and Zoloth 2004 ; Bishop, Fanning et al. 2009).

#### **5) Caractéristiques et qualifications des membres**

L'American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) a établi en 1998 une liste des critères de compétences nécessaires afin de mener à bien des consultations éthiques (ASBH 1998). La Société canadienne de bioéthique (SCB) a développé un document sur le rôle de



l'éthicien mais se réfère au travail de l'ASBH concernant les connaissances, habiletés et qualités nécessaires aux éthiciens (SCB 2008). Encore aujourd'hui, de nombreuses interrogations demeurent quant à la formation, la qualification et les caractéristiques nécessaires aux membres afin de siéger sur un CEC (Fletcher and Hoffmann 1994; Aulisio, Arnold et al. 2003; Dubler and Blustein 2007; Fox, Myers et al. 2007; Whitehead, Sokol et al. 2009). Plus particulièrement, l'éthicien est l'un des membres les plus questionné: Quel est son rôle ? Quel type de formation devrait-il avoir? Quelles qualités personnelles devrait-il posséder? Est-ce que l'éthicien siégeant sur un CEC doit être considéré comme «expert» de l'éthique et de la morale? (Agich and Spielman 1997). Ne connaissant pas les habiletés, connaissances et qualités détenues par les membres des CEC, quelle valeur peut-on attribuer à leur processus décisionnel et leur avis?

## **6) Responsabilité légale**

On s'interroge sur l'usage des avis émis par les consultations éthiques, possèdent-elles un pouvoir légal (Fleetwood and Unger 1994; Agich and Spielman 1997)? Pour plusieurs auteurs, avant d'attribuer plus de pouvoir légal aux comités, il faut tout d'abord déterminer et s'entendre sur les facteurs d'efficacité des CEC ainsi que la formation et habiletés requises pour les membres (Fletcher and Hoffmann 1994; DeRenzo, Silverman et al. 2001). Les recommandations proposées par les CEC, suite à une consultation, n'obligent pas les décideurs à les appliquer mais, ces recommandations ont, tout de même, un poids important, spécialement si elles sont justifiées de façon convaincante. L'immunité juridique des membres des CEC pourrait être une bonne alternative au processus lourd et coûteux de la table juridique (Jecker, Jonsen et al. 2007). Mais, est-il judicieux d'offrir l'immunité à un processus sans connaître la qualité de ces interventions? «In reaching for institutional legitimacy [via standardisation], the fear is that we may lose our grip on what is fundamentally important – what is diverse and local – about moral experience in the context of caring for patients» (Bishop, Fanning et al. 2009 p. 276).

## **7) Théories éthiques**

Les théories éthiques font référence aux approches et théories philosophiques, par exemple : le principlisme, la casuistique, la déontologie kantienne, l'herméneutique, la narrativité. Plusieurs auteurs débattent des avantages et des inconvénients de chacune de ces théories dans la pratique des CEC et certains en défendent même leur complémentarité (Kushner, Belliotti et al. 1991; Erde 1994; Kopelman 1994; Kuczewski 1998; Martin 1999; Blake 2000; Iltis 2000; London 2000; Dzur 2002; Fox, Myers et al. 2007). Les théories ont certainement un impact important sur le processus communicationnel et le résultat des rencontres des CEC, car elles jettent les bases des réflexions engagées.

## **8) Mode de prise de décision**

Le mode de prise de décision influence grandement l'orientation et la nature des discussions. Cherche-t-on à convaincre, à négocier ou à partager? Majoritairement, les CEC cherchent à atteindre un consensus afin de rendre leurs avis (Moreno 1995; Pellegrino 1999; Sulmasy 2001). Certains utilisent le vote mais, il semble que ce soit une pratique moins courante. Il est rapporté qu'aux États-Unis, de 75% à 97% des CEC prennent leur décision via le consensus (Fortin 2007). Mais quel est le sens du terme consensus? Dans quelles conditions est-il valide? Quelles sont ses limites? Les recommandations rendues semble être directement influencées, entre autres, par la composition du groupe et le déroulement des délibérations. «C'est ainsi que si le groupe parvient à un consensus, on peut parfois se demander sur quels fondements celui-ci s'appuie : les valeurs morales à privilégier? Le respect d'une démarche démocratique? [...] Ou peut-être même, compte tenu du temps qu'il faut pour en arriver à un consensus réel, l'envie d'«en finir» vu de l'urgence de la demande?» (Fortin 2007 p.108).

## **9) Le travail d'équipe: La communication**

«As such, it becomes essential to experiment with communication processes and analytic strategies in an effort to discover the most useable framework to guide discussions and attempts at reasoned analysis» (Artnak 1995 p.340). La communication dans une équipe est influencée par plusieurs facteurs: aspects structurels, aspects fonctionnels, aspects émotifs

et aspects relationnels (Phaneuf 2006). Les écrits en éthique clinique rassemblent surtout des analyses sur le processus communicationnel par le biais des outils communicationnels. Ces outils organisent les informations et orientent la communication dans le groupe. Deux principaux outils sont utilisés en CEC : les outils d'analyse (grilles d'analyses) (Léry 1990; Doucet 2004; Durand 2005; Kaldjian, Weir et al. 2005; Saint-Arnaud 2007) et les outils d'intervention (facilitation, médiation) (ASBH 1998; Dubler and Liebman 2004; Arnold, Aulisio et al. 2007; Caplan and Bergman 2007; Quist 2007). De façon plus marginale, le milieu de l'éthique clinique présente aussi certains facteurs ayant un impact sur la communication. Ce qui est dit et ce qui n'est pas dit aura un impact sur les réflexions des participants et finalement les décisions prises (Lo 2003).

En somme, il y a certes encore beaucoup de discussions et de débats sur l'efficacité des consultations en CEC. Malgré tout, la grande majorité des institutions de soins au Canada et aux États-Unis ont opté pour un mécanisme de résolution de conflits via une équipe sous forme de CEC. La consultation en éthique clinique est considérée comme une activité d'échanges interpersonnelles (Aulisio, Arnold et al. 2003), où l'un des rôles principal des CEC dans leur fonction de consultation est de faciliter la communication afin de contribuer à la réflexion morale (Fry-Revere 1994; Casarett, Daskal et al. 1998; Paola and Walker 2006). Sachant aussi que, la façon de communiquer influence directement le résultat (Létourneau, Leclerc et al. 2007), il est donc essentiel de porter une attention particulière au travail d'équipe et à la communication à l'intérieur des CEC lors des consultations. Car pour guider et aider à résoudre les conflits des autres, ne doit-on pas se connaître et être en mesure d'explorer les relations interpersonnelles? Les prochaines sections font l'analyse du contexte particulier, des outils développés et des difficultés communicationnelles rapportés en CEC.

## **OUTILS COMMUNICATIONNELS UTILISÉS EN CEC**

Pour soutenir les deux principaux objectifs de la consultation éthique, c'est-à-dire, faciliter la résolution et établir une voie de communication (Andre 1997), les CEC en milieu hospitalier utilisent divers outils. Quels sont-ils? Principalement, deux outils sont employés : les outils d'analyses et les outils d'interventions. Ces outils et certaines règles de communication offrent différentes démarches structurées afin de diriger le processus de

discussion. C'est dans les divers échanges entre les parties qu'il y aura possibilité d'ententes et de partage. Hoffman souligne l'importance de porter une attention au processus de communication car un bon processus devrait mener vers de «bonnes» ou du moins de meilleures décisions (Hoffmann 1994). Sur ce, Artnak ajoute:

Regardless of the debate, HECs operate at the clinical level, dealing on a daily basis with the concrete realities of difficult decision making in the healthcare setting. As such, it becomes essential to experiment with communication processes and analytic strategies in an effort to discover the most useable framework to guide discussions and attempts at reasoned analysis (Artnak 1995 p. 339).

### **Les grilles d'analyse éthique**

Les grilles d'analyse éthique sont des outils développés pour faciliter l'analyse et la résolution des situations particulières problématiques. Leur but est tout simplement de créer une démarche simple et rigoureuse permettant de «chercher à considérer tous les facteurs en cause» (Durand 2005 p.437) d'une situation conflictuelle complexe. Les grilles d'analyse renvoient aux théories développées en éthique clinique permettant ainsi la pluralité morale à ce qu'elles englobent souvent plusieurs schémas de théories morales. Selon les étapes contenues elles refléteront certaines approches globales de la bioéthique par exemple : le principlisme, la narrativité ou la casuistique... Elles sont créées de sorte qu'elles soient faciles à comprendre et à mettre en pratique pour tous les membres du CEC initiés ou non à l'éthique et aux connaissances cliniques. Le but de ces grilles d'analyse est d'en arriver à la ou aux meilleures décisions possibles en tenant compte de tous les éléments pertinents à la réflexion tout en évitant les négligences. Par contre, il n'existe pas de grille d'analyse standard ou universelle, chaque auteur, praticien et comité développe et adapte une ou plusieurs grilles selon ses besoins.

Le tableau III suivant présente un résumé des points clefs d'une grille d'analyse (voir Annexe 1 pour un tableau comparatif de quelques grilles développées par des auteurs francophones du milieu de l'éthique clinique).

**Tableau III : Éléments clés d'une grille d'analyse**

<b>Éléments clés d'une grille d'analyse éthique</b>		
<b>Selon tableau comparatif</b> (Tableau IV, Annexe 1)	<b>Selon Bolly</b> (Bolly 2003)	<b>Selon Doucet et Fuchs</b> (Fuchs 1995; Doucet 2004)
Identification du problème éthique	Identification du problème éthique	
Identification des faits pertinents, des personnes impliquées, des lois et des contraintes déontologiques		Repérage : déterminer les faits dans leur contexte : qui, quoi, où, quand, comment et pourquoi
Identification des options possibles	Recherche de choix possibles avec, pour chacun de ces choix, identification :	
Identification des valeurs en conflits	- des valeurs mises en jeu - des moyens à mettre en oeuvre - des raisons éthiques qui justifient ce choix	Prise de décision : justifier une décision plutôt qu'une autre
Décision	Prise de décision et argumentation	
Délibération		Délibération : examiner tous les arguments émis
		Communication : expliciter la décision
		Évaluation : rétroaction, évaluer les effets de la décision

Ce tableau permet de faire ressortir des caractéristiques importantes des éléments. Certains éléments clés sont indispensables à la validité de la grille, ils sont *essentiels*; certains éléments peuvent être davantage mis en valeur, ils sont *décomposables*; et il est possible d'adapter les éléments selon la situation et les participants, ils sont *modulables*.

### ***Les exigences***

Bolly (2003) présente deux exigences de la méthode par grille d'analyse. La première nécessité est le temps. La grille exige de prendre le temps de se rencontrer et discuter en groupe, mais elle permet aussi d'en économiser par sa démarche structurée et par l'initiation et la formation des membres, diminuant ultimement la récurrence des cas problématiques. Dans un deuxième temps, le dialogue demeure indispensable à la démarche. Il permet de sensibiliser les participants aux exigences de l'interdisciplinarité, de l'écoute, du respect et de la réciprocité. Bolly ajoute même quelques règles de base à respecter, comme : la prise de parole au « je », le non-jugement et le respect de chacun, la

confidentialité et la présence d'un animateur formé en éthique clinique. Cet animateur a pour principal objectif de garantir un véritable dialogue, de permettre à chacun d'être entendu. «Sa tâche consiste aussi à aider le groupe à progresser vers son but (l'élaboration d'une décision) et à l'aider à comprendre son propre fonctionnement avec les logiques qui y sont liées (affects, interprétations,...)» (Bolly 2003). Doucet (2004) ajoute à cette liste d'exigences : reconnaître l'altérité du patient, reconnaître à chacun le droit égal à la parole et à l'écoute, être responsable de ses paroles et de son écoute et viser une véritable concertation.

### ***Les avantages et désavantages***

De façon générale, les avantages et les inconvénients des grilles d'analyse sont multiples, Bolly (2003) résume bien les éléments clés. Les avantages des grilles sont caractérisés par : 1) une grande flexibilité qui permet de s'ajuster selon le cas; 2) un point de départ structuré pour entamer la problématique; 3) la considération de tous les facteurs en cause; 4) l'inclusion autant de la subjectivité de chacun et de l'objectivité de la situation; 5) la circonscription de la discussion sur le contenu pertinent à la décision; 6) la décomposition du processus décisionnel de manière à comprendre le cheminement de la réflexion; 7) la compréhension du sens de la décision pour faciliter l'adhésion; et finalement, 8) un outil d'apprentissage qui permet de former les participants à une démarche éthique structurée. La grille peut effectivement être la base de nouveaux apprentissages, en termes d'instauration d'un cadre, de structure à donner à la recherche de discernement et de respect de la parole de chacun.

Les désavantages les plus importants, quant à eux, se résument en quatre points selon Bolly. Les grilles 1) ne mènent pas nécessairement à un consensus; 2) elles ne dissolvent pas l'incertitude; 3) elles n'indiquent pas quelle est la décision à prendre et 4) ses éléments ne permettent pas de déceler ses exigences. Une attention doit être portée, car les grilles présentées sous forme d'étapes peuvent donner l'impression que le processus décisionnel éthique est mécanique. Il est possible de craindre en effet un renvoi des responsabilités individuelles à l'instrument : «Au-delà de son aide ponctuelle, par la réflexion à laquelle elle invite, elle doit nous rappeler la nécessité de développer une attitude éthique dans le

quotidien de notre pratique» (Bolly 2003). Justement, les grilles d'analyses apportent certaines structures au contenu mais qu'en est-il du contenant? Les grilles d'analyses ne permettent pas de reconnaître la façon de dire les choses, de communiquer en groupe, de trouver sa voix et de démontrer une «bonne» attitude. Comme le fait ressortir Lynch (1994), les grilles d'analyse éthiques sont une partie essentielle du travail des consultants éthiques mais ne sont pas suffisantes. Selon Agich (2001), les modèles de prise de décision basés sur les théories éthiques comme le principlisme ou la casuistique, posent des limites importantes : «there is little practical guidance for consultants regarding how best to approach the disputing parties, to re-establish severed lines of communication, or, even more basically, to interpret and reconcile competing views of the clinical situation» (Agich 2001 p.34). Racine reproche aussi aux méthodes d'analyse de cas de ne pas être opérationnalisées de façon adéquate : «Par exemple, on ne dit pas comment on doit recueillir l'information ou quelles sont les difficultés associées à cette démarche [...]» (Racine 2004 p. 241).

Devant ces limites et en complémentarité aux grilles d'analyse (et théories éthiques), le milieu de l'éthique clinique a aussi développé certaines méthodes d'intervention qui agissent comme démarche communicationnelle. La prochaine section explore ces méthodes.

### **Outils d'intervention: Les techniques de facilitation**

[...] bioethics has already taken major strides in the direction of a methodology grounded in conflict management processes - These processes are empowering to the parties involved, in contrast to earlier models which took a more authoritarian approach. The democratic deliberative processes that have been explored within bioethics include facilitated dialogue, consensus-building models, and mediation (Edelstein, DeRenzo et al. 2009 p 342).

Si les principes éthiques, les outils d'analyse, les politiques institutionnelles et les lois ne sont pas suffisants pour guider les situations complexes rencontrées en milieu hospitalier, comment doit-on les approcher? Lynch (1994) propose d'utiliser les techniques de facilitation comme véhicule pour supporter la communication à travers les outils d'analyse. Principalement, la littérature en éthique clinique suggère trois méthodes d'intervention en

facilitation: 1) l'arbitrage, 2) la négociation et 3) la médiation. Ces techniques de facilitation sont empruntées aux domaines du droit, du management et de la psychologie sociale (Lynch 1994). De ces trois méthodes, la médiation est celle qui reçoit le plus d'attention en éthique clinique (West and Gibson 1992; Hoffmann 1994; ASBH 1998; Casarett, Daskal et al. 1998; Dubler and Liebman 2004; Arnold, Aulisio et al. 2007; Caplan and Bergman 2007). Aucun consensus n'existe quant à la technique de communication à privilégier, chaque comité, éthicien ou consultant est libre d'utiliser la méthode qui lui convient.

La facilitation a pour objectif de guider et aider un groupe à travers les communications interpersonnelles et les dynamiques de groupe afin de parvenir à un consensus (Lynch 1994). La médiation reçoit une grande part d'attention dans la littérature et semble déjà être appliquée dans les milieux de l'éthique clinique par certains (Dubler and Blustein 2007). Cette méthode se distingue de l'arbitrage en ce que les parties en discussion décident elles-mêmes de la décision à prendre plutôt que de la laisser à un tiers. Le consultant éthique peut jouer le rôle du médiateur qui facilite la communication et l'analyse afin que le médecin et le patient puissent prendre une décision. L'accent est mis, non pas, sur qui a raison ou tort mais, sur l'établissement d'une solution viable qui répond aux besoins uniques des participants. Autrement dit, la médiation rejette l'approche objectiviste de la résolution des conflits et examine les différents en matière de relations et les responsabilités. L'accent mis sur les relations et le contexte (par opposition à des principes éthiques ou juridiques) peut rendre la médiation un modèle attrayant de procédure pour CEC.

Or, la médiation est basée sur un modèle de consultation menée par un individu, un processus de médiation mené par un groupe n'a pas encore été exploré. Dubler et Liebman (2004) n'encouragent d'ailleurs pas les CEC à devenir médiateurs. Les auteurs soulignent qu'il faudrait alors que tous les membres soient formés et que les rencontres soient organisées de façon à ce que les membres du CEC ne submergent pas les autres participants, deux prérequis difficiles, voire impossibles à atteindre (Dubler and Liebman 2004). Et comme Hoffman le souligne, «although mediation may lead to a mutually satisfactory solution, it may not lead to an ethical or just outcome» (Hoffmann 1994 p. 89). Outre ces exigences non applicables au modèle des CEC, la médiation jette tout de même



certaines bases de communication (Casarett, Daskal et al. 1998). Il serait certainement intéressant de développer davantage ces points pour une application en CEC.

### **Règles de communication**

D'autres conseils de communication interpersonnelle peuvent être trouvés dans la littérature en consultant les commentaires sur les règles de discussion et de délibération en CEC. Les techniques de discussion et de délibération ne sont pas sans lien avec l'éthique, ils sont des processus utilisés dans le but d'atteindre un objectif. «Le dialogue et la discussion permettent souvent d'arriver à une solution heureuse, à tout le moins de protéger les relations entre les gens qui se sont sentis écoutés, et donc de protéger le climat des relations de travail» (Durand 2005 p. 427). La délibération joue en effet un rôle fondamental dans les consultations, car elle exige l'expression et la critique des fondements des opinions et croyances (Verweij, Brom et al. 2000). Selon Doucet (2004), une réelle délibération n'est possible que si les participants adoptent certaines attitudes : écoute des différents arguments, mise à distance de soi-même, souci de la personne vulnérable et reconnaissance de l'égalité des sujets impliqués et de solidarité.

Comme le rapporte Durand (2005), le dialogue permet l'expression de la subjectivité et de la perception personnelle tout en évitant l'arbitraire, «le choix irréflecti, insensé, fait à l'aveuglette, non justifié» (Durand 2005 p. 428). Malherbe et Bégin (dans Durand 2005 p.431) inspirent ensemble une liste de neuf règles qui feraient du dialogue ou de la discussion un processus valable et éthique : 1) refuser d'intimider, 2) refuser la manipulation, 3) exclure le mensonge, 4) écouter, 5) s'exprimer, 6) chercher à considérer tous les facteurs, 7) interpeller les exclus, 8) mettre en relief les différences, et 9) aider le groupe à progresser. Patenaude (2001) quant à elle, voit l'approche dialogique comme un outil d'apprentissage à l'éthique. Le dialogue serait éthique car, apprendre à dialoguer développe les compétences morales (Patenaude 1996). Ce point de vue est lié à la formation en éthique mais demeure non moins inspirant pour la pratique.

L'ASBH fait aussi référence à diverses techniques de communication à travers l'énumération des compétences requises pour siéger sur un CEC. Voici quelques aptitudes

en relations interpersonnelles et en processus de discussion, ainsi que des traits de caractères requis, à divers niveaux, par les membres des CEC selon l'ASBH : reconnaître et soigner les obstacles à la communication relationnelle; créer une atmosphère de confiance; bien écouter; faciliter la communication entre les partis concernés; se connaître; faire preuve de tolérance, patience, compassion, honnêteté, indulgence, courage, prudence, humilité et intégrité. Durand va dans la même direction en affirmant que les membres doivent posséder certaines qualités afin de siéger sur un CEC. Entre autres, il mentionne : l'ouverture d'esprit, la capacité de travailler en équipe et le courage de s'exprimer et soutenir ses opinions (Durand 2005).

Une énumération d'aptitudes et de traits de caractère est-elle suffisante pour démontrer toute l'importance et les implications qui y sont rattachées? Alexander (Alexander 2003) met d'ailleurs en garde contre les difficultés, selon les circonstances, à savoir comment, où et quand mettre en pratique certaines vertus. Ces éléments sont certes louables; en fait ils seraient, à mon point de vue, intéressants et essentiels pour tout comité ou groupe de travail. Quel groupe pourrait travailler avec fermeture d'esprit, malhonnêteté, imprudence, arrogance, lâcheté...?! La subjectivité et la perspective individuelle des membres portent aussi à se demander si exiger ces qualités est suffisant. En effet, la plupart des gens vous diront posséder la majorité ou la totalité de ces qualités. Le regard que chacun pose sur soi est-il le reflet de la réalité? Peut-il être le reflet de mauvaises intentions ou tout simplement de l'ignorance? Il faut aussi mentionner l'influence des présuppositions et préjugés tacites que chacun possède et qui façonnent nos perceptions et comportements. Un réel travail sur la connaissance de soi, de remise en question pourrait mettre véritablement en valeur ces aptitudes et traits de caractère. Connaître nos qualités mais aussi nos limites (nos défauts, nos préjugés) permettra d'éclairer nos réflexions et nos décisions et de mieux comprendre l'autre. Il serait aussi important que chaque individu du groupe accorde la même valeur et la même définition pour chacun de ces éléments. Qu'est-ce que l'ouverture d'esprit? «Most moral terms are vague meaning that the definition attached to them many differ from person to person depending on how the term fits into their individual belief structures» (Alexander 2003 p. 68). Une entente collective ne devrait-elle pas faire partie de la démarche du groupe afin de développer un langage commun, devenir une véritable collectivité?

## CONCLUSION

Plusieurs obstacles nuisent à la performance des CEC. En particulier, ce premier chapitre a exploré le travail d'équipe sous le regard de la communication et des divers outils communicationnels mis en place par le milieu de l'éthique clinique. Un aspect des plus important car la parole est au cœur des CEC : «Intervenants, patients, famille et membres des comités sont invités à parler, à témoigner, à exprimer; les situations difficiles doivent être racontées, les valeurs et les points de vue, affirmés, les sentiments, avoués, pour parvenir à surmonter les difficultés, à trouver les solutions» (Gagnon 1995 p. 216). Deux principaux outils aident à guider les consultations éthiques : d'un côté les grilles d'analyse mettent l'emphase sur l'organisation de l'information et de l'autre, la médiation tente de concilier les conflits. La grille d'analyse est un outil essentiel lors des consultations éthiques mais non suffisant afin de développer la communication de groupe. Les techniques de facilitation, quant à elles, apportent une perspective intéressante sur la gestion du processus via les relations interpersonnelles mais, semblent difficiles à appliquer dans le contexte des CEC. Ici et là, il est aussi possible de trouver quelques règles disparates sur la délibération et la communication en générale. Ces règles semblent pleines de sagesse et de promesses mais, leur sens et leurs mises en application sont nébuleux. Et, malgré ces outils et règles, plusieurs difficultés liées à l'individu, au groupe et à l'environnement persistent. Le milieu de l'éthique clinique est certes ouvert et curieux face aux différents outils et aux règles des relations interpersonnelles et de discussion, mais les écrits sont épars. Nous ne devons pas être surpris face à cet éclatement puisque le milieu de l'éthique clinique lui-même est dispersé: les objectifs sont flous, la formation est optionnelle, la structure et le fonctionnement sont hétéroclites.

La communication est non seulement au cœur des consultations en CEC, elle peut même être la source des demandes soumises au comité. En effet, selon l'expérience de certains éthiciens (Aulisio, Arnold et al. 2003), la majorité des demandes de consultation sont dues à un bris de communication ou un malentendu plutôt qu'un problème éthique complexe. Malgré cet intérêt pour le processus communicationnel, la littérature souligne encore des problèmes de communication dans les CEC (ces problèmes seront explorés plus en détail

au Chapitre 2). Les CEC auraient à gagner à explorer davantage la gestion de la communication dans leur fonction de consultation.

La communication n'est donc pas un luxe mais une nécessité pour les CEC. La qualité de la communication et du travail d'équipe dans les CEC a un impact sur le contenu des discussions et des décisions. Edelstein et ses collègues soutiennent cette idée en ces termes: «greater attention and focus on conflict management and communication issues in ethics consultation can lead to much more constructive engagement with patients, families, surrogates, staff, and physicians around ethics cases» (Edelstein, DeRenzo et al. 2009 p. 345). Les techniques de résolution de conflit, les processus de prise de décision sous pression et les habiletés de communication interpersonnelle, seraient donc des approches intéressantes à développer pour les CEC. Ce type de formation est encore marginal dans le milieu de l'éthique clinique. Aulisio (2003) souligne d'ailleurs que les moyens pour promouvoir, outiller et former les membres aux processus communicationnels ne sont toujours pas organisés dans le cadre des consultations. Comment peut-on améliorer la situation ?

Pour augmenter l'efficacité des entreprises, un milieu fourmillant de comités, d'équipes, de rencontres et réunions, certains chercheurs proposent de revoir la communication. En effet, la théorie de l'apprentissage organisationnel suggère, à l'aide du dialogue, de soutenir plusieurs points de vue dans l'intérêt de créer un nouveau sens partagé. Est-ce que l'approche dialogique peut remédier aux barrières de communication non résolues par les pratiques actuelles de l'éthique clinique ? Le prochain chapitre tente de répondre à la question.

## **CHAPITRE 2 : L'APPROCHE DIALOGIQUE : UN SOUTIEN AUX ANALYSES DE CAS EN CEC**

### **INTRODUCTION**

Regardless of the debate, HECs operate at the clinical level, dealing on a daily basis with the concrete realities of difficult decision making in the healthcare setting. As such, it becomes essential to experiment with communication processes and analytic strategies in an effort to discover the most useable framework to guide discussions and attempts at reasoned analysis (Artnak 1995 p.339).

Le premier chapitre a permis de cerner les CEC dans leur fonction de consultation : leur histoire, leurs fonctions et les enjeux qu'ils suscitent. La problématique de l'efficacité des CEC sous l'optique de la communication s'est avérée un facteur central au succès de l'équipe. Certains praticiens remarquent même que les conflits éthiques rencontrés en milieux de soins ne sont pas nécessairement des conflits de principes éthiques mais, majoritairement, des conflits dus à des malentendus, des sentiments blessés ou une réticence à la discussion (Aulisio, Arnold et al. 2003; Arnold, Aulisio et al. 2007; Caplan and Bergman 2007). De plus, les procédures de communication employées en groupe influencent les décisions et jouent un rôle primordial dans les consultations (Dubler and Liebman 2004). Bien que des outils méthodologiques (outils d'analyse et outils d'intervention) ont été développés par le milieu de l'éthique clinique afin d'aider le processus de consultation, plusieurs barrières à la communication persistent. Je propose donc de poursuivre l'analyse de la situation. Le prochain chapitre aborde, dans un premier temps, les principales barrières de communication rencontrées en CEC telles que soulevées dans les écrits. Elles sont rassemblées en trois niveaux : individuel, collectif et de environnemental. Afin de contrer ces difficultés, l'approche dialogique, proposée par le domaine de la gestion, est explorée. Cette approche est ensuite détaillée selon son origine, sa définition, son fonctionnement et ses diverses contributions. Par la suite, la conceptualisation du dialogue par Isaacs, permet de mieux comprendre ses fondements et son influence en lien avec les barrières des CEC. Et finalement, un dernier passage fait mention des limites de la pratique du dialogue dans le contexte spécifique des CEC et mène à l'analyse globale du potentiel du dialogue en éthique clinique.

## **BARRIÈRES DE COMMUNICATION DU TRAVAIL D'ÉQUIPE EN CEC**

Les objectifs des CEC varient en fonction des besoins de l'institution et des membres. Ayant des objectifs variés, il est difficile de cerner qu'elles sont les barrières qui entravent leur atteinte, et diminuent la performance de l'équipe. Ceci dit, il est possible de faire ressortir des éléments nuisibles à toute équipe de travail. Par exemple, aucune équipe ne peut performer avec des membres ne partageant pas un langage commun. La prochaine section présente les barrières à la performance du travail d'équipe dans les CEC telles que d'écrites dans la littérature. Cette analyse permet de saisir les difficultés principalement rencontrées dans le milieu de la consultation éthique et d'évaluer le rôle et les limites des outils d'intervention utilisés par les CEC. Nous posons la question: quelles distorsions et difficultés communicationnelles ont été identifiées par la communauté de l'éthique clinique qui sont les plus susceptibles d'influencer le processus et le résultat des discussions? Cette question est d'autant plus stimulante que Silberman et collègues dénotent : «For ECSs, the ability to identify sources of systematic distortion in our reasoning across the wide range of possible biases, and then to manage and minimize these distortions through effective debiasing techniques, is largely unfathomed» (Silberman, Morrison et al. 2007 p.34). Afin de rassembler l'information, les termes et concepts, tels que «difficulté», «influence négative», «problème», «obstructions», «facteurs de succès» ont été utilisés pour définir les barrières communicationnelles. La communication peut se briser à plusieurs niveaux mais, ils sont regroupés ici selon trois catégories : (1) individu, (2) collectif et (3) environnement. La catégorie de l'individu inclut les barrières liées spécifiquement à une personne de l'équipe. Elle a été divisée en trois sous-catégories : les capacités, l'engagement et les émotions. Le niveau collectif fait référence aux dynamiques de groupe, aux relations interpersonnelles et se subdivise en quatre niveaux : processus décisionnel, leadership, déséquilibre du pouvoir et complexité des relations. Finalement, l'environnement comprend les barrières attribuables aux éléments externes de l'individu et de l'équipe et comprend les ressources matérielles et temporelles.

## **(1) Barrières individuelles**

### ***Capacités de l'individu***

Les capacités de l'individu renvoient directement à l'identité de chaque acteur. Cette identité est créée à partir de la personnalité et de la culture (connaissances, expériences, éducation) propres à chacun et est responsable de la formation des perceptions, valeurs et attitudes (croyances, émotions et préjugés) (Brassart and Brassart 2008). Les capacités de l'individu ont un rôle central dans la façon de chacun d'entrer en conversation. L'ASBH suggère d'ailleurs que les membres des CEC doivent partager certaines connaissances, habiletés et traits de personnalité afin de conduire de façon compétente un service de consultation (ASBH 1998).

Fry-Revere (1994) met d'ailleurs en garde contre le manque de formation des membres puisque cette déficience peut mener à un manque de confiance, un handicap important à l'expression de ses idées et à l'efficacité du groupe. Les opinions, croyances et valeurs distinctes peuvent être opposées et venir nourrir un conflit. Hawley et Aveyard (2007), proposent, pour éviter le conflit et développer des habiletés communicationnelles, spécialement l'ouverture d'esprit. Dans le contexte des soins de santé et des CEC, explicité plus tôt, il y a de fortes chances de rencontrer des divergences. Ainsi, ne pas être en mesure d'écouter et de comprendre les opinions et points de vue des autres lorsqu'ils divergent de ses propres opinions démontrent une fermeture d'esprit, une barrière importante à la communication. D'autres barrières liées à l'individu sont aussi mentionnées, telles que de compromettre l'opinion individuelle dans l'intérêt de résoudre ou éviter un conflit (Pellegrino 1999) et l'émergence de doutes et d'appréhensions face à la remise en question de ses valeurs (Verweij, Brom et al. 2000).

### ***Biais, parti-pris, préjugés, convictions***

«More than three decades of research regarding decision making suggests that the processes of human reasoning are riddled with a plethora of biases» (Silberman, Morrison et al. 2007 p.32). Cet article de Silberman et collègues met en lumière les préjugés affirmés, tels que le racisme et le sexisme, aussi bien que les préjugés tacites et raffinés comme les interprétations des probabilités numériques, par exemple, les interprétations des

risques d'une intervention médicale. Les réflexions biaisées déforment notre jugement et notre comportement. Cette observation permet de mettre en évidence que les problèmes communicationnels ne sont pas seulement créés dans l'interaction des individus mais prennent d'abord naissance à l'intérieur du mode de réflexion de chacun. Afin de diminuer l'impact des préjugés, Silberman et collègues suggèrent de renforcer la diversité du comité et de prendre conscience de notre propre perspective. Cette démarche demande d'identifier les personnes qui ont des opinions différentes et de tenter de conceptualiser des situations de la même manière qu'elles (Silberman, Morrison et al. 2007). À ceci, Malherbe ajoute : «Nous aimons les certitudes à un point tel qu'il nous arrive d'en préférer de fausses à la vérité» (Malherbe 2007 p.391). Selon lui, nos convictions ne sont vraies qu'à condition de les partager avec d'autres; sinon, elles ne sont que de fausses certitudes car, à la rencontre d'autres visions du monde, elles deviennent des incertitudes. «En éthique, les convictions sont la base de tout,... à moins que l'on ne se trouve dans une société fermée et homogène où tous et chacun pensent dans les termes de la même tradition religieuse, par exemple» (Malherbe 2007 p. 411). La mise en garde est simple : il ne faut pas prendre pour objectivité ce qui n'est que subjectivité. L'individu tient à ses certitudes et/ou croit en la certitude des autres. Cette conviction peut conduire à l'aveuglement et barrer les négociations menant l'individu à mettre ses intérêts personnels au devant de ceux du groupe (Dubler and Liebman 2004). Mais, face à la remise en question de ses valeurs et croyances, certains peuvent éprouver un sentiment de menace provoquant des discours défensifs (Hawley and Aveyard 2007).

### ***Engagement***

Il est important pour le bien du groupe d'être composé d'individus engagés et motivés. Un faible niveau de motivation sera lié à de l'indifférence et à un manque de participation et d'apport dans les discussions (Verweij, Brom et al. 2000). Dans le même ordre d'idée, la participation des membres devraient être idéalement volontaire. Ce premier prérequis permettrait de créer la motivation nécessaire afin de s'investir. L'individu doit donc être, certes motivé, mais aussi démontrer une bonne volonté (Hawley and Aveyard 2007) .



### ***Émotions***

Deux principales difficultés liées aux émotions sont soulignées par le milieu de l'éthique clinique : (1) les situations chargées émotionnellement rencontrées dans les CEC sont souvent une source de stress physique et émotionnel qui peuvent nuire à la qualité des analyses et discussions par des jugements et comportements irrationnels, (2) les émotions négatives ressenties par certains membres peuvent se propager aux autres et nuire au climat du groupe, affectant le résultat : « [...] any one person's "down emotion" in a group may affect all of the other people in the room and, thus, one person may alter the outcome of an ethics consultation» (Howe 2009 p. 210).

## **(2) Barrières collectives**

### ***Processus décisionnel***

Le collectif représente les individus en interactions. Ici sont regroupés les divers facteurs des dynamiques de groupe mis de l'avant par la littérature en éthique clinique. Quelques auteurs émettent des craintes face au phénomène du « Groupthink » (pensée groupale). Ce phénomène survient lorsque le maintien de la cohésion de groupe et d'un climat agréable devient plus important que la finalité première du groupe. Il est d'autant plus pernicieux qu'il est souvent inconscient pour les membres (Bégin 1995). Selon Bégin, un mode de prise de décision par consensus participe grandement à l'éclosion du phénomène de la pensée groupale. En effet, afin d'en arriver à un consensus, certains membres sont tentés de se taire et de se rallier à la majorité ou d'ignorer les objections mineures à la position du groupe (Fleetwood, Arnold et al. 1989 ; Povar 1991 ; Silberman, Morrison et al. 2007). Ce phénomène porte ainsi à taire ou éviter les conflits, diminuant la profondeur des discussions et des analyses (Racine 2004).

L'étude de Day et collègues suggère que certains individus peuvent aussi se sentir intimidés face au groupe : «A "courtroom" atmosphere seems counterproductive to the purposes of ethics consultations» (Day, Smith et al. 1994 p23), ce qui peut empêcher la prise de parole de certains membres ou invités. Cette prise de parole peut aussi être inhibée par un manque de sécurité psychologique à l'intérieur du groupe (Leonard, Graham et al.

2004). Fleetwood et collègues mettent en garde, de façon plus globale, la valeur des discussions de groupe en CEC :

Moreover a pluralistic committee membership does not ensure a pluralistic discussion of the issues. Social scientists have found that small groups may avoid controversial issues, ignore minority objections to the group position, and reach closure prematurely to achieve consensus. Compromise, when merely for the sake of reaching a speedy decision, undercuts the moral pluralism of the interdisciplinary group (Fleetwood, Arnold et al. 1989 p.139).

Charon et Montello (1999) soulignent aussi l'importance de porter attention au message qui peut facilement être distordu volontairement ou involontairement par l'émetteur ou le récepteur.

### ***Leadership***

Le type de leadership exercé au sein du groupe influence le climat et les comportements des membres. En effet, il est convenu qu'il y a différents types de leadership, pour répondre à différents types de personnalités. Un CEC pose alors une contrainte importante sur le leadership. En effet, un groupe multidisciplinaire propose un regroupement de plusieurs types de disciplines et de personnalités qui auront chacun besoin d'un différent type de leadership. Un bon leader est celui qui est en mesure d'adapter son style selon chaque membre et qui coordonne et dirige l'équipe afin d'atteindre les objectifs (Hawley and Aveyard 2007).

### ***Déséquilibre du pouvoir***

Un déséquilibre des voix amène un déficit des voix divergentes. En effet, un individu ayant une personnalité «forte» peut utiliser des stratégies (souvent involontairement) afin que les membres plus effacés se rallient à leur position sans discussion (Bégin 1995). Déjà en 1989, Fleetwood et collègues s'interrogent sur les luttes de pouvoir à l'intérieur du groupe et mettent en valeur les dangers de valoriser la personne au détriment de l'argument:

Further, social psychologists have documented that whether or not a perspective is heard has more to do with the prestige of the person espousing the position than with the content of the view. Their presence and power may inhibit free expression from subordinates or simply override dissent'. [...] Such findings lead us to question whether an IEC's recommendations

will be based on justifiable ethical arguments rather than considerations of intragroup power (Fleetwood, Arnold et al. 1989 p.139).

Rubin et Zoloth (2004) mettent encore en évidence un déséquilibre causé par certains participants du groupe qui font l'exercice de pressions sur un membre afin d'en arriver à une décision plus rapide ou orienter la discussion vers un choix spécifique. Cette inquiétude est aussi exprimée dans les liens hiérarchiques où la profession jouit d'un prestige (Kelly, Marshall et al. 1997 ; Dubler and Liebman 2004; Caplan and Bergman 2007) et elle est bien résumée par Leonard: «Medicine is a hierarchical environment, in which it can be difficult for people to speak up with concerns» (Leonard, Graham et al. 2004 p.i87).

Les activités décisionnelles des comités sont aussi influencées par différents modes de régulation sociale ou normativités, incluant les normes explicites et implicites. Selon les recherches menées par Luc Bégin (dans Parizeau 1995), ces normativités peuvent être classées selon cinq catégories : administratives, scientifiques, professionnelles, juridiques et éthiques. Quelles sont leurs influences sur la communication en CEC? Dans un premier temps, certains participants seront plus influencés par certaines normativités que d'autres, leur accordant plus de valeur et contribuant ainsi à créer une «compétition» entre l'opinion des individus.

L'influence des normativités mène aussi à des malentendus causés par l'utilisation de différents langages. De plus, afin d'intégrer la normativité éthique dans les activités décisionnelles celle-ci exige de mettre à distance et réévaluer les autres normativités pour lesquelles l'individu est lié. Par exemple, le médecin devrait mettre de côté (ou du moins savoir identifier) les normes professionnelles et administratives imposées par le milieu pour laisser place à une réflexion spontanée. Ce détachement ne vise pas à nier l'existence des autres rôles, mais «plutôt d'éviter les réponses stéréotypées aux attentes normatives et de permettre une observation adéquate de la situation et une évaluation réfléchie des valeurs, intérêts, droits et normes en conflit» (Parizeau 1995 p.53). La prise de conscience de la coexistence de ces normes serait donc une étape importante à explorer. La difficulté à reconnaître les normativités en jeu pourrait être due au manque de formation des membres, mais, Fleetwood propose que le processus d'opération des CEC gère cet aspect : «It is probably unrealistic to expect IEC members to divorce themselves from their professional

roles, but we believe these tensions can be anticipated and mitigated by the operating rules of the committee » (Fleetwood, Arnold et al. 1989 p.139).

### ***Complexité du milieu immédiat et des relations***

La nature complexe des réflexions morales dans les analyses de cas fait en sorte qu'il y a de nombreux facteurs à considérer (Verweij, Brom et al. 2000). Selon *La nouvelle encyclopédie de bioéthique* (Hottois, Missa et al. 2001), la complexité de l'éthique clinique (et de la consultation éthique) est formée (1) des méthodologies pluridisciplinaires, par la coexistence des individus de différentes disciplines; (2) du pluralisme, par la diversité de cultures, religions, morales et croyances des intervenants impliqués et (3) de la multiplicité des groupes de pression (industrie pharmaceutique, chercheurs, les défenseurs des droits des patients...). Qui plus est, cette complexité est évolutive au fil du temps. La complexité est aussi augmentée par les conditions d'incertitude de la prise de décision où les gens ont à raisonner sur la base des probabilités (Silberman, Morrison et al. 2007). Devant la complexité des analyses de cas, nous pourrions nous attendre à ce que les méthodes utilisées en CEC soient capables de faire face à cette complexité.

### **(3) Barrières environnementales**

Le contexte spatiotemporel inclut le lieu et le moment des rencontres. De façon optimale, le lieu de rencontre devrait permettre d'éviter les sources de distractions (interruptions, bruits de fond...). Les CEC sont soumis à plusieurs contraintes de temps que ce soit au niveau de la disponibilité des membres, du temps disponible pour les réunions ou encore de l'urgence de certaines situations (Smith, Bisanz et al. 2004). Plusieurs auteurs mentionnent la difficulté de réunir les membres sur une même plage horaire. Il y a alors danger d'utiliser des compromis afin de rendre une décision plus rapidement (Verweij, Brom et al. 2000; Aulisio, Arnold et al. 2003). Il est aussi souligné qu'il est parfois difficile de trouver un espace où il est possible de parler de façon confidentielle (Aulisio, Arnold et al. 2003). Finalement, plusieurs contraintes administratives peuvent certainement limiter le comité en terme de budget, des locaux ou des ressources disponibles.

En somme, le survol du statut du travail d'équipe en CEC à partir de la littérature de l'éthique clinique fait ressortir des difficultés importantes liées au contexte particulier des consultations et de sérieuses lacunes pour faire face à ce contexte. Les outils (grilles d'analyse et médiation, examinées au chapitre 1 et règles de délibération utilisés par les comités apportent certes un soutien important sous la forme de cadres de références analytiques et éthiques. Or, de nombreuses difficultés (voir tableau VIII, annexe II) aux niveaux de l'individu, du collectif et de l'environnement continuent à nuire aux opérations des CEC. Je propose alors la découverte d'une approche basée sur les connaissances et les recherches du domaine des entreprises et de la gestion : l'approche dialogique. Cet outil peut-il venir en aide au CEC?

### **PISTE DE SOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA GESTION**

Le milieu organisationnel représente autant l'individu à la recherche de son dépassement personnel que plusieurs groupes unis vers un projet commun. L'entreprise est un milieu prospère par sa richesse humaine et représente, par ses réseaux de relations et ses niveaux hiérarchiques, un modèle de société. Les recherches sur la communication dans le domaine des entreprises et de la gestion sont nombreuses et plusieurs théories ont été développées. Entre autres, l'approche dialogique. Tout comme la vision d'Isaacs (1993; 1995; 1999; 1999) et Bohm (1980; Bohm and Peat 1987; 1991; 1996; 1998), le dialogue doit être compris non pas comme un ensemble de techniques mais, plutôt comme une approche : une façon de communiquer permettant de créer un environnement où tous les individus se sentent confiants de s'exprimer librement et que leurs idées soient accueillies avec respect et sans crainte d'humiliation.

Eisenberg et Goodall (1997) de leur côté, explicitent trois catégories de dialogue en organisation : le dialogue comme transaction équitable, comme conversation empathique et comme vraie rencontre. La définition du dialogue comme vraie rencontre d'Eisenberg (1997) vient rejoindre celle d'Isaacs. Selon Eisenberg et Goodall, ce niveau de dialogue est réalisé lorsque « a genuine communion can take place between people that transcends differences in role or perspective and recognizes all parties' common humanity » (Eisenberg and Goodall 1997 p.42). Cette activité permet d'apprendre sur nous-mêmes dans une relation à l'autre. C'est un processus qui nous permet de développer de nouvelles

perspectives, «Through dialogue we can learn, not merely receive information, but revise the way we see something » (Eisenberg and Goodall 1997 p.43). «How we think does affect how we talk. And how we talk together definitively determines our effectiveness» (Isaacs 1999 p. 3). À partir de cette prémisse, nous voyons toute l'importante à accorder, non seulement au contenu de nos conversations mais, aussi à la façon de livrer le message. Pour ce faire, il faut explorer le véritable foyer de la parole, il faut se pencher sur la formation même de la pensée.

Au survol de la théorie du dialogue, plusieurs indices m'ont porté à croire que certaines barrières aux niveaux individuels et collectifs des CEC pourraient être surmontées par sa pratique. De prime abord, le dialogue pousse à remettre en questions les pensées et comportements des individus tout en cherchant à rallier les voix vers de nouvelles visions collectives (Bohm, Factor et al. 1991). Le dialogue est aussi une démarche parfaite pour créer un contexte favorable à l'apprentissage. Il contribue autant à l'apprentissage individuel, nécessaire à l'exploration des préjugés et des convictions qu'à l'apprentissage collectif, le noyau du groupe. L'utilisation du dialogue peut même influencer les compétences éthiques (Patenaude 1996; Pauchant, Morin et al. 2002a). En fait, «Dès son introduction, sa visée a été de stimuler la prise de conscience chez les individus dans le but d'accroître des comportements éthiques» (Pauchant, Morin et al. 2002a p.3). L'approche dialogique est d'autant plus intéressante car elle n'applique pas un cadre ou des règles supplémentaires mais tente de revisiter les différentes problématiques communicationnelles à partir de la source : notre façon de penser. Revoir comment nos réflexions opèrent individuellement et collectivement et affectent nos paroles, nos relations et nos décisions. Voyons, plus en détails si cette approche peut réellement être utile pour les CEC.

## **ÉLÉMENTS CLÉS DE L'APPROCHE DIALOGIQUE EN ORGANISATION**

### **Origine**

Le terme dialogue est utilisé dans plusieurs contextes, par plusieurs auteurs et possède ainsi plusieurs définitions. Dans cette recherche, le terme dialogue sera défini selon les principes directeurs de l'auteur David Bohm (1917-1992) (Bohm 1980; Bohm and Peat 1987; Bohm 1996; Bohm 1998) et des auteurs clés des études communicationnelles en organisation qui

se sont inspirés de sa théorie: William Isaacs, Peter Senge, Chris Argyris, Robert Hargrove, Thierry Pauchant, Mario Cayer, etc. Physicien et philosophe, Bohm développe la théorie connue sous le nom de «Bohm dialogue», de 1983 jusqu'à sa mort en 1992 (Gryn 2003). Bohm s'est surtout attardé au problème de communication au niveau sociétal. La communication débute par la pensée, ainsi, selon lui, la communication contemporaine éprouve de grandes lacunes par un système de pensées individuelles fautif. La faiblesse de ce système est principalement due à l'isolement des individus et la fragmentation des concepts. Pour lui, l'être humain a oublié le Tout (wholeness), oublié les liens qui unissent les hommes et leur environnement. Pour remédier au problème, il suggère d'utiliser le dialogue comme processus de conversation dans un groupe, pour mieux saisir les mécanismes de la pensée émotionnelle et intellectuelle. La théorie du dialogue développée par Bohm représente autant un système de communication qu'une nouvelle vision sur le monde.

Peter Senge (Senge 1990) est l'un des premiers à appliquer la théorie du dialogue de Bohm dans le milieu organisationnel (Cayer 1997). William Isaacs, élève de Bohm, collègue de Senge, étudie et pratique le dialogue en milieu organisationnel et social depuis plus de 20 ans. Il a reçu son doctorat de l'université d'Oxford en comportement organisationnel, théorie sociale et psychologie sociale appliquée. Il a introduit le dialogue en milieu organisationnel par la co-fondation avec Peter Senge du *Center for Organizational Learning* à l'École d'administration du Massachusetts Institute of Technology (MIT) en 1990 (Dialogos 2008). Il publie en 1999 un livre sur le dialogue : *Dialogue : the art of thinking together* qui adapte certains principes de Bohm dans une application du développement organisationnel. Isaacs est un auteur et un acteur important sur la mise en pratique du dialogue, il a réussi à vulgariser, conceptualiser et appliquer la théorie de Bohm au contexte organisationnel. Plus près de nous, Mario Cayer est la personne qui a introduit en 1990 la pratique du dialogue au Québec (Pauchant and collaborateurs 2002b).

### **Définition du dialogue**

Selon l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal et collègues (2005 p.13) le dialogue est un «espace de parole et de

silence où l'on examine ensemble les sources des pensées et tente de développer une écologie de l'esprit». Le dialogue se distingue du débat ou de la négociation (voir tableaux IX et X, annexe III). Mais, qu'est-ce que le dialogue? «Il semble que la capacité d'explicitier ce qu'est le dialogue soit limitée par la nature même de cette pratique» (Pauchand and collaborateurs 2002b p. 27). La compréhension du dialogue augmente avec la pratique, c'est un processus d'apprentissage. Le dialogue est une pratique rétroactive à sa théorie : la théorie jette les bases de la pratique et la pratique enrichie la théorie. Cette rétroaction rend la définition du dialogue plus complexe car arrêter son fonctionnement à certaines règles empêcherait la pratique d'évoluer (Cayer 1996; Do 2003).

Le but du dialogue, tel que présenté par Isaacs, est d'accéder à de nouvelles compréhensions des expériences vécues en revisitant les assises de sa pensée et de leurs actions. Selon lui, le dialogue est un partage, une manière de penser et de réfléchir ensemble. Ce n'est pas quelque chose que l'on fait à quelqu'un mais plutôt quelque chose que l'on fait avec quelqu'un d'autre. Ainsi, pour apprendre à dialoguer il faut réapprendre, remanier nos relations avec les autres pour abandonner l'idée qu'il faut se faire comprendre et plutôt viser à comprendre soi et les autres. Le dialogue doit d'abord commencer avec soi et ensuite s'établir avec les autres, c'est une expérience vivante en soi et en relation. L'ASSS Montréal et collaborateurs offrent une définition en terme plus pratique: «La finalité du dialogue est d'assister le développement de la conscience des personnes pour qu'elles puissent mieux gérer des enjeux complexes» (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005 p.4). Le dialogue ce n'est pas l'investigation d'un sujet donné mais, une investigation des modèles mentaux :

L'esprit du dialogue se traduit dans une conversation entre égaux, pour aborder en toute liberté un sujet ou un contenu amené, non dans le sens d'un approfondissement de ce contenu, mais d'une investigations des valeurs, des croyances des modèles mentaux qui sous-tendent les positions, les opinions et les sentiments exprimés ; non pour arrêter une réponse, mais pour prendre conscience qu'en permettant l'écoute de tous les points de vues, qu'en les défiant sans vouloir faire gagner le sien, le dialogue permet d'être dans un même contenu de conscience et, de là, pouvoir apprendre à penser et communiquer ensemble, de façon créative et cohérente (Do 2003 p.71).

Le dialogue peut apporter des changements à la source de nos pensées et nos sentiments, plutôt que sur les résultats produits par notre réflexion. L'intention du dialogue est de



rendre conscients les fondements de la pensée et de l'action, afin d'être plus cohérent dans le processus de la pensée. «L'observation permet de prendre conscience du processus de penser, des présupposés, des *a priori* ainsi que des modèles mentaux, et ainsi dénouer les suppositions rigides qui bloquent nos capacités de penser et communiquer ensemble. [...] Toutefois, ce résultat potentiel n'indique pas que le but du dialogue est de changer délibérément le comportement, ni les comportements du participant» (Do 2003 p.71).

Une autre façon de bien saisir son essence alors est par le rappel de ce que le dialogue n'est pas (Marchand 2001, Pauchand and collaborateurs 2002b):

- Les groupes de dialogue ne sont pas des groupes de thérapie;
- Le dialogue n'a pas comme mandat de trouver des solutions à des problèmes ou conflits particuliers;
- Les groupes de dialogues ne sont pas des réunions informelles;
- Le dialogue n'a pas comme mandat d'atteindre un consensus;
- Le dialogue ne doit pas être utilisé afin de créer un groupe à pensées homogènes;
- Le dialogue n'est pas un remède universel à tous les problèmes.

## **Fonctionnement**

L'ASSS de Montréal et collègues (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005) présentent clairement le fonctionnement et les exigences pratiques du dialogue. De façon optimale, un groupe de dialogue doit représenter une microsociété, avec sa diversité, sa complexité et ses différences. Ainsi, d'après les expériences vécues par divers acteurs du domaine, les groupes de dialogue doivent être de préférence composés de 20 à 40 personnes. La participation doit être volontaire afin de s'engager authentiquement dans le processus. Les caractéristiques sociales, professionnelles ou personnelles des participants ne doivent pas être considérées (pas de niveau hiérarchique). Un groupe devrait se rencontrer à des intervalles réguliers, environ une fois par deux semaines ou une fois par mois par séance de deux heures, et ce, pour un minimum de 12 mois. Les séances ne devraient pas suivre d'ordre du jour précis mais plutôt poursuivre un objectif commun défini de façon très large. Un facilitateur est requis afin de s'assurer de maintenir l'atmosphère particulière du dialogue.

**Tableau IV: Principales caractéristiques de la pratique du dialogue**

Nombre de participants	Grand groupe, 20-40 personnes, représentation d'une microsociété. Groupe moyen : 17 participants (Marchand 2001).
Règles	Créer un espace libre : sans agenda, sans leadership, ni but apparent, sans aucune règle stricte.
But	Explorer le processus de penser, à travers la parole et la pensée collective.
Hiérarchie	Aucune : dans un esprit d'égalité
Prise de décision	Aucun consensus imposé (Do 2003). Selon Senge, il faut laisser le dialogue et revenir à la discussion pour prendre une décision (dans Marchand 2001)
Contenu	Aucun sujet n'est exclu, le sujet de discussion est accessoire.
Rencontres	Régulières et maintenues sur une période prolongée.
Habilités requises	L'engagement La suspension
Gestion de conflit	Ne pas éviter les conflits.
Durée	Un minimum de 12 mois.
Effet	Effet homéopathique : Selon les expériences de (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005), souvent les participants deviennent à leur tour facilitateur pour de nouveaux cercles dialogiques.

Adapté de (Marchand 2001 ; Do 2003 ; ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005)

### **Contributions du dialogue**

D'après les expériences de certains auteurs, plusieurs habiletés peuvent être développées par la pratique de cercles dialogiques. Selon les recherches de Cayer (1996), Pauchant (2002b) et Marchand (2001), la pratique du dialogue peut apporter différents effets sur les participants. Selon Cayer, le dialogue comprend cinq dimensions : conversation, médiation collective, investigation, création de sens commun, participation (voir figure 3 en annexe V). Chacune de ces dimensions dévoile une facette du dialogue, de ses exigences et contributions. Ces contributions du dialogue sont résumées dans le tableau suivant et mises en lien avec les barrières communicationnelles rencontrées en CEC.

**Tableau V : Contributions du dialogue**

Concept	Applications	Barrières touchées
Ralentissement de la pensée	- Réflexion sur des sujets fondamentaux	
Développer un esprit subtil	- Saisir la pensée pendant qu'elle se forme	
Développer une conscience plus subtile (insight)	- Plus de clarté et de compréhension - Conscience de ses propres suppositions	- Certitudes
Changement du sens de soi	- Personnalité plus forte: plus intègre, <i>self-empowerment</i> - Expansion de soi : connexion à l'autre, se voir en l'autre - Augmenter le regard positif sur soi	- Manque de confiance - Intimidation
Développement personnel	- Sens de la parole - Sens de l'écoute - Soutien du désaccord - Respect du point de vue de l'autre - Diminution des mécanismes de défense - Plus créatif - Plus ouvert - Moins craintif	- Fermeture d'esprit - Intimidation - Ignorer les objections - Exercer des pressions sur un membre - Crainte, défensive, appréhensions - Éviter les sujets controversés
Développement collectif	- Sentiment d'appartenance - Cohérence	- Absence de sécurité psychologique
Amélioration de la capacité de communiquer et entrer en relation avec les autres	- Amélioration de la capacité à faire face aux conflits et argumentaires - Amélioration des habiletés d'écoute et de parole - Développement du respect et considération envers les autres - Amélioration de la capacité à l'empathie - Échanges des aspirations et des contraintes de chacun	- Compromettre son opinion - Éviter les sujets controversés - Exercer des pressions sur un membre
Diminution relative des rapports hiérarchiques	- Conversation entre égaux	- Influence du prestige - Influence de la profession
Réaliser l'influence de la culture organisationnelle sur soi	- Explorer le pourquoi - Explorer les présupposés - Visiter les effets positifs et négatifs des éléments organisationnels	- Certitudes - Normativités

Réaliser l'influence des la culture sociétale	- Par la création d'un groupe représentant une «micro-société» - Explorer les présupposés - Visiter les effets positifs et négatifs des éléments sociétaux	- Normativités
Développer une méthode pour répondre aux enjeux complexes		- Complexité du milieu
Faire émerger une éthique du dialogue	- Une conversation réellement humaine et profonde.	
Mener à une médiation spirituelle sur la beauté et la fragilité du monde – faire partie du tout et expérimenter le transpersonnel	- Un groupe de personnes représente une entité	
Diminution du narcissisme au profit du sens de l'éthique (développement des niveaux de conscience de Kohlberg)	- Le dialogue produit un effet synergique par l'exposition des points de vue et l'interaction de différents niveaux de consciences (ici références à Kohlberg)	- Favoriser ses intérêts personnels

Adapté de : (Cayer 1996; Marchand 2001; Pauchand and collaborateurs 2002b)

La pratique du dialogue apporte divers effets positifs aux plans individuel et collectif. En fait, certaines résultantes du dialogue observées par les expériences, semblent directement reliées et visent à remédier à quelques barrières relevées dans la littérature à propos du fonctionnement des CEC. En particulier, il a été possible d'associer certaines des barrières individuelles (au nombre de cinq): fermeture d'esprit, compromettre son opinion individuelle dans l'intérêt de résoudre ou éviter un conflit, manque de confiance, crainte, défensive et appréhensions, favoriser ses intérêts personnels; et au niveau du collectif (au nombre de 12): l'absence de sécurité psychologique, éviter les sujets controversés, ignorer les objections, l'intimidation, l'influence du prestige et de la profession, exercer des pressions sur un membre, la compétition des normativités et la complexité du milieu immédiat. Seraient donc laissées de côté toutes les barrières au niveau de l'environnement (au nombre de quatre) ainsi que le manque de motivation, l'absence de bonne volonté, les jugements et les comportements irrationnels, la propagation des émotions négatives, les distorsions du message, le manque de direction.

Il est difficile de cerner comment le dialogue peut produire autant d'effets. Une des façons de valider cette information serait de tenter de comprendre comment les conversations sont menées, quelles sont les bonnes pratiques qui mènent au dialogue? Pour ce faire, je propose de revoir certains principes directeurs du dialogue tels que conceptualisés par Isaacs (1999). La vulgarisation de son travail pourra permettre de mieux comprendre les implications de la pratique dialogique et de lier son utilisation aux problématiques des CEC.

### **Fondements de l'approche dialogique tels que conceptualisés par Isaacs**

Le dialogue, selon Isaacs, se divise en trois niveaux. Le premier est constitué des quatre principes directeurs et soutenus par l'acquisition de nouvelles pratiques. Le deuxième niveau explore les raisons qui provoquent les difficultés communicationnelles à travers le développement de l'intuition prédictive. Finalement le dernier niveau, l'architecture, explore l'influence de l'environnement sur les pensées de l'individu. Afin d'alléger le texte, tout en permettant de soutenir la question de recherche, seuls les niveaux un (principes et pratiques) et trois (architecture) seront sommairement explorés.

#### ***Principes***

La communication débute par la pensée, ainsi, pour résoudre les difficultés communicationnelles, il est nécessaire d'observer les systèmes de pensées qui la régissent. Isaacs identifie globalement quatre processus de pensées qui bloquent la communication : la fragmentation, l'idolâtrie, la violence et la certitude. Ces systèmes sont développés par les individus pour gérer certaines situations particulières. La problématique est que la conscience peut perdre le contrôle de ces systèmes, développer des incohérences et conduire à influencer tacitement l'action. Cette situation amène les gens à porter des actions ayant des effets non voulus et à demeurer inconscients du fait qu'ils participent activement à la pensée et aux actions qui produisent ces effets. Sans la prise de conscience de la source et l'impact de la pensée, les changements véritables dans la communication ne sont pas possibles. Un des buts du dialogue est de repérer ces pensées tacites et révéler leurs incohérences afin d'altérer leurs effets. Isaacs a d'ailleurs développé des principes et

des pratiques afin de contrer les effets des pathologies. Les pathologies décrites par Isaacs sont rencontrées dans la société en générale et aussi en CEC. Ce lien nous permet de croire que les pratiques développées pour surmonter ces difficultés pourraient aussi s'appliquer en CEC. Les prochains passages décrivent les constats d'Isaacs en les mettant en lien avec les barrières communicationnelles associées aux CEC. (Pour chaque pratique, Isaacs propose des apprentissages (voir annexe IV, tableau XI)).

***Tableau VI: Association des pathologies de la pensée, principes fondamentaux du dialogue et comportements à développer selon Isaacs.***

<b>Constat</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principe</b>	<b>Pratique</b>
1	Fragmentation	Participation	Écoute
2	Idolâtrie	Ouverture	Voix
3	Violence	Cohérence	Respect
4	Certitude	Conscience	Suspension

**Constat 1 : Fragmentation, participation et écoute**

1. Fragmentation

L'être humain, comme la société dans laquelle il évolue, a tendance à segmenter son savoir. Cette fragmentation ou spécialisation vise à approfondir la connaissance et ainsi atteindre le niveau le plus fondamental du savoir. Toutefois, focaliser sur les très petites parties peut amener à oublier le sens global qui les unit. Pour Isaacs, cette fragmentation se retrouve partout. Pour les CEC, elle est surtout visible dans les déséquilibres de pouvoir (influence du prestige et de la profession) où certaines caractéristiques de l'individu sont surévaluées au détriment de l'ensemble.

2. Participation

Selon Isaacs, pour briser les barrières créées par la fragmentation, il faut faire appel au principe de participation. La participation consiste à rappeler à l'individu qu'il fait intimement partie du monde. Ce principe demande une intelligence du cœur, une fraîcheur des perspectives et veut créer un profond sentiment de connexion avec l'autre et le monde environnant et même à la réalisation que «I am in the world, and the world is in me» (Isaacs 1999 p.57). Isaacs met d'ailleurs beaucoup l'emphase sur ce dernier point, suggérant que la totalité de l'univers se retrouve dans la conscience de chaque individu.

Bien que cette façon de comprendre l'univers va à l'encontre de siècles de croyance à l'effet que l'être humain ne fait pas partie de la nature et doit, en fait, la contrôler, ce principe dialogique, une fois amené à la conscience de l'individu, permet d'ouvrir de nouvelles possibilités. Ainsi, l'individu est un observateur mais aussi un participant actif du monde vivant.

### 3. Écoute

Pour interagir avec le monde et les événements qui entourent l'individu, celui-ci doit savoir développer sa capacité d'écoute. La culture nord américaine, à travers les publicités, la télévision et l'internet, est dominée par le sens de la vue. L'écoute devient alors une fonction seconde qu'il faut ré-appivoiser. Pour bien écouter, il faut porter attention autant aux mots qu'aux silences entre ceux-ci. Il faut savoir créer un espace intérieur, un silence interne pour l'écoute de l'autre mais aussi l'écoute de soi.

## **Constat 2 : Idolâtrie, ouverture et voix**

### 1. Idolâtrie

L'idolâtrie c'est soutenir une image de soi et du monde sans en avoir conscience; se créer, projeter une image et devenir dépendant de celle-ci. Un autre mécanisme de la pensée qui est avantageux de comprendre est celui relié au pouvoir de la mémoire. Isaacs note deux mécanismes alimentant la réaction de l'individu : la réflexion, fraîche et nouvelle; et la mémoire, automatique et inconsciente. Réfléchir, c'est exprimer des paroles qui surprennent l'émetteur, c'est donner une voix à ce qui n'est pas encore visible, c'est aussi écouter ses propres réactions et gagner une perspective sur elles et c'est surtout remettre en question les gestes posés. D'un autre côté, la mémoire est une sorte de perte de conscience de soi, elle contrôle les interprétations et répond rapidement aux situations rencontrées, elle est riche de réflexions antérieures mais pauvre d'idées nouvelles. Ces deux mécanismes de réactions sont nécessaires à l'individu pour affronter diverses situations mais ils deviennent problématiques lorsque la mémoire joue le rôle de la réflexion à l'insu de la personne. C'est dans ces cas qu'Isaacs utilise le terme idolâtrie, c'est-à-dire, une image ou une représentation fictive qui devient réelle et ce, à l'insu de la conscience. L'idolâtrie représente aussi les barrières de normativités, qui souvent opérationnalisées par l'individu lui permettent de réagir de façon plus efficace dans ses activités. Comment faire la

différence entre les réactions emprisonnées en mémoire et ce qui est frais et original? C'est dans l'application du principe d'ouverture qu'Isaacs vient chercher la réponse.

## 2. Ouverture

Le principe d'ouverture, c'est s'ouvrir à un moi authentique. Pour libérer l'individu de l'image de ce qu'il croit être ou de ce que l'autre projette de lui, il faut tout simplement apprendre à dire la vérité sur les sentiments et les connaissances que l'on possède. C'est l'art de chercher le potentiel en soi et de trouver sa propre voix pour le dévoiler.

## 3. Voix

La voix est un comportement qui fait appel au principe d'ouverture et exige de dévoiler son authenticité, faisant fi des jugements et des influences des autres. Comme Isaacs le souligne, la voix est l'un des aspects les plus difficiles du dialogue car il peut aller à l'encontre des messages reçus jusqu'à maintenant sur le comment agir et réagir à l'intérieur d'un groupe. Par contre, il est l'un des plus importants car il permet de créer : «in speaking I can create» (Isaacs 1999 p. 165). Ce comportement demande au participant de la confiance en soi et du courage. Ce processus permettra de vaincre l'intimidation et pourrait aussi diminuer la valeur donnée au prestige et à la profession des autres. Bien sûr, la pratique de la voix permet aussi d'augmenter la confiance en soi, d'exprimer ses opinions et peut aussi mener à diminuer les messages distordus par une meilleure connaissance de soi, de ses perspectives et de sa pensée.

### **Constat 3 : Violence, cohérence et respect**

#### 1. Violence

En plus d'opérer inconsciemment à partir d'acquis de la mémoire, souvent, l'individu impose ses opinions aux autres et à l'encontre de leur conception de l'univers. En effet, pour se sécuriser, pour toucher à un monde stable, l'individu cherche souvent les preuves qui justifient ses interprétations et écarte celles qui les démentent. Comme Isaacs l'explique, imposer ou défendre ses points de vue, c'est user de la force pour changer l'autre, c'est user de violence. D'après cette définition, exercer des pressions sur l'autre afin de le convaincre, c'est faire preuve de violence. Pour contrer cette habitude de violence de la pensée, Isaacs propose d'appliquer le principe de cohérence.



## 2. Cohérence

Le principe de cohérence découle de la prémisse première du dialogue d'Isaacs qui soutient que l'univers est un tout indivisible. Adoptant cette proposition, le défi de l'être humain est alors de comprendre la cohérence qui existe entre tous les éléments. Mais une difficulté demeure pour l'individu qui, de par son expérience et son éducation, porte plutôt attention aux spécificités de la nature et aux différences qui le séparent des autres. Depuis Descartes, en passant par Newton, la pensée scientifique d'une réalité mesurable et quantifiable domine et ce même dans le secteur social. Le secteur de la gestion scientifique a d'ailleurs utilisé cette idée pour créer des organisations fragmentées, le travail divisé, catégorisé. Cette forme d'entreprise hiérarchique domine toujours le milieu organisationnel. Par contre, la physique d'aujourd'hui propose une nouvelle approche scientifique. En effet, on y soutient que l'être humain est intimement lié à son environnement et à la nature, de telle façon que l'observateur ne peut être séparé de l'objet d'observation. Ce nouveau regard soutient donc que l'environnement (indivisible) influence directement le comportement humain. Le principe de cohérence en dialogue cherche à percevoir la totalité, ou son absence, dans les conversations. Sans négliger les détails, l'individu doit apprendre à questionner le tout plutôt que d'en imposer sa vision et sa compréhension. De cette façon, il sera possible de percevoir de nouvelles connexions émergentes et ainsi s'ouvrir à de nouvelles perspectives. Pour pratiquer la cohérence dans le contexte d'un CEC, il faut adopter une attitude qui vise à éviter de rejeter une idée non conforme à sa propre pensée et à se questionner sur le lien qui existe entre elle et soi.

## 3. Respect

Mot d'origine latin, *respecere*<sup>1</sup> tient pour «to look again», c'est-à-dire jeter un nouveau regard sur l'autre. Ce second regard invite à dépasser les différences d'opinions et à honorer la personne pour ce qu'elle est : un être humain valable et légitime. Même dans un environnement sous pression politique et émotionnelle, le respect doit régner. L'acte de respect implique d'honorer les limites des gens jusqu'à les protéger. Le respect demande

---

<sup>1</sup> Le mot latin *respectus* est le participe passé de *respicere*, "to look at", "look back upon" qui provient de l'union de *re-* "back" et *specere* "to see". Skeat, W. W. (1948). A concise etymological dictionary of the English language. Oxford, Clarendon Press.

de ne pas envahir et du même coup de ne pas s'exclure ou s'éloigner de l'autre. C'est aussi accepter que l'autre ait des choses à enseigner. C'est voir les autres pour leur potentiel qu'ils transportent ou, dans d'autres termes, «traiter son voisin comme un professeur». C'est aussi chercher la cohérence dans les conversations, c'est-à-dire percevoir le tout (*wholeness*) au lieu d'écouter en parties détachées. Revisiter la pensée de l'autre, c'est aussi la remettre en perspective et interroger le véritable message, c'est diminuer les risques de distorsions de la part du receveur. Chercher la cohérence, les liens, permet aussi de questionner ses jugements, de les mettre en perspective et percevoir les incohérences. Les membres des CEC pourraient tirer profit de maintenir la tension provoquée par les points de vue divergents et ne pas éviter les différences mais simplement maintenir un espace pour réfléchir et pousser l'interrogation.

#### **Constat 4 : Certitude, conscience et suspension**

##### 1. Certitude

Une autre caractéristique de la pensée est que, souvent, l'individu développe des connaissances partielles en les croyant complètes. Ces opinions fermement tenues où les interprétations et les images formées complètes ou non, deviennent la seule réalité de l'individu, sont appelées certitudes. Isaacs pose la question : l'individu tient-il à ses certitudes croyant qu'il ne possède rien d'autres? L'auteur croit en effet que ces certitudes servent l'individu dans la mesure où elles le soulagent momentanément de développer de l'anxiété face à cette possibilité. Mais du même coup, ce processus d'évitement bloque la réflexion et la perception de nouvelles possibilités, empêchant l'acceptation aux changements et renforçant ainsi la croyance en un monde statique. L'inconscient peut jouer des tours et remplir des vides pour conserver un environnement cohérent et stable autour de soi et, du même coup, camoufler les écarts entre réalité et interprétations.

##### 2. Conscience

Aussi réconfortant qu'il soit de croire en un monde stable et solide, la seule certitude est bien le changement lui-même. Une façon de relâcher la prise sur la certitude est de développer la conscience du mouvement et du changement omniprésents. Par ce principe de conscience, Isaacs veut encore une fois élargir les perspectives de l'être. Ce principe demande de développer la capacité de suspendre la certitude pour prendre conscience de

soi et de l'impact sur les autres et ainsi voir les choses d'un autre point de vue. Ce concept n'est pas étranger aux CEC puisque plusieurs de leurs outils, soutiennent déjà cette prémisse. Par exemple, dans les grilles d'analyse où il est demandé d'identifier les options possibles (voir tableau VII, annexe I). Mais, Isaacs va encore plus loin en offrant une pratique pour guider son développement.

### 3. Suspension

La suspension est l'art de suspendre l'opinion tenue et la certitude que son propre point de vue est le meilleur pour jeter un nouveau regard sur la situation donnée. Sans toutefois réprimer ses idées formées, il faudrait plutôt exprimer sa pensée dans le but de se comprendre soi et de se faire comprendre. Le dialogue n'est accessible qu'aux participants qui sont en mesure de se surprendre par leurs propos, qui sont prêts à se laisser influencer par la conversation, qui ne possèdent pas de réponse mais qui sont prêts à explorer les questions sans en exiger de réponses. Le dialogue demande aussi d'accéder à l'ignorance, d'explorer les territoires inconnus et ainsi ouvrir grande la porte des perspectives. Mais, pour y accéder, l'individu doit passer au-delà de ses craintes et trouver le courage et la motivation nécessaires pour s'engager dans l'inconnu. Travailler cette pratique c'est certainement exercer de l'ouverture d'esprit et faire une mise en lumière de ses certitudes, c'est aussi accepter de faire face à l'inconnu. Et plus encore, c'est mettre en veille ses propres opinions pour laisser une place aux nouvelles idées.

### *Niveau 3 : Architecture*

Une des dimensions les plus importantes du dialogue est le climat dans lequel il se produit. Ce champ a pour objectif de porter attention et de comprendre l'influence de l'environnement et de l'atmosphère sur l'individu et ses pensées. L'environnement physique (bruit, odeur, espace...) mais aussi un ensemble d'éléments implicites (énergie, émotions, expérience...) participent à la création de l'ambiance. Le champ a une influence directe sur les aptitudes, les motivations des individus et donc sur la possibilité du dialogue. Il est composé de l'atmosphère, de l'énergie et de la mémoire (incluant les émotions et les préjugés) créées des interactions entre participants. Même si cette

atmosphère est difficile à modifier, il est toutefois possible de l'influencer en en prenant conscience.

Il faut, tout d'abord, que chacun prenne conscience de son champ interne, c'est-à-dire des idées, de la mémoire et de la qualité d'attention qui les habitent. Un champ équilibré doit soutenir un sens commun, partagé par tous, une intimité émotionnelle, où il est possible d'établir des liens véritables et l'exploration des contradictions internes. Pour ce, trois éléments sont nécessaires : les énergies (en référence aux quatre comportements développés au niveau un), la possibilité et la sécurité. Les participants sont à la fois un client et un fournisseur du champ (contenant). Le climat est créé par ses membres et en même temps les nourrit. Cette rétroaction, permet de mieux saisir le mécanisme derrière la barrière de propagation des émotions négatives. Ce champ rendra possible ou non le dialogue selon les éléments (sécurité, accueil des émotions...) qui le forment et il ne peut être négligé puisqu'il influence les perceptions et les comportements des membres.

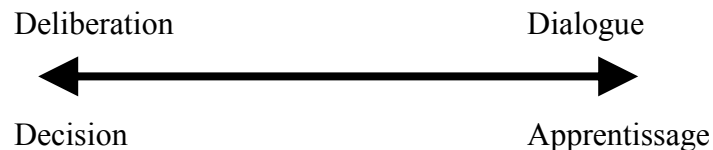
L'exploration des pathologies, qui ont provoqué le développement du dialogue, et de l'architecture des conversations a permis de mieux comprendre les différents mécanismes du dialogue. Il a aussi permis de lier ces concepts aux barrières vécues par les CEC (voir tableau VIII, annexe II). Les liens permettent alors d'appliquer les principes, pratiques et concepts pour tenter d'éliminer les barrières identifiées. Il est à remarquer que les barrières liées à l'environnement ne trouvent pas d'appui dans la conceptualisation d'Isaacs. Mais, le dialogue, tel que mentionné par Marchand (2001) et Pauchant (2002b) n'est pas un remède universel à tous les problèmes. La définition du dialogue et son fonctionnement nous ont fait entrevoir et appréhender certaines difficultés d'application qu'il me doit d'explorer plus en détails. Puisque que la question de recherche est de savoir si le dialogue pourrait être un outil communicationnel efficace et réalisable pour mener à bien les consultations des CEC, je mettrai les limites du dialogue en lien avec le contexte des CEC, tel que décrit au chapitre 1.

## Limites du dialogue dans le contexte des CEC

L'exploration des fondements du dialogue par la conceptualisation d'Isaacs nous a permis de mieux saisir son mécanisme d'action. Nous avons pu entrevoir que le dialogue possède un grand potentiel d'effets positifs autant au niveau de l'individu que de la collectivité. Or, le dialogue recèle aussi plusieurs difficultés autant aux niveaux de son appropriation que de ses applications : «Car penser qu'il suffit de connaître les règles du dialogue pour apprendre à dialoguer est aussi farfelu que de croire qu'il suffit de connaître son code pour être éthique» (Patenaude 1996, p. 174). Je vous dresse, dans la section suivante, les principales limites et difficultés mises en lien avec le contexte particulier des CEC.

Selon Pauchant et collègues, le dialogue est avant tout une méthode de gestion des enjeux complexes par l'entremise du développement de la conscience individuelle et collective (Pauchant and collaborateurs 2002b). Le dialogue n'est pas un processus de prise de décision :

Le dialogue de Bohm ne se présente pas comme un instrument efficace de prise de décision – du moins à court terme, ni même comme une méthode de développement de consensus, puisqu'il invite les contradictions et les paradoxes dans la construction du sens au lieu d'essayer de les éliminer (Marchand 2001)



Tiré de (Walker and Daniels 2004 p. 152)

L'on propose plutôt d'utiliser le dialogue en complémentarité aux méthodes éprouvées d'analyse et de prise de décision et de retourner à la discussion lorsqu'une décision doit être prise (Marchand 2001). Le dialogue n'a pas d'objectif ni de structure précis. «Le but du dialogue démocratique n'est pas d'évoquer, ni de classer, ni de mesurer, ni de prédire. Son but est plutôt d'assister le développement de la conscience des personnes tout en permettant au groupe d'inventer des actions collectives porteuses de sens » (Pauchant and collaborateurs 2002b p. 304). Le dialogue ne permet donc pas au comité de rendre un avis ou de prendre une décision, une tâche importante pour le comité.

Le dialogue ne peut pas être une méthode universelle pour solutionner tous les problèmes, il trouve sa place dans les situations d'enjeux complexes (Pauchant and collaborateurs 2002b) :

Certains dossiers demandent surtout l'application efficace de procédures éprouvées, c'est-à-dire un effort soutenu de routinisation et de coordination. Dans ces cas, utiliser le dialogue comme pratique de développement peut mener, comme dit l'adage, à «tuer une mouche avec un canon» (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005 p.16).

De plus, selon Pauchant et Mitroff (dans Marchand 2001), le dialogue devrait être utilisé avec prudence, car la pratique du dialogue peut apporter des changements à plusieurs pratiques et ces changements pourraient ne pas être désirés : «If you bring it into an organization, it can wreck that organization, because if people are going to look at their own presumptions and presuppositions it's likely to change everything» (Gryn 2003 p.98). Une véritable remise en question peut effectivement bouleverser les méthodes jusqu'alors utilisées et créer de la confusion au sein du groupe. Par contrecoup, mettre en valeur les incohérences de la pensée, pourrait aussi paralyser certains groupes, se sentant impuissants à donner des conseils face à la subjectivité et relativité des opinions.

Un autre point important à considérer est le facteur temporel, spécialement important en CEC. Que ce soit au niveau des contraintes de disponibilités des membres ou de l'urgence des demandes, le temps est compté.

Bohm reconnaît que développer la capacité d'attention et de sensibilité à son processus de penser prend du temps ; qu'apprendre à suspendre ses pensées et ses jugements, devenir conscient de ses croyances et de ses a priori, que ce soit individuellement ou collectivement, sont autant de pratiques et d'habitudes qui ne peuvent que se développer avec la pratique et le temps (Do 2003 p. 137).

Le dialogue n'est donc pas une approche pour venir en aide à des problèmes aigus mais agit plutôt en profondeur et cherche à gagner un impact à long terme. Il exige du temps supplémentaire mais les recherches démontrent que l'on gagne en efficacité à moyen, long terme (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005).

De plus, le dialogue peut amener plusieurs frustrations, de l'anxiété ou de la colère pouvant mener à une période de découragement et l'envie de laisser tomber. «Your assumptions may be revealed and challenged, and you may find the opinions of others to be outrageous. Also, people may be frightened and anxious if there is no leader and no topic and nothing "to do"» (Bohm 1996 p. 31). Ces facteurs anxiogènes et ces émotions viennent s'ajouter au contexte déjà particulièrement émotionnel et conflictuel des cas soumis aux CEC (Racine 2004). Le dialogue sera d'autant plus difficile à mener sachant que plus il y a d'émotions en jeux, moins il est facile de se sortir du contenu et de se concentrer sur le processus (Patterson 2002).

Le dialogue n'est pas non plus à l'abri de certaines barrières de communication et peut même amplifier leurs influences. L'idolâtrie par exemple, telle que décrite par Isaacs, est présente même dans le dialogue. Certains supposent que le dialogue implique l'atteinte d'un niveau de compréhension supérieur qui n'est pas vécu dans les conversations quotidiennes. Lorsqu'un groupe vit l'expérience du dialogue, il tente par la suite de le recréer dans toutes leurs conversations, le dialogue devient alors une idole et perd peu à peu sa valeur en devenant une expérience basée sur la mémoire au lieu d'être une expérience du moment présent (Isaacs 1999). Marchand (2001) souligne aussi que le risque du pouvoir d'influence est toujours présent par ceux qui ont une grande facilité de parole. Les bons orateurs pourraient alors dominer les conversations. Une des façons d'alléger l'effet de ces barrières est de faire appel à un facilitateur de dialogue. Cette personne est alors chargée, sans pouvoir d'autorité, de soutenir le climat, de rappeler les conditions favorisant le dialogue et d'aider le groupe à dépasser les moments difficiles (Pauchant, Morin et al. 2002a; Do 2003).

La réussite du dialogue exigerait une pratique dans de grands groupes (40 personnes ou plus). Est-ce que les CEC représente de trop petits groupes (cinq à 25 membres) pour utiliser cette approche?

Si le groupe est trop petit, il y a risque que les participants s'ajustent ou s'adaptent les uns aux autres et qu'il y ait une sorte d'entente tacite de non-confrontation d'opinions. D'un autre côté, avec la confrontation vient le risque de polarisation du groupe et un danger de rupture si la confrontation devient trop chargée

émotivement. Dans un grand groupe, le risque de polarisation est diminué car certains participants, moins attachés à certaines opinions, sont susceptibles d'aider à temporiser le débat. Les participants sont assis en cercle pour permettre la communication directe et empêcher d'avantager ou de désavantager la participation de chacun (Do 2003 p. 134).

Or, selon les expériences vécues aux Canada, aux États-unis ou en Europe, le nombre optimal de participants serait plus modeste, de 16 à 17. Car ce ne serait pas le nombre de participants qui serait responsable de créer la dynamique de groupe mais plutôt le but et les règles de fonctionnement (Marchand 2001).

À la lecture des différents textes, il semble que deux prérequis soient nécessaires à tous participants afin de mener un groupe de dialogue: l'engagement et la motivation. Ne peut participer un individu qui ne souhaite pas y être et s'y engager de manière sérieuse. De plus, d'autres éléments sont aussi contributives à la richesse du processus. Selon Cayer (dans Marchand 2001), les comportements favorisant le dialogue sont : suspendre son jugement, expliciter ses présuppositions, reconnaître et honorer la personne qui parle, accueillir les différences, déposer ses idées au centre du groupe, tolérer l'exploration sans consensus, compromis ou décision, porter attention au sens émergent, garder une attitude de pleine conscience (*mindfulness*) par rapport au processus et parler quand on se sent «mû par une force intérieure». Or, ces habiletés sont aussi développées par la pratique même du dialogue. Les CEC devraient-ils donc choisir les membres en fonction de leurs habiletés déjà acquises ou les CEC devraient-ils plutôt offrir une plateforme pour leur développement?

## **CONCLUSION**

Cette dernière section ce veut un retour sur la question de recherche : L'approche dialogique peut-elle aider les discussions dans les consultations tenues par les CEC? Une des plus grandes difficultés reste, sans contredit, le facteur temps. En effet, d'un côté, le dialogue exige du temps, de l'implication et de la persévérance à court terme. Et de l'autre, les CEC rapportent être à court de ressources temporelles (barrières au niveau de l'environnement). Malheureusement, le dialogue n'améliore pas la disponibilité des ressources; en fait, il en demande davantage. Par contre, selon les expériences, il est



rapporté que le groupe gagne en efficacité à long et à moyen terme (ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005). Il est même mentionné: «Lorsque des personnes ont redécouvert l'art de se parler et que ce dialogue est infusé dans les routines quotidiennes d'une organisation, ces personnes ne reviennent pas en arrière» (Senge dans ASSS Montréal, ACSSSS Montréal et al. 2005 p. 21). Est-ce un avantage suffisant pour motiver les membres? Il est difficile de penser que les professionnels de la santé et les membres de CEC voudront trouver du temps, dans un horaire déjà surchargé et ainsi trouver une motivation nécessaire de s'asseoir et discuter sur une métacognition de la pensée! Malgré les avantages de la démarche, le milieu médical est axé sur la production et la survie, réactif plutôt que proactif faces aux problèmes éthiques.

Une autre contrainte est la grosseur du groupe. Le dialogue exige en effet une pratique en grand groupe, 17 ou plus (Marchand 2001). Sachant que la taille des CEC varie énormément (entre cinq et 25 membres), doit-on limiter la candidature à ceux qui présentent un nombre assez élevé de participants? Or, Cayer (1996) propose de faire au mieux avec ce qui est disponible. Il laisse entendre que, malgré les difficultés de créer un grand groupe comme le proposait Bohm, le dialogue peut se poursuivre. Sa pratique serait alors différente des enseignements originaux de Bohm mais justement, le dialogue devrait être évolutif selon le contexte, l'environnement et les besoins plutôt que stagnant et collé à un seul modèle.

Paradoxalement, le dialogue peut aussi contenir les mêmes pièges qu'il tente de régler, tant aux niveaux de l'idolâtrie, des déséquilibres de pouvoir et de l'anxiété face à la remise en question des croyances. Mais jusqu'à quel point peut-on espérer un mode de communication exempt de faiblesse et de barrières? Les connaître et les nommer est déjà une première étape pour diminuer leurs effets nocifs et, d'après les expériences, il est rapporté que certaines pratiques aideraient à surmonter les difficultés et faciliteraient sa pratique, par exemple :

conduire un séminaire d'un ou de deux jours pour expliquer le sens du dialogue, ses buts et son fonctionnement, ce qui permet aux gens de savoir ce dans quoi ils s'engagent ; s'assurer de l'engagement des participants à une pratique régulière et persévérante [...]; préciser que l'esprit de quête du participant facilite la pratique du dialogue car comme processus, le dialogue n'est pas destiné à fournir les réponses aux problèmes mais plutôt à défier nos pensées et nos habitudes mentales ; rappeler

qu'un principe majeur qui guide le déploiement du dialogue est le respect. Le respect implique de donner place aux gens pour parler, et d'être sensible à sa propre façon d'intervenir : comment intervenir, quand le faire et quand ne pas le faire. (Do 2003 p. 141)

Il faut aussi penser que l'utilisation du dialogue comporte des dangers et pourrait amener des changements non désirés (Pauchant and collaborateurs 2002b). Mais, le fait de remettre en question certaines pratiques pourraient aussi aider à mieux comprendre leurs avantages et limites. Le consensus, par exemple, utilisé comme principal mode de décision en CEC (Fortin 2007) et critiqué par plusieurs (voir chapitre 1), pourrait être mieux compris et utilisé.

Dans un autre ordre d'idées, plus positif, le dialogue semble agir favorablement sur une grande partie des barrières de communication présentes dans les CEC. Les contributions énumérées par les praticiens du dialogue et la mise en lien avec les fondements semblent effectivement appuyer cette affirmation. De plus, il fait appel et, du même coup, développe certaines habiletés. Il semble en effet que certaines habiletés soient nécessaires au développement du dialogue et que ces mêmes habiletés seraient elles-mêmes développées par la pratique (l'œuf ou la poule?). Par exemple, afin de mener le dialogue, les participants doivent être en mesure de suspendre leur jugement et, du même coup, la pratique du dialogue contribue à développer cette habileté par l'exploration de nos schémas mentaux. Par contre, le dialogue requiert au départ de l'engagement et de la motivation. Cette barrière semble être le talon d'Achille de tous les projets, tout comme participer à un CEC. Le mode de recrutement peut ici jouer un rôle important sur le niveau d'engagement de l'individu. Si le membre est nommé, assigné, ou démocratiquement élu, son niveau de motivation pourrait fluctuer. Bohm soutient d'ailleurs qu'en s'engageant dans le dialogue pour de bonnes raisons les participants pourront persévérer malgré les difficultés: «People generally seem ready to accept frustration with anything that they regard as important» (Bohm 1996 p.32). Une autre source de motivation est aussi la nécessité : Pauchant souligne que, malheureusement, le facteur le plus susceptible de promouvoir la pratique du dialogue est l'expérience d'une crise majeure, «les personnes réalisent [...] qu'il est nécessaire, comme elles le disent, de "prendre le temps de prendre le temps" afin de mieux faire face à des enjeux complexes» (Pauchant and collaborateurs 2002b p. 339). Peut être

seulement devant cette nécessité les membres des CEC trouveront-ils le temps de s'investir dans le processus dialogique?

Sachant que le dialogue n'est pas un processus de prise de décision, il serait difficile de suggérer cette méthode à qui veut tout simplement rendre un avis pour une situation de conflit particulière. Le dialogue est plutôt un outil d'apprentissage et de changements et, pourrait plutôt trouver sa place en CEC comme méthode pour traiter des problèmes systémiques soulevés par les consultations. Racine souligne d'ailleurs, en rapportant les propos de Kelly (1997), que la consultation ne serait pas en mesure de résoudre les problèmes systémiques: «In fact, consultations appeared more like a process that perhaps solved a conflict but did not address the deeper context-entrenched causes of the issues that surfaced» (Racine 2007 p. 196). L'idée est aussi soutenue par Marchand qui «recommande d'utiliser le dialogue pour explorer les questions complexes, développer un sens plus riche de ce que contient une situation» (Marchand 2001). Le dialogue offre en effet, une autre forme d'accompagnement et tranche «avec les approches plus traditionnelles qui tendent à structurer et à contrôler, voire à endoctriner» (Pauchant, Morin et al. 2002a). Les grilles d'analyse et les règles de communication établies fournissent des marches à suivre pour répondre à des situations immédiates. D'un autre côté, le dialogue offre d'examiner les problèmes à la source, au fondement de la pensée. La pratique du dialogue laisse croire que les bénéfices gagnés pourront se transposer et rayonner dans tous les milieux de l'individu.

L'approche dialogique peut-elle aider les discussions dans les consultations tenues par les CEC? Selon les analyses effectuées dans la présente étude, je suis portée à proposer ceci :

- 1) Les contributions potentielles du dialogue permettent de croire qu'il pourrait bâtir et renforcer et les fondements de la communication de groupe;
- 2) Les limites du dialogue n'encouragent pas son utilisation durant les consultations;
- 3) Des sessions de dialogue sont à mener en amont/en parallèle au processus de consultation déjà en place;
- 4) Le dialogue est un outil d'apprentissage qui offre la possibilité aux membres et au groupe d'identifier leurs modèles mentaux et de modifier leurs comportements si le besoin est. Par extension, il peut être un soutien indirect aux analyses de cas dans le milieu complexe des CEC;

- 5) Le dialogue peut être une aide conceptuelle efficace particulièrement pour les CEC qui éprouvent des difficultés systémiques et qui sont prêts à s'y investir.

## CONCLUSION

Le but central de l'étude était de répondre à la question suivante: L'approche dialogique peut-elle aider les discussions dans les consultations tenues par les CEC? Afin d'y trouver réponse, la première section du travail a mis en contexte les comités d'éthique clinique en Amérique du nord par un survol de l'histoire de leur émergence et institutionnalisation. Les CEC sont aujourd'hui des instances présentes dans la majorité des institutions de soins. La consultation est l'une de leurs trois fonctions principales et les enjeux qui y sont associés ont été principalement circonscrits autour de leur efficacité. Cette recherche s'intéresse aux processus communicationnels utilisés et leurs impacts sur les CEC. Elle a démontré l'importance et le rôle central que joue la communication dans les CEC. Quelles méthodes de communications utilisent les CEC? Cette question a permis de faire ressortir trois principaux outils : les grilles d'analyse, la facilitation et les règles de délibération. Malgré cette diversité et leurs nombreux apports, certaines problématiques communicationnelles persistent.

À l'aide des écrits en éthique clinique, il a été possible de rapporter quelques barrières de communication susceptibles d'être vécues par les CEC dans leur fonction de consultation. Ces barrières posent problèmes puisque les méthodes de prise de décision et de communication recensées ne semblent pas en mesure de répondre à tous leurs besoins. Un premier survol de la définition du dialogue de Bohm et son fonctionnement a permis de mettre en lien les différentes barrières communicationnelles des CEC avec les contributions du dialogue. Cette première comparaison était pleine de promesses. Les fondements du dialogue ont alors été creusés pour valider ces premières impressions. C'est au moyen de la conceptualisation d'Isaacs que les liens entre les barrières et les fondements de la théorie ont été faits. Voyant les liens et les applications possibles des éléments du dialogue aux barrières des CEC, j'ai ensuite fait ressortir les limites du dialogue en lien avec le contexte particulier des CEC et pour en arriver à quelques constats:

- 1) Le dialogue exige du temps, de l'implication et de la persévérance à court terme mais gagne en efficacité à long et à moyen terme;
- 2) Le dialogue peut contenir les mêmes pièges qu'il tente de régler (idolâtrie, déséquilibre de pouvoir, anxiété), mais peut aussi les nommer, prendre en charge les conflits et être soutenus par un facilitateur;

- 3) Le dialogue n'est pas un processus de prise de décision, mais un outil d'apprentissage et de changement;
- 4) Le dialogue semble agir positivement sur une grande partie des barrières de communication potentiellement présentes dans les CEC;
- 5) L'utilisation du dialogue comporte des risques et elle pourrait amener des changements non désirés;
- 6) Le dialogue, tel que présenté par Bohm, exige une pratique en grand groupe (17 ou plus) mais peut évoluer pour s'adapter aux besoins du milieu ;
- 7) Le dialogue requiert au départ de l'engagement et de la motivation;
- 8) Le dialogue fait appel et, du même coup, développe certaines habiletés (principe cyclique).

Ces constats me permettent de recommander, avec une certaine prudence, l'utilisation du dialogue pour les membres des CEC. Le dialogue ne pourrait remplacer les méthodes actuelles utilisées en consultation mais plutôt s'opérer en amont et en parallèle à celles-ci comme sessions de réflexions. Il pourrait être utilisé comme un outil d'apprentissage et d'aide aux développements de l'individu et du groupe soutenant, indirectement, le CEC dans leur fonction de consultation. Qui plus est, le dialogue pourrait non seulement contribuer à l'enrichissement de la dynamique de groupe, l'épanouissement de l'individu mais aussi de l'éthique tant au niveau de l'individu que du collectif. « En d'autres termes, une communauté peut devenir éthique par l'utilisation du dialogue » (Pauchant and collaborateurs 2002b p. 315).

### **LIMITES DE LA RECHERCHE**

Cette recherche comporte certaines limites qui doivent être mentionnées. De prime abord, le nombre restreint d'écrits sur le sujet de la communication de groupe en CEC pose une limite, puisque les barrières recensées ne reflètent pas nécessairement les difficultés les plus importantes de la pratique. Il y a peu de données empiriques regroupant les opinions des membres et encore moins spécifiquement sur leur perception de la communication de groupe. Puisque la communication est inhérente aux activités des CEC, elle est le véhicule de tous les enjeux, que ce soit pour les modes de prises de décisions, les théories éthiques,

etc. Elle est donc souvent masquée derrière d'autres problématiques, il faut souvent déduire l'information.

Les barrières de communication dénombrées représentent la perspective d'une certaine classe d'individus. En effet, les écrits recensés dans ce travail sont rédigés par des membres de CEC de niveau universitaire, pour la plupart des éthiciens et retracent leurs seules observations. Bien, qu'ils soient pour la plupart des acteurs importants des CEC, leurs seules perspectives ne sont pas garantes de saisir pleinement toutes les difficultés individuelles et collectives d'un groupe. Racine souligne d'ailleurs que, selon ses observations, il existe «un fossé entre les écrits des experts en éthique et la réalité des membres de CEC» (Racine 2004 p. 251). De plus, les facteurs contribuant aux barrières de communication ont été peu explorés. Cette recherche a fait mention de certains facteurs, tels que le mode de prise de décision, la composition du comité, les qualités et compétences des membres mais, d'autres facteurs, non soulignés ou approfondis par la littérature pourraient jouer un rôle sur les relations. Le mode de recrutement par exemple, pourrait certainement influencé les dynamiques de groupe et les comportements selon que les individus sont recrutés sur la base de leurs connaissances académiques et éthiques ou sollicités selon leurs compétences en relations humaines. Le niveau de familiarité des membres (liens d'amitiés) pourrait aussi altérer la dynamique du groupe dans les processus décisionnels, le leadership, les jeux de pouvoir et la complexité des relations. Ces facteurs, et bien d'autres, pourraient être mieux circonscris et analysés afin de mieux contrôler leurs effets.

### **CONTRIBUTIONS ET ÉTAPES FUTURES**

Bien que cette recherche mette en évidence certaines lacunes et difficultés potentiellement vécues en CEC, je ne souhaite surtout pas qu'elle soit perçue comme une simple critique des CEC. J'espère plutôt que ce travail pourra servir de mise en lumière des diverses dynamiques de groupe, processus communicationnels qui subsistent et affectent les liens entre les membres, les opinions et ultimement les recommandations des CEC. J'espère aussi qu'il aura permis, un tant soit peu, de faire valoir les avantages du dialogue dans les domaines de la gestion et de la psychologie.

J'espère certainement, que ce travail aura suscité l'intérêt de pousser plus loin les recherches. En effet, il serait intéressant de poursuivre les études sur un plan empirique. À l'aide d'observations, d'entrevues et de focus groupes, je crois que de nouvelles barrières à la communication pourraient faire surface ou pourraient être précisées. Par des méthodes empiriques, les données seraient d'autant plus stimulantes car elles pourraient mettre en valeur l'opinion de certains membres qui n'ont pas l'habitude de publier leurs expériences. Dans un autre angle d'analyse, il pourrait aussi être intéressant de savoir s'il existe des défis communicationnels différents selon, par exemple, les CEC ruraux et urbains, les milieux anglophones versus francophones.

Bien évidemment, puisque je suggère aux CEC en difficultés de mener des groupes de dialogue avec les membres des CEC, la prochaine étape serait de conduire des groupes et d'en mesurer les effets. Je réalise aussi que, face à des problèmes communicationnels, plusieurs solutions peuvent être envisagées, il serait aussi avantageux d'explorer d'autres pistes de solutions, comme les modèles de leadership de Peter Block (2002) par exemple, qui fait appel à des principes philosophiques pour reconnecter les aspirations individuelles aux projets collectifs. Une perspective intéressante qui va dans le même sens que les propos de Pauchant : «la quête du sens au travail est une quête éthique, et l'éthique concerne directement le sens des personnes que cela soit dans la vie en général, dans la société ou dans l'accomplissement de leur travail» (Pauchant and collaborateurs 2002b p. 310).

Dans l'objectif d'étendre les possibilités du dialogue à l'ensemble de l'organisation, il serait aussi intéressant de mener un dialogue avec tous les départements organisationnels confondus. Le domaine de la gestion utilise déjà le dialogue comme un outil de changements organisationnels (Senge 1990; Isaacs 1999). Le dialogue peut-il jouer le même rôle dans les établissements de soins? Peut-il être un promoteur de l'éthique organisationnel? En théorie, le dialogue peut apporter beaucoup aux CEC : contribuer aux niveaux des développements personnels et collectifs menant vers la diminution des barrières de communication, gérer les enjeux complexes et systémiques, mener vers une meilleure efficacité de groupe à long terme, s'adapter selon les besoins du groupe, mettre en valeur les incohérences et explorer les conflits ainsi que promouvoir l'éthique par son propre caractère éthique. Or, dans le contexte des CEC, la contrainte la plus importante à sa



pratique est le facteur temps. Dans l'impossibilité de trouver les mécanismes nécessaires afin de surmonter cette difficulté le plus difficile reste à chacun de trouver la motivation nécessaire de s'engager. Mais, le dialogue n'est peut être pas une question du tout ou rien. Le dialogue, comme le suggère Cayer, peut être dérivé de sa forme originale pour s'adapter aux besoins particuliers de chaque milieu. Une première discussion sur le dialogue, ou tout simplement sur les façons de discuter, pourrait être un premier pas vers une prise de conscience de l'impact de nos pensées et nos conversations sur la dynamique du groupe et sur les décisions. Le message est le suivant : peu importe la forme, il est important pour tout CEC de s'arrêter sur le processus de communication de groupe et de revoir les effets de leurs paroles sur les décisions collectives. D'autant plus que plusieurs problèmes de communication soulevés sont tacites, la seule façon de reconnaître leur présence pourrait bien être d'en discuter.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACS, AMC, et al. (1999). Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits éthiques entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant les soins.
- Agich, G. J. (2001). "The Question of Method in Ethics Consultation." The American Journal of Bioethics **1**(4): 31 - 41.
- Agich, G. J. (2009). "Understanding Criticisms of Clinical Ethics and Ethics Consultation." Formosan Journal of Medical Humanities **10**(1 & 2): 8 - 20.
- Agich, G. J. and B. J. Spielman (1997). "Ethics Expert Testimony: Against the Skeptics." J Med Philos **22**(4): 381-403.
- Ahronheim, J. C., J. D. Moreno, et al. (1994). Ethics in clinical practice. Boston, Little, Brown.
- Alexander, J. K. (2003). "Dialogue as a Means to Resolve Ethical Issues in Health Care " HEC Forum **15**(1): 55-69.
- Andre, J. (1997). "Goals of ethics consultation: toward clarity, utility, and fidelity." The Journal of Clinical Ethics **8**(2): 193-198.
- Annas, G. J. (1984). "The Baby Doe regulations: governmental intervention in neonatal rescue medicine." American journal of Public Health **74**(6): 618-620.
- Annas, G. J. (1991). "At Law: Ethics Committees: From Ethical Comfort to Ethical Cover." The Hastings Center Report **21**(3): 18-21.
- Argyris, C. (1999). On organizational learning. Malden, MA, Blackwell Pub.
- Argyris, C. and D. A. Schön (2002). Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique. Paris ; Bruxelles, De Boeck Université.
- Arnold, R., M. Aulisio, et al. (2007). "A commentary on caplan and Bergman: Ethics Mediation - Questions for the future " The Journal of Clinical Ethics **18**(4): 350-354.
- Artnak, K. E. (1995). "A comparison of principle-based and case-based approaches to ethical analysis." HEC Forum **7**(6): 339-352.

- ASBH (1998). Core competencies for health care ethics consultation: The report of the SHHV-SBC Task Force on standards for bioethics consultation. Glenville, IL, American Society of Bioethics and Humanities.
- ASSS Montréal, ACSSSS Montréal, et al. (2005). "Les cercles de dialogue : Pour des transformations performantes et éthiques. Guide d'introduction et de facilitation." Retrieved Mai 2008, from <http://cmehec.org/francais/textes/CercleDialogue-GuideReviser19mai.doc>.
- Aulisio, M. P. and R. M. Arnold (2008). "Role of the Ethics Committee\*." Chest **134**(2): 417-424.
- Aulisio, M. P., R. M. Arnold, et al. (2000). "Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies: A Position Paper from the Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation." Annals of internal medicine **133**: 59-69.
- Aulisio, M. P., R. M. Arnold, et al. (2003). Ethics consultation : from theory to practice. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- Bégin, L. (1995). L'éthique par consensus? Hôpital & éthique : rôles et défis des comités d'éthique clinique. Québec, Presses de l'Université Laval: 176-189.
- Benaroyo, L. (2004). "Méthodologie en éthique clinique : une approche intégrant les diverses dimensions éthiques du soin." Médecine & Hygiène(2486): 1304-1307.
- Berchermann, K. and B. Blechner (2002). "Searching for effectiveness: the functioning of Connecticut clinical ethics committees." The Journal of Clinical Ethics **13**(2): 131-145.
- Berman, S. (1993). "Comparison of Dialogue and Debate." Focus on study circles **4**(1).
- Bishop, J., J. Fanning, et al. (2009). "Of Goals and Goods and Floundering About: A Dissensus Report on Clinical Ethics Consultation." HEC Forum **21**(3): 275-291.
- Blake, D. C. (2000). "Reinventing the healthcare ethics committee." HEC Forum **12**(1): 8-32.
- Block, P. (2002). The answer to how is yes : acting on what matters. San Francisco, CA, Berrett-Koehler Publishers.
- Bohm, D. (1980). Wholeness and the implicate order. London, Routledge & Kegan Paul.
- Bohm, D. (1996). On dialogue. London ; New York, Routledge.

- Bohm, D. (1998). On creativity. London ; New York, Routledge.
- Bohm, D., D. Factor, et al. (1991). "Dialogue - A proposal." Retrieved Oct 29, 2005, from [http://www.infed.org/archives/e-texts/bohm\\_dialogue.htm](http://www.infed.org/archives/e-texts/bohm_dialogue.htm).
- Bohm, D. and F. D. Peat (1987). Science, order, and creativity. Toronto ;  
New York, Bantam Books.
- Bolly, C. (2003). Comment proposer une démarche d'aide à la décision dans les situations éthiques difficiles? RAMPE. Institut de Médecine Préventive de la SSMG. La Pichelotte - Gesves, SSMG.
- Brassart, J. and U. Brassart (2008). L'efficacité de la communication interpersonnelle. Gestion de la relation commerciale H. technique. **2**: 175-202.
- Caplan, A. L. and E. J. Bergman (2007). "Beyond Shiavo." The Journal of Clinical Ethics **18**(4): 340-345.
- Casarett, D. J., F. Daskal, et al. (1998). "The Authority of the Clinical Ethicist." The Hastings Center Report **28**(6): 6-11.
- Cayer, M. (1996). An inquiry into the experience of Bohm's dialogue. California, United States., Saybrook Graduate School and Research Center **Ph.D.**: 351
- Cayer, M. (1997). "Bohm's Dialogue and Action Science: Two Different Approaches." Journal of Humanistic Psychology **37**(2): 41-66.
- Charon, R. and M. Montello (1999). "Framing the Case: Narrative Approaches for Healthcare Ethics Committees." HEC Forum **11**(1): 6-15.
- Committee on Bioethics (2001). "Institutional Ethics Committees." Pediatrics **107**(1): 205-209.
- Day, J. R., M. L. Smith, et al. (1994). "An assessment of a formal ethics committee consultation process." HEC Forum **6**(1): 18-30.
- Delfosse, M.-L. (1997). Les Comités de la recherche biomédicale : exigences éthiques et réalités institutionnelles, Belgique - France - Canada et Québec. Namur, Belgique, Presses Universitaire de Namur.
- DeRenzo, E., H. Silverman, et al. (2001). "Maryland's Ethics Committee Legislation — A Leading Edge Model or a Step into the Abyss?" HEC Forum **13**(1): 49-58.

- Dialogos. (2008). "Dialogos." Retrieved 26 août 2009, from [www.dialogos.com](http://www.dialogos.com).
- Do, K. L. (2003). L'exploration du dialogue de Bohm comme approche d'apprentissage: une recherche collaborative. Programme de doctorat en technologie de l'enseignement. Québec, Université Laval. **Ph.D.**
- Doucet, H. (2004). L'analyse de cas: une pluralité d'approche pour une diversité de situations. Colloque de Bioéthique de l'Université de Montréal, Université de Montréal: 21.
- Doucet, H. (2007). "Célébrer quarante ans de bioéthique ?" Éthique & Santé 4(1): 14-18.
- Dubler, N. N. and J. Blustein (2007). "Credentialing Ethics Consultants: An Invitation to Collaboration." The American Journal of Bioethics 7(2): 35 - 37.
- Dubler, N. N. and C. B. Liebman (2004). Bioethics mediation : a guide to shaping shared solutions. New York, United Hospital Fund of New York.
- Durand, G. (2005). Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils. Saint-Laurent, Québec, Fides.
- DuVal, G., B. Clarridge, et al. (2004). "A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation." Journal of General Internal Medicine 19(3): 251-258.
- Dzur, A. W. (2002). "Democratizing the Hospital: Deliberative-Democratic Bioethics." Journal of Health Politics, Policy & Law 27(2): 178.
- Edelstein, L., E. DeRenzo, et al. (2009). "Communication and Conflict Management Training for Clinical Bioethics Committees." HEC Forum 21(4): 341-349.
- Eisenberg, E. M. and H. L. Goodall (1997). Organizational communication : balancing creativity and constraint. New York, St. Martin's Press.
- Erde, E. L. (1994). "Decision making methodology in bioethics: An introduction (Part II)." Theoretical Medicine and Bioethics 15(1): 1-4.
- Fiester, A. (2007). "The Failure of the Consult Model: Why "Mediation" Should Replace "Consultation"." The American Journal of Bioethics 7(2): 31 - 32.
- Fins, J. J., M. D. Bacchetta, et al. (1997). "Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving." Kennedy Institute of Ethics Journal 7(2): 129-143.

- Fleetwood, J. and S. S. Unger (1994). "Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity." Annals of internal Medicine **120**(4): 320-325.
- Fleetwood, J. E., R. M. Arnold, et al. (1989). "Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees." Journal of Medical Ethics **15**(3): 137-142.
- Fletcher, J. C. and D. E. Hoffmann (1994). "Ethics Committees: Time to Experiment with Standards." Annals of internal Medicine **120**(4): 335-338.
- Fortin, J. (2007). Le «désir» de consensus des comités d'éthique clinique. Validité et limites du consensus en éthique. A. Létourneau and B. Leclerc. Paris, L'Harmattan: 101-112.
- Fox, E., S. Myers, et al. (2007). "Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey." The American Journal of Bioethics **7**(2): 13 - 25.
- Fox, M. D., G. McGee, et al. (1998). "Paradigms for Clinical Ethics Consultation Practice." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics **7**(03): 308-314.
- Fry-Revere, S. (1993). "Some suggestions for holding bioethics committees and consultants accountable." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics **2**: 449-455.
- Fry-Revere, S. (1994). "Ethics Consultation: An update on Accountability Issues." Pediatric Nursing **20**(1): 95-98.
- Fuchs, É. (1995). Comment faire pour bien faire? : introduction à l'éthique. Genève, Labor et Fides.
- Gagnon, E. (1995). Usage du droit et usage de la parole: Normes juridique, professionnelle et éthique. Hôpital & éthique : rôles et défis des comités d'éthique clinique. M.-H. Parizeau. Québec, Presses de l'Université Laval: 199-219.
- Gaudine, A., M. Lamb, et al. (2011). "The Functioning of Hospital Ethics Committees: A Multiple-Case Study of Four Canadian Committees." HEC Forum **23**(3): 225-238.
- Gaudine, A., L. Thorne, et al. (2010). "Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada." Journal of Medical Ethics **36**(3): 132-137.
- Gillon, R. (1997). "Clinical ethics committees--pros and cons." Journal of Medical Ethics **23**(4): 203-204.

- Godkin, M. D., K. Faith, et al. (2005). "Project Examining Effectiveness in Clinical Ethics (PEECE): phase 1—descriptive analysis of nine clinical ethics services." Journal of Medical Ethics **31**(9): 505-512.
- Gomas, J. M. (2001). "Démarche pour une décision éthique (D.D.E.): Comment préparer en équipe la meilleure décision possible dans les situations de crises ou de fin de vie." La Presse Médicale **30**(19): 973-975.
- Gordon, E. J. (2007). "A Better Way to Evaluate Clinical Ethics Consultations? An Ecological Approach." The American Journal of Bioethics **7**(2): 26-29.
- Gracia, D. (2003). "Ethical case deliberation and decision making." Medicine, Health Care and Philosophy **6**(3): 227-233.
- Gryn, N. (2003). "David Bohm and group dialogue or The interconnectedness of everything." The Jewish Quarterly **Autumn**: 93-97.
- Guo, L. and I. C. Schick (2003). "The impact of committee characteristics on the success of healthcare ethics committees." HEC Forum **15**(3): 287-299.
- Hawley, G. and H. Aveyard (2007). Ethics in clinical practice : an interprofessional approach. Harlow, England ; Toronto, Pearson Education.
- Hervé, C. (1998). Éthique de la recherche et éthique clinique. Paris ; Montréal, L'Harmattan.
- Hester, D. M. (2008). Ethics by committee : a textbook on consultation, organization, and education for hospital ethics committees. Lanham, Md., Rowman & Littlefield Pub.
- Hoffmann, D. (1994). "Mediating life and death decisions." Arizona Law Review **36**: 821-878.
- Hoffmann, D. E. (1991). "Regulating Ethics Committees in Health Care Institutions - Is It Time." Maryland law review **50**: 746-797.
- Hoffmann, D. E. (1994). "Case consultation: Paying attention to process." HEC Forum **6**(2): 85-92.
- Hottois, G., J.-N. Missa, et al. (2001). Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie. Bruxelles, De Boeck Université.
- Howe, E. G. (2009). "Beyond the State of the Art in Ethics Consultation." The Journal of Clinical Ethics **20**(3): 203-211.

- Hurst, S. A. (2006). "La consultation éthique: à quoi ça sert et comment s'en servir?" Revue Médicale Suisse(80).
- Hurst, S. A., S. C. Hull, et al. (2005). "How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis." Journal of Medical Ethics **31**(1): 7-14.
- Iltis, A. S. (2000). "Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry - Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine." Journal of Medicine and Philosophy **25**(3): 271 - 284.
- Isaacs, W. (1993). "Taking Flight: Dialogue, Collective Thinking and Organizational Learning." Organizational Dynamics **Automne**: 24-39.
- Isaacs, W. (1995). "The Dialogue Project Annual Report 1993-94." 2008, from <http://www.solonline.org/res/wp/8004.html>.
- Isaacs, W. (1999). "Dialogic leadership." The Systems Thinker **10**(1): 1-5.
- Isaacs, W. (1999). Dialogue and the art of thinking together, Doubleday Currency.
- Jean, A., S. Paré, et al. (1991). "Hospital ethics committees in Quebec: An overview." HEC Forum **3**(6): 339-346.
- Jecker, N. A. S., A. R. Jonsen, et al. (2007). Bioethics : an introduction to the history, methods, and practice. Sudbury, MA ; Toronto, Jones and Bartlett Publishers.
- Jonsen, A. R., M. Siegler, et al. (2002). Clinical ethics : a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. New York ; Toronto, McGraw Hill Medical Pub. Division.
- Kaldjian, L. C., R. F. Weir, et al. (2005). "A Clinician's Approach to Clinical Ethical Reasoning." Journal of General Internal Medicine **20**(3): 306–311.
- Kelly, S. E., P. A. Marshall, et al. (1997). "Understanding the practice of ethics consultation: results of an ethnographic multi-site study." The Journal of Clinical Ethics **8**(2): 136-149.
- King, N. (1999). "Who Ate the Apple? A Commentary on The Core Competencies Report." HEC Forum **11**(2): 170-175.
- Kopelman, L. M. (1994). "Case method and casuistry: The problem of bias." Theoretical Medicine and Bioethics **15**(1): 21-37.



- Kuczewski, M. (1998). "Casuistry and Principlism: The Convergence of Method in Biomedical Ethics." Theoretical Medicine and Bioethics **19**(6): 509-524.
- Kushner, T., R. A. Belliotti, et al. (1991). "Toward a methodology for moral decision making in medicine." Theoretical Medicine and Bioethics **12**(4): 281-293.
- La Puma, J. and D. Schiedermayer (1994). Ethics consultation : a practical guide. Boston, Jones and Bartlett Publishers.
- Laroche, Y. (1998). "Ressources limitées et sélection de patients : Le paradigme de Seattle : 1960-1972." Laval théologique et philosophique **54**(2): 307-328.
- Leonard, M., S. Graham, et al. (2004). "The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care." Quality and Safety in Health Care **13**(suppl 1): i85-i90.
- Léry, N. (1990). "Droit et éthique de la santé: l'expérience d'une consultation." Médecine et Hygiène **48**: 2161-2166.
- Létourneau, A., B. Leclerc, et al. (2007). Validité et limites du consensus en éthique. Paris, L'Harmattan.
- Lo, B. (2003). "Answers and Questions About Ethics Consultations." JAMA: The Journal of the American Medical Association **290**(9): 1208-1210.
- London, A. J. (2000). "Amenable to Reason: Aristotle's Rhetoric and the Moral Psychology of Practical Ethics." Kennedy Institute of Ethics Journal **10**(4): 287-305.
- Lynch, A. (1994). «...Has knowledge of [interpersonal] facilitation techniques and theory; has the ability to facilitate [interpersonally]...» Fact or Fiction? The Health Care Ethics Consultant. F. E. Baylis. Totowa, Humana Press: 45 - 60.
- Malherbe, J.-F. (2007). Sujet de vie ou objet de soins? : introduction à la pratique de l'éthique clinique. Montréal, Fides.
- Marchand, M.-E. (2001). L'exploration reflexive dans la pratique du dialogue de Bohm: Une experience avec des gestionnaires, conseillers et formateurs en gestion. Département de psychopédagogie et d'andragogie. Montreal, Université de Montréal. **Ph.D.**
- Martin, P. A. (1999). "Bioethics and the Whole: Pluralism, Consensus, and the Transmutation of Bioethical Methods into Gold." The Journal of Law, Medicine & Ethics **27**(4): 316-327.

- McCullough, L. B. and C. M. Ashton (1994). "A methodology for teaching ethics in the clinical setting: A clinical handbook for medical ethics." Theoretical Medicine and Bioethics **15**(1): 39-52.
- Moreno, J. (1991). "Institutional Ethics Committees: Proceed with Caution." Maryland law review **50**(3): 895-903.
- Moreno, J. D. (1995). Deciding together: bioethics and moral consensus. New York, Oxford University Press.
- MSSS (1999). Rapport d'enquête concernant les activités des comités d'éthique clinique et des comités d'éthique de la recherche au Québec, Direction des communications.
- MSSS. (2009, 22 avril 2010). "Unité de l'éthique." Retrieved 25 avril, 2010, from <http://ethique.msss.gouv.qc.ca>.
- Nilson, E. and J. Fins (2006). "Reinvigorating Ethics Consultations: An Impetus from the "Quality" Debate." HEC Forum **18**(4): 298-304.
- Orr, R. D. and W. Shelton (2009). "A process and format for clinical ethics consultation." The Journal of Clinical Ethics **20**(1): 79-89.
- Paola, F. and R. Walker (2006). "Ethicians, ethicists and the goals of clinical ethics consultation." Internal and Emergency Medicine **1**(1): 5-14.
- Parizeau, M.-H. (1995). Hôpital & éthique : rôles et défis des comités d'éthique clinique. Québec, Presses de l'Université Laval.
- Patenaude, J. (1996). Le dialogue comme compétence éthique. Faculté de philosophie. Québec, Université Laval. **Ph.D.:** 230.
- Patenaude, J., C. Lambert, et al. (2001). "L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique." Pédagogie Médicale **2**: 71-79.
- Patterson, K. (2002). Crucial conversations : tools for talking when stakes are high. New York, McGraw-Hill.
- Pauchant, T. C. and collaborateurs (2002b). Guérir la santé : un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé. Saint-Laurent, Québec, Fides.
- Pauchant, T. C., E. M. Morin, et al. (2002a). "Dynamiser le changement, l'apprentissage de l'éthique dans les organisation. Une évaluation de la discipline du dialogue." Retrieved septembre 2010, from

<http://neumann.hec.ca/pages/estelle.morin/documents/dialogue%20rapport%20final.pdf>.

- Pellegrino, E. D. (1999). "Clinical Ethics Consultations: Some Reflections on the Report of the SHHV-SBC." The Journal of Clinical Ethics **10**(1): 5-12.
- Phaneuf, M. (2006). "Le travail d'équipe auprès des malades :ressource ou souffrance?" Infressources. Carrefour Professionnel, section Gestion des soins, 2010, from <http://www.infressources.ca/MyScriptorWeb/scripto.asp?resultat=277962>.
- Pope, T. M. (2009). "Multi-Institutional Healthcare Ethics Committees: The Procedurally Fair Internal Dispute Resolution Mechanism." Campbell Law Review **31**: 257 - 332.
- Povar, G. J. (1991). "Evaluating Ethics Committees: What Do We Mean by Success." Maryland law review **50**(3): 904-919.
- Quist, N. (2007). "Hope, Uncertainty, and Lacking Mechanisms." The Journal of Clinical Ethics **18**(4): 357-361.
- Racine, E. (2007). "HEC Member Perspectives on the Case Analysis Process: A Qualitative Multi-Site Study " HEC Forum **19**(3): 185-206.
- Racine, É. (2004). *L'éthique clinique, les émotions et le processus d'analyse de cas : une étude qualitative et multi-site de comités d'éthique clinique québécois*. Montréal, Université de Montréal: xvi, 375 f.
- Rangel, E. (2009). "Clinical Ethics and the Dynamics of Group Decision-Making: Applying the Psychological Data to Decisions Made by Ethics Committees." HEC Forum **21**(2): 207-228.
- Ross, J. W. (1993). Health care ethics committees : the next generation. [Chicago], American Hospital Pub.
- Rubin, S. B. and L. Zoloth (2004). "Clinical ethics and the road less taken: mapping the future by tracking the past." Journal of Law, Medicine & Ethics **32**(2): 218-225.
- Saint-Arnaud, J. (2007). "La démarche réflexive et interdisciplinaire en éthique de la santé: un outil d'intégration des savoirs et des pratiques." Éthique et santé **4**(4): 200-206.
- Saunders, J. (2004). "Developing clinical ethics committees." Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians **4**: 232-234.

- SCB. (2008). "Mise en place d'un modèle de développement professionnel." 2010, from <http://bioethics.ca/publications-fr.html>.
- Scheirton, L. (1992). "Determinants of hospital ethics committee success." HEC Forum **4**(6): 342-359.
- Schick, I. C. and L. Guo (2001). "Ethics Committees Identify Success Factors: A National Survey " HEC Forum **13**(4): 344-360.
- Schneiderman, L. J., T. Gilmer, et al. (2003). "Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting." JAMA: The Journal of the American Medical Association **290**(9): 1166-1172.
- Senge, P. M. (1990). The fifth discipline : the art and practice of the learning organization. New York, Doubleday/Currency.
- Silberman, J., W. Morrison, et al. (2007). "Pride and Prejudice: How Might Ethics Consultation Services Minimize Bias?" The American Journal of Bioethics **7**(2): 32 - 34.
- Skeat, W. W. (1948). A concise etymological dictionary of the English language. Oxford, Clarendon Press.
- Smith, M. L., A. K. Bisanz, et al. (2004). "Criteria for Determining the Appropriate Method for an Ethics Consultation " HEC Forum **16**(2): 95-113.
- Sontag, D. N. (2002). "Are clinical ethics consultants in danger? An analysis of the potential legal liability of individual clinical ethicists." University of Pennsylvania Law Review **151**(2): 667.
- Sulmasy, D. P. (2001). "On the Current State of Clinical Ethics." Pain Medicine **2**(2): 97-105.
- Tarzian, A. (2009). "Credentials for Clinical Ethics Consultation – Are We There Yet?" HEC Forum **21**(3): 241-248.
- Thornton, J. and R. Lilford (1995). "Clinical ethics committee." British Medical Journal **311**(7006): 667-669.
- Verweij, M., F. W. A. Brom, et al. (2000). "Do's and Dont's for Ethics Committees: Practical Lessons Learned in the Netherlands." HEC Forum **12**(4): 344-357.

- Walker, G. B. and S. E. Daniels (2004). Dialogue and deliberation in environmental conflict: enacting civic science. The environmental communication yearbook S. Senecah. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates. **1**.
- West, M. B. and J. M. Gibson (1992). "Facilitating Medical Ethics Case Review: What Ethics Committees Can Learn from Mediation and Facilitation Techniques." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics **1**(01): 63-74.
- Whitehead, J. M., D. K. Sokol, et al. (2009). "Consultation activities of clinical ethics committees in the United Kingdom: an empirical study and wake-up call." Postgraduate Medical Journal **85**(1007): 451-454.

## ANNEXES

### ANNEXE I

Le tableau suivant présente quelques grilles développées par des auteurs francophone du milieu de l'éthique clinique (il existe, également, une panoplie de grilles utilisées dans le milieu Anglo-américain). Ces auteurs en particulier ont été retenus pour l'accessibilité de leur démarche, la diversité de leur contenu ainsi que leur notoriété et leur expérience pratique dans le milieu de l'éthique clinique au Québec. À des fins comparatives, l'ordre des étapes originales n'a pas été maintenu, bien qu'une certaine logique ait été conservée.

**Tableau VII : tableau comparatif de quelques grilles développées par des auteurs francophone du milieu de l'éthique clinique**

Auteur(s) / Étapes	<i>Jocelyne St-Arnaud</i> (Saint-Arnaud 2007)	<i>Guy Durand et Céline Crowe</i> (Durand 2005)	<i>Procédure de délibération</i> (Gracia 2003)	<i>Démarche pour une décision éthique (D.D.E.)</i> (Gomas 2001)	<i>Nicole Léry</i> (Léry 1990)	<i>Méthode d'analyse éthico-pratique</i> (Benaroyo 2004)
<b>Présenter la situation problématique</b>			Présenter la situation par la personne responsable de la prise de décision			
<b>Identifier le problème éthique</b>	Identifier les problèmes d'éthique en cause	Identifier la question	Identifier des problèmes moraux		Identifier la question éthique	Identifier les problèmes éthico-pratiques soulevés
<b>Identifier les faits pertinents</b>	Identifier et recueillir les faits pertinents	Identifier les faits - cliniques - psychosociaux	Discuter des aspects cliniques du dossier médical	Identifier les faits : - techniques - cliniques	Explorer toutes les pistes techniques	Identifier les données cliniques significatives
<b>Identifier une option spontanée</b>		Pendre conscience d'une option spontanée				
<b>Identifier les personnes impliquées</b>	Identifier les personnes impliquées, leurs rôles et leurs buts	Identifier les valeurs des différents partis impliqués		Identifier les personnes impliquées		Identifier les responsabilités, les valeurs, normes et principes éthiques considérés par chaque intervenant

<b>Identifier les valeurs en conflits</b>		Préciser les enjeux éthiques : les valeurs présentes et en conflit	Identification des valeurs en conflit		Identifier les cultures et croyances en cause	Identifier les conflits de valeurs, de normes ou de principes survenant dans cette situation
<b>Préciser la question éthique</b>		Identifier le problème moral	La personne responsable du patient choisi le problème moral à analyser			
<b>Identifier les options possibles</b>	Identifier les options possibles	Énumération de toutes les options possibles	Présentation de trois alternatives possibles			Imaginer des options permettant de surmonter les conflits éthiques identifiés
<b>Identifier les lois et les contraintes déontologiques</b>	Identifier les normes et contraintes légales, sociales, déontologiques, institutionnelles et gouvernementales	Évoquer les aspects normatifs et légaux se rapportant aux options		Identifier le cadre déontologique, légal, et lieu du soin	Identifier les contraintes légales, déontologiques et institutionnelles.	
<b>Évaluer les conséquences</b>		Évoquer les conséquences probables et les valeurs des options	Évaluer les conséquences possibles			
<b>Identifier les repères</b>	Identifier des repères éthiques et les lier aux faits					
<b>Limiter les choix</b>	Proposer une ou plusieurs options		Analyser de la meilleure alternative			
<b>Délibérer</b>	Discuter avec les partis concernés	Argumenter sur la priorité à établir		Procéder à une délibération interdisciplinaire	Délibérer avec la coordination d'un animateur	
<b>Prise de conscience personnelle</b>		Retour sur l'option spontanée				
<b>Décider</b>	Choisir une des options de manière consensuelle	Prendre une décision	Prendre une décision finale	Élaborer la décision en groupe	Décider de l'acte à prendre	Choisir l'option qui préserve le plus de valeurs partagées

<b>Justifier</b>		Justifier la décision		Justifier la décision en groupe		Donner une justification rationnelle au choix
<b>Appliquer la décision</b>	Mettre l'option choisie en application			Organiser l'annonce de la décision au patient		
<b>Évaluer a posteriori</b>	Faire l'évaluation de l'intervention		Contrôler la cohérence décisionnelle au niveau légal, public et temporel.			
<b>Faire un rapport</b>	Intégrer l'évaluation de l'intervention à un rapport					

Bien que chaque grille soit différente, elles partagent des points communs. En effet, parmi les grilles présentées ci-dessus, il est possible de compter entre six et 13 étapes dont, huit sont présentes dans la majorité des grilles:

1. l'identification du problème éthique;
2. l'identification des faits pertinents;
3. l'identification des personnes impliquées;
4. l'identification des valeurs en conflits;
5. l'identification des options possibles;
6. l'identification des lois et des contraintes déontologiques;
7. la délibération;
8. la décision



## ANNEXE II

**Tableau VIII : barrières à la communication rencontrées dans la pratique des CEC telles que décrites dans la littérature**

Catégorie	Sous-catégorie	Barrières	Solution trouvée dans le dialogue
Individu	Capacités (5)	Fermeture d'esprit	Conscience – suspension
		Compromettre son opinion	Ouverture - Voix
		Manque de confiance	Ouverture – voix
		Certitudes	Conscience – suspension
		Favoriser ses intérêts personnels	Conscience – suspension
	Engagement (2)	Manque de motivation	Prérequis – avoir une raison
		Absence de bonne volonté	Prérequis
	Émotions (3)	Jugements et comportements irrationnels.	Cohérence – respect
		Propagation des émotions négatives	Contenant
		Crainte, défensive, appréhensions	Conscience – suspension
Collectif	Processus décisionnel (5)	Phénomène du Groupthink (pensée groupale) : - Ignorer les objections - Éviter les sujets controversés	Cohérence – respect Conscience – suspension
		Intimidation	Ouverture – voix
		Absence de sécurité psychologique	Contenant
		Distorsions du message	Cohérence – respect Ouverture – voix
	Leadership (1)	Manque de direction	Facilitateur
	Déséquilibre du pouvoir (4)	Influence du prestige	Participation – écoute Ouverture – voix
		Influence de la profession	Participation – écoute Ouverture – voix
		Exercer des pressions sur un membre	Cohérence - respect
		Compétition des différentes normativités	Ouverture – voix
	Complexité du milieu (4)	Interdisciplinarité	Le dialogue = méthode de complexité
		Pluralisme religieux, culturel et moral	
		Groupes de pressions	
		Incertitudes des décisions	
Environnement	(4)	Difficultés de trouver un espace confidentiel	
		Distractions (bruits, interruptions)	
		Contraintes d'horaire	
		Budget limité (local, ressources)	

### ANNEXE III

**Tableau IX : Comparaison dialogue et débat**

<b>Dialogue</b>	<b>Débat</b>
Vise la collaboration : deux ou plusieurs parties travaillent ensemble vers une compréhension commune	Vise l'opposition : deux parties s'opposent tentant de prouver l'erreur de l'autre.
Le but est de trouver un terrain commun.	Le but est de gagner.
Chacun écoute l'autre afin de comprendre, trouver un sens, et trouver un accord.	Chacun écoute l'autre afin de trouver des failles et de contrer ses arguments.
Élargit et peut modifier les points de vue de chacun	Affirme le point de vue de chacun
Suscite une introspection de sa position	Suscite une critique sur la position de l'autre
Dévoile les suppositions de chacun et porte à les réévaluer	Défend les suppositions comme véridiques
Donne la possibilité de parvenir à une meilleure solution que celles proposées par chacun	Défend sa position comme étant la meilleure solution et exclut celles des autres.
Crée une ouverture d'esprit: une ouverture à reconnaître son erreur et à changer.	Crée une attitude de fermeture d'esprit, une détermination à avoir raison
Chacun partage ses meilleures pensées au groupe sachant que la réflexion des autres aidera à les améliorer plutôt que de les détruire.	Chacun soumet ses meilleures pensées au groupe et les défend contre les attaques pour démontrer qu'elles sont véritablement les meilleures.
Demande de suspendre temporairement ses propres croyances	Préconise de défendre sans réserve dans ses convictions
Cherche des accords de base	Cherche les différences flagrantes
Cherche les points forts de la position de l'autre	Cherche les points faibles de la position de l'autre
Implique une réelle préoccupation pour l'autre personne et ne cherche pas à l'aliéner ou l'offenser.	Implique une lutte contre la position de l'autre sans tenir compte des sentiments ou de la relation et implique souvent de rabaisser ou déprécier l'autre personne.
Suppose que chacun possède des éléments de la réponse et, qu'ensemble, ils peuvent les mettre dans une solution viable.	Suppose qu'il y a une bonne réponse et qu'une personne la détient
La conclusion demeure ouverte	Implique une conclusion

adapté de (Berman 1993)

**Tableau X: Différences entre la négociation et le dialogue**

<b>Dialogue</b>	<b>Négociation</b>
Paisible	Rapport de Forces
Valeurs de vérité et de justice	Arrangements d'intérêts
Invitation à arrêter et poursuivre le processus à tout moment.	Consensus, terrain d'entente vers l'arrangement
communication canonique et directe	communication instituée et médiatae

(Patenaude 1996)

## ANNEXE IV

**Tableau XI : Apprentissages associés aux pratiques du dialogue d'Isaacs**

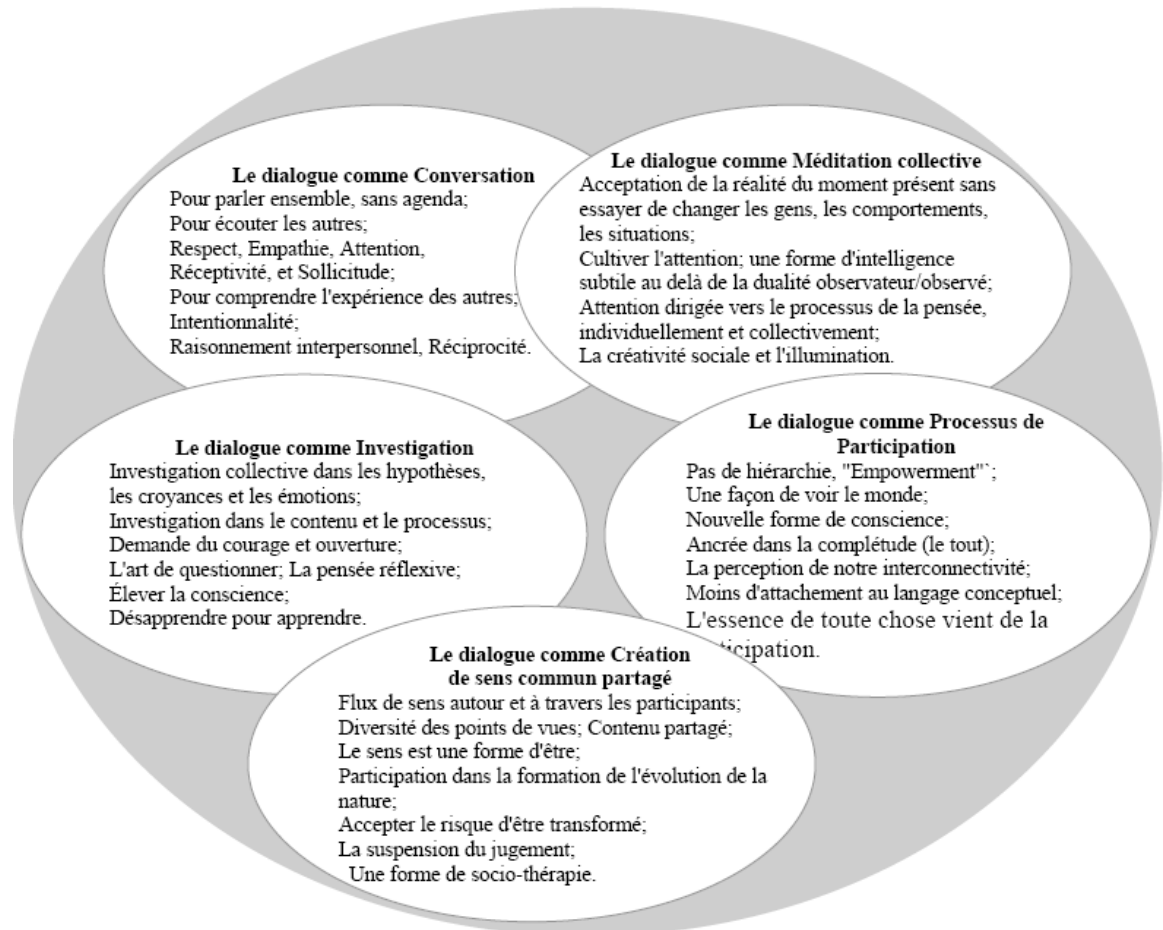
<b>Apprentissage de l'écoute</b>
<p><u>Être conscient du processus de sa pensée :</u>            En commençant par l'écoute de soi, l'individu sera attentif à sa pensée et à son processus. Comprendre à partir de quels mécanismes les idées et opinions se créent donne à chacun le pouvoir de revisiter sa façon d'écouter et donc de réagir. Isaacs souligne deux façons de pratiquer l'écoute, l'un est au moyen de la mémoire et l'autre au moyen de l'intelligence. D'un côté, l'écoute fait appel aux expériences antérieures qui permettent d'engager des opinions rapides et riches d'analyses passées. Tandis qu'en utilisant l'intelligence, l'écoute vise à créer de nouvelles réactions, où les catégories et les jugements ne sont pas prédéterminés. En écoutant sa pensée par le biais de ses deux modes, il est possible pour l'individu de se sensibiliser envers son propre processus de réflexion et, du même coup, être attentif aux réactions qui en découlent.</p>
<p><u>En rester aux faits et percevoir les interférences :</u>            Une autre façon de développer l'écoute est d'éviter de sauter aux conclusions et de pratiquer l'humilité. L'individu doit apprendre à faire la différence entre l'expérience, les faits et le jugement qu'il leur porte. L'interférence, c'est-à-dire le jugement porté sur l'évènement, peut parfois remplacer le fait à l'insu de l'inquisiteur. Ce subterfuge apporte souvent des malentendus et limite les perspectives. En fait, lorsque l'individu s'investit dans une argumentation, il cherche souvent à se convaincre de la validité de sa perception, tout en évitant de voir les preuves de son erreur. Pour contrecarrer cette habitude, Isaacs suggère de retracer l'historique de la pensée; des présupposés construits, aux croyances adoptées jusqu'à la conclusion de la réflexion. En validant cette progression, l'individu se permet de revisiter sa conclusion, évitant de s'enfermer dans une croyance non valide et ouvre les portes vers de nouvelles perspectives, une aide précieuse à la résolution de conflits.</p>
<p><u>Suivre la perturbation :</u>            Certains évènements et paroles émises peuvent faire surgir des émotions pénibles et prendre toute la place en influençant tout le processus réflexif. Ce mécanisme, cette mémoire émotionnelle, Isaacs la qualifie de perturbation. Cette perturbation cherche à retenir les preuves qui confirment le jugement déjà fait tout en rejetant les indices qui l'infirment. Ce mécanisme bloque ainsi toute possibilité d'ouverture vers de nouvelles perspectives. Pour surpasser cette difficulté, Isaacs propose le mécanisme inverse : de porter une attention à, non pas ce qui confirme l'opinion déjà faite mais, à ce qui la défie et la dérange, à ce qui cherche à comprendre l'intention plutôt que l'action. Il est en effet souvent facile de tenir des propos qui ne sont pas honorés dans les gestes.</p>
<p><u>Écouter sans résistance :</u>            Au-delà des réactions provoquées par la mémoire et l'émotion, l'individu doit identifier et mettre de côté sa résistance envers l'opinion de l'autre. Cet apprentissage veut éveiller l'individu sur la distorsion qu'il ajoute aux opinions d'autrui et l'influence projetée de ses propres réactions.</p>

<b>Apprentissage de la voix</b>
<p><u>Trouver sa voix et l'exprimer</u> :</p> <p>Même s'il est parfois difficile de saisir ce que l'on veut dire, il faut avoir le courage de l'exprimer, sinon, qui le fera?</p>
<p><u>Dépasser l'autocensure</u> :</p> <p>Il faut dépasser ses peurs d'être critiqué ou de déranger et pour ce, il faut se poser la question «qu'est-ce que je veux créer dans ce monde? Pourquoi?». Y a-t-il un coût à parler? À garder le silence?</p>
<p><u>Sauter dans le vide</u> :</p> <p>Il faut saisir les moments de créativité orale, qui font appel à la réflexion (spontanéité et improvisation) et non pas à la mémoire (ce qu'il faudrait dire). C'est ce que cet exercice exige, sauter dans le vide, ne pas savoir, ne pas planifier la conversation. Les paroles émises peuvent alors surprendre l'interlocuteur même et ainsi ouvrir de nouvelles avenues.</p>
<b>Apprentissage du respect</b>
<p><u>Immobilité</u> :</p> <p>détourner notre attention des activités environnantes, du passé et du futur et plutôt se concentrer sur le moment présent et à l'essentiel.</p>
<p><u>Centrer</u> :</p> <p>l'efficacité signifie être enraciné, centré. Trouver un point d'ancrage, un point d'équilibre de bien-être intérieur. C'est à partir de ce point que pourra émerger une flexibilité, une fluidité pour trouver l'ouverture vers l'autre.</p>
<p><u>Écouter comme si c'était tout en moi</u> :</p> <p>chacun participe à la création du monde, chacun doit être responsable de soi. C'est dire que l'on ne peut plus blâmer l'autre pour ce qui se produit. Nous devons écouter de sorte à trouver les dynamiques de l'autre en soi. Isaacs l'explique ainsi : pour percevoir quelque chose, cette chose doit être d'une certaine façon en nous, ou sinon, elle serait littéralement déconnectée de soi, incompréhensible. Ainsi, il faut développer un respect pour l'autre et pour soi.</p>
<p><u>Chercher la différence</u> : voir l'autre comme unique, différent, incompréhensible. Ne pas classer la personne dans une catégorie connue. En cherchant ainsi la différence chez l'autre, la similitude est trouvée.</p>
<p><u>Maintenir la tension</u> :</p> <p>maintenir la tension provoquée par les points de vue divergents et ne pas réagir, ne pas tenter de corriger les différences, maintenir un espace pour réfléchir et pousser l'interrogation.</p>

<b>Apprentissage de la suspension</b>
<p><u>Suspendre la certitude :</u> Regarder la pensée comme un objet : elle a une forme, une dimension, une profondeur, une densité. Il est possible de la regarder et de comprendre comment la regarder. Accepter qu'il y ait plusieurs visions de la réalité. Comment alors est-il possible de saisir une certitude? Explorer le pourquoi de cette certitude.</p>
<p><u>Trouver les bonnes questions :</u> Pour la plupart de individus nord américain, il est important d'avoir des réponses, que ce soit dans le milieu familial ou au travail, il est mal vu de ne pas savoir. Un bon dialogue c'est s'investir dans des questions pour lesquelles il n'y a pas encore de réponse. L'important ne se trouve pas dans les réponses mais dans les bonnes questions. Des questions qui touchent profondément, qui sont au cœur des préoccupations de chacun. Les bonnes questions sont habituellement reconnaissables par le silence qui s'en suit. Une fois cette question trouvée, il faut vivre avec le dérangement qu'elle produit et éviter à tout prix de se sauver, il faut plutôt creuser et explorer les nouvelles perspectives.</p>
<p><u>Essayer d'autres lunettes :</u> parfois un changement de perspective ou la découverte d'une nouvelle réalité se produit, non pas parce que le monde extérieur a changé mais, parce que la perspective de l'individu a changé en premier lieu. Pour tenter l'expérience, il faut essayer de voir les autres selon une nouvelle approche, avec un second ou un nouveau regard.</p>
<p><u>Reconnaître le réseau commun :</u> Les dilemmes affrontés par l'individu sont reconnus par chacun. Les défis et les problèmes individuels sont partagés par chacun, ils sont systémiques, personne n'est seul. Chercher le réseau qui nous unit.</p>
<p><u>Chercher l'absent:</u> Chercher ce qui a été ignoré ou négligé, chercher à savoir comment le problème fonctionne. Qu'est-ce qui est ignoré à travers la conversation? Porter attention à ce qui est ignoré, c'est tenter d'éviter les pièges de la pensée, les erreurs systémiques.</p>
<p><u>Trouver la mécanique :</u> Résister à la tentation de trouver des solutions au problème et plutôt prendre le temps de questionner la situation. Éviter de blâmer l'autre pour la situation et surtout éviter de le changer pour résoudre le conflit. Chercher à comprendre comment le problème fonctionne c'est attaquer le problème et non pas la personne.</p>

Tableau adapté de (Isaacs 1999)

## ANNEXE V

*Figure 1 : Les cinq dimensions du dialogue*

Tiré de (Do 2003 p. 399) basée sur les travaux de Cayer (Cayer 1996)