

Trousse d'outils sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières nations

*Honorer nos forces – Continuum de soins
- Perfectionnement de la main-d'œuvre*



Table des matières

Outils suggérés pour les Étapes de transition du cadre de renouvellement:

Humilité culturelle	1
Réflexion critique	2
Sensibilisation aux cultures	2
Sensibilité culturelle	3
Compétence culturelle	3
Réciprocité	5
Sécurité culturelle	6

ANNEXES

A: Diagramme Venn de l'humilité culturelle de la FANPLD*	7
B: Les étapes de l'autoréflexion de la FANPLD	8
C: Les 5 questions de la sécurité culturelle	9
D: Questionnaire sur la qualité des soins	10
E: Tableau des présomptions de la FANPLD	11
F: Tableau des normes de la réflexion critique	12
G: NNAPF's Renewal Stepping Stones' for Cultural Safety	13
H: Tableau de la diversité de la FANPLD	14
I: Le modèle de l'iceberg culturel	16
J: Les suggestions de soins personnels de la FANPLD	17
K: La théorie des cinq étapes du colonialisme par Dr. Winona Wheeler et Rodolpho Pino	18

Aperçu du plan de travail du projet de renouvellement	19
Aperçu et objectif du projet	19
Analyse documentaire de la sécurité culturelle	19
Les Étapes de transition du cadre de renouvellement	20
Étape de transition 1 : Humilité culturelle	21
Étape de transition 2 : Réflexion critique	21
Étape de transition 3 : Prise de conscience culturelle	22
Étape de transition 4 : Sensibilité culturelle	22
Étape de transition 5 : Compétence culturelle	23
Étape de transition 6 : Réciprocité	23
Étape de transition 7 : Sécurité culturelle	24
Conclusion	24
Annexe	26
Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD	31

* Bien vouloir noter que depuis juin 2015, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) a changé de nom pour s'appeler Thunderbird Partnership Foundation, une division de la FANPLD Inc. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web: www.thunderbirdpf.org.

Outils suggérés pour les Étapes de transition du cadre de renouvellement :

Humilité culturelle

« Le point de départ derrière cette approche n'implique aucunement l'examen du système de croyances des clients mais plutôt l'autoréflexion des intervenants/fournisseurs de services qui doivent prendre en considération leurs préjugés et croyances qui sont enchâssés dans leurs connaissances et dans les objectifs qu'ils visent lors de leur rencontre avec le client. » (California Health Advocates, 2012)

La pratique de l'humilité culturelle comme principe fondamental des Étapes de transition du cadre de renouvellement correspond parfaitement aux enseignements des Premières nations sur l'humilité. À ce titre, Turner déclare : « Les Premières nations ont toujours considéré leurs relations avec la nature comme des relations d'égalité ; l'humilité consiste à se reconnaître comme une partie sacrée de la création qui n'est ni supérieure ni inférieure à toutes les autres composantes » (2010:19). De plus, l'humilité culturelle « ne présume aucune hiérarchie de compétences ; elle n'exige que la capacité de changer en réponse à l'humilité » (Eisenbruch et Eisenbruch, 2005 : Humilité culturelle). En 1998, Melanie Tervalon et Jann Murray-Garcia ont développé le concept d'humilité culturelle qui se définit de la façon suivante :

Un engagement à vie d'autoévaluation et d'autocritique afin de redresser des rapports de force déséquilibrés dans la dynamique patient-médecin pour le développement de partenariats mutuellement avantageux et non paternalistes avec des communautés au nom des personnes ou de populations définies (Tervalon et Murray-Garcia, 1998:117).

Tervalon et Murray-Garcia soulignent qu'il est primordial de comprendre les pratiques et croyances du client pour assurer la sécurité culturelle. Par exemple, si on ne tient pas compte des croyances et pratiques autochtones, « le savoir, les valeurs et l'identité non autochtone s'imposent par défaut » (Hampton, 1995:35 in Maina, 1997:301), ce qui contribue au sentiment de perte d'identité chez le client. Ainsi, l'humilité culturelle constitue le fondement de la sécurité culturelle dans le cadre des Étapes de transition du cadre de renouvellement.

Les activités suivantes et les vidéos qui font partie de cette trousse d'outils peuvent être utilisées pour promouvoir l'humilité culturelle :

1. Regardez la vidéo sur la définition de l'humilité culturelle : <http://youtu.be/SaSHLbS1V4w>

2. Pour présenter une image visuelle de l'humilité culturelle, faites circuler l'Annexe A, le Diagramme de Venn préparé par la FANPLD pour expliquer l'humilité culturelle.

3. Les journaux de réflexion vous aideront à concrétiser vos pensées et vos sentiments afin d'avoir une meilleure idée de vos croyances, de vos valeurs, de vos préjugés et partis pris. De plus, le journal de réflexion vous aidera à transformer vos acquis. Le journal vous guidera à travers un processus d'apprentissage transformationnel.

4. Répondez à la question suivante dans votre journal de réflexion :

« Qu'est-ce que la réflexion » ? (p.ex., dans nos activités quotidiennes, la réflexion est « l'examen rétroactif » de nos expériences ; dans un contexte universitaire et professionnel, la réflexion est la considération rétroactive de nos expériences afin que nous puissions en tirer des leçons. Donc, la réflexion est un moyen de construire des connaissances sur soi et sur le monde).

5. Faire circuler l'Annexe B, Étapes de la FANPLD vers l'autoréflexion. Remplir le document. Ensuite, écrivez vos croyances, valeurs, pratiques culturelles et structures sociales dans votre journal de réflexion.

6. Faire circuler l'Annexe C, Les 5 questions de la sécurité culturelle de la FANPLD.

7. Lisez la citation suivante et écrivez vos impressions dans le journal de réflexion :

« L'humilité correspond à la reconnaissance que nous ne sommes pas sur terre pour devenir aussi importants que possible mais plutôt pour faire une différence dans la vie des autres. » - Gordon B. Hinckley

8. Regardez la vidéo suivante pour comprendre le processus de réflexion :

« The Express » :

<http://www.wingclips.com/movie-clips/the-express/your-rules-too>

9. Après avoir regardé la vidéo, répondez à l'une ou l'autre des questions suivantes et écrivez vos réponses dans le journal de réflexion :

- Quels étaient les préjugés de l'entraîneur ?
- Quels ont été les impacts de ces préjugés ?
- Comment Ernie a-t-il réussi à remettre en question l'impact des croyances, des valeurs et des structures sociales sur la situation ?
- Quelles étaient vos pensées et réactions ?
- Qu'avez-vous appris sur vous-même et vos préjugés ?
- Comment vos préjugés peuvent-ils avoir un impact sur votre vie au travail ?

10. Remplissez le Questionnaire sur la qualité des soins à Appendix D, afin d'identifier votre rôle par rapport à la qualité de la prestation des soins auprès de vos clients.

11. Regardez la vidéo sur la guérison traditionnelle :

<http://youtu.be/aEGMzXq6W4A>

- Qu'avez-vous pensé de cette vidéo ?
- Qu'avez-vous appris de cette vidéo ?

Réflexion critique

« Qui êtes-vous lorsqu'il n'y a personne d'autre aux alentours ? »

La deuxième étape des Étapes de transition du renouvellement est la Réflexion critique qui est une théorie sociale qui utilise comme point d'appui l'autoréflexion. C'est une étape importante de la sécurité culturelle parce qu'il est primordial de bien comprendre ce que chaque personne apporte à l'environnement, ce qui mène au développement d'une attitude critique (Pockett et Giles, 2008). À ce titre, une attitude critique sera influencée par la profession qu'on exerce, le code de déontologie professionnelle, les valeurs personnelles et les expériences de la vie. Il est important de comprendre comment

ces facteurs peuvent avoir un impact sur nos relations au sein des professions d'aide, surtout lorsque ces relations sont établies en dehors de la population dominante. Au fond, il est très important de développer une attitude critique afin de créer un espace pour accueillir des valeurs et des visions du monde différentes. Cette attitude critique est essentielle à la transposition réciproque entre deux visions du monde distinctes.

Les activités suivantes de la trousse d'outils servent à stimuler la réflexion critique.

1. Écrivez les questions suivantes dans votre journal de réflexion afin d'évaluer quelles sont vos connaissances actuelles ? Ensuite, répondez aux questions qui suivent au mieux de votre capacité et répondez de nouveau aux questions à la fin de ce plan de leçon.

a) Essayez de penser aux « plaintes » que les personnes non autochtones expriment régulièrement à l'égard des personnes issues des Premières nations, des Inuits et des Métis (c'est-à-dire ces personnes sont paresseuses, ne travaillent pas et consomment beaucoup d'alcool). Est-ce que ces plaintes sont justifiées ?

b) Quelle est la différence entre la réconciliation pratique et la réconciliation symbolique ? Faut-il maintenir cette distinction ? Pourquoi cette question est-elle importante pour les personnes issues des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada ?

2. Remplissez le **Tableau d'analyse de préjugés** qui se trouve à l'**Annexe E**. L'Analyse des préjugés est un exercice qui implique la remise en question de nos croyances, de nos valeurs, de nos pratiques culturelles et de nos structures sociales afin d'évaluer leur impact sur nos interventions quotidiennes. Les préjugés font partie de notre perception de la réalité et nous aident à décrire l'ordre des relations.

Avant de regarder, la séquence vidéo, pensez à l'ambiance que vous voyez au début de la séquence.

3. Regardez les séquences vidéo suivantes et répondez aux questions en inscrivant vos réponses dans votre journal de réflexion :

« Charlotte's Web » - Dressez la liste des préjugés que vous avez tenu pour acquis avant, pendant et après le visionnement de la vidéo, au niveau de vos croyances, valeurs, pratiques culturelles et structures sociales. <http://www.wingclips.com/movie-clips/charlottes-web/scarecrows>

4. Répondez aux questions suivantes et indiquez vos réponses dans le journal de réflexion :

- Quels sont les préjugés du corbeau ?
- Quel était l'impact ou quels étaient les impacts de ces préjugés ? Comment pourriez-vous remettre en question ces croyances, valeurs, pratiques culturelles et structures sociales ? Quel impact cette remise en question aurait-elle sur les corbeaux ?
- Comment les corbeaux pourraient-ils remettre en question leurs valeurs, pratiques culturelles et structures sociales afin d'évaluer leur impact sur nos interventions quotidiennes ?
- Qu'avez-vous appris sur vous et sur vos préjugés ?
- Quel est l'impact de vos préjugés dans votre vie au travail ?

« Gandhi » - Malgré les risques réels d'une confrontation violente, Gandhi refuse de changer son cheminement et décide d'avancer vers le danger, étant prêt à subir le châtiment afin de garder sa dignité. <http://www.wingclips.com/movie-clips/gandhi/other-cheek>

5. Répondez aux questions suivantes et indiquez vos réponses dans votre journal de réflexion :

- Quels étaient les préjugés du prêtre ?
- Quel fut l'impact de ces préjugés ?
- Comment Gandhi a-t-il remis en question les croyances, valeurs et structures sociales et quel fut l'impact de cette remise en question sur la situation ?
- Quels étaient vos pensées et vos réactions ?
- Qu'avez-vous appris sur vous et sur vos préjugés ?
- Quel est l'impact de vos préjugés dans votre vie au travail ?

Réflexion critique

La réflexion critique est un processus d'analyse, de remise en question et de questionnement de nos expériences dans un plus grand contexte de problématiques particulières (p.ex., les problématiques de justice sociale, de développement de curriculum, de théories de l'apprentissage, de politiques, de culture et de technologies).

« Les activités de réflexion nous permettent d'établir un pont entre les activités de service communautaire et le contenu pédagogique du cours. Les activités de réflexion permettent aux étudiants d'orienter leur attention vers de nouvelles interprétations d'événements et de trouver des moyens efficaces d'étudier et d'interpréter le service communautaire de la même manière qu'ils lisent et étudient un texte afin d'arriver à une compréhension plus profonde ». (Bringle & Hatcher, 1999)

6. Lisez attentivement le document **Les Normes de réflexion critique à l'Annexe F**.

7. Dans votre journal de réflexion, cherchez à expliquer votre interprétation de la citation suivante ?

« Le processus de guérison doit s'appuyer sur nos valeurs spirituelles traditionnelles de respect, de fierté, de dignité, de partage et d'entraide ... L'autonomie commence chez la personne et s'étend par la suite à la famille, la communauté et, en dernier lieu, à nos relations avec d'autres nations. » - Chef Jean-Charles Pietacho et Sylvie Basile, Première nation Mingan

Sensibilisation aux cultures

« Nous aurons beau avoir une diversité de religions, de langues de couleurs de peau, mais nous faisons tous partie d'une seule race humaine. » Kofi Annan (diplomate du Ghana, 7^e secrétaire général de l'ONY, Prix nobel de la paix 2001 ; né 1938)

La sensibilisation aux cultures se définit comme « la reconnaissance des différences entre les cultures et les visions du monde » (Chandler, 2002). La simple reconnaissance des différences qui existent n'est pas suffisante. La sensibilisation exige de la part du fournisseur de soins

de santé une vigilance particulière dans la promotion de pratiques qui visent spécifiquement la vision du monde et le sens culturel. La sensibilisation va plus loin que la reconnaissance des différences car elle inclut l'appréciation et l'acceptation honnête de ces différences.

Les activités suivantes dans la trousse d'outils servent à promouvoir la sensibilisation aux cultures.

1. Écrivez dans votre journal de réflexion les questions suivantes qui concernent vos connaissances actuelles :

- Que savez-vous des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada ?
- Comment ces trois peuples sont-ils distincts les uns par rapport aux autres ?
- Qu'est-ce que la culture ?
- Nommez dix langues autochtones au Canada. Combien y a-t-il de langues autochtones au total ?
- Quelles sont les croyances des Premières nations en matière de rêve ?

2. Regardez la vidéo suivantes sur la sensibilisation aux cultures : « The Do's and Don't's of Cultural Sensitivity » - (Les pratiques à privilégier et celles à éviter en matière de sensibilisation aux cultures) – Apprenez à promouvoir la sensibilisation aux cultures : <http://www.youtube.com/watch?v=tRL6ALEjeV0&feature=colike>

3. Remplissez le Tableau de la diversité des connaissances à l'Annexe H.

4. Lisez attentivement le document à l'Annexe I, Modèle de l'iceberg afin de développer une bonne image visuelle de la culture.

5. Regardez les vidéos dans « Sharing the Role of Aboriginal Traditional Culture in Healing from Addictions » <http://www.addictionresearchchair.ca/creating-knowledge/provincial/sharing-the-role-of-aboriginal-traditional-culture-in-healing-from-addictions/what-is-being-shared/view/>

6. Écrivez dans votre journal de réflexion les questions suivantes :

- Comment ces histoires contribuent-elles à votre compréhension de la sensibilisation aux cultures ?
- Quelles sont les forces qui créent, définissent et façonnent vos valeurs culturelles fondamentales ?

Sensibilité culturelle

« La culture c'est vous, la culture c'est moi, la culture c'est l'humanité »
~ Dr. Angela Jackson

La sensibilité culturelle « prend en considération la diversité entre les clients et les fournisseurs de soins de santé. À ce stade des étapes de transition, le fournisseur de soins de santé progresse dans ses apprentissages de l'étape 1 à l'étape 3 pendant qu'il recherche à acquérir une plus grande sensibilité à la culture et à la vision du monde des clients afin d'être en mesure d'apporter une aide significative tout en intégrant les pratiques thérapeutiques autochtones et occidentales » (Papps, 2005)

Les activités suivantes servent à promouvoir la sensibilité culturelle :

1. Répondez les questions suivantes dans votre journal de réflexion qui portent sur vos connaissances actuelles :

- Pourquoi 1876 est une date importante pour les peuples issus des Premières nations du Canada et quel fut l'impact de cette date sur les Premières nations du Canada ?
- Comment les Premières nations, les Inuits et les Métis du Canada maintiennent-ils leur culture ?
- Quelle est l'importance du territoire pour les Premières nations, les Inuits et les Métis du ?
- Quels sont les avantages et les obligations des relations de parenté ?

2. Regardez les vidéos portant sur les pensionnats autochtones :

« Into the West - Carlisle Indian School » - Une séquence vidéo extraite de la mini série TNT « Into the West » mettant en lumière ce que les enfants autochtones en Amérique du Nord ont subi en termes d'assimilation. <http://goo.gl/KOMJS>
« Kill the Indian, Save the Man » - Entrevue avec un survivant de pensionnat <http://youtu.be/eJKrGu2cwT0>

3. Écrivez dans votre journal de réflexion quelques questions qui vous aideront à réfléchir sur les besoins des clients avec qui vous travaillez :

- Que savez-vous des enseignements culturels de la communauté de votre client ?
- Êtes-vous au courant des soutiens familiaux dont dispose le client ?
- Que savez-vous du colonialisme ?
- Est-ce que votre client ou un l'un ou l'autre de ses propres a déjà fréquenté une école de pensionnat ?
- Selon vous, quel fut l'impact du pensionnat sur votre client ?
- Quelle est l'importance d'une cérémonie culturelle (p.ex., cérémonie de purification) ? Source: <http://www.aboriginalhr.ca/en/resources/getstarted/cultures>

Compétence culturelle

« Le colonialisme ne se satisfait pas d'enserrer le peuple dans ses mailles, de vider le cerveau colonisé de toute forme et de tout contenu. Par une sorte de perversion de la logique, il s'oriente vers le passé du peuple opprimé, le distord, le défigure et l'anéantit ». ~Frantz Fanon, *Les Damnés de la terre* (1963)

La compétence culturelle est un processus où le fournisseur de soins de santé développe activement ses compétences et ses connaissances afin de les adapter spécifiquement à la culture et à la vision du monde de ses clients. En même temps, le fournisseur de soins de santé doit faire preuve d'une définition claire des limites inhérentes à ses propres connaissances, compétences, pratiques culturelles. La compétence culturelle établit un fondement solide favorisant le développement d'un environnement culturellement sécuritaire pour le client (AMIC-CRMCC, Groupe de travail sur le programme d'enseignement de la médecine familiale, 2009).

De plus, selon le rapport Honorer nos forces,

La compétence culturelle exige des fournisseurs de services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, qu'ils soient conscients de leurs

propres perceptions et attitudes concernant les différences culturelles, et qu'ils connaissent et acceptent les réalités culturelles et environnementales de leurs clients. Pour ce faire, il est aussi nécessaire de traduire les connaissances autochtones en réalités actuelles afin d'éclairer et de guider l'orientation et la prestation des services de santé et de soutien de façon continue (8).

Les activités suivantes seront utilisées afin de favoriser la compétence culturelle.

1. Que savez-vous maintenant de la compétence culturelle ?

Inscrivez vos réponses dans votre journal de réflexion :

- Quel est le degré d'accès actuel aux ressources (humaine, spirituel, environnementale) dans les communautés ?
- Que se passe-t-il lorsque les peuples autochtones commencent à adopter les idées, valeurs et pratiques socio-culturelles des agents de colonisation ? (p.ex., les structures hiérarchiques du pouvoir, les structures familiales patriarcales, l'accumulation matérialiste, l'individualisme, l'alcool).
- Suite au virage économique colonialiste, quels furent les obstacles au progrès et à l'établissement sédentaire ? (peuples autochtones) ; et quel fut le « soi-disant problème indien » ?
- Qu'est-ce que le colonialisme internalisé ?
- Quelles sont les séquelles que les peuples autochtones ont subies en raison du colonialisme internalisé ? (marginalisation économique - taux de chômage élevé, exploitation et destruction environnementale, déséquilibre socio-culturel important - chaos)
- Qu'est-ce que la décolonisation et quelle est son importance pour la santé et le mieux-être des personnes issues des Premières nations et des Inuits au Canada ?

Regardez la satire suivante sur le colonialisme australien intitulée « Babakiueria » <http://goo.gl/2l2J0>

2. Décrivez dans votre journal de réflexion votre impression sur la vidéo « Babakiueria ».

3. Étudiez le Diagramme de la théorie des cinq étapes du colonialisme à l'Annexe K.

Phase 1:

L'État équilibré est la période pré-contact quand les Premières nations et les Inuits disposaient de leurs propres sociétés et structures sociales, politiques, économiques et culturelles.

1. Regardez la vidéo « 500 Nations Intro - Creation Through the Eyes of American Indians » : <http://youtu.be/RygOSKqeYU8>

2. Répondez à la question suivante dans votre journal de réflexion :

- Quelles sont les attitudes, philosophies et croyances spirituelles traditionnelles qui sont encore préservées ?

3. Regardez la vidéo « 500 Nations The Story of Native Americans – 1 » : http://youtu.be/EedWZ_jaTiE à partir de 0:16:50 jusqu'à 45:95

4. Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Quel est le fonctionnement des lois et coutumes autochtones en matière de préservation de cohésion sociale au sein des familles et des communautés ?

- Quelle est la condition actuelle des structures familiales autochtones ?
- Est-ce que les communautés autochtones sont autonomes et auto-suffisantes ?
- Quelle est l'utilisation des terres et ressources ?
- Comment les chefs autochtones ont-ils négocié les territoires et les relations internationales ?

Phase 2:

: La première rencontre a eu lieu à l'arrivée des agents coloniaux européens à la recherche de profits économiques impliquant l'intégration des peuples autochtones dans le système mercantile mondial créé par les Européens à titre de producteurs de ressources.

1. Regardez la vidéo « 500 Nations The Story of Native Americans – 2 » : <http://youtu.be/XLM-HKPi7r4>

2. Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Qu'est-il arrivé aux peuples autochtones lorsqu'ils sont entrés en contact avec le système mercantile mondial ?
- Qu'arrive-t-il à la production dans le contexte du commerce (chasse, piégeage, approvisionnement) ? Quel fut l'impact sur les ressources locales ?
- Pourquoi les peuples autochtones ajustent-ils leurs relations philosophiques et spirituelles aux peuples animaux afin de les exploiter en vue du profit ?
- Comment les relations internationales pré-contact ont-elles été modifiées dans le contexte de la concurrence accrue pour les ressources et l'accès aux marchandises et produits européens ?
- Pourquoi y a-t-il eu des relations sociales avec les agents coloniaux à travers le commerce, l'inter-mariage et le contact prolongé ?
- Qu'est-il arrivé avec l'éclosion de maladies étrangères ? (p.ex., épidémies, déclin démographique rapide - entre 30 % et 90 % des groupes cibles : surtout les enfants qui représentaient l'avenir et les personnes âgées qui étaient les gardiens du savoir).
- Que pensez-vous que les peuples autochtones ont commencé à ressentir après cette phase ? (p.ex., démoralisation : perte de foi dans la médecine traditionnelle et les guérisseurs, culpabilité, haine de soi).

Phase 3:

L'imposition de relations coloniales se produit lorsqu'il y a un déséquilibre dans les rapports de force (p.ex., peuple dominant par rapport au peuple subjugué).

1. Regardez la vidéo suivante sur les pensionnats indiens. Where are the children ? Healing the legacy of residential schools (Où sont les enfants ? Les séquelles des pensionnats) tiré de : <http://www.wherethechildren.ca/>

2. Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Pourquoi y a-t-il eu une croissance rapide de la présence coloniale ? (établissement)
- Comment la demande accrue de terres autochtones a-t-elle influencé les peuples autochtones ? (déplacement)
- Qu'arrive-t-il lorsque l'économie coloniale passe d'une économie de commerce à une économie d'agriculture ? (la main-d'œuvre et les compétences autochtones n'ont plus été requises ; les relations se sont modifiées passant de rapports d'interdépendance à des rapports de dominance/subjugation),

- Comment a-t-on justifié le vol colonial ? (Les théories de la rationalisation deviennent de plus en plus populaires)
- Quelle solution a-t-elle été proposée pour régler le problème indien ? (extinction ou assimilation)

Phase 4:

Le colonialisme internalisé se manifeste lorsque les peuples autochtones vivent des expériences de marginalisation et de colonialisme internalisé

1. Regardez la vidéo suivante sur les impacts du colonialisme : <http://goo.gl/VL5OC>

2. Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Quels furent les impacts du colonialisme internalisé sur les communautés autochtones ? (p.ex., crimes violents, taux de suicide élevés, emprisonnement, dépendance à l'aide sociale, dépendances chimiques, faibles niveaux de scolarisation ; cycles générationnels des problèmes précités)
- Quels furent les impacts sur les familles autochtones ? (Famille dysfonctionnelle, effondrement familial ; violence conjugale, abus des femmes et des enfants, abandon d'enfant, placement d'enfants avec les services sociaux, agression sexuelle et inceste ; cycles intergénérationnels par rapport à ce qui précède)
- Que signifient la déshumanisation et l'aliénation et quelle est la pertinence de ces expériences pour les peuples autochtones pendant cette phase ? (p.ex., schizophrénie culturelle, faible niveau de confiance et de valorisation de soi, haine de soi-même, sentiments d'infériorité, apathie et léthargie, sentiments d'impuissance, augmentation de problèmes de santé, augmentation de troubles psychologiques ; cycles intergénérationnels par rapport à ce qui précède).

Phase 5:

La décolonisation est le rejet du colonisateur et de la victimisation par la revendication de la langue, culture, spiritualité, cérémonies et communautés

1. Regardez la vidéo suivante sur la décolonisation : <http://goo.gl/4M8LV>

2. Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Comment les peuples autochtones passent-ils à la décolonisation ? (outils appropriés comme la scolarisation, les compétences de vie, etc. et la remise en question de l'oppression par l'opprimeur)
- Comment les peuples autochtones résistent-ils, de manière directe ou indirecte, pour rejeter le colonisateur ?
- Qu'ont besoin les peuples autochtones pour récupérer ? Et pourquoi ? (La personne doit récupérer son sens de : la sécurité, l'identité, la puissance, l'intégrité, la possibilité, l'abondance, la connexion, la force, la compassion, l'auto protection, l'autonomie, la foi)

3. Pour encourager la pensée critique à l'égard de la décolonisation, répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Comment peut-on savoir qu'on a atteint ce stade ?
- À qui profite la décolonisation ? Pourquoi ?

- À votre avis, quelles seraient les prochaines étapes dans les relations entre les Premières nations, les Inuits, les Métis et le Canada ?

Réciprocité

« [Le concept de réciprocité a été] utilisé par les Cris et par d'autres peuples autochtones comme un moyen d'obtenir les récits et les connaissances venant des autres – la réciprocité est l'acte de recevoir quelque chose de quelqu'un tout en remettant à cette personne quelque chose d'une valeur égale afin que ce soit un échange axé sur le respect. »
~ Herman Michell

Le processus de réciprocité est une théorie morale à laquelle les Premières nations attachent beaucoup de valeur car elle « établit le cadre d'obligations sociales non facultatives – les obligations que nous devons respecter dans le cours normal de la vie sociale... Nos obligations envers nos familles, envers les générations futures et envers la loi en sont des exemples » (Becker, 1990:3). Pour cette raison, la réciprocité est étroitement liée à la vision du monde et aux valeurs des Premières nations. Ce principe est fondamental pour la prestation des services et des soutiens. À titre d'exemple, le régime de soins de santé est fortement axé sur la personne, et ce à juste titre, tandis que la famille, la communauté et l'obligation envers les générations futures sont les piliers du mieux-être parmi les Premières nations.

Les activités suivantes seront utilisées pour approfondir le concept de réciprocité :

1. Qu'en savez-vous actuellement ? Répondez aux questions suivantes dans votre journal de réflexion :

- Quelle est la croyance des Premières nations concernant la réciprocité ?
- Que signifie la reconnaissance d'une histoire partagée ?
- Quelle est l'histoire des peuples autochtones dans la région où vous vivez ?
- Quand les personnes issues des Premières nations ont-elles obtenu le droit de vote ?
- Quelle est le sens du terme Stolen Sisters (les Sœurs volées) ?
- Qu'est-ce que la Commission royale sur les peuples autochtones ?
- Que signifie la culture pour vous ?

2. Échanger des récits (p.ex., partagez une expérience de vie qui, à votre avis, est similaire à une expérience vécue par un client et expliquez comment vous avez surmonté les obstacles).

3. Feuilles de partage de conversations communautaires - Réciprocité : <http://goo.gl/wSzhq>

4. Regardez la vidéo : Oren Lyons – « We Are Part of the Earth » <http://www.youtube.com/watch?v=bSwmqZ272As&feature=colike>

Sécurité culturelle

[Un environnement] « qui est sécuritaire pour les personnes ; où il n'y a aucune agression, aucune contestation ou aucun refus de l'identité des clients et de leurs besoins. Elle est étroitement liée au respect partagé, sens partagé, connaissances partagées et à l'expérience d'un apprentissage réciproque qui se fait dans la dignité et dans la véritable écoute. » (Williams, 2003, p3).

La sécurité culturelle s'appuie sur et complète toutes les étapes de transition précédentes. Elle s'adresse aux prestataires de services dans le contexte de l'organisation et de l'environnement des services. La sécurité culturelle va plus loin que la sensibilisation aux cultures et la sensibilité culturelle au sein des services. Elle comprend une réflexion sur les différences culturelles, historiques et structurelles et sur les rapports de force dans les relations de soins. Elle implique un processus d'auto réflexion continu et la croissance organisationnelle qui est essentielle pour les fournisseurs de services et le système de soins afin d'assurer une réponse efficace aux besoins des Premières nations (APN, FANPLD et SPNI, 2011:8). Elle implique la création de politiques et de protocoles culturellement pertinents ainsi que l'établissement de relations positives entre les communautés des Premières nations et les fournisseurs de services. À titre d'exemple, la plupart des fournisseurs de services de santé mettent l'accent sur un environnement sans spécificité culturelle, c'est-à-dire un genre d'environnement aseptique, tandis qu'un environnement favorable à la culture des Premières nations sera plus susceptible de promouvoir l'inclusion et l'engagement.

La sécurité culturelle se définit comme un processus qui dépasse la sensibilisation aux cultures et la sensibilité culturelle au sein des services pour inclure un processus de réflexion sur les différences culturelles, historiques et structurelles et les rapports de force qui existent dans le régime actuel des soins. Elle implique un processus d'auto réflexion continu et de croissance organisationnelle qui est essentielle pour les fournisseurs de services et le système de soins afin d'assurer une réponse efficace aux besoins des Premières. (Rapport Honorer nos forces, 2011,8)

1.Écrivez dans votre journal de réflexion ce que vous savez sur les questions suivantes :

- a) Pourquoi le premier ministre Stephen Harper a-t-il présenté ses excuses aux survivants des pensionnats indiens en 2008 ?
- b) Pourquoi ces excuses étaient-elles importantes pour les Premières nations du Canada ?
- c) Connaissez-vous quelqu'un qui a été touché émotionnellement par ces excuses ?

2.Regardez la vidéo suivante sur la Présentation complète des excuses au nom des Canadiens, relativement aux pensionnats indiens de Stephen Harper à l'adresse suivante : <http://goo.gl/ZnRud>

3.Décrivez dans votre journal de réflexion vos sentiments et pensées au sujet de ces excuses.

4.Regardez les vidéos sur la sécurité culturelle :
<http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod2/glossary.htm>

<http://goo.gl/WGkOb>

5. Exercice en groupes

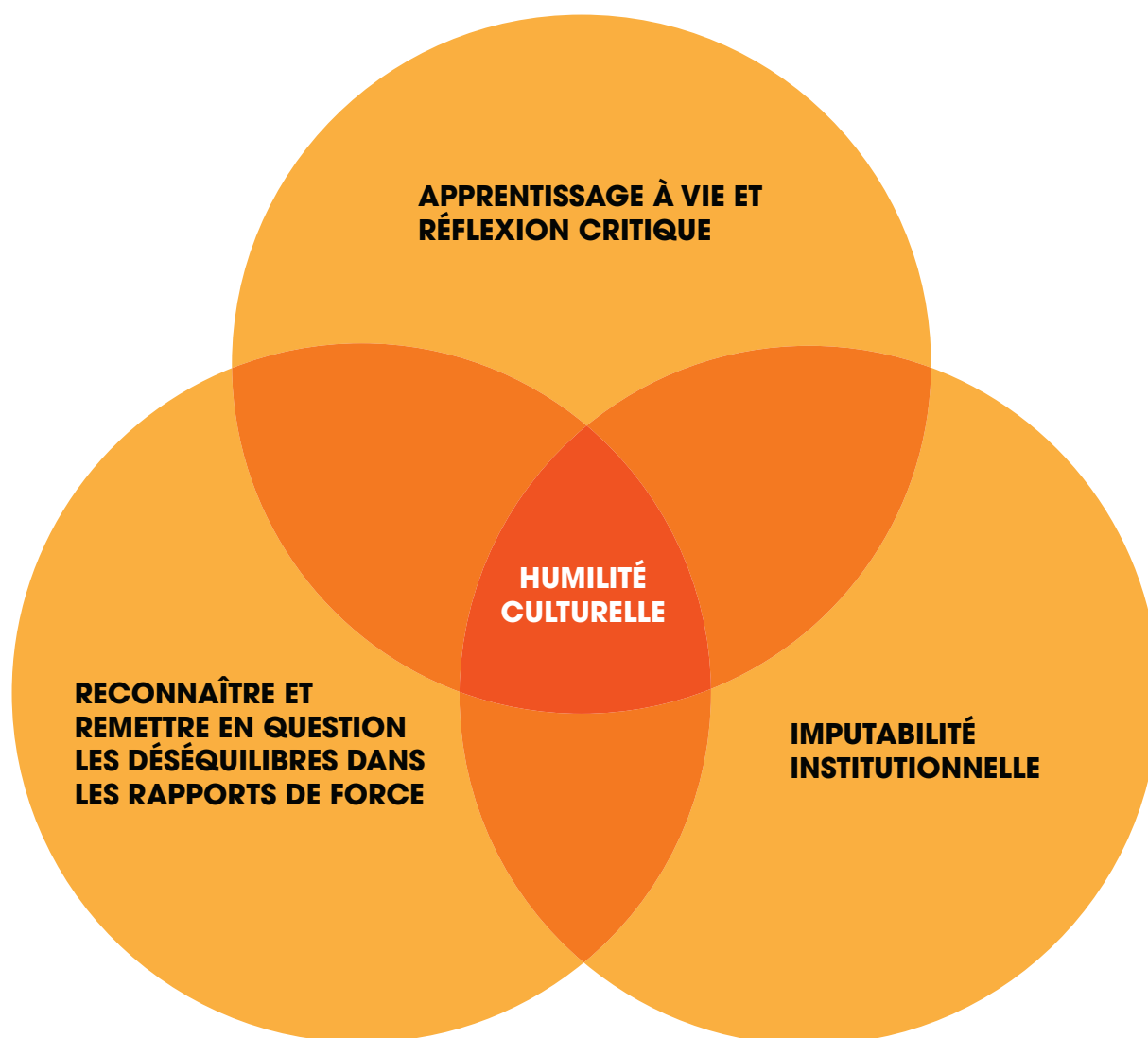
- a) Discutez en petits groupes comment la sécurité culturelle peut être mise en place dans votre lieu de travail.
- b) Discutez et écrivez une liste d'activités que vous pouvez par la suite présenter à tout le groupe.
- c) L'animateur demandera au groupe de revenir ensemble pour discuter des opinions de chacun.
- d) À partir des discussions en groupe, choisissez au moins trois stratégies que vous pourriez mettre en pratique dans votre milieu.
- e) Écrivez ces stratégies sur la feuille d'évaluation et remettez la feuille à l'animateur.

6. Étudiez la Feuille de la FANPLD sur les Étapes de transition vers la sécurité culturelle dans le cadre du renouvellement à l'Annexe G.

APPENDICES

A: Diagramme Venn de l'humilité culturelle de la FANPLD

L'humilité culturelle est, « **un engagement à vie d'autoévaluation et d'autocritique afin de redresser des rapports de force déséquilibrés dans la dynamique patient-médecin pour le développement de partenariats mutuellement avantageux et non-paternalistes avec des communautés au nom de personnes ou de populations définies.** (Tervalon and Murray-Garcia, 1998:117)



B. Les étapes de l'autoréflexion de la FANPLD

Voici des stratégies qui peuvent vous aider à approfondir votre pensée dans le journal de réflexion :



C: Les 5 questions de la sécurité culturelle

À qui s'adresse la sécurité culturelle ?

Toute personne qui ne fait pas partie de la culture dominante doit avoir accès à un environnement culturellement sécuritaire afin de se sentir respectée et valorisée. La culture dominante du Canada est la culture occidentale, non autochtone. En conséquence, afin de respecter et d'améliorer le mieux-être de tous, la sécurité culturelle est nécessaire.

Qu'est-ce que la sécurité culturelle ?

La sécurité culturelle est la conséquence du renforcement, de la promotion et de la responsabilité de l'identité culturelle des peuples autochtones. Selon le Rapport sommaire 2011 du document *Honorer nos forces* :

« Les fournisseurs de service, tant dans les milieux autochtones que non autochtones, reconnaissent la diversité culturelle chez les Premières nations et visent à établir des rapports efficaces avec les personnes, les familles et les communautés, en tenant compte de leurs réalités sociale, politique, linguistique, économique et spirituelle. La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation culturelle dans les services et comprend un examen des différences culturelles, historiques et structurales ainsi que des relations de pouvoirs dans le cadre des services offerts. Elle comporte un processus d'auto-examen continu et de croissance organisationnelle à l'intention des fournisseurs de services et du système dans son ensemble dans le but de répondre adéquatement aux besoins des peuples des Premières nations.» (9)

Quand la sécurité culturelle devient-elle pertinente ?

La colonisation est le facteur déterminant de l'effondrement familial et social des peuples autochtones. De plus, il est primordial de comprendre le traumatisme historique et les politiques d'oppression qui ont été imposés aux peuples autochtones afin d'apprécier pleinement les conséquences néfastes de ces politiques d'oppression sur les peuples autochtones.

Où sont les besoins les plus importants en sécurité culturelle ?

Il est très important de briser le cycle de la colonisation au sein des institutions qui sont responsables de l'effondrement familial et social des peuples autochtones. La sécurité culturelle doit être établie dans chaque établissement, communauté et organisation qui emploie ou qui dessert les peuples autochtones.

Comment l'Équipe de direction de renouvellement de la FANPLD aborde-t-elle la sécurité culturelle ?

La mise au point d'un coffret à outils de sécurité culturelle fait partie des projets de renouvellement issus des recommandations du document *Honorer nos forces* et recommandé par les praticiens culturels et les Aînés qui

ont participé au Forum de renouvellement du PNLAADA sur les connaissances autochtones. Le coffret à outils sur la sécurité culturelle a pour objectif d'aider les intervenants en toxicomanie et en santé mentale à établir des communications efficaces et sécuritaires, tant sur le plan verbal que non verbal, avec les clients des Premières nations. Ce coffret à outils met à contribution l'une des valeurs les plus fréquentes dans les cultures autochtones, l'humilité.

D: Questionnaire sur la qualité des soins

Les questions suivantes sont extraites du site web de la Commission pour la qualité des soins

(<http://archive.cqc.org.uk/applicationhelp/equality,diversityandhumanrights.cfm>) et ont été adaptées au présent plan de leçon.

Promotion de l'égalité, de la diversité et des droits humains

Comment assurez-vous la promotion de l'égalité, de la diversité et des droits humains, ainsi que leur influence sur vos priorités et plans de services ?

Accroître l'influence de l'égalité, de diversité et des droits humains

Que faites-vous pour accroître l'influence de l'égalité de la diversité et des droits humains sur la planification et la prestation de vos services

Répondre aux besoins divers de la clientèle :

Que faites-vous pour comprendre la diversité des besoins des gens à qui vous fournissez des services ?

Comment organisez-vous vos interventions par rapport à ces besoins ?

Quelles sont vos capacités en termes de compétences, connaissances, expérience et ressources pour répondre à la diversité des besoins ?

Comment informez-vous les gens des moyens que vous prenez pour traiter ces enjeux ?

Assurez-vous d'accorder une grande place dans votre pratique à la protection des droits humains et de la diversité :

En répondant aux questions dans cette section, assurez-vous que vos réponses démontrent que vous respectez les exigences de l'égalité, de la diversité et des droits humains. Si des réponses ne sont pas applicables, vous devez les identifier.

Assurez-vous de tenir compte de la race, de l'âge, du sexe (y compris l'identité du genre), orientation sexuelle, incapacité physique, relations et croyances sont inclus dans les processus.

Communiquer de l'information sur l'accessibilité de vos services aux personnes qui en ont besoin.

Assurez-vous que les employés comprennent et respectent la foi des gens.

Encouragez un environnement ouvert et inclusif où les gens se sentent à l'aise pour s'exprimer.

E: Tableau des présomptions de la FANPLD

Veuillez dresser une liste de certains présomptions ou préjugés que vous avez à l'égard des enjeux de santé mentale et de toxicomanie chez les Premières nations :

[illegible]

F: Tableau des normes de la réflexion critique

Voici un tableau des points importants à retenir concernant votre réflexion critique. Objectif de la réflexion critique = La pensée critique.

Normes de la pensée critique	Description	Questions connexes pour vérifier votre pensée
Intégration	Lien clair entre l'expérience de service et l'apprentissage	Ai-je clairement démontré le lien entre mon expérience et mon apprentissage ?
Clarté	Rendre les idées explicites, ou exprimer des idées autrement, en donnant des exemples ou illustrations appropriés.	Ai-je donne l'exemple ? Est-ce que l'exemple était clair ? Pourrais-je élaborer davantage ?
Exactitude	Tous les énoncés doivent être factuels et exacts et/ou s'appuyer sur des preuves.	Comment est-ce que je sais ceci ? Est-ce vrai ? Comment puis-je vérifier cet énoncé ?
Précision	Les énoncés doivent contenir des informations spécifiques.	Comment puis-je être plus spécifique ? Ai-je donné assez de détails ?
Pertinence	Tous les énoncés sont pertinents par rapport à la question concernée ; tous les énoncés ont un lien avec l'argument central.	Comment est-ce relié à l'argument en discussion ? Comment est-ce que cela nous aide/m'aide à régler la question en discussion ?
Profondeur	Explique les raisons derrière les conclusions et anticipe les réponses aux questions soulevées par le processus de raisonnement et/ou reconnaît la complexité du problème.	Pourquoi est-ce ainsi ? Quelles en sont les complexités ? Que faudrait-il faire pour que ceci se produise ? Serait-il facile de le faire ?
Étendue	Prendre en considération les perspectives alternatives ou les interprétations qu'une autre personne pourrait faire de la situation.	Est-ce que la situation sera la même de la perspective de... ? Est-ce qu'il y a une autre façon de l'interpréter et de quelle façon ?
Logique	Il y a un lien de logique clair qui s'appuie sur les faits ou sur ce qui a été dit.	Est-ce que j'ai dit au début correspond aux conclusions finales ? Est-ce que mes conclusions correspondent aux données que j'ai présentées ?
Signification	Les conclusions ou objectifs représentent l'une des grandes problématiques soulevées par soulevées par la réflexion sur l'expérience.	Est-ce que c'est la problématique la plus importante qui nous Est-ce que c'est le problème le plus important à prendre en considération ?
Équité	D'autres points de vue sont représentés de manière transparente (sans préjugé ou distorsion)	Est-ce que j'ai représenté ce point de vue de manière à ce que la personne qui le détient sera d'accord avec mes conclusions ?

G: Étapes de transition (Stepping Stones) vers la sécurité culturelle de la FANPLD

Les Étapes de transition vers la sécurité culturelle de la FANPLD s'appuient sur les quatre éléments (Terre, Eau, Feu, Air) pour expliquer la progression vers la Sécurité culturelle. Tout comme ils sont des composantes essentielles de l'existence physique de tous les êtres humains, les quatre éléments se prêtent à une diversité d'interprétations. Voici un exemple d'une perspective Ojibway :

1. La Terre représente la terre où nous vivons. L'enseignement sur la terre fait référence à « notre témoignage de respect envers tous les ÊTRES et notre appréciation de leur importance. » Donc, le début de la compréhension de la Sécurité culturelle par rapport à l'élément Terre favorise l'Humilité culturelle par le respect que nous témoignons envers tous les êtres et non seulement les êtres humains.

2. L'Eau représente la guérison et les médecines. L'enseignement sur l'eau fait référence à « un lieu d'introspection et de réflexion profonde. » La deuxième étape vers la sécurité culturelle est la Réflexion critique qui implique la nécessité de l'autoréflexion.

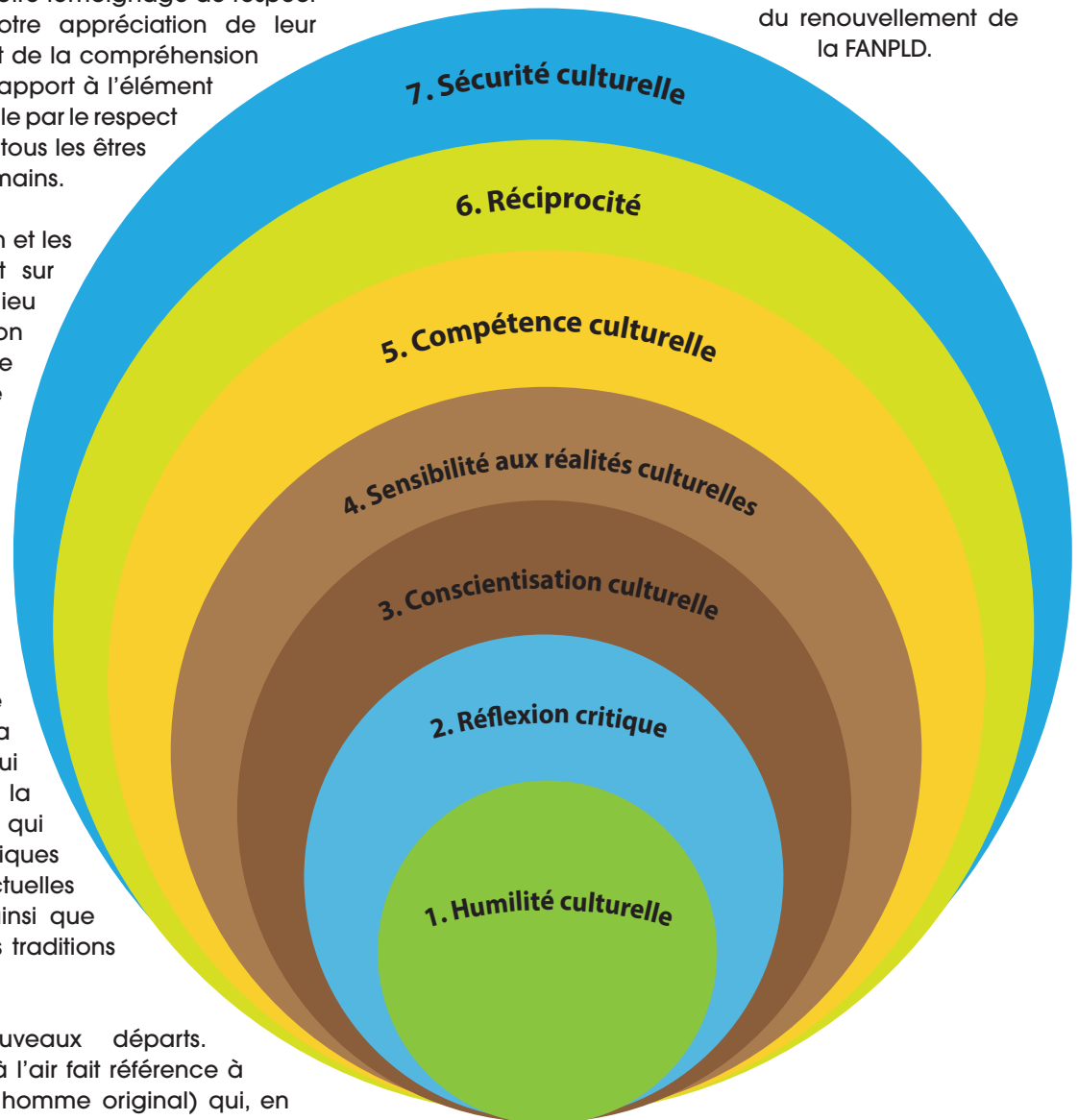
3. Le Feu représente le cœur de la Terre-Mère. L'enseignement par rapport au feu fait référence à « un lieu de connaissance et de sagesse. » La troisième étape vers la Sécurité culturelle est la Sensibilisation aux cultures qui implique la connaissance et la sagesse de soi et des autres qui comportent des « caractéristiques spirituelles, matérielles, intellectuelles et émotionnelles distinctes ainsi que des systèmes de valeurs, des traditions et des croyances distincts. »

4. L'Air représente les nouveaux départs. L'enseignement par rapport à l'air fait référence à « celui (Waynaboozhoo ou homme original) qui, en regardant vers le ciel, a constaté que les nuages sont une blancheur ouatée, pure et froide, tout comme la neige sur les sommets des montagnes. Il savait qu'il devait exister bien au-delà de la terre des couches d'air et des éléments pour lesquels il n'avait aucun nom. Toutefois, il a compris qu'il y avait quelque chose dans les régions supérieures qui assurait la consistance de l'univers » (Benton-Banai, 1988). En conséquence, la Sensibilité culturelle est la prochaine étape parce que l'acquisition d'une connaissance et d'une compréhension de la culture et les diverses relations qu'elle implique est l'objectif de la Sensibilité culturelle.

5. La Compétence culturelle fait référence au respect et à la compréhension que les intervenants en santé sont capables de mettre en oeuvre dans leurs interactions avec les clients, surtout la compréhension de leur culture et de leur traumatisme historique.

6. La Réciprocité vise un équilibre dans les rapports et les liens de confiance avec les clients.

7. En conclusion, la Sécurité culturelle est toujours le résultat du renforcement, de l'encouragement et de l'optimisation de l'identité culturelle des peuples autochtones à l'aide des Étapes de transition du renouvellement de la FANPLD.



H: Tableau de la diversité de la FANPLD

La diversité entre la culture autochtone traditionnelle et la culture occidentale dominante

CULTURE TRADITIONNELLE	CULTURE OCCIDENTALE DOMINANTE
La communauté est la valeur prioritaire	L'individualisme est la valeur prioritaire
Le futur est le temps dominant	Le présent est le temps dominant
Le monde est compris à travers les mythes	Le monde est analysé d'une perspective scientifique
Les objectifs sont réalisés avec patience	Les objectifs sont réalisés à l'aide d'efforts agressifs
La propriété est souvent tenue en commun	La propriété est la récompense du travail acharné
Les dons sont considérés comme le ciment de la société	Les dons sont considérés accessoires aux fêtes
Le motif du travail répond aux besoins du group	L'ambition est souvent le motif du travail
Le vieillissement est source de sagesse	Le vieillissement est le dépérissement et la perte
Le contact oculaire est considéré comme signe agressif	Le contact oculaire fait partie de la conversation
Les silences sont acceptables partout	Les silences sont une perte de temps
L'affirmation de soi est non communale	L'affirmation de soi est une compétence sociale fondamentale
Les compétences d'écoute sont très appréciées	Les compétences de communication sont très appréciées
Les mots prononcés d'une voix douce font le plus loin	L'emphase l'emporte toujours
Un signe de la tête signifie la compréhension	Un signe de tête signifie un accord
Une poignée de main n'est pas agressive, indiquant une absence de menace	Une poignée de main est ferme et solide
Les décisions collectives sont consensuelles	Les décisions collectives sont prises par vote
La foi dans l'harmonie avec la nature	La foi dans le contrôle scientifique de la nature
La famille est toujours la famille élargie	La famille est le noyau familial
Réagit aux louanges du groupe	Réagit aux louanges d'un individu

H: Tableau de la diversité de la FANPLD

À votre tour, décrivez les secteurs de pratique où vous croyez que les connaissances occidentales et autochtones pourraient s'appliquer dans votre communauté et/ou organisatio ?

CONNAISSANCES OCCIDENTALES

CONNAISSANCES AUTOCHTONES

L'iceberg culturel

I: Le modèle de l'iceberg culturel

Utilisez le modèle de l'iceberg pour comprendre le concept de la culture :

Comportement et pratiques

Les caractéristiques qui sont repérables par un observateur non averti.

Observable

Non observable

Attitudes

Comment les valeurs fondamentales se reflètent-elles dans des situations spécifiques de la vie quotidienne comme le travail et la socialisation.

Économie

Religion

Valeurs fondamentales

Les idées reçues sur ce qui est considéré bon ou mauvais, désirable ou indésirable, acceptable ou inacceptable.

Famille

Histoire

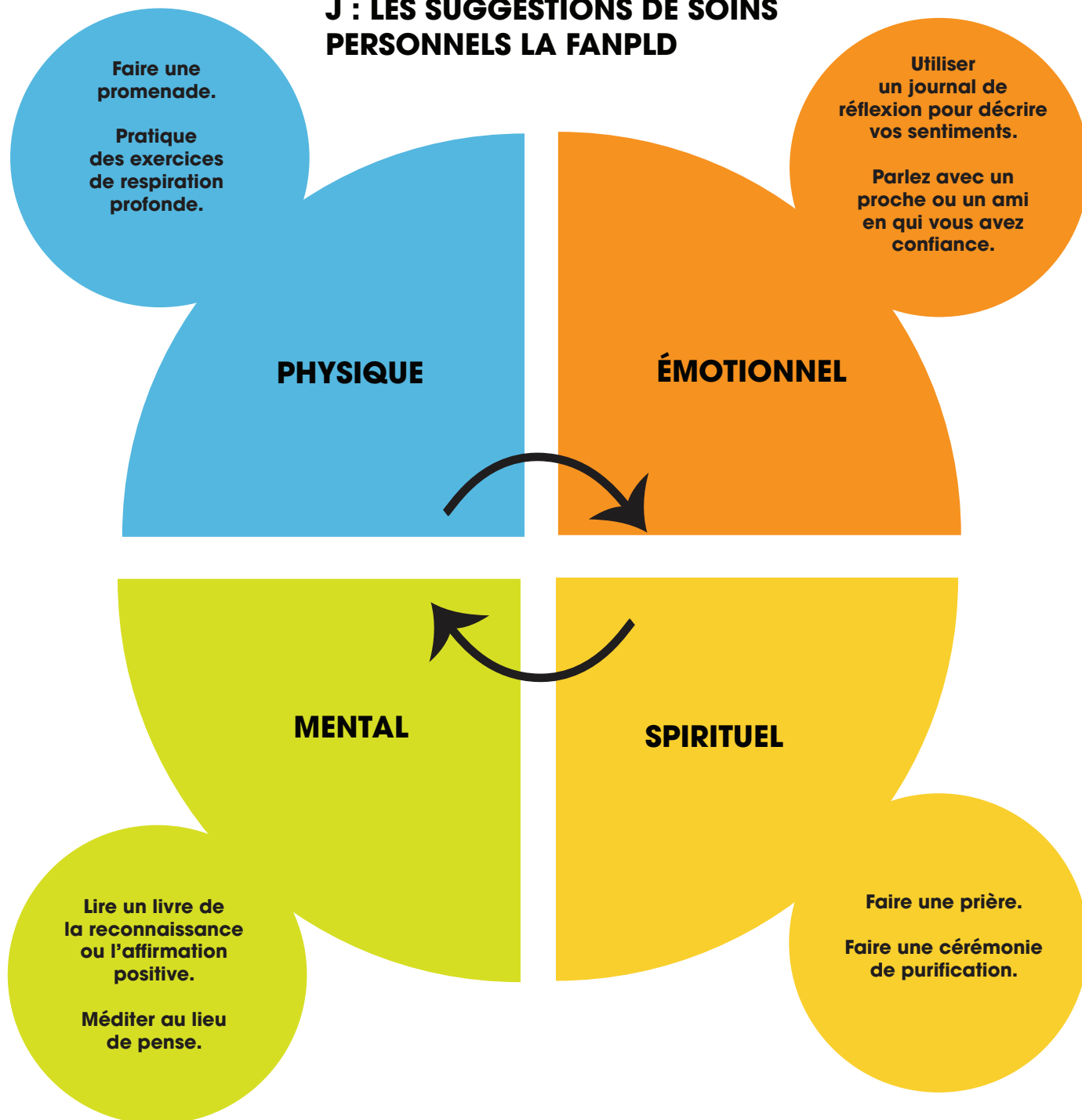
Les médias

Les systèmes pédagogiques

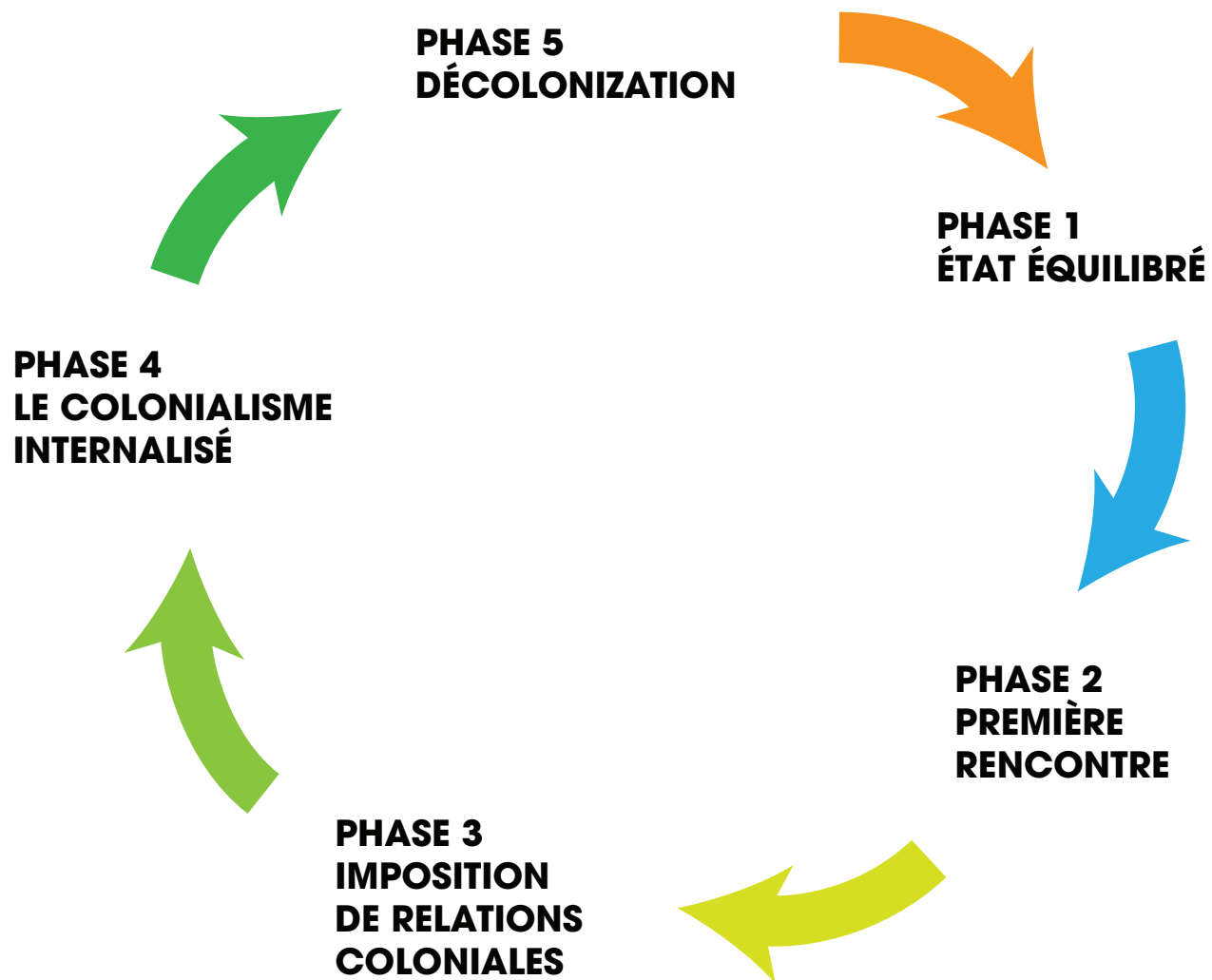
Institutions d'influence

les forces qui créent, définissent et façonnent les valeurs fondamentales d'une culture.

J : LES SUGGESTIONS DE SOINS PERSONNELS LA FANPLD



**K: LA THEORIE DES CINQ ETAPES DU COLONIALISME
PAR DR. WINONA WHEELER AND RODOLPHO PINO**



« La sagesse, c'est de connaître les autres ;
l'illumination, c'est de se connaître ».

– Tao Tzu

Aperçu du plan de travail du projet de renouvellement

Le processus de renouvellement du PNLAADA est un exercice global et culturellement pertinent d'examen du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), qui s'appuie sur les données probantes. Au moyen d'un éventail d'activités interreliées, le processus de renouvellement vise l'amélioration systématique, le renouvellement et la validation des services de traitement et de prévention des toxicomanies dans les réserves. Pendant la réalisation de ces activités, les communautés des Premières nations, les fournisseurs de services, les organisations représentatives et d'autres intervenants seront appelés à développer une vision stratégique pour le programme PNLAADA qui servira à orienter la planification du programme et la prestation des services au cours des prochains 5 à 10 ans.

La personne responsable de la coordination du projet de renouvellement devra franchir plusieurs étapes afin d'assurer un produit final axé sur les données probantes. Une de ces étapes est une étude de cas pour s'assurer que les programmes et les services communautaires les plus efficaces soient reconnus et documentés. Les leçons apprises seront consignées dans un rapport provisoire qui sera partagé avec l'équipe FANPLD et avec le Centre de guérison White Raven afin d'obtenir leurs réactions au moyen d'un espace rencontre sur le web (Adobe). Après l'intégration de leur rétroaction, un deuxième rapport provisoire sera rédigé à l'intention de l'équipe de direction du renouvellement afin d'obtenir ses réactions après la réunion trimestrielle des dirigeants du renouvellement. Cette deuxième ronde de rétroaction sera également intégrée dans le rapport et la personne responsable de la coordination à l'équipe de direction du renouvellement entrera en contact avec les intervenants sur le terrain (PNLAADA, PNLASJ et les centres communautaires) afin de mener une discussion sur les concepts et les constats clés. La personne responsable du projet de renouvellement préparera à ce point un guide de soutien pratique pour établir un dialogue et des échanges avec l'équipe de la communauté de pratique sur l'espace web Adobe. Ces discussions aboutiront à la réélection d'un produit provisoire qui circulera afin d'obtenir d'autres commentaires à l'aide du site web dans un délai de 30 jours.

Le processus entier aboutira à un produit final qui sera traduit et mis en distribution par voie électronique. Chaque projet implique des recherches appropriées et la numérisation d'articles existants, de services et/ou de modèles afin d'en identifier les composantes clés. Le développement du projet procèdera par des outils de gestion de changement, comme les sondages, l'échange de courriels et un processus de consultation. L'échange et le transfert des connaissances sera une activité clé pendant tout le processus.

Aperçu et objectif du projet

Le développement d'une trousse d'outils de sécurité culturelle présente une opportunité de renouvellement qui inclut tous les

éléments énumérés dans le rapport Honorer nos forces (2011). Ce rapport présente la sécurité culturelle comme un processus qui « dépasse la sensibilisation et la sensibilité culturelles au sein des services pour inclure un processus de réflexion sur les différences culturelles, historiques et structurelles et les rapports de force qui existent dans le régime actuel de soins. Elle implique un processus d'autoréflexion continue et de croissance organisationnelle auprès des fournisseurs de services afin que le régime dans son ensemble puisse répondre plus efficacement aux peuples issus des Premières nations (APN, FANPLD et SPNI, 2011:8). Le but de cette trousse d'outils est d'offrir aux intervenants en santé mentale et en toxicomanie un moyen efficace de communiquer en toute sécurité, verbalement et non verbalement, avec les clients des Premières nations.

Analyse documentaire de la sécurité culturelle

Beaucoup de personnes qui font partie des Premières nations et des Inuits ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles accèdent aux soins de santé, en raison de la marginalisation, de l'oppression et du racisme qu'elles ont vécu au sein des régimes de santé (Kurtz et al., 2008). Kurtz et ses collègues (2008) ont interviewé des femmes autochtones sur ce sujet qui ont parlé de leurs expériences dans les systèmes de santé et qui ont dit qu'elles « se sentaient jugées et victimes de discrimination simplement parce qu'elles étaient d'origine autochtone » (2008:57). Ce manque d'accès culturellement sécurisé aux soins de santé contribue aux disparités en matière de santé comme les « taux alarmants de pensées et de tentatives suicidaires » (Assemblée des Premières nations [APN] et Comité de gouvernance de l'information des Premières nations [CGIPN], 2007:32) surtout chez les personnes issues des Premières nations et des Inuits. L'Agence de santé publique du Canada a reconnu l'impact des disparités en matière de santé sur les Premières nations et les Inuits du Canada en constatant que ces disparités « ne sont pas réparties de façon aléatoire ; ces disparités sont réparties de manière différentielle parmi des populations spécifiques (p.ex., les peuples autochtones) » (Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population et la sécurité en santé, 2004:iv). De plus, cette distribution inégale de soins de santé adéquats est le résultat du déséquilibre dans les rapports de force. Il y a également un accès insuffisant aux soins de santé culturellement pertinents et un manque d'appréciation des différences culturelles et dans les valeurs enchâssées dans les approches occidentales aux soins de santé. Cette approche est axée davantage sur la maladie sans lien avec les autres composantes de la personne et de son environnement. Cette approche tient très peu compte de la culture et de l'identité qui sont des parties intégrantes de la santé d'une personne. Dans le domaine de la santé, la spiritualité est très souvent considérée uniquement d'une perspective séculière (Sen et Ostlin, 2007).

La sécurité culturelle est un concept qui a été mis en lumière en Nouvelle-Zélande pour expliquer le manque de soins de santé adéquats (Papps et Ramsden, 1996) ; depuis ce temps, ce concept s'intègre de plus en plus dans les régimes de santé (p.ex., le Centre de santé Sioux Lookout Meno Ya Win dans le nord de l'Ontario qui offre des services qui sont axés non seulement sur les besoins de santé mais aussi sur les besoins culturels de la population autochtone (Walker et al., 2010).

La sécurité culturelle aide les Premières nations et les Inuits à exercer une influence et à réclamer des services de santé culturellement pertinents afin de renforcer l'accès aux services de santé par les personnes issues des Premières nations et des Inuits (APFN, FANPLD et SPNI, 2011). De plus, la sécurité culturelle découle d'une perspective autochtone et vise à faire une plus grande sensibilisation sur les déterminants sociaux, culturels, économiques et politiques de la santé qui ont eu tant d'impact sur les expériences vécues par les Premières nations et les Inuits (Brascoupé et Waters, 2009). Le rôle en santé des intervenants non autochtones doit être un rôle de collaboration où ils seront capables d'identifier les indicateurs requis pour mesurer le succès de la sécurité culturelle dans le domaine de la santé (Stout et Downey, 2006).

La sécurité culturelle doit être envisagée comme un résultat qui sera déterminé par le client. La compétence culturelle est un moyen qui permet d'atteindre la sécurité culturelle (Brascoupé et Waters, 2009). La sécurité culturelle porte plutôt sur l'expérience du client tandis que la compétence culturelle n'est que la voie qui mène vers la sécurité culturelle. Par exemple, la sécurité culturelle peut être réalisée au moyen de facteurs environnementaux, comme les environnements de santé qui favorisent la santé et qui mettent en valeur la culture. Les environnements culturels doivent créer un espace qui favorise diverses formes de prière, dont les cérémonies de purification, la participation des Aînés, les salles rondes pour diverses pratiques culturelles, et la création artistique autochtone qui fait la promotion de la santé. Un autre facteur qui peut renforcer la sécurité culturelle est l'établissement de politiques qui facilitent la prestation de soins de santé, politiques qui incluent la participation des Aînés et les pratiques spirituelles dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (Groupe de travail sur le Programme d'enseignement de la médecine familiale AMIC-CRMCC, 2009). La sécurité culturelle vise à combler les lacunes (absence de relations fondées sur la confiance) qui sont courantes chez les fournisseurs de soins de santé. Il faut être sensibilisé aux attitudes et aux croyances ethnocentriques qui sont le résultat du colonialisme (National Center for Cultural Competence, 2004).

La portée d'une analyse documentaire nous permet d'avoir accès aux articles parus dans les journaux savants, aux travaux de recherche, aux dissertations de thèse et à la littérature grise. Divers moteurs de recherche ont été utilisés pour effectuer l'analyse documentaire dont PubMed, Medline, ScienceDirect et ProjectMUSE. Différents sites web ont été identifiés afin d'identifier la littérature grise (p.ex., l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone et l'Organisation Mondiale de la Santé). Les bulletins d'information de ces organisations ont également été consultés.

Les critères de recherche ont été établis en fonction de la pertinence culturelle des articles qui s'appuient sur les données probantes et qui ont été évalués par la communauté scientifique. Les mots clés utilisés dans la recherche sont : sécurité culturelle, compétence culturelle, prise de conscience culturelle, culture, sensibilité culturelle, humilité culturelle, réflexion critique, réciprocité, Autochtone, Premières nations, Indigènes, colonialisme, santé mentale, connaissance autochtone et spiritualité.

La littérature consultée met en lumière et analyse la sécurité culturelle dans les secteurs de la santé mentale et des toxicomanies au Canada.

L'analyse documentaire avait les objectifs spécifiques suivants :

- Définir la compétence culturelle, la sécurité culturelle, l'humilité culturelle, etc.
- Déterminer les différences entre la prise de conscience culturelle et la compétence culturelle.
- Dresser une liste d'exemples de sécurité culturelle axés sur les données probantes au Canada.
- Identifier les compétences requises pour les pratiques exemplaires de sécurité culturelle.
- Créer une trousse d'outils qui s'appuie sur les données probantes et les pratiques exemplaires qui sont culturellement pertinentes

La compétence/sécurité culturelle est le résultat de compétences acquises et de pratiques qui aident à façonner l'environnement de santé, les politiques qui peuvent être mises en pratique en santé mentale et en toxicomanie. Guerin (2010) fait la distinction entre un environnement culturellement sécuritaire qui inclut un éventail croissant d'interventions axées sur la décolonisation (période précoce : formation culturelle croisée ; période intermédiaire : ateliers sur la décolonisation ; et période subséquente : besoins de soutien populaire). Papadopoulos, Tilki et Taylor (1998) examinent la compétence culturelle comme un modèle en quatre étapes : la prise de conscience culturelle, la connaissance culturelle, la sensibilité culturelle et la compétence culturelle. Dadlani et Scherer (2009) ont également examiné la compétence culturelle, mais cette fois-ci à l'aide d'un modèle à trois étapes applicable dans le domaine de la psychothérapie : prise de conscience, connaissance et compétences. Tous les processus de compétence culturelle, qui ont été examinés, définissent la sécurité culturelle comme un résultat qui est toujours déterminé par le client autochtone. Toutefois, afin de définir la sécurité culturelle d'une perspective des Premières nations, la réciprocité est une autre étape qui doit être prise en considération, comme il a été souligné par le Dr. Herman Michel :

Il est important de prendre en considération les protocoles culturels reconnus dans les communautés autochtones. L'un des protocoles le plus répandu est l'offre de tabac. D'autres offrent des dons. Dans la culture crie, « l'acte d'offrir » du tabac constitue la reconnaissance de l'éthique de réciprocité. Quand vous prenez quelque chose de la nature, vous créez une perturbation dans l'équilibre de la vie. Afin de rétablir l'équilibre, nous offrons du tabac en échange. C'est la raison pour laquelle nous plaçons du tabac sur la terre avant de récolter des plantes ou de prendre la vie d'un animal. Nous honorons leur esprit afin que nous, les humains, puissions vivre. Nous offrons des prières en remerciement. Nous, les humains, faisons partie de la nature. L'esprit filtre à travers toute la vie. Tout est « vivant », et ce, de façon spirituelle. Nos histoires sont sacrées parce qu'elles sont inspirées d'un esprit sacré. C'est pour ça que nous offrons du tabac en échange de nos histoires (2011, communication personnelle).

Les clients issus des Premières nations partagent les expériences vécues avec les intervenants en santé et mentale/toxicomanie (SM/T) et afin que leur culture soit reconnue dans ces échanges, il faut respecter la réciprocité.

Les étapes de transition du cadre de renouvellement

Le programme des Étapes de transition (Stepping Stones) du cadre de renouvellement a été conçu à cet égard et constitue six étapes dont la première est la plus fondamentale, soit l'humilité culturelle. Le cadre a été créé afin d'assurer une plus grande prise de conscience qui mènerait à l'identification des processus qui mènent à la sécurité culturelle. Les étapes de transition constituent un processus vers la sécurité culturelle et se suivent les uns les autres à partir de la première étape fondamentale, l'Humilité culturelle. La deuxième étape est la Réflexion critique qui est une théorie sociale qui utilise comme point d'appui l'autoréflexion. C'est une étape importante de la sécurité culturelle parce qu'il est primordial de bien comprendre ce que chaque personne apporte à l'environnement, ce qui mène au développement d'une attitude critique (Pockett et Giles, 2008). La troisième étape est la prise de conscience culturelle qui prend en considération la diversité de chaque client, favorisant l'intégration réciproque de pratiques autochtones et occidentales (Papps, 2005). La quatrième étape est la sensibilité culturelle qui vise à reconnaître les différences entre les cultures (Chandler, 2002). La cinquième étape est la compétence culturelle qui représente le processus qui doit être franchi par l'intervenant en santé afin de créer un environnement culturellement sécuritaire pour le client (Groupe de travail sur le Programme d'enseignement de la médecine familiale AMIC-CRMCC, 2009). La sixième étape est la réciprocité qui est une théorie de la morale particulièrement chère aux Premières nations car elle « dessine un ensemble d'obligations sociales non facultatives – les obligations qui sont acquises au cours de la vie sociale... Nos obligations envers nos familles et envers les générations futures et notre obligation de se conformer à la loi en sont des exemples » (Becker, 1990:3). La septième et dernière étape est la sécurité culturelle (Voir la définition à la page 4).

Les quatre éléments fondamentaux dans les enseignements des Premières nations, la Terre, l'Eau, le Feu et l'Air, seront utilisés pour illustrer les quatre étapes dans les Pierres de gué du cadre de renouvellement. Les quatre éléments font partie de l'existence physique de tous les êtres humains. « Le cycle de la vie, de la conception jusqu'à la mort, suit le même cheminement que les enseignements sur les éléments et l'harmonie. L'idéal est un système d'équilibre où chaque élément est interrelié et respecté et traité avec honneur, comme les Premières nations l'ont appris au début des temps » (Union of Ontario Indians, 2009:10). La Terre est l'élément qui est utilisé pour enseigner l'humilité culturelle.

Étape de transition 1 : Humilité culturelle

La Terre représente la terre où nous vivons. L'enseignement par rapport à la Terre fait référence à « notre témoignage de respect envers tous les ÊTRES [accent ajouté] et notre appréciation de leur importance. » (Union of Ontario Indians, 2009:37). En se concentrant sur l'élément Terre comme image qui nous permet de mieux comprendre la Sécurité culturelle, nous avançons plus facilement vers l'Humilité culturelle parce que nous respectons tous les êtres et non seulement les êtres humains. Mettre en application l'Humilité culturelle comme principe fondamental des Étapes de transition du cadre de renouvellement correspond à ce que les Premières nations ont toujours enseigné sur l'humilité. Par exemple, selon Turner, « les Premières nations ont toujours considéré leurs relations avec la nature comme des relations d'égalité ; l'humilité

consiste à se reconnaître comme une partie sacrée de la création qui n'est ni supérieure ni inférieure à toutes les autres composantes » (2010:19). De plus, l'humilité culturelle « ne présume aucune hiérarchie de compétences ; elle n'exige que la capacité de changer en réponse à l'humilité » (Eisenbruch et Eisenbruch, 2005 : Humilité culturelle). En 1998, Melanie Tervalon et Jann Murray-Garcia ont développé le concept d'humilité culturelle qui se définit de la façon suivante :

Un engagement à vie d'autoévaluation et d'autocritique afin de redresser des rapports de force déséquilibrés dans la dynamique patient-médecin pour le développement de partenariats mutuellement avantageux et non paternalistes avec des communautés au nom des personnes ou de populations définies (Tervalon et Murray-Garcia, 1998:117).

Tervalon et Murray-Garcia soulignent qu'il est primordial de comprendre les pratiques et croyances du client pour assurer la sécurité culturelle. Par exemple, si on ne tient pas compte des croyances et pratiques autochtones, « le savoir, les valeurs et l'identité non autochtone s'imposent par défaut » (Hampton, 1995:35 in Maina, 1997:301), ce qui contribue au sentiment de perte d'identité chez le client. Ainsi, l'humilité culturelle constitue le fondement de la sécurité culturelle dans le Cadre de transition du cadre de renouvellement.

L'humilité culturelle comporte plusieurs éléments importants, comme l'introspection, une ouverture à apprendre du client, l'établissement de relations et le concept d'apprentissage tout au long de la vie (Chang, Simon, and Dong, 2010). L'humilité culturelle présuppose par ailleurs l'adoption d'une attitude moins autoritaire ou moins contrôlante pour communiquer avec les clients (Tervalon and Murray-Garcia, 1998). Le programme des Étapes de transition du cadre de renouvellement définit la sécurité culturelle comme un processus réfléchi et continu.

L'humilité nous aide à comprendre cette vérité évidente : personne ne sait tout ; personne n'ignore tout. Nous savons tous quelque chose ; nous ignorons tous quelque chose. Sans humilité, il est très difficile d'écouter avec respect les personnes qu'on aurait tendance à juger inférieures par rapport à notre niveau de compétence. C'est l'humilité qui nous donne l'ouverture pour écouter même les personnes qu'on juge moins compétentes, sans condescendance ou sans adopter le comportement des personnes qui se conforment à leurs vœux (Freire, 1998:39 cité dans Lyons, 2011).

Les professionnels de la santé qui font preuve d'humilité culturelle face à leurs clients sont plus attentifs aux besoins culturels des Premières Nations. Juarez et ses collègues (2006) examinent comment l'intégration de l'humilité culturelle au programme de médecine permet aux médecins de se confronter aux différences culturelles et d'explorer leur propre système de croyances. Hunt (2005) indique que l'humilité culturelle encourage les intervenants en santé à établir des relations respectueuses avec leurs clients où on respecte les similitudes et différences, tout en identifiant les objectifs, priorités et capacités des clients. Par ailleurs, l'humilité culturelle permet de mieux évaluer ses propres capacités et de reconnaître la perspective unique du client. L'organisme California Health Advocates (2007) estime aussi que la culture n'est pas un moule figé et que la compétence culturelle repose sur l'humilité. Les intervenants en santé qui intègrent l'humilité culturelle sont ainsi plus ouverts à l'expérience et aux besoins de leurs clients.

McCormick (2000) souligne que la signification, la famille, la spiritualité, l'identité et la culture sont interdépendantes. D'autres valeurs autochtones comme le courage, la générosité et l'honneur de la famille servent également d'agent préventif et curatif dans les programmes de santé mentale.

L'humilité culturelle est l'un parmi les nombreux concepts d'apprentissage reposant sur la culture qui font partie du processus de compétence culturelle. Parmi ces concepts figure l'empathie culturelle, qui est définie comme « la capacité que les intervenants acquièrent à comprendre l'expérience individuelle de leurs clients issus d'autres cultures en interprétant des données culturelles » (Ridley et Lingle, 1996:32, cité dans Trimble, 2010:249). Trimble (2010) indique ensuite que « si un thérapeute remet en cause la légitimité et valeur des opinions et perspectives traditionnelles de leurs clients ethnoculturels, ces clients risquent de douter de la compétence multiculturelle du thérapeute » (2010:242). Un autre concept d'apprentissage qui fait partie du processus de compétence culturelle est l'ouverture culturelle que Campinha-Bacote (2002) décrit comme le désir d'un intervenant en santé de devenir culturellement compétent plutôt que le besoin de culturellement compétent. Par ailleurs, l'ouverture culturelle est autant un apprentissage que le désir d'être réceptif et flexible face aux différences et similitudes du client. Cervantes et Parham (2005) distinguent spiritualité et religiosité et stipulent qu'il est important de respecter la dimension spirituelle du client pour créer un environnement sécuritaire de consultation. En reconnaissant leur propre ensemble de valeurs, les professionnels de la santé respectent l'importance de la vision du monde de leur client. En conséquence, comme première et fondamentale étape du programme des Étapes de transition du cadre de renouvellement, l'humilité culturelle favorisera la compréhension des enseignements des Premières nations concernant l'humilité.

Étape de transition 2 : Réflexion critique

L'eau représente la guérison et les médecines. L'enseignement sur l'eau fait référence à « un lieu d'introspection et de réflexion profonde » (Laframboise et Sherbina, 2008). La deuxième étape vers la sécurité culturelle serait la Réflexion critique parce qu'elle implique un processus d'autoréflexion. Toutefois, la Réflexion critique est une étape qui va plus loin que l'autoréflexion.

Critical thinking is the intellectually disciplined process of actively and skillfully conceptualizing, applying, analyzing, synthesizing, and/or evaluating information gathered from, or generated by, observation, experience, reflection, reasoning, or communication, as a guide to belief and action. In its exemplary form, it is based on universal intellectual values that transcend subject matter divisions: clarity, accuracy, precision, consistency, relevance, sound evidence, good reasons, depth, breadth, and fairness. (Scriven & Paul, 1987)

Notre recension des écrits a démontré que de nombreux auteurs considèrent l'autoréflexion comme une étape nécessaire pour atteindre la compétence culturelle. Pour Andrews et Boyle (2002), il faut savoir évaluer sa compétence culturelle et développer un esprit critique pour adapter son approche thérapeutique aux groupes culturels. Par ailleurs, Bearskin (2011) stipule que pour acquérir une compétence et sécurité culturelle, il faut comprendre la notion chez les Autochtones de relation à soi, aux autres, à l'environnement et à l'univers. Il indique que si chaque individu véhicule sa

propre culture, l'introspection est nécessaire pour assurer la sécurité culturelle. Par ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009) a publié un guide sur les soins adaptés à la culture à l'intention des infirmiers (ère)s. Les soins adaptés à la culture sont axés sur l'introspection, l'acquisition de savoir culturel, la mise en place d'une approche centrée sur les besoins du client et la reconnaissance de la communication non verbale.

L'Association des médecins indigènes du Canada (AMIC) et l'Association des facultés de médecine du Canada (2009) ont élaboré un programme pour les étudiant(e)s de médecine prédiplômé(e)s. Le guide indique que pour assurer la sécurité culturelle, les professionnels doivent faire preuve d'introspection pour contrer le déséquilibre de pouvoir avec leurs clients. Par ailleurs, le New Zealand Psychologists Board (2009) a mis en place des directives soulignant l'importance de reconnaître et respecter la diversité de la population maorie. L'introspection permet également d'accorder une plus grande place au client dans le processus thérapeutique et la sécurité culturelle repose davantage sur l'introspection et l'expérience du client.

Selon Walker et Sonn (2010), la compétence culturelle dépend beaucoup plus de la capacité de remettre en cause ses préjugés culturels ou son système de croyances que d'être tolérant ou sensibilisé aux cultures. Par ailleurs, pour être compétent au plan culturel, il est important de faire preuve d'empathie pour apprendre à voir le monde sous un autre angle (Walker et Sonn, 2010).

Tous les écrits recensés accordent une grande importance à l'autoréflexion. Mais ce projet vise à aller plus loin que l'auto examen afin d'arriver à la réflexion critique. Au terme de cette étape, on devrait pouvoir répondre à la question suivante : qui suis-je quand je suis seul au monde ? L'étape se rattache à la sensibilisation aux cultures parce qu'on prend conscience que chaque individu véhicule sa culture.

Étape de transition 3 : Sensibilisation aux cultures

Le feu représente le cœur de notre Terre-Mère. L'enseignement sur le feu correspond au « lieu de la connaissance et de la sagesse » (Laframboise and Sherbina, 2008). La Sensibilisation aux cultures est la troisième étape vers la Sécurité culturelle parce qu'elle implique la connaissance et la sagesse de soi et des autres dans la mesure de leurs « caractéristiques spirituelles, matérielles, intellectuelles et émotionnelles distinctes...[et] leurs systèmes de valeurs, traditions et croyances (UNESCO, 2001: para. 5).

Selon Goforth (2007), les pratiques thérapeutiques doivent être déterminées au sein des communautés autochtones parce qu'une certaine diversité existe entre ces communautés malgré les similitudes. Marr et ses collègues (2009) présentent un modèle de santé mentale intitulé « Know Chi Ge Win », fondé sur le partage d'informations et de protocoles, et sur la formation continue.

Les auteurs indiquent que les services de santé se sont améliorés avec l'intégration de pratiques thérapeutiques autochtones aux pratiques occidentales.

Des auteurs recommandent d'intégrer des méthodes de guérison occidentales et traditionnelles. Selon eux, les intervenants occidentaux devraient travailler avec des guérisseurs autochtones pour créer des occasions de formation et d'apprentissage axées sur les deux approches (Korhonen, 2004 ; Goforth, 2007 ; Bojuwoye et Sodi, 2010).

Le Royal Australian College of General Practitioners (2010) a étudié un ensemble de pratiques optimales et sécuritaires au plan culturel pour déterminer si le concept était transmis adéquatement et compris par les professionnels de la santé. L'article recommande en conclusion de suivre des principes d'apprentissage destinés aux adultes, d'inclure et d'informer le participant, de faire en sorte que le participant voit la pertinence du processus et qu'il se sente en contrôle de l'environnement d'apprentissage.

Au terme de cette étape, on devrait pouvoir distinguer le savoir occidental du savoir traditionnel pour intégrer ces deux formes de connaissances aux pratiques. Cette étape se rattache à la sensibilité culturelle parce qu'elle permet de voir que la culture dépend de plusieurs perspectives.

Étape de transition 4 : Sensibilité culturelle

L'air représente les nouveaux départs. L'enseignement sur l'air correspond à « celui (Waynaboohoo ou homme original) qui, en regardant vers le ciel, a constaté que les nuages sont une blancheur ouatée, pure et froide, tout comme la neige sur les sommets des montagnes. Il savait qu'il devait exister bien au-delà de la terre des couches d'air et des éléments pour lesquels il n'avait aucun nom. Toutefois, il a compris qu'il y avait quelque chose dans les régions supérieures qui assurait la consistance de l'univers » (Benton-Banai, 1988:42). La Sensibilité culturelle est la prochaine étape parce qu'elle nous permet de mieux comprendre le sens de la culture. La Sensibilité culturelle a pour finalité une meilleure compréhension de la diversité des relations dans la culture.

Hulme (2010) estime que pour atteindre de bons résultats en matière de santé, l'intervenant doit adapter ces interventions et services aux besoins du client. L'auteur indique par ailleurs qu'une pratique thérapeutique centrée sur la culture permet de mettre en place de meilleurs services de santé (Hulme, 2010). Trimble (2010) stipule que les intervenants devraient être ouverts aux autres réalités culturelles pour adapter leurs pratiques à la vision du monde de leurs clients. Woods, M. (2010) indique que les professionnels de la santé mentale doivent tenir compte et intégrer les différences culturelles de leurs clients plutôt que de suivre leurs idées préconçues.

À l'issue de cette étape, on devrait comprendre comment la culture influence sa vision du monde. Le concept se rattache à la compétence culturelle parce qu'il tient compte des différences historiques, économiques, sociales et culturelles.

Étape de transition 5 : Compétence culturelle

Les Aînés nous rappellent qu'il est important d'écouter notre Terre-Mère pour que tout trouve sa place dans l'univers. Lorsqu'on a bien compris les quatre éléments, et qu'on commence à les respecter, on arrive au début de la Compétence culturelle. Selon le rapport Honorer nos forces, *La Compétence culturelle exige de la part des fournisseurs, dans les réserves ou hors réserve, une sensibilisation à leurs propres visions et attitudes concernant les différences culturelles ; les fournisseurs doivent acquérir non seulement les connaissances mais aussi une ouverture aux réalités et aux environnements culturels de leurs clients. Pour y arriver, les connaissances autochtones doivent être appliquées aux réalités actuelles afin d'orienter et d'informer de façon pertinente la direction et la prestation de services de santé et de soutien, et ce, de façon continue* (8).

Ashton (2010) a rédigé un guide sur la compétence culturelle pour les professionnels de la santé qui explique la dimension historique (p.ex. impact de la Loi sur les indiens, supériorité prétendue des Européens par rapport aux Autochtones, les répercussions des pensionnats) de la compétence culturelle. Clark et ses collègues (2010) indiquent que les relations de pouvoir entre les professionnels de la santé et les clients ont un impact sur la sécurité culturelle. Les intervenants devraient suivre une approche holistique, respecter les tabous culturels et encourager le travail multidisciplinaire. Selon Adelson (2000), la compétence culturelle implique l'intégration, de pratiques anciennes, nouvelles et adoptées. Garrett et Pichette (2000) recommandent aux professionnels de la santé d'éviter les idées reçues, d'être ouvert à la culture et l'identité autochtone et de prendre le temps de découvrir la vision du monde de leurs clients. Stout et Downey (2006) indiquent que le concept d'autodétermination, le savoir et la médecine traditionnelle devraient être intégrés aux programmes d'étude plutôt que d'être envisagés comme des « éléments d'information intéressants ». De Crespigny et ses collègues (2006) estiment qu'il est primordial de reconnaître l'impact du traumatisme historique sur l'état de santé inférieur des populations autochtones en Australie.

Selon Clingerman (2011), il faudrait étudier davantage les iniquités, inégalités et injustices auxquelles les groupes vulnérables sont confrontés. Gone (2001), pour sa part, souligne que diverses pratiques culturelles dominantes ont eu pour conséquence d'opprimer certaines communautés au cours de l'histoire. Aho et ses collègues (2011) recommandent de concevoir conjointement avec des étudiants des outils flexibles de formation à la compétence culturelle.

En conséquence, en reconnaissant et en respectant les visions du monde et les histoires des Premières nations, tel que racontées par les Premières nations dans leur propre langue, et en leur accordant le temps d'enseigner l'histoire de la Création, ainsi que la possibilité de revitaliser leur culture, les Premières nations peuvent accéder aux valeurs qui renforcent la décolonisation. Il ne s'agit pas du simple exercice de nommer les valeurs culturelles propres à une Première nation spécifique ou de connaître l'origine et le sens de leur histoire de la Création, y compris, ses mots, ses noms d'esprit, ses cérémonies et activités connexes. La décolonisation est un processus qui exigera des efforts de plusieurs générations pour déconstruire, selon la spécialiste de la culture maorie, Linda Smith :

Dans le cadre de la décolonisation, la déconstruction s'inscrit dans un processus beaucoup plus large. La déconstruction de l'histoire, la révélation de sous textes et l'expression vocale de choses qui ne sont connues que par intuition n'aident pas le peuple à améliorer ses conditions actuelles. Ces processus peuvent mener à une meilleure compréhension pour expliquer certaines expériences... En y acquiesçant, on se perd entièrement et on s'entend implicitement sur tout ce qui a été dit à notre sujet [peuples autochtones]. En y résistant, on se regroupe dans les tranchées. On se retrouve et on se recrée (Smith, 1999:3-4).

Au terme de cette étape, on devrait comprendre que le colonialisme et l'oppression historique ont eu un impact sur les communautés autochtones. Cette étape se rattache à la suivante dans la mesure où elle repose sur un échange de savoir et le respect des enseignements des Premières nations sur la réciprocité.

Étape de transition 6 : Réciprocité

Afin d'assurer la force d'une relations ainsi que le respect réciproque, il faut de la réciprocité. La réciprocité se définit comme « l'intégration de manière empathique du point de vue ou du raisonnement d'autrui ; apprendre à penser comme les autres, ce qui implique une évaluation positive de leur pensée. (La réciprocité exige non seulement des compétences intellectuelles mais aussi la force créatrice de l'imagination et un engagement à l'équité.). » (Foundation for Critical Thinking, 2011). La réciprocité est un acte continu qui doit être honoré aussi longtemps que les deux parties sont impliquées. Dans notre recension des écrits, la réciprocité signifie l'établissement de liens entre les clients, le professionnel de la santé, la famille et la communauté. Ferguson et Campinha-Bacote (1997) favorisent un modèle théorique selon lequel le contact direct permet de se faire sa propre opinion sur un groupe culturel donné. De Crespigny et ses collègues (2006) soulignent l'importance de consulter les dirigeants de communautés autochtones pour créer des programmes d'échange d'informations entre les programmes autochtones et non autochtones, en plus d'établir des partenariats inclusifs et pertinents au plan culturel. Durie (2001) indique que les relations entre médecin et patient sont plus positives quand on respecte les valeurs, perspectives et croyances de la communauté et quand, en plus du médecin et de patient, la communauté participe au plan de traitement. Petrucka, Bassendowski et Bourassa (2007) soulignent que la sécurité culturelle dépend du renforcement des relations, notamment par l'inclusion des Aînés de la communauté. Selon Zolner (2009), la collaboration avec les intervenants de première ligne permettrait d'élaborer des méthodes d'évaluation compétentes au plan culturel. Rigby et ses collègues (2011) ont créé un outil d'enseignement sur la compétence culturelle et ils recommandent d'élaborer des outils qui ne sont pas trop longs, dont l'approche à l'enseignement et l'apprentissage est flexible et qui favorisent l'inclusion des Aînés de la communauté.

Arnold, Appleby et Heaton (2008) estiment que la sécurité culturelle repose sur les partenariats et la collaboration, en plus du partage de savoir. Marsden (2006) indique que pour restaurer et mettre en œuvre des méthodes d'enseignement autochtone il est important de reconnaître les pratiques traditionnelles. L'échange de savoir permet d'aller au-delà des différences et des liens qui ont été brisés. L'auteur note aussi que cet échange favorise l'inclusion du savoir autochtone. Enfin, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2011) indique que l'inclusion et le partage de savoir aident à renforcer les relations et de comprendre certaines valeurs comme le respect, qui est un processus de réciprocité culturelle.

Browne et ses collègues (2009) soulignent qu'en plus de la sécurité culturelle et du contexte historique de la marginalisation de groupes opprimés, il faut tenir compte de l'expérience individuelle du client. À l'issue de cette étape, on devrait pouvoir envisager d'autres modèles que l'approche thérapeutique occidentale, pour reconnaître et respecter l'approche thérapeutique autochtone. L'étape se rattache à la sécurité culturelle étant donné qu'elle introduit les méthodes de guérison autochtones.

Étape de transition 7 : Sécurité culturelle

Après l'établissement de rapports de Réciprocité, la Sécurité culturelle sera reconnue et signalera le début d'un état de sécurité. La Sécurité culturelle est déterminée entièrement par le client. *Elle va au-delà du rapport qui est établi entre le professionnel de la santé et le client afin d'assurer que l'environnement des soins de santé soit propice à répondre culturellement et activement par une évaluation continue et par la facilitation de changements à travers l'intégration des compétences culturelles dans les structures et les processus de santé, comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines, la prestation des services et l'atteinte de résultats de santé positifs qui sont culturellement pertinents et significatifs.*

L'Organisation Nationale de la Santé Autochtone (ONSA, 2008) a souligné que la sécurité culturelle au sein « d'un contexte autochtone signifie que l'éducateur/praticien/professionnel, autochtone ou non autochtone, est capable de communiquer avec un patient (client) de manière compétente selon les valeurs sociales, politiques, linguistiques, économiques et spirituelles du patient [client] (2008:4).¹

NAHO (2008) a créé un guide sur la sécurité et la compétence culturelle à l'intention des administrateurs de santé. L'ONSA indique que les professionnels de la santé doivent faire les accommodements nécessaires pour rééquilibrer les relations de pouvoir avec les clients. L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIAC) (2009) estime que la sécurité culturelle ne se limite pas à la sensibilisation et la compétence. L'AIIC recommande aux intervenants de la santé de tenir compte du racisme, de la discrimination et des préjugés auxquels les Autochtones sont confrontés. L'AIIC (2011) souligne qu'il est important de comprendre l'histoire et la réalité actuelle des Premières nations pour acquérir un bon niveau de compétence et sécurité culturelles. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et Labrador (2003) indique que dans la tradition autochtone, toutes les choses sont reliées et qu'il est donc important de tenir compte de cette dimension dans le processus de guérison et les services de santé autochtones. Johnstone et Kanitsaki (2007) estiment que la sécurité culturelle doit être transmise et comprise pour être efficace. Par ailleurs, Walker et ses collègues (2009) stipulent que la sécurité culturelle implique que la perspective du client soit incluse dans tous les services et interventions.

¹En parlant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, nous évitons l'expression « patient » et nous préférons parler de « client » en tant que personne, famille, groupe ou communauté (APN, FANPLD et SPNI, 2011)

Selon Cameron et ses collègues (2010), dans un environnement sécuritaire au plan culturel, les protocoles autochtones et non autochtones ne sont pas compromis. Par ailleurs, la sécurité culturelle devrait être un aboutissement plutôt qu'une théorie. Tait (2008) estime que les plans directeurs concernant les communautés autochtones doivent être fondés sur l'épistémologie et la vision du monde autochtone. Ainsi, il faudrait axer les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances sur le savoir occidental et autochtone pour créer un environnement sécuritaire au plan culturel.

Conclusion

La Sécurité culturelle se réalise lorsqu'un client se sent à l'aise dans l'environnement établi par les intervenants en santé mentale ou toxicomanie ; ce sont les clients qui déterminent leur propre état de sécurité culturelle. Les intervenants en santé mentale ou toxicomanie peuvent faciliter la création d'un environnement culturellement sécuritaire lorsqu'ils possèdent les compétences et la flexibilité de modifier les interventions et la programmation destinées aux clients. De plus, le fondement des Étapes de transition du cadre de renouvellement doit s'appuyer sur « l'Humilité culturelle » de sorte que les interventions en santé mentale ou toxicomanie puissent examiner leurs propres perceptions et préjugés au moment de rencontrer le client.

Les Étapes de transition du cadre de renouvellement se suivent et se renforcent pendant le processus d'apprentissage des intervenants en santé mentale ou toxicomanie. Toutes les étapes vers l'atteinte de résultats à chaque stade ont une importance critique pour le développement de la sécurité culturelle. La présente discussion constitue la première étape dans la création d'une trousse d'outils complète incluant des exercices et des ressources qui sont conçus pour renforcer et optimiser les compétences nécessaires à chaque étape du processus décrit dans cet exposé.

L'inclusion et la reconnaissance de la culture au sein du continuum des soins font partie intégrante du processus de décolonisation que les Premières nations visent à réaliser. Selon l'analyse documentaire et les pratiques prudentes du PNLAADA, afin d'assurer le respect de la culture et des interventions efficaces auprès des communautés des Premières nations, nous devons :

- reconnaître nos propres pratiques culturelles et comportements personnels ainsi que leur impact sur les personnes issues des Premières nations
- comprendre et reconnaître l'impact du colonialisme sur les personnes issues des Premières nations
- acquérir des connaissances sur la diversité des cultures, valeurs et croyances des Premières nations
- intervenir autrement par rapport à nos pratiques culturelles habituelles afin de répondre aux problèmes que nous commençons à comprendre
- prendre des initiatives afin de créer de la sécurité culturelle
- s'examiner continuellement et être ouverts aux rétroactions directes et indirectes

L'aboutissement de chaque étape est important pour la sécurité culturelle. Il reste toutefois une lacune importante qui doit être comblée au cours de ce processus, qui est l'évaluation de la formation en matière de sécurité culturelle. Cette formation ne signifie pas pour autant qu'on comprend automatiquement les concepts, comment ils s'appliquent à la santé ou comment les mettre en pratique. Pour cette raison, un Guide d'évaluation de la sécurité culturelle sera développé au cours de la deuxième phase de ce projet de renouvellement afin de soutenir les intervenants en santé qui doivent évaluer l'impact de leur formation en matière de sécurité culturelle.

Références

- Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC) (2009). Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First Nations, Inuit and Métis Nursing. Ottawa, ON: Author. Retrieved from: <http://www.anac.on.ca/Documents/Making%20It%20Happen%20Curriculum%20Project/FINALFRAMEWORK.pdf>
- (2011). Cultural Competency and Cultural Safety: Curriculum for Aboriginal Peoples. Ottawa, ON: Author. Retrieved from: <http://www.anac.on.ca/Documents/Cultural%20Competency%20and%20Cultural%20Safety.pdf>
- Adelson, N. (2000). Re-imagining Aboriginality: an Indigenous peoples' response to social suffering. *Transcultural Psychiatry*, 37(1): 11–34. doi: 10.1177/136346150003700101
- Aho, L., Ackerman, J., Bointy, S., Cuch, M., Hindelang, M., Pinnow, S., and Turnbull, S. (2010). Health is life in balance: students and communities explore healthy lifestyles in a culturally based curriculum. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(3): 151–168. Retrieved from: http://www.pimatisiwin.com/uploads/jan_2011/06AhoAckerman.pdf
- Andrews, M. and Boyle, J. (2002). Transcultural concepts in nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 178–180. doi: 10.1177/10459602013003002
- Arnold, O., Appleby, L., and Heaton, L. (2008). Incorporating cultural safety in nursing education. *Nursing BC*, 40(2): 14–17.
- Assembly of First Nations (AFN) and First Nations Information Governance Committee (FNIGC) (2007). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: The Peoples' Report. Revised second edition. Retrieved from: http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-the_peoples_report_afn.pdf
- Assembly of First Nations (AFN), National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF), and First Nations and Inuit Health Branch (FNIB) (2011). Honouring our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada. Ottawa, ON: Health Canada.
- Bearskin, R.L. Bourque (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4): 548–559. doi: 10.1177/0969733011408048
- Becker, L.C. (1990). Reciprocity. Chicago, IL: University of Chicago Press. [Originally published 1986 by London, UK: Routledge and Kegan Paul.]
- Benton-Banai, Edward. (1988). The Mishomis Book: The Voice of the Ojibway. Hayward, WI: Indian Country Communication Inc.
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., and Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7: 15. doi: 10.1186/1472-6963-7-15
- Bojuwoye, O. and Sodi, T. (2010). Challenges and opportunities to integrating traditional healing into counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3): 283–296. doi: 10.1080/09515070.2010.505750
- Brascoupé, S. and Waters, C. (2009). Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2): 6–41. Retrieved from: http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf
- Browne, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M.J., and Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3): 167–179. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x
- California Health Advocates (2007). Are you practicing cultural humility? The key to success in cultural competence. Retrieved from: <http://www.cahealthadvocates.org/news/disparities/2007/are-you.html>
- Cameron, M., Andersson, N., McDowell, I., and Ledogar, R.J. (2010). culturally safe epidemiology: oxymoron or scientific imperative. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(2): 89–116. Retrieved from: <http://www.pimatisiwin.com/online/wp-content/uploads/2010/09/07CameronAndersson.pdf>

Références

Campinha-Bacote J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 181–184. doi: 10.1177/10459602013003003

Cervantes, J.M., and Parham, T.A. (2005). Toward a meaningful spirituality for people of color: lessons for the counseling practitioner. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(1): 69–81.

Chandler, B. (2002). Cultural sensitivity. In K. Krapp (ed.). *Encyclopedia of Nursing and Allied Health*. Vol. 1 Gale Cengage. eNotes. Retrieved from: <http://www.enotes.com/cultural-sensitivity-reference/cultural-sensitivity>

Chang, E., Simon, M., Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education*, 17(2): 269–278. doi: 10.1007/s10459-010-9264-1

Clark, L., Colbert, A., Flaskerud, J.H., Glittenberg, J., Ludwig-Beymer, P., Omeri, A., Strehlow, A.J., Sucher, K., Tyson, S., and Zoucha, R. (2010). Chapter 6: Culturally based healing and care modalities. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 4), 236s-306s. doi: 10.1177/1043659610382628

Clingerman, E. (2011). Social justice: a framework for culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4): 334–341. doi: 10.1177/1043659611414185

College of Nurses of Ontario (2009). Practice Guideline: Culturally Sensitive Care. Toronto, ON: Author. Retrieved from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

Dadlani, M. and Scherer, D. (2009). Culture in psychotherapy practice and research: awareness, knowledge, and skills. Retrieved from: <http://www.divisionofpsychotherapy.org/dadlani-and-scherer-2009/>

de Crespigny, C., Kowanko, I., Murray, H., Wilson, S., Kit, J.H., and Mills, D. (2006). A nursing partnership for better outcomes in Aboriginal mental health, including substance use. *Contemporary Nurse*, 22(2): 275–287. doi: 10.5172/ conu.2006.22.2.275

Durie, M. (2001). *Cultural Competence and Medical Practice in New Zealand*. Wellington, NZ: Australian and New Zealand Boards and Council Conference. Retrieved from: <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=57591779&url=f075500bf366abde28dec2820cef1316>

Eisenbruch, M. and Eisenbruch, R. Volich (2005). Cultural competence-background. Retrieved from: http://www.eisenbruch.com/Further_resources/Cultural_diversity/Cultural_competence_-_background.htm

Ferguson, S.L. and Campinha-Bacote, J. (1997). Cultural competence: a critical factor in child health policy. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4): 260–262.

First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. (2003). *Adapting Our Interventions to Native Reality*. Wendake, QC: Author. Retrieved from: <http://library.catie.ca/PDF/P29/22675.pdf>

Foundation for Critical Thinking. (2011). “Glossary of Critical Thinking Terms.” Retrieved from: <http://www.criticalthinking.org/pages/glossary-of-critical-thinking-terms/496#glossary-r>

Freire, P. (1998). *Teachers as Cultural Workers: Letters to Those Who Dare Teach*. The Edge: Critical Studies in Educational Theory. [Translated by D. Macedo, D. Koike, and A. Oliveira.] Boulder, CO: Westview Press.

Garrett, M.T., and Pichette, E.F. (2000). Red as an apple: Native American acculturation and counseling with or without reservation. *Journal of Counseling and Development*, 78(1): 3–13. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02554.x

Goforth, S. (2007). Aboriginal healing methods for residential school abuse and intergenerational effects: a review of the literature. *Native Social Work Journal*, 6: 11–32. Retrieved from: <https://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/handle/10219/392>

Références

Gone, J.P. (2001). *Affect and its Disorders in a Northern Plains Indian Community: Issues in Cross-cultural Discourse and Diagnosis*. [Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois.] Retrieved from:

http://sitemaker.umich.edu/joseph.p.gone/files/gone_diss.pdf

Guerin, B. (2010). A framework for decolonization interventions: broadening the focus for improving the health and wellbeing of Indigenous communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(3): 61–83. Retrieved from: http://www.pimatisiwin.com/uploads/jan_2011/03Guerin.pdf

Hampton, E. (1995). Towards a redefinition of Indian education. In M. Battiste and J. Barman (eds.). *First Nations Education in Canada: The Circle Unfolds*. Vancouver, BC: UBC Press, pp. 5–46.

Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security (2005). *Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper*, December 2004. Retrieved from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf

Hulme, P.A. (2010). Cultural considerations in evidence-based practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3): 271–280. doi:10.1177/1043659609358782

Hunt, L.M. (2005). Beyond cultural competence: applying humility to clinical settings. *Park Ridge Center Bulletin*, 24(3–4): 134–136.

Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) and Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) (2009). *First Nations, Inuit, Métis Health Core Competencies: A Curriculum Framework for Undergraduate Medical Education*. Retrieved from: <http://www.afmc.ca/pdf/CoreCompetenciesEng.pdf>

IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group (2009). *Cultural Safety in Practice: A Curriculum for Family Medicine Residents and Physicians*. Ottawa, ON: Author.

Johnstone, M.-J. and Kanitsaki, O. (2007). An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(3): 247–256. doi: 10.1177/1043659607301304

Juarez, J. Anderson, Marvel, K., Brezinski, K.L., Glazner, C., Towbin, M.M., and Lawton, S. (2006). Bridging the gap: a curriculum to teach residents cultural humility. *Family Medicine*, 38(2): 97–102.

Korhonen, M. (2004). *Helping Inuit Clients: Cultural Relevance and Effective Counselling*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. [Also published in *International Inuit Circumpolar Journal*, 6(s2): 135–138.]

Kurtz, D.L.M., Nyber, J.C., Van Den Tillaart, S., Mills, B., Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective (OUAHRC) (2008). Silencing of voice: urban Aboriginal women speak out about their experiences with health care. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1): 53–63. Retrieved from: http://www.naho.ca/jah/english/jah04_01/08SilencingVoice_53-63.pdf

Laframboise, S. and Sherbina, K. (no date). *The medicine wheel*. Retrieved from: <http://dancingtoeaglespiritsociety.org/medwheel.php>

Lyons, J. (2011). Paulo Freire's educational theory. Retrieved from: <http://www.newfoundations.com/GALLERY/Freire.html>

Maar, M.A., Erskine, B., McGregor, L., Larose, T.L., Sutherland, M.E., Graham, D. Shawande, M., and Gordon, T. (2009). Innovations on a shoestring: a study of a collaborative community-based Aboriginal mental health service model in rural Canada. *International Journal of Mental Health Systems*, 3:27. doi:10.1186/1752-4458-3-27

Maina, F. (1997). Culturally relevant pedagogy: First Nations education in Canada. *Canadian Journal of Native Studies* 17(2): 293–314. Retrieved from: http://www2.brandonu.ca/library/cjns/17.2/cjns17no2_pg293-314.pdf

Marsden, D. (2006). Creating and sustaining positive paths to health by restoring traditional-based Indigenous health-education practices. *Canadian Journal of Native Education*, 29(1): 135–145.

Références

McCormick, R. M. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling*, 34(1): 25–32. Retrieved from: <http://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/152/367>

Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. In *Fostering Critical Reflections in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Francisco, CA: Jossey-Boss, pp. 1–20. Retrieved from: <http://www.graham-russell-pead.co.uk/articles-pdf/critical-reflection.pdf>

National Aboriginal Health Organization (NAHO) (2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from: <http://www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf>

National Center for Cultural Competence (2004). *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs*. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development. Retrieved from: http://nccc.georgetown.edu/documents/Cultural_Broker_Guide_English.pdf

New Zealand Psychologists Board (2009). *Guidelines for Cultural Safety: The Treaty of Waitangi and Māori Health and Wellbeing in education and Psychological Practice*. Wellington, NZ: Author. Retrieved from: http://www.psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=83

Papadopoulos, I. Tilki, M., and Taylor, G. (1998). *Transcultural Care: A Guide for Health Care Professionals*. London, UK: Quay Books.

Papps, E. (2005). Chapter 2 — Cultural safety: daring to be different. In D. Wepa (ed.). *Cultural safety in Aotearoa New Zealand*. Auckland, NZ: Pearson Education New Zealand, pp. 20–28.

Papps, E. and Ramsden I. (1996). Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5): 491—497.

Petrucka, P., Bassendowski, S., Bourassa, C. (2007). Seeking paths to culturally competent health care: lessons from two Saskatchewan Aboriginal communities. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(2): 166–182.

Pockett, R. and Giles, R. (eds.) (2008). *Critical Reflection: Generating Theory from Practice: The Graduating Social Work Student Experience*. Sydney, AU: Darlington Press.

Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2): 7–15. [Previously published in *Transcultural Nursing*, 2002, 13(3): 193–196. doi: 10.1177/10459602013003006]

Ridley, C. and Lingle, D.W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: a multidimensional process model. In P. Pedersen, J. Draguns, W. Lonner, and J. Trimble (eds.). *Counseling Across Cultures* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 21–46.

Rigby, W., Duffy, E., Manners, J., Latham, H., Lyons, L., Crawford, L., and Eldridge, R. (2011). Closing the gap: cultural safety in Indigenous health education. *Contemporary Nurse*, 37(1): 21–30. doi: 10.5172/conu.2010.37.1.021

Sen, G. and Ostlin, P. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It*. Final Report to the WHO Commission of Social Determinants of Health. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

Smith, L. Tuhiwai (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London, UK: Zed Books.

Stout, M. Dion and Downey, B. (2006). Nursing, Indigenous peoples and cultural safety: so what? now what? *Contemporary Nurse*, 22(2): 327–332. doi: 10.5172/conu.2006.22.2.327

Références

- Tait, C. L. (2008). Ethical programming: towards a community-centred approach to mental health and addiction programming in Aboriginal communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(1): 29–60. Retrieved from: <http://www.pimatisiwin.com/uploads/445206868.pdf>
- Tervalon, M. and Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2): 117–125. doi: 10.1353/hpu.2010.0233
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2010). Cultural Safety Training: Identification of Cultural Safety Training Needs. South Melbourne, AU: Author. Retrieved from: http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/About/Faculties/AboriginalandTorresStraitIslanderHealth/CulturalSafetyTraining/Cultural_Safety_Training_Identification_of_cultural_safety_training_needs.pdf
- Trimble, J.E. (2010). Bear spends time in our dreams now: Magical thinking and cultural empathy in multicultural counselling theory and practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3): 241–253. doi: 10.1080/09515070.2010.505735
- Turner, F.J. (ed.) (2010). *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*. Fourth edition. Oxford, UK: Oxford University Press. [First published in 1996 by New York, NY: The Free Press.]
- Union of Ontario Indians. (2009). *Through the Eyes of a Child: First Nation Children's Environmental Health*. Retrieved from: <http://www.anishinabek.ca/download/Through%20the%20Eyes%20of%20a%20Child%20-%20FN%20Enviro%20Health.pdf>
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (2001). UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. Retrieved from: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Walker, R. and Sonn, C. (2010). Working as a Culturally Competent Mental Health Practitioner. In N. Purdie, P. Dudgeon, and R. Walker (eds.). *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*. Canberra: AU: Commonwealth of Australia, pp. 157–180. Retrieved from: http://www.ichr.uwa.edu.au/files/user5/WorkingTogether_book_web_0.pdf
- Walker, R., Cromarty, H., Kelly, L., and St. Pierre-Hansen, N. (2009). Achieving culturally safety in Aboriginal health services: implementation of a cross-cultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care*, 6(1): 11–22.
- Walker, R., Cromarty, H., Linkewich, B., Semple, D., St. Pierre-Hansen, N., and Kelly, L. (2010). Achieving Cultural Integration in Health Services: Design of Comprehensive Hospital Model for Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1): 58–69. Retrieved from: http://www.naho.ca/documents/journal/jah06_01/06_01_06_Cultural_Integration_in_Health_Services.pdf
- Woods, M. (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. *Nursing Ethics*, 17(6): 715–725. doi: 10.1177/0969733010379296
- Zolner, T. (2003). Considerations in Working with Persons of First Nations Heritage. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 1(2): 41–58. Retrieved from: <http://www.pimatisiwin.com/uploads/1437201498.pdf>

Annexe

Étapes de transition (Stepping Stones) vers la sécurité culturelle de la FANPLD

Les Étapes de transition vers la sécurité culturelle de la FANPLD s'appuient sur les quatre éléments (Terre, Eau, Feu, Air) pour expliquer la progression vers la Sécurité culturelle. Tout comme ils sont des composantes essentielles de l'existence physique de tous les êtres humains, les quatre éléments se prêtent à une diversité d'interprétations. Voici un exemple d'une perspective Ojibway :

1. La Terre représente la terre où nous vivons. L'enseignement sur la terre fait référence à « notre témoignage de respect envers tous les ÊTRES et notre appréciation de leur importance. » Donc, le début de la compréhension de la Sécurité culturelle par rapport à l'élément Terre favorise l'Humilité culturelle par le respect que nous témoignons envers tous les êtres et non seulement les êtres humains.

2. L'Eau représente la guérison et les médecines. L'enseignement sur l'eau fait référence à « un lieu d'introspection et de réflexion profonde. » La deuxième étape vers la sécurité culturelle est la Réflexion critique qui implique la nécessité de l'autoréflexion.

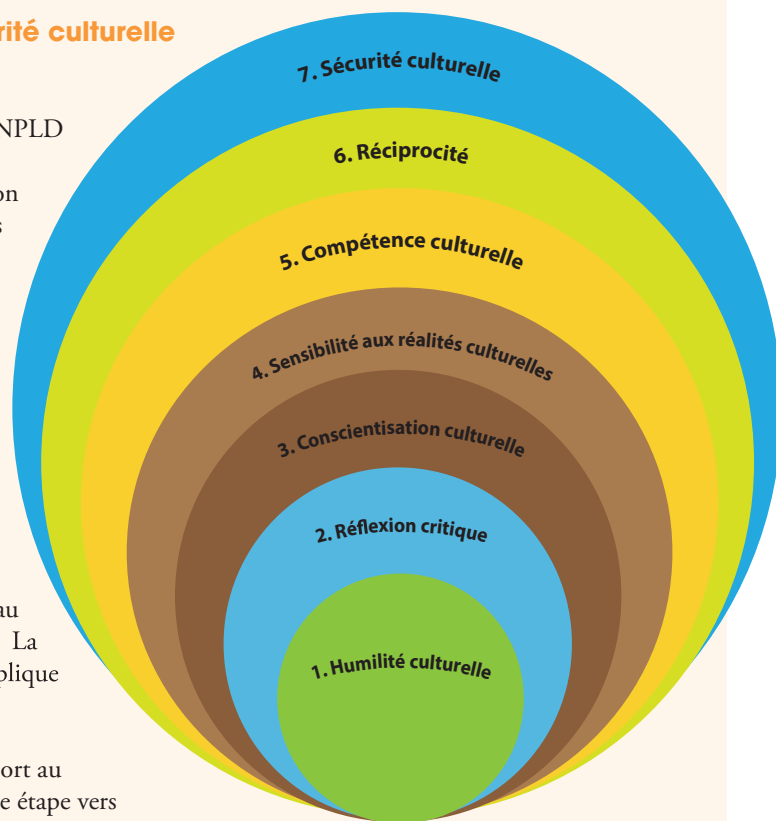
3. Le Feu représente le cœur de la Terre-Mère. L'enseignement par rapport au feu fait référence à « un lieu de connaissance et de sagesse. » La troisième étape vers la Sécurité culturelle est la Sensibilisation aux cultures qui implique la connaissance et la sagesse de soi et des autres qui comportent des « caractéristiques spirituelles, matérielles, intellectuelles et émotionnelles distinctes ainsi que des systèmes de valeurs, des traditions et des croyances distincts. »

4. L'Air représente les nouveaux départs. L'enseignement par rapport à l'air fait référence à « celui (Waynaboozhoo ou homme original) qui, en regardant vers le ciel, a constaté que les nuages sont une blancheur ouatée, pure et froide, tout comme la neige sur les sommets des montagnes. Il savait qu'il devait exister bien au-delà de la terre des couches d'air et des éléments pour lesquels il n'avait aucun nom. Toutefois, il a compris qu'il y avait quelque chose dans les régions supérieures qui assurait la consistance de l'univers » (Benton-Banai, 1988). En conséquence, la Sensibilité culturelle est la prochaine étape parce que l'acquisition d'une connaissance et d'une compréhension de la culture et les diverses relations qu'elle implique est l'objectif de la Sensibilité culturelle.

5. La Compétence culturelle fait référence au respect et à la compréhension que les intervenants en santé sont capables de mettre en oeuvre dans leurs interactions avec les clients, surtout la compréhension de leur culture et de leur traumatisme historique.

6. La Réciprocité vise un équilibre dans les rapports et les liens de confiance avec les clients.

7. En conclusion, la Sécurité culturelle est toujours le résultat du renforcement, de l'encouragement et de l'optimisation de l'identité culturelle des peuples autochtones à l'aide des Étapes de transition du renouvellement de la FANPLD.



Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Adelson, N. (2000). Re-imagining Aboriginality: an Indigenous peoples' response to social suffering. *Transcultural Psychiatry*, 37(1): 11–34. doi: 10.1177/136346150003700101

Adelson explique comment la culture évolue à travers les pratiques anciennes, nouvelles et adoptées. Selon l'auteur, la culture est un moyen d'autoidentification. Elle souligne que la culture n'est pas un remède et qu'il faut examiner comment les clients s'approprient leur propre identité. C'est une forme de décolonisation et de confirmation identitaire qui sont des éléments essentiels de la compétence culturelle.

Aho, L., Ackerman, J., Bointy, S., Cuch, M., Hindelang, M., Pinnow, S., and Turnbull, S. (2010). Health is life in balance: students and communities explore healthy lifestyles in a culturally based curriculum. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(3): 151–168. Récupéré de : http://www.pimatisiwin.com/uploads/jan_2011/06AhoAckerman.pdf

Aho et ses collègues proposent des outils pour une pédagogie axée sur la compétence culturelle qui par leur souplesse faciliteront l'intégration des traditions autochtones et occidentales par le recours à la théorie constructiviste.

Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC) (2009). *Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First Nations, Inuit and Métis Nursing*. Ottawa, ON: Author. Récupéré de :

<http://www.anac.on.ca/Documents/Making%20It%20Happen%20Curriculum%20Project/FINALFRAMEWORK.pdf>

L'Association des infirmières autochtones du Canada (Aboriginal Nurses Association of Canada) a créé ce guide comme outil de pédagogie pour enseigner aux infirmières comment la sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation et de la compétence culturelle. Elle implique la reconnaissance des rapports de force qui sont inhérents aux services de santé. La sécurité culturelle vise à éliminer les inégalités en santé et à mettre en lumière le contexte historique de la santé. L'ANAC recommande aux professionnels de la santé de prendre connaissance du racisme, de la discrimination et des préjugés dont les Premières nations sont souvent victimes. Les auteurs soulignent également l'importance du client dans la détermination de la sécurité culturelle.

ANAC (2011). *Cultural Competency and Cultural Safety: Curriculum for Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON: Author. Récupéré de : <http://www.anac.on.ca/Documents/Cultural%20Competency%20and%20Cultural%20Safety.pdf>

L'Association des infirmières autochtones du Canada (Aboriginal Nurses Association of Canada) a créé ce cursus de formation sur la compétence et la sécurité culturelles pour les étudiants en soins infirmiers, tant autochtones que non autochtones, pour approfondir le contenu autochtone et créer une sensibilisation culturelle. Ce cursus de formation accorde une grande importance à la compréhension de l'histoire autochtone et de la vie contemporaine des Autochtones par rapport à la compétence et à la sécurité culturelle. Il identifie également les différents modes de communications chez les Autochtones, comme les rêves. L'ANAC accorde aussi grande importance à l'inclusion et au partage des connaissances comme moyen de renforcer les relations. Le cursus explique également comment la reconnaissance des valeurs culturelles, comme le respect, s'inscrit dans un processus de réciprocité, une autre valeur culturelle. Par ailleurs, l'ANAC explique pourquoi les connaissances autochtones ne se trouvent pas dans les livres parce que ces connaissances sont transmises d'une génération à l'autre par la langue. Les connaissances autochtones sont également des connaissances multiformes.

Juarez, J. Anderson, Marvel, K., Brezinski, K.L., Glazner, C., Towbin, M.M., and Lawton, S. (2006). Bridging the gap: a curriculum to teach residents cultural humility. *Family Medicine*, 38(2): 97–102.

Juarez et ses collègues discutent comment l'inclusion de l'humilité culturelle dans le programme d'études médicales peut aider les résidents à devenir plus attentifs au contexte social et au point de vue des clients. Les auteurs préconisent cette intégration afin de faciliter l'apprentissage des différences culturelles et favoriser la conscience de soi. Cet article décrit la méthodologie d'intégration de l'humilité culturelle dans les programmes d'étude par l'exposition à une diversité de croyances et l'exploration de soi.

Andrews, M. and Boyle, J. (2002). Transcultural concepts in nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 178–180. doi: 10.1177/10459602013003002

Les discussions d'Andrews et de Boyle portent sur le texte de formation qui doit faire la synthèse de connaissances transculturelles pour les étudiants en soins infirmiers. Les auteurs identifient les compétences d'évaluation culturelles et de pensée critique, dont les infirmiers et les infirmières auront besoin afin de prodiguer efficacement les soins nécessaires à tous les groupes culturels.

Arnold, O., Appleby, L., and Heaton, L. (2008). Incorporating cultural safety in nursing education. *Nursing BC*, 40(2): 14–17.

Arnold, Appleby et Heaton proposent une discussion sur les partenariats réciproques et la collaboration comme facteurs de succès en sécurité culturelle. De plus, le partage des connaissances est un facteur qui renforce la sécurité culturelle.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Ashton, C. (2010). Cultural safety training manual. Ontario Métis Family Records Center, Special Edition 1. Récupéré de : <http://www.omfrc.org/newsletter/omfrcspecialedition1.pdf>

Ce Manuel est un guide de formation sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé. Le guide propose une série d'étapes afin d'atteindre la sécurité culturelle. Ces étapes commencent par la compréhension du contexte historique des peuples autochtones (p.ex. l'impact de Loi sur les Indiens, la prétendue supériorité des Européens par rapport aux peuples autochtones et les séquelles des pensionnats). L'auteur met en lumière également le racisme institutionnel qui est très présent dans beaucoup d'environnements, sans être bien compris à travers la perspective européenne.

Assemblée des Premières Nations (APN) et Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2007). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03: Le Rapport pour les peuples. Version corrigée, deuxième édition. Récupéré de : http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-the_peoples_report_afn.pdf L'Assemblée des Premières Nations et le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations ont travaillé en partenariat afin de créer une enquête culturellement pertinente et appropriée aux peuples autochtones.

Bearskin, R.L. Bourque (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4): 548–559. doi: 10.1177/0969733011408048

Bearskin procède à l'étude des compétences culturelles et de la sécurité culturelle par la mise en lumière des rapports que les peuples autochtones ont avec eux-mêmes, les autres, l'environnement et l'univers. Madame Bearskin note que tous les peuples sont porteurs de culture et, pour cette raison, la découverte de soi est un élément important dans la sécurité culturelle. Le plus, elle explique que la sécurité culturelle n'est pas synonyme de pratiques culturelles au sein d'une communauté, car elle implique la connaissance des positions socio-politiques et économiques d'une communauté. La sécurité culturelle implique également un regard attentif sur les inégalités en santé et la promotion des améliorations. En dernier lieu, Madame Bearskin recommande la dénonciation des relations axées sur l'inégalité dans les rapports de force et l'examen des perspectives sociales, historiques et politiques des soins de la santé.

Becker, L.C. (1990). *Reciprocity*. Chicago, IL: University of Chicago Press. [Première publication 1986 à London, UK: Routledge and Kegan Paul.]

Le livre de Becker examine la réciprocité en tant que théorie morale et vertu. C'est une obligation sociale qui incombe à la société, aux familles, au droit et aux générations à venir. De plus, la réciprocité exige la remise de « tous les biens que nous recevons » comme signe de reconnaissance et renforcement du caractère moral. C'est un livre utile qui explique la théorie de la réciprocité comme un tremplin.

Benton-Banai, Edward. (1988). *The Mishomis Book: The Voice of the Ojibway*. Hayward, WI: Indian Country Communication Inc.

Benton-Banai a écrit l'histoire de la culture Ojibway. Benton-Banai propose un aperçu très informé des enseignements Ojibway qui sont très utiles pour identifier les valeurs d'une communauté autochtone.

Brascoupe, S. and Waters, C. (2009). Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2): 6–41. Récupéré de : http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf

Brascoupe et Waters explorent le rôle que joue la sécurité culturelle dans la santé et le mieux-être des communautés autochtones. La sécurité culturelle donne une perspective sur le rôle du pouvoir dans les relations entre le client et les professionnels de la santé. Afin d'atteindre la sécurité culturelle, il faut accorder la préséance aux besoins et à la voix du client afin de transformer le rapport de force. De plus, Brascoupe et Waters expliquent les étapes menant à la sécurité culturelle qui passe par un processus de connaissance de soi.

Browne, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M.J., and Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3): 167–179. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x

Browne et ses collègues examinent la sécurité culturelle dans un contexte canadien et dans une perspective d'application des connaissances. Les auteurs décrivent l'évolution distincte de l'histoire postcoloniale au Canada et en Nouvelle-Zélande ainsi que les conséquences sur l'interprétation de la sécurité culturelle au Canada. Pour les auteurs, il est important de reconnaître le contexte historique de groupes marginalisés et opprimés ; il est important également important de reconnaître personnelle de chaque client. Les auteurs positionnent la sécurité culturelle comme un élément critique de tout programme d'étude sur la justice sociale.

Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., and Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7: 15. doi: 10.1186/1472-6963-7-15

Bhui et collègues ont évalué les modèles et les programmes de compétence culturelle ainsi que leur efficacité dans les programmes d'études et dans la prestation de soins, à l'aide d'une étude systémique. Après l'examen de 109 exposés, neuf ont été évalués par rapport à leur efficacité. Cette évaluation a démontré comment la compétence culturelle renforce la bonne volonté et le désir des professionnels de la santé de comprendre et à apprendre.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., and Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7: 15. doi: 10.1186/1472-6963-7-15 ...

Les méthodes d'enseignement et d'apprentissage qui se sont avérées les plus efficaces pour l'enseignement de la compétence culturelle étaient peu nombreuses. En conséquence, il faut prévoir l'établissement de mesures plus appropriées.

Bojuwoye, O. and Sodi, T. (2010). Challenges and opportunities to integrating traditional healing into counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3): 283–296. doi: 10.1080/09515070.2010.505750

Bojuwoye et Sodi recommandent la fusion des méthodes guérison occidentale et traditionnelle. Selon les auteurs, les praticiens occidentaux doivent travailler en collaboration avec les guérisseurs traditionnels. À leur avis, cette collaboration engendrera de nouvelles possibilités de formation et d'éducation, tant pour les praticiens occidentaux que pour les guérisseurs traditionnels.

California Health Advocates (2007). Are you practicing cultural humility? The key to success in cultural competence. Récupéré de : <http://www.cahealthadvocates.org/news/disparities/2007/are-you.html>

Cet article explore les raisons qui font en sorte que la culture demeure souvent invisible pour les personnes qui ne sont pas dans un contexte culturel connu. Selon les auteurs de cet article, la culture n'est pas un plan directeur de comportement du client et n'est pas statique. Les compétences culturelles doivent s'appuyer sur l'humilité culturelle. Cet article propose également un exemple d'exercice de prise de connaissance de sa propre culture et identité.

Cameron, M., Andersson, N., McDowell, I., and Ledogar, R.J. (2010). culturally safe epidemiology: oxymoron or scientific imperative. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(2): 89–116. Récupéré de :

<http://www.pimatisiwin.com/online/wp-content/uploads/2010/09/07CameronAndersson.pdf>

Cameron et ses collègues expliquent la nécessité d'un espace culturellement sécurisé comme un lieu où les protocoles autochtones et non autochtones ne peuvent pas être compromis. De plus, la sécurité culturelle doit être comprise comme une réalisation réelle au lieu d'une théorie.

Ferguson, S.L. and Campinha-Bacote, J. (1997). Cultural competence: a critical factor in child health policy. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4): 260–262.

Ferguson et Campinha-Bacote ont développé un modèle théorique pour illustrer un processus de compétence culturelle pour assurer la communication efficace de croyances diverses au sein de populations diverses. À l'aide de ce modèle, les auteurs ont identifié cinq concepts : la prise de conscience culturelle, les compétences culturelles, les rencontres culturelles et le désir culturel. La prise de conscience culturelle permet à la personne de connaître ses propres croyances et perspectives afin de mieux connaître les croyances et perspectives des autres. Les connaissances culturelles se définissent comme un processus où on cherche à connaître les croyances culturelles du client afin d'identifier toute pratique culturelle qui aura un impact sur les résultats de santé. Les compétences culturelles se définissent comme un moyen d'accéder aux enseignements culturels du client. Les rencontres culturelles impliquent la création d'un rapport afin d'atteindre des résultats de santé culturellement pertinents.

Campinha-Bacote examine le processus de compétence culturelle par rapport au désir culturel, une autre composante. Le désir culturel se définit comme un souhait ou lieu d'un besoin que l'intervenant en santé devienne compétent sur le plan culturel. Le désir culturel est en même temps un concept d'apprentissage et une passion d'ouverture et de flexibilité par rapport aux différences et ressemblances du client. L'auteur explique également comment l'incompétence culturelle ainsi que l'absence de services culturellement adaptés aux besoins des clients peuvent avoir un impact négatif sur la prestation des services de santé.

Cervantes, J.M., and Parham, T.A. (2005). Toward a meaningful spirituality for people of color: lessons for the counseling practitioner. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(1): 69–81.

Cervantes et Parham expliquent la différence entre la spiritualité et la religiosité. La reconnaissance de l'essence spirituelle du client est un facteur primordial dans le counselling. Les auteurs identifient l'examen de soi comme un élément important qui permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre leur rôle dans leurs relations avec le client. Les professionnels de la santé doivent bien comprendre le fondement de leurs propres connaissances.

Chandler, B. (2002). Cultural sensitivity. In K. Krapp (ed.). *Encyclopedia of Nursing and Allied Health*. Vol. 1 Gale Cengage. eNotes. Récupéré de : <http://www.enotes.com/cultural-sensitivity-reference/cultural-sensitivity>

Sur ce site Web, la sensibilité culturelle est définie comme la reconnaissance de la diversité des rapports qui existent entre les gens provenant de diverses cultures. De plus, Chandler explique que la culture peut être très diverses, non seulement entre les cultures, mais aussi au sein des cultures. Selon l'auteur il serait faux de « présumer que tous les membres d'un même groupe

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Chandler, B. (2002). Cultural sensitivity. In K. Krapp (ed.). *Encyclopedia of Nursing and Allied Health*. Vol. 1 Gale Cengage. eNotes. ... racial, linguistique ou religieux partagent une culture commune ». Autrement dit, la sensibilité culturelle nous aide à être plus attentifs et ouverts aux différentes façons d'être.

Chang, E., Simon, M., Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education*, 17(2): 269–278. doi: 10.1007/s10459-010-9264-1 • Chang et ses collègues discutent de l'importance d'intégrer l'humilité culturelle dans les soins de la santé. Les auteurs examinent la philosophie et les valeurs chinoises ainsi que l'importance de l'autoréflexion et l'écoute active. La philosophie chinoise accorde beaucoup d'importance à la famille, au système de la santé et au soutien communautaire qui sont tous des éléments qui favorisent la compréhension réciproque entre les diverses cultures. Cette philosophie se prête bien à d'autres cultures.

Clark, L., Colbert, A., Flaskerud, J.H., Glittenberg, J., Ludwig-Beymer, P., Omeri, A., Strehlow, A.J., Sucher, K., Tyson, S., and Zoucha, R. (2010). Chapter 6: Culturally based healing and care modalities. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 4), 236s-306s. doi: 10.1177/1043659610382628

Clark et ses collègues examinent comment la culture propose une diversité de perspectives sur la santé mentale et la maladie. Les auteurs reconnaissent l'importance d'identifier les rapports de force qui existent entre les intervenants de santé et les clients. La connaissance de ces rapports de force est très importante pour la sécurité culturelle. En plus les auteurs recommandent aux intervenants en santé d'être holistiques, de respecter les tabous culturels et d'encourager les interventions multidisciplinaires. Ils expliquent également comment des stratégies efficaces peuvent favoriser l'équité l'indépendance et la pertinence culturelle.

Clingerman, E. (2011). Social justice: a framework for culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4): 334–341. doi: 10.1177/1043659611414185 • Clingerman explique l'importance des compétences culturelles en éducation, pratique et recherche afin de favoriser les interventions axées sur les compétences culturelles. L'auteur reconnaît également l'importance de reconnaître les iniquités, les désavantages et les injustices vécus par les groupes vulnérables. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009). *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Toronto, ON: Author. Récupéré de : http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

Ce guide a été créé pour aider les infirmières et les infirmiers dans la prestation de soins culturellement sensibles. La priorité de la prestation de soins doit toujours être de répondre aux besoins des clients. Les éléments d'une prestation de soins culturellement sensibles sont l'autoréflexion, l'acquisition de connaissances culturelles, la réponse efficace aux besoins de santé des clients et la reconnaissance de la communication non verbale. Ce guide propose plusieurs scénarios de discussion et un certain nombre de directives recommandées.

Dadlani, M. and Scherer, D. (2009). Culture in psychotherapy practice and research: awareness, knowledge, and skills. Récupéré de : <http://www.divisionofpsychotherapy.org/dadlani-and-scherer-2009/>

Dadlani et Scherer examinent la compétence culturelle en trois étapes, et ce, du point de vue du psychothérapeute : prise de conscience, la connaissance et les compétences. La prise de conscience se réalise lorsqu'on utilise des cadres de « PRISE EN COMPTE » afin de mieux comprendre les fondements socio-culturels des opinions et des préjugés du psychothérapeute.

La connaissance est offerte pour faciliter la compréhension de la diversité des populations qui font partie de la base de clients du psychothérapeute. Les auteurs examinent aussi l'importance des compétences interpersonnelles qui favorisent l'atteinte de résultats positifs pour le client.

de Crespigny, C., Kowanko, I., Murray, H., Wilson, S., Kit, J.H., and Mills, D. (2006). A nursing partnership for better outcomes in Aboriginal mental health, including substance use. *Contemporary Nurse*, 22(2): 275–287. doi: 10.5172/conu.2006.22.2.275 • de Crespigny et ses collègues parlent de l'importance de l'action participative en recherche et en méthodologie qui contribue à l'établissement de partenariats et de collaboration chez les clients autochtones en Australie. Les auteurs soulignent également qu'il est essentiel de connaître les traumatismes historiques qui sont des facteurs importants de la mauvaise santé chez les peuples autochtones en Australie. Ils soulignent également l'importance d'écouter les dirigeants culturels de la communauté, de faire des rapprochements entre les programmes autochtones et non autochtones pour favoriser le partage d'informations et la promotion des intérêts des Autochtones afin de développer des partenariats inclusifs et culturellement pertinents.

Durie, M. (2001). *Cultural Competence and Medical Practice in New Zealand*. Wellington, NZ: Australian and New Zealand Boards and Council Conference. Récupéré de : <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=57591779&url=f075500bf366abde28dec2820cef1316> Durie propose un cadre de compétence culturelle qui inclut les domaines d'impact culturel, les objectifs de la compétence culturelle, les applications à la pratique médicale et les conséquences au sein de la profession médicale. Selon l'auteur, la sécurité culturelle doit être axée sur l'expérience du client tandis que la compétence culturelle relève des professionnels de la santé qui doivent défendre les intérêts de leurs clients et répondre à leurs besoins culturels. Durie reconnaît en même temps que la relation médecin-patient pourrait être améliorée par une meilleure connaissance des valeurs, perspectives, croyances et cultures de la communauté. Le traitement ne se limite pas au rapport entre le médecin et le patient et doit inclure la perspective de toute la communauté.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Eisenbruch, M. and Eisenbruch, R. Volich (2005). "Cultural competence - background." Récupéré de :

http://www.eisenbruch.com/Further_resources/Cultural_diversity/Cultural_competence_-_background.htm

Eisenbruch et ses collègues ont créé un site web pour le partage d'informations et de recherche en matière de santé mentale – pour le bénéfice des patients, des communautés et des régimes de santé. L'évolution de la compétence culturelle est un concept qui est largement discuté sur ce site web. Le site web préconise également les valeurs d'humilité culturelle (un processus d'autoréflexion et d'autocritique à vie). L'humilité est vue également comme une aptitude visant la compétence culturelle. L'humilité culturelle n'implique pas la maîtrise de connaissances traditionnelles mais plutôt le développement d'une connaissance de soi et d'un respect d'idéologies différentes. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2003) ideologies.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2003). Adapter nos interventions à la réalité autochtone. Wendake, QC: Auteur. Récupéré de : <http://library.catie.ca/PDF/P29/22675.pdf>

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador s'inspire de la vision du monde traditionnelle pour expliquer la croyance autochtone que tout ce qui existe est connecté. Il est donc important de reconnaître cette vision du monde au cours des interventions de guérison et de santé auprès des peuples autochtones.

Lyons, J. (2011). "Paulo Freire's educational theory." Récupéré de : <http://www.newfoundations.com/GALLERY/Freire.html>

Ce site web est consacré aux théories pédagogiques de Paulo Freire. Freire enseigne que, pour comprendre, on doit « construire des connaissances à partir des connaissances que l'on possède déjà » et que les connaissances doivent être discutées et méditées pour être comprises.

Garrett, M.T., and Pichette, E.F. (2000). Red as an apple: Native American acculturation and counseling with or without reservation. *Journal of Counseling and Development*, 78(1): 3–13. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02554.x

Garrett et Pichette expliquent comment le racisme institutionnel et d'autres formes d'oppression négative continuent à créer des situations difficiles pour les peuples autochtones. Les auteurs recommandent que les intervenants en santé mentale évitent de formuler des hypothèses, d'être plus attentifs à l'identité et culture autochtones et d'explorer la vision du monde de leur clientèle. Les auteurs proposent ces recommandations pour que les intervenants aident les clients à atteindre le mieux-être en fonction de leurs besoins.

Glen, S. (1995). Developing critical thinking in higher education. *Nurse Education Today*, 15: 170-176.

Glen explique que la pensée critique va au-delà de la résolution des problèmes car il s'agit de mettre en question ses propres vérités et son ouverture à de nouvelles vérités. Elle illustre un cadre d'études supérieures qui comprend des prises de position personnelles, le caractère relatif de sa propre expérience, la sensibilité à d'autres formes de connaissances, l'exercice du jugement critique, la reconnaissance du caractère provisoire et questionnable de son propre jugement et l'approfondissement et l'assimilation de nouvelles connaissances acquises. L'auteur reconnaît différentes catégories de connaissances, d'idéologies et de valeurs qui sont essentielles à la pensée critique.

Goforth, S. (2007). Aboriginal healing methods for residential school abuse and intergenerational effects: a review of the literature. *Native Social Work Journal*, 6: 11–32. Récupéré de : <https://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/handle/10219/392>

Goforth parle du développement actuel d'interventions culturellement pertinentes dans de nombreuses communautés autochtones. De telles interventions pourraient être adaptées au profit d'autres communautés. Afin de mettre pleinement à profit ces interventions, les communautés autochtones doivent disposer des ressources nécessaires. L'auteur reconnaît la diversité et les ressemblances présentes dans les communautés autochtones. En conséquence, les pratiques thérapeutiques doivent être développées au gré de l'évolution de chaque communauté. Goforth recommande l'intégration des pratiques thérapeutiques occidentale et autochtone.

Gone, J.P. (2001). *Affect and its Disorders in a Northern Plains Indian Community: Issues in Cross-cultural Discourse and Diagnosis*. [Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois.] Récupéré de :

http://sitemaker.umich.edu/joseph.p.gone/files/gone_diss.pdf

Gone examine les pratiques culturelles dominantes qui cherchent toujours à influencer les communautés qui ont vécu l'oppression au cours de leur histoire.

Guerin, B. (2010). A framework for decolonization interventions: broadening the focus for improving the health and wellbeing of Indigenous communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(3): 61–83. Récupéré de : http://www.pimatisiwin.com/uploads/jan_2011/03Guerin.pdf

Guerin examine une progression d'interventions nécessaires (période précoce : formation à croisement culturel ; période intermédiaire : ateliers sur la décolonisation ; et période tardive : besoins de soutien populaires). De plus, l'auteur reconnaît le besoin d'évaluer l'efficacité de chacune de ces interventions.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2005). Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de discussion, décembre 2004. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf

Hulme, P.A. (2010). Cultural considerations in evidence-based practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3): 271–280. doi:10.1177/1043659609358782

Hulme explique que les clients doivent avoir le droit de parole dans toutes les décisions parce que le développement d'un système de connaissance de cultures diverses est important pour la sécurité culturelle. Afin d'arriver à des résultats de santé efficaces, les intervenants de la santé doivent avoir la capacité de modifier les services et les interventions selon les besoins du client. L'auteur indique que la reconnaissance de la culture dans les pratiques thérapeutiques est la meilleure façon d'augmenter l'efficacité de nos interventions en santé.

Hunt, L.M. (2005). Beyond cultural competence: applying humility to clinical settings. *Park Ridge Center Bulletin*, 24(3–4): 134–136. Hunt explique comment la compétence culturelle peut nous aider à renforcer les stéréotypes de diverses cultures parce que cette compétence ne s'appuie sur aucun critère explicite. L'auteur propose l'humilité culturelle comme Pierre de gué afin d'encourager l'établissement de relations respectueuses entre le client et l'intervenant en santé afin d'identifier les ressemblances, les différences, les objectifs prioritaires, les buts et les capacités du client. L'auteur encourage également les intervenants en santé à s'engager dans un processus d'acquisition de compétences d'autoréflexion afin de reconnaître les perspectives distinctes du client.

Association des médecins autochtones du Canada (IPAC) et l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) (2009). Compétences de base en santé des Premières nations, des Inuits et des Métis : Un cadre d'étude pour le programme d'éducation médicale de premier cycle. Récupéré de : <http://www.afmc.ca/pdf/CoreCompetenciesEng.pdf>

Ce programme d'étude a été créé pour les étudiants en médecine de premier cycle. The IPAC and AFMC discuss how cultural safety should emphasize self-reflection in order to address the power imbalances that health care workers bring to the client-health care worker relationship.

IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group (2009). *Cultural Safety in Practice: A Curriculum for Family Medicine Residents and Physicians*. Ottawa, ON: Author.

The IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group employs self-reflection as a key skill. As well, participants can begin to reflect on their world view, to observe how it might be different from that of their patients, and to engage in a therapeutic encounter that is Indigenous centred.

Johnstone, M.-J. and Kanitsaki, O. (2007). An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(3): 247–256. doi: 10.1177/1043659607301304

Johnstone and Kanitsaki examine how cultural safety needs to be better understood in order to be effective. In addition, supporting the request for more evidence of cultural safety benefits is needed.

Korhonen, M. (2004). *Helping Inuit Clients: Cultural Relevance and Effective Counselling*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. [Also published in *International Inuit Circumpolar Journal*, 6(s2): 135–138.]

Korhonen compares how the values and relationship factors of effective counselling are similar in traditional Inuit and Western therapeutic methods. Western and traditional Inuit helping correspond, and cognitive/cognitive behavioural approaches especially complement Inuit cultural practice.

Kurtz, D.L.M., Nyber, J.C., Van Den Tillaart, S., Mills, B., Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective (OUAHRC) (2008). Silencing of voice: urban Aboriginal women speak out about their experiences with health care. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1): 53–63. Récupéré de : http://www.naho.ca/jah/english/jah04_01/08SilencingVoice_53-63.pdf

Kurtz et co-auteurs examine how colonial structures and systems (also viewed as structural violence) have contributed to silencing Aboriginal women's voices, which in turn impact the health services they seek. This article is important in affirming the need for a culturally safe environment, such as the accessing health services through a community-based centre. The women using this service acknowledged they felt heard and had more control over their own health care.

Laframboise, S. and Sherbina, K. (no date). The medicine wheel. Récupéré de : <http://dancingtoeaglespiritsociety.org/medwheel.php>

Laframboise et Sherbina discuss the medicine wheel concept in this website. In addition, traditional knowledge is shared on Indigenous philosophies and teachings. The medicine wheel is examined and is understood as one of the oldest teachings of First Nations people. The four "biopsychosocial and spiritual foundation[s]" are described as the "healthy minds (East), strong inner spirits (South), inner peace (West) and strong healthy bodies (North)." Furthermore, the medicine wheel teachings are identified as a mirror of self-reflection.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Maar, M.A., Erskine, B., McGregor, L., Larose, T.L., Sutherland, M.E., Graham, D. Shawande, M., and Gordon, T. (2009). Innovations on a shoestring: a study of a collaborative community-based Aboriginal mental health service model in rural Canada. *International Journal of Mental Health Systems*, 3:27. doi:10.1186/1752-4458-3-27

Marr et ses collègues décrivent le modèle Knaw Chi Ge Win model, an Indigenous mental health care model, as innovative and community-based. They explain how this model has increased access to mental health care in the rural, high-needs area. The authors also explain how sharing of information, protocols, as well as continuous educational support are part of this model. The health care has improved with the integration of Aboriginal and Western therapeutic practices; however, there are challenges to this innovative model including the lack of resources, health information regarding the impact of Aboriginal healing, and outcomes.

Maina, F. (1997). Culturally relevant pedagogy: First Nations education in Canada. *Canadian Journal of Native Studies* 17(2): 293–314. Récupéré de : http://www2.brandonu.ca/library/cjns/17.2/cjns17no2_pg293-314.pdf

Maina discuss the need for educating a disrupted heritage, as well as the skills needed for success. Maina emphasizes the need for educators to learn the colonial history and its impact of First Nations communities.

Marsden, D. (2006). Creating and sustaining positive paths to health by restoring traditional-based Indigenous health-education practices. *Canadian Journal of Native Education*, 29(1): 135–145.

Marsden discusses how acknowledging traditional methods could be used to restore and continue Indigenous health education practices. In addition, knowledge exchange moves beyond differences and disconnections.

McCormick, R.M. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling*, 34(1): 25–32. Récupéré de : <http://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/152/367>

McCormick acknowledges the connection to meaning, family, spirituality, and identity with culture. In addition, Indigenous values such as courage, humility, generosity, and family honour can serve as a preventative and curing agent in a mental health program.

McEldowney, R. and Connor, M.J. (2011). Cultural safety as an ethic of care: a praxiological process. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4): 342–349. doi:10.1177/1043659611414139 • McEldowney et Connor examinent from a postmodern perspective the concept of cultural safety and integrate a new theoretical model as an ethic of care. The authors note the importance of health care workers to take responsibility for their own culture and its effect on populations from other cultures. In addition, they emphasize ethical decision making as an important skill that will enable the health care worker to seek out a fair outcome for the client.

Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. In *Fostering Critical Reflections in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Francisco, CA: Jossey-Boss, pp. 1–20. Récupéré de :

<http://www.graham-russell-pead.co.uk/articles-pdf/critical-reflection.pdf>

Mezirow est professeur d'adult learning and has written many books on the subject, which have won numerous awards. This current book examines critical reflection and how it is important to learning. Critical reflection challenges our beliefs in our previous perceptions and allows one to give adequate meaning to encounters with the world and self. Emancipatory education challenges beliefs and offers new ways of seeing and understanding.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) (2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa, ON: Author. Récupéré de :

<http://www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf>

L'Organisation nationale de la santé autochtone created a cultural competency and safety guide for Health Care Administrators. It states that the health care worker needs to have the ability to be compassionate, sensitive, and empathic to be culturally competent. In addition, the health care worker must also be willing to incorporate the necessary accommodations to bridge the power relationship between the health care worker and the client. Furthermore, learning the client's cultural environment as well as appreciate its diversity is the onus of the health care worker. The health care worker must understand the diverse social determinants of health that impact the health of their client in order to be culturally competent.

National Center for Cultural Competence (2004). *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs*. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development. Récupéré de : http://nccc.georgetown.edu/documents/Cultural_Broker_Guide_English.pdf • Le Centre national pour la compétence culturelle parle de discuss the need to increase the cultural and linguistic competence of health care and mental health programs.

This guide was created to assist with cultural competency programming and training. The concept discussed is cultural brokering which is defined as a “negotiator” position that could bridge or link the gap of health care worker and clients of diverse cultural heritage. One key concept in this manual is the idea of self-determination, where the client determines their own needs and decision-making.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Assemblée des Premières Nations (APN), Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et First Nations and Inuit Health Branch (FNIB) (2011). *Honouring our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada*. Ottawa, ON: Health Canada. • The National Native Addictions Partnership Foundation, the Assembly of First Nations, and the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada partner together to renew the National Native Alcohol and Drug Abuse Program with a culturally relevant drug strategy.

New Zealand Psychologists Board (2009). *Guidelines for Cultural Safety: The Treaty of Waitangi and Māori Health and Wellbeing in education and Psychological Practice*. Wellington, NZ: Author. Récupéré de : http://www.psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=83 • The New Zealand Psychologists Board created guidelines for New Zealand students studying psychology. The authors emphasize the importance of recognizing and respecting the Maori as a diverse population. In addition, there are a number of learning outcomes, such as allowing clients to be involved in their health outcomes and noting that cultural safety is more about self-reflection and the experiences of clients.

Papadopoulos, I. Tilki, M., and Taylor, G. (1998). *Transcultural Care: A Guide for Health Care Professionals*. London, UK: Quay Books. • Papadopoulos et ses collègues examinent cultural competence as a model of four stages: the first stage is cultural awareness, the second stage is cultural knowledge, the third stage is cultural sensitivity, and the fourth stage is cultural competence. This model acknowledges critical reflection, power imbalances, respect for diverse cultures, and communication skills that are needed in order to be culturally competent.

Papps, E. (2005). Chapter 2 — Cultural safety: daring to be different. In D. Wepa (ed.). *Cultural safety in Aotearoa New Zealand*. Auckland, NZ: Pearson Education New Zealand, pp. 20–28.

Papps discuss cultural safety and how it is important to the health care system. Self-reflective practices are important to cultural safety.

Petrucka, P., Bassendowski, S., Bourassa, C. (2007). Seeking paths to culturally competent health care: lessons from two Saskatchewan Aboriginal communities. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(2): 166–182.

Petrucka et ses collègues examinent cultural competency and discuss how it is about relationship building because the values, trust, respect, communication, and understanding are vital components needed to achieve cultural competency. In addition, they note that involving community elders is an example of relationship building.

Pockett, R. and Giles, R. (eds.) (2008). *Critical Reflection: Generating Theory from Practice: The Graduating Social Work Student Experience*. Sydney, AU: Darlington Press.

Pockett et Giles examinent the importance of critical reflection to create “new professional knowledge.” In addition, critical reflection could improve the health care by creating knowledge based on their own experiences. Consequently, critical reflection will assist health care workers to “find ways to act more responsibly in uncertain environments.” (viii).

Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2): 7–15. [Previously published in *Transcultural Nursing*, 2002, 13(3): 193–196. doi: 10.1177/10459602013003006]

Purnell presents an overview of the Purnell Model for Cultural Competence framework. This model is a holistic framework that assists health care professionals in understanding the culture of their clients (e.g., how a client views high-risk behaviours). This framework is useful for assessing, planning, implementing, and evaluating interventions.

Ramsden, I. (1996). The Treaty of Waitangi and cultural safety: the role of the treaty in nursing and midwifery education in Aotearoa. In Nursing Council of New Zealand, *Guidelines for cultural safety in nursing and midwifery education*. Wellington, NZ: NCNZ.

Ramsden educates on the issues of health care workers who work with Indigenous clients. In addition, Ramsden discusses the importance of the Treaty of Waitangi and its role in ensuring cultural safety. In this report, cultural safety is identified as being more than ethnicity, it is inclusive of age, gender, sexual orientation, etc. and focuses on “everyone has a culture” theory. Furthermore, by understanding the Treaty of Waitangi, the health care provider will understand the historical context of the Maori. Finally, linking cultural safety and The Treaty of Waitangi as being one component of Maori wellbeing.

Rigby, W., Duffy, E., Manners, J., Latham, H., Lyons, L., Crawford, L., and Eldridge, R. (2011). Closing the gap: cultural safety in Indigenous health education. *Contemporary Nurse*, 37(1): 21–30. doi: 10.5172/conu.2010.37.1.021

Rigby and colleagues examine cultural safety in Indigenous health education. They recommend that teaching tools should not be lengthy, have a flexible approach to learning and teaching, and increase the role of community elders. In addition, group identity and cohesion were key issues when addressing cultural safety. The authors note that there are differences within the same cultural group depending on their geographic locations.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Roberts, A. (2008). Challenging borders and barriers: cultural competence must embrace anti-oppression frameworks. *Crosscurrents: The Journal of Addiction and Mental Health*, 11(3): 16. • Roberts examine how racism has impacted on health care access. She states that systemic discrimination is often reflected in the system of mental health care. There are a number of challenges related to systemic racism, such as limited access to language interpretation services, cultural misinterpretation, clinician neutrality, inadequate training, over-reliance on Eurocentric therapies and models of care, emphasis on evidence-based practice, and scarcity of funding for ethno-racial services. In this article, Dr. Kwame McKenzie, CAMH, states the importance of taking a systemic approach, being advocates, and being innovative with the needs of the communities.

Sen, G. and Ostlin, P. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It. Final Report to the WHO Commission of Social Determinants of Health. Récupéré de :

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

Sen et Ostlin explore the inequity of the health care systems and structures among women. This report identifies why this inequity exists and how it could be rectified by addressing women's rights to health.

Smye, V. and Browne, A.J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3): 42–56.

Smye et Browne examine how colonization has had a devastating impact on Indigenous people, so understanding the health and social relations and practices are shaped by dominant organizational, institutional, and structural conditions. The authors recommend examining the unequal power relations and the social and historical processes that organize these relationships. In addition, the authors suggest the issues of institutional racism and discrimination that continue to shape the provision of health care for Aboriginal people in Canada should be critically assessed.

Stout, M. Dion and Downey, B. (2006). Nursing, Indigenous peoples and cultural safety: so what? now what? *Contemporary Nurse*, 22(2): 327–332. doi: 10.5172/conu.2006.22.2.327

Stout et Downey examine the concept of "self-determination" and the utilization of traditional knowledge and medicines among Indigenous people as not just "nice to know" but a critical area of awareness and understanding that needs to be captured in educational curricula. They encourage the need for champions in learning institutions who can break down the barriers that hinder development and integration of such curricula. This will ensure that the curricula are grounded in an accurate historical perspective consistent with the experience of Indigenous populations.

Tait, C.L. (2008). Ethical programming: towards a community-centred approach to mental health and addiction programming in Aboriginal communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(1): 29–60. Récupéré de : <http://www.pimatisiwin.com/uploads/445206868.pdf>

Tait argues that guidelines involving Aboriginal communities should be grounded in Aboriginal epistemologies and world views. In addition, the mental health and addiction programming should focus on strengths of both Western and Aboriginal knowledge.

Tervalon, M. and Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2): 117–125. doi: 10.1353/hpu.2010.0233 • Tervalon and Murray-Garcia argue that understanding the health beliefs and practices of clients are vital to cultural safety. In addition, an evaluation of the cultural competency training taken by health care workers should be done, as some make the assumption they are culturally competent just because they had the training. The authors note that health care workers need to be flexible and humble in order to let go of their own biases and assumptions. They also note that cultural humility ensures there is a less controlling, less authoritative style when communicating with clients.

The Royal Australian College of General Practitioners. (2010). Cultural Safety Training: Identification of Cultural Safety Training Needs. South Melbourne, AU: Author. Récupéré de : <http://goo.gl/cqiGL> • This project provides best practices for cultural safety training for health care workers. One of the main aspects of this article is the need for an evaluation of cultural safety training programs to ensure that cultural safety is taught adequately and health care workers grasp the concepts. The recommendations from this article are to use adult-style learning principles, engage participants, relate the topic to participants, allow participants to see the relevance, and ensure participants feel they are in control of their learning environment.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Towland, C. (2010). Cultural competence in social care and health. Récupéré de : <http://ezinearticles.com/?Cultural-Competence-in-Social-Care-and-Health&cid=4747156>

This article is grey literature on cultural competence and culture. The author states that in order for a health care worker to be cultural competent, a range of knowledge, understanding, values, attitudes, and skills are required. Some examples include the knowledge and understanding about self, concepts of culture, and cultural knowledge; the values and attitudes about celebrating diversity and respecting individuality; and the skills of cultural communication and assessment. There is an emphasis on having health care workers visualize how these skills relate to their practice and self-reflection.

Trimble, J.E. (2010). Bear spends time in our dreams now: Magical thinking and cultural empathy in multicultural counselling theory and practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3): 241–253. doi: 10.1080/09515070.2010.505735

Trimble explains how promoting cultural empathy is important to cultural safety. Cultural empathy is defined as a continued learning skill that acknowledges the world views of other cultures. The author also states that having respect for clients, establishing a good rapport with them, as well as being less judgmental will assist in cultural safety. Furthermore, health care workers should acknowledge that cultural world views are profound in many Aboriginal clients and, therefore, should modify conventional approaches and practices to suit the cultural world views of their clients. Health care workers should also gather knowledge from the communities in order to gain a better understanding of their clients' environments.

Mawhiney, A. and Nabigon, H. (2010). "Aboriginal Theory: A Cree Medicine Wheel Guide for Healing First Nations in Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches. Turner, F.J. (ed.) Fourth edition. Oxford, UK: Oxford University Press. [First published in 1996 by New York, NY: The Free Press.]

Mawhiney and Nabigon discuss the Aboriginal approach to healing using the medicine wheel. The authors explain the significance to relationship to self, others, and the land. Humility is a value that is part of the Cree way of being.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2001). UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. Récupéré de : http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.htm

Union of Ontario Indians. (2009). Through the Eyes of a Child: First Nation Children's Environmental Health. Récupéré de : <http://www.anishinabek.ca/download/Through%20the%20Eyes%20of%20a%20Child%20-%20FN%20Enviro%20Health.pdf>
In the Union of Ontario Indians website,

Walker, R. and Sonn, C. (2010). Working as a Culturally Competent Mental Health Practitioner. In N. Purdie, P. Dudgeon, and R. Walker (eds.). *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*. Canberra: AU: Commonwealth of Australia, pp. 157–180. Récupéré de : http://www.ichr.uwa.edu.au/files/user5/Working_Together_book_web_0.pdf

This chapter discusses that culturally competency requires more than becoming culturally aware or practising tolerance; rather, it is the ability to identify and challenge one's own cultural assumptions, values, and beliefs. In addition, developing empathy and connected knowledge, including the ability to see the world through another's eyes, are important to cultural competent.

Walker, R., Cromarty, H., Kelly, L., and St. Pierre-Hansen, N. (2009). Achieving culturally safety in Aboriginal health services: implementation of a cross-cultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care*, 6(1): 11–22.

Walker and colleagues examine how cultural competency is defined by the health worker where cultural safety is defined by the client. They note that cultural safety must include the perspectives of the clients in all service delivery and interventions.

Walker, R., Cromarty, H., Linkewich, B., Semple, D., St. Pierre-Hansen, N., and Kelly, L. (2010). Achieving Cultural Integration in Health Services: Design of Comprehensive Hospital Model for Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1): 58–69. Récupéré de : http://www.naho.ca/documents/journal/jah06_01/06_01_06_Cultural_Integration_in_Health_Services.pdf

Walker and co-authors discuss cultural competence and how it is integrated in many health care systems to address the health inequities.

Williams, R. (1999). Cultural safety - what does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2): 213–214.

Williams examines how cultural safety needs to begin with critical reflection. Cultural safety programs are needed to enhance health care services and promote effective service delivery. One effective way to encourage cultural safety is to use an action research framework based on critically reflective questions.

Bibliographie commentée de la sécurité culturelle de la FANPLD

Woods, M. (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. *Nursing Ethics*, 17(6): 715–725. doi: 10.1177/0969733010379296

Woods identifies a model that illustrates the connection between the social and ethical components of cultural safety. Cultural safety is based on individual and collective self-sufficiency, social justice, and the values of empowerment, trust, and respect. The author notes how a client's identity and autonomy are important to cultural safety, as well as being flexible to cultural norms. The mental health worker should be inclusiveness and culturally responsive to a client's differences rather than respond with one's own assumptions. Cultural safety addresses the power and control within a society and acknowledges that all individuals have the right to health care even if it is not mainstream health care.

Zolner, T. (2003). Considerations in Working with Persons of First Nations Heritage. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 1(2): 41–58. Récupéré de : <http://www.pimatisiwin.com/uploads/1437201498.pdf>

Zolner examines how collaboration with front-line workers could assist in the development of culturally competent assessment practices.



