

Projet Abinodjic

Pratiques efficaces d'accompagnement et
d'intervention pour les enfants autochtones de
0 à 5 ans en situation de vulnérabilité dans la
MRC Vallée-de-l'Or

Fiche d'information

Le concept de sécurisation culturelle : origine et portée

Carole Lévesque, professeure, Institut national de la recherche scientifique
Ioana Radu, candidate au doctorat, Université Concordia
Mélissa Sokoloff, candidate au doctorat, Université de Montréal

Institut national de la recherche scientifique
Montréal
2014



Table des matières

1. Mise en situation
 - 1.1 Définitions
 - 1.2 Interprétations du concept en Nouvelle-Zélande et au Canada
 - 1.3 « Sécurisation » ou « sécurité » culturelle
2. Comment assurer la sécurisation culturelle?
3. Comment instaurer un environnement culturellement sécuritaire?
 - 3.1 Quelles sont les dimensions du système de santé ciblées?
 - 3.2 Quelles sont les compétences ciblées?
 - 3.3 Quels cadres professionnels sont ciblés?
4. Retombées

Bibliographie

Fiche d'information

Le concept de sécurisation culturelle : origine et portée

1. Mise en situation

La notion de « sécurisation culturelle » (*cultural safety*) a été développée en Nouvelle-Zélande dans les années 1980, dans le contexte des soins infirmiers relatifs aux Maoris. La professeure en soins infirmiers Irihapeti Ramsden, elle-même maorie, a écrit substantiellement sur le sujet et l'a fait connaître sur la scène internationale (Ramsden 2002; Wepa 2005). Elle a construit ce concept dans sa thèse doctorale en 2002 (voir encadré 1), à partir de sa propre expérience comme infirmière et enseignante. Cette notion a pris forme en réponse à des préoccupations alarmantes sur la santé des Maoris et à leur mécontentement face à des services de santé jugés non culturellement sécuritaires. Ces pratiques non sécuritaires correspondaient à « any action, which diminishes, demeans or disempowers the cultural identity and well-being of an individual » (NCNZ 2011: 7). Initialement appliqué à l'enseignement des soins infirmiers et ayant trait à l'interaction intervenant-patient, le concept de sécurisation culturelle est aujourd'hui mis en œuvre sur différentes échelles du système de santé au Canada et ailleurs, tels que les procédures d'intervention et les politiques publiques.

1.1 Définitions

Les définitions de la sécurisation culturelle retenues par le gouvernement canadien en 2007, seulement disponibles en anglais, prennent appui d'une part, sur le sentiment de sécurité culturelle dans la relation client-professionnel, et d'autre part, sur les répercussions de la colonisation dans les politiques de santé, la recherche, l'éducation et les pratiques relatives aux Autochtones (voir encadré 2).

Selon le Conseil canadien de la santé (2012), la sécurisation culturelle vise à « bâtir la confiance avec les patients autochtones » en « reconnaissant le rôle des conditions socio-économiques, de l'histoire et de la politique en matière de santé » (voir encadré 3). La sécurisation culturelle se distingue de la compétence culturelle qui vise plutôt à « créer un milieu de soins de santé dépourvu de racisme et de stéréotypes, où les Autochtones sont traités avec empathie, dignité et respect ».

De façon générale, les principaux auteurs ou organisations concernées (Brascoupé et Waters 2009, CCS 2012, ONSA 2008, Ramsden 2002, Wepa 2005) s'entendent pour dire que la sécurisation culturelle dans les soins de santé va au-delà de la sensibilité et de la compétence culturelles, puisque ces derniers concepts relèvent plutôt du pouvoir du professionnel; la sécurisation culturelle pour sa part, repose sur l'expérience de la personne recevant les soins, cette dernière détenant le pouvoir d'évaluer le succès de l'interaction. Par contre, la responsabilité de créer un espace sécuritaire et une relation de confiance repose sur le professionnel. Par exemple, Brascoupé et Waters (2009) attirent l'attention sur le risque de confondre la sécurisation culturelle et la compétence culturelle, lorsque la première notion est entendue seulement comme connaissance détenue par le professionnel, et non comme étant à la source dans un premier temps d'un changement d'attitude chez le prestataire de services et, dans un deuxième temps, d'un changement dans la dynamique de pouvoir au sein de l'interaction entre le professionnel et le patient autochtone.

Pour sa part, Ramsden (2002) aborde la sécurisation culturelle comme l'aboutissement d'un cheminement personnel sur sa propre culture, qui débute par la sensibilité culturelle envers l'ethnicité du patient et se développe avec une attention croissante au regard de la justice sociale, du pouvoir du personnel infirmier, des préjugés et des attitudes. Ainsi, plutôt que d'aborder l'interaction de façon paternaliste en concentrant le pouvoir entre les seules mains du professionnel, **la sécurisation culturelle se construit sur le résultat de l'interaction, laquelle est évaluée par la personne autochtone qui reçoit le soin**. En l'abordant comme un résultat, la sécurisation culturelle propose un changement de paradigme qui reconnaît le pouvoir de la personne qui reçoit le soin (Ball 2009, Brascoupe et Waters 2009, CCS 2012).

La majorité des auteurs s'accorde toutefois pour souligner l'importance, pour les professionnels de la santé, d'acquérir des connaissances de base à propos des Peuples autochtones afin de développer d'abord une compétence culturelle adaptée à la spécificité de chaque personne. Le Conseil canadien de la santé (2012) affirme que la compétence culturelle permet effectivement de « mieux reconnaître les répercussions de l'histoire sur les Autochtones et [d'] adapter leurs soins pour qu'ils répondent plus efficacement aux besoins distincts de leurs patients » (2012 : 5). Dans la foulée, la « sécurisation culturelle se produit quand les Autochtones sentent qu'ils peuvent faire confiance à leurs prestataires de soins, en raison de ses efforts de compétence culturelle » (2012 :5).

Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), la sécurisation culturelle en contexte autochtone réfère à **une rencontre biculturelle entre un professionnel et un patient, autochtones ou non-autochtones, centrée sur le patient** (ONSA 2008 : 4) : « La sécurité culturelle dans un contexte autochtone exige une communication efficace et compétente par les éducateurs/praticiens, professionnels, autochtones ou non autochtones, avec le patient dans le contexte social, politique, linguistique, économique et spirituel propre au patient ». Ce concept s'éloigne donc des pratiques transculturelles et du multiculturalisme qui tendent à négliger les caractéristiques propres du patient, en privilégiant des caractéristiques culturelles générales ou universelles, ce qui peut contribuer à exacerber les préjugés. D'ailleurs, Ramsden (2002) souligne que, dans une perspective de sécurisation culturelle, la prestation de soins se fait *en respectant* les différences culturelles plutôt qu'*indépendamment* de ces différences, comme le favorise la perspective biomédicale occidentale. Cela implique une compréhension constructiviste de la culture comprise comme étant un processus relationnel complexe, diffus et subjectif qui se construit à travers l'histoire, l'expérience, le genre et la position sociale des concitoyens (ANAC 2009). Entre autres, la sécurisation culturelle repose sur une critique postcoloniale des écarts de pouvoir dans les rapports professionnel-client, dans le système de la santé et plus largement dans la société.

Ultimement, une compréhension constructiviste de la culture et une perspective critique postcoloniale vise à contrer et à réduire les inégalités sociales structurelles, et dans le domaine de la santé et services sociaux, à contrer les obstacles à la prestation des services, y compris les politiques, procédures et pratiques. Le client est alors impliqué dans la prestation de services et évalue le succès de l'interaction.

Encadré 1 : Développement du concept en Nouvelle-Zélande

La thèse doctorale de Ramsden (2002) est devenue une référence internationale sur la sécurisation culturelle (Wepa 2005). Sa recherche qualitative comporte une narration privée de son histoire personnelle en tant que Maorie, avec 23 ans de pratique comme infirmière, puis seize ans comme professeure dans ce domaine. Une deuxième partie consiste en une narration publique sur le développement du concept. Les outils méthodologiques utilisés sont l'historiographie, l'autobiographie topique réflexive, la théorie sociale critique, des entrevues formelles et leur analyse, ainsi que l'analyse féministe. Les éléments catalyseurs menant au développement de ce concept dans les années 1970 et 1980, peu avant que Irihapeti Ramsden commence à enseigner en sciences infirmières en 1988, ont été l'attention croissante dans la société sur les effets du néo-colonialisme sur la santé des Maoris en Nouvelle-Zélande, liés au Traité de Waitangi signé en 1844 entre le hapu maori et la Couronne Britannique. Les préoccupations principales des Maoris portaient sur le territoire, l'éducation, le bien-être et la santé. Le terme *cultural safety* a été utilisé pour la première fois en 1988 par une étudiante originaire de Te Arawa de première année en sciences infirmières (Ramsden 2002 : 92-93) : "Although shy because of the status of other participants, she had been listening carefully to the talk and to the language being used. Finally she rose to her feet and said that legal safety, ethical safety, safe practice/clinical base and a safe knowledge base were all very well to expect from graduate nurses, "but what about Cultural Safety?" La problématisation du concept a traversé quatre phases de développement et de définition entre 1988 et 2001.

1988 à 1991 : Au départ, le but était d'une part, d'identifier comment les services de santé pouvaient traiter plus efficacement la santé du peuple Maori qui était en plus mauvais état, et d'autre part, de donner suffisamment de connaissances pour analyser les situations historique, politique, sociale et économique qui continuaient à avoir un impact sur la santé des Maoris. L'éducation en regard au Traité de Waitangi, qui ne faisait pas partie du système scolaire de l'État, était donc centrale. Ramsden proposait en 1989 d'incorporer des valeurs biculturelles dans l'éducation en soins infirmiers. En 1990, le concept portait sur la sécurité des Maoris comme étudiants et infirmiers, puis comme consommateurs des soins. À la fin de 1991, la Nursing Council of New Zealand a considéré obligatoire la *cultural safety* dans 20% du cursus en soins infirmiers et de sages-femmes, lequel a été intégré dans 15 écoles.

1992 à 1994 : Le concept a été raffiné et mieux ancré. Un sens plus large que l'ethnicité a été donné à la notion de 'culture'. Le concept a été étendu à d'autres soins de santé, puis à des aspects communs aux expériences de colonisation des autres Indigènes du monde. En 1993 un scandale a éclaté dans les médias concernant l'évaluation de la *cultural safety* en soins infirmiers, puis un autre en 1994, ce qui a permis de raffiner le concept au niveau de l'éthique dans les soins et de toucher le sujet de l'éducation au niveau du secondaire, en réponse à des échecs de plusieurs Maoris.

1995 à 1998 : Cette période est marquée par de la turbulence politique et des commentaires publics. Les débats dans les médias des années précédentes ont débouché sur une réponse politique de la Nursing Council of New Zealand et de Education and Science Select Committee du gouvernement. Un deuxième guide sur la *cultural safety* est paru en 1996, avec une perspective moins provocatrice et plus large des problèmes sociaux, avec moins d'emphase sur le Traité de Waitangi.

1999 à 2001 : Le concept a été redéfini en accordant un rôle central au lien de confiance dans les soins et en le distinguant des soins infirmiers transculturels.

Dr. Ramsden a pu compléter sa thèse juste avant sa mort à l'âge de 57 ans due au cancer du sein (Koptie 2009). En 2007, le cursus des cours universitaires en soins infirmiers et de sages-femmes comprenait une gradation partant de la sensibilité culturelle en première année, vers la compétence culturelle, puis la sécurisation culturelle (Wepa 2007).

Encadré 2 : Définition de la sécurisation culturelle par le gouvernement canadien (2007)

L'expression « cultural safety » est traduite par « sécurisation culturelle » en français, et correspond à ces deux définitions, seulement disponibles en anglais :

1. Cultural safety is a term that originated in the nursing profession in New Zealand. Common definitions focus on participants (whether clients or workers) feeling safe; feeling they can express their cultural identity; feel respected and listened to (Zon *et al.* 2004).
2. Cultural safety draws our attention to the social, economic, and political position of certain groups within society, such as the Maori people in A/NZ [Australia/New Zealand] or Aboriginal peoples in Canada. Cultural safety reminds us to reflect on the ways in which our health policies, research, education, and practices may recreate the traumas inflicted upon Aboriginal peoples (University of Victoria Continuing Studies n.d.).

Encadré 3 : La sécurisation culturelle et les soins culturellement sécuritaires

La sécurisation culturelle :

- est un résultat, défini et vécu par ceux qui reçoivent un service – ils se sentent en sécurité;
- repose sur une participation respectueuse qui peut aider les patients à trouver la voie de leur mieux-être;
- s'appuie sur une compréhension du déséquilibre de pouvoir inhérent à la prestation des services de santé, de la discrimination institutionnelle et de la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans le système et dans le domaine de l'éducation;
- exige que nous reconnaissons que nous sommes tous porteurs de culture; il y a une réflexion personnelle à faire sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs.

Les soins culturellement sécuritaires :

- exigent la création de liens de confiance avec les patients autochtones et la reconnaissance des effets des conditions socio-économiques, de l'histoire et des politiques sur la santé;
- appellent à communiquer avec respect pour les croyances, les comportements et les valeurs des patients;
- permettent aux clients ou aux patients d'être partenaires dans le processus décisionnel.

1.2 Interprétations du concept en Nouvelle-Zélande et au Canada

Étant donné que la sécurisation culturelle renvoie aux structures de pouvoir existantes au sein de la société dominante, ce concept a des ramifications sur des problématiques politiques plus larges, qui peuvent être menaçantes à l'échelle de la société dans son ensemble. Ramsden (2002) propose une lecture large de ce concept, basée sur les états communs des communautés autochtones internationales, en abordant leurs pauvretés tant culturelle qu'économique comme résultantes de leurs expériences communes de colonisation. En Nouvelle-Zélande, lorsque le terme avait été discuté initialement par la société civile et le gouvernement, il avait été proposé de le changer avec un terme moins chargé sur le plan politique, sans diminuer sa signification et sa portée. Cependant plusieurs Maoris ont rejeté cette proposition, affirmant que la sécurisation culturelle « *is and must be seen as a challenge [italiques originaux], to effect real change in the delivery of medical and government services* » (Brascoupé et Waters 2009 : 28).

Au Canada, les pratiques de sécurisation culturelle couvrent plusieurs secteurs d'activités selon le Conseil canadien de la santé (2012a) : 1) la transformation systémique; 2) la collaboration qui renforce la capacité; 3) les connaissances qui transforment les pratiques; 4) les services adaptés à la culture qui répondent aux besoins; et 5) les recherches qui permettent de renforcer la capacité et un processus décisionnel probant (Brascoupé et Waters 2009).

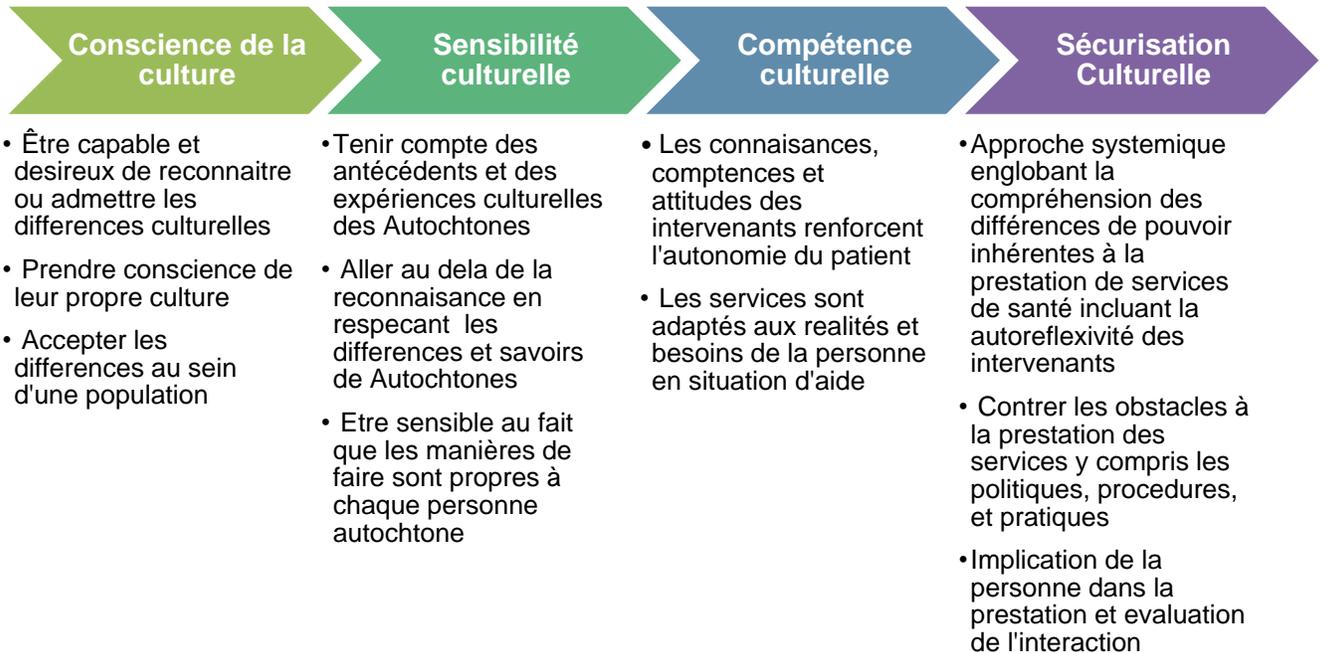
1.3 « Sécurisation » ou « sécurité » culturelle?

Adapté du contexte de soins infirmiers, le terme « sécurité » désigne « la réduction et l'atténuation des effets des actes dangereux posés dans le système de santé et l'utilisation de pratiques exemplaires éprouvées comme produisant des résultats optimaux pour le patient » (ICSP 2012). Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'ultime résultat est un système de santé fiable. Dans cette optique, et comme le souligne Ramsden (2002), la sécurisation culturelle repose sur la responsabilité des professionnels à maintenir tous les aspects de la sécurité de patients, incluant une interaction digne de confiance.

Les termes « sécurisation » ou « sécurité » culturelle peuvent être interchangeables comme traduction de « cultural safety » puisqu'ils recouvrent la même signification. Le gouvernement canadien (2007) a retenu l'expression « sécurisation culturelle » en se basant sur l'origine du concept dans le contexte relatif aux Maoris et l'a adapté à la situation des Peuples autochtones du Canada en tenant compte des séquelles systémiques consécutives à la colonisation. Cela dit, l'expression « sécurité culturelle » était utilisée par ONSA (2008) en référence au contexte historique de la Nouvelle-Zélande comprise comme étant « une théorie qui préconise le concept d'autodétermination et de décolonisation du peuple maori dans le contexte d'une double culture » (2008 : 3). Le Conseil canadien de la santé (2012a) s'est basé sur les travaux de l'ONSA pour définir la « sécurisation culturelle » en la distinguant de la compétence culturelle, ce qui est en accord avec la littérature (Brascoupé et Waters 2009, Ramsden 2002, Wepa 2005).

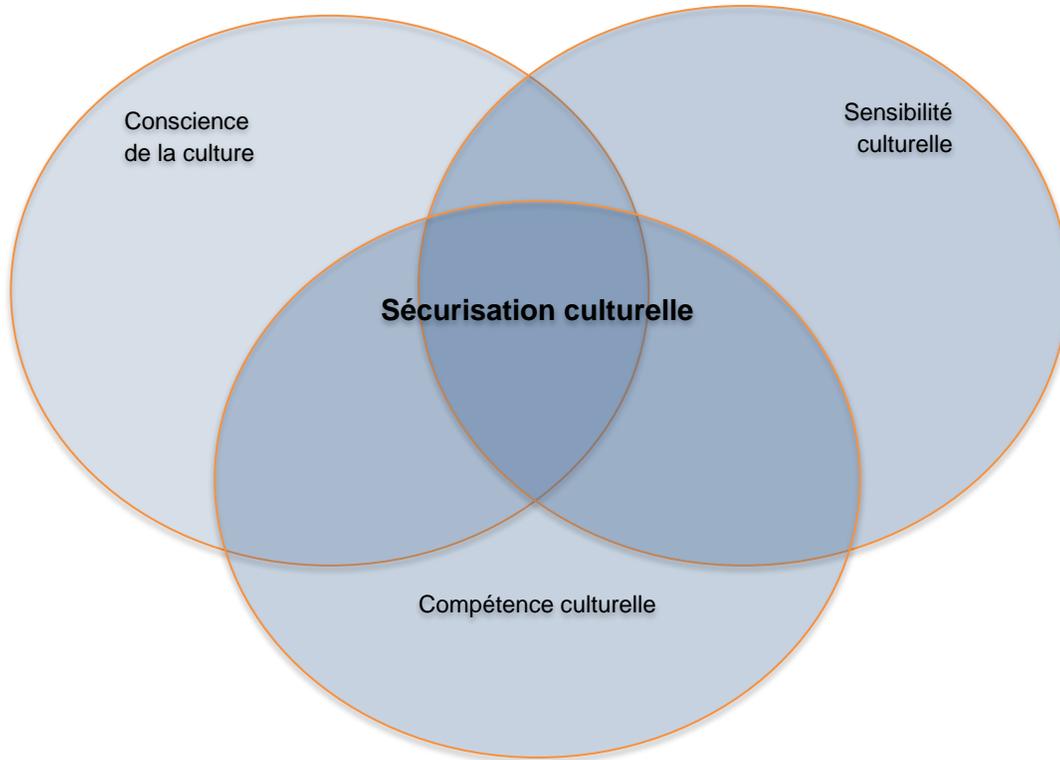
2. Comment assurer la sécurisation culturelle?

Selon le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA 2013), la sécurisation culturelle repose sur un continuum d'éléments constitutifs qui débute avec la prise de conscience de la culture et qui débouche sur la sécurisation culturelle. Le schéma en bas résume ce concept selon le CCNSA :



Source : CCNSA 2013

En somme, pour installer un cadre de sécurisation culturelle, les trois composantes doivent être présentes. Ainsi, on comprend la sécurisation culturelle comme un rapprochement entre l'intervenant et la personne en situation d'aide qui se développe à travers un processus continu d'autoréflexion et un dialogue intersubjectif. Un tel partenariat entre la personne en situation d'aide et le professionnel vise à produire un changement de mentalité et comportement chez le professionnel. Les compétences en matière de sécurisation culturelle permettent aux clients d'identifier de quelle manière les services peuvent être mieux adaptés à leurs besoins.

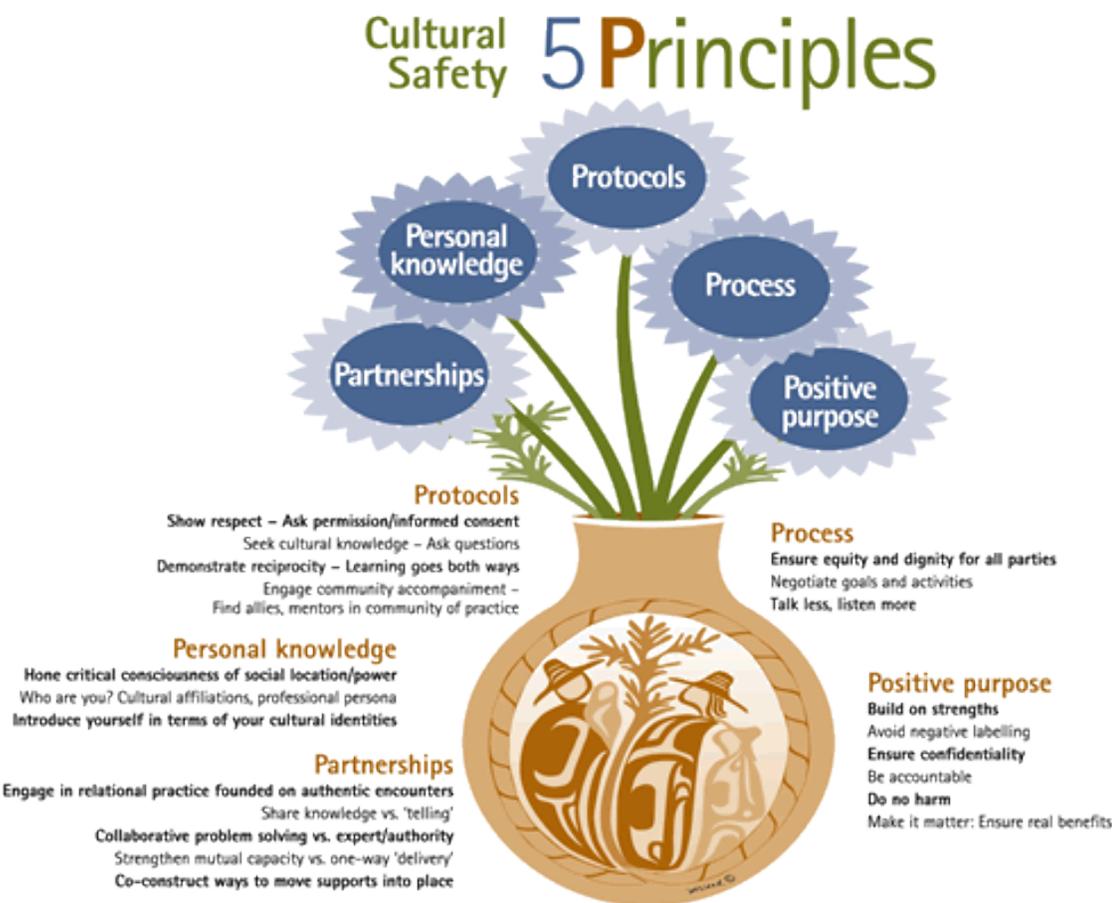


Cette interaction a des bénéfices non seulement pour la relation intervenant-client, mais elle se répand dans le système de santé en passant par des services adaptés, les pratiques de prestation de soins, les procédures, jusqu'aux politiques publiques en santé et services sociaux. Sur le plan individuel du professionnel, le partenariat lui facilite une autoréflexion sur son propre positionnement, la capacité de démanteler ses préjugés et de les remplacer avec des compétences qui conduisent à l'action concertée au bénéfice des clients.



Source: Adapté de *Negotiated and Equal Partnership Model* (Cooney 1994 et Coup 1996; cité dans Ramdsen 2002: 113)

Finalement, Ball (2009) a développé cinq principes de pratique qui conduisent à la sécurisation culturelle



Protocoles	Se familiariser avec et respecter les formes culturelles d'engagement.
Savoirs personnelles	Prendre conscience de sa propre identité culturelle, l'emplacement socio-historique en ce qui concerne les bénéficiaires des services, des engagements préalables à certaines croyances et façons de conceptualiser les choses comme la santé et le bien-être. Être prêt à partager des informations sur soi-même si cela va aider à créer l'équité et la confiance.
Partenariats	Promouvoir la pratique de collaboration dans laquelle ceux qui cherchent de l'aide sont également accueillis dans une approche de résolution conjointe de problèmes comme supports de l'information importante et de savoir-faire.
Processus	S'engager dans un apprentissage mutuel, fréquente vérification de faits pour s'assurer que les plans d'action proposés sont cohérents avec les valeurs, les préférences et les modes de vie de bénéficiaires de services.
Objectif positif	S'assurer qu'il y a une bonne probabilité que des mesures positives pour parvenir aux objectifs du destinataire de services peuvent être prises et que celles-ci sont susceptibles d'être bénéfiques.

Pour illustrer le processus présenté plus haut voici quelques exemples adaptés du CCNSA (2013):

Élément	Scénario	Absence de l'élément	Présence de l'élément
Conscience de la culture	Deux infirmières organisent une clinique de vaccination d'une journée dans un bureau métis local. Elles ne voient pas la nécessité de modifier leur façon de procéder et même si certaines personnes sont sensibles à la vue des aiguilles, elles sont persuadées que leur formation est suffisante pour aider les participants à se sentir à l'aise.	Les infirmières remarquent la diversité culturelle des personnes qui se présentent et expliquent rapidement que la clinique est strictement réservée aux Métis. Elles invitent ceux qui ne sont pas Métis à se rendre à la clinique sans rendez-vous pour se faire vacciner. Un participant se dit insulté et explique que tous appartiennent à la communauté métisse. Bien qu'elles s'excusent rapidement de leur erreur, plusieurs participants se sentent exclus et décident donc de ne pas se faire vacciner.	Les infirmières décident de naviguer sur Internet pour en savoir davantage sur le peuple Métis avant d'installer la clinique. Elles apprennent à quel point les Métis sont diversifiés et le jour où la clinique a lieu, elles ne sont pas surprises de la diversité apparente des participants. Plutôt que de leur dire d'attendre en ligne, elles invitent les gens à entrer quand ils le souhaitent. De plus, le fait de voir plusieurs membres de leur communauté au même endroit aide les personnes âgées et les enfants à se sentir plus détendus et plus à l'aise. Ce sont de petits changements, mais ils sont importants et en conséquence, plusieurs personnes disent à quel point elles trouvent pratique que la clinique vienne à eux et à quel point elles l'apprécient.
Sensibilité culturelle	Un jeune couple attend son premier enfant et a rendez-vous pour visiter le centre de naissance de l'hôpital, qui est le seul de la région. Ils espèrent que leurs mères respectives seront présentes lors de la naissance de leur premier petit-enfant et ils veulent organiser une cérémonie d'accueil après la naissance du bébé.	Le couple verbalise son inquiétude concernant l'espace limité de la salle d'accouchement. Ils demandent à l'infirmière s'il y a une autre pièce dans laquelle pourrait se tenir une cérémonie de purification par la fumée. L'infirmière répond au couple que cette cérémonie n'a jamais été autorisée à l'hôpital. Comme il s'agit du seul hôpital de la région, ils sont tristes à l'idée que leur enfant ne reçoive pas un accueil traditionnel et envisagent l'accouchement à domicile bien qu'ils habitent loin de l'hôpital. L'autre solution qu'ils envisagent plutôt que d'accoucher à domicile (ce qui pourrait être dangereux s'il y avait un problème) est d'accoucher dans un hôpital qui est plus sensible à leurs besoins, mais qui se trouve plus loin de chez eux. Accoucher dans un hôpital plus éloigné signifierait que tous les membres de leur famille ne pourraient pas venir voir le bébé la première journée de son existence.	Quand le couple visite le centre de naissance, il est heureux d'apprendre que les employés ont reçu une formation sur la culture et qu'ils s'efforceront d'en tenir compte le plus possible afin de faciliter la pratique des coutumes et des traditions autochtones. L'infirmière leur demande de soumettre un plan de naissance et explique que même s'il est impossible de modifier la salle d'accouchement, la famille aura accès à la salle multiconfessionnelle où elle pourra se réunir avec les parents et les amis. La naissance du bébé sera une occasion joyeuse et leurs proches pourront assister à la cérémonie d'accueil du bébé.
Compétence culturelle	Jerry, un Métis de 60 ans qui a fréquenté un pensionnat indien où il a été victime de violence physique et verbale parce qu'il ne comprenait pas les leçons. Lorsqu'il est retourné dans sa communauté, il s'est replongé	Le médecin le conseille de changer son mode de vie et lui remet plusieurs documents, dont le Guide alimentaire canadien ainsi qu'une liste d'exercices dont Jerry n'a jamais entendu parler. En feuilletant les documents, Jerry remarque que le guide alimentaire ne comprend aucune nourriture traditionnelle et il a l'impression que la situation est désespérée. Jerry ressent de la honte que	Le médecin lui confirme son diagnostic et lui conseille de changer son mode de vie. Le médecin remarque que son patient devient anxieux et lui demande s'il a des questions à poser. Jerry se détend et explique qu'il a été nommé capitaine de chasse et demande s'il va devoir renoncer à ce rôle honorifique et à la nourriture traditionnelle. Le médecin lui indique

	<p>dans sa culture, mais il porte les stigmates de l'humiliation et se méfie de l'autorité. Récemment, il a reçu un diagnostic de maladie cardiovasculaire et a été hospitalisé. Ce diagnostic l'inquiète, surtout parce que l'association locale des Métis vient de le nommer capitaine de chasse, un rôle honorifique auquel il est certain que le médecin lui demandera de renoncer.</p>	<p>son corps ne soit plus aussi fort et son esprit est occupé à réfléchir à des façons de continuer à participer aux activités de la communauté. Quelles seront les répercussions de ces changements sur la chasse et que vont penser les autres hommes de lui? Est-ce que cela signifie qu'il devra cesser de manger de la nourriture traditionnelle?</p>	<p>certaines possibilités qui comprennent un régime traditionnel ainsi que des exercices comme marcher tous les jours dans les bois. Il l'encourage à continuer à participer aux activités de sa communauté afin de favoriser son bien-être et son équilibre émotionnel, mental, spirituel et physique. Jerry se sent de plus en plus à l'aise et accepte facilement de subir des examens médicaux toutes les deux semaines au cours des prochains mois afin de mettre au point un plan de soins qui comprendra des activités dans la communauté.</p>
<p>Sécurité culturelle</p>	<p>Mike est un Cri de 19 ans qui a récemment quitté sa petite communauté du nord du Manitoba pour déménager à Ottawa. Il est encore en train de s'adapter à l'environnement urbain. Comme il ne se sent pas bien, il décide d'aller dans une clinique sans rendez-vous.</p>	<p>En marchant vers l'édifice, il entend des employés à l'extérieur qui font des blagues et des commentaires sur « ces Indiens » et sur la corvée que constitue la paperasse entourant les demandes de remboursement de soins. En entrant dans la clinique, il se sent immédiatement invisible et déplacé parce que toutes les images sur les affiches et les magazines représentent des personnes non autochtones. De plus, les employés et les autres clients de la clinique ne sont pas Autochtones. Tout ceci fait en sorte que Mike s'ennuie de sa famille et de sa communauté. Il se sent donc aliéné et ne révèle pas tous ses symptômes au médecin, ce qui entraîne d'autres complications qui ont des répercussions sur sa santé globale et sur son bien-être mental.</p>	<p>Lorsque Mike entre, il remarque immédiatement les affiches représentant des personnes de différentes origines culturelles, y compris des visages cris. Même si les intervenants semblent être non autochtones, tous sourient et le mettent à l'aise. Mike se sent réconforté par la diversité culturelle des patients et remarque une famille autochtone qui semble connaître l'établissement. Il regarde autour de lui et remarque une politique encadrée sur le mur indiquant que le cabinet désire servir tous ses clients dans un environnement sécuritaire sur le plan culturel, et qui encourage les patients à discuter des remèdes traditionnels et des croyances spirituelles avec l'équipe soignante. Il est étonné de lire cet énoncé et se détend un peu plus. Il s'ouvre au médecin lorsque ce dernier lui demande s'il a d'autres besoins ou inquiétudes. Après avoir fait remplir son ordonnance, il sourit et décide d'assister à un événement autochtone au centre d'amitié local parce que le médecin lui a suggéré d'aller voir s'il pouvait y trouver du soutien.</p>

3. Comment instaurer un environnement culturellement sécuritaire?

La création d'un environnement culturellement sécuritaire en matière de santé requiert une collaboration entre le gouvernement, les structures et instances du système de santé, les établissements d'éducation, d'accréditation et de réglementation, et les groupes d'intervenants (ONSA 2008). Selon cette même source, les points clés dans cette démarche collective sont la communication, la prise de décision, la compréhension et les croyances. Un tel environnement de santé rejoint la conception du bien-être de la Nation Crie de Whapmagoostui, établie à l'embouchure de la Grande Rivière de la Baleine dans le Nord du Québec, selon l'anthropologue Naomi Adelson (2000). Selon elle, il n'y a pas de mot pour traduire le mot « health » en cri : la phrase qui s'en rapproche le plus est *miyupimaatisiun*, traduite comme « being alive well » (2000 :14). Cette notion de la santé est moins déterminée par des éléments corporels que par des pratiques quotidiennes de vie et un équilibre de relations humaines, et est donc liée à un état social et politique. La notion de sécurité culturelle est effectivement perçue comme le seul mécanisme véritable de réconciliation et de bien-être des Autochtones au Canada, selon le travailleur social Stephen Koptie (2009, 2010), natif des Six Nations de la Grande Rivière, qui a entrepris des études supérieures après 35 ans d'expérience professionnelle dans le Sud de l'Ontario et dans le Grand Nord.

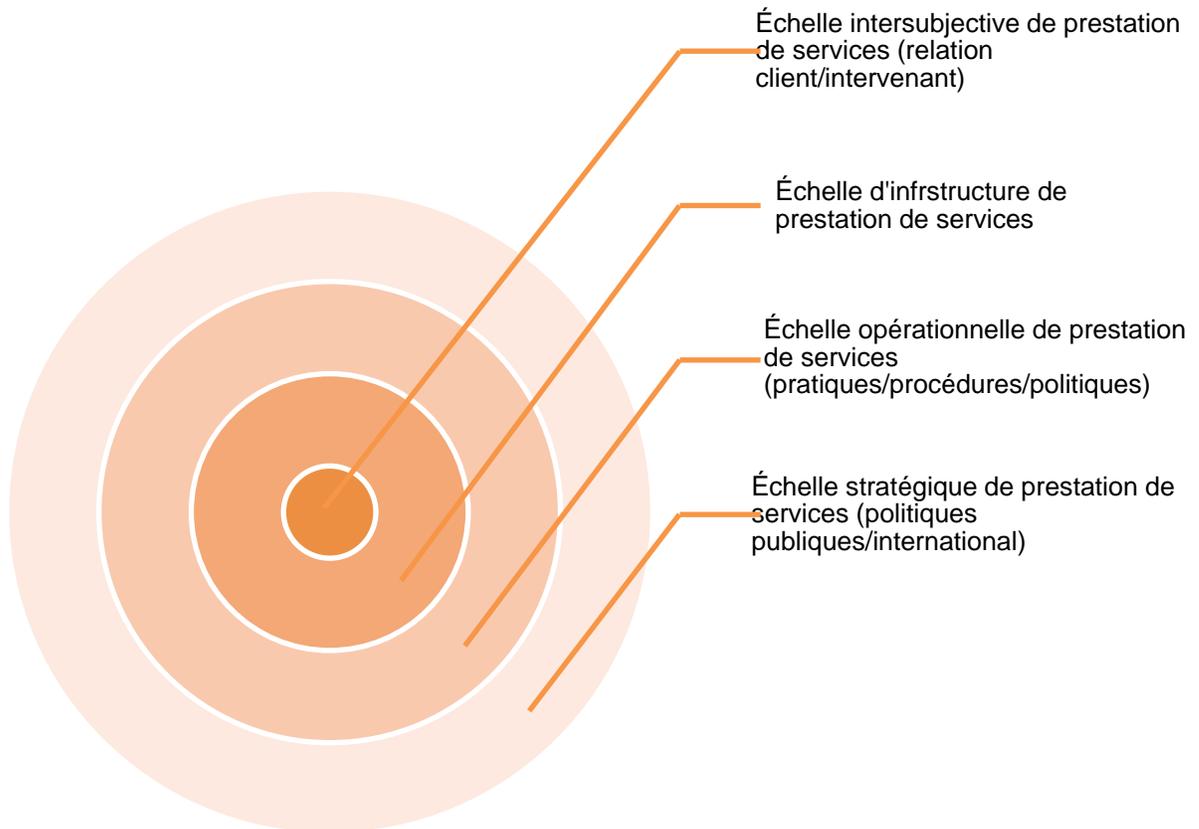
Dans la même optique, la sécurité culturelle concerne également le milieu de l'enseignement dans le domaine de la santé. Par exemple, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et l'Aboriginal Nurses Association of Canada (2009) travaillent à la création d'environnements culturellement sécuritaires dans le but d'améliorer la réussite des étudiants autochtones. Cette approche rejoint également la notion de pertinence culturelle dans le milieu de l'éducation et des soins de santé (voir encadré 4).

Encadré 4 : Un concept connexe : la « pertinence culturelle » des services

La « pertinence culturelle » est similaire à la « responsabilité culturelle », un concept bien documenté dans le domaine de l'éducation (Aylward 2007; Castagno et Brayboy 2008). De façon simplifiée, pour mieux rejoindre des populations dites minoritaires, il s'agit de tenir compte du bagage culturel des étudiants ou des personnes recevant un service. Un exemple de pertinence culturelle des services se trouve dans les actions de proximité des Centres d'amitié autochtones. Afin d'améliorer les conditions d'existence des populations autochtones et de renforcer les droits individuels et collectifs, les centres offrent des services culturellement pertinents destinés à toute la population : les membres des Premières Nations, des Inuit et des Métis, les Québécois « de souche » et les immigrants. La « pertinence culturelle » se rapproche donc de la « compétence culturelle » et de la « sécurité culturelle », dans leur but commun de répondre à des préoccupations pour une certaine population culturelle discriminée, et dans la reconnaissance de la diversité culturelle tant au niveau de la culture du prestataire de soin ou de l'éducateur, qu'au niveau du contexte culturel personnel propre au client ou à l'étudiant (Aylward 2007; Castagno et Brayboy 2008).

3.1 Quelles sont les dimensions du système de santé ciblées?

Si on considère le système de santé en termes d'échelles d'opération campées dans l'interaction intersubjective intervenante-client, la sécurisation culturelle (en passant par les composantes décrites antérieurement) déclenche des changements systémiques à l'échelle de l'environnement physique (infrastructure), opérationnel, et stratégique avec l'ultime but de créer une dynamique de prestation de services dans laquelle le client autochtone se sent respecté, inclus, et protégé en termes identitaires, culturelles, et de valeurs fondamentales (Ball 2009).



Selon Smye *et al.* (2010), en considérant les multiples échelles dans lesquelles la sécurisation culturelle opère (ou devrait opérer), on considère les suivantes dimensions interdépendantes du système de santé : l'éducation/formation des intervenants, la pratique clinique, la recherche en santé et les politiques publiques dans ce domaine (voir encadré 5).

- **L'éducation/formation** : concerne la pédagogie et le curriculum des programmes en santé et services sociaux. Sur le plan pédagogique, on s'attend à un rapprochement entre les étudiants et les professeurs dans une perspective de respect et de dialogue. Sur le plan du curriculum, le but est d'introduire des modèles de santé et des pratiques autres que le paradigme biomédical occidental. À titre d'exemple, on mentionne : des cours en anthropologie, sociologie et histoire pour enrichir les savoirs sur le concept de la culture et son rôle dans la société; des stages d'immersion dans les communautés autochtones; un curriculum axé sur la justice sociale avec le concept de sécurisation culturelle comme élément principal d'analyse (pour plus d'informations sur les programmes d'éducation et formation en santé publique, médecine et soins infirmiers au Canada voir Baba 2013).
- **La pratique d'intervention** : le résultat d'une éducation axée sur la sécurisation culturelle est un cadre professionnel qui respecte et encourage leurs patients à prioriser les éléments de santé et mieux-être importants pour eux et leur famille. Cela inclut de prendre en considération les déterminants socioculturels de la santé des Autochtones de même que le développement des compétences et traitements cliniques multiples qui dépassent le modèle biomédical.
- **La recherche** : jusqu'à récemment, la recherche en milieu autochtone a marginalisé l'apport des Autochtones sur le plan des savoirs et des approches relatives à la santé et le mieux-être. Dans une perspective de décolonisation, la recherche devrait miser sur la création des relations étroites avec les individus et collectivités autochtones en mettant l'accent sur le positionnement des chercheurs vis-à-vis leurs partenaires de recherche (plutôt que de considérer les Autochtones comme 'sujets' d'étude). On privilégie une approche partenariale qui vise à éliminer les stéréotypes culturalistes et qui mise sur la coconstruction de connaissances (pour plus d'information sur la recherche partenariale et la coconstruction de connaissances voir Lévesque 2009, 2012; Cloutier et al. 2009)
- **Les politiques publiques** : au Canada, les politiques publiques en matière de santé continuent à ignorer l'impact des politiques assimilatrices sur la santé et le mieux-être des Autochtones, en partie, en raison d'un agenda de recherche colonisatrice. On souligne que ces politiques ne prennent pas en compte les effets des écoles résidentielles, le trauma intergénérationnel, et les aspects de la santé mentale des individus et des communautés. Cependant il n'y a presque pas d'études ayant développé des approches efficaces pour promouvoir des politiques publiques culturellement sécurisantes (pour un exemple de négociation de politiques publiques en santé en contexte autochtone, voir Irlbacher-Fox 2009).

Encadré 5 : Programme d'intervenants-pivots autochtones de la Terre Neuve et du Labrador

Dans ce présent exemple on retrouve l'intersection de quatre dimensions du système de santé identifiées par Smye *et al.* (l'éducation, la pratique d'intervention, la recherche, et les politiques publiques), aussi comme on illustre leur l'interdépendance.

Le programme d'intervenants-pivots autochtones a été développé suite au lancement du programme de Santé Canada Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones (FTSA) qui vise l'amélioration de l'intégration des services de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux et de l'accès aux services de santé des autochtones. Eastern Health, l'autorité de la santé intégrée de la Terre Neuve et du Labrador, a mis en œuvre le programme d'intervenants-pivots autochtones en partenariat avec le St. John's Native Friendship Centre (SJNFC). La démarche a inclus : une consultation des groupes autochtones; la création d'un comité consultatif; la création d'un programme de formation; et un plan de communication.

Les objectifs du programme incluent : offrir des services d'interprétation; sensibiliser les travailleurs de la santé aux problèmes et aux réalités culturelles des Autochtones; réduire au minimum le stress des patients autochtones qui se rendent dans les centres urbains; faire de la sensibilisation au sujet des différences, des pratiques et des traditions culturelles; améliorer la coordination du suivi; et mettre en œuvre un projet viable d'intervenant-pivot pour les Autochtones.

Les principaux services incluent : la prise des rendez-vous; services d'interprétation; aide pour les déplacements et l'hébergement; planification des congés; liaison avec les organismes internes et externes; et la formation et information. En plus, les initiatives connexes de recherche au sein du programme incluent : la formation d'orientation du personnel de la Eastern Health; un lexique médical en partenariat avec l'Université Memorial; et la sensibilisation à la diversité des cultures autochtones.

En bref, cette initiative d'intervenants-pivots autochtones a découlé d'une politique publique qui valorise la sécurisation culturelle dans le système de santé et qui inclue des interventions au plan de formation/éducation des cadres et des décideurs, des partenariats au niveau de la recherche, et le développement des interventions culturellement sécuritaires tel que définies par les utilisateurs autochtones de services de santé.

3.2 Quelles sont les compétences ciblées?

Les compétences en sécurisation culturelle varient selon l'institution chargée de programmes pédagogiques ou de pratiques de soins de la santé. Pour mieux cibler des compétences spécifiques, on utilise les sept catégories de compétences essentielles en santé publique au Canada développé par Agence de la santé publique du Canada, car ils regroupent des compétences ciblées par plusieurs instances autochtones et non-autochtones en matière de sécurisation culturelle. La notion d'une compétence inclut : **les connaissances, les habiletés et les attitudes** dont les intervenants et les décideurs devront développer (ASPC 2014; Baba 2014).

- **Sciences de la santé publique** : démontrer une connaissance de l'état de santé des populations, des inégalités en matière de santé et des déterminants de la santé et de la maladie. Par exemple, les professionnels de la santé de première ligne sont en mesure de discuter de la nécessité de programmes de nutrition prénatale dans une communauté autochtone ainsi que les facteurs favorisants tels que le revenu, l'éducation, la culture et les aliments traditionnels.



- **Évaluation et analyse** : reconnaître quand il y a un problème de santé, identifier les sources d'information pertinentes, et déterminer les implications appropriées, les usages, les lacunes et les limites de l'information. Par exemple, les spécialistes en santé publique recueillent des données concernant les taux du diabète dans les communautés autochtones de façon continue, mais ils sont capables d'identifier les variations entre les communautés et en mesure de collaborer avec les communautés à mieux comprendre ces variations.
- **Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques et de programmes** : décrire les options de politiques et de programmes pour résoudre un problème spécifique de santé, décrire les implications législatives et fiscales de chaque option, et élaborer un plan pour mettre en œuvre un plan d'action. Par exemple, les professionnels de la santé de première ligne dans une communauté autochtone observent une augmentation des taux d'infections sexuellement transmissibles chez les jeunes femmes. Ils identifient des programmes potentiellement efficaces dans les écoles en général, ils considèrent les éléments particulièrement efficaces, et choisissent d'implémenter une intervention visant les rites de passage propre à la culture locale. Le plan d'action vise une équipe d'intervention incluant des ressources culturelles locales (ainées ou autres) et une infirmière qui offre de vaccins anti-VPH sur place.
- **Partenariats, collaboration et promotion** : identifier et collaborer avec plusieurs partenaires. Par exemple, l'agence de protection de l'enfance d'une région observe une croissance de placements des enfants autochtones. Elle identifie les institutions de services sociaux des communautés autochtones avoisinantes aussi comme le Centre d'amitié autochtone de la région, et collabore au développement de recommandations en termes d'interventions pour les familles autochtones concernées ou au risque.
- **Diversité et inclusion** : reconnaître et répondre à la diversité de la population lors de la planification, la mise en œuvre, l'adaptation et l'évaluation des programmes et politiques de santé publique. Par exemple, l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations a transféré les programmes fédéraux de santé à l'Autorité sanitaire des Premières nations de la Colombie-Britannique.
- **Communication** : communiquer et mobiliser les individus et les communautés en utilisant les médias appropriés, les ressources communautaires, les technologies actuelles et les techniques de marketing social. Par exemple, la Commission Crie de santé et services sociaux de la Baie-James a lancé un programme de sensibilisation de l'allaitement maternel. Elle produit une capsule vidéo avec des entrevues avec des aînées qui discutent les approches traditionnelles d'allaitement maternel qui est diffusé en ligne sur leur site web et la page Facebook. Ils produisent aussi un programme radio diffusé localement pour sensibiliser les jeunes femmes et leurs familles.
- **Leadership** : contribue au développement de valeurs clés et une vision commune dans la planification et la mise en œuvre des programmes et politiques de santé dans la communauté. Par exemple, le représentant en santé communautaire organise un symposium annuel communautaire pour présenter les programmes existants et consulter la communauté sur leurs besoins et écarts observés. Elle communique ces informations et collabore avec la clinique locale pour améliorer les services.

Pour sa part, l'Aboriginal Nurses Association of Canada a développé six compétences de base du curriculum relatif aux étudiants en soins infirmiers (2009 : 7) :

- **Perspective postcoloniale** : utiliser la théorie postcoloniale pour mieux comprendre les écarts en matière de santé chez les Autochtones, incluant les iniquités systémiques engendré par les politiques publiques assimilatrices, tel que les écoles résidentielles et le trauma intergénérationnel.
- **La communication** : faire preuve d'une communication claire, efficace et transparente qui favorise un environnement d'apprentissage et prestation de services sécuritaires.
- **L'inclusivité** : démontrer une volonté de dialoguer et établir de relations avec les pratiques culturelles et de santé des Autochtones.
- **Le respect** : promouvoir et communiquer le respect pour l'intégrité culturelle des Autochtones, leurs familles et leurs communautés; leurs façons à faire et à penser, leurs mode de vie et leur diversité. Cela implique une communication efficace avec les cliniciens autochtones et non autochtones, les guérisseurs et conseillers traditionnels, aussi comme les partenariats de recherche, pour offrir de soins de santé efficaces et qui répondent aux besoins et réalités de communautés.
- **Le savoir autochtone** : valoriser les savoirs autochtones et la tradition orale en étant des composantes importantes de l'enseignement postsecondaire, incluant l'ontologie, la cosmologie, et l'épistémologie relatives aux modèles autochtones de santé et guérison.
- **Conseils et soutien aux étudiants** : déployer des structures et des processus de soutien qui favorisent la réussite de l'ensemble des étudiants tel que identifiés et recommandé par eux-mêmes.

3.3 Quels cadres professionnels sont ciblés?

- Professionnels de la santé de première ligne (infirmières, les agents de la santé publique / santé environnementale, les diététiciens, les hygiénistes dentaires et les promoteurs de la santé)
- Spécialistes de la santé publique (épidémiologistes, spécialistes en santé environnementale, infirmières praticiennes, etc.)
- Gestionnaires/superviseurs (cadres supérieurs dans les agences de la santé et ministères)
- Formateurs et professeurs de la santé y compris les institutions de certification professionnelle.

Les compétences essentielles décrites plus haut, « transcendent les frontières des disciplines spécialisées et servent de référence à l'ensemble des professionnels de la santé publique », tels que : les professionnels de la santé, les formateurs et les gestionnaires (ASPC 2014). Néanmoins, **étant donné les responsabilités et spécialisations variables de ces professionnels, il est probable que des compétences spécifiques sont plus pertinentes pour certains que pour d'autres.** De plus, les besoins et priorités en matière de santé varient de chaque nation ou communauté autochtone à l'autre. En effet, les populations autochtones vivant en milieu urbain composent avec des logiques et dynamiques propres, par conséquent, les modèles et approches de sécurisation culturelle en milieu urbain peuvent se différencier de ceux conçus en communauté territoriale.

4. Retombées

Plusieurs programmes et stratégies relevées par le Conseil canadien de la santé (2012a) intègrent des études de suivi basées sur des statistiques ou des évaluations qualitatives. La collaboration et le partenariat avec les communautés sont privilégiés dans le développement des programmes (CCS 2012a) et sont souvent identifiés comme facteurs de succès. Quatre études de cas communautaires sont aussi décrites par Brascoupé et Waters (2009) autour de la notion de sécurisation culturelle.

Encadré 6 : Un exemple de la Colombie-Britannique

Le programme « *Cultural Safety for Aboriginal Health in the Okanagan Valley* » de la *University of British Columbia* de la Vallée d'Okanagan se base sur la recherche collaborative, participative et ancrée. Ce programme implique l'engagement actif des membres de la communauté autochtone urbaine et de leurs institutions et s'engage à adopter des méthodologies autochtones lorsqu'approprié. Un projet de recherche sur la sécurisation culturelle par Carmella Alexis, étudiante à la maîtrise en *Arts Interdisciplinary Studies* et membre de la bande indienne d'Okanagan, vise l'amélioration des résultats de soins de santé à travers des pratiques culturellement sécuritaires. La définition du concept dans ce contexte réfère à la création d'un espace sécuritaire pour que les membres des Premières Nations, des Inuits, des Autochtones urbains et des Métis aient une voix dans la détermination des résultats de santé tant personnels que familiaux. L'étude se base sur des entrevues avec des membres des communautés autochtones qui accèdent aux services du *Vernon Jubilee Hospital*, avec des membres du personnel de l'hôpital et avec des fournisseurs de services d'organisations communautaires (voir la section « Cultural Safety Project » de la Cultural Safety in the Okanagan Valley au <http://www.ubc.ca/okanagan/culturalsafety/csp.html>).

Le Conseil de la santé (2012) a rassemblé les propos des prestataires et des gestionnaires des soins de santé, ainsi que des chercheurs dans sept villes au Canada au printemps 2012, afin d'investiguer sur les actions entreprises pour créer des services culturellement compétents et des environnements culturellement sécuritaires pour les Autochtones en milieu urbain. Le rapport fait état de plus de 30 programmes et de stratégies novateurs et de huit programmes et stratégies choisis comme études de cas, consultable en ligne (conseilcanadiendelasante.ca/innovation). Des formations et des programmes sont présentés ici, mentionnés dans le rapport du Conseil canadien de la santé.

L'Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) ont collaboré pour mettre sur pied un nouveau curriculum universitaire au Canada pour les étudiants de médecine au premier cycle ainsi que les médecins et les internes de médecine familiale (CCS 2012; IPAS 2009). Une étude d'Ava C. Baker et Audrey R. Giles (2012) en obstétrique suggère que l'étude de cas peut être utilisée comme point de départ pour le développement de soins culturellement sécuritaires. La première auteure, non-autochtone et étudiante de médecine en Alberta, présente une situation clinique qui illustre la prise en compte du contexte de vie d'une patiente autochtone et l'intégration de sa perspective dans la recherche de solutions. La patiente avait une grossesse à risque (sa huitième et avec des jumeaux) mais elle ne venait pas à ses rendez-vous. L'obstétricien attribuait ses absences à son origine autochtone. Lorsqu'elle s'est présentée à un rendez-vous avec sa famille, la résidente leur a demandé de l'aider à comprendre pourquoi ils étaient présents ce jour-ci et non auparavant : la patiente devait se faire accompagner en automobile par son mari, de la réserve à la ville, mais il travaillait ces jours-là et ils ne

pouvaient prendre le risque qu'il perde son travail. La famille a proposé qu'un billet du médecin diminuerait le stress lié au transport, ce qui a été fait. La résidente a donc pu reconnaître les circonstances en dehors du contrôle ou du blâme de la patiente afin de travailler avec elle pour trouver des solutions ensemble, dans un but commun : la surveillance du fœtus.

Bien que les formations en compétence culturelle varient grandement au Canada, des connaissances historiques telles que la délocalisation forcée des territoires traditionnels, la *Loi sur les Indiens*, les pensionnats indiens et la Rafle des années 1960, permettent aux prestataires de soins de santé de mieux comprendre et de mieux respecter les Autochtones qui reçoivent les services (CCS 2012). Par exemple, l'expérience de sévices vécus dans un pensionnat peut engendrer chez certains Autochtones un sentiment d'insécurité face au système de la santé (2012 :12) : « Un participant a évoqué l'histoire d'un patient chez qui l'hospitalisation déclenchait des souvenirs de pensionnat indien, ce qui l'amenait à se replier sur lui-même avec mutisme. Ce patient a été considéré « à faibles capacités fonctionnelles ». Plusieurs participants rencontrés par le Conseil canadien de la santé, qui ont reçu des formations, ont souligné que celles-ci ne devraient pas être seulement factuelles, devraient inclure des récits directs faits par des Autochtones et devraient inciter les apprentis à l'auto-réflexion sur leurs propres croyances et préjugés, leurs pouvoirs et leurs privilèges, ainsi que leurs conséquences dans leurs interactions avec les Autochtones. À titre d'exemple, en Colombie-Britannique une formation obligatoire en ligne a été développée pour les 100 000 travailleurs de la santé de la province. Le programme contient de l'information fondamentale et des réflexions personnelles sur les Autochtones, l'histoire de la colonisation, les préjugés culturels et l'importance des soins culturellement sécuritaire. Cette pratique de compétence et de sécurisation culturelles agit au niveau d'une transformation systémique (CCS 2012)

Une stratégie d'intervention consiste à développer des services axés sur la culture qui répondent à des besoins identifiés par la communauté, tel que les accompagnateurs de patients autochtones à St-John, Terre-Neuve et Labrador. Ceux-ci font partie du personnel des soins de santé et contribuent à aider les Autochtones à s'orienter dans le système de la santé. Les évaluations ont démontré une amélioration des résultats pour les patients et une amélioration de la pratique du personnel en offrant des soins culturellement adaptés (CCS 2012)

Enfin, dans une optique d'intervention à l'échelle d'une communauté en crise, le programme *Self-Awareness For Everyone* (SAFE) à Hollow Water au Manitoba et aux établissements métis du Manigotigan, Aghaming et Seymourville visait des cheminements de guérison aux niveaux individuel et communautaire, ainsi que la coordination intégrée des services tels que l'éducation, les politiques, la santé, la religion et l'économie. Basé sur le « *Healing Journey* » de la roue de la médecine, le processus de guérison a pris de trois à cinq ans et a permis d'identifier des domaines spécifiques de travail à accomplir dans le futur. Cette pratique élargie l'applicabilité du concept de la sécurisation culturelle à l'échelle de la communauté (Brascoupé et Waters 2009).

Bibliographie

- Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC, 2009). *Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First nations, Inuit and Metis Nursing*. Ottawa: Aboriginal Nurses Association of Canada.
- Adelson Naomi. 2004. *'Being Alive Well': Health and the Politics of Cree Well-Being*. Toronto: University of Toronto Press.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 2014. *Compétences essentielles en santé publique au Canada*. En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/about_cc-appropos_ce-fra.php. Consulté le 09/04/2014.
- Aylward M.L. 2007. «Discourses of cultural relevance in Nunavut schooling», *Journal of Research in Rural Education* 22 (7). En ligne: <http://jrre.psu.edu/articles/22-7.pdf>. Consulté le 11 juillet 2013.
- Baba L. 2013. *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Baker A. et A. Giles. 2012. «Cultural safety : A framework for interactions between aboriginal patients and canadian family medicine practitioners», *Journal of Aboriginal Health* 9(1): 15-21. En ligne: http://www.naho.ca/jah/english/jah09_01/jah_volume09_Issue01.pdf. Consulté le 4/06/2013.
- Ball J. 2009. « Cultural safety in health care for Aboriginal Peoples ». Presentations to the British Columbia Public Health Services Authority and Vancouver Coastal Health Authority. Fall, Vancouver. En ligne : <http://www.ecdip.org/culturalsafety>. Consulté le 07/04/2014.
- Brascoupé S. et C. Waters. 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. En ligne: <http://www.naho.ca/journal/2009/11/08/cultural-safety-exploring-the-applicability-of-the-concept-of-cultural-safety-to-aboriginal-health-and-community-wellness/>. Consulté le 2/06/2013.
- British Columbia Ministry of Health. 2014. *What do public professionals do?* En ligne : <http://www.health.gov.bc.ca/pho/pros-what-public-health-professional-do.html>. Consulté le 06/05/2014.
- Castagno A.E. et B.M.J. Brayboy. 2008. «Culturally Responsive Schooling for Indegenous Youth: A Review of the Literature», *Review of Educational Research* 78 (4): 941-993. En ligne: <http://rer.sagepub.com/content/78/4/941>. Consulté le 31 juillet 2013.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). 2013. *Vers la sécurité culturelle des Métis : Une introduction destinée aux intervenants de la santé*. En ligne : http://www.nccah-cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/Cultural%20Safety%20Fact%20Sheet_FR.pdf. Consulté le 07/04/2014.
- Cloutier Édith. Et Carole Lévesque. 2009. *Connecting Capacity Building for Aboriginal People in Québec Cities with the Advancement of Field-Sensitive Research* : ODENA's Co-Creation of Knowledge Agenda, Global University Network for Innovation.
- Cloutier Édith, Cunningham Julie et Carole Lévesque. 2009. Engaged Communities, Engaging Universities : Development policy and practice in participation research, *Bulletin DIALOG* (novembre/November) : 7-9.
- Conseil canadien de la santé. 2012. *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Toronto, Conseil canadien de la santé. En ligne: http://www.conseilcanadiendelasante.ca/rpt_det.php?id=437. Consulté le 15/05/2013.

- Gouvernement du Canada. 2007. *Définition de "sécurisation culturelle"*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada En ligne: www.btb.termiumplus.gc.ca. Consulté le 31/05/2013.
- Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) 2009. *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A Core curriculum for residents and physicians*. Winnipeg et Ottawa. En ligne: http://ipac-amic.org/wp-content/uploads/2011/10/21118_RCPSC_CoreCurriculum_Binder.pdf.
- Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). 2009a. *Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians*. Winnipeg, Man. et Ottawa, Ont. : IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement de la médecine familiale. Extrait de <http://www.ipac-amic.org>
- Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). 2009b. *First Nations, Inuit, and Métis health – Core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education*. Winnipeg, Man. et Ont. : IPAC-AFMC Sous-comité du programme d'études en santé autochtone.
- Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). 2009c. *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A Core curriculum for residents and physicians*. Winnipeg, Ma. et Ottawa, Ont. : IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement commun.
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). 2012. *Les compétences en matière de sécurité culturelle*. En ligne : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>. Consulté le 05/06/2012
- Irlbacher-Fox S.. 2009. *Finding Dasha: Self-Government, Social Suffering, and Aboriginal Policy in Canada*. Vancouver: UBC Press.
- Lévesque Carole 2009. Québec Research Relating to Aboriginal Peoples in the Age of the Knowledge Society and the Knowledge Mobilization, *Inditerra. Revue internationale sur l'Autochtonie* (1) : 91-100.
- Lévesque Carole. 2012. La coproduction des connaissances en sciences sociales, in Miriam Fahmy (dir.), *L'État du Québec 2012* : 290-296. Montréal : Boréal.
- Murray T. J. et K. Dicker. 2012. *Programme d'intervenant-pivot pour les Autochtones : une approche intégrée des soins de santé*. Présentation au Symposium Faire progresser les soins de santé intégrés au Canada : Pratiques fructueuses, Conseil canadien de la santé. En ligne : http://www.conseilcanadiendelasante.ca/n3w11n3/symposium2012/C2_IntegrationAboriginalPeople_Murray_FR.pdf, consulté le 09/04/2014.
- Nursing Council of New Zealand. 2011. *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. Wellington, Nursing Council of New Zealand.
- Organisation mondiale de la santé. *What is patient safety?* En ligne : http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-1.pdf. Consulté le 05/05/2014.
- Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC). 2009. *Domaines et des compétences de base des Représentants en santé communautaire*. En ligne : <http://www.niichro.com/2004/pdf/pamphlet--domaines-et-competencies.pdf>. Consulté le 16/03/2014.
- Organisation nationale de la santé autochtone. 2008. *Cultural competency and safety : A guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa. En ligne: <http://www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf>. Consulté le 15/06/2013.

Ramsden I. 2002. *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu*. Victoria University of Wellington.

Smye V., V. Josewski et E. Kendall. 2010. *Cultural Safety: An Overview*. First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada.

University of Victoria Continuing Studies. n/d. «Cultural Safety: Module 3 - People's Experiences of Colonization in Relation to Health Care». *Glossary*. En ligne : <http://web2.uvcs.uvic.ca>. Consulté le 19/09/2007.

Wepa D. 2005. *Cultural Safety in Aotearoa New Zealand*. Pearson Education New Zealand.

Zon A., Lindeman M., Williams A., Hayes C., Ross D. et M. Furber. 2004. «Cultural safety in child protection: Application to the workplace environment and casework practice», *Australian Social Work*, vol. 57, no 3, p.288-298. En ligne: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fc577b05-ca66-4d23-afbd-a1a1e962bf92%40sessionmgr11&vid=2&hid=20>. Consulté le 19/09/2007.

Sources complémentaires:

Projet de recherche sur la sécurisation culturelle, par Carmella Alexis, étudiante à la maîtrise en *Arts Interdisciplinary Studies*, University of British Columbia. En ligne : <http://www.ubc.ca/okanagan/culturalsafety/csp.html>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2000. *Déclaration de principe de la SOGC. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones. Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada*. En ligne : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/BuildingBridges-Fre.pdf

The Nguyen Hung. 2008. *Patient centred care. Cultural safety in indigenous health. Australian Family Physician*, 37(12) : 990-994. En ligne: <http://www.racgp.org.au/afp/200812/200812nguyen1.pdf>. Consulté le 26/06/2013.

Vidéos de trois conférenciers du Canada (Dr. Adam Evans), d'Australie (Dr. Jennifer Baker) et de la Nouvelle-Zélande (Dianne Wepa), "Cultural Safety Symposium", University of British Columbia, le 7 décembre 2007. En ligne : <http://www.ubc.ca/okanagan/culturalsafety/events/css/adams.html>

