



FORMER LES
INFIRMIÈRES À
ABORDER LES
DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS,
HISTORIQUES ET
CONTEXTUELS DE LA
SANTÉ
CHEZ LES PEUPLES
AUTOCHTONES

2013



CASN
ACESI 



Canadian Association
of Schools of Nursing
Association canadienne des
écoles de sciences infirmières



Le financement du produit de connaissance sur la sécurisation culturelle et le savoir-faire culturel a été rendu grâce à l'appui de Santé Canada au moyen de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA)

Avec le financement de



Santé
Canada

Health
Canada

REMERCIEMENTS

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) remercie sincèrement de leur expertise, de leur temps et de leurs contributions toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration du présent cadre de consensus national.

Groupe de travail consultatif sur la compétence culturelle et la sécurité culturelle de l'ACESI

Cynthia Baker	inf. aut., Ph. D.	Directrice générale	L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Sylvia Barton	inf. aut., Ph. D.	Professeure agrégée et doyenne associée	Faculté des sciences infirmières de la University of Alberta
Lisa Bourque-Bearskin	inf. aut., MN, Ph. D. (c)	Directrice du leadership/secrétaire-trésorière Chargée de cours à temps partiel	Association des infirmières et infirmiers et Infirmiers autochtones du Canada , et Faculté des sciences infirmières de la University of Alberta
Denise Bowen	inf. aut., MN	Présidente	Conseil d'administration de l'ACESI, School of Health and Human Services Programs, Aurora College
Cathy Graham	inf. aut., MSc.	Corps professoral	École des sciences infirmières de Trent/Fleming
David Gregory	inf. aut., Ph. D.	Professeur et doyen	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Regina
Fjola Hart Wasekeesikaw	inf. aut., MN	Directrice générale intérimaire	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Inuit Tapiriit Kanatami			
Star Mahara	inf. aut., MSN	Professeure agrégée	École des sciences infirmières de l'Université Thompson Rivers
Jane Moseley	inf. aut., M.Éd.Ad	Professeure adjointe	École des sciences infirmières de la St. Francis Xavier University
Denise Newton-Mathur	inf. aut., MA, Ph. D. (étudiante)	Professeure adjointe	École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne
Wanda Pierson	inf. aut., Ph. D.	Corps professoral	École des sciences infirmières du Langara College
Sheryl Reimer-Kirkham	inf. aut., Ph. D.	Professeure et directrice , maîtrise en sciences infirmières du programme de sciences infirmières	École des sciences infirmières de l'Université Trinity
Victoria Smye	inf. aut., Ph. D.	Professeure agrégée et directrice associée, programme de premier cycle	École des sciences infirmières de la University of British Columbia
Jonathon Thompson		Directeur, Secrétariat de la santé et du développement social	Assemblée des Premières Nations
Gail Turner	inf. aut., BN M.Éd.Ad	Consultante	Gouvernement du Nunatsiavut (à la retraite)
Colleen Varcoe	inf. aut., Ph. D.	Professeure	École des sciences infirmières de la University of British Columbia
Evelyn Voyageur	inf. aut., Ph. D.	Présidente sortante	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

L'ACESI tient également à remercier tous les intervenants clés qui ont participé au *Symposium sur l'échange des connaissances relatives aux compétences culturelles et à la sécurité culturelle dans la formation infirmière* de l'ACESI, tenu en mars 2012.

Dans le présent document, les termes au féminin comprennent le masculin

INTRODUCTION

Il est reconnu à l'échelle internationale que la formation des professionnels de la santé avant l'obtention du droit d'exercer doit préparer les diplômées à intervenir auprès de populations de plus en plus diversifiées (Wittig, 2004). De plus, les chercheurs ont signalé de meilleurs résultats en matière de santé lorsque les fournisseurs de soins de santé tiennent compte dans leur approche des questions culturelles (Kirmayer, 2012). Par conséquent, certaines écoles canadiennes de sciences infirmières ont intégré les concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle dans leurs programmes d'études, et ciblent particulièrement les peuples autochtones au Canada. Il y a également eu des projets dans l'enseignement des sciences infirmières afin d'aborder la sous-représentation de prestataires de soins de santé autochtones. Au Canada, les peuples autochtones comprennent les Premières nations, les Inuits et les Métis (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

En mars 2012, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIAC) ont parrainé à Toronto un symposium de deux jours sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle. Les participantes incluaient des représentantes du corps professoral d'écoles de sciences infirmières de partout au pays, des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis représentant toutes les régions du pays ainsi que des universitaires ayant de l'expertise dans la diversité culturelle et la santé des autochtones. Ce projet a été financé par l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de Santé Canada.

Le symposium figurait diverses présentations de projets financés par le gouvernement, maintenant achevés, tel que des projets visant l'intégration des concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle dans les programmes d'études infirmières, des discussions en groupes et des échanges pour dégager les pratiques exemplaires et les leçons apprises des projets, ainsi qu'un café du savoir, dans le but d'orienter les activités futures.

Ce document a pour but de diffuser les pratiques prometteuses partagées lors du symposium et de présenter le cadre qui a été développé au cours de ce dialogue national. On présentera d'abord la documentation suivie d'une description des projets novateurs financés par le gouvernement ayant été présentés lors du symposium. Les discussions qui ont eu lieu lors du symposium ont dirigés les participantes vers une compréhension élargie et nuancé des concepts de la culture, la santé, et les soins de santé. Cette perspective élargie est décrite. Finalement, le document conclu avec la présentation d'un cadre pour former les infirmières à aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones. Le cadre résume les thèmes s'étant dégagés du Café du savoir, et reflète les compréhensions élargies des concepts suscité durant le symposium. Le cadre identifie ce que les étudiantes en sciences infirmières doivent apprendre afin d'aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones, et comment les programmes de formation peuvent les préparer à cela.

HISTORIQUE

Des normes et cadres internationaux, nationaux et provinciaux/territoriaux inspirent actuellement le contenu culturel des programmes de sciences infirmières [Alliac, 2009a; Douglas et coll., 2011; Doutrich, Arcus, Dekker, Spuck et Pollock-Robinson, 2012; Mahara, Duncan, Whyte, et Brown, 2011; Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), 2008]. Le Conseil international des infirmières, par exemple, a publié une position appuyant « l'intégration du savoir sur les soins culturels et la formation en compétences culturelles dans tous les niveaux de l'enseignement des sciences infirmières » [Traduction] (Douglas et coll., 2009, p. 264). Un cadre national élaboré en 2009 par l'Alliac en partenariat avec l'ACESI et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) précise les compétences liées à la formation en sciences infirmières en matière de compétences culturelles et de sécurité culturelle (Alliac, 2009a). Dans les provinces et les territoires du Canada, les organismes de réglementation de la pratique infirmière du pays fournissent également des directives sur l'élaboration des programmes d'études liés à la diversité culturelle dans leurs exigences pour accéder à la pratique [Arnold, Appleby et Heaton, 2008; College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC), 2009].

Les projets présentés dans le cadre du symposium ont été conçus en fonction de l'objectif à long-terme de faire progresser (par l'intermédiaire de la formation) la prestation de services culturellement compétents et sécuritaires pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Ainsi, la compétence culturelle et la sécurité culturelle étaient des concepts-clés dirigeant ces initiatives.

Compétence culturelle et sécurité culturelle

Les compétences culturelles se rapportent à la capacité de comprendre les normes culturelles, les valeurs, les croyances et les coutumes communes aux membres d'un groupe ethnoculturel et d'en tenir dûment compte dans son approche. À l'échelle nationale au Canada, l'AIIIC est d'avis que la compétence culturelle s'entend « d'une série de comportements, d'attitudes et de politiques qui convergent dans un système, un organisme ou entre des professionnels et [leur] permet... de travailler efficacement dans des situations transculturelles » (AIIIC, 2010, p. 1). Le concept repose sur l'hypothèse que les normes, les valeurs, les croyances et les coutumes communes à une culture influent sur la santé et déterminent les comportements cliniques pertinents liés à la santé (Kirmayer, 2012). En revanche, le concept de sécurité culturelle met en évidence les risques pour la santé auxquels font face les membres de collectivités culturelles touchant les « déséquilibres du pouvoir et les relations sociales inéquitables dans les soins de santé » (AIIIC, 2010, p. 1). Dion Stout et Downey (2006) font remarquer que le concept de sécurité culturelle vient contrecarrer l'importance accordée à la culture aux dépens d'autres déterminants sociaux de la santé. Browne, Smye et Varcoe (2005) avancent qu'en se penchant sur la « *culture des soins de santé* » (p. 32) plutôt que sur les différences culturelles, on peut constater comment les pratiques et les politiques les plus communément acceptées ont involontairement créé des iniquités dans la prestation de services de soins de santé, qui menacent la sécurité culturelle des peuples autochtones.

La sécurité culturelle a été liée à la lutte contre le racisme. Paradies, Harris et Anderson (2008) définissent le racisme comme « des mesures évitables et injustes qui défavorisent encore plus les défavorisés ou qui favorisent encore plus les favorisés » [Traduction]. Ils font remarquer que le racisme peut s'exprimer par des « stéréotypes (croyances racistes), des préjugés (émotions racistes) ou de la discrimination (comportements et pratiques racistes) » (p. 4). Il a été établi dans la société canadienne que les stéréotypes et les croyances racistes nuisent à la qualité des services de santé fournis aux peuples autochtones (Browne, Smye et Varcoe, 2005). En outre, comme le racisme peut être systématique, intégré aux pratiques institutionnelles, subtiles et même involontaire (McGibbon et Etowa, 2009), il peut créer des iniquités dans la prestation des services de soins de santé aux peuples autochtones et contribuer à des disparités persistantes en matière de santé.

La sécurité culturelle a également été étroitement liée à l'histoire et à l'héritage du colonialisme. En effet, le concept a été initialement créé par des infirmières-chefs maories afin de saisir l'incidence négative du colonialisme sur les services de prestation de soins de santé et sur l'état des soins de santé des Maoris dans la Nouvelle-Zélande postcoloniale (Papps et Ramsden, 1996). Au Canada, les chercheurs explorant la sécurité culturelle ont constaté que les politiques sociales, représentatives d'un passé colonial, ont eu un effet néfaste sur les possibilités liées à la qualité de vie et la santé générale des peuples, des familles et des collectivités autochtones (Browne, Smye et Varcoe, 2005). Les répercussions du système de pensionnat pour les communautés autochtones ont été particulièrement néfastes. Introduit par le gouvernement canadien au milieu des années 1800 pour favoriser l'assimilation, le système de pensionnat a perduré presque tout au long du vingtième siècle (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Des études révèlent des effets intergénérationnels profonds persistants des pensionnats sur l'état de santé mentale, sociale et physique découlant de la séparation précoce d'avec les parents, de la suppression de la langue et de la culture, des humiliations quotidiennes et des sévices physiques et sexuels répandus dont ont été victimes les enfants (Smith, Varcoe et Edwards, 2005).

Les peuples autochtones du Canada

Dans le recensement de 2006, 1 172 790 Canadiens, soit près de 4 % de la population totale, ont déclaré être Autochtones. De ce nombre, 698 025 (60 %) se sont déclarés membres des Premières nations, 50 485 (4 %) se sont identifiés comme Inuits et 389 785 (33 %) comme Métis. Les 34 495 restants se sont classés dans une combinaison de ces groupes. De nombreux Autochtones vivent en région rurale ou éloignée. Au total, 77 % des Canadiens inuits vivent dans l'Inuit Nunangat (Statistique Canada, 2006), une région représentant le tiers du territoire du Canada (Statistique Canada, 2008). Il est composé de quatre régions : le Nunatsiavut dans le nord du Labrador, le Nunavik dans le nord du Québec, le Nunavut et la région désignée des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest. Chez les personnes s'étant déclarées membres des Premières nations, 55 % ont dit vivre en région rurale ou éloignée, et 304 490 habitaient dans des réserves. En revanche, 70 % des personnes qui se sont identifiées comme Métis habitaient la ville (Statistique Canada, 2006).

Il existe un écart important de revenu et de taux d'emploi chez les peuples autochtones autodéclarés et les populations non autochtones (Statistique Canada, 2006). Ces inégalités ont aggravé les problèmes d'accessibilité géographique en se répercutant sur l'état de santé de ces populations au Canada (Loppie Reading et Wien, 2009). En effet, les disparités importantes qui persistent en matière de santé et auxquelles font face les peuples autochtones du Canada ont été associées à de multiples facteurs sociaux, historiques et contextuels. Cette compréhension a mené à la définition d'un sous-ensemble unique de déterminants sociaux de la santé chez les peuples autochtones liés à la colonisation, à la mondialisation, à la migration, à la continuité culturelle, à l'accès aux services, aux droits fonciers et à l'autodétermination (International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, 2007; ONSA, 2006).

PROJETS SUR LES COMPÉTENCES CULTURELLES ET LA SÉCURITÉ CULTURELLE

En s'appuyant sur le projet dirigé par l'AIAC (2009a) intitulé « Making it Happen : Strengthening First Nation, Inuit and Métis Nursing », le Symposium de l'ACESI sur l'échange des connaissances relatives aux compétences culturelles et à la sécurité culturelle dans la formation infirmière de 2012 a débuté par des rapports de projets financés par le gouvernement. Parmi ces projets, six d'entre eux ont été réalisés dans le cadre de programmes de sciences infirmières à travers le Canada : la faculté des sciences infirmières de la University of Alberta, le département des sciences infirmières du Langara College, le programme de formation d'infirmière auxiliaire du Nova Scotia Community College, l'école des sciences infirmières St. Francis Xavier, l'école des sciences infirmières de Trent/Fleming, et l'école des sciences infirmières de l'Université Laurentienne. Un septième projet intitulé Infirmières pour le Nunatsiavut (Nurses for Nunatsiavut), a été décrit comme un programme novateur, conçu par les Inuits, et destiné aux étudiantes-infirmières Inuits.

Les descriptions des projets démontrent (voir tableau 1) que les pratiques novatrices comprennent la participation des membres de la communauté autochtone dans la conception des programmes d'études ainsi que dans l'enseignement aux étudiantes, la formation professorale en compétence culturelle et sécurité culturelle, la création de matériaux pédagogiques d'apprentissage en contexte tel que des études de cas, et des stages cliniques pour étudiantes au sein des communautés autochtones. Les projets ont testé de nouvelles façons utiles d'appuyer le recrutement, le maintien aux études et les taux de réussite des étudiantes autochtones. Par exemple, impliquer les conseiller autochtones et reconnaître les différents modèles de savoir.

Tableau 1
Cultural Competence and Cultural Safety Projects

University of Alberta, faculté des sciences infirmières

En 2010-2011, une équipe de 11 étudiantes en sciences infirmières et membres du corps professoral de la faculté des sciences infirmières de la University of Alberta, et de membres de la collectivité ont établi « *Embracing Indigenous Ways of Knowing* » visant à intégrer le *Cadre sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle dans la formation infirmière* (AIAC, 2009a) de l'AIAC, de l'ACESI et de l'AIIC au programme d'études du baccalauréat dans le but de transformer la façon dont on enseigne la culture aux étudiantes du programme. En plus de présentations faites lors de conférence et de cours magistraux donnés par des conférenciers invités, les activités entreprises comprenaient des projets de collectivités autochtones et des programmes de bourses de recherche. Les initiatives autochtones précédentes de la faculté des sciences infirmières ont renforcé l'intégration des principaux concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle dans les programmes d'études en sciences infirmières. À la suite du projet, le corps professoral a été en mesure de réaliser d'autres activités visant à appuyer la formation professorale et les occasions d'apprentissage des étudiantes, tant dans le cadre des cours que de la pratique clinique.

Département des sciences infirmières du Langara College

Le département des sciences infirmières du Langara College, en Colombie-Britannique, a entrepris d'améliorer la sécurité culturelle par l'élaboration de nouveaux programmes d'études, de matériel d'enseignement et d'un répertoire de ressources autochtones à l'intention du corps professoral ainsi que par l'établissement de partenariats avec les collectivités métisses et des Premières nations environnantes. Les activités particulières de ce projet comprenaient la création d'un comité consultatif externe, l'utilisation d'une théorie postcolonialisme comme cadre d'élaboration de programmes d'études, l'intégration d'une étude de cas tenant compte de la sécurité culturelle dans le programme, de la première à la neuvième session, et l'intégration du *Cadre sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle dans la formation infirmière* (AIAC, 2009a) de l'AIAC, de l'ACESI et de l'AIIC dans le cadre décisionnel que l'on enseigne aux étudiantes.

Programme de formation d'infirmière auxiliaire du Nova Scotia Community College

En Nouvelle-Écosse, les campus du Nova Scotia Community College, dans l'ensemble de la province, ont offert un cours spécialisé sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle aux étudiantes du programme de formation d'infirmière auxiliaire. Le corps professoral a conçu le cours pour enrichir les connaissances sur la culture micmaque des étudiantes et pour leur permettre d'acquérir des compétences en matière d'intégration, de respect et de connaissances indigènes afin qu'elles puissent offrir des soins aux clients des Premières nations. Le cours comprenait des occasions d'apprentissage clinique pour les étudiantes dans un centre de santé communautaire micmaque, en plus de recevoir l'enseignement dispensé par les aînés de la collectivité.

École des sciences infirmières St. Francis-Xavier

Le corps professoral de l'Université Saint-Francis-Xavier et du Nova Scotia Community College, a organisé un atelier à l'intention des infirmières enseignantes sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle. Les participantes ont conclu que le maintien aux études et la réussite du cours étaient des secteurs prioritaires sur lesquels il fallait se concentrer. Les approches définies par les participantes sont, notamment, l'emploi de membres autochtones du corps professoral, les relations avec les aînés, la valeur du savoir traditionnel, la réflexion personnelle sur le colonialisme, le postcolonialisme et les rapports de force inégaux, la reconnaissance que la culture se situe dans un contexte socioéconomique plus vaste, et les méthodes pour aider les étudiantes autochtones à terminer les programmes (c.-à-d. agent ou conseiller pédagogique chevronné auprès des étudiantes autochtones).

École des sciences infirmières de Trent/Fleming

En Ontario, le baccalauréat en sciences infirmières de Trent/Fleming a intégré des compétences de base aux plans de cours, échelonnées sur le programme de quatre ans. Le tronc commun est composé des thèmes suivants : leadership, santé en région rurale, soins aux aînés, sécurité et transfert de connaissances. De plus, les étudiantes peuvent suivre des cours conjointement avec la Faculté des études autochtones. Un nouveau conseiller en inscriptions autochtones et des conseillers en culture autochtone sont dorénavant à la disposition des étudiantes, et des conférenciers sont invités pour discuter de sujets liés à la santé autochtone, tels que les conséquences des pensionnats. À la suite des initiatives de projet, l'école est devenue en 2012 un organisme vedette en pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) pour mettre en œuvre les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour un milieu de travail sain – Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence (AIIAO, 2007).

École des sciences infirmières de l'université Laurentienne

Le corps professoral de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne a élaboré des ressources d'apprentissage à l'intention des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé offerts aux populations autochtones dans le nord de l'Ontario. On a réalisé une analyse documentaire dans le cadre de ce projet, et les six compétences de l'AIIAC, de l'ACESI et de l'AIIIC énoncées dans le Cadre sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle dans la formation infirmière (AIIAC, 2009a) ont été intégrées au programme d'études. Le produit final, la ressource intitulée « Nursing Practice with Aboriginal Peoples: A Nursing Student's Guide to Cultural Competence and Cultural Safety » est composée de cinq modules, soit 1) Contexte historique des peuples autochtones au Canada; 2) Établir un rapport avec les peuples autochtones – Communications efficaces et culturellement sécuritaires; 3) Explorations du racisme; 4) Améliorer la pratique infirmière; et 5) Renforcer les relations avec les collectivités autochtones (AIIAC, 2009b).

Infirmières pour le Nunatsiavut

Le projet Infirmières pour le Nunatsiavut (Nurses for Nunatsiavut), un programme novateur de sciences infirmières, a été conçu par des Inuits à l'intention des étudiantes Inuits en sciences infirmières. Le programme offrait aux étudiantes un programme d'études adapté à la réalité culturelle et un milieu culturellement sécuritaire. Le projet s'est avéré une expérience positive qui a changé la vie de la plupart des étudiantes inscrites au programme, et bon nombre d'entre elles ont excellé. Toutefois, les taux d'achèvement n'ont pas été élevés en raison des obstacles auxquels les étudiantes étaient confrontées sur le plan de la géographie et de la préparation scolaire inadéquate aux études universitaires.

VERS UNE COMPRÉHENSION ÉLARGIE

Les projets susmentionnés ont permis de démontrer que des partenariats avec les collectivités autochtones peuvent améliorer l'intégration du contenu pertinent pour les Premières nations, les Inuits et les Métis aux programmes de sciences infirmières. De plus, les preuves verbales présentées au symposium laissent entendre que les projets ont favorisé une plus grande sensibilité à la culture chez le corps professoral et les étudiantes.

En dépit des réussites présentées, il y a toutefois certaines limites quant à l'application des concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle. Celles-ci ont émergé des présentations d'experts et des discussions qui ont suivi. Des chercheurs universitaires et des enseignantes ont déclaré qu'il est souvent difficile de définir les concepts de façon à faciliter la compréhension des étudiantes, ce qui diminue leur utilité. De plus, les étudiantes ne saisissent pas adéquatement les déterminants géographiques et historiques de la santé qui sont liés à la culture, mais qui s'en distinguent.

Société, culture et changement

La société contre la culture et la stabilité contre le changement se situent au cœur des difficultés à appliquer les concepts aux situations réelles de la vie. Tel que mentionné, les compétences culturelles se rapportent à la capacité de comprendre les différences dans les croyances, les valeurs, les attitudes et les coutumes des personnes recevant des soins, ainsi que d'en tenir compte. Par ailleurs, la sécurité culturelle est axée sur l'élimination des préjugés liés aux écarts de pouvoir entre le groupe culturel du fournisseur de soins et le groupe culturel du bénéficiaire. Cependant, les deux concepts laissent entendre un monde où les normes sont assez figées, dans lequel « une culture » est une « société » identifiable et restreinte de personnes.

Les définitions de société font référence à l'organisation sociale, les relations sociales, les écarts de pouvoir ainsi que l'égalité et l'inégalité entre et parmi les groupes, le domaine cible de la sécurité culturelle (Loppie Reading et Wien, 2009). Les définitions de la culture renvoient à un domaine symbolique de savoir, d'idées, de valeurs, de croyances et de coutumes communes que les membres d'un groupe social donné apprennent, représentant le domaine cible des compétences culturelles (Kirmayer, 2012).

Théoriquement, on peut distinguer la société et la culture ou les utiliser de manière interchangeable. En réalité, le phénomène qu'elles représentent se chevauche et interagit, mais elles concordent rarement l'une avec l'autre. De plus, dans les sociétés modernes complexes, la culture coïncide rarement avec une « population » géographique donnée. On reconnaît en outre qu'il existe ou qu'interagissent des couches ou des niveaux multiples de culture, et que ces couches augmentent au même rythme que la complexité sociale (Kirmayer, 2012).

De plus, la société et la culture sont dynamiques, fluides et en évolution constante; par contre, la culture est souvent présentée dans la documentation sur la santé comme un phénomène fixe et statique (Gregory, Harrowing, Lee, Doolittle et O'Sullivan, 2010). Cela découle en partie des premiers concepts qui mettaient l'accent sur une transmission générationnelle de la culture, ce qui entraînait souvent une perception artificielle de la culture comme des particularités culturelles figées caractérisant un peuple particulier. Dans les définitions plus récentes de la culture, on reconnaît un processus continu de création et de réinvention de la culture par des interactions sociales et des relations sociales, ainsi que la transmission au moyen d'autres processus sociaux (Browne et Varcoe, 2006). Néanmoins, l'idée de la culture comme un ensemble figé de particularités perdure.

La culture et la société ont beaucoup à voir avec l'état de santé et la prestation des soins de santé. En effet, tel que souligné précédemment dans le contexte, les deux ont été établis comme des déterminants sociaux importants de la santé (Loppie Reading et Wien, 2009). Cependant, les participantes au symposium ont insisté sur le fait que la société et la culture représentent une réalité beaucoup plus fluide, non liée et complexe que ce qui est saisi dans les concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle. En outre, comme l'a fait remarquer Bourque Bearskin (2011), il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des nombreux rapports abordant les disparités en santé chez les peuples autochtones, puisqu'on n'y tient pas compte de la diversité culturelle et sociale de ces populations.

Contexte géographique

Dans les sociétés préindustrielles, la culture, la société et le lieu géographique étaient souvent étroitement liés l'un à l'autre. Un peuple vivait habituellement dans un lieu donné, et sa culture traduisait souvent des éléments découlant de ce contexte géographique particulier. Même les peuples nomades se déplaçaient dans une région délimitée. Cependant, l'urbanisation, l'industrialisation, la mondialisation et la mobilité nationale et internationale ont modifié cette relation entre la géographie, la société et la culture. Tel qu'indiqué précédemment, les Premières nations, les Inuits et les Métis vivent dans les centres urbains, les régions rurales et les collectivités éloignées, peu peuplées, dans le Nord. Par conséquent, il existe des variations importantes dans les facteurs géographiques se répercutant sur l'état de santé et la prestation des soins de santé entre et dans les trois groupes autochtones.

Il fut souligné dans le cadre des présentations et des discussions du symposium l'importance des contextes géographiques et de leurs répercussions sur l'état de santé et l'accès à la prestation de soins de santé. Il est apparu manifeste que la géographie présentait un obstacle énorme au recrutement et au maintien aux études des étudiantes du projet *Nurses for Nunatsiavut*. Cependant, la vie en milieu urbain peut également présenter des défis géographiques importants à un niveau différent pour les soins de santé et les services de santé offerts aux peuples autochtones. Dans les cadres de compétences culturelles et de sécurité culturelle, la dimension géographique tend à être intégrée à la culture. À l'instar de la société toutefois, la culture et la géographie ne sont pas nécessairement étroitement liées, et l'on doit accorder une plus grande attention à la géographie.

Histoire

Même si la culture et la société sont manifestement façonnées par le passé, elles représentent toutes deux des phénomènes contemporains. Par conséquent, le concept de compétences culturelles cible la culture actuelle même si l'on suppose souvent que la culture actuelle a été transmise par les générations passées. De même, la sécurité culturelle se rapporte aux vulnérabilités qui découlent des déséquilibres du pouvoir, même si l'on reconnaît qu'ils sont ancrés dans les relations historiques. Les événements historiques eux-mêmes peuvent toutefois avoir un effet puissant et continu sur l'état de santé actuel d'une population donnée. En plus, Paul Farmer (2004), médecin et anthropologue, a démontré comment « l'effacement de l'histoire » constitue souvent une menace invisible à la santé, intégrée à la société, qui sert ceux ayant le pouvoir et défavorise les personnes qui sont défavorisées depuis toujours. Les participantes au symposium ont insisté sur la nécessité de séparer l'histoire de la culture et d'éduquer les infirmières à tenir compte des effets à long terme des circonstances passées sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis lorsqu'elles fournissent des soins.

CADRE DE SYNTHÈSE POUR LA FORMATION DES INFIRMIÈRES

Les présentations de projets et la compréhension élargie qui ont surgi lors des discussions ont fourni un excellent fondement au Café du savoir. Chacune des participantes a discuté de deux des quatre questions suivantes en petits groupes :

- 1) Quelles sont les choses les plus importantes à savoir par les professionnels de la santé sur les soins offerts aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis?
- 2) En ce qui concerne les concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle, quel est le prochain niveau de réflexion susceptible de les faire progresser?
- 3) Quelles sont les meilleures approches d'intégration des concepts de compétences culturelles et de sécurité culturelle dans les programmes d'études en sciences infirmières?
- 4) Quels sont les facteurs qui peuvent aider ou nuire aux enseignantes participant au processus d'intégration des concepts liés aux compétences culturelles, à la sécurité culturelle et à l'égalité?

Une synthèse et analyse thématique des réponses des participantes a été effectuée, et a servi à élaborer un cadre (*Former les infirmières à aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones*). Ce cadre offre aux enseignantes une orientation pour le développement des programmes d'études éventuels.

Les deux éléments principaux que doivent apprendre les futures infirmières par rapport aux déterminants sociaux, culturels et contextuels de la santé sont accentués dans le cadre : 1) établir des relations respectueuses et 2) favoriser la justice sociale et l'équité dans la prestation des soins. Le cadre présente deux approches principales pour l'élaboration des programmes d'études afin d'atteindre ces buts : 1) mettre en évidence la société, la culture, l'histoire et le contexte tout au long du programme d'études; 2) créer un milieu sécuritaire et favorable dans la classe pour les étudiantes.

A. Ce que les futures infirmières doivent apprendre

ÉLÉMENTS PRINCIPAUX 1	Établir des relations respectueuses
Ce qui est favorisé par :	<p>La connaissance de soi</p> <ul style="list-style-type: none">reconnaissance de la place personnelle qu’occupe une personne dans la société;reconnaissance des croyances culturelles, des valeurs, des normes et des coutumes d’une personne liées à la santé, au mieux-être et au bien-être. <p>Les connaissances culturelles</p> <ul style="list-style-type: none">reconnaissance que les valeurs culturelles, les croyances, le savoir et les coutumes influent sur les comportements et le sens de la santé;reconnaissance que le sens de la santé diffère selon les cultures;reconnaissance que les comportements ont des significations multiples et diverses entre les cultures;reconnaissance qu’il existe des niveaux de culture;reconnaissance qu’il existe des similitudes culturelles intragroupes et des différences culturelles intragroupes chez les personnes;reconnaissance qu’il est plus important d’établir des relations respectueuses que de tenter de pleinement comprendre la culture de la personne;reconnaissance qu’une personne est plus que la culture dans laquelle elle est née;reconnaissance que le milieu des soins de santé a également une culture organisationnelle composée de sous-cultures, telles que la culture infirmière et la culture médicale. <p>Les connaissances critiques à caractère social</p> <ul style="list-style-type: none">reconnaissance des menaces sociales pour la santé et les comportements favorables à la santé, dont l’inégalité et l’iniquité sociale, les déséquilibres du pouvoir, le racisme et les stéréotypes;reconnaissance des facteurs historiques à court et à long terme sur la santé, tels que les antécédents de revendications territoriales des Autochtones, la <i>Loi sur les Indiens</i> et les pensionnats;reconnaissance que de multiples forces défavorables liées au sexe, à la pauvreté, à la race, à la culture et à la géographie peuvent se recouper et aggraver les disparités en santé. <p>La connaissance contextuelle</p> <ul style="list-style-type: none">reconnaissance des facteurs environnementaux sur l’état de santé, les comportements liés à la santé et les services de soins de santé, dont la pauvreté et le manque de ressources financières, sociales et matérielles;reconnaissance des facteurs géographiques influant sur l’état de santé, les comportements liés à la santé et les services de soins de santé. <p>Les pratiques relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none">reconnaissance des éléments communs à tous les êtres humains;adoption d’une position de questionnement, de curiosité, d’ouverture et « d’inconnu » pour apprendre des clients;observation des clients en vue d’apprendre d’eux;utilisation de « l’intention » pour apprendre sur le contexte culturel, social, historique et environnemental du client.

ÉLÉMENTS PRINCIPAUX 2

Favoriser la justice sociale et l'équité dans la prestation des soins

Ce qui est favorisé par :

Des soins socialement responsables

- engagement à l'égard des citoyens, loyauté envers l'humanité et mesures pour améliorer le bien-être social;
- reconnaissance des stéréotypes, des stigmates et du racisme involontaire et systémique;
- prestation de soins socialement inclusifs;
- reconnaissance et soutien des forces des clients et de la collectivité;
- renforcement des capacités communautaires pour aborder les disparités en santé.

Mesures pour corriger l'injustice et l'iniquité

- reconnaissance de l'injustice ainsi que des iniquités sociales et contextuelles touchant la santé;
- défense et soutien des clients;
- mesures pour aplanir les circonstances inéquitables touchant la santé, le cas échéant;
- promotion de l'investissement multisectoriel en santé;
- mesures pour améliorer l'accès aux soins de santé par le biais de la sensibilité culturelle et sociale, notamment la prestation de services d'interprétation.



B. Approches pour faciliter cet apprentissage

APPROCHE PRINCIPALE 1	Mettre en évidence la société, la culture, l'histoire et le contexte tout au long du programme d'études
Ce qui est favorisé par :	<p>L'apprentissage expérientiel</p> <ul style="list-style-type: none">• direction d'un comité consultatif assisté par des représentantes autochtones afin de développer des opportunités d'apprentissage• récits et études de cas;• enseignement par celles qui possèdent des connaissances autochtones;• expériences cliniques chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. <p>Contenu du programme d'études</p> <ul style="list-style-type: none">• volets conceptuels en symbiose avec les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé des peuples autochtones incluent dans le programme d'études;• la formation professorale, telle que des ateliers visant à appuyer ces volets;• ressources d'enseignement et d'apprentissage à la disposition du corps professoral;• les championnes du corps professoral pour l'intégration du contexte social, culturel, historique et géographique au programme d'études.

APPROCHE PRINCIPALE 2

Créer un milieu sécuritaire et favorable dans la classe pour les étudiantes

Ce qui est favorisé par :

Un corps professoral qui agit comme modèle de rôle

- un corps professoral ouvert permettant l'intégration sociale;
- la reconnaissance de la part du corps professoral, que la culpabilité, l'attitude défensive et la colère entre les étudiantes sont souvent évoquées lorsque l'on aborde les iniquités et le racisme;
- l'appui des collègues auprès des enseignantes autochtones.

Politiques et énoncés de position relatifs au programme

- énoncé (ou déclaration) officiel de la part des écoles, préconisant des relations respectueuses, la justice sociale et l'équité pour les étudiantes;
- énoncé (ou déclaration) officiel de la part des écoles, préconisant des relations respectueuses, la justice sociale et l'équité pour le corps professoral;
- plan de recrutement d'équité pour les membres autochtones du corps professoral.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Le dialogue national et l'échange entre des professeures en sciences infirmières, des membres de collectivités autochtones et des chercheurs ayant de l'expertise en compétences culturelles et en sécurité culturelle ont mené à l'élaboration d'un cadre général que les écoles peuvent utiliser pour guider l'intégration de la culture, de la société ainsi que des contextes historique et contemporain aux études en sciences infirmières. Ce cadre définit d'abord ce que les étudiantes en sciences infirmières doivent apprendre à faire : établir des relations respectueuses avec divers clients et promouvoir la justice sociale et les soins équitables. Il établit ensuite comment les programmes de sciences infirmières peuvent préparer les étudiantes à y parvenir en mettant en évidence le contexte social, culturel et historique, en intégrant ces dimensions au programme d'études et en créant un environnement sécuritaire et de soutien dans la classe au profit des étudiantes.



RÉFÉRENCES

- Arnold, O., L. Appleby et L. Heaton. Incorporating cultural safety in nursing education. *Nursing BC*, 2008, vol. 40(2), pp. 14-17.
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIACa). *Compétence culturelle et la sécurité culturelle en enseignement infirmier*, 2009a. Extrait de <http://www.anac.on.ca/competency.php>
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIACb). *Cultural competence and cultural safety in First Nations, Inuit and Metis nursing education*, 2009b. Extrait de <http://anac.on.ca/Documents/Cultural%20Competency%20and%20Cultural%20Safety.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Embracing cultural diversity in health care: developing cultural competence*, 2007. Extrait de <http://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). *Énoncé de position – Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*, 2010. Extrait de http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS114_Cultural_Competence_2010_f.pdf
- Bourque Bearskin, R.L. A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, vol. 18(4), pp. 548-559.
- Browne, A. J., Smye, V. L. et C. Varcoe. The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005, vol. 37(4), pp. 17-37.
- Browne, A.J., et C. Varcoe. Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse*, 2006, vol. 22(2), pp. 155-167.
- College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC). *Competencies in the context of entry-level registered nurse practice in British Columbia*, 2009. Extrait de <http://crnbc.ca>
- Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, 1996. Extrait de <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1307458586498/1307458751962>
- Dion Stout, M. et B. Downey. Nursing, Indigenous peoples and cultural safety: So what? Now what? *Contemporary Nurse*, 2006, vol. 22(2), pp. 327-332.
- Douglas, M., J. Pierce, M. Rosenkoetter, L. Callister, M. Hattar-Pollara, J. Lauderdale, J. Miller, J. Milstead, D. Nardi, et D. Pacquiao. Standards of practice for culturally competent nursing care: A request for comments. *Journal of Transcultural Nursing*, 2009, vol. 20(3), pp. 257-269.
- Douglas, M., J. Pierce, M. Rosenkoetter, D. Pacquiao, D. Callister, M. Hattar-Pollack, J. Lauderdale, J. Milstead, D. Nardi et L. Purnell. Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 2011, vol. 23(2), pp. 143-150.
- Doutrich, D., K. Arcus, L. Dekker, J. Spuck et C. Pollock-Robinson. Cultural safety in New Zealand and the United States: Looking at a way forward together. *Journal of Transcultural Nursing*, 2012, vol. 23(2), pp. 143-150.
- Farmer, P. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 2004, vol. 45(2), pp. 305-325.
- Gregory, D., J. Harrowing, B. Lee, L. Doolittle et P. O'Sullivan, P. Pedagogy as influencing nursing students' essentialized understanding of culture. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2010, vol. 7(1) 1-17.

International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health. (2007). *Social determinants and Indigenous health: The international experience and its policy implications. Report on specially prepared documents, presentations and discussion at the International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health Adelaide, 29-30 April 2007 for the Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. Extrait de http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf

Kirmayer, L. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 2012, vol. 49(2), pp. 149-164.

Loppie Reading, C, et F. Wien. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2009.

Mahara, M., S. Duncan, N. Whyte et A. Brown, A. It takes a community to raise a nurse: Educating for culturally safe practice with Aboriginal peoples. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2011, vol. 8(1), pp. 1-12.

McGibbon, E.A. et J.B. Etowa. *Anti-racist health care practice*. Toronto, Ont. : Canadian Scholars' Press, 2009.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Déterminants généraux de la santé dans un contexte autochtone*, 2006. Extrait de http://www.naho.ca/documents/naho/publications/determinants_FR.pdf

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé*. Ottawa, Ont. : ONSA, 2008.

Papps, E. et I. Ramsden. Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 1996, vol. 8, pp. 491-497.

Paradies, Y., R. Harris et I. Anderson. The impact of racism on health in Australia and Aotearoa: Towards a research agenda. Discussion Paper 4, Cooperative Research Centre for Aboriginal health, Darwin, 2008.

Smith, D., C. Varcoe et N. Edwards. Turning around the intergenerational impact of residential schools on Aboriginal people: Implications for health policy and practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005, vol. 37(4), pp. 38-60.

Statistique Canada. *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones*, 2006. Extrait de <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=89-645-x&lang=fra>

Statistique Canada. *Santé, scolarité et récolte de nourriture traditionnelle chez les Inuits : feuillet d'information*, 2008. Extrait de <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=89-637-XIF2008004&lang=fra>

Wittig, D. Knowledge, skills, and attitudes of nursing students regarding culturally congruent care of Native Americans. *Journal of Transcultural Nursing*, 2004, vol. 15(1), pp. 54-61.

Photographie

(Cover) Charles Gimpel Library and Archives Canada R10187 229 6 E Five Inuit boys playing on ice [graphic material].

CASN
ACESI

