

OAAPH [known as the National Aboriginal Health Organization (NAHO)] receives funding from Health Canada to assist it to undertake knowledge-based activities, including education, research and dissemination of information to promote health issues affecting Aboriginal Peoples. However, the contents and conclusions of this report are solely that of the authors and are **not attributable, in whole or in part, to Health Canada.** Copies of this report may be obtained by contacting:

National Aboriginal Health Organization
220 Laurier Avenue West, Suite 1200
Ottawa, Ontario K1P 5Z9

Phone: (613) 237-9462
Toll-free: 1-877-602-4445
Fax: (613) 237-1810
Email: info@naho.ca
Website: www.naho.ca

ISBN 978-1-926543-01-7
(National Aboriginal Health Organization. Print)
© NAHO/ONSA Cultural Competency and Safety:
A Guide for Health Care Administrators,
Providers and Educators

Under Section 35 of the Canadian Constitution Act, 1982, the term Aboriginal Peoples refers to First Nations, Inuit and Métis people living in Canada. However, common use of the term is not always inclusive of all three distinct people and much of the available research only focuses on particular segments of the Aboriginal population. NAHO makes every effort to ensure the term is used appropriately.

OAAPH[connue sous le titre d' Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)] reçoit son principal financement de Santé Canada pour entreprendre des activités basées sur la connaissance et comprenant l' éducation, la recherche et la dissémination du savoir, visant à faire connaître les problèmes de santé auxquels sont confrontés les peuples autochtones.Cependant, le contenu et les conclusions de ce rapport appartiennent en totalité aux auteurs du rapport et ne sont aucunement attribuables, en tout ou en partie, à Santé Canada.

On peut obtenir des copies de ce rapport en communiquant avec :

Organisation nationale de la santé autochtone
220, ave. Laurier Ouest, suite 1200
Ottawa, Ontario K1P 5Z9

Téléphone : (613) 237-9462
Sans frais : 1-877-602-4445
Télécopieur : (613) 237-1810
Courriel : info@naho.ca
Site Internet : www.naho.ca

ISBN 978-1-926543-01-7
(Organisation nationale de la santé autochtone. Imprimé)
© Compétence et sécurité culturelles : Guide à l' usage des administrateurs, fournisseurset éducateurs en santé de NAHO/ONSA

Conformément à l' article 35 de la Loi sur la Constitution canadienne de 1982, l' expression « Peuples autochtones » identifie les Premières nations, les Inuits et les Métis vivant au Canada.Cependant, l' usage commun de cette expression n' inclut pas toujours les trois peuples distincts qu' elle identifie et une bonne partie de la recherche disponible ne porte que sur des segments particuliers de la population indigène. L' ONSA s' efforce de faire en sorte que l' expression soit utilisée de manière appropriée.

Table of Contents

Introduction.....	3
Background.....	3
International experiences	4
The need for cultural competency/safety in health care	6
Cultural safety in health care practice: Some examples	9
The need for cultural competency/safety in education	12
NAHO’s views on culturally safe education	15
What should educators do to ensure a culturally safe environment for students?	16
Cultural awareness in an educational setting: Some examples.....	17
Conclusion: Cultural safety and competency in a First Nations, Inuit and Métis context	17
Appendix 1: NAHO’s position statement on cultural competency and safety	19
Appendix 2: General guidelines for health care	21
Further sources of information on cultural competency and safety ..	25
Glossary	27
Works Cited	29
Endnotes.....	31

Introduction

The terms “cultural safety” and “cultural competency” have become part of common parlance within the health care sector. But what do they mean? And why have they permeated so many aspects of health care, health education and organizational health, from local centres to national and international organizations across the globe?

These key terms have been used by, among others, the Maori working with New Zealand health authorities to improve Maori health status and the National Aboriginal Health Organization (NAHO) in Canada to improve the health status of First Nations, Inuit and Métis.¹

This document provides a background on the origins of cultural competency and cultural safety, highlighting two international experiences as examples. The guide explains the need for culturally competent and safe care, identifies the stakeholders in this process, and outlines ways we can evaluate health care programs and policies to ensure that they are culturally safe. We also look at culturally safe environments in education. Finally, we examine how culturally safe environments in health care and education are applied to First Nations, Inuit and Métis.

This living document is meant to be a general guide or resource for researchers, educators and health professionals working in Aboriginal² health. As a general guide, it does not provide national or community-specific details, but rather shares an overview those stakeholders should employ. Additionally, this document provides select resources, contacts and links for further knowledge development.

Background

The term “cultural safety” was developed in the 1980s in New Zealand in response to the Maori people’s discontent with nursing care. Maori nursing students and Maori national organizations supported the theory of cultural safety, which upholds political ideas of self-determination and decolonization of Maori people, and is based within a framework of dual cultures.

In understanding cultural safety as a theoretical and methodological approach originating with colonized Indigenous Peoples, we see the importance of its application across the health care spectrum. Cultural safety moves beyond the concept of cultural sensitivity to analyzing power imbalances, institutional discrimination, colonization and colonial relationships as they apply to health care.

If we use a working definition of cultural competence as “a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or among professionals and enable that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations” (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, 10), we can begin to see how changing the system through the use of an Indigenous understanding of cultural

safety can be possible. Cultural safety within an Indigenous context means that the educator/practitioner/professional, whether Indigenous or not, can communicate competently with a patient in that patient's social, political, linguistic, economic, and spiritual realm. A culturally unsafe practice can be understood to mean "any actions that diminish, demean or disempower the cultural identity and well-being of an individual" (Nursing Council of New Zealand, 2002, 7).

Cultural safety requires that health care providers be respectful of nationality, culture, age, sex, political and religious beliefs, and sexual orientation. This notion is in contrast to transcultural or multicultural health care, which encourages providers to deliver service irrespective of these aspects of a patient. Cultural safety involves recognizing the health care provider as bringing his or her own culture and attitudes to the relationship.

International experiences

The following two examples of culturally competent and safe care were chosen for their ability to address the Indigenous knowledge component of cultural safety and the organizational processes to which changes would be made.

The Tikanga Best Practice Guidelines (2004), produced by the Waikato District Health Board, New Zealand, are a set of guiding principles that directly tie culturally safe care with Maori indigenous knowledge and practice. They are the basis of NAHO's guidelines for cultural safety in health care centres.³ The Tikanga guidelines are organized around the following themes:

- Whānau Rooms and general areas (rooms for family and extended family)
- Karakia (blessings/prayers/incantations)
- Taonga/valuables
- Information and support
- Whanau support (family)
- Food, toiletries and constitutions
- Body parts/tissues/substances (removal, retention or disposal)
- Organ tissue donation
- Pending and following death
- Tūpāpaku (care of the body)

The second international example providing key insight into the cultural competence landscape is a document (2007) produced by the U.S. Department of Health and Human Services' Health Services and Services Administration office. In it, the authors suggest three areas of focus:

- Domains of cultural competence
- Focus areas within domains
- Indicators relating to focus areas, by type of indicator

For the Health Services and Services Administration Department of the United States, who are addressing the discourse on cultural competence,

[the] domains of cultural competence are the critical arenas or spheres in which cultural competence should be evident or manifest in an organization. These seven domains reflect to a great extent, although not exclusively, the underlying construct of cultural competence in health care delivery organizations and are areas to examine for evidence of cultural competence. (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶ 17.).

The seven domains (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶17.) are:

- Organizational values
- Governance
- Planning and monitoring/evaluation
- Communication
- Staff development
- Organizational infrastructure
- Services/ interventions

These two key examples have similar structural areas of focus and ways in which cultural safety practice can be integrated into those structures.

The need for cultural competency/safety in health care

Rationale

There is growing recognition of the need for culturally safe care in improving the health of First Nations, Inuit and Métis in Canada. The health status of Aboriginal Peoples is below the national average (Shah, Svoboda & Goel, 1996). The experience of many Aboriginal People with the mainstream health care system has been negative, often due to cultural differences. Frequently, cultural differences and the inability of health providers to appropriately address these differences have contributed to high rates of non-compliance, reluctance to visit mainstream health facilities even when service is needed, and feelings of fear, disrespect and alienation (NAHO, 2003, pp. 39-41).

Adopting a culturally safe approach to health care can benefit individuals, providers and health care systems. When culturally appropriate care is provided, patients respond better to care. Learning the skills needed to provide culturally safe care can benefit health providers. It can lead to increased confidence on the job by having the ability to address the needs of various groups in society. The resulting increase in job satisfaction may help to increase retention rates in rural and remote communities.

Currently, the dominant discourse is on cultural awareness and cultural sensitivity. These concepts largely focus on increasing health provider knowledge of various cultural beliefs or trends (Papps, 2005). While NAHO supports cultural awareness as an important part of cultural safety, it aims to emphasize that awareness is only the *starting point* of the learning continuum. Cultural safety is near the end point of this continuum. It is therefore important to note the distinctions between cultural awareness, cultural competence and cultural safety. The provision of culturally safe care involves lifelong learning and continuing competence. Cultural safety is the outcome of culturally competent⁴ care.⁵

Misunderstandings can exist between health professionals and their clients and patients; this can affect the ability of health professionals to help their clients and patients achieve optimal health. For example, health professionals may view clients and patients who are culturally different from themselves as unintelligent or of differing intelligence, irresponsible, or disinterested in their health (Dowling, 2002, 4). This can result in poor health status, marginalization within the health care system, increased risk, and experiences of racism for the Aboriginal patient. The health care system may be operating inefficiently, staff morale can be affected, health care costs may rise as patients return with progressed illness, wait times may increase, health centres may be overburdened, and the overall ethical standard of care is diminished (Fortier, 2004, 15).

How does change begin?

Changes to the ways health care education and practice is done must occur through three main areas:

1. Government

- Federal, provincial and territorial levels
 - Agencies and departments such as provincial and territorial ministries of health and education, Health Canada, and the Department of Indian and Northern Affairs
2. Educational institutions, accreditation and regulatory bodies
 - Educational institutions, accreditation and regulatory bodies
 - Medical schools
 - Universities and colleges with health programs
 - Regulatory organizations: the Royal College of Physicians and Surgeons Canada (RCPSC), the Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC), the College of Family Physicians of Canada (CFPC)
 3. Stakeholder groups
 - National Aboriginal Organizations: Assembly of First Nations (AFN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Congress of Aboriginal Peoples (CAP), Native Women’s Association of Canada (NWAC), Métis National Council (MNC)
 - National Aboriginal Health Organization (NAHO); Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC); National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization (NIICHO); Aboriginal Nurses Association of Canada (A.N.A.C.)
 - Community health centres
 - Canadian Patient Safety Institute (CPSI)

If these three areas worked together, sharing guidance and wisdom through changes in policy and planning, a new health system would emerge. This system could help improve the health status of Aboriginal Peoples, decrease health care costs, and create greater capacity for providers. Ideally, these groups could work toward the same, mutually beneficial goals.

What to look for

According to the US Department of Health and Human Services, “cultural competence service delivery is both a quality and business imperative that should be incorporated at every level of an organization” (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶9). But what roles should government, educational institutes and stakeholder groups play? And how can they be engaged to ensure that appropriate standards are implemented. Each stakeholder needs the ability to assess the level of cultural safety within their community. Once they establish measures to gauge the level of cultural safety in the management of the organization/institute, assessment recommendations can lead to continuing cultural safety as a priority.

As stated in the executive summary of a U.S. Department of Health and Human Services (2001) report on standards for culturally and linguistically appropriate services in health care, “experience from other fields demonstrates that health care organizations, providers, policymakers, and accreditation organizations benefit when expectations are clear yet

flexible, resources for implementation are made available, and mechanisms for review and oversight are specified” (p. xvi).

Does it work?

Once changes in practice and delivery occur, there are ways to measure whether or not they have worked. According to Schyve (2002, ¶6), there are three signs of positive cultural change. They can be found in:

- Leadership—there must be a proactive risk reduction program in the organization that enables leaders to pay attention to communications throughout the organization.
- Information—if something does go wrong, the patient must be informed that this result was not what was planned or anticipated.
- Education—the patient and his or her family must be informed about their treatment in a way that they can understand.

Other key areas of cultural safety to look at are:

- Patient satisfaction
- Comprehension
- Adherence to treatment recommendations
- Appropriate utilization
- Accurate diagnosis
- Appropriate treatment
- Organizational improvements
- Enhanced self efficiency
- Cost–benefit
- Improved clinical outcomes–disparity reduction
- Containing costs
- Improving clinical and organization quality
- Relationships between key stakeholders, patients and care givers (Fortier, 2002, 6-8).

If positive changes occur in any of the key areas of cultural safety listed above through practice and delivery, I.e., increased patient safety, we can say that cultural safety was a factor in bringing about these changes. And the positive changes in practice and delivery should be continually applied and evaluated.

Evaluation

Evaluation is necessary to gauge the level of effectiveness of changes brought about by using cultural competency to create cultural safety. Indicators should reflect the type of or level of patient satisfaction, the extent to which the patient feels they are a member of their own health care team, and the degree organizational change? Schyve (2002) argues that these three areas are important when looking at indicators of change.

- Patient satisfaction: “Patients and families are more satisfied with the care they receive when they feel they’ve engaged in successful communication. More importantly, an atmosphere that fosters communication actually affects health outcomes. If the caregivers get the information they need from the patient, and if the patient understands what is being advised, the outcome improves... When patients fully participate in decision-making about their care, they increase their own safety (Schyve, 2002, ¶7).
- Member of health care team: “The patient must be considered a critical member of the health care team. ...[and] needs to know that he or she will not only be heard, but understood and valued. This is how trust is built (Schyve, 2002, ¶8).
- Organizational change: “The organization does a self-assessment every 15 to 18 months, midway through the accreditation cycle, which gives surveyors what they call a ‘priority focus’” (Schyve, 2002, ¶11).

The U.S. Department of Health and Human Services developed the National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (2001), an assessment tool for organizational competency/safety that tests an organization’s ability to:

- Develop an analytic framework for assessing cultural competence in health care delivery organizations.
- Identify specific indicators that can be used in connection with an evaluation framework.
- Assess the utility, feasibility and practical application of the framework and its indicators.
- Understand the relationship between culturally competent health services and patient satisfaction/clinical outcomes/health status.

An evaluation framework should be designed to reflect the priorities and definitions of culturally safe care as set out by First Nations, Inuit and Métis. Evaluation should be an ongoing process.

Cultural safety in health care practice: Some examples

How does a health care provider treat someone in a culturally safe way?

Here are some examples of how a health care worker can modify his or her behaviour in order to better serve a client/patient.

Communication

- Discussion and explanations should be in plain language, recognizing that the language of care may not be the patient’s first language. Care providers must learn to not use jargon, technical or academic terms, and explain things simply and clearly. However, it is important that plain language should not be used in a way that makes the patient feel they are considered less intelligent..

- Non-verbal behaviour varies among cultures and people. Some patients may feel uncomfortable maintaining eye contact, especially in stressful situations or with strangers. A health provider should not make assumptions about what non-verbal behaviour means, but should simply accept that the patient is behaving in a way that is comfortable or important to him or her. The caregiver should also try to adapt his or her own non-verbal behaviour to the patient's in appropriate ways. For example, a caregiver working with Inuit patients and their families should be aware that many Inuit use blinking as a confirmation of understanding.
- Patients are more likely to feel safe and empowered to tell caregivers about their needs and concerns if physicians encourage them to ask questions. Health providers who come across as more concerned with patients' questions than with time constraints are more likely to provide safe care.

Decision-making

- A health worker can show respect for the individual by offering the client/patient explanations and involving them in decisions about their care, rather than making demands on them or issuing unexplained directives. For example, having the client/patient go through the situation and advice with the health worker to see if it "makes sense" to them and for them. People need information to be able to decide if they want and need to follow through, or if a course of action fits with their context, needs or abilities. For example, the health worker could say something like, "There are a couple of things I can suggest that might work. You could try... This can be helpful because ... How does that sound to you?"
- If it is important that the patient do a specific thing, the health worker should give them a specific explanation, and so on. For example, if a patient must take medication several times a day for a period, rather than just saying, "Take one pill every four hours for a week", a health worker should explain the reasoning behind it: "It's really important that you take all of it according to the schedule. You'll probably start to feel better after a couple of days. However, even though you feel better, the germs are still in your body. It takes all this medication, spread out over a week, to kill *all* the germs. If any of them are left, they'll multiply and you'll get sick again."
- If a health worker presents a course of action, and the patient/client says she can't do that without first discussing it with her husband, the health worker needs to be respectful of that. The course of action may not require a spouse's approval, but the health worker must understand the patient's life context and values, in spite of their differences: "Good, you discuss it with him. Can you come by again tomorrow and let me know? Then we can discuss the details."

Understanding and misunderstanding

- People do not want to look silly, and may feel uncomfortable questioning authority. For many reasons, they may say yes when in fact they mean no, or no when in fact the answer is yes. For example, when a health worker has explained medical requirements and procedures and asks, “Any questions? Anything you don’t understand?”, the patient may say “No,” even when they do not understand. Using clear and plain language can help avoid problems. It may be helpful to write down information and instructions so the person can think about it in private. But keep in mind the client’s literacy level. Some further explanation may be helpful too, such as “We doctors don’t always explain things too well. I really would appreciate if you’d get back to me if you have any questions. It will help both of us. I’ll know what I missed, and you’ll get the right information.”

Beliefs

- Clients/patients may have beliefs about causes and cures that do not fit with established medical views. For example, if a client/patient explains that the full moon makes him/her act in strange ways (the role of the moon in mental illness/aberrant behaviour is still widely believed around the world), the health provider should simply accept the explanation and work with/around it: “Yes, the moon is said to affect people. Let’s look at what’s happening in your situation. There may be ways we can reduce the effects.”

Examples of cultural awareness

In the Canadian context, a health professional that is culturally aware would:

- Be aware that a client/patient of First Nations, Inuit or Métis heritage may have consulted a traditional healer, and be prepared to ask about this.
- Be aware of the level of directness in questioning that would be culturally appropriate for an Aboriginal person, while recognizing the diversity of First Nations, Inuit and Métis cultures.
- Be aware that some Aboriginal people tend to minimize a health problem, and accommodate accordingly for any understatement a patient might make in the assessment of their health.

It is important to note that these examples do not apply to all cultural groups.

Examples of culturally safe or unsafe practice

Culturally safe practice involves building health care providers’ communication skills so they:

- Are aware of what needs or issues their client/patient might have.

- Are able to ask questions to get the information needed to best serve their client/patient.
- Pay close attention to and do not negatively judge verbal and non-verbal information that patients provide.

Here are some examples of some culturally safe and unsafe practice:

- Nurse practitioners at the Wabano Centre for Aboriginal Health in Ottawa offered this example of cultural safety. It is well known among health providers at this centre that many of their Métis and non-status First Nations patients do not have access to insured health benefits.⁶ Thus, when the nurses give out prescriptions, they know that patient may not be able to get them filled. Nurses take alternative actions to ensure that patients receive the care necessary to maintain good health or fight illness. For example, they may offer free drug samples to patients, or refer them to employment search services and food banks, or engage in other patient advocacy activities.
- An article (Browne, Fiske and Thomas et al, 2001) on First Nations women's encounters with mainstream health care gives the following example of a culturally unsafe experience: An Aboriginal woman comes into the hospital with a black eye and a wailing child. Health care workers immediately apprehend the child to child and welfare services without first checking the patient's medical or personal history. Culturally unsafe assumptions about abuse and the woman's ability to take care of her child underlie these actions (17).
- The prevalence of sexual abuse in communities means some Aboriginal women may be reluctant to seek out health care encounters involving bodily exposure in order to avoid feeling invalidated or shamed. As a result, they do not want to draw attention to their bodies or are afraid of having a doctor or nurse examine or touch their bodies, especially if they are male. A health care worker who communicates effectively with the patient to ensure comfort during the examination would be acting in a culturally safe way.

The need for cultural competency/safety in education

Rationale

The need for culturally safe care in improving the health of First Nations, Inuit and Métis is matched by the need for culturally safe learning to improve educational outcomes for Aboriginal students.

Aboriginal students' experiences with the mainstream education system are often negative due to cultural differences in the learning environment. Unfortunately, this is common because educators often lack the skills and knowledge needed to appropriately address cultural differences in the curricula and classroom. These differences have

contributed to low retention and completion rates, poor performance, decreased peer interaction, and poor attendance. Moreover, students may experience apprehension, marginalization, racism, disrespect, and oppression within the learning environment.

Developing a culturally safe learning environment benefits students, educators, educational institutions, and education systems. A student is more likely to respond positively to the learning encounter when they feel safe, respected and able to voice their perspective. An educator is more likely to experience more job satisfaction when attendance is better, when the quality of scholarship is good, and when the classroom is an environment of equal engagement between different ways of knowing. This comes from an educator creating a culturally safe learning environment and delivering culturally safe curriculum. High retention rates of an Aboriginal population can be interpreted as a reflection of an educational institute's commitment to such an environment, as well as their commitment to human rights and race relations. Such institutions produce more graduates, which attracts more students and thereby increases enrollment.

A culturally safe learning environment would likely lead to an increased number of Aboriginal health care providers. More Aboriginal people in the health care field could improve health outcomes for First Nations, Inuit and Métis. Persons who develop current competencies and create learning environments are recognizing this need and are beginning to look at how the situation can be improved.

How does change begin?

Education in cultural safety at the post-secondary level is an important starting point for increasing the number of health professionals that provide safe care. Introducing a cultural safety approach early on will ensure students, knows how to provide the most effective care to diverse populations when they enter the health care workforce.

What to look for

In supporting cultural safety education, the following approaches are recommended:

Recognizing the historical context

- Focus on teaching students about colonization and the economic, political, historical, and social causes of current health problems—rather than focusing on increasing knowledge about Aboriginal customs, health beliefs, etc.
- Educate students on the historical processes behind current plights will help them to avoid victim-blaming.⁷

Recognizing diversity of populations

- Make students aware of the diversity between Aboriginal Peoples—First Nations, Inuit and Métis—and the diversity within. There are 630 First Nations each with their own culture, language, etc., and urban, rural and remote populations.

Providing culturally safe care may mean different things for each of these groups and even within the group.

Understanding health care worker–patient power relations

- Focus on understanding the power imbalances that can exist (in favour of the health care worker) between the health care worker and the patient. Students should learn how to exchange and negotiate power with the patient as they would within the teacher/student dynamic.

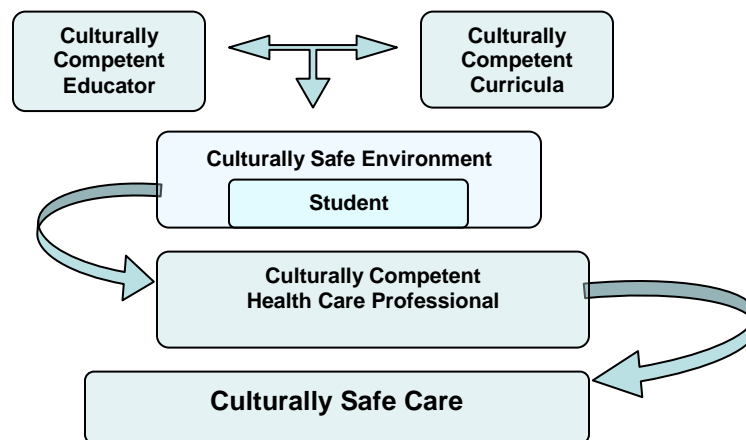
Raising organizational awareness

- Give staff orientations on cultural safety issues to everyone involved in the Aboriginal education program—deans, professors, teaching assistants, lecturers, administrative staff, and counsellors.

Does it work?

Care can be seen as becoming more culturally safe as change moves through a cultural safety education continuum.

Cultural competency/safety education continuum



Evaluation

Some of the indicators that can be used to measure the degree of engagement an organization has with cultural competency and safety include:

- Increase in resources for Aboriginal health.⁸
- Increase in number of Aboriginal students.
- Increase in retention of Aboriginal students.

- Increase in integration with and availability of traditional forms of health and healing.
- Increase in Aboriginal-designed and Aboriginal-informed—culturally competent—health curricula.
- Increase in Aboriginal health educators.
- Increase in Aboriginal students’ completion rates.
- Marked support of and participation in cultural competency/cultural safety workshops and professional development opportunities by non-Aboriginal health educators.

NAHO’s views on culturally safe education

To understand what culturally safe educational practices are, it helps to consider first what is unsafe. NAHO identifies culturally unsafe practices in education as:

- Values, ethics and epistemologies (ways of knowing) for First Nations, Inuit and Métis that may be different from the mainstream are not recognized or valued.
- Indigenous knowledge is not acknowledged, or is treated as inferior to non-Indigenous knowledge.
- There are negative portrayals of First Nations, Inuit or Métis in curricula.
- Historical experiences and effects of colonization on First Nations, Inuit and Métis are not acknowledged.
- There are barriers to basic access to education.⁹

Conversely, culturally safe education occurs when all students take on the responsibility to:

- Self-evaluate by understanding their roles and be willing to examine their own values, ethics and epistemologies (ways of knowing).
- Recognize that they may have conscious or unconscious conceptions of cultural/social differences in health care.
- Identify pre-existing attitudes and be willing to transform their attitudes by tracing them to their origins and seeing their effects on practice through reflection and action.

The educator then takes on the responsibilities to:

- Develop and teach curricula that reflects the Aboriginal experience and context.
- Engage in dismantling barriers.
- Recognize and show respect for Indigenous knowledge.

When both student and educator work from a place of cultural competency, cultural safety becomes attainable.

What should educators do to ensure a culturally safe environment for students?

- Learn about the health and social challenges (and their social, economic, historical, and political determinants) faced by First Nations, Inuit and Métis.
- Expect that these issues may be of particular interest to Aboriginal students.
- Be able to understand Aboriginal health concepts.
- Understand the history of colonization and its impact on current health and social status of First Nations, Inuit and Métis.
- To be self-aware, evaluate the values, beliefs and assumptions they are bringing to the educator–student relationship.

How does an educator treat someone in a culturally safe way?

Communication

- Recognize when you are using a student’s community as an example in problem-based learning (PBL) and that they may be able to offer alternative insights.
- Be open to traditional or Indigenous approaches to health when engaged in discussion.
- Recognize that some of the health or well-being issues discussed are potentially some students’ realities (e.g., tuberculosis, over-crowded housing, etc).
- Establish the learning environment as a place of respect and open dialogue where students are equals.

Decision-making

- Whenever possible engage students in decision-making about the educational path, such as practicum location/scheduling and course selection.
- Provide the students with options on acceptable resources; the opportunity to use Indigenous texts, research, and other media.
- Encourage students to suggest guest speakers or set up site visitations.

Understanding and misunderstanding

- Avoid generalizations. Use specific examples, e.g., diabetes rates differ greatly among and between First Nations, Inuit and Métis.
- Do not burden an Aboriginal student by making them the First Nations, Inuit or Métis “expert” in the class.
- Be able to adequately address the difference between Aboriginal rights and health issues to that of new Canadian populations.
- Establish a clear line of counsel and recourse should problems such as racism come up.
- Acknowledge that you as an educator are not an expert on all aspects of First Nations, Inuit or Métis individual and communities.

Beliefs

- First Nations, Inuit and Métis often include spiritual health as an aspect of health and healing. As an educator you need to be open to and accepting of these topics in students' discussion, analysis or writing.
- Recognize and respect students' need to participate in ceremonies outside of the standard religious holidays, arranging for time off or when necessary.

Cultural awareness in an educational setting: Some examples

A health educator that is culturally aware would:

- Address the social determinants that may lead to a health issue such as obesity. For example, when addressing rates of obesity in Aboriginal communities, realize that northern communities have limited access to low-cost fresh foods and easy access to low-cost high fat foods.
- Include in the course positive examples that are relevant to First Nations, Inuit and Métis.
- Recognize appropriate terminology and use it, such as nation and/or community names.

Conclusion: Cultural safety and competency in a First Nations, Inuit and Métis context

Cultural safety is rooted in the education of health care providers. If the health professional or paraprofessional is able to create a culturally safe environment, then we can assume that they have internalized the ability to be sympathetic, sensitive and empathic, and are willing to incorporate the necessary measure to bridge the gap between giver and receiver and learn that often the one who believes they are the giver is often the receiver. This leads to bridging the gap between staff/organization and patient/student.

The crosscutting foundational principles of cultural safety discussed earlier are applicable to First Nations, Inuit and Métis. However, it is imperative that the educator/practitioner recognize the distinctiveness of First Nations people as similar yet different than Inuit, and similar yet different than Métis, and so on. While they share a common history and have been subject to similar constraints of colonialism, each population has within its own population great diversity.

This is not to say that the tools provided in this text are not useful, but only to say the educator/provider has a responsibility to learn, acknowledge and appreciate the Indigenous knowledge of the group to which they are working with, when feasible. When thinking about how to best meet the group's health priorities, the educator needs to take

into account the different determinants of health each group faces, such as geography, economy, community cohesion, access and capacity, and educational attainment.

Appendix 1: NAHO's position statement on cultural competency and safety

NAHO's position statement on cultural competency and safety was first drafted in 2003 and received Board of Directors approval that same year. However, as it is a living document, revisions have occurred to best address emerging knowledge of competency and safety issues in First Nations, Inuit and Métis health care and education.

1. Cultural Safety

Cultural safety refers to what is felt or experienced by a patient when a health care provider communicates with the patient in a respectful, inclusive way, empowers the patient in decision-making and builds a health care relationship where the patient and provider work together as a team to ensure maximum effectiveness of care. Culturally safe encounters require that health care providers treat patients with the understanding that not all individuals in a group act the same way or have the same beliefs.

2. Reform

The achievement of cultural safety in Aboriginal health care requires two-fold change. It involves micro-level building of cultural competence in health care providers. In order for this to happen, the achievement of cultural safety requires systemic change in health education curriculum and the adoption of cultural safety standards of care by national accreditation bodies at the macro-level. The achievement of cultural safety depends on widespread support from clinicians, educators, researchers, and policy-makers.

3. Scope of Practice: Building the Cultural Competence of Health Care Providers

Cultural competence in health care providers can be achieved when providers build external— and self—awareness and when they learn the specific skills necessary to provide culturally safe care.

3.1 Awareness

- Every health encounter involves the meeting of two distinct cultures—that of the health professional and that of the patient.
- Those receiving the service define culturally safe care. This can happen when trust is established between health care provider and patient.
- Focus on “self-awareness.” Students during their residency should evaluate what they are bringing to the health encounter in terms of their own invisible baggage, that is, attitudes, metaphors, beliefs, assumptions, and values.
- The development of respect toward others is vital for the development of cultural safety (Dienemann, 1997). The need for respect is nurtured in education and required in practice when providers encounter differences in beliefs, rituals, speech, symbols, power, status, gender, ethnicity, or sexual orientation. While the

health practitioner does not need to approve of differences that are present, respect is essential if cultural competency is to be demonstrated in practice.

- Cultural safety involves the recognition that health providers consciously/unconsciously exercise power over patients.
- Cultural safety involves a shift in attitude toward the recognition of patients as the “experts” on themselves.
- Cultural safety involves gaining an understanding of the inadequacy of health services to many Aboriginal Peoples.
- Cultural safety involves gaining recognition of negative attitudes and stereotyping of individuals based on the ethnic group to which they belong.

3.2 Practice

- Cultural safety involves building a health care relationship where the health care practitioner and patient work together as a team.
- Cultural safety involves learning how to communicate with a patient in a respectful, inclusive way, listening with the ears, the mind and the heart, engaging in good questioning, demonstrating understanding and acceptance, using everyday language to communicate with a patient, involving patient in care planning, and so on.
- Culturally safe care should be provided mindful of the individual diversity¹⁰ of patients.

4. Systemic Change

The responsibility for supporting culturally safe care is shared between individuals, professional associations, regulatory bodies, health services delivery and accreditation organizations, educational institutions, and governments. Accreditation bodies and educational institutions can support culturally safe care by adopting standards of care that encompass the principles of cultural safety.

Appendix 2: General guidelines for health care

The following guidelines are adapted from New Zealand's Tikanga Best Practice Guidelines (Waikato District Health Board, 2002) and are intended to give the reader some basic tools for cultural safety within a health care setting. These are general guidelines that will need to be adapted specifically to First Nations, Inuit or Métis.

For example, there is great diversity between First Nations, Inuit and Métis and within each group. A Mi'kmaq patient would have different ceremonial practices and protocols than a Cree staff member. To be effective, these guidelines have to be built into the organization at all levels. At orientation, new staff members are informed of the guidelines, instructed on how to carry them out and told who the resource person is, should they need further guidance.

Guidelines for Practicing Cultural Safety

1. Create Aboriginal Rooms: First Nations, Inuit, Métis

Some areas are permanently governed by First Nations, Inuit and Métis protocol. In these areas protocols should be observed by all staff and other people using the facility.

Ensure that the areas designated are not marginalized with the institution. The patient and family want to know they are part of their environment, not an afterthought.

Staff action:

- Staff must respect these areas set aside permanently or on occasion. If you are not sure what appropriate First Nations, Inuit and Métis protocols are, please ask the staff in those areas or a First Nations, Inuit and Métis staff member of the same nation/community (if known).

2. Ceremony, Song and Prayer

For many Aboriginal Peoples, ceremony is essential in protecting and maintaining their spiritual, mental, emotional, and physical health—particularly in a health care setting.

Staff action:

- Offer the Aboriginal person the choice of having ceremony at all stages of the care process and, where possible, including heightened situations (psychotic events).

Support this by:

- Allowing time for ceremony.
- Not interrupting a ceremony or ceremonies unless the physical care of the patient is compromised.
- If it is not possible for ceremony to occur, explaining why in a sensitive manner and discussing possible options.

3. Sacred/Ceremonial Items

Various items are considered sacred to First Nations, Inuit and Métis and strict protocols and ceremonies govern their usage.

Staff Action:

- Be aware and respectful of the items and discuss any need to handle them with the patient and/or their family members.
- Exercise particular care with gender-specific protocols for ceremonial items.
- Provide a list of various items that may fall within this category.
- Participate in education and training opportunities around sacred and ceremonial processes.

Support this by:

- Securely taping the item to the body of the patient rather than removing it, where possible.
- If risk is involved, obtaining the consent of the patient before removing the item.
- Giving the patient or family member the option of removing it themselves.
- Giving the family member or an Aboriginal staff member the option of caring for any items.
- Informing the patient and or family member any risk of storing the items and how they will be stored.

4. Information and Support

The aim is to provide health care in an environment that is culturally safe. This is done out of respect for different cultural perspectives and needs, and also to support the total health of the person receiving health care.

If necessary, translate the concept of cultural safety/competency into the predominant Indigenous languages of the area. There may be no direct translation for the words, so attention must be given to the context and what the concepts could mean in an indigenous context.

Staff action:

- Ensure the patient and their family understand what is happening and what resources and support are available, including traditional healers, patient advocates and clergy.
- Ensure the patient and their family is given sufficient time to understand the information shared and have the ability to speak to the provider again.
- Create a friendly environment. For example, include Aboriginal art and design in the care facility. The patient and their family need to see themselves reflected in the environment.

Support this by:

- Clearly introducing yourself and your role/service.
- Ensuring that all information is given clearly and is understood by the patient and/or their family.
- Understanding that for First Nations, Inuit and Métis, the concept of “next of kin” may be broadly interpreted at registration.
- Notifying appropriate Aboriginal staff of the patient in the care as soon as possible (i.e., on admission/registration).
- Offering an interpreter where appropriate.
- Ensuring the patient and family are aware of the Aboriginal accommodation services, preferably prior to admission.
- Keeping an up-to-date list of resources that are available (patient advocate services, Aboriginal rooms and other dedicated spaces, external Aboriginal providers, and support services), and informing the patient and their family about these resources.

5. Family Support

Family and extended family is of fundamental importance to many Aboriginal Peoples. The concept of family may extend beyond the nuclear or biological family concept. Family support can be crucial to the patient’s well-being.

Staff action:

- Encourage and support the Aboriginal patient and their family, include them in all aspects of care and decision-making, provide education needed for them to make those decisions.

Support this by:

- Sharing a copy of the care plan with the Aboriginal patient and family with the patients permission (you must comply with federal or provincial privacy legislation).
- Developing a copy of the care plan by an interdisciplinary team with the patient and family and/or designate.
- Asking the patient and/or family if they wish to nominate a person to speak on behalf of the family; they will have to acknowledge that this person will have access to their medical records.
- Acknowledging and involving the person nominated.
- Including appropriate Aboriginal staff in patient care. They may provide assistance with the decision-making process, if this agreed to by the patient and family.
- Where possible, finding private space and adequate time to consult with the family throughout the care process, and checking with the family about suitable meeting times and their needs.
- Being flexible about visiting times and visitor numbers where possible.
- Being supportive of family visiting when death is expected or imminent.

6. Food, Toiletries and Constitutions

The treatment of food and access to traditional food have different protocols attached to them. For some cultures, menstruating women should not prepare or serve food due to their spiritual power. Different protocols can also exist for remains and bodily fluids. For example, it is important for some cultures to dispose of hair lost through combing in a particular manner. In many cases, these beliefs will align with good health and safety procedures that should be practised by the staff and should not need to cause undue deviation from usual practices.

Staff action:

- Become familiar with the basic principles of your patient's nation/culture and practical ways of respecting them.

Supported this by:

- The ways in which staff can assist will vary according to the patients and the various protocols around the nations/communities the health centre serves. These protocols should be determined and developed for staff.

7. Body Parts/Tissues/Substances

This includes the removal, retention or disposal of the placenta and genetic material.

Staff action:

- Follow the correct process for fully communicating with the patient about the procedure and consulting them about options for removal, retention, return, or disposal. Informed consent must be obtained where required.

In addition, staff should consider the following points where a First Nations, Inuit or Métis patient is concerned:

- Offering the option of further support from the appropriate Aboriginal staff. This should happen before any intervention.
- Returning of body parts/tissue/substance in a way that is consistent with the protocols of the patient and in consultation with the appropriate Aboriginal staff. For example, body parts/tissues/substances should be returned in containers that are durable and reflect First Nations, Inuit and Métis best practices.
- Recording and carrying out the wishes of the Aboriginal patient and/or family if the original purpose of retention changes. Returns should follow First Nations, Inuit and Métis best practices and protocols determined in consultation with the patient, family or Aboriginal staff.
- Returning unconsented body parts/tissues/substances following existing cultural protocols of the deceased. If return or retention is not requested, staff should discuss and agree to disposal and/or burial of the body parts/tissues/substances with the patient and family. This should be carried out in a considered and consultative manner that respects accepted First Nations, Inuit and Métis community practices.

- Offering the return of a patient's hair, fingernails and toenails. These may be saved in a patient-labelled plastic bag and returned to the patient or family.
- Documentation in the clinical notes is highly recommended.
- Organ and tissue donation with consent from patient or family.

8. Pending and Following Death

As for any patient, family should be notified, supported and involved where death is expected. In addition, when a First Nations, Inuit or Métis patient is involved, staff should immediately notify Aboriginal support staff involved in the care of the patient.

Staff Action:

- Allow for visiting hours outside of those presets by the health centre (if possible).
- Acknowledge that large numbers of family members may be present; work with them on how to respect each other's needs.
- Be respectful of protocols, show respect for them and allow time for their performance.
- Allow the family or traditional person or healer to prepare the body according to their customs.
- Work with the family to appoint a contact person, thus minimizing the number of calls made—leaders may get involved and act as the point person who is not a family member.

Staff actions following death:

- Always consult with the patient's family on the protocols for handling the body. For example, in some cultures, the body is not left unattended following death.
- Follow the cultural and spiritual protocols of the patient's culture at this time.
- Avoid preparing the body until discussed with the family.
- Provide the family opportunity to perform cultural and spiritual rites for the deceased.

Further sources of information on cultural competency and safety

Canadian Council of Health Services Accreditation

Canadian Patient Safety Institute

Ontario Ministry of Health and Long-term Care

Meno-Ya-Win Health Centre (Sioux Lookout)

First Nations Inuit Health Branch, Health Canada (FNIHB)

Nishnawbe-Aski Nation

Indigenous Physicians Association of Canada

Vision 2020 Strategy

NAHO annotated bibliography on Cultural Safety

NAHO Environmental Scan on Health Care Curriculum

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.

www.diversityRx.org (Web site resource dedicated to culturally safe health practices)

Aboriginal Nurses Association of Canada

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health.

The Third National Conference on Quality Health Care for Culturally Diverse Populations: Advancing Effective Health Care through Systems Development, Data, and Measurement.

Glossary

Indigenous knowledge: “Indigenous knowledge is a complete knowledge system with its own epistemology, philosophy and scientific and logical validity... which can only be understood by means of pedagogy traditionally employed by the people themselves” (Battiste and Henderson, 2000: 41). In other words, Indigenous knowledge is the collective understanding of how the social, spiritual, political, and economic ways of understanding the universe and their place within it as a community or nation interacts. The foundation of these ways of knowing are based on and guided by traditional interpretations of these ways of understandings in everyday contexts.

Inuit Knowledge or Inuit Qaujimaningit: “[Inuit Qaujimaningit] (or traditional knowledge), results from our age-old connection to our land and its living resources, and the inseparable relationship that exists between our land, resources and culture. Attachment to the land through personal histories, stories and place names is just as important as more functional attachments based on areas of good hunting, travel routes and specific knowledge about the physical environment and living resources.” (Accessed from <http://www.itk.ca/environment/tek-understanding.php> on April 13, 2007.)

Traditional knowledge: considered synonymous with Indigenous knowledge, but its common usage generally refers to the history, ceremonies, practices, and beliefs of a particular group that have been passed down from previous generations.

Family: defined by First Nations, Inuit or Métis can mean persons related by blood, such as a parent or child, or by adoption. It can also be extended family members such as aunts, uncles and cousins by both blood and marriage. Family can also include persons related by clan, kinship lines, shared lands and/or ceremonial or traditional adoptions.

Knowledge transfer: a process in which two different entities share knowledge. This process is neither hierarchal nor lateral but rather an interaction where information is shared between individuals or groups in a way that is easily understood by both. It is sometimes referred to as “knowledge exchange.”

Culturally unsafe care/teaching: Can be a situation when values, ethics, knowledge, and/or epistemologies for First Nation, Inuit and Métis may be different than that of the health care provider. This is often the result of a negative portrayal of Aboriginal peoples in curricula; not acknowledging historical experience and effects of colonization on Aboriginal Peoples; and basic access (geographic, linguistic, cultural) barriers that exist.

Cultural sensitivity: An acknowledgement by the health practitioner/educator that the patient or student is of a different culture than their own, and therefore may have a different way of understanding the world. It is possible for a practitioner/ teacher to be culturally sensitive without necessarily being culturally competent or providing a culturally safe environment. Sensitivity can be thought of as the first step towards learning about oneself within the context of one’s interaction or relationship with people of a different culture.

Epistemology: can be understood as a way of knowing or understanding knowledge. It comes from the larger discipline of philosophy and is concerned with the nature and scope of knowledge.

Protocol: defined methods and/or procedures for completing tasks. Ceremonial or spiritual protocols are the traditionally prescribed ways in which items are handled; individuals participate in the event, and the timing or location of ceremonies. These are very specific to language, geography, gender, and culture.

Sacred: may refer to specific ceremonial items (drums, medicine bundles, pipes, tobacco and other plants, etc.) as well as particular locations and, in some traditions, to the body or body parts. While it may refer to specific items similar to “formal” religious artefacts (crucifixes, icons, Koran, rosaries, etc.), Indigenous conceptions of the sacred tend to be more widely applied than they are in a church, temple, synagogue, or mosque.

Ceremony: central to many Indigenous conceptions of health and healing. Ceremonies may also be seen as necessary in the preparation for, and recovery from, specific medical procedures. They may include songs, prayers, pipe ceremonies, smudge (cleansing) ceremonies, among others. These are also very specific to language, geography, gender, and culture.

Works Cited

- Browne, Annette. J., Fiske, J. & Thomas, G. (2001). First Nations Women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research Online Journal*. 3., volume 23 Pp. 126-147.
- Dienemann, J. (1997). Cultural diversity in nursing: Issues, strategies and outcomes. In N. Chrisman, & P. Schultz (Eds.) *Transforming health care through cultural competence training*. Washington, DC: American Academy of Nursing.
- Dowling, J. (2002). *Transversing the cultural gap—Cultural awareness on deployments*. First Annual ADF Nurses Forum, November 2002. Retrieved April, 2007, from <http://www.defence.gov.au/dpe/dhs/adfnursingofficers/i-archive.htm>
- Fortier, J. (2002). Bringing cultural competence into the mainstream: Engaging policymakers, providers, and communities to increase access and improve quality. *Resources for cross cultural health care*. Power Point presentation. <http://www.diversityRx.org>
- HRSA. (2007) *Indicators of cultural competence in health care delivery organizations: An organizational cultural competence assessment profile*. U.S. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Retrieved November, 2007, from <http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/indicators/default.htm>
- Inuit Tapirit Kanatami (2007) Knowledge and Culture. <http://www.itk.ca/environment/tek-understanding.php> on
- National Aboriginal Health Organization. (2003). *Analysis of aboriginal health careers education and training opportunities*. Ottawa. NAHO
- Nursing Council of New Zealand. (2005) Guidelines for Cultural safety, the Treaty of Waitangi, and Maori Health in Nursing and Midwifery Education and Practice. Wellington. Nursing Council of New Zealand pp7
- Papps, E. (2005). *Cultural safety: Daring to be different*. In Dianne Wepa.(Ed.) Cultural Safety in Aotearoa New Zealand. Auckland, New Zealand: Pearson Education.
- Schyve, P. (2002). *The Role of Language and Culture in Patient Safety*. Quality Health Care for Culturally Diverse Populations: Advancing Effective Health Care through Systems Development. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2003. <http://www.ahrq.gov/about/cods/cultdiverse.htm>
- Shah, C. P., Svoboda, T., & Goel, S. (1996). The visiting lectureship on Aboriginal health: An educational initiative at the University of Toronto. *Canadian Journal of Public Health*, (87:4) pp. 272-274.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. Executive summary OPHS, Office of Minority Health. XVI. Retrieved April, 2007, from <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf>

Waikato District Health Board. (2004) Tikanga best practice guidelines. Retrieved April, 2007 from http://waikatodhb.govt.nz/Media/docs/Policy_Procedure/Adminclinical/Tikanga%20BPG%200104.pdf.

Endnotes

¹ Please see Appendix 1 for NAHO's Position Statement on Cultural Competency and Safety.

²² Under the *Canadian Constitution Act, 1982*, the term Aboriginal Peoples refers to First Nations, Inuit and Métis people living in Canada. However, common use of the term is not always inclusive of all three distinct peoples, and much of the available research only focuses on particular segments of the Aboriginal population. NAHO makes every effort to ensure the term is used appropriately.

³ See Appendix 2

⁴ Cultural competency refers to the skills required by a caregiver to ensure that the patient feels safe.

⁵ The cultural safety approach is an evolving area of inquiry. This approach originated in New Zealand in order to respond to a disconnect between the type of health care Maori people needed and the type they were receiving. While this approach has obvious applications to First Nations, Inuit and Métis people in Canada, the specific way that cultural safety will be translated to the Canadian context is still under exploration.

⁶ Insured health benefits means having access to pharmaceuticals as part of the treatment plan. This can include non-insured health benefits, a private insurance plan, or even basic access to pharmacy services in the patient's home community.

⁷ An event or practice fits within a stereotype commonly applied to Aboriginal People and is then accepted as truth, regardless of the social determinants that have played a role in it. Thus, the victim is blamed for the event or practice instead of being given due respect.

⁸ This would include financial support for students; career counseling specific to First Nations, Inuit and Métis student needs; Aboriginal resource centre and study room (a culturally safe space); and appropriate primary and secondary resources for learning.

⁹ Geographic, linguistic and cultural barriers also need to be considered.

¹⁰ In the context of this document, diversity refers to the differences between and within Aboriginal Peoples, for example traditional versus non-traditional, urban versus rural, men and women, as well as differences in the context of First Nations, Inuit and Métis peoples.

Table des matières

Introduction.....	3
Historique.....	3
L'expérience internationale	4
Pourquoi faut-il promouvoir la compétence/sécurité culturelle dans les soins de santé?	6
La sécurité culturelle dans le domaine de la santé : quelques exemples	10
Besoin de compétence/sécurité culturelle en éducation.....	13
La position de ONSA sur l'éducation culturellement sécuritaire	15
Que doivent faire les éducateurs afin d'assurer un environnement culturellement sécuritaire pour les étudiants?.....	16
La sensibilisation culturelle dans l'environnement pédagogique: quelques exemples.....	18
Conclusion: La sécurité et la compétence culturelles dans le contexte des Premières Nations, des Inuit et des Métis.....	18
Annexe 1: La déclaration de ONSA sur la compétence et la sécurité culturelles.....	20
Annexe 2: Lignes directrices sur les différences de sexe en matière de soins de santé.....	22
Lexique	29
Ouvrages cités.....	31
Notes	33

Introduction

Les expressions « sécurité culturelle » et « compétence culturelle » font désormais partie du discours dominant dans le secteur des soins de la santé. Mais que veulent dire ces expressions au juste? Comment sont-elles devenues si prévalentes dans divers domaines des soins de la santé, de l'éducation en santé et de la santé organisationnelle, des centres locaux jusqu'aux grands organismes nationaux et internationaux à travers le monde?

Ces expressions sont devenues monnaie courante et sont utilisées, entre autres, par les Maoris qui travaillent avec les autorités de santé de la Nouvelle-Zélande afin d'améliorer les conditions de santé des Maoris et par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) au Canada qui vise à faire évoluer les conditions de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.¹

Le présent document a pour objectif de tracer l'histoire de l'origine, de la compétence culturelle et de la sécurité culturelle en mettant un accent particulier sur deux importants projets internationaux à titre d'exemples. Le Guide explique l'importance d'établir des soins culturellement sécuritaires et compétents tout en identifiant les intervenants qui sont impliqués dans le processus. Le Guide propose également des façons d'évaluer divers programmes politiques de santé afin d'en assurer la sécurité culturelle. Nous examinerons en même temps des environnements culturellement sécuritaires dans le domaine de l'éducation. En dernier lieu, nous examinerons comment les environnements culturellement sécuritaires en santé et en éducation s'appliquent aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis.

Ce document dynamique est conçu comme une ressource ou un guide général destiné aux chercheurs, éducateurs et professionnels de la santé, travaillant dans le milieu de santé autochtone². À titre de guide général, il ne fournit pas de données spécifiques aux communautés ou à l'échelle nationale. Il vise plutôt à proposer un survol qui sera utile pour l'ensemble des intervenants. Le document présente également un éventail de ressources, de personnes-contacts et de liens qui seront utiles pour l'approfondissement de connaissances supplémentaires.

Historique

L'utilisation de l'expression « sécurité culturelle » remonte aux années 1980 en Nouvelle-Zélande suite au mécontentement ressenti par le peuple maori face à la qualité des soins infirmiers. Les infirmières stagiaires maories ainsi que les organismes maoris nationaux ont commencé à revendiquer la théorie de la sécurité culturelle, une théorie qui préconise le concept d'autodétermination et de décolonisation du peuple maori dans le contexte d'une double culture.

À partir de notre lecture de la sécurité culturelle comme une démarche théorique et méthodologique dont l'origine se trouve parmi les peuples indigènes colonisés, nous saisissons facilement l'importance de cette démarche pour l'ensemble des soins de la santé. La sécurité culturelle va au-delà du concept de sensibilité culturelle et elle fait ressortir encore plus clairement les rapports de force inégaux, la discrimination institutionnelle, la colonisation et les relations coloniales qui sont omniprésents dans le système de santé.

Si nous définissons la compétence culturelle comme « un ensemble de comportements, attitudes et politiques complémentaires qui se manifeste à l'intérieur d'un système, d'une agence ou parmi les professionnels de la santé dont la convergence permet au système, à l'agence ou aux professionnels de travailler efficacement dans des contextes de cultures croisées » (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, 10), nous comprendrons plus facilement qu'il peut devenir possible de changer le système par le recours aux connaissances indigènes en matière de sécurité culturelle. La sécurité culturelle dans un contexte indigène 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. Les pratiques culturelles non sécuritaires incluent « toute action qui diminue, dévalorise ou déracine l'identité culturelle et le mieux-être de la personne » (Nursing Council of New Zealand, 2002, 7).

La sécurité culturelle exige de la part des professionnels de la santé le respect de la nationalité, de la culture, de l'âge, du sexe, des convictions politiques, religieuses et de l'orientation sexuelle. Ce concept fait contraste aux régimes de santé transculturels ou multiculturels qui favorisent une prestation de soins de santé qui ne tient aucun compte des caractéristiques propres du patient. La sécurité culturelle implique un échange réciproque en vertu duquel le prestataire des soins investit ses propres valeurs culturelles et attitudes dans la qualité de la relation.

L'expérience internationale

Les deux exemples de soins culturellement compétents et sécuritaires ont été choisis parce qu'ils font clairement ressortir l'importance des connaissances indigènes dans la sécurité culturelle et les démarches organisationnelles qui ont rendu les changements possibles.

Les lignes directrices de meilleure pratique Tikanga (2004), élaborées par le Waikato District Health Board, Nouvelle-Zélande, sont composées d'un ensemble de principes directeurs qui établissent un lien direct entre les soins culturellement sécuritaires et les pratiques et connaissances indigènes des Maoris. Elles sont à l'origine des lignes directrices adoptées par ONSA pour la sécurité culturelle dans les centres de soins de santé.³ Les lignes directrices Tikanga sont organisées autour des thématiques suivantes:

- Chambres Whānau et aires cliniques générales (chambres pour la famille et la famille élargie)
- Karakia (bénédictions/prières/incantations)
- Taonga/effets de valeur
- Information et soutien
- Support Whanau (famille)
- Aliments, articles de toilettes et constitutions
- Parties du corps/tissus/substances (ablation, rétention ou disposition)
- Don de tissus d'organe
- Pendant et après la mort
- Tūpāpaku (soins corporels)

Le deuxième exemple de projet international qui nous permet de mieux comprendre le contexte de compétence culturelle provient d'un document (2007) élaboré par le U.S. Department of

Health and Human Services, Health Services et son Bureau de Services d'administration. Les auteurs du document préconisent trois domaines d'intérêt :

- Les domaines de compétence culturelle
- Les zones d'intérêt précis à l'intérieur des domaines
- Indicateurs reliés aux zones d'intérêt particulier, par type d'indicateur

Selon le Health Services and Services Administration Department aux États-Unis, l'agence responsable du discours sur la compétence culturelle,

[Les] domaines de compétence culturelle sont des lieux critiques dans lesquels les compétences culturelles doivent être mises en évidence à l'intérieur d'un organisme. Les sept domaines font appréhender dans une large mesure, sans s'y limiter, le concept de base de compétence culturelle dans la prestation des soins de la santé et constituent locus examinandi pour déceler l'évidence de compétence culturelle (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶ 17.).

Les sept domaines (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶17.) sont les suivants :

- Valeurs organisationnelles
- Gouvernance
- Planification et suivi/évaluation
- Communication
- Perfectionnement des ressources humaines
- Infrastructure organisationnelle
- Services/interventions

Ces deux projets clés se ressemblent beaucoup par la structure de leurs zones d'intérêt et par les démarches qu'ils proposent pour l'intégration de la sécurité culturelle à l'intérieur des structures.

Pourquoi faut-il promouvoir la compétence/sécurité culturelle dans les soins de santé?

Argument

Il est de plus en plus reconnu que la sécurité culturelle offre les meilleures solutions pour faire évoluer la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis au Canada. Les conditions de santé des peuples autochtones sont inférieures à la moyenne nationale (Shah, Svoboda & Goel, 1996). Beaucoup de personnes d'origine autochtone ont vécu des expériences négatives avec les systèmes de soins au Canada à cause de l'indifférence culturelle. Très souvent, les différences culturelles et l'incapacité des prestataires de soins de santé de tenir compte de ces différences contribuent au niveau très élevé de non compliance, à la méfiance par rapport aux établissements de santé, même quand on a besoin de services, et au sentiment de crainte, de manque de respect et d'aliénation (ONSA, 2003, pp. 39-41).

L'adoption d'une démarche de soins de santé culturellement sécuritaire peut apporter de grands avantages aux bénéficiaires, aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé. Quand la prestation de soins de santé s'effectue d'une manière culturellement appropriée, les patients réagissent mieux aux soins. Les prestataires de soins bénéficient également de l'apprentissage des compétences requises pour la prestation de soins de santé culturellement sécuritaire. L'apprentissage de ces compétences peut, entre autres, augmenter la confiance des professionnels par rapport à leurs capacités de bien répondre aux besoins des divers groupes qui font partie de la société. L'augmentation de la satisfaction professionnelle peut devenir un moyen de renforcer les taux de rétention surtout dans les régions rurales et éloignées.

À l'heure actuelle, le discours dominant porte sur la sensibilité et la prise de conscience culturelle, ces concepts supposent l'approfondissement des connaissances du fournisseur des soins de la santé par rapport à diverses tendances et croyances culturelles (Papps, 2005). Tout en reconnaissant l'importance de la sensibilité culturelle dans le contexte de sécurité culturelle, ONSA est cependant d'avis que la sensibilité n'est que le *point de départ* sur un continuum d'apprentissage. La sécurité culturelle se situe à l'extrémité de ce continuum. Il est important donc de bien distinguer les différences entre la sensibilité culturelle, la compétence culturelle et la sécurité culturelle. La prestation de soins de santé culturellement sécuritaire implique l'apprentissage à vie et l'acquisition continue de compétences. La sécurité culturelle⁴ est l'aboutissement de soins de santé culturellement compétents⁵

Les professionnels de la santé, les clients et les patients ne sont pas toujours du même avis; cette différence d'opinions peut avoir un impact sur les capacités des professionnels de la santé d'apporter de l'aide à leurs clients afin que ceux-ci puissent développer une santé optimale. À titre d'exemple, les professionnels de la santé risquent de considérer les clients et les patients culturellement différents comme étant des personnes avec moins d'intelligence, des personnes irresponsables ou des personnes qui ne s'intéressent pas du tout à leur santé. (Dowling, 2002, 4). Cette attitude peut entraîner de faibles résultats sanitaires et la marginalisation à l'intérieur du régime de santé, des risques accrus et l'expérience de racisme vécue par le patient autochtone. Le fonctionnement du régime des soins risque d'être très mauvais. Le personnel risque d'être démoralisé, les coûts de santé risquent de monter de façon importante si les patients retournent

avec peu d'amélioration dans leurs conditions de santé. Les temps d'attente risquent d'augmenter, les établissements seront débordés et, de façon générale, la qualité éthique des soins sera affaiblie (Fortier, 2004, 15).

Où commence le changement?

Les changements à l'éducation et à la pratique de la santé doivent provenir de trois sources:

1. Gouvernement
 - Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux
 - Agences et ministères provinciaux et territoriaux responsables de la santé et de l'éducation, Santé Canada et le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
2. Établissements d'éducation, d'accréditation et de réglementation
 - Établissements d'éducation, d'accréditation et de réglementation
 - Écoles de médecine
 - Universités et collèges offrant des programmes de sciences de la santé
 - Organismes réglementaires : le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
3. Groupes d'intervenants
 - Organismes autochtones nationaux : Assemblée des Premières Nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Congrès des peuples autochtones (CAP), Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) et Conseil national des Métis (CNM)
 - Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), Association des médecins indigènes du Canada (AMIC), Organisation nationale des représentants indiens et Inuit en santé communautaire (ONRIISC), Aboriginal Nurses Association of Canada (A.N.A.C.)
 - Centres de santé communautaire
 - L'Institut canadien pour la santé des patients (ICSP)

Si les intervenants de ces trois domaines réussissent à travailler en plus grande collaboration, à partager les connaissances et les modifications qu'ils apportent à leurs politiques et à leurs planifications, nous aurions un nouveau et un meilleur régime de soins de santé. Un tel régime pourrait apporter beaucoup à l'amélioration de conditions de santé des peuples autochtones, à la diminution des coûts élevés des soins de santé et à une capacité accrue des fournisseurs de soins. De façon idéale, les trois groupes pourraient travailler en vue de la réalisation d'objectifs mutuellement avantageux.

Que faut-il viser?

Selon le US Department of Health and Human Services, « la prestation culturellement compétente des soins est à la fois une qualité et une exigence fonctionnelle qui doit être intégrée à tous les niveaux d'un organisme » (U.S. Department of Health and Human Services, 2007, ¶9). Mais quel rôle doivent jouer les gouvernements, les établissements d'éducation et les groupes d'intervenants? Comment l'ensemble de ces représentants peuvent-ils agir de manière à assurer

le respect des normes? Tout intervenant doit avoir la capacité d'évaluer le niveau de sécurité culturelle à l'intérieur de sa propre communauté. Après avoir établi des mesures pour évaluer le niveau de sécurité culturelle pour la bonne gestion de l'organisme/établissement, les recommandations qui en découlent peuvent mener à l'établissement de la sécurité culturelle comme une priorité incontournable.

Selon l'abrégé du rapport produit par le U.S. Department of Health and Human Services (2001), lequel rapport portait sur les normes applicables aux services de santé culturellement et linguistiquement appropriés, « l'expérience acquise dans d'autres domaines démontre que les établissements de santé, les fournisseurs de soins, les décideurs politiques et les organismes d'accréditation trouveront un plus grand avantage quand les attentes sont précises et souples et quand les ressources pour la mise en œuvre sont rendues disponibles, assorties de mécanismes adéquats pour la révision de défauts non prévus » (p. xvi).

Est-ce que cela fonctionne?

Aussitôt que les changements sont apportés au niveau de la pratique et de la prestation, il existe plusieurs façons de mesurer si cela fonctionne. Selon Schyve (2002, 6), trois signes indiquent un changement culturel positif. Ces signes se trouvent au niveau :

- du leadership—l'organisme doit mettre en place un programme proactif de réduction de risques afin de permettre aux dirigeants de porter une attention sur les communications dans l'ensemble de l'organisme.
- des informations—si jamais une situation fâcheuse se produit, le patient doit en être informé afin de l'assurer que ce résultat n'était ni prévu ni anticipé.
- de l'éducation—le patient et les membres de la famille du patient doivent être informés de tout traitement dans un langage qu'ils peuvent facilement comprendre.

D'autres éléments clés de la sécurité culturelle à prendre en considération sont :

- La satisfaction des patients
- La compréhension
- La conformité aux recommandations de traitement
- L'utilisation appropriée
- Diagnostic précis
- Traitement approprié
- Améliorations organisationnelles
- Auto-efficacité accrue
- Rapport qualité-prix
- Amélioration des résultats cliniques – réduction des écarts
- Contrôle des coûts
- Amélioration de la qualité clinique et organisationnelle
- Établissement de relations entre les intervenants-clés, les patients et les fournisseurs de soins (Fortier, 2002, 6-8).

Lorsque les changements positifs se produisent dans l'un ou l'autre des domaines de sécurité culturelle décrits ci-dessus, en tant que résultats de la pratique ou de la prestation, c.-à-d. une

meilleure sécurité des patients, nous pouvons conclure que la sécurité culturelle était l'un des facteurs clés à l'origine de ces changements. Tout changement positif au niveau de la pratique ou de la prestation doit être appliqué de façon constante et faire l'objet de nouvelles évaluations.

Évaluation

L'évaluation est nécessaire pour mesurer le niveau d'efficacité des changements survenus à cause de l'utilisation de la compétence culturelle pour la création de la sécurité culturelle. Les indicateurs doivent refléter le degré de satisfaction des patients, la mesure dans laquelle les patients croient qu'ils font partie de l'équipe des soins et le degré de changement organisationnel. Schyve (2002) fait état de trois éléments importants concernant les indicateurs de changement.

- La satisfaction des patients : « Les patients et les familles seront plus satisfaits des soins reçus quand ils ont l'impression d'avoir bien participé aux communications. Il est important de noter que toute atmosphère favorisant les communications aura un impact positif sur les résultats sanitaires. Si les soignants obtiennent du patient les informations dont ils ont besoin et si le patient comprend les conseils qu'il reçoit, le résultat s'améliore...Lorsque les patients renforcent leur propre degré de sécurité (Schyve, 2002, ¶7).
- Être membre de l'équipe soignante : « Le patient doit être considéré comme un membre essentiel de l'équipe soignante... Il doit savoir que non seulement on l'écouterait, mais aussi qu'il sera compris et valorisé. C'est la meilleure façon de bâtir la confiance. » (Schyve, 2002, ¶8).
- Changement organisationnel : « L'organisation doit procéder à l'auto-évaluation tous les 15 à 18 mois au point mitoyen du cycle d'accréditation, ce qui permet aux surintendants d'établir ce qu'ils nomment «focus prioritaire» (Schyve, 2002, ¶11).

Les normes nationales de services de santé linguistiquement et culturellement appropriés (2001), développées par le U.S. Department of Health and Human Services, constituent un outil d'évaluation de la compétence/sécurité organisationnelle qui permet de mesurer la capacité de l'organisation de:

- développer un cadre analytique pour l'évaluation de la compétence culturelle au sein d'organismes de prestation de soins de santé
- identifier les indicateurs précis qui doivent être utilisés en rapport avec le cadre d'évaluation
- évaluer l'utilité, la faisabilité et l'application pratique du cadre et des indicateurs.
- comprendre la relation entre les soins de santé culturellement compétents et la satisfaction des patients/les conséquences cliniques/le statut de santé.

Le cadre d'évaluation doit être conçu de façon à refléter les priorités et les définitions des soins culturellement sécuritaires mis au point par les Premières Nations, les Inuit et les Métis. L'évaluation doit être un processus continu.

La sécurité culturelle dans le domaine de la santé : quelques exemples

Comment le fournisseur de soins de santé doit-il tenir compte de la sécurité culturelle pour le traitement des patients?

Voici quelques exemples de modifications que le fournisseur de soins de santé peut adopter afin de mieux servir son client/patient.

Communication

- Utiliser un langage clair et simple dans les discussions et les explications, car il faut reconnaître que la langue utilisée n'est peut-être pas la première langue du patient. Les fournisseurs de soins doivent éviter le jargon médical et technique et expliquer les choses simplement. Éviter toutefois d'utiliser un langage simple qui risquerait de donner au patient l'impression qu'on le considère comme étant moins intelligent...
- Les comportements non verbaux varient selon les cultures et les peuples. Le contact oculaire met certains patients mal à l'aise, surtout dans les situations de stress ou avec les étrangers. Le fournisseur de soins ne doit rien tenir pour acquis au sujet du sens d'un comportement non verbal. Il faut accepter le fait que ce comportement peut être important pour le patient, car il lui permet de se sentir plus à l'aise. Le fournisseur de soins peut adapter son propre comportement non verbal afin qu'il soit plus approprié à celui du patient. Par exemple, le fournisseur de soins qui travaille avec les patients et les familles inuit devrait comprendre que le clignotement des yeux pour ces patients est une confirmation de compréhension.
- Les patients se sentent beaucoup plus en sécurité et sont plus aptes à répondre aux questions des fournisseurs de soins si le fournisseur les encourage à poser des questions. Les professionnels de la santé qui se montrent plus attentifs aux questions des patients qu'aux limites de temps sont plus susceptibles de fournir des soins plus sécuritaires.

Prise de décision

- Le professionnel de la santé fait preuve de respect envers la personne lorsqu'il encourage le client/patient à participer à la prise de décision en matière de soins. Le professionnel de la santé doit éviter d'être trop exigeant et éviter les directives sans explications. Par exemple, il est très utile de passer en revue la situation et les conseils avec les clients/patients afin d'assurer que les conseils ont du sens pour les patients. Les gens doivent être informés avant de prendre une décision sur les actions importantes, lesquelles actions doivent convenir à leur contexte, leurs besoins et leurs capacités. Le professionnel de la santé pourrait formuler ses conseils de la façon suivante : « Il y a plusieurs choses que je pourrais vous suggérer, vous pourriez peut-être essayer... Cela peut être très utile parce que... Est-ce que cela vous convient? »

- Si le professionnel de la santé s'attend à un comportement précis de la part du patient, il doit le lui expliquer clairement. S'il s'agit de la prise quotidienne de médicaments pendant une certaine période de temps, au lieu de dire : « Prenez une pilule toutes les quatre heures pendant une semaine », le professionnel de la santé doit commencer par une explication de la raison : « Il est très important de prendre tous les médicaments selon l'horaire prévu. Si vous faites cela, vous commencerez à vous sentir mieux d'ici quelques jours. Il faut faire attention parce que même si vous commencez à vous sentir mieux, les microbes seront toujours dans votre corps. C'est pour ça qu'il faut prendre tous les médicaments pendant une semaine afin de tuer *tous* les microbes. Autrement, ils risquent de se multiplier et vous aurez une rechute. »
- Si le patient/client hésite à suivre une mesure recommandée par le professionnel de la santé avant de discuter de la mesure avec sa conjointe, le professionnel de la santé doit respecter cette décision, même si la mesure à suivre ne dépend pas de l'approbation du conjoint, le professionnel de la santé doit respecter le contexte de vie et les valeurs du patient indépendamment de toute différence : « C'est une très bonne idée, discutez-en avec votre conjoint. Je vous invite à revenir demain pour me tenir au courant. Nous pourrions alors en discuter les détails. »

Compréhension et incompréhension

- Les gens n'aiment pas avoir l'air idiot et se sentent parfois très mal à l'aise devant une personne qui représente l'autorité. Très souvent, ils peuvent répondre oui quand il faut dire non ou non quand la vraie réponse devrait être oui. Par exemple, lorsqu'un professionnel de la santé explique les exigences et les procédures médicales et ensuite demande au patient « Avez-vous des questions? Est-ce que vous avez tout compris », le patient peut bien répondre « non » même s'il n'a rien compris. L'utilisation d'un langage clair et simple aide beaucoup à éviter ces fâcheuses situations. Il serait plus utile de mettre toutes les instructions par écrit afin que le patient puisse y réfléchir en privé. Il ne faut pas oublier non plus les questions d'analphabétisme. En ce cas, on pourrait ajouter une autre explication comme la suivante : « Nous autres, les médecins, nous n'expliquons pas toujours très bien. J'aimerais beaucoup que vous me reveniez là-dessus plus tard si vous avez des questions. Ce sera très utile pour nous deux. Comme ça, si j'ai manqué quelque chose vous pouvez me revenir avec l'information juste. »

Croyances

- Les clients/patients ont souvent leurs propres croyances sur les causes et les remèdes et ces croyances ne conviennent pas toujours aux idées reçues par les autorités médicales. Si les patients expliquent son comportement par l'influence d'une pleine lune (l'influence de la lune dans le contexte maladie mentale/ comportement aberrant est très bien admise), le professionnel de la santé doit tout simplement accepter l'explication, en ajoutant quelque chose du genre : « Oui, la lune peut affecter les gens. Mais regardons de plus près ce qui se passe dans votre situation. Il y aurait peut-être des façons de réduire ses effets. »

Exemples de sensibilité culturelle

Dans le contexte canadien, tout intervenant culturellement sensible doit :

- Comprendre que les clients/patients des Premières Nations, Inuit ou Métis sont susceptibles de consulter un guérisseur traditionnel et doit être prêt à poser des questions dans ce sens.
- Comprendre le degré de franchise directe dans les questions culturellement appropriées pour une personne d'origine autochtone, tout en reconnaissant la diversité des cultures des Premières Nations, des Inuit et des Métis.
- Reconnaître la tendance des personnes autochtones de minimiser les problèmes de santé et de recueillir en conséquence la possibilité de sous-évaluation des problèmes de santé de la part des patients autochtones.

Il est important de reconnaître que ces exemples ne s'appliquent pas de façon égale à tous les groupes culturels.

Exemples de pratiques culturelles sécuritaires et insécuritaires

Une pratique culturellement sécuritaire implique l'acquisition de compétences de communication par les intervenants afin que ces derniers puissent :

- reconnaître les besoins et la problématique particulière de leurs clients/patients ;
- poser les bonnes questions afin d'obtenir les informations requises pour mieux servir les clients/patients ;
- être à l'écoute sans porter de jugement négatif, verbal ou non verbal, sur les informations fournies par les patients.

Voici des exemples de certaines pratiques culturellement sécuritaires et insécuritaires:

- Les infirmières praticiennes au Centre de santé autochtone Wabano à Ottawa ont fourni l'exemple de pratiques culturellement sécuritaires. Les professionnels de la santé de ce centre comprennent que bon nombre de leurs patients métis ou autochtones sans statut indien n'ont pas accès aux soins de santé assurés.⁶ L'infirmière qui dispense des ordonnances comprend que ces patients risquent de ne pas pouvoir faire remplir leur ordonnance. Les infirmières prennent des mesures alternatives que ces patients obtiennent les soins de santé nécessaires afin de les protéger contre la maladie. Par exemple, elles offrent des échantillons gratuits de médicament gratuits à ces patients ou les orientent vers les services de recherche d'emploi, les banques alimentaires ou autres services qui défendent les intérêts des patients.
- Un article (Browne, Fiske et Thomas et al, 2001), qui a été publié sur l'expérience des femmes autochtones auprès des services de santé institutionnels, cite l'exemple suivant de pratique culturellement insécuritaire: une femme autochtone se présente à l'hôpital avec un œil au beurre noir, un enfant qui pleure. Les intervenants de santé prennent tout de suite l'enfant en charge pour le référer au service de protection de l'enfance sans autre

vérification du dossier médical ou des antécédents de la patiente. De telles actions s'appuient très souvent sur des préjugés quant à la capacité de s'occuper de son enfant (17).

- À cause de la prévalence de l'agression sexuelle dans certaines collectivités, certaines femmes autochtones évitent les rendez-vous aux cliniques de santé qui nécessitent l'exposition de leur corps parce qu'elles ont honte et ont peur de l'invalidation. En conséquence, elles s'esquivent à toute attention dirigée vers leur corps et ont très peur de se faire examiner par un médecin ou une infirmière, surtout quand les intervenants sont des hommes. L'intervenant de la santé doit être capable de communiquer de façon efficace avec la patiente pour la rassurer pendant l'examen en adoptant une attitude culturellement sécuritaire.

Besoin de compétence/sécurité culturelle en éducation

Argument

La contrepartie de soins culturellement sécuritaires pour l'amélioration de la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis est la pédagogie culturellement sécuritaire afin de renforcer le succès scolaire des étudiants autochtones.

Les étudiants autochtones ont souvent des rapports très négatifs avec les établissements scolaires traditionnels à cause de la différence culturelle dans un contexte pédagogique. Malheureusement, ces carences sont très répandues parce que beaucoup d'éducateurs n'ont ni les compétences ni les connaissances pour suffisamment reconnaître les différences culturelles dans les cours de formation. Ces carences ou différences aboutissent souvent à un faible taux de réussite scolaire, à de mauvais résultats, à une faible interaction avec les pairs et à l'absentéisme. Les étudiants, dans ce contexte, vivent souvent des expériences de crainte, de marginalisation, de racisme, de manque de respect et d'oppression dans le contexte pédagogique.

La promotion d'environnements d'apprentissage culturellement sécuritaires comporte de nombreux avantages pour les étudiants, les éducateurs, les établissements scolaires et le système d'éducation. Les étudiants auront des réactions beaucoup plus positives s'ils se sentent en sécurité dans un environnement d'apprentissage, s'ils sont respectés et s'ils ont la possibilité d'exprimer leurs perspectives. À son tour, l'éducateur aura une expérience beaucoup plus satisfaisante par l'amélioration des présences, par la qualité de l'apprentissage et par l'ambiance en salle de classe qui encourage un engagement équitable par rapport aux différentes manières d'acquisition du savoir. Tout cela est possible lorsque l'éducateur travaille activement à assurer la sécurité culturelle de l'environnement pédagogique en suivant un curriculum culturellement approprié. Les taux élevés de rétention de la population autochtone sera un indice de l'engagement de l'établissement scolaire par rapport à un tel environnement et de son engagement en faveur des droits de la personne et de relations raciales positives. Ces établissements scolaires affichent des taux de réussite plus élevés : ce qui devient un fort facteur d'attraction pour l'augmentation du nombre d'inscriptions.

Un environnement pédagogique culturellement sécuritaire est très susceptible de produire un nombre accru de professionnels de la santé autochtones. L'augmentation du nombre d'intervenants autochtones en santé peut améliorer les conditions de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis. Les personnes responsables du développement de compétences pédagogiques et d'environnement d'apprentissage commencent à reconnaître ce besoin et à chercher les moyens pour améliorer la situation.

Où commence le changement?

Les études postsecondaires sont un très bon point de départ pour commencer l'enseignement de la sécurité culturelle afin d'augmenter le nombre de professionnels de la santé qui seront capables de faire une prestation sécuritaire des soins de santé. En apprenant la démarche en sécurité culturelle dès le début de leurs études, les étudiants seront mieux formés et plus efficaces auprès de diverses populations dès qu'ils commencent leur carrière en santé.

Que faut-il viser?

Pour renforcer la sécurité culturelle, les démarches suivantes sont recommandées :

Reconnaissance du contexte historique

- Enseigner aux étudiants les origines de la colonisation et les causes économiques, politiques et historiques et sociales des problèmes actuels de santé au lieu de viser l'augmentation des connaissances sur les coutumes et les croyances des Autochtones en matière santé, etc.
- Enseigner aux étudiants les processus historiques associés aux maladies courantes pour que les étudiants évitent de blâmer les victimes.⁷

Reconnaissance de la diversité des populations

- Les étudiants doivent apprendre à apprécier la diversité des peuples autochtones et reconnaître leur diversité en tant que Premières Nations, Inuit et Métis. Il y a 630 Premières Nations, chacune ayant sa propre culture, langue, etc. Les Premières Nations sont réparties entre les populations urbaine, rurale et éloignée. La prestation de soins culturellement sécuritaire aura un sens différent selon chacun de ces groupes et selon les membres à l'intérieur du groupe.

Compréhension du rapport de force entre les intervenants de la santé et les patients

- Chercher à comprendre le rapport de force inégal qui existe (toujours en faveur de l'intervenant en santé) entre les intervenants et les patients. Les étudiants doivent apprendre à échanger et négocier les rapports qui sont établis avec les patients de la même manière que sont négociées les relations entre enseignants et étudiants.

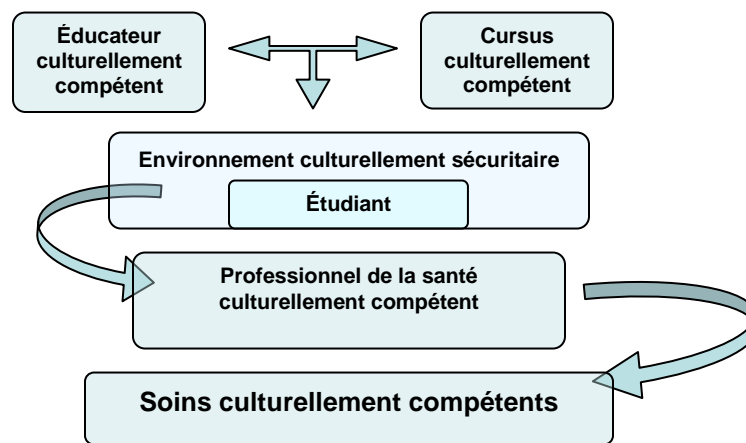
Une sensibilisation organisationnelle accrue

- Sensibiliser l'ensemble des effectifs sur les questions reliées à la sécurité culturelle - tous ceux qui font partie du programme d'étude y compris les doyens, les professeurs, les assistants, les maîtres de conférences, les employés de bureau et les conseillers doivent participer à cette démarche de sensibilisation.

Est-ce que cela fonctionne?

Les soins doivent être appréciés dans la mesure où ils renforcent la sécurité culturelle au fur et à mesure que les changements sont apportés sur le continuum d'éducation en sécurité culturelle.

Continuum pédagogique de la compétence/sécurité culturelle



Évaluation

Certains des indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer le degré d'engagement de l'organisation en faveur de la compétence et de la sécurité culturelle dont les suivants:

- Augmentation des ressources en santé autochtones.⁸
- Augmentation du nombre d'étudiants d'origine autochtone.
- Rétention accrue des étudiants d'origine autochtone.
- Intégration accrue et meilleur accès aux formes traditionnelles de santé et de guérison.
- Augmentation du nombre de cours conçus par et pour les Autochtones sur la compétence culturelle.
- Augmentation du nombre d'éducateurs en santé autochtone.
- Meilleur taux de réussite scolaire parmi les étudiants d'origine autochtone.
- Support et participation accrue aux ateliers portant sur la sécurité/compétence culturelle et meilleur accès aux possibilités de perfectionnement professionnel pour les éducateurs non-autochtones.

La position de ONSA sur l'éducation culturellement sécuritaire

Afin de mieux comprendre en quoi consistent les pratiques éducatives culturellement sécuritaires, il sera utile de considérer d'abord les pratiques insécuritaires. ONSA a identifié les pratiques éducatives insécuritaires de la façon suivante:

- Les valeurs, la déontologie et les épistémologies (les façons de savoir) des Premières Nations, des Inuit et des Métis peuvent être très différentes de la société dominante, mais elles ne sont ni reconnues ni valorisées.
- Les connaissances indigènes ne sont pas reconnues ou, pis encore, sont traitées comme étant des connaissances inférieures aux connaissances non-indigènes.
- Les images transmises dans les cours sur les Premières Nations, les Inuit et les Métis sont des images négatives.
- Absence de reconnaissance de l'expérience historique et des effets de la colonisation sur les Premières Nations, les Inuit et les Métis.
- Existence de barrières systémiques à l'accès à l'éducation.⁹

À l'opposé, l'éducation culturellement sécuritaire devient tout à fait possible aussitôt que les étudiants acceptent la responsabilité de :

- S'auto-évaluer afin de comprendre leur rôle, leurs valeurs, leur déontologie et leurs épistémologies (façons de savoir).
- Reconnaître leur parti-pris, conscient ou inconscient, par rapport aux différences sociales/culturelles en matière de santé.
- Identifier les attitudes pré-existantes et être prêts à les transformer en identifiant leurs origines et comprenant les effets sur la pratique par un processus de réflexion et d'action.

L'éducateur assume par la suite la responsabilité de :

- Développer et enseigner des cours portant sur la réalité et le contexte de l'expérience autochtone.
- S'engager à défaire les barrières.
- Reconnaître et accepter les connaissances indigènes.

Lorsque l'étudiant et l'éducateur s'engagent dans une démarche de compétence culturelle, la sécurité culturelle devient tout à fait possible.

Que doivent faire les éducateurs afin d'assurer un environnement culturellement sécuritaire pour les étudiants?

- S'informer sur les défis socio-sanitaires (ainsi que leurs facteurs déterminants sociaux, économiques, historiques et politiques) que doivent relever les Premières Nations, les Inuit et les Métis.
- Reconnaître l'intérêt que ces questions peuvent représenter pour les étudiants d'origine autochtone.
- Avoir la capacité de comprendre les concepts de santé autochtone.
- Comprendre l'histoire de la colonisation et ses impacts sur les conditions actuelles de santé chez les Premières Nations, les Inuit et les Métis.

- S'auto-évaluer sur les valeurs, les croyances et les préjugés qui sont implicites dans les relations entre l'éducateur et l'étudiant.

Comment l'éducateur doit-il traiter une personne d'une façon culturellement sécuritaire?

Communication

- Quand vous citez la communauté de l'étudiant à titre d'exemple dans l'apprentissage axé sur les problèmes (ASP), reconnaître que l'étudiant est bien positionné d'offrir une perspective alternative.
- Adopter une attitude d'ouverture face aux démarches traditionnelles ou indigènes dans toutes les discussions portant sur la santé.
- Comprendre que le contexte de santé et de mieux-être dont vous traitez dans les discussions de classe représente une réalité pour certains étudiants (p. ex. tuberculose, pénurie de logements, etc.).
- Créer un environnement d'apprentissage comme un lieu de respect et d'ouverture au dialogue dans lequel les étudiants sont tous égaux.

Prise de décision

- Quand c'est possible, faire participer les étudiants à la prise de décision portant sur le cheminement pédagogique, le choix de l'horaire et du lieu des stages ainsi que le choix de cours.
- Présenter des options aux étudiants par rapport aux ressources acceptables ; possibilité d'utiliser des textes, de la recherche et d'autres médias d'origine autochtone.
- Encourager les étudiants à proposer des conférenciers invités ou d'organiser des visites et excursions extérieures.

Compréhension et incompréhension

- Éviter les généralisations et citer toujours des exemples spécifiques, p. ex. les taux de diabète sont très variables chez les Premières Nations, les Inuit et les Métis.
- Éviter de surcharger les étudiants autochtones en les citant comme « l'expert » de la classe sur les questions touchant les Premières Nations, les Inuit et les Métis.
- Être en mesure de faire la distinction entre les droits autochtones en matière de santé et les droits et intérêts des populations néo-canadiennes.
- Établir une politique claire ainsi que des remèdes en cas de problèmes de racisme.
- Reconnaître que votre capacité d'éducateur ne vous fait pas un expert sur toutes les questions touchant les communautés et les personnes des Premières Nations, des Inuit ou des Métis.

Croyances

- Les Premières Nations, les Inuit et les Métis considèrent très souvent que la santé spirituelle fait partie de la santé et de la guérison. Comme éducateur, vous devez

reconnaître et accepter ces croyances dans les discussions et dans les travaux d'analyse et de production écrite des étudiants.

- Reconnaître le droit des étudiants de participer aux cérémonies religieuses autres que les rites et les fêtes religieuses conventionnelles et leur accorder les congés nécessaires en conséquence.

La sensibilisation culturelle dans l'environnement pédagogique: quelques exemples

L'éducateur dans le domaine de la santé qui est sensible sur le plan culturel est celui qui :

- Tient compte des facteurs déterminants sociaux qui peuvent causer des problèmes de santé telle que l'obésité. À titre d'exemple, lorsqu'il aborde le sujet d'obésité dans les collectivités autochtones, l'éducateur comprend très bien que les membres des collectivités éloignées ont un accès limité aux produits d'alimentation frais et qu'ils ont un accès plus facile aux aliments gras peu dispendieux.
- Cite en exemple dans ses cours des exemples positifs qui sont d'une pertinence aux Premières Nations, Inuit et Métis.
- Utilise une terminologie appropriée en parlant des nations et des collectivités par leurs noms.

Conclusion: La sécurité et la compétence culturelles dans le contexte des Premières Nations, des Inuit et des Métis

La sécurité culturelle est étroitement reliée à l'éducation qu'ont reçue les fournisseurs de soins de la santé. Si les professionnels et les para-professionnels de la santé sont en mesure de mettre sur pied un environnement culturellement sécuritaire, nous comprendrons qu'ils ont bien assimilé les capacités de sympathie, de sensibilité et d'empathie, lesquelles capacités les aideront à établir un point d'échange entre les fournisseurs et les bénéficiaires des soins de la santé. Ils apprendront par la suite une notion très importante, c'est-à-dire que celui qui croit être le donneur est en vérité le bénéficiaire. C'est la meilleure façon de construire un pont entre les effectifs/organisations et les patients/étudiants.

Les principes de sécurité culturelle présentés dans ce document sont des principes transversaux et fondamentaux qui s'appliquent aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis. Il est cependant primordial que l'éducateur/praticien reconnaisse le caractère distinct des Premières Nations qui partagent des ressemblances avec les Métis et les Inuit, mais aussi des différences. Ces peuples partagent une histoire commune, ont subi les mêmes contraintes de la colonisation et chaque population possède une importante diversité interne.

Ceci ne diminue aucunement l'utilité des outils présentés dans ce document. Il s'agit plutôt d'une mise en garde aux éducateurs/fournisseurs, car ils auront une responsabilité d'apprendre, de reconnaître et d'apprécier les connaissances indigènes du groupe auprès de qui ils travaillent.

Pour développer une stratégie de prestation de soins convenables à ce groupe, l'éducateur doit tenir compte de différents facteurs déterminants de la santé pour chacun de ces groupes, dont la géographie, l'économie, la cohésion communautaire ainsi que l'accès, la capacité et la réussite pédagogique.

Annexe 1: La déclaration de ONSA sur la compétence et la sécurité culturelles

ONSA a rédigé sa première déclaration sur la compétence et la sécurité culturelles en 2003 et la déclaration a reçu l'approbation du conseil d'administration la même année. La déclaration est un document vivant et de nombreuses révisions y ont été apportées afin de tenir compte des connaissances émergentes sur les questions de la compétence et de la sécurité ayant une pertinence à l'éducation et aux soins de santé fournis aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis.

1. La sécurité culturelle

La sécurité culturelle fait référence à ce qui est ressenti et vécu par le patient dans une relation de soins surtout quand le fournisseur communique avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive qui incite le patient à participer aux processus décisionnels. Cette communication doit renforcer la relation de soins de sorte que le patient et le fournisseur puissent travailler en équipe afin d'assurer la plus grande efficacité des soins. Les rencontres culturellement sécuritaires de ce genre exigent une grande compréhension de la part du fournisseur qui doit comprendre que tous les patients de ce groupe qu'ils traitent ne se comportent pas de la même façon et n'ont pas forcément les mêmes croyances.

2. La réforme

Pour réaliser la sécurité culturelle dans le contexte de soins autochtones, deux niveaux de changements sont essentiels. Le premier niveau implique l'établissement d'un micro-niveau de compétence culturelle parmi les fournisseurs de soins. Pour arriver au changement à ce micro-niveau et pour assurer la réalisation pleine et entière de la sécurité culturelle, il faut des changements systémiques au macro-niveau par les agences nationales d'accréditation et d'agrément responsables du développement du curriculum pédagogique et de l'adoption de normes de sécurité culturelle. Cette réalisation dépendra également du soutien à grande échelle parmi les cliniciens, les éducateurs, les chercheurs et les décideurs politiques

3. Le cadre des fonctions : renforcer la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé

La compétence culturelle des fournisseurs de soins sera renforcée quand ceux-ci s'efforcent de comprendre et de faire comprendre l'importance d'habiletés spécifiques requises pour la prestation de soins culturellement sécuritaire.

3.1 Sensibilisation

- Toute rencontre dans une relation de soins implique la rencontre de deux cultures distinctes - celle du professionnel et celle du patient.
- Les bénéficiaires de la prestation sont ceux qui définissent les pratiques culturellement sécuritaires, cela doit se faire par l'établissement de liens de confiance entre le fournisseur et le patient.

- La sensibilisation implique aussi le « ressourcement. » Il faut absolument offrir aux stagiaires pendant leur formation la possibilité de ressourcement pour qu'ils puissent évaluer leurs propres apports à la santé et aux relations de soins en tenant compte de leur bagage invisible, c'est-à-dire les attitudes, les métaphores, les croyances, les préjugés et les valeurs.
- Le respect est une valeur absolument essentielle pour l'établissement de la sécurité culturelle (Dienemann, 1997). Une attitude de respect doit être renforcée pendant la période d'étude, car cette attitude sera essentielle en pratique quand les fournisseurs rencontreront les différences au niveau des croyances, rituels, discours, symboles, pouvoir, statut, sexe, origine ethnique ou orientation sexuelle. Le praticien de la santé n'est pas appelé à approuver les différences qu'ils constatent, mais il est essentiel qu'il fasse preuve de respect et de compétence culturelle dans le contexte de la pratique.
- La sécurité culturelle implique la reconnaissance par les fournisseurs de soins du pouvoir qu'ils exercent de façon consciente ou inconsciente sur les patients.
- La sécurité culturelle implique un changement d'attitude afin de reconnaître le patient comme étant le véritable « expert » sur les questions qui le concernent.
- La sécurité culturelle implique une prise de conscience du manque d'adaptation des services de santé par rapport aux peuples autochtones.
- La sécurité culturelle implique la renonciation aux attitudes négatives et stéréotypées sur les personnes qui appartiennent à des groupes ethniques différents.

3.2 La pratique

- La sécurité culturelle implique l'établissement d'une relation de soins qui permet au fournisseur et au patient de travailler ensemble.
- La sécurité culturelle implique la capacité de bien communiquer avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive où on écoute avec les oreilles, l'esprit et le corps pour établir un bon processus d'échanges et de questionnements afin que le patient puisse participer à la planification des soins ainsi de suite.
- La sécurité culturelle reconnaît la diversité individuelle¹⁰ des patients.

4. Le changement systémique

La réalisation de la sécurité culturelle est une responsabilité partagée relevant des personnes, des associations professionnelles, des agences réglementaires, des organisations de prestation et d'agrément de soins de santé, des établissements d'éducation et des gouvernements, les organisations responsables de l'agrément et les établissements éducatifs peuvent supporter les soins culturellement sécuritaires par l'adoption de normes établies sur les principes de la sécurité culturelle.

Annexe 2: Lignes directrices sur les différences de sexe en matière de soins de santé

Les lignes directrices suivantes ont été adoptées à partir des lignes directrices sur les meilleures pratiques, Tikanga de la Nouvelle-Zélande (Waikato District Health Board, 2002) et elles ont pour objectif de fournir aux lecteurs des outils de base sur la sécurité culturelle dans un contexte de soins. Ces lignes directrices sont d'ordre général et elles peuvent être adaptées au caractère spécifique des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

À titre d'exemple, il y a un grand niveau de diversité entre les Premières Nations, les Inuit et les Métis et à l'intérieur des groupes. Le patient Mi'kmaq ne pratique pas les mêmes rites de cérémonie et ne suit pas les mêmes protocoles que les membres du personnel soignant Cree. L'efficacité de ces lignes directrices dépendra du degré d'intégration de tous les niveaux de l'organisation. Elles doivent être expliquées aux sessions d'orientation des nouveaux membres du personnel pour que les nouveaux employés puissent les exécuter ou identifier les personnes responsables qui peuvent les orienter, le cas échéant.

Les lignes directrices sur la pratique de la sécurité culturelle

1. Créer des salles autochtones : Premières Nations, Inuit, Métis.

Certaines zones cliniques doivent être régies en permanence par le protocole applicable aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis. Les protocoles applicables à ces zones doivent être observés par tous les membres du personnel et les usagers de l'établissement.

Ces zones doivent être clairement désignées et bien visibles à l'intérieur de l'établissement. Le patient et les membres de sa famille doivent se sentir à l'aise dans un environnement qu'ils reconnaissent pleinement.

La responsabilité du personnel:

- Les membres du personnel doivent respecter ces zones cliniques réservées en permanence ou à l'occasion aux protocoles autochtones. Si vous ne connaissez pas les protocoles appropriés des Premières Nations, des Inuit et des Métis, consultez les membres du personnel assigné à cette zone ou à un membre du personnel d'origine des Premières Nations, des Inuit ou des Métis, de la même nation/communauté (le cas échéant)

2. Les cérémonies, le chant et la prière

Les cérémonies ont une grande importance pour beaucoup de peuples autochtones, car elles jouent un rôle important dans la protection et le maintien de la santé spirituelle, mentale, émotionnelle et physique – et surtout dans un établissement de soins de la santé.

La responsabilité du personnel:

- Offrir à la personne d'origine autochtone l'option de suivre ces cérémonies à chacun des stades du processus de soins et lorsque c'est possible pendant des situations critiques (événements psychotiques).

Cette responsabilité sera appuyée par:

- L'allocation du temps nécessaire aux cérémonies.
- La non-interruption de la cérémonie à moins que les soins physiques du patient ne soient compromis.
- En cas d'impossibilité de réalisation de la cérémonie, expliquer les raisons avec beaucoup de délicatesse tout en discutant d'autres options possibles.

3. Articles sacrés/de cérémonie

Les Premières Nations, les Inuit et les Métis reconnaissent certains articles comme étant sacrés et l'utilisation de ces articles régit par des protocoles et des cérémonies stricts.

La responsabilité du personnel:

- Reconnaître et faire preuve d'une attitude de respect de ces articles sacrés et demander au patient et/ou aux membres de sa famille les meilleures façons d'en assurer la manipulation.
- Apporter une attention particulière aux protocoles et aux articles de cérémonie spécifiques au sexe.
- Fournir une liste des divers articles qui peuvent faire partie de cette catégorie.
- Participer chaque fois qu'une occasion d'éducation ou de sensibilisation se présente au sujet du processus de cérémonies sacrées.

Cette responsabilité sera appuyée par:

- L'attachement sécuritaire de l'article au corps du patient à l'aide de ruban adhésif, au lieu de le retirer, si possible.
- S'il y a un risque, l'obtention du consentement du patient avant de retirer l'article.
- L'autorisation accordée au patient ou à un membre de sa famille de l'option de retirer l'article soi-même.
- L'autorisation accordée à un membre de la famille ou à un membre autochtone du personnel l'option d'assurer la garde de tels articles.
- Aviser le patient ou un membre de sa famille de tout risque relié à l'entreposage des articles tout en lui expliquant les mesures qui seront prises pour le conserver.

4. Informations et support

L'objectif est d'assurer une prestation sécuritaire des soins dans un environnement culturellement sécuritaire. La prestation sécuritaire doit s'appuyer sur le respect de différentes perspectives et besoins culturels afin de favoriser la santé globale de la personne bénéficiaire des soins.

Au besoin, faire traduire le concept de sécurité/compétence culturelle dans la langue autochtone courante. Il n'existe peut-être aucune traduction directe de certaines paroles, donc il faut apporter une attention particulière au contexte et à leur sens dans un contexte autochtone.

La responsabilité du personnel:

- Assurer que le patient et les membres de sa famille comprennent ce qui se passe et connaissent les ressources et les supports qui sont disponibles, y compris des guérisseurs traditionnels, des défenseurs des droits des patients et des membres du clergé.
- Accorder au patient et aux membres de sa famille un temps suffisant pour comprendre les informations transmises tout en leur accordant le droit de parler de nouveau avec le professionnel de la santé.
- Créer un contexte convivial. Par exemple, inclure l'art ou l'artisanat autochtones dans l'établissement. Le patient et les membres de sa famille doivent trouver le reflet de leur culture dans l'environnement.

Cette responsabilité sera appuyée par:

- Une présentation claire et concise du professionnel ainsi que de ses fonctions/ services.
- Assurer une transmission claire des renseignements ainsi que leur compréhension par le patient et les membres de sa famille.
- Compréhension du sens dans le contexte des Premières Nations, des Inuit et des Métis de l'expression « propre parent », laquelle expression peut faire l'objet d'une interprétation très large lors de l'inscription.
- Communication dans les meilleurs délais avec un membre autochtone du personnel dès l'initiation de la relation de soins (si possible au moment de l'admission/triage).
- Accès aux services d'interprète lorsque cela est approprié.
- Communication au patient et à sa famille de la disponibilité de services de logement autochtones, de préférence avant l'admission.
- Une liste à jour de toutes les ressources disponibles (services de promotion des intérêts des patients, chambres autochtones, zones réservées, fournisseurs autochtones externes et services de soutien), laquelle liste doit être communiquée au patient et aux membres de sa famille.

5. Appui de la famille

La famille et la famille élargie sont d'une importance fondamentale chez les peuples autochtones. Le concept de famille peut être étendu au-delà de la famille nucléaire. L'appui de la famille est parfois primordial pour le mieux-être du patient.

La responsabilité du personnel:

- Appuyer et encourager le patient autochtone et les membres de sa famille en les invitant à participer à tout le processus décisionnel relatif aux soins et leur offrant les informations pertinentes afin qu'ils puissent prendre les bonnes décisions.

Cette responsabilité sera appuyée par:

- Fournir une copie du plan de soins après avoir obtenu la permission du patient autochtone et de sa famille (il faut se conformer aux lois fédérale et provinciale sur la vie privée).
- Laisser le patient et les membres de sa famille participer aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire responsable de la gestion du plan de soins.
- Demander au patient ou aux membres de sa famille s'il désire désigner un porte-parole qui parlera au nom de la famille; ils doivent comprendre que cette personne aura accès aux dossiers médicaux.
- Reconnaître la personne désignée et la laisser prendre part au processus.
- Accorder aux membres autochtones du personnel le droit de participer au processus de soins. Ces derniers peuvent aider beaucoup dans le processus décisionnel si le patient et les membres de sa famille y consentent.
- Quand c'est possible, identifier un espace privé et réserver suffisamment de temps pour consulter les membres de la famille sur le processus de soins et consulter la famille sur leur disponibilité par rapport aux heures de visite.
- Être flexible sur les heures de visite et le nombre de visiteurs permis, quand c'est possible.
- Faire preuve d'une grande souplesse en ce qui concerne les visites de famille, surtout si la mort est imminente.

6. Les aliments, les articles de toilette et articles essentiels

Il y a plusieurs articles qui gouvernent la préparation alimentaire et l'accès aux aliments traditionnels. Dans certaines cultures, les femmes menstruées n'ont pas le droit de préparer ou servir la nourriture à cause de leur pouvoir spirituel. D'autres protocoles régissent les restes humains et les fluides corporels. À titre d'exemple, il est important dans certaines cultures d'éliminer d'une façon très spéciale les cheveux qui se perdent quand on se peigne. Très souvent, ces croyances s'alignent bien avec les bonnes pratiques sanitaires qui doivent être exécutées par les membres du personnel et n'impliquent donc aucune déviation par rapport aux pratiques habituelles.

La responsabilité du personnel:

- Se renseigner sur les principes fondamentaux reliés à la nation/culture du patient et faire preuve de respect.

Cette responsabilité sera appuyée par:

- Les membres du personnel peuvent aider de différentes façons, selon les protocoles qui régissent la prestation de soins de santé aux nations/communautés. Les protocoles doivent être élaborés et développés au bénéfice des membres du personnel.

7. Parties corporelles/Tissus/Substances

Cet élément touche l'ablation, la rétention ou la disposition du placenta ou d'autre matériel génétique.

La responsabilité du personnel:

- Respecter le processus approprié et communiquer le tout au patient et aux membres de sa famille et consulter ces mêmes personnes en ce qui concerne les options à l'ablation, la rétention, la remise ou la disposition. Il faut obtenir le consentement éclairé, le cas échéant.

En plus, les membres du personnel doivent tenir compte des éléments suivants, lorsqu'il s'agit d'un patient des Premières Nations, des Inuit ou des Métis :

- Offrir l'option de soins complémentaires fournis par un membre autochtone du personnel. Cette option doit être présentée avant toute intervention.
- Retourner les parties corporelles/tissus/substances d'une manière qui est conforme aux protocoles concernant le patient et en consultation avec un membre autochtone approprié du personnel. Par exemple, les parties corporelles/tissus/substances doivent être remis dans des contenants robustes et durables conformément aux meilleures pratiques des Premières Nations, des Inuit et des Métis.
- Enregistrer et exécuter les vœux du patient autochtone ou des membres de sa famille s'il y a une modification aux objectifs de rétention. La remise des restes doit respecter les meilleures pratiques et les protocoles des Premières Nations, des Inuit et des Métis, lesquels pratiques et protocoles doivent être déterminés en consultation avec le patient, les membres de sa famille et un membre autochtone du personnel.
- Remise des restes humains/tissus/substances qui ne font pas l'objet d'un consentement selon les protocoles culturels existants du défunt. Si aucune demande de remise ou de rétention n'a été reçue, les membres du personnel doivent discuter et s'entendre sur la disposition et/ou l'enterrement des restes humains/tissus/substances, selon les désirs du patient et de sa famille. Toute consultation doit être menée en consultation et de manière respectueuse des pratiques culturelles des Premières nations, des Inuit et des Métis.
- On peut proposer la remise des restes humains suivants : les cheveux, les ongles des doigts et des orteils du patient. Ces restes humains peuvent être conservés dans un sac en plastique bien étiqueté au nom du patient et remis au patient ou à la famille.
- La prise de notes cliniques dans le dossier médical est fortement recommandée.
- Le don d'organes ou de tissus avec le consentement du patient ou de la famille.

8. Au moment du décès et post-décès

Comme c'est le cas pour tous les patients, les membres de la famille doivent être avisés, consultés et impliqués lorsque la mort est attendue. En plus, dans les cas impliquant un patient des Premières Nations, des Inuit ou des Métis, le personnel doit immédiatement aviser un membre autochtone du personnel qui était impliqué dans la prestation de soins au patient.

La responsabilité du personnel:

- Permettre des heures de visite en dehors des heures normalement prévues au centre de santé (si c'est possible).
- Reconnaître la possibilité de visites de beaucoup de membres de la famille; s'entendre avec ces personnes sur les façons de respecter les besoins de chacun.
- Respecter les protocoles ainsi que les personnes qui les exécutent.
- Permettre à la famille, à un aîné ou à un guérisseur traditionnel de préparer le corps selon les coutumes.

- Travailler avec la famille afin de nommer une personne à contacter afin de minimiser le nombre d'appels à faire; ceci peut impliquer l'intervention des chefs pour coordonner les contacts avec les personnes qui ne sont pas les membres de la famille.

La responsabilité du personnel après la mort :

- Toujours consulter la famille du patient ainsi que les protocoles sur les membres à prendre pour disposer du corps. Par exemple, dans certaines cultures, le corps n'est jamais laissé seul et sans la présence d'autres personnes après la mort.
- Respecter les protocoles spirituels et culturels définis par la culture du patient.
- Éviter toute préparation du corps avant d'en avoir discuté avec la famille.
- Accorder à la famille la possibilité d'exécuter les rites spirituels et culturels au nom du défunt.

Autres sources d'informations sur la compétence et la sécurité culturelles

Conseil canadien d'agrément des services de santé (Agrément Canada)

Institut canadien pour la sécurité des patients

Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario

Health de santé Meno-Ya-Win (Sioux Lookout)

Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones

Nation Nishnawbe-Aski

Indigenous Physicians Association of Canada

Stratégie : Vision 2020

Fiche technique de l'ONSA sur le respect et l'intégration de la culture

NAHO Environmental Scan on Health Care Curriculum

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.

www.diversityRx.org (Web site resource dedicated to culturally safe health practices)

Aboriginal Nurses Association of Canada

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health.

The Third National Conference on Quality Health Care for Culturally Diverse Populations:
Advancing Effective Health Care through Systems Development, Data, and Measurement.

Lexique

Connaissances indigènes: « Les connaissances indigènes sont un système complet de savoir ayant sa propre épistémologie, philosophie et validité scientifique et logique...qui ne peut être compris qu'à l'aide d'une pédagogie traditionnelle employée par les peuples indigènes » (Battiste et Henderson, 2000: 41). Autrement dit, les connaissances indigènes constituent une sagesse collective pour bien comprendre comment les interprétations sociales, spirituelles, politiques et économiques de l'univers sont interreliées et aident la communauté ou la nation à bien comprendre sa place dans l'univers. Les fondements de ces connaissances s'appuient sur les interprétations traditionnelles de cette sagesse dans un contexte de vie quotidienne.

Les connaissances inuit ou Inuit Qaujimaningit: « [Inuit Qaujimaningit] (ou connaissances traditionnelles) qui ont leur origine dans notre relation millénaire avec la terre et ses ressources ainsi que le rapport inextinguible qui existe entre notre terre, nos ressources et notre culture. Le rattachement à la terre par les histoires personnelles, les contes, les noms topographiques est aussi fondamental que le rattachement relié aux zones de chasse, aux routes de voyage et aux connaissances spécifiques de l'environnement physique et des ressources vivantes. » (Accessible à partir de <http://www.itk.ca/environment/tek-understanding.php> le 13 avril 2007.)

Connaissances traditionnelles: identiques aux connaissances indigènes dans l'usage commun, elles réfèrent à l'histoire, aux cérémonies, aux pratiques et aux croyances d'un groupe particulier qui transmet les connaissances traditionnelles d'une génération à l'autre.

Famille: la famille est définie par les Premières Nations, les Inuit et les Métis par un ensemble de personnes qui ont des liens de sang, tels que le parent et l'enfant ou des liens d'adoption. La famille peut faire référence aux membres de la famille élargie, y compris les tantes, les oncles, les cousins et d'autres personnes qui sont reliées par le sang ou par le mariage. La famille peut également comprendre des personnes qui ont des liens de clans, de parenté, d'ascendance ou qui partagent les mêmes terres ou qui pratiquent les mêmes cérémonies et traditions.

Transfert de connaissances: un processus qui permet aux personnes et aux organismes de partager leurs connaissances. Ce processus n'est ni hiérarchique, ni collatéral, car il implique une interaction et un échange d'informations entre les personnes ou les groupes d'une manière facilement intelligible par les deux. L'expression « échange des connaissances » est également d'usage courant.

Enseignement/soins culturellement insécuritaires: la situation d'insécurité se produit souvent quand les valeurs, la déontologie, les connaissances et/ou les épistémologies des Premières Nations, des Inuit ou des Métis sont en opposition avec celles du fournisseur de soins de santé. Ceci se produit souvent à cause de l'image négative et préjugés qui sont courants sur les peuples autochtones dans des programmes de formation; le refus de reconnaître le vécu historique et les effets de la colonisation sur les peuples autochtones; et les barrières (d'ordre géographique, linguistique et culturel) d'accès qui existent toujours.

Sensibilité culturelle: La capacité du praticien /éducateur en santé d’apprécier les différences culturelles du patient ou de l’étudiant et l’impact de cette différence sur sa façon de comprendre le monde. Les praticiens/éducateurs peuvent être culturellement sensibles sans toutefois être culturellement compétents ou capables de pratiquer dans un environnement de sécurité culturelle. La sensibilité est toujours la première étape vers une plus grande connaissance de soi dans un contexte d’interactions et d’échanges avec les gens d’une culture différente.

Épistémologie : fait référence à la manière de connaître ou de comprendre. Elle prend son origine dans la plus grande discipline de la philosophie et concerne la nature et la portée des connaissances.

Protocole: méthodes et/ou procédures bien définies pour l’exécution de tâches. Les protocoles cérémoniaux ou spirituels constituent un ensemble de prescriptions traditionnelles sur les façons de manipuler des articles; ils impliquent la participation de personnes à l’événement ainsi que le lieu et le temps des cérémonies. Les protocoles sont étroitement liés à la langue, la géographie, le sexe et la culture.

Sacré: peut faire référence aux articles de cérémonie (tambours, ballots d’objets rituels, calumets, tabac, et autres espèces végétales, etc.); le sacré peut également faire référence aux endroits particuliers et, selon certaines traditions, aux corps ou aux parties du corps. Au-delà de ces références précises à des objets religieux « formels » (crucifix, icônes, le Coran, les chapelets, etc.), le concept du sacré chez les Autochtones a une application beaucoup plus large et ne se limite pas aux espaces restreints délimités par les églises, les temples, les synagogues ou les mosquées.

Cérémonie: concept central à la compréhension de la santé et de la guérison. Les cérémonies ont très souvent un rôle essentiel à jouer dans la préparation préalable aux procédures médicales ainsi qu’à l’étape de rétablissement. Les cérémonies sont composées de chants, prières, cérémonies du calumet, rites de purification, etc. Les cérémonies sont également spécifiques à la langue, la géographie, le sexe et la culture.

Ouvrages cités

- Browne, Annette. J., Fiske, J. & Thomas, G. (2001). First Nations Women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research Online Journal*. 3, volume 23 Pp. 126-147.
- Dienemann, J. (1997). Cultural diversity in nursing: Issues, strategies and outcomes. In N. Chrisman, & P. Schultz (Eds.) *Transforming health care through cultural competence training*. Washington, DC: American Academy of Nursing.
- Dowling, J. (2002). *Transversing the cultural gap—Cultural awareness on Deployments*. First Annual ADF Nurses Forum, November 2002. Retrieved April, 2007, from <http://www.defence.gov.au/dpe/dhs/adfnursingofficers/i-archive.htm>
- Fortier, J. (2002). Bringing cultural competence into the mainstream: Engaging policymakers, providers, and communities to increase access and improve quality. *Resources for cross cultural health care*. Power Point presentation. <http://www.diversityRx.org>
- HRSA. (2007) *Indicators of cultural competence in health care delivery organizations: An organizational cultural competence assessment profile*. U.S. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Retrieved November, 2007, from <http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/indicators/default.htm>
- Inuit Tapirit Kanatami (2007) Knowledge and Culture. <http://www.itk.ca/environment/tek-understanding.php> on
- National Aboriginal Health Organization. (2003). *Analysis of aboriginal health careers education and training opportunities*. Ottawa. NAHO
- Nursing Council of New Zealand. (2005) Guidelines for Cultural safety, the Treaty of Waitangi, and Maori Health in Nursing and Midwifery Education and Practice. Wellington. Nursing Council of New Zealand pp7
- Papps, E. (2005). *Cultural safety: Daring to be different*. In Dianne Wepa.(Ed.) Cultural Safety in Aotearoa New Zealand. Auckland, New Zealand: Pearson Education.
- Schyve, P. (2002). *The Role of Language and Culture in Patient Safety*. Quality Health Care for Culturally Diverse Populations: Advancing Effective Health Care through Systems Development. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2003. <http://www.ahrq.gov/about/cods/cultdiverse.htm>
- Shah, C. P., Svoboda, T., & Goel, S. (1996). The visiting lectureship on Aboriginal health: An educational initiative at the University of Toronto. *Canadian Journal of Public Health*, (87:4) pp. 272-274.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. Executive summary OPHS, Office of Minority Health. XVI. Retrieved April, 2007, from <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf>

Waikato District Health Board. (2004) Tikanga best practice guidelines. Retrieved April, 2007 from http://waikatodhb.govt.nz/Media/docs/Policy_Procedure/Adminclinical/Tikanga%20BPG%200104.pdf.

Notes

¹ Voir Annexe 1 sur la déclaration de l'ONSA sur la compétence et la sécurité culturelles.

²² En vertu de la *Loi constitutionnelle 1982 du Canada*, l'expression peuples autochtones fait référence aux peuples des Premières Nations, des Inuit et des Métis vivant au Canada. L'usage courant cependant n'inclut pas toujours ces trois groupes distincts et la plupart des recherches actuellement disponibles portent uniquement sur des segments particuliers sur la population autochtone. ONSA s'efforce beaucoup d'utiliser cette expression selon son sens strict.

³ Voir Annexe 2

⁴ La compétence culturelle fait référence aux habiletés requises par un intervenant en santé afin d'assurer un sentiment de sécurité chez le patient.

⁵ Les démarches en sécurité culturelle font l'objet de beaucoup d'études et sont en constante évolution. La démarche est née en Nouvelle-Zélande en conséquence de l'écart qui existe entre les soins dont les membres du peuple maori avaient besoin et les soins qu'ils avaient l'habitude de recevoir. Bien que cette démarche s'applique de façon assez claire aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis du Canada, l'adaptation de la démarche de sécurité culturelle au contexte canadien fait l'objet de nombreux travaux d'analyse.

⁶ Les soins de santé assurés donnent accès aux médicaments et aux services pharmaceutiques dans le cadre du plan de gestion. Les soins pharmaceutiques peuvent être couverts par les soins de santé assurés, les assurances-médicaments privées où accès aux services pharmaceutiques dans la communauté d'origine du patient.

⁷ Un événement ou une pratique qui correspond à un préjugé ou à un stéréotype qui est souvent appliqué à un peuple autochtone et finit par être accepté comme une vérité indépendamment des facteurs déterminants qui sont à l'origine du stéréotype ou du préjugé. Ensuite, on reproche à la victime d'être responsable de l'événement ou de la pratique au lieu de lui accorder le respect qu'elle mérite.

⁸ Ceci doit comprendre un support financier pour les étudiants; de l'orientation professionnelle spécifique aux étudiants provenant des Premières Nations, Inuit ou Métis; centre de ressources et salle d'étude autochtone (un endroit culturellement sécuritaire); des ressources primaires et secondaires appropriées à l'apprentissage.

⁹ Les barrières de nature géographique, linguistique et culturelle doivent aussi être prises en considération.

¹⁰ Dans le contexte du présent document, la diversité fait référence aux différences entre les peuples autochtones, par exemple les courants traditionnels versus les courants non traditionnels, l'urbain versus le rural, les hommes versus les femmes, ainsi que d'autres différences qui distinguent les contextes particuliers des peuples des Premières Nations, Inuit et Métis.