

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**DANS UNE PERSPECTIVE DE SÉCURISATION CULTURELLE : LES BONNES  
PRATIQUES D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS  
D'UNE POPULATION AUTOCHTONE**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
MARIE-LAURENCE ROUSSEAU**

**AVRIL 2024**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**  
**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

Chantal Plourde, Ph. D., professeure au Département de psychoéducation et travail social, UQTR

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

Chantal Plourde, Ph. D., professeure au Département de psychoéducation et travail social, UQTR

---

Prénom et nom

Évaluateur

Julie Rock, professeure au Département de psychoéducation et travail social, UQTR

---

Prénom et nom

Évaluateur

## **Résumé**

Les impacts de la colonisation et de l'assimilation des peuples autochtones du Canada sur leur santé mentale et leur bien-être se font sentir encore aujourd'hui (Lepage, 2010). Le Rapport de la Commission Viens (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec [CERP], 2019) fait état des écueils et des enjeux de l'intervention psychosociale auprès de la population autochtone et met en lumière l'écart entre la manière dont les services de santé et les services sociaux sont prodigués aux Autochtones par rapport aux allochtones. La sécurisation culturelle est au cœur de ses recommandations. Cet essai vise donc à décrire les bonnes pratiques d'intervention psychosociale en santé mentale qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle auprès de personnes autochtones. Une recension des écrits a été réalisée et a permis de retenir cinq études. Une analyse thématique a permis de dégager trois thèmes centraux : 1) la prestation de soins, 2) le profil des professionnels et 3) la mise en place d'environnements sécurisants. Les résultats soulignent l'importance de faire preuve de flexibilité et d'ouverture autant dans l'intervention que dans l'attitude du professionnel. Une réflexion sur les liens entre la sécurisation culturelle et l'intervention psychoéducative sera aussi mise de l'avant.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Table des matières .....	iv
Introduction .....	1
Problèmes sociaux en contexte autochtone .....	3
Commissions d'enquête.....	4
Sécurisation culturelle .....	5
Cadre conceptuel .....	7
Environnement.....	8
Organisation.....	8
Soins et services.....	8
Objectif de l'essai .....	9
Méthode.....	10
Résultats .....	14
Soins et services .....	15
Prestation de soins .....	15
Approches à prioriser.....	15
Inclusion de la famille.....	17
Inclusion des pratiques culturelles .....	17
Collaboration entre les différents professionnels.....	18
Professionnels/Intervenants .....	19
Exposition aux peuples autochtones et Partage d'expériences de vie .....	19
Le contexte sociohistorique .....	20
Développement professionnel.....	21
Compétences et habiletés relationnelles .....	23
Organisation : Environnements sécurisants.....	24
Présence d'intervenants autochtones dans l'offre de services.....	24
Adaptation des modalités d'intervention .....	25
Autodétermination .....	27
Discussion .....	28

Niveau individuel (Soins et services) .....	28
Prestation de soins .....	28
Profil des professionnels.....	29
Niveau organisationnel : Mise en place d’environnements sécurisants .....	31
Forces et limites.....	31
Lien et apport à la psychoéducation .....	33
Recommandations pour la psychoéducation .....	34
Conclusion.....	35
Références .....	36
Appendice A.....	39
Appendice B.....	40
Appendice C.....	42
Appendice D.....	44

## Introduction

La fin du XVe siècle est marquée par l'arrivée des Européens en Amérique. C'est au début du XVIIe siècle que s'amorcent la colonisation et l'assimilation des peuples autochtones d'Amérique par les Européens (MacDonald et Steenbeek, 2015). La colonisation se définit comme une forme de domination sur un territoire dans lequel des colons migrent pour s'y installer de façon permanente (Horvath, 1972). L'assimilation, quant à elle, est : « le processus par lequel une population minoritaire est absorbée par une culture dominante » (Traduction libre Warry, 2008, cité dans MacDonald et Steenbeek, 2015).

La *Loi sur les Indiens*, datant de 1876 et toujours en vigueur aujourd'hui, a permis la mise sous tutelle de l'État de tous les Autochtones<sup>1</sup> voulant conserver leur statut d'Indiens. La création des réserves, la dépossession des terres ancestrales, les pensionnats, la perte de droits (notamment le droit de vote et de propriété), la rafle des années 60, l'abattage des chiens de traîneau chez les Inuit<sup>2</sup> représentent quelques-unes des stratégies employées par les gouvernements coloniaux pour assimiler les Autochtones à leur culture (Lepage, 2010).

Les pensionnats indiens constituent un élément central de la politique d'assimilation et de colonisation des Autochtones. Les enfants ont été arrachés de leur famille et étaient obligés de fréquenter ces institutions. Ils étaient privés de leur culture et de leur langue afin de faciliter leur assimilation à la culture euro-canadienne. Plusieurs de ces enfants ont subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle, de la négligence et de la malnutrition (Godlewska *et al.*, 2017). Plus de 6 000 enfants sur les 150 000 ayant fréquenté ces institutions seraient morts alors qu'ils étaient pensionnaires (Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVRC], 2015). Dans plusieurs cas, les familles n'ont jamais su les circonstances entourant le décès de leur enfant, n'ont pas pu avoir accès à leur dépouille ou n'ont jamais eu la confirmation du décès, mais n'ont jamais revu leur enfant. Ces pensionnats marquent l'histoire des peuples autochtones

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le mot Autochtone sera utilisé de manière plus globale pour désigner tant les PN/PI du Canada, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torrès en Australie que les Maoris de la Nouvelle-Zélande.

<sup>2</sup> Afin de respecter la langue Inuktitut, les termes (noms communs ou propres) Inuk (1 personne), Inuuk (2 personnes) et Inuit (3 personnes et plus) seront utilisés sous la forme invariable.

au Canada par les traumatismes vécus et ce pendant plus de 165 ans (de 1832 à 1998; CVRC, 2015).

Aujourd'hui, les Autochtones représentent environ 5 % de la population canadienne, soit les Premières Nations (PN), le Peuple Inuit (PI) et les Métis. Au Québec, la population autochtone est constituée des PN et du PI puisqu'aucun groupe Métis n'est reconnu comme étant Autochtone par le Gouvernement. Elle représente environ 1 % de la population québécoise (Statistique Canada, 2017). Les Autochtones sont dispersés dans 55 communautés sur le territoire québécois, dont 41 communautés de PN et 14 villages inuits. Les PN se divisent en 10 nations; les Abénakis (Waban-Aki), les Algonquins (Anicinapek), les Atikamekw Nehirowisiw, les Cris (Eeyou), les Hurons-Wendat, les Innus/Innu, les Malécites (Wolastoqiyik Wahsipekuk), les Micmacs (Mi'gmaq), les Mohawks (Kanien'kehá :ka) et les Naskapis. Le PI, quant à lui, est réparti principalement dans le nord du Québec, au Nunavik (Lévesque *et al.*, 2019).

Selon Lepage (2010) et Aguiar et Halseth (2015), les politiques d'assimilation et de colonisation ont eu des impacts sur la population autochtone, notamment par le bouleversement dans leurs modes de vie et la transmission intergénérationnelle des traumatismes historiques qui sont toujours présents aujourd'hui. En raison des violences subies et du dénigrement de la culture et de l'identité, le sentiment de honte s'est enraciné collectivement. Les traumatismes vécus au sein des familles et des communautés entraînent des répercussions importantes sur tous les aspects familiaux, spirituels et culturels. Les événements traumatiques vécus et répétés sur une longue période ont causé des problématiques sociales qui affligent encore aujourd'hui cette population. L'incompréhension liée aux traumatismes historiques contribue à la transmission intergénérationnelle. L'histoire traumatique des peuples autochtones a des impacts importants sur le bien-être de ceux-ci et se traduit notamment par des problèmes sociaux et des inégalités vécues encore aujourd'hui. La reconstruction de l'identité culturelle, le sentiment de fierté et la reconnaissance doivent être au cœur de la guérison des peuples autochtones (Aguiar et Halseth, 2015; Lepage, 2010).



### **Problèmes sociaux en contexte autochtone**

Selon plusieurs indicateurs, la santé mentale et le bien-être des peuples autochtones sont préoccupants (Gouvernement du Québec, 2012). On parle entre autres du niveau de scolarité, du revenu, du mode de vie (violence, consommation, surpeuplement, etc.), de la prévalence à certains troubles mentaux, de la perception de l'état mental ainsi que du taux de chômage et du taux de suicide élevé chez cette population (Gouvernement du Québec, 2012).

La dépendance aux substances constitue un des facteurs affectant la santé mentale. Au Canada, la consommation de substances psychoactives est plus importante chez les peuples autochtones que dans la population générale canadienne. Le risque de développer une dépendance est donc augmenté. En effet, plus d'un tiers des membres des PN vivant hors communauté et du PI de 12 ans et plus affirmaient avoir consommé de l'alcool de manière abusive au cours des 12 derniers mois en 2012, tandis que cette proportion était de moins du quart pour la population allochtone (Kelly-Scott et Smith, 2015).

Selon les résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 (CSERCan), le taux de suicide chez les Autochtones est plus élevé que dans la population générale canadienne. Entre 2011 et 2016, la prévalence du suicide chez les PN était de trois fois supérieures à celle de la population canadienne. Chez le PI, elle était neuf fois plus élevée que dans la population générale (Kumar et Tjepkema, 2019).

Les nombreux problèmes sociaux auxquels font face les Autochtones du Canada, qui peuvent être expliqués à partir des traumatismes historiques, ont un impact sur leur bien-être. En effet, la proportion des individus de 18 ans et plus se disant en bonne ou excellente santé mentale au Québec en 2012 représente environ 75 % des allochtones alors que chez les PN et le PI elle représente respectivement 66 % et moins de 50 % (Kelly-Scott, 2016). En 2004, 13 % du PI présentait un niveau élevé de détresse psychologique, tandis qu'en 2015, le pourcentage des PN éprouvant une détresse allant de modérée à sévère était également de 13 % (CERP, 2019).

## Commissions d'enquête

Les politiques colonialistes d'assimilation ainsi que les inégalités au niveau des déterminants de la santé mentale énoncés ci-haut permettent une compréhension partielle de la surreprésentation des Autochtones dans le système de santé et de services sociaux. Une Commission d'enquête a d'ailleurs fait le point sur les services publics offerts à la population autochtone au Québec en raison d'évènements mis de l'avant témoignant de discrimination, d'abus et d'inégalités envers celle-ci. En effet, à la suite de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2008-2015) et l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2016-2019), une commission d'enquête provinciale a été mise en place en 2017 afin d'investiguer la présence de discrimination et de racisme systémique dans les services publics offerts aux peuples autochtones (CERP, 2019).

Publié en 2019, le rapport de la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès* (Commission Viens) fait état de discrimination systémique envers les Autochtones par les services publics examinés (CERP, 2019). Les principales causes de cette discrimination sont entre autres : les politiques colonialistes perpétrées durant plus d'un siècle et qui ont mené à une grande vulnérabilité chez les peuples autochtones ainsi qu'à une méfiance envers les allochtones, la méconnaissance de la population générale quant aux multiples réalités autochtones, incluant l'histoire des PN et du PI, l'image négative des peuples autochtones présentée dans les médias ainsi que le manque d'actions concrètes, de la part du gouvernement, axées sur les besoins des Autochtones et en continuité avec les recommandations émises auparavant (CERP, 2019).

Le Rapport de la Commission Viens (CERP, 2019) constate les écueils et les enjeux de l'intervention psychosociale auprès de la population autochtone et met en lumière l'écart entre la manière dont les services de santé et les services sociaux sont prodigués aux Autochtones versus aux allochtones. Les recommandations mentionnent notamment qu'il faut favoriser l'autodétermination des peuples autochtones en soutenant les organisations faites par et pour les Autochtones et en collaborant avec les autorités autochtones. Augmenter l'accessibilité aux

services, considérer les besoins propres à la population autochtone en valorisant et en reconnaissant leur identité culturelle et mettre en place des pratiques culturellement sécurisantes permettrait ainsi de réduire l'écart dans l'offre de services (CERP, 2019).

### **Sécurisation culturelle**

La sécurisation culturelle est au cœur des recommandations de la Commission Viens et elle est mentionnée dans sept des 34 appels à l'action ayant résulté de ces travaux (CERP, 2019). Les racines du concept de sécurisation culturelle proviennent de la Nouvelle-Zélande, plus spécifiquement du domaine de la santé. Dans les années 80, Irihapeti Ramsden, une infirmière Maorie de Nouvelle-Zélande, a développé cette approche en réponse à l'inadéquation des services en santé et services sociaux offerts à la population Maorie (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011). Les répercussions des traumatismes liés à la colonisation des peuples autochtones en Nouvelle-Zélande sont similaires à ceux des PN et du PI au Québec, c'est ce qui explique, en partie, la pertinence d'introduire ces mêmes pratiques dans le système de santé et de services sociaux du Québec (MSSS, 2021).

Les études portant sur le concept de sécurisation culturelle ne permettent pas d'arriver à un consensus sur sa compréhension et son opérationnalisation dans la pratique. Ce concept est présenté de différentes manières selon les auteurs (Browne *et al.*, 2009; Gerlach, 2012; Johnstone et Kanitsaki, 2007; Schill et Caxaj, 2019). Dans le cadre de cet essai, le processus de sécurisation culturelle sera présenté selon les modèles de Baba (2013), Lauzière (2021) et du MSSS (2021). Le processus de sécurisation culturelle est vu comme un continuum sur lequel les intervenants et les organisations cheminent dans le but de fournir des soins culturellement sécurisants aux usagers qui en font l'expérience (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021).

Trois composantes font partie du processus de sécurisation culturelle. D'abord, il y a la **conscience de la culture** qui réfère à la reconnaissance et l'acceptation des différences culturelles. Cela implique d'être conscient de sa propre culture, mais aussi de celle de l'autre. Ensuite, la **sensibilité culturelle** se définit par le fait de prendre en compte et de respecter les différences, les savoirs et les croyances culturels dans l'intervention. La personne doit être

consciente des antécédents et des expériences culturelles des Autochtones, c'est-à-dire, tenir compte de l'histoire des peuples autochtones notamment en lien avec la colonisation, les traumatismes intergénérationnels, les pensionnats, etc. Enfin, la **compétence culturelle** réfère aux connaissances, aux compétences, aux habiletés, aux attitudes et aux pratiques qui permettront de modifier l'accueil, l'accompagnement et l'interaction avec la personne. Il s'agit donc, du savoir-être de l'intervenant. La manière dont l'intervenant entre en relation avec la personne est primordiale pour que celle-ci se sente en sécurité et respectée dans ce qu'elle est (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011). Le processus de sécurisation est davantage considéré comme un continuum sur lequel les intervenants naviguent. Ils prendront donc chacun un chemin unique pour atteindre les trois composantes et devenir un professionnel qui fournit des soins culturellement sécurisants.

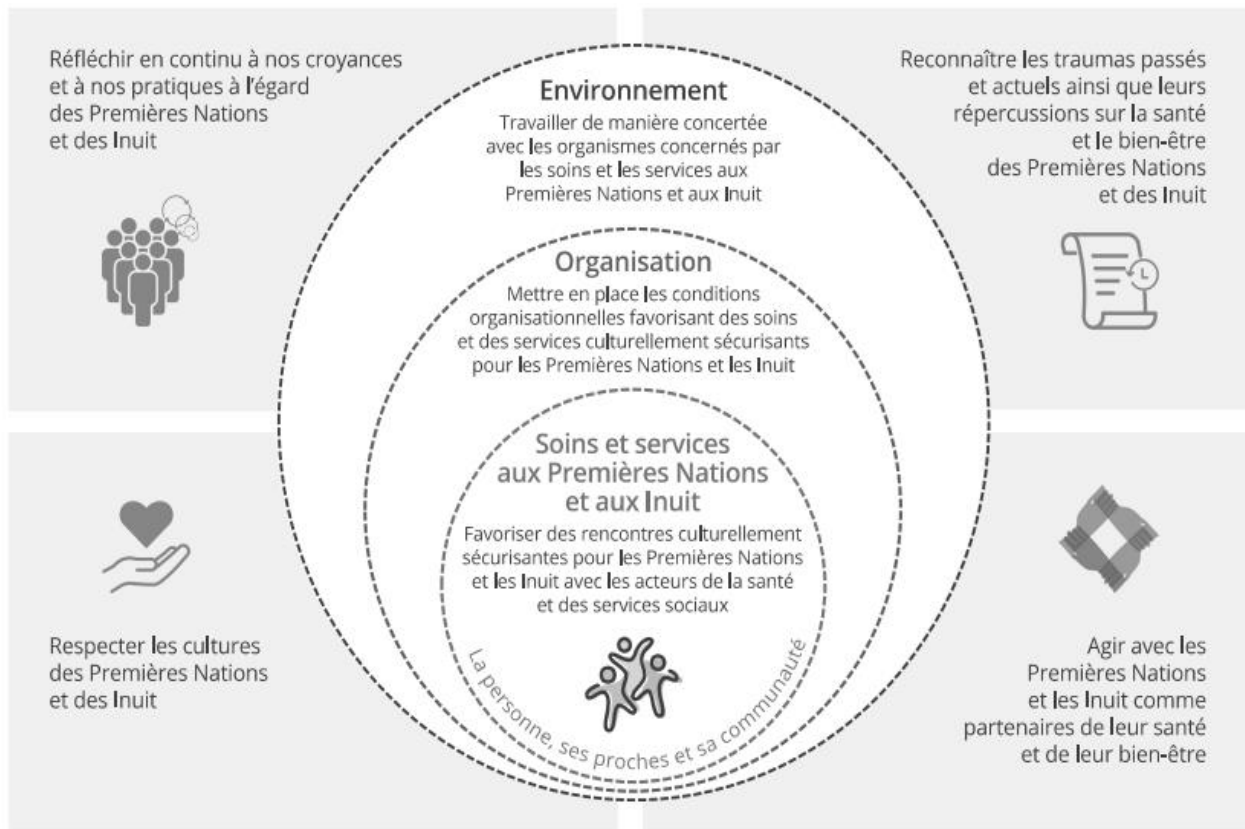
La sécurisation culturelle et la sécurité culturelle sont des termes similaires qui seront utilisés de manière interchangeable tout au long de cet essai. Le concept de sécurisation culturelle réfère à l'action de sécuriser, de rendre le processus de soins et de services plus sécuritaire. Pour ce faire, l'intervenant doit agir et travailler en collaboration avec la clientèle issue des PN ou du PI pour s'assurer que l'expérience vécue et que le résultat des soins procurent un sentiment de sécurité culturelle chez l'aidé (Lauzière, 2021). La sécurité culturelle réfère donc au fait de se sentir en sécurité, respecté et écouté en tenant compte de son identité culturelle. La sécurité culturelle est donc évaluée et jugée par l'utilisateur issu des PN ou du PI (Lauzière, 2021; Zon *et al.* 2004). L'adaptation culturelle, quant à elle, peut parfois être confondue avec la sécurisation culturelle, mais il est important d'en établir les différences. Elle consiste à prendre un concept ou une méthode qui existe déjà et à la modifier dans le but qu'elle convienne à une autre population (Kumpfer *et al.*, 2008). L'adaptation culturelle n'a pas été conçue pour une seule population alors que la sécurisation culturelle est spécifique à la population autochtone. Un modèle ou un outil peut être adapté culturellement à une population autochtone ce qui en fait un moyen permettant d'atteindre une sécurité culturelle (MSSS, 2021).

## Cadre conceptuel

Greenwood (2019) propose un modèle de changement au niveau de l'offre de services, au niveau systémique et structurel afin que les intervenants et les organisations fournissent des services culturellement sécurisants à la population autochtone (Greenwood, 2019). C'est d'ailleurs ce modèle qui a inspiré le MSSS du Québec (2021) dans l'élaboration d'un « Modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit », qui est présenté ci-bas en Figure 1. Ce modèle est aussi en concordance avec le modèle écologique de Bronfenbrenner (2005), lequel est présenté en appendice A (voir figure A1).

### Figure 1

*Modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les PN et le PI.*



Le modèle proposé intègre les composantes de la sécurisation culturelle et évolue à travers plusieurs niveaux sur un continuum. L'interrelation entre les composantes et les niveaux fait en sorte qu'il est difficile de tracer une ligne claire entre ce qui appartient à tel niveau ou à telle composante. Le processus menant à des soins et des services culturellement sécurisants, nécessite des interventions à tous les niveaux, et ce, de manière simultanée. Il est proposé que des changements soient faits au niveau de l'environnement, de l'organisation et des soins et services (MSSS, 2021).

### ***Environnement***

L'environnement fait davantage référence aux instances gouvernementales et actions mises en place pour mettre de l'avant la sécurisation culturelle. On parle notamment des politiques, des procédures, des programmes implantés dans les établissements qui permettent d'offrir des soins culturellement sécurisants. Le fait de travailler en concertation avec différentes organisations qui concernent de près ou de loin les services offerts à la population autochtone fait partie des éléments qui appartiennent au niveau de l'environnement.

### ***Organisation***

Le niveau de l'organisation permet des changements plus directement liés à l'utilisateur qui fait l'expérience de soins et de services culturellement sécurisants. On fait davantage référence à la structure organisationnelle d'un milieu, aux pratiques et aux conditions qui favorisent le sentiment de sécurité culturelle. Les attentes de l'organisation et la mise en place d'outils et de moyens facilitent les soins culturellement sécurisants par les intervenants. Ce niveau réfère notamment aux partenariats avec les communautés et les personnes autochtones, aux programmes propres aux Autochtones, aux adaptations et à l'accessibilité du service et la présence d'Autochtones dans les prises de décision et dans l'offre de services.

### ***Soins et services***

Les soins et services font référence à tous les acteurs qui entretiennent une relation directe avec l'utilisateur autochtone et qui lui permettent de faire l'expérience de soins culturellement sécurisants ou non. Afin de favoriser des rencontres culturellement sécurisantes, les éléments à

prendre en compte réfèrent notamment au savoir-être de l'intervenant, à son développement professionnel, à ses stratégies de communication, aux approches utilisées, à la mise en place d'environnements sécurisants en plus de tenir compte du contexte sociohistorique et de prendre en considération la famille et les pratiques culturelles de l'utilisateur (MSSS, 2021).

Enfin, le professionnel qui prodigue des soins joue un rôle clé afin que la personne autochtone se sente en sécurité. Bien que le concept de sécurisation culturelle ait été créé dans un contexte d'intervention médicale, il devient tout aussi pertinent pour ce qui est de l'intervention psychosociale. Ainsi, rendre les services sociaux et de santé plus culturellement sécurisants s'avère une avenue prometteuse pour mieux répondre aux besoins des PNI et favoriser un accès équitable à ces services (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011).

Bien que des changements soient nécessaires à tous les niveaux pour tendre vers des soins culturellement sécurisants, le niveau de l'environnement qui réfère davantage au niveau systémique (l'exosystème et le macrosystème du modèle écologique de Bronfenbrenner (2005)) ne sera pas pris en compte dans l'analyse des résultats présentés dans le cadre de cet essai afin de répondre à l'objectif ciblé (Bronfenbrenner, 2005; MSSS, 2021).

### **Objectif de l'essai**

Dans cette optique, l'objectif de cet essai vise à décrire les bonnes pratiques d'intervention psychosociale en santé mentale qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle auprès de personnes autochtones.

## Méthode

Afin de répondre à l'objectif de la recherche, une recension systématique des écrits a été effectuée. La stratégie de recherche documentaire a été effectuée le 6 avril 2021 sur les bases de données sélectionnées via *EBSCO*, soit *APA PsycInfo*, *Academic Search Complete*, *Education Source*, *Legal Source*, *SocINDEX*. Les mots-clés ont été définis en fonction des différents concepts et ont été traduits en anglais : (1) Autochtones, (2) Sécurisation culturelle, (3) Interventions psychosociales et (4) Santé mentale (voir Appendice B).

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis (voir Appendice C) en lien avec la population ciblée, l'année de publication et les concepts étudiés, de manière à répondre à la question de recherche. Seuls les articles publiés entre 2015 et 2021 dans une revue scientifique révisée par un comité de pairs ont été retenus en raison des développements récents dans ce domaine en lien avec une prise de conscience sociale et des enjeux autochtones plus présents dans l'actualité. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été approuvés par la direction de recherche.

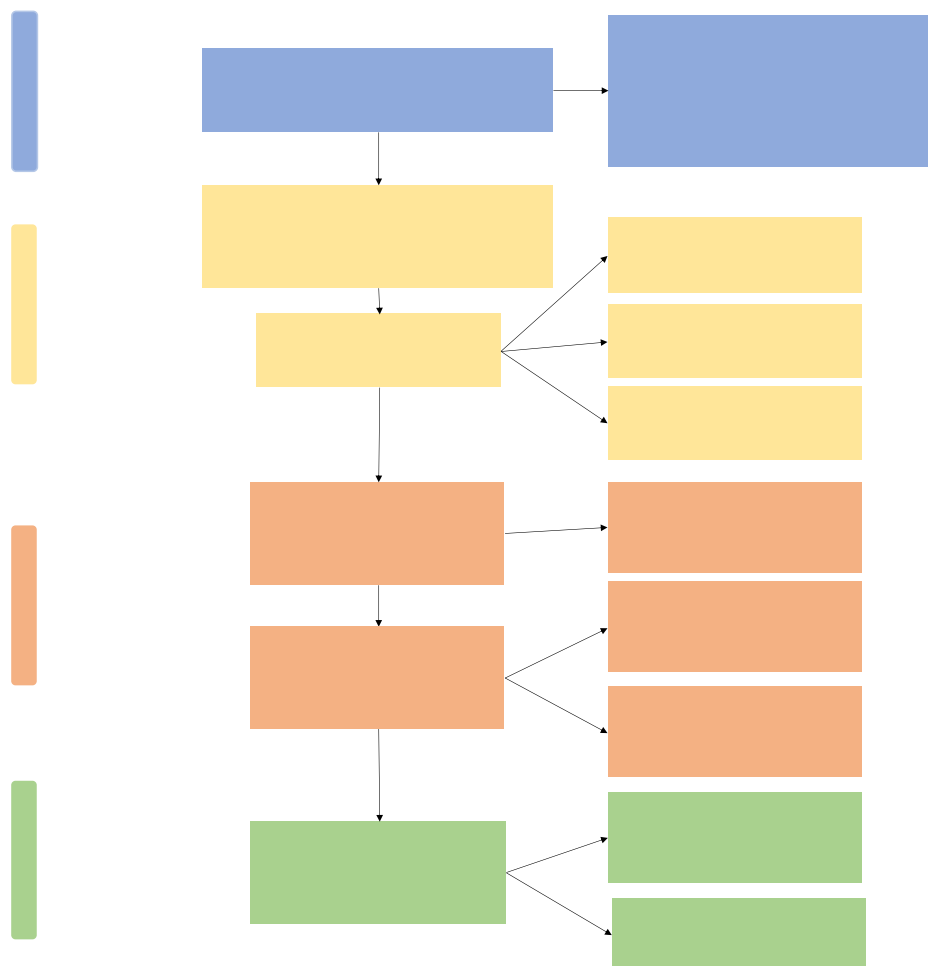
Le logiciel de gestion bibliographique *Endnote* a été utilisé pour la sélection des articles. La recherche documentaire a permis d'identifier 604 références. Un premier tri effectué par le logiciel a permis l'exclusion de 162 doublons. Un total de 442 références a par la suite été trié manuellement.

La Figure 2 présente le processus de sélection des articles. En respectant les critères d'inclusion et d'exclusion initiaux, 355 références ont pu être exclues. Il est à noter que le volume important d'articles retenus suite à une lecture sommaire de ceux-ci a mené à certaines modifications des critères d'inclusion et d'exclusion. Le critère concernant l'année de publication des articles est alors passé de 2010 à 2015 ce qui a permis d'exclure 55 articles scientifiques. Certains critères d'exclusion ont été précisés ou ajoutés pour s'assurer que les articles choisis répondent de façon précise à la question de recherche. À la suite d'une discussion avec la direction, les paramètres d'exclusion finaux sont : (1) les revues de littérature et les revues systématiques (2) les articles qui ne présentent pas l'efficacité du programme ou de la méthode



décrite, les articles n'ayant pas de méthode et/ou de résultats (3) les articles qui traitent de problèmes sociaux sans égard à la santé mentale (itinérance, violence conjugale, maltraitance, délinquance sexuelle, etc.) et (4) les articles qui font référence au concept d'adaptation culturelle plutôt qu'à la sécurisation culturelle. Ce nouveau tri a permis d'exclure 18 références supplémentaires suite à une lecture intégrale de ces articles. Les 14 références retenues ont fait l'objet d'une analyse approfondie. L'extraction des données et la mise en place de fiches de lecture ont permis d'exclure dix articles qui ne répondent pas spécifiquement aux critères d'inclusion et donc qui ne répondaient pas à l'objectif de recherche initial. La lecture intégrale des documents retenus n'a pas permis d'identifier d'autres références qui auraient pu être ajoutées à la sélection finale.

Considérant que des écrits pertinents ont été publiés dans les mois qui ont suivi la recherche documentaire, une mise à jour a été faite à la fin juin 2021, ce qui a permis d'ajouter un article à la sélection finale. Le corpus final comporte cinq articles qui traitent de résultats de recherche qualitative (n=4) ou mixte (n=1). Les documents retenus ont tous été publiés dans une revue scientifique révisée par les pairs.

**Figure 2***Processus de sélection du corpus final*

Le processus d'analyse thématique s'est fait en deux étapes. Après plusieurs lectures du corpus, un travail systématique de synthèse des propos a été fait par le biais de fiches de lectures. Tous les éléments qui s'inscrivent dans le processus de sécurisation culturelle ont été relevés, surlignés et annotés. Le logiciel NVivo a été utilisé pour codifier les données. Une grille de codification se basant sur un processus inductif a été élaborée. Les thématiques émergentes ont ainsi été intégrées dans une grille d'analyse. Un lexique a été créé afin de définir précisément chacun de ces thèmes. Par la suite, une mise en relation des données entre elles a été effectuée (Paillé et Mucchielli, 2012). Les thèmes ayant émergé de l'analyse thématique ont ensuite été

classés de manière rigoureuse selon le cadre conceptuel de la sécurisation culturelle. Les thèmes centraux ont été définis en fonction des lectures, de l'analyse thématique et de l'objectif de recherche en mettant l'accent sur les niveaux des soins et services et de l'organisation. Les thèmes centraux sont : la prestation de soins, le profil des professionnels et la mise en place d'environnements sécurisants (Bronfenbrenner, 2005; Greenwood, 2019; Lauzière, 2021; MSSS, 2021). Enfin, les thèmes qui ont émergé et leur classification ont fait l'objet de discussions avec la directrice de cet essai afin de s'assurer de la clarté, de la pertinence et de la cohérence de ces thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012).

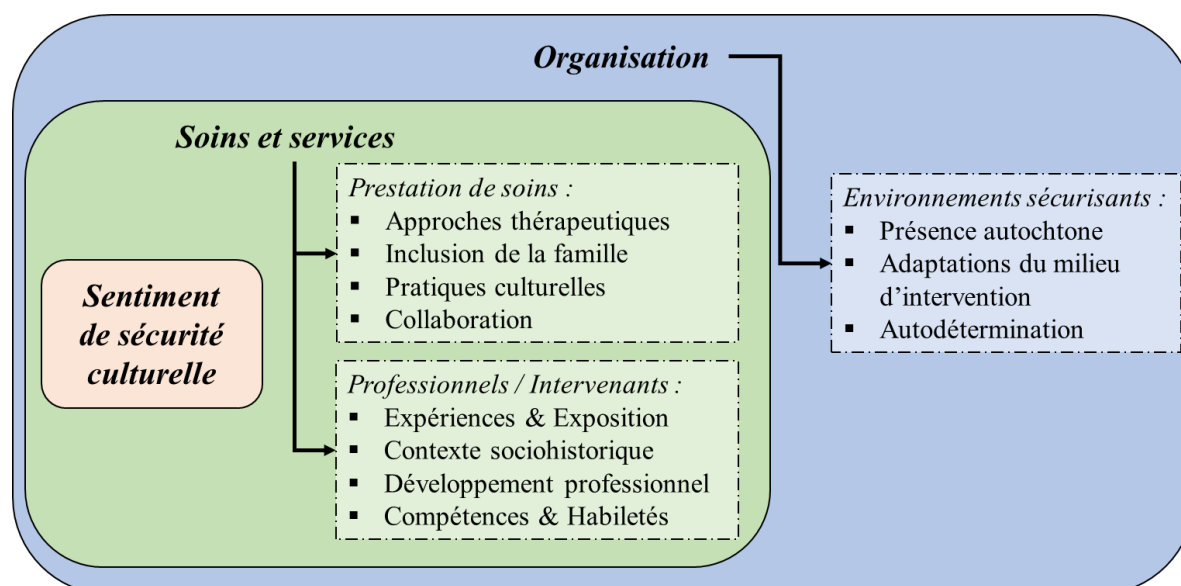
## Résultats

Le tableau D1 présente les études retenues pour cet essai. Les études sélectionnées ont été réalisées en Australie (3), en Nouvelle-Zélande (1) et au Canada (1). Les articles sélectionnés sont tous des études avec un devis qualitatif, sauf une de type mixte dont le volet qualitatif est prédominant (Hepworth *et al.*, 2015). Le résumé des articles retenus est présenté en appendice D.

Dans le but de répondre à l'objectif de cet essai, *décrire les bonnes pratiques d'interventions psychosociales en santé mentale qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle auprès de personnes autochtones*, les thèmes principaux ayant émergé sont en lien avec la prestation de soins, les professionnels et intervenants et la mise en place d'environnements sécurisants. En s'inspirant des modèles de Greenwood (2019), du MSSS (2021) et du modèle écologique de Bronfenbrenner (2005), les résultats seront présentés en fonction des niveaux des soins et services et de l'organisation. Le niveau de l'environnement qui est davantage relié au contexte sociopolitique ne sera pas abordé par souci de répondre de manière précise à l'objectif de l'essai. La Figure 2 présente un schéma des facteurs et des thèmes ayant émergé (Bronfenbrenner, 2005; Greenwood, 2019; Lauzière, 2021; MSSS, 2021).

**Figure 2.**

*Schématisation des facteurs ayant émergé de l'analyse thématique.*



## **Soins et services**

Comme mentionné précédemment, les soins et services font référence à tous les acteurs qui entretiennent une relation directe avec l'usager autochtone et qui lui permettent de faire l'expérience de soins culturellement sécurisant ou non. Cette section sera divisée en deux sous-thèmes: la prestation de soins et les professionnels/intervenants.

### ***Prestation de soins***

Au niveau de la prestation de soins, les résultats présentés seront en lien avec les approches à prioriser, l'inclusion de la famille et des pratiques culturelles et de la collaboration entre les différents professionnels.

**Approches à prioriser. L'approche holistique** permet une vision globale de la personne et de son environnement. Elle est mise de l'avant dans la majorité des articles retenus comme favorisant une prestation de soins culturellement sécurisante (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Cette approche est fondamentale pour comprendre la santé autochtone, car elle englobe la famille, la communauté, la culture, la terre et la spiritualité (Mullins et Khawaja, 2018). Cette perspective permet d'analyser les situations en prenant en compte les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018) et de reconnaître que la maladie résulte souvent d'un déséquilibre entre ces aspects (Mullins et Khawaja, 2018).

Certains articles proposent diverses approches qui s'inscrivent dans une perspective holistique notamment la thérapie narrative (Mullins et Khawaja, 2018) et l'instauration de protocoles basés sur une vision du monde maorie (Wharewera-Mika *et al.*, 2016) et en ont fait ressortir l'efficacité au niveau du bien-être, de la guérison, de l'accessibilité aux services (Hepworth *et al.*, 2015) et de la réduction des tensions et de l'isolement (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Mullins et Khawaja (2018) ont même souligné une facilitation de la collaboration interprofessionnelle grâce à une vision commune partagée suite à l'utilisation de ce type d'approche.

Selon la majorité des études, **l'approche centrée sur la personne** est une approche qui correspond aux besoins et aux préférences de la clientèle autochtone de par sa flexibilité dans l'intervention, ce qui contribue à offrir des soins culturellement sécurisants (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Pour fournir des soins centrés sur la personne, il est essentiel de respecter et de considérer les individus (Wharewera-Mika *et al.*, 2016), de sortir de la structure organisationnelle et de sa propre zone de confort afin de mieux répondre aux besoins des usagers (Lauzière *et al.*, 2021). De plus, il est crucial de mettre de l'avant les points forts des usagers pour favoriser leur rétablissement et leur guérison (Mullins et Khawaja, 2018). Certaines approches en accord avec le modèle de soins centré sur la personne sont mises de l'avant (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Par exemple, l'approche de la communauté thérapeutique, qui repose sur l'entraide, facilite les interactions respectueuses entre les individus, en tenant compte de leur culture (Lauzière *et al.*, 2021). L'approche axée sur le rétablissement, quant à elle, permet de créer un environnement thérapeutique centré sur la personne en montrant de la considération envers l'utilisateur. Cela implique de croire en la capacité de chaque individu à se rétablir, favorisant ainsi la croissance de l'espoir chez l'autre (Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

La majorité des articles recensés mettent de l'avant l'importance pour l'intervenant de faire preuve de **flexibilité**, peu importe l'approche utilisée afin de favoriser le sentiment de sécurité culturelle vécu par l'utilisateur autochtone (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

L'évaluation du niveau d'acculturation, des besoins de l'utilisateur et de son contexte est essentielle pour fournir des services culturellement appropriés (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Selon les participants de l'étude de Mullins et Khawaja (2018), le plus important réside dans l'adaptation de l'approche thérapeutique au contexte et à la personne, ainsi que dans la qualité de la relation entre le professionnel de la santé et l'utilisateur (Mullins et Khawaja, 2018). D'autre part, l'étude de Wharewera-Mika *et al.* (2016) souligne l'importance de tenir compte des traumatismes passés, indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée, afin

d'éviter une re-traumatisation potentielle (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Le manque de sensibilisation des professionnels face aux traumatismes historiques et familiaux pourrait nuire au rétablissement de l'utilisateur (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Lauzière *et al.* (2021) proposent que le programme et les interventions démontrent de la flexibilité pour favoriser l'intégration et la guérison des usagers inuits lorsqu'ils sont pris en charge dans un centre de réadaptation en dépendance situé à l'extérieur de leur communauté. Par exemple, des appels vidéo sont autorisés pour maintenir le contact avec leurs proches et des projets spéciaux, tels que des déplacements d'intervenants dans le Nord du Québec pour un suivi post-thérapie, ont été mis en place. Ce type d'adaptation augmente l'efficacité thérapeutique (Lauzière *et al.*, 2021).

**Inclusion de la famille.** Deux des études recensées ont identifié l'inclusion de la famille dans le processus thérapeutique comme un facteur favorisant la sécurisation culturelle (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

En effet, l'inclusion des membres de la famille dans le processus thérapeutique serait bénéfique pour la clientèle autochtone (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016), notamment en contexte d'hospitalisation en santé mentale (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Cette implication continue de la famille faciliterait l'engagement de l'utilisateur et contribuerait à son rétablissement (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). En particulier, elle serait utilisée dans des situations impliquant des enfants des communautés éloignées (Mullins et Khawaja, 2018) et en contexte d'hospitalisation pour réduire le recours à des mesures contraignantes (Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

**Inclusion des pratiques culturelles.** La majorité des études soulignent l'importance de faire une place et de valoriser les pratiques culturelles dans l'intervention auprès de la clientèle autochtone afin de favoriser le sentiment de sécurité culturelle (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

L'utilisation de ces pratiques permet de montrer du respect et de la reconnaissance envers la culture, d'améliorer la qualité des soins (Lauzière *et al.*, 2021), de favoriser le développement

de la confiance, de prévenir les tensions (Wharewera-Mika *et al.*, 2016) et de renforcer la résilience culturelle des usagers autochtones (Mullins et Khawaja, 2018). Il est recommandé d'organiser des rassemblements entre usagers de la même nation afin de rétablir le lien avec leurs habitudes culturelles. Ces événements offrent l'opportunité de discuter dans leur langue maternelle, de partager de la nourriture traditionnelle et de rencontrer des aînés autochtones (Lauzière *et al.*, 2021). De plus, l'intégration de pratiques culturelles de guérison, telles que les massages, les chants, les danses et les prières, dans la structure du programme est également bénéfique (Lauzière *et al.*, 2021; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Ces pratiques renforcent le sentiment d'identité culturelle et restaurent la dignité des Autochtones (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). En outre, l'accès aux guérisseurs traditionnels et la participation à des programmes de guérison culturelle sont essentiels pour le bien-être des usagers autochtones (Mullins et Khawaja, 2018). Bien que ces pratiques soient souvent gérées par la communauté, il est essentiel que les professionnels soient ouverts à leur intégration et apportent leur soutien (Mullins et Khawaja, 2018).

**Collaboration entre les différents professionnels.** La majorité des études recensées identifient la collaboration entre les professionnels impliqués comme un facteur permettant à l'équipe de travail de fournir des soins culturellement sécurisants (McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). En effet, une approche de type multidisciplinaire, c'est-à-dire qui met à profit les compétences de toute l'équipe, permet de fournir une réponse davantage holistique en ayant une vision plus globale de la situation de l'utilisateur et de ses besoins (Mullins et Khawaja, 2018). La collaboration entre les différents professionnels permet de mettre à profit, d'une part, les professionnels qui ont des connaissances et des compétences auprès de la clientèle autochtone et, d'autre part, les intervenants autochtones qui ont une meilleure compréhension de la culture et des réalités autochtones ce qui permet de fournir un service adapté à cette clientèle (McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018). Cette collaboration permet à l'équipe d'être mieux outillée à intervenir en plus de permettre le développement d'une vision centrée sur les peuples autochtones (McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).



### ***Professionnels/Intervenants***

Pour ce qui est des professionnels/intervenants, les résultats présentés seront en lien avec l'exposition aux peuples autochtones et le partage d'expérience de vie, le contexte sociohistorique, le développement professionnel et les compétences et habiletés relationnelles de ces professionnels/intervenants.

#### **Exposition aux peuples autochtones et Partage d'expériences de vie**

La majorité des études identifie l'exposition à la culture et à la population autochtone comme jouant un rôle essentiel dans la formation des intervenants. Elle les aide à mieux comprendre les réalités et les défis auxquels les usagers autochtones sont confrontés, ce qui les incite à ajuster leurs pratiques d'intervention. Cela facilite les relations de confiance entre les intervenants allochtones et les usagers autochtones (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018).

L'exposition à la culture et à la population autochtone permet un partage de connaissances et l'acquisition d'expérience. Cela permet aux intervenants de se sentir mieux préparés à intervenir auprès de cette clientèle (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018). En effet, lorsque les intervenants allochtones sont exposés à la culture autochtone, cela les prépare à travailler plus efficacement avec des groupes spécifiques. Par exemple, dans une étude réalisée auprès de personnes inuites hébergées dans un centre de traitement en dépendance, autant le personnel intervenant que les résidents inuits soulignent les bienfaits d'une immersion en contexte autochtone. Le fait de se déplacer au Nunavik permet aux intervenants d'avoir une meilleure compréhension des réalités et des défis auxquels doivent faire face les résidents inuits (Lauzière *et al.*, 2021).

L'exposition à la culture, aux peuples et aux communautés autochtones va au-delà de la simple connaissance (Mullins et Khawaja, 2018). La majorité des participants mentionnent que cela peut conduire à l'intégration dans la communauté. Cette intégration progresse par le biais de l'engagement dans la vie communautaire, du respect envers les aînés, de la participation active, et du développement de relations de confiance. Cette intégration permet aux intervenants de devenir

des ressources utiles et pertinentes pour les membres de la communauté autochtone (Mullins et Khawaja, 2018).

Dans une des études recensées, le fait que les intervenants aient vécu des expériences similaires à celles de la clientèle est identifié comme un facteur contribuant au sentiment de sécurité culturelle, alors que les autres études n'abordent pas ce thème (Lauzière *et al.*, 2021). En effet, dans l'étude de Lauzière *et al.* (2021) portant sur l'expérience de personnes inuites dans un centre de thérapie interne pour la dépendance, les personnes inuites interviewées mentionnent qu'il est plus facile pour elles de développer un lien de confiance avec un intervenant avec qui elles partagent certaines expériences de vie (violence, pauvreté, discrimination, etc.) et que les intervenants ayant ce type de vécu sont, selon leur perception, plus empathiques et sensibles aux réalités vécues par les Inuit.

**Le contexte sociohistorique.** La majorité des études recensées soulignent qu'avoir de bonnes connaissances en ce qui concerne le contexte sociohistorique des peuples autochtones et prendre conscience de son impact encore présent aujourd'hui permet aux intervenants psychosociaux d'offrir un service plus adapté dans une perspective de sécurisation culturelle (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Les participants rapportent que l'histoire traumatique vécue par les peuples autochtones a entraîné différentes conséquences telles que des traumatismes intergénérationnels, des deuils complexes et des problèmes systémiques (Mullins et Khawaja, 2018) comme les inégalités, les désavantages sociaux et la discrimination. Ceux-ci persistent dans la société actuelle et doivent être pris en compte par les intervenants (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018). Une prise de conscience de l'histoire traumatique des peuples autochtones permet de mieux comprendre le contexte des traumatismes et des problèmes qui en découlent ainsi que les raisons sous-jacentes à la méfiance des personnes autochtones envers les services et les soins dispensés par des organisations allochtones (McGough *et al.*, 2018).

Le manque de connaissances en lien avec le contexte sociohistorique des peuples autochtones renforce la stigmatisation, les préjugés et la discrimination, ce qui nuit à la qualité des interactions et de la relation de confiance (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). De plus, une méconnaissance de l'histoire des peuples autochtones affecte le sentiment de compétence des intervenants ce qui a aussi un impact sur la qualité des soins dispensés à la clientèle autochtone (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018). Il y a également un risque de causer un nouveau traumatisme chez la clientèle autochtone lors de contentions ou de manœuvres de maintien physique (Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

La formation des intervenants est essentielle pour qu'ils développent une meilleure connaissance du contexte sociohistorique spécifique aux Autochtones selon les études recensées (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Faire appel à des agents de liaison autochtones et encourager le partage de connaissances entre collègues est également considéré comme un moyen efficace d'augmenter les connaissances des intervenants en ce qui concerne l'histoire et la culture autochtones (McGough *et al.*, 2018). Il est recommandé que des formations complètes soient offertes aux intervenants qui travaillent auprès de personnes autochtones en abordant divers aspects de la culture, des valeurs, des conditions de vie, des moyens de communication, des réalités propres aux communautés et aux peuples autochtones, ainsi que de l'histoire des peuples autochtones (Lauzière *et al.*, 2021).

**Développement professionnel.** Dans la majorité des études recensées, le développement professionnel est identifié comme un facteur permettant aux différents professionnels de tendre vers la sécurisation culturelle notamment par l'acquisition de compétences culturelles, une meilleure connaissance de soi et une bonne capacité d'introspection (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

L'étude de McGough *et al.* (2018) propose un processus dans lequel l'intervenant s'engage dans le but de fournir des soins culturellement sécurisants. Le développement professionnel est présent dans les différentes étapes de ce modèle. Pour faciliter la lecture de cette section, seuls les éléments spécifiques au développement professionnel seront abordés sans égard

aux étapes par lesquelles l'intervenant doit passer pour fournir des soins culturellement sécurisants.

Trois des études recensées décrivent le développement professionnel comme un processus qui nécessite un engagement de la part de l'intervenant dans une réflexion critique sur son expérience personnelle, ses valeurs, ses attitudes, ses compétences et ses pratiques (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Lorsque l'intervenant se sent mal préparé à travailler avec la clientèle autochtone, il peut adopter une attitude d'évitement. C'est-à-dire qu'il pourrait minimiser les différences culturelles et traiter les problèmes de santé mentale de manière uniforme pour tous, avant de remettre en question ses propres pratiques (McGough *et al.*, 2018).

Pour accroître ses compétences culturelles (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018), une meilleure compréhension de soi et une bonne capacité d'introspection sont des composantes clés du processus de développement professionnel (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). La prise de conscience et la reconnaissance des différences culturelles, des impacts du passé traumatique, de ses émotions (McGough *et al.*, 2018) et de ses propres préjugés et ressentis (Wharewera-Mika *et al.*, 2016) permettent aux intervenants de prendre du recul par rapport à leurs pratiques et de réfléchir à des stratégies d'intervention alternatives ou plus efficaces (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). L'amélioration de la compréhension de soi et la capacité à faire preuve d'autocritique par rapport à sa pratique professionnelle sont des éléments essentiels du processus de développement professionnel (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Le développement professionnel renforce la confiance et les compétences des intervenants qui travaillent avec la clientèle autochtone, ce qui se traduit par une amélioration de la qualité des interactions et des interventions (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018).

**Compétences et habiletés relationnelles.** Les compétences et les habiletés relationnelles de l'intervenant ont été identifiées, dans la majorité des études recensées, comme un facteur influençant positivement le sentiment de sécurité culturelle chez la clientèle autochtone (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika et al., 2016).

Afin d'établir des relations solides et de mieux comprendre la clientèle autochtone, les professionnels doivent manifester de la curiosité, de l'ouverture ainsi qu'un intérêt pour leur culture et leur réalité (Lauzière *et al.*, 2021). Les intervenants qui font preuve d'empathie (Lauzière *et al.*, 2021;), de respect (Lauzière *et al.*, 2021; Wharewera-Mika et al., 2016), d'authenticité (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika et al., 2016), d'écoute, d'humilité, de patience et qui maintiennent une cohérence dans leur implication créent un environnement sécuritaire qui encourage la participation au processus d'intervention (Lauzière *et al.*, 2021) et favorise le rétablissement (Wharewera-Mika et al., 2016). Les habiletés relationnelles sont importantes notamment en ce qui a trait à l'établissement d'une relation de confiance et à la communication.

Faire preuve d'ouverture et de flexibilité dans l'intervention favorise la création d'un climat de confiance et de bienveillance, encourageant ainsi l'implication des individus et le partage de leurs réalités culturelles (Lauzière *et al.*, 2021; Wharewera-Mika et al., 2016). Il est également essentiel d'impliquer activement les usagers dans le processus de thérapie, en leur accordant considération et en les aidant à prendre des décisions éclairées, afin de favoriser la collaboration et de contribuer à leur rétablissement (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika et al., 2016).

Selon les études de Mullins et Khawaja (2018) et Lauzière *et al.* (2021), établir et maintenir une relation de confiance dès le début du suivi psychosocial, bien que cela demande du temps, ainsi que de l'ouverture et des efforts de la part de l'intervenant sont essentiels pour l'implication de l'utilisateur dans la démarche thérapeutique (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et

Khawaja, 2018). Le partage d'éléments personnels de la vie de l'intervenant est considéré comme une stratégie efficace pour créer ce climat de confiance (Mullins et Khawaja, 2018).

L'intervenant doit également promouvoir le dialogue malgré les barrières linguistiques (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021) et encourager l'ouverture des participants autochtones envers les allochtones (Lauzière *et al.*, 2021). Soutenir la communication avec l'utilisateur autochtone, ainsi qu'avec sa famille est bénéfique pour le sentiment de sécurité culturelle (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Il est essentiel d'ajuster son comportement et sa communication pour que l'utilisateur se sente à l'aise de se confier à l'intervenant en utilisant des stratégies de communication culturellement appropriées (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018). Les participants de l'étude de Lauzière *et al.* (2021) recommandent notamment de porter une attention particulière au ton, au rythme de la communication et au langage non verbal. Accueillir les silences et éviter les questions directes ou intrusives est également conseillé (Mullins et Khawaja, 2018). En outre, l'usage de l'humour, notamment avec la clientèle inuite, peut faciliter la communication (Lauzière *et al.*, 2021).

### **Organisation : Environnements sécurisants**

Comme mentionné précédemment, le niveau de l'organisation correspondant au modèle du MSSS (2021) permet des changements plus directement liés à l'utilisateur qui fait l'expérience de soins et de services culturellement sécurisants. On fait davantage référence à la structure organisationnelle d'un milieu, aux pratiques et aux conditions qui favorisent le sentiment de sécurité culturelle. Afin de mettre en place des environnements sécurisants, les résultats de cet essai suggèrent la présence d'intervenants autochtones dans l'offre de services, l'adaptation des modalités d'intervention et l'autodétermination des peuples autochtones.

***Présence d'intervenants autochtones dans l'offre de services.*** Dans l'ensemble des études recensées, la présence d'intervenants autochtones, que ce soit des agents de liaison, des consultants, des superviseurs ou des professionnels, est identifiée comme un facteur contribuant à la sécurisation culturelle de la prestation de soins (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Pour les personnes autochtones qui reçoivent des services, la présence d'intervenants autochtones qui contribuent à la mise en œuvre de pratiques culturelles (rituels, *story telling*, espace culturellement adapté, etc.) favorise le sentiment de sécurité culturelle (Hepworth *et al.*, 2015; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Aussi, le partage d'une identité culturelle entre l'intervenant autochtone et l'utilisateur autochtone facilite l'établissement du lien thérapeutique (Hepworth *et al.*, 2015, Lauzière *et al.*, 2021; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Cette identité culturelle commune permettrait d'augmenter l'efficacité thérapeutique et le rétablissement de la clientèle autochtone en raison des effets positifs sur l'intervention, notamment lors de situation de crises (Hepworth *et al.*, 2015; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Une des études recensées rapporte que la présence autochtone dans les services permet de limiter le recours à l'isolement dans le milieu hospitalier, plus spécifiquement, dans l'offre de services en santé mentale (Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

D'autre part, la présence d'intervenants autochtones permet aux professionnels allochtones qui offrent des services à la clientèle autochtone de mieux comprendre la culture et l'histoire des peuples autochtones, notamment par le partage de connaissances (McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). La collaboration avec des intervenants autochtones permet de mieux comprendre la vision holistique et comment intervenir adéquatement avec cette clientèle (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Par exemple, les participants de l'étude de Mullins et Khawaja (2018) soulignent que le fait de consulter un superviseur culturel permet une compréhension holistique de la situation de la personne, ce qui permettrait de poser un diagnostic mieux informé.

Enfin, la présence d'intervenants autochtones dans l'offre de services favorise les interactions positives entre les usagers autochtones et les professionnels de la santé allochtones (Hepworth *et al.*, 2015; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

***Adaptation des modalités d'intervention.*** La majorité des études soulignent que le fait d'augmenter l'accessibilité aux services, notamment par la mise en place d'environnements

sécurisants, permettrait de rendre l'offre de service plus sécurisante culturellement (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Le besoin de flexibilité en lien avec ce qui entoure le contexte d'intervention est mis de l'avant (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Le fait de laisser l'utilisateur prendre des décisions sur la façon dont le service sera fourni permet de créer un contexte qui favorise le partage de pouvoir entre l'utilisateur et l'intervenant ce qui permet à l'utilisateur de se sentir considéré et respecté (Mullins et Khawaja, 2018). Le fait de démontrer de la flexibilité par rapport aux modalités d'intervention (le lieu, le moment, les méthodes de communication, l'implication ou non de la famille, etc.) permet d'adapter l'offre de services en fonction des besoins réels de l'utilisateur (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

En effet, la mise en place d'environnements sécurisants comme une maison de réunion pour les familles autochtones permettrait de faciliter le dialogue avec les professionnels (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Le fait de favoriser les environnements et les discussions informelles (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018), de prioriser les rencontres individuelles aux rencontres de groupe, de jumeler les nouveaux résidents autochtones à des résidents autochtones plus avancés dans le programme, de favoriser les groupes avec plus d'un Autochtone à la fois dans le programme (Lauzière *et al.*, 2021) et de démontrer de la flexibilité en lien avec le moment du rendez-vous (Mullins et Khawaja, 2018) permet aux usagers autochtones de s'intégrer plus facilement, de se sentir compris et soutenus et de partager plus ouvertement leurs expériences et sentiments (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018).

Aussi, le fait d'offrir des services locaux permet à la population autochtone de recevoir des soins dans l'environnement sécurisant qu'est leur communauté. Cela permet une meilleure accessibilité aux soins, en particulier lors de période de crise. Ils permettent d'éviter à la personne de devoir voyager à l'extérieur de sa communauté, ce qui peut être insécurisant (Hepworth *et al.*, 2015).



En résumé, la mise en place d'environnements sécurisants passe notamment par la présence de professionnels et d'autres usagers autochtones, des services locaux (Hepworth *et al.*, 2015), le développement de la confiance envers le service et l'intervenant (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018), le partage de pouvoir (Mullins et Khawaja, 2018) et la stabilité du personnel (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021). La flexibilité de l'intervenant en fonction des attentes, des besoins et du mode de vie plus ou moins traditionnel de l'utilisateur permet les ajustements et les adaptations nécessaires pour fournir des soins sécuritaires culturellement à chaque usager autochtone (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). L'accompagnement offert à la clientèle autochtone doit répondre au besoin réel et immédiat de l'utilisateur (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018).

**Autodétermination.** L'autodétermination des peuples autochtones au sein des services de santé les concernant est identifiée comme une condition essentielle à la sécurisation culturelle de ces derniers dans la plupart des études incluses (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Autant les professionnels allochtones que les intervenants et usagers autochtones identifient l'importance et le désir que les communautés autochtones reprennent le pouvoir sur les services les concernant (Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

L'autodétermination des peuples autochtones passe notamment par la présence d'une perspective autochtone dans toutes les sphères de prise de décision d'un service les concernant (Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Afin de permettre ce leadership et cette autonomie de la part des peuples autochtones, il est nécessaire que les professionnels allochtones contribuent aux changements de pratiques en faisant une place au savoir et à la culture autochtone (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016). Ainsi, une offre de service par et pour la population autochtone permettrait une réponse davantage en adéquation avec les besoins et attentes de cette clientèle, en plus de favoriser le rétablissement et la guérison (Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

## **Discussion**

Le présent essai visait à décrire les bonnes pratiques d'intervention psychosociale en santé mentale qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle auprès des personnes autochtones. L'ensemble des résultats des cinq études analysées dans le cadre de cet essai convergent vers trois thèmes centraux et sont en concordance avec le modèle théorique du MSSS (2021), inspirée de Greenwood (2019), et avec le modèle écologique de Bronfenbrenner (2005).

Afin d'offrir des services psychosociaux qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle, cet essai démontre qu'il est nécessaire que des actions soient posées autant au niveau individuel qu'organisationnel.

### **Niveau individuel (Soins et services)**

Le niveau individuel fait référence à la manière dont sont dispensés les soins et aux caractéristiques et aptitudes des professionnels afin de favoriser la sécurité culturelle chez la personne autochtone qui reçoit les services psychosociaux (MSSS, 2021).

#### ***Prestation de soins***

Dans le rapport de la Commission Viens (CERP, 2019), il est mis en évidence que la vision occidentale diverge de la vision autochtone, notamment en ce qui concerne les services de santé et les services sociaux. Cette divergence crée une barrière culturelle qui entrave l'accessibilité aux soins et aux services, faisant obstacle à la mise en place de services basés sur une vision locale et traditionnelle de la santé mentale (Auclair et Sappa, 2012; CERP, 2019; Lessard *et al.*, 2008). Les résultats de cet essai viennent appuyer les propos et les recommandations de la Commission Viens (CERP, 2019). En effet, une approche davantage holistique priorise une conception du monde telle que vue par la population autochtone. Il s'agit d'une vision globale de l'individu en interaction avec son environnement et la nature. Il est suggéré de mettre de l'avant la culture autochtone en contexte d'intervention psychosociale en offrant des soins qui favorisent le bien-être et l'équilibre des aspects physique, mental, émotionnel et spirituel, dans l'esprit de l'approche holistique. Cela peut se traduire par la valorisation des méthodes de guérison plus traditionnelles et l'inclusion de la famille et des

pratiques culturelles dans le processus de guérison. Pour être pleinement bénéfique au rétablissement du demandeur de soins, l'intervenant se doit d'adopter une approche flexible axée sur le bien-être de la personne, en plaçant les besoins, les valeurs, les forces et la vision du monde de ce dernier au cœur de ses préoccupations. Enfin, au niveau de l'équipe de travail, une collaboration conjuguant les connaissances et les compétences des différents professionnels est reconnue comme un facteur facilitant la prestation de soins culturellement sécurisants (CERP 2019; Vrakas et Laliberté, 2020).

Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec le « Modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit », développé par le MSSS (2021) qui souligne l'importance de considérer la personne autochtone dans son entièreté, c'est-à-dire de prendre le temps de comprendre la personne elle-même, sa famille, sa culture, son environnement et sa communauté. Le fait de prendre conscience de la culture de l'autre permet à l'intervenant en santé mentale d'ajuster son intervention à la personne qui utilise le service (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011).

### ***Profil des professionnels***

Le processus de sécurisation culturelle est un processus dynamique dans lequel les intervenants évoluent. Un intervenant « **conscient de la culture** » reconnaît et accepte les différences culturelles (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011). Une des manières de favoriser cette conscience est d'encourager l'exposition à la culture et à la population autochtone, permettant ainsi aux intervenants de mieux comprendre les réalités et les défis auxquels les usagers autochtones sont confrontés. Les résultats indiquent que cette exposition les incite à se questionner et ajuster leurs pratiques d'intervention (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018). Cela facilite les relations de confiance entre les intervenants allochtones et les usagers autochtones en plus de pouvoir mener à l'intégration au sein de la communauté (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018). Il serait aussi plus facile de développer un lien de confiance avec un intervenant avec qui ils partagent des expériences de vie similaires (Lauzière *et al.*, 2021). Dans cette

perspective, une bonne pratique d'intervention serait, pour l'intervenant, de partager son vécu avec l'utilisateur autochtone dans le but de créer une alliance thérapeutique.

Afin qu'un intervenant atteigne une **sensibilité culturelle**, ce dernier doit prendre en compte et respecter les différences et les savoirs culturels dans l'intervention (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011). Pour ce faire, l'intervenant doit avoir de bonnes connaissances du contexte sociohistorique et prendre conscience des impacts de ce contexte dans la société actuelle. Cet essai vient appuyer l'importance de la sensibilité culturelle chez les intervenants en suggérant qu'ils aient accès à davantage d'informations concernant le contexte sociohistorique. Cela favorise les interventions respectueuses des différences et des savoirs culturels (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

La composante de la **compétence culturelle** réfère, quant à elle, aux compétences et habiletés de l'intervenant. Elle réfère aux connaissances, aux compétences, aux habiletés, aux attitudes et aux pratiques qui permettront de modifier l'accueil, l'accompagnement et l'interaction avec la personne (Baba, 2013; Lauzière, 2021; MSSS, 2021; Nursing Council of New Zealand, 2011). Dans cet essai, la création du lien de confiance est identifiée comme étant un des éléments très importants afin de fournir des soins culturellement sécurisants et passe par le savoir-être de l'intervenant. Faire preuve d'ouverture, d'honnêteté, de flexibilité, de respect et de considération permet à l'utilisateur de se sentir à l'aise et contribue à son engagement thérapeutique. L'utilisation de stratégies de communication culturellement appropriées peut aussi faciliter la création d'un lien de confiance (Hepworth *et al.*, 2015; Lauzière *et al.*, 2021; Mullins et Khawaja, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

Enfin, cet essai montre qu'un engagement sincère de l'intervenant dans une réflexion critique sur ses expériences, ses valeurs, ses attitudes, ses compétences et ses pratiques est nécessaire pour tendre vers la sécurisation culturelle. Le développement professionnel passe notamment par l'acquisition de compétences culturelles, une meilleure connaissance de soi et une

bonne capacité d'introspection (Lauzière *et al.*, 2021; McGough *et al.*, 2018; Wharewera-Mika *et al.*, 2016).

### **Niveau organisationnel : Mise en place d'environnements sécurisants**

Le niveau organisationnel fait davantage référence à la structure organisationnelle du milieu, aux pratiques et aux conditions qui favorisent le sentiment de sécurité culturelle. Il est notamment question des moyens et des outils mis en place par l'organisation afin de faciliter la prestation de soins culturellement sécurisants par les intervenants (MSSS, 2021).

En concordance avec les résultats de cet essai, le modèle présenté par le MSSS (2021) fait état de l'importance de la mise en place d'environnements sécurisants au sein de l'organisation. En effet, il est suggéré que le fait de mettre en place des pratiques qui favorisent le sentiment de sécurité culturelle au sein de l'organisation en plus de favoriser des adaptations dans l'offre de services permettrait d'améliorer l'accueil, l'accessibilité, le respect et le bien-être de la population autochtone (MSSS, 2021). La présence de professionnels et d'autres usagers autochtones et des services locaux sont de bons exemples de moyens qui favorisent le sentiment de sécurité culturelle.

Enfin, dans ses recommandations, le Juge Viens (CERP, 2019) souligne l'importance de l'autodétermination et de l'autogouvernance des PN et du PI. Selon lui, les Autochtones devraient avoir une place et un pouvoir décisionnel pour tous les services les concernant. La présence de perspectives et de savoirs autochtones dans toutes les sphères de prise de décision permettrait de mettre en place des pratiques culturellement sécurisantes, d'assurer l'accessibilité aux soins de santé et de services sociaux et d'offrir des services adaptés aux réalités autochtones (CERP, 2019; Vrakas et Laliberté, 2020).

### **Forces et limites**

Certaines forces et limites permettent d'apprécier la rigueur de cet essai. D'abord, afin d'assurer la justesse de la stratégie de recherche, le processus a été discuté et validé par la direction de recherche. Également, les sources utilisées pour cet essai sont crédibles en raison

d'un critère d'inclusion qui nécessitait que les articles scientifiques soient publiés dans une revue avec des comités de pairs. Enfin, plusieurs autres sources provenant du Canada viennent appuyer la grande majorité des résultats rapportés dans cet essai. Cela constitue une force méthodologique puisque malgré le fait que les articles analysés proviennent principalement de l'Océanie, les résultats de cet essai sont transférables à la population autochtone du Canada.

Concernant les limites, cet essai n'a permis d'inclure que cinq articles et une seule des études a été effectuée au Québec auprès d'une population inuite. Aucune des études ne porte sur les Premières Nations au Québec. Bien que les Maoris de Nouvelle-Zélande ainsi que les Aborigènes et les Insulaires du Détroit de Torres d'Australie partagent des expériences similaires avec les Autochtones du Canada en tant que peuples autochtones confrontés aux impacts de la colonisation et à la lutte pour la préservation de leur identité culturelle et de leurs droits, l'inclusion d'études provenant du Canada aurait facilité la généralisation des bonnes pratiques d'intervention. Le thème de la sécurisation culturelle dans les services de santé et les services sociaux est un sujet émergent ce qui fait en sorte que les études sont hétérogènes. Plusieurs études mettent de l'avant les impacts de la colonisation et de l'assimilation des peuples autochtones ainsi que des inégalités dans les services de santé et de services sociaux, mais peu d'études sont spécifiques au processus qui amène une organisation et des intervenants à fournir des soins culturellement sécurisants.

Enfin, le modèle utilisé pour présenter les résultats de cet essai est un modèle de changements sur trois niveaux afin de rendre les soins et services culturellement sécurisants (Greenwood, 2019; MSSS, 2021). Malgré le fait que tous les niveaux sont fondamentaux et que des changements sont nécessaires autant au niveau de l'environnement, de l'organisation que des soins et services, cet essai porte majoritairement sur le niveau des soins et services. Le niveau de l'organisation a brièvement été abordé alors que le niveau de l'environnement, qui réfère davantage au niveau systémique, n'a pas été abordé. Il est également à noter qu'il s'agit d'un modèle allochtone, développé par le MSSS et non par une organisation autochtone.

### **Lien et apport à la psychoéducation**

Cet essai se distingue par son approche critique de la sécurisation culturelle dans les services de santé et de services sociaux. Bien que les résultats se concentrent principalement sur les soins, les services et l'organisation, il est important de noter que le niveau structurel est une composante intégrale du modèle de changement présenté par le MSSS (2021).

Cette approche critique offre une perspective macrosystémique de la sécurisation culturelle dans les soins de santé et les services sociaux. Cela incite à prendre du recul et à réfléchir aux changements sociopolitiques nécessaires pour que les pratiques d'intervention culturellement sécurisantes bénéficient au niveau microsystémique. Ces changements sociopolitiques contribueraient à créer un environnement où la sécurisation culturelle devient une priorité, favorisant des soins de santé et des services sociaux équitables et culturellement appropriés pour tous.

Parmi ces changements figurent la reconnaissance des droits culturels, l'autodétermination et l'autogouvernance des peuples autochtones, la promotion de la diversité au sein du personnel, l'élimination des disparités en santé, la mise en place de politiques antidiscriminatoires, et une évaluation continue des services pour garantir une réponse appropriée et efficace aux besoins culturels de la population.

En choisissant une perspective cohérente au modèle écosystémique pour exposer les résultats de cet essai, la démarche permet d'explorer les structures sociales et d'encourager une réflexion approfondie sur les systèmes existants. Il serait également pertinent d'approfondir les réflexions et les questionnements sociopolitiques, en mettant particulièrement l'accent sur les structures de pouvoir, les normes sociales et culturelles actuelles, les inégalités ainsi que sur les répercussions de ces éléments sur les services destinés à des populations marginalisées, telles que la population autochtone (Adelson, 2005).

## **Recommandations pour la psychoéducation**

Les résultats de cet essai démontrent que des changements sont nécessaires au sein des services de santé et de services sociaux afin d'offrir des soins culturellement sécurisants à la population autochtone au Québec. Pour permettre ces changements au niveau structurel, organisationnel et individuel, les professionnels qui œuvrent dans ce domaine devront préalablement recevoir une formation solide qui tient compte des réalités autochtones et culturelles. C'est pourquoi l'étude des principes fondamentaux se rattachant à la sécurisation culturelle devrait faire partie intégrante de la formation en psychoéducation. Plus encore, cette connaissance devrait pouvoir se traduire dans la pratique et pouvoir faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du cursus académique.

De fait, les psychoéducateurs sont appelés à intervenir auprès de différentes clientèles qui éprouvent des difficultés d'adaptation, dont la population autochtone. Il serait donc bénéfique que les étudiants en psychoéducation puissent acquérir des compétences en lien avec le contexte sociohistorique, les enjeux et les réalités des peuples autochtones et de développer leurs compétences culturelles. Cela permettrait à ces professionnels d'actualiser la sécurisation culturelle dans leur milieu de travail et d'être un acteur clé dans le changement de pratique. L'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue est d'ailleurs un bel exemple avec plus d'une quinzaine de programmes de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle en Études autochtones. Aussi, le département de psychoéducation et de travail social de l'UQTR se démarque par l'intégration du cours optionnel « Perspectives autochtones et intervention psychosociale » au cursus du Baccalauréat en psychoéducation et qui est donné par une professeure issue des Premières Nations. Cette prise de conscience quant à la nécessité d'inclure des cours concernant les peuples autochtones est encourageante, mais davantage de formations devraient être disponibles et dispensées par des professionnels autochtones. Intégrer le concept de sécurisation culturelle et favoriser l'autodétermination et l'autogouvernance des peuples autochtones est au cœur des recommandations de la Commission Viens (2019), il serait donc nécessaire que ce soit une priorité lorsque l'on se penche sur l'éducation de nos professionnels en santé mentale.



## **Conclusion**

Les bonnes pratiques d'intervention psychosociale, orientées vers une perspective de sécurisation culturelle, englobent les dimensions du savoir, du savoir-faire et du savoir-être des professionnels travaillant dans le domaine de la santé et des services sociaux. La prise de conscience des impacts de la colonisation, combinée à une exploration de la vision du monde autochtone, offre aux intervenants sociaux la possibilité de s'engager dans un parcours professionnel et personnel visant à dispenser des soins culturellement sécurisants.

Cependant, la concrétisation de ces objectifs nécessite des changements tangibles au sein du système de santé et des services sociaux. Des études approfondies au niveau systémique et organisationnel seraient nécessaires pour déterminer les ajustements normatifs requis en vue d'éliminer le racisme systémique et de garantir des soins de santé et des services sociaux qui s'inscrivent dans une perspective de sécurisation culturelle.

À titre d'exemple, l'analyse de la diversité culturelle au sein des organisations apparaît pertinente. Cette démarche permettrait d'établir un ratio adéquat entre les professionnels autochtones et allochtones, favorisant ainsi une représentation équitable et la création d'un environnement professionnel respectueux de la diversité culturelle. Parallèlement, chaque établissement devrait dispenser une formation spécifique à ses professionnels, prenant en considération la population autochtone présente sur le territoire. Cette formation vise à accroître la compréhension des réalités et des enjeux culturels propres à la communauté desservie, en favorisant une collaboration étroite avec ses membres.

Enfin, pour favoriser l'autodétermination des peuples autochtones dans une perspective de réconciliation et de guérison, il est essentiel de promouvoir davantage de projets initiés par et pour les Autochtones. Ces initiatives contribuent à renforcer les voies vers l'autonomie et la guérison, inscrivant ainsi les efforts dans un cadre global de réconciliation.

## Références

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé.*
- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96 (Suppl 2), S45–S61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Aguiar, W. et Halseth, R. (2015). *Peuples autochtones et traumatisme historique: les processus de transmission intergénérationnelle.* National Collaborating Centre for Aboriginal Health= Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Auclair, G. et Sappa, M. (2012). Mental health in Inuit youth from Nunavik: clinical considerations on a transcultural, interdisciplinary, community-oriented approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 124-126.
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en Santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé.* Prince George: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.* Thousand Oaks, Sage Publications.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., et Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 10(3), 167–179. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x>
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. (2019). *Rapport final. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : Écoute, Réconciliation et Progrès.* Gouvernement du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Pensionnats du Canada: rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.* McGill-Queen's Press-MQUP.
- Gerlach A. J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 79 (3), 151–158. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.4>
- Godlewska, A., Rose, J., Schaefli, L., Freake, S. et Massey, J. (2017). First Nations, Métis and Inuit Presence in the Newfoundland and Labrador Curriculum. *Race, Ethnicity and Education*, 20 (4), 446-462. <https://doi.org/10.1080/13613324.2016.1248825>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Rapport sur les Indicateurs de Performance en Santé Mentale.* [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Indicateurs\\_Performance\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Indicateurs_Performance_SanteMentale_2012.pdf)

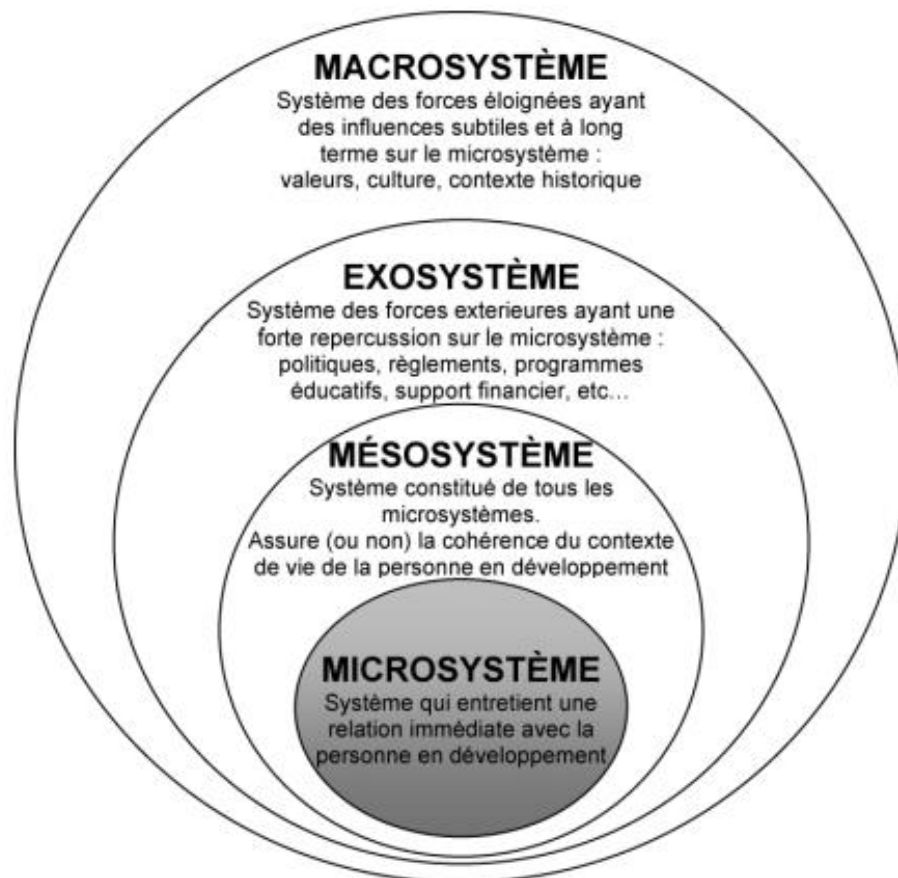
- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthcare Management Forum*, 32 (1), 11-14. <https://doi.org/10.1177/0840470418807948>
- Hepworth, J., Askew, D., Foley, W., Duthie, D., Shuter, P., Combo, M. et Clements, L. A. (2015). How an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service improved access to mental health care. *International journal for equity in health*, 14(51), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0183-x>
- Horvath, R. J. (1972). A definition of colonialism. *Current anthropology*, 13(1), 45-57.
- Johnstone, M-J. et Kanitsaki, O. (2007). An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 18(3), 247-256. <https://doi.org/10.1177/1043659607301304>
- Kelly-Scott, K. (2016). *Aboriginal peoples: fact sheet for Quebec*. Statistics Canada.
- Kelly-Scott, K. et Smith, K. (2015). *Les peuples autochtones: Feuillet d'information du Canada*. Statistique Canada.
- Kumar, M. B., et Tjepkema, M. (2019). Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016): résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011. *Enquête nationale auprès des ménages: Peuples autochtones*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.pdf?st=Qjm-0RzM>
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Evaluation & the health professions*, 31(2), 226-239. <https://doi.org/10.1177/0163278708315926>
- Lauzière, J. (2021). *La sécurité culturelle dans les programmes de santé pour les Inuit : une étude de cas en contexte de traitement pour des problèmes de consommation de substances psychoactives* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sherbrooke.
- Lauzière, J., Fletcher, C. et Gaboury, I. (2021). Factors influencing the provision of care for Inuit in a mainstream residential addiction rehabilitation centre in Southern Canada, an instrumental case study into cultural safety. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00387-6>
- Lepage, P. (2010). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Lessard, L., Bergeron, O., Fournier, L. et Bruneau, S. (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/868\\_santementalnunavik.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/868_santementalnunavik.pdf)

- Lévesque, C., Gagnon, M., Desbiens, C., Apparicio, P., Cloutier, É. et Sirois, T. (2019). Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001 à 2016. *Cahiers ODENA*, cahier no 2019-03.
- MacDonald, C. et Steenbeek, A. (2015). The impact of colonization and western assimilation on health and wellbeing of Canadian Aboriginal people. *International Journal of Regional and Local History*, 10(1), 32-46. <https://doi.org/10.1179/2051453015Z.00000000023>
- McGough, S., Wynaden, D. et Wright, M. (2018). Experience of providing cultural safety in mental health to Aboriginal patients: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (1), 204-213. <https://doi.org/10.1111/inm.12310>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Mullins, C. et Khawaja, N. G. (2018). Non-Indigenous psychologists working with Aboriginal and Torres Strait Islander people: Towards clinical and cultural competence. *Australian Psychologist*, 53(5), 394-404. <https://doi.org/10.1111/ap.12338>
- Nursing Council of New Zealand. (2011). *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Schill, K. et Caxaj, S. (2019). Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 18 (1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0404-y>
- Statistique Canada. (2017). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du recensement, Recensement de 2016*. Produit n° 12 11-001-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm?indid=14430-1&indgeo=0>
- Vrakas, G. et Laliberté, A. (2020). L'intervention psychoéducatrice auprès des Autochtones. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation*, (p. 611-642). Presses Université du Québec.
- Wharewera-Mika, J. P., Cooper, E. P., Wiki, N. R., Field, T. R., Haitana, J., Toko, M., Edwards, E. et McKenna, B. R. B. M. P. (2016). Strategies to reduce the use of seclusion with tāngata whai i te ora (Māori mental health service users). *International Journal of Mental Health Nursing*, 25 (3), 258-265. <https://doi.org/10.1111/inm.12219>
- Zon, A., Lindeman, M., Williams, A., Hayes, C., Ross, D., et Furber, M. (2004). Cultural safety in child protection: Application to the workplace environment and casework practice. *Australian Social Work*, 57(3), 288-298. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0748.2004.00147.x>

## Appendice A

Schématisation du modèle écologique de Bronfenbrenner (2005)

Figure A1



Absil *et al.* (2012)

## Appendice B

Mots-clés utilisés lors de la recherche documentaire

Concepts	Mots-clés
<b>1. Autochtones</b>	Aboriginal* OR Indigenous OR Native* OR “First* nation*” OR inuit OR inuk
<b>AND</b>	
<b>2. Sécurisation culturelle</b>	((Cultural) N1 (safety OR intervention OR sensitivity OR awareness OR competenc*)) OR ((cross cultural) N1 (collaboration OR intervention)) OR Inter* Communication
<b>AND</b>	
<b>3. Santé mentale</b>	<p>Mental health OR well-being OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness OR distress OR cognitive disorder OR psychiatric patients OR mental wellbeing OR psychiatric disorder</p> <p><b>OR</b></p> <p>Dependance: (drug* OR alcohol OR substance* OR psychotrop* OR cocain OR heroin OR opioid* OR cannabis OR marijuana) N1 (use OR misuse OR depend* OR addict* OR abuse OR disorder* OR problem*)</p> <p><b>OR</b></p> <p>Anxiety OR Stress OR anxiety disorders OR generalized anxiety disorder OR social anxiety OR agoraphobia</p> <p><b>OR</b></p> <p>Depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder OR mood disorder OR dysthmia</p> <p><b>OR</b></p> <p>Post-traumatic stress disorder OR Posttraumatic OR post traumatic stress disorder OR ptsd OR posttraumatic stress disorder OR trauma</p> <p><b>OR</b></p> <p>Schizophrenia OR psychosis OR psychoses OR psychotic disorder OR schizophrenic disorder</p>

	<p><b>OR</b></p> <p>Bipolar OR bipolar disorder OR bipolar i OR bipolar ii OR manic depression OR bipolar affective disorder OR bipolar depression</p> <p><b>OR</b></p> <p>Personality disorder OR borderline personality disorder OR emotionally unstable personality disorder OR eupd OR bpd</p>
<b>AND</b>	
<b>4. Intervention psychosociale</b>	<p>Psychosocial interventions OR strategies OR best practices OR treatment OR therapy OR program evaluation OR program effectiveness OR program assessment OR program* OR guidelines OR evidence-based treatment OR evidence-based practices OR efficacy</p>

## Appendice C

### Critères d'inclusion et d'exclusion

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
A. Contenir un ou des éléments du processus de sécurisation culturelle (Conscience de la culture, sensibilité culturelle, compétence culturelle) ou de la sécurité culturelle.	1.1 Contiens un ou des éléments de la sécurisation culturelle seulement dans la discussion. 1.2 La sécurisation culturelle n'est pas le sujet principal. 1.3 Fait référence au concept d'adaptation culturelle plutôt qu'à la sécurisation culturelle.
B. Aborder l'intervention psychosociale (psychoéducation, criminologie, travail social, psychologie).	2.1 Interventions médicales ou traitant uniquement du personnel infirmier. 2.2 L'intervention psychosociale n'est pas le sujet principal.
C. Aborder principalement le volet santé mentale ou la consommation de substances psychoactives.	3.1 S'intéresse au bien-être de manière générale. 3.2 Traite de problèmes sociaux sans égard à la santé mentale (itinérance, violence conjugale, maltraitance, etc.). 3.3 Traite du volet économique de la santé mentale dans les organisations publiques ou privées.
D. Population principale autochtone adulte.	4.1 Population cible autre que des adultes (enfance, adolescence, personnes âgées). 4.2 Population immigrante, marginalisée ou minorité ethnique. La population autochtone n'est pas en majorité.



	4.3 Population cible étant les anciens combattants.
E. Articles publiés entre 2015 et 2021 inclusivement.	5.1 Articles publiés avant 2015.
F. Publication dans une revue avec comité de pairs.	6.1 Publications de commentaires, de résumés, de débats.
G. Études qualitatives ou quantitatives.	7.1 Revues systématiques ou les revues de littérature. 7.2 Articles qui ne présentent pas l'efficacité du programme ou de la méthode décrite, articles n'ayant pas de méthode décrite ou de résultats.
H. Pays occidentaux (Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Union Européenne, États-Unis)	8.1 Pays orientaux.

## Appendice D

Résumé des études incluses dans l'essai.

**Tableau D1**

Référence	Échantillon	Devis	Objectifs	Résultats
<p><b>Article 1:</b> Hepworth, J., Askew, D., Foley, W., Duthie, D., Shuter, P., Combo, M. et Clements, L. A. (2015). How an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service improved access to mental health care. <i>International journal for equity in health</i>, 14 (51), 1-8. <a href="https://doi.org/10.1186/s12939-015-0183-x">https://doi.org/10.1186/s12939-015-0183-x</a></p>	<p><b>Groupe 1 :</b> 12 clients adultes autochtones d'un psychologue et d'un travailleur social (autochtones) dans le département de santé mentale, dans un centre de santé dans les banlieues, en Australie.</p> <p><b>Groupe 2 :</b> 26 professionnels autochtones et allochtones pratiquant dans ce centre de santé.</p>	<p>Mixte (Prédominance qualitative)</p>	<p>Examiner l'impact de l'inclusion d'un psychologue et d'un travailleur social dans un service de soins de santé primaires urbain sur l'accès aux services de santé mentale par les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permet de répondre aux besoins de la communauté, d'augmenter l'accessibilité aux services en santé mentale, de favoriser les relations de confiance, le partage de l'identité culturelle et une meilleure compréhension des réalités des peuples autochtones.</li> <li>▪ Cela permet d'offrir des soins culturellement sécurisants.</li> </ul>
<p><b>Article 2 :</b> Lauzière, J., Fletcher, C. et Gaboury, I. (2021). Factors influencing the provision of care for Inuit in a mainstream residential addiction rehabilitation centre in Southern Canada, an</p>	<p><b>42 participants :</b> 20 résidents inuits adultes, 18 intervenants et 4 gestionnaires d'un centre de réadaptation en dépendance dans la région sud de la province de Québec, Canada.</p>	<p>Qualitatif (Étude de cas instrumental)</p>	<p>Examiner les facteurs qui peuvent permettre ou limiter la prestation de soins culturellement sécuritaires pour les Inuit dans un centre résidentiel de réadaptation en toxicomanie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facteurs individuels : Le partage d'expériences de vie, les compétences relationnelles de l'intervenant et la communication.</li> <li>▪ Facteurs liés au programme : Les approches thérapeutiques, la flexibilité dans l'approche utilisée, l'inclusion des pratiques culturelles, le développement et le maintien de</li> </ul>

Référence	Échantillon	Devis	Objectifs	Résultats
<p>instrumental case study into cultural safety. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i>, 16(1), 55.  <a href="https://doi.org/10.1186/s13011-021-00387-6">https://doi.org/10.1186/s13011-021-00387-6</a></p>				<p>relations de confiance et les modalités du programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facteurs organisationnels : La mise en place de projets spécifiques à la clientèle autochtone, les connaissances des intervenants en lien avec l'histoire et la culture des peuples autochtones, l'exposition à la clientèle et à la culture, la présence de professionnels autochtones.</li> <li>▪ Facteurs systémiques : Le fait de tenir compte du contexte social, politique, économique et législatif.</li> </ul>
<p><b>Article 3:</b> McGough, S., Wynaden, D. et Wright, M. (2018). Experience of providing cultural safety in mental health to Aboriginal patients: A grounded theory study. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 27(1), 204-213.  <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12310">https://doi.org/10.1111/inm.12310</a></p>	<p><b>28 participants :</b> 25 infirmières certifiées et trois psychologues ayant une expérience de travail dans les services publics de santé mentale en Australie-Occidentale.</p>	<p>Qualitatif (Théorie ancrée)</p>	<p>Développer une théorie, qui s'inscrit dans le cadre de la théorisation enracinée de Glaser et Strauss (1967), qui explique les processus sociaux et psychologiques par lequel les participants passent pour faire face au problème de ne pas être bien préparé à intervenir auprès de la clientèle autochtone afin de devenir un professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La première phase consiste à minimiser les différences et adopter une approche neutre sur le plan racial (nier le besoin de changer, faire de l'évitement).</li> <li>▪ La deuxième phase consiste à se questionner (introspection) sur leur sensibilité et leur conscience de la culture et faire des ajustements dans leurs pratiques.</li> <li>▪ La troisième phase consiste à chercher de nouvelles solutions (en s'informant sur la culture et les peuples autochtones et en collaborant avec des professionnels autochtones).</li> <li>▪ La quatrième phase consiste à devenir un professionnel culturellement sécurisant en considérant les différences culturelles, en acceptant</li> </ul>

Référence	Échantillon	Devis	Objectifs	Résultats
			culturellement sécurisant.	les impacts historiques et en s'engageant dans une réflexion critique sur leurs propres expériences, valeurs et pratiques.
<b>Article 4 :</b> Mullins, C., et Khawaja, N. G. (2018). Non-Indigenous psychologists working with Aboriginal and Torres Strait Islander people: Towards clinical and cultural competence. <i>Australian Psychologist</i> , 53 (5), 394-404. <a href="https://doi.org/10.1111/ap.12338">https://doi.org/10.1111/ap.12338</a>	12 psychologues inscrits auprès de l'AHPRA <sup>3</sup> ayant un minimum de 3 ans d'expérience auprès de la clientèle autochtone de l'Australie.	Qualitatif	Examiner comment des psychologues allochtones expérimentés mettent en œuvre des compétences cliniques et culturelles dans leur travail avec des clients aborigènes et insulaires du détroit de Torres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construite des relations de confiance solides, faire preuve de flexibilité dans l'intervention et s'engager au sein de la communauté.</li> <li>▪ Lors de l'évaluation, les participants rapportent l'importance de tenir compte de la vision du monde chacun, d'utiliser des stratégies de communication sensibles à la culture, d'inclure la famille, de tenir compte de l'histoire traumatique, de collaborer avec les professionnels autochtones et de favoriser l'utilisation d'instruments de mesure courts et validés culturellement.</li> <li>▪ Au niveau de l'offre de services, les participants rapportent l'importance d'utiliser une approche holistique, de valoriser les pratiques culturelles, de faire preuve de flexibilité et de contribuer à l'autodétermination des peuples autochtones. Offrir une réponse holistique et travailler en collaboration avec différents professionnels (multidisciplinaire).</li> </ul>

<sup>3</sup> AHPRA: Australian Health Practitioner Regulation Agency.

Référence	Échantillon	Devis	Objectifs	Résultats
<p><b>Article 5:</b> Wharewera-Mika, J. P., Cooper, E. P., Wiki, N. R., Field, T. R., Haitana, J., Toko, M., .Edwards, E. et McKenna, B. R. B. M. P. (2016). Strategies to reduce the use of seclusion with tāngata whai i te ora (Māori mental health service users). <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 25(3), 258-265. <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12219">https://doi.org/10.1111/inm.12219</a></p>	<p><b>16 participants:</b> 4 aînés Māori, 5 conseillers culturels, 5 infirmiers Māori et 2 conseillers Māori qui ont reçu des services en santé mentale.</p>	<p>Qualitatif (Focus group)</p>	<p>Rassembler les perspectives cliniques, culturelles et les perspectives de la clientèle Māori qui reçoivent des services en santé mentale sur les stratégies potentielles considérées comme susceptibles de faciliter la réduction des taux élevés d'isolement et de contention chez les usagers Māori recevant des soins en santé mentale, dans les services de santé mentale aux patients hospitalisés.</p>	<p>Stratégies facilitant la réduction d'interventions restrictives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenir compte de la vision du monde Maori, inclusion de la famille et des pratiques culturelles, implication du personnel autochtone, adopter une approche holistique, créer un environnement culturellement sécurisant et mettre en place des relations de confiance.</li> <li>▪ Au niveau de la pratique, les participants rapportent l'importance de reconnaître les traumatismes du passé, de la présence du personnel autochtone, de l'approche centrée sur la personne et sur le bien-être de l'équipe traitante.</li> <li>▪ Les participants rapportent l'importance de l'autodétermination des peuples autochtones (perspective Maori nécessaire dans toutes les sphères de prise de décision).</li> </ul>