



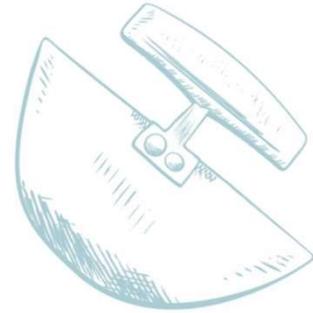
1

Plan

- Introduction**
 - Le cadre de la rencontre
 - Le racisme: un sujet difficile à aborder, un malaise à apprivoiser
- Les savoirs**
 - Quelques définitions conceptuelles à avoir en tête: racisme, colonialité, sécurité culturelle...
 - Culture et rencontre clinique
- Le savoir-être**
 - Le malaise: s'intéresser aux points de tension
 - L'ethnocentrisme: un réflexe humain
 - L'humilité culturelle, se décentrer et ouvrir sur une réflexivité
- Le savoir-faire**
 - La collecte d'informations en clinique et l'utilisation des informations
 - Les outils existants et la nécessité de les adapter
- Conclusion**
 - Lutter contre le racisme et favoriser la sécurité culturelle: des pistes de réflexion et d'action

2

Introduction



Le cadre de la rencontre

- L'ouverture et l'écoute
- Vos souhaits?

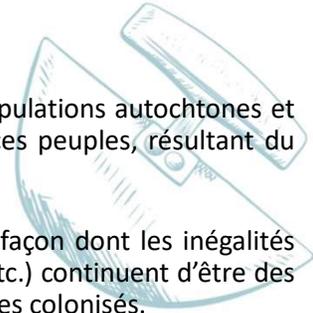
Le racisme

- Un sujet difficile à aborder, un malaise à apprivoiser

À tout moment, n'hésitez pas si vous souhaitez partager des exemples, des moments plus difficiles ou des réussites dans votre clinique en lien avec le contenu

3

Introduction



- On reconnaît aujourd'hui les inégalités en matière de santé des populations autochtones et que ces inégalités sont notamment dues à la marginalisation de ces peuples, résultant du contexte historique et actuel.
- Plusieurs auteurs font le pont entre racisme et colonisation, et la façon dont les inégalités (logements, accès à l'éducation, aux soins et à l'emploi, pauvreté, etc.) continuent d'être des déterminants fondamentaux de la santé autochtone et autres peuples colonisés.
- Les phénomènes de racisme et de colonialisme sont complexes, chargés émotionnellement, et peuvent engendrer du stress chez les personnes qui tentent de les comprendre.
- En tant que cliniciens, il peut être difficile de concilier les exigences d'avoir à la fois une posture d'expert (avec des certitudes) et une posture humble et ouverte à l'inconnu (pleine d'incertitudes). Mais pour le bien de notre travail, il est primordial de s'intéresser et de réfléchir à notre posture. C'est ce que nous allons faire ensemble.

(Adelson, 2005 ; Reading, & Wien, 2009 ; Reid & al., 2019 ; Richmond, 2009; Reid, Cormak & Paine, 2019; WHO, 2004.)

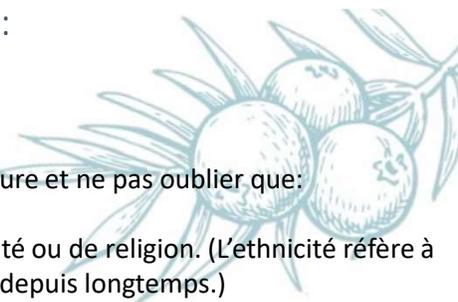
4

L'ethnocentrisme: un réflexe humain

- Nous avons tous des angles morts: C'est normal
 - Les malaises sont aussi normaux, il faut s'y intéresser: Si vous ressentez le malaise, il y a de forte chance que la personne assise en face de vous le ressent aussi et le vive.
- Le travail en contexte interculturel et en collaboration peut provoquer des malaises ou des tensions, dû au fait que ces rencontres font ressortir les différentes idéologies personnelles, professionnelles et institutionnelles qui entourent l'acte à poser en clinique.
- Le travail en contexte (post)colonial peut de plus faire ressortir les différences de pouvoir (historiques et actuelles) entre les groupes d'appartenance: il est difficile d'être dans la posture de l'agresseur, particulièrement quand ce que l'on souhaite est de prendre soin.
- Il est possible d'observer la force des tabous entourant l'idée de nommer les différences entre le groupe majoritaire et les différents groupes minoritaires.
- Ne pas rester pris avec la malaise: Qu'est-ce qui le crée? Puis-je y faire quelque chose?

5

Définitions conceptuelles: la culture

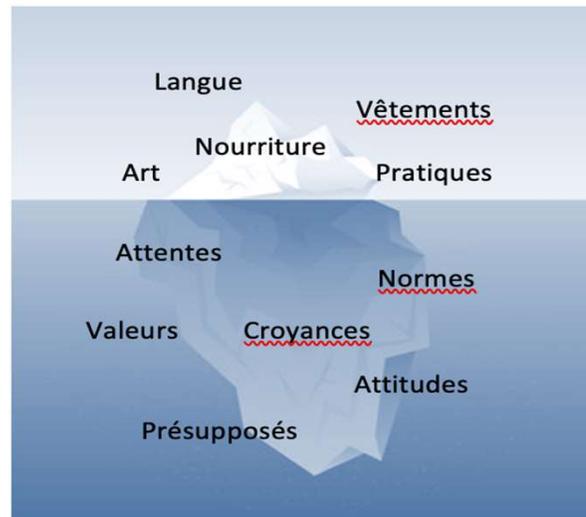


Nous devons également être prudents lorsque nous parlons de culture et ne pas oublier que:

- La notion de culture n'est pas synonyme d'ethnicité, de nationalité ou de religion. (L'ethnicité réfère à l'héritage, à la parenté et à l'ascendance que partage un groupe depuis longtemps.)
- Les mondes culturels sont des systèmes ouverts. Donc, la culture est constamment en transformation et est souvent contestée. Ceci veut dire que la culture concerne l'histoire, mais aussi le monde d'aujourd'hui. Par exemple, la culture inuit d'aujourd'hui n'est pas ce que la culture inuit était il y a 50 ans. Il y a une certaine continuité et il y a également des changements. De plus, tout le monde ne sera pas d'accord sur ce *qu'est* la culture inuit.
- Il y a des variations dans les groupes concernant les croyances et les pratiques culturelles, et les individus appartiennent à plusieurs cultures.
- La culture n'est pas le seul élément qui peut aider à expliquer ou à comprendre une situation.

6

La culture: pas toujours visible



7

Définitions conceptuelles: le racisme



- Le racisme est décrit comme un **système idéologique** (une vision du monde) qui intègre des idées de **rac**es et de **racialisation**, dans lequel le pouvoir, l'accès aux ressources et aux expériences sont structurés de façon différenciée selon les groupes socialement constitués et classifiés en termes de races ou d'ethnies.
- Le racisme peut être défini comme un **système organisé** au sein des sociétés qui provoque des situations évitables et injustes. Il se manifeste par des croyances, des stéréotypes, des préjugés ou de la discrimination.

(Cauce & al., 2002 ; Reid, & al., 2019; Paradies, Ben, Denson & al. 2015)

8

Définitions conceptuelles: le racisme



- Il peut à la fois être **visible (insultes)** ou **invisible** et s'ancrer dans **les structures**.
- Le racisme peut se produire à plusieurs **niveaux**:
 - Internalisé (attitudes, croyances ou idéaux racistes)
 - Interpersonnel (interactions entre les individus)
 - Systémique (accès au travail, aux ressources matérielles et symboliques au sein d'une société)
 - Épistémique: Qui produit les connaissances
- Dans son aspect systémique, le racisme peut avoir des **effets** sur certaines personnes (dites 'racisées'), malgré les **intentions** des membres de cette société.

(Cauce & al., 2002 ; Reid, & al., 2019; Paradies, Ben, Denson & al. 2015)

9

Le racisme



Pyramid of Hate © 2018 Anti-Defamation League

10



11

Définitions conceptuelles: colonialisme et colonialité

Colonialisme:

À ses débuts, le colonialisme était le produit d'une répression systématique, des croyances, idées, images, symboles ou connaissances spécifiques qui n'étaient pas favorables à la domination coloniale mondiale. Le colonialisme avait une visée de production ou encore d'appropriation des ressources.

Colonialité:

Ce sont les moyens mis en place pour faire perdurer le colonialisme. La répression s'exerce sur les modes de connaissance, de production de connaissances, de production de perspectives, d'images et de systèmes d'images, de symboles, de modes de signification, sur les ressources, les motifs et les instruments d'expression formelle et objective, intellectuelle ou visuelle.

(Cloos, 2015; Quijano, 2007 ; Trout & al., 2018

12

Pour résumer simplement

Le racisme perçu et vécu dans le système de santé est enraciné dans l'histoire (colonialisme), et perdure grâce à la colonialité et au racisme épistémologique.

Avec une faible diversité épistémologique et la reconnaissance d'un seul paradigme (ex: bio-médical) nous encourageons une vision du monde eurocentrique et perpétons ce que plusieurs appellent le « privilège blanc » (*white privilege*).

Le groupe dominant maintient des **avantages systémiques** et occulte le fait que le système est injuste pour certains groupes. Les épistémologies et structures peuvent être violentes à l'égard d'un groupe donné et perpétuer des pratiques racistes qui créent des situations au service du groupe dominant, sans même que l'on s'en rende compte.

Akintunde, 1999 ; Fraser & Gaulin, Submitted; Hunter, 2002

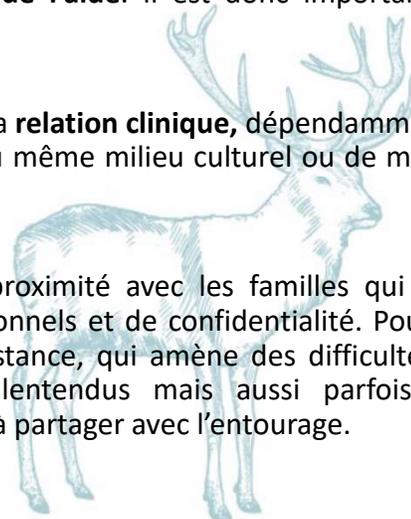
13

La rencontre clinique

14

La culture, les biais et la rencontre clinique

- La **culture** influence de quelles façons les personnes **expriment** leur souffrance et comment elles **font face à l'adversité** (*coping*) et **recherchent de l'aide**. Il est donc important de prendre en compte le rôle de la culture dans les soins.
- Des aspects culturels joueront également un rôle dans la **relation clinique**, dépendamment si l'intervenant et la personne rencontrée proviennent du même milieu culturel ou de milieux culturels différents.
- Pour les intervenants Inuit, cela peut signifier une proximité avec les familles qui peut amener un confort mais également, des enjeux émotionnels et de confidentialité. Pour les intervenants non-Inuit, il peut exister une certaine distance, qui amène des difficultés de communication, des incompréhensions ou des malentendus mais aussi parfois des opportunités de partager certaines choses plus difficile à partager avec l'entourage.



15

La culture et la rencontre clinique

- La culture influence donc quand, où, comment et à qui les individus vont se confier.
- La culture influence la manière dont les symptômes sont exprimés (externalisés ou internalisés), le modèle que les cliniciens et autres intervenants utiliseront pour comprendre lesdits symptômes ainsi que la manière dont les personnes souhaiteront être traitées (par qui et comment).
- Les traitements souhaités seront également influencés par le modèle explicatif de la personne qui reçoit des soins, par exemple.
- Lorsqu'il y a différences de perceptions quant aux difficultés vécues, les services offerts peuvent alors être perçus comme incohérents aux yeux d'une personne ou d'une communauté. Ceci peut mener à une insatisfaction, à la non-observance au traitement et à une expérience de soins plutôt difficile.
 - Concept de résistance chez les Inuit
 - Point de départ intéressant pour comprendre les interactions et les enjeux présents dans la rencontre clinique
 - Protéger des acquis, une culture, une identité

(Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009 ; Kleinman, 1987; Lewis-Fernández, Aggarwal, Bäärnhielm & al., 2014; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Kirmayer, 2006)

16

Les approches pour tenir compte de la culture en clinique

- La **compétence culturelle** est « la capacité des praticiens et des services de santé à répondre de façon appropriée et efficacement aux contextes, identités et préoccupations culturels des patients » (traduction libre; Kirmayer, 2012).
- Cependant, rappelons-nous que nous devons être prudents et ne pas adopter une description figée d'une culture et l'appliquer comme une recette d'un livre de cuisine. Ce n'est pas comme s'il était possible de tout savoir sur une culture, même la nôtre. Ainsi, nous devons être humbles.
- L'**humilité culturelle** est l'engagement de toute une vie à l'autoréflexion ainsi qu'à l'autocritique, et a été mis de l'avant comme concept étant donné les risques mentionnés précédemment. Il s'agit d'adopter une position d'humilité par rapport à notre connaissance des expériences et des difficultés des personnes qui reçoivent nos soins. (Tervalon & Murray-Garcia, 1998).

(Kirmayer, 2012 ; Tervalon & Murray-Garcia, 1998).

17

La sécurité culturelle

- La **sécurité culturelle** (*cultural safety*) est une approche développée pour tenir compte des éléments culturels **et** des relations de pouvoir dans la rencontre clinique en contexte interculturel et postcolonial, donc de la colonialité (Ramsden, 2002).
- La **sécurité culturelle** est « ce qui est ressenti ou vécu par un patient lorsqu'un prestataire de soins communique avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive, l'habilité à prendre des décisions et construit une alliance dans laquelle le patient et le prestataire de soins travaillent ensemble en équipe afin de maximiser l'efficacité des soins » (National Aboriginal Health Organization - NAHO, 2008, 19).
- Les pratiques qui ne sont pas sécuritaires culturellement concernent « toute action qui diminue, rabaisse ou affaiblit (*disempowers*) l'identité culturelle et le bien-être d'un individu » (Nursing Council of New Zealand, 2002, 7).

18

La réflexivité Un outil nécessaire au clinicien

La réflexivité est un processus continu. C'est l'analyse active de la façon dont notre position de cliniciens et les idéologies dominantes façonnent nos décisions, nos relations et les interprétations que nous faisons du monde, plutôt qu'une déclaration statique et formelle de qui nous sommes ou de ce que nous croyons.

« A reflexive researcher actively adopts a theory of knowledge. A less reflexive researcher implicitly adopts a theory of knowledge, as it is impossible to engage in knowledge creation without at least tacit assumptions about what knowledge is and how it is constructed » (Carter & Little, 2007).

(Brown & Strega, 2015).

19

Plus concrètement

Voici quelques pistes de réflexion et d'action pour lutter contre le racisme et améliorer la sécurité culturelle:

- Apprendre à se connaître soi-même en tant qu'êtres culturels (avec nos propres angles morts)
- Être à l'écoute des différentes façons dont la culture s'exprime en clinique.
- Se décentrer et prendre en compte d'autres perspectives.
- Tolérer l'incertitude (ne pas savoir) et adopter une posture d'apprentissage continu et de réflexivité (humilité culturelle).
- Adopter une posture de dialogue ouvert et respectueux.
- Reconnaître les relations de pouvoir dans les organisations et la société (enjeux structurels, mobilisation - *advocacy*).
- Militer pour des changements politiques (protocoles, octroiement des ressources...).

20

Quelques outils

- L'**Entretien de formulation culturelle** du DSM V (*Cultural Formulation Interview - CFI*) vise à aider les praticiens dans la collecte et l'organisation de renseignements cliniques culturellement pertinents. La formulation ouverte des questions peut être inspirante pour aborder des éléments culturels qui peuvent influencer le suivi clinique (valeurs, religion, relations familiales, étapes de vie, etc.)
- Le **Culturagramme** est un outil d'exploration culturelle et migratoire: permet de mieux comprendre le contexte socioculturel d'un individu ou d'une famille (Congress et Kung, 2013). Permet de mettre en lumière les défis culturels auxquels elles font face et de souligner les manières par lesquelles elles résistent aux différentes formes d'oppression vécues (Richardson et Wade, 2016).

À retenir:

- Ces outils n'ont pas été spécifiquement construits pour les peuples autochtones, mais ils peuvent être adaptés au cas par cas.
- Pour utiliser ces outils, des conditions préalables sont nécessaires, à savoir un contexte d'intervention empreint d'un ensemble d'habiletés et de savoir-être comme le respect, l'ouverture d'esprit, la flexibilité, la volonté de connaître l'autre (et de respecter ses silences et ses jardins secrets) et la conscience et distanciation de sa culture (Gauvin et Laforge, 2016)

21

Des questions?

Nakurmiik! Merci! Thank you!



Pour continuer la discussion, n'hésitez pas à nous écrire ou à aller sur le forum d'Atautsikut

lucie.nadeau@mcgill.ca

janique.johnsonlafleur.dlm@ssss.gouv.qc.ca

Dominique.gaulin@umontreal.ca

<http://atautsikut.com>

22

Bibliographie

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96(2), S45-S61.
- Akintunde, O. (1999). White racism, white supremacy, white privilege, & the social construction of race: Moving from modernist to postmodernist multiculturalism. *Multicultural Education*, 7(2), 2.
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E., & Stelk, W. (2010). One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 48-60.
- Brown, L. A., & Strega, S. (Eds.). (2015). *Research as resistance: Critical, indigenous and anti-oppressive approaches*. Canadian Scholars' Press.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 44.
- Cloos, P. (2011). Racialization, between power and knowledge: a postcolonial reading of public health as a discursive practice. *Journal of Critical Race Inquiry*, 1(2).
- Cloos, P. (2015). The racialization of US public health: a paradox of the modern state. *Cultural Studies? Critical Methodologies*, 15(5), 379-386.
- Cohen-Emerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.
- Fraser, S-L & Gaulin, D. Colonialism, epistemic racism, and health and social services: a case study in Northern, Canada. *International Journal of Equity in Health*
- Hunter, M. (2002). Rethinking epistemology, methodology, and racism: or, is White sociology really dead?. *Race and Society*, 5(2), 119-138.
- Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical psychology review*, 28(2), 211-227.
- Johnson-Lafleur, J., Nadeau, L., & Rousseau, C. (under review). Intercultural Training in Tense Times: Cultural Identities and Lived Experiences within a Community of Practice of Youth Mental Health Care in Montréal.
- Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G., & Rousseau, C. (2019). Learning from partnership tensions in transcultural interdisciplinary case discussion seminars: A qualitative study of collaborative youth mental health care informed by game theory. *Social Science & Medicine*, 237, 112443.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural psychiatry*, 43(1), 126-144.
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K., & Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from indigenous perspectives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 84-91.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454

23

Bibliographie

- Kleinman, A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. *Tanner lectures on human values*, 20, 355-420.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlf, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., ... & Groen, S. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 77(2), 130-154.
- NAHO (National Aboriginal Health Organization) (2008) *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization
- Nursing Council of New Zealand. (2002). *Guidelines for cultural safety, the treaty of Waitangi, and Maori health in nursing and midwifery education and practice*. Nursing Council of New Zealand.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., ... & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 10(9), e0138511.
- Pumariega, A. J., Rothe, E. M., & Rogers, K. H. (2009). Depression in immigrant and minority children and youth. *Treating child and adolescent depression*, 321-331.
- Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. *Cultural studies*, 21(2-3), 168-178.
- Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu* (Doctoral dissertation, Victoria University of Wellington).
- Reading, C. L., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health* (pp. 1-47). Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Richmond, C. A. (2009). The social determinants of Inuit health: a focus on social support in the Canadian Arctic. *International journal of circumpolar health*, 68(5), 471-487.
- Reid, P., Cormack, D., & Paine, S. J. (2019). Colonial histories, racism and health—The experience of Māori and Indigenous peoples. *Public health*, 172, 119-124.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125.
- Trout, L., McEachern, D., Mullany, A., White, L., & Wexler, L. (2018). Decoloniality as a framework for indigenous youth suicide prevention pedagogy: Promoting community conversations about research to end suicide. *American journal of community psychology*, 62(3-4), 396-405.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.
- Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & society*, 35(3), 341-365.
- World Health Organization - WHO (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization, 2004.

24

