

AIINB

L'ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Normes pour la sécurité culturelle



165, rue Regent
Fredericton, N.-B.,
E3B 7B4
www.aiinb.nb.ca

Mandat

Protection du public par la réglementation des infirmières au Nouveau-Brunswick.

La Loi sur les infirmières et infirmiers confère à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) la responsabilité de protéger le public par la réglementation des membres de la profession infirmière au Nouveau-Brunswick. La réglementation rend la profession ainsi que les infirmières et infirmiers à titre individuel responsables de la prestation au public de soins infirmiers sécuritaires, compétents et éthiques.

©ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK, 2025.

Copyright © L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), Fredericton, Nouveau-Brunswick. Il est interdit de reproduire ce document, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou lucratives sans l'autorisation écrite de l'AIINB. On peut toutefois le reproduire, intégralement ou partiellement, à des fins personnelles ou éducatives sans autorisation expresse, aux conditions suivantes :

- ♦ faire tout effort raisonnable pour en assurer la reproduction fidèle;
- ♦ préciser que l'AIINB en est l'auteur;
- ♦ préciser que le document reproduit n'est pas une version officielle et qu'il n'a pas été fait en collaboration avec l'AIINB ou avec son appui.

**Amber Solomon, graphiste, a créé les œuvres présentées dans ce document. Tous les éléments visuels sont utilisés avec la permission de l'artiste et demeurent la propriété intellectuelle de cette dernière.*

Dans le présent document, le féminin prévaut pour ne pas nuire à la lecture et en reconnaissance de la réalité majoritairement féminine de la profession, mais est employé sans préjudice et désigne aussi les hommes et les membres des communautés 2ELGBTQI+.



Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ces normes grâce à leur temps, à leur savoir-faire et à leurs commentaires pertinents. Votre collaboration a joué un rôle inestimable dans la création de ces normes qui reflètent à la fois des pratiques éprouvées et les divers points de vue des personnes auxquelles elles s'adressent.

Merci tout particulièrement au Dr David Busolo, à Jasmine Murchison-Perley, à la Dre Mary Louise Batty, et aux autres consultants pour leur importante contribution, leurs conseils avisés et leurs commentaires tout au long de l'élaboration des présentes normes. Nous leur en sommes profondément reconnaissants.

Reconnaissance du territoire

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick reconnaît et respecte que nous vivons et travaillons sur des terres traditionnelles non cédées et non abandonnées du peuple Wolastoqiyik. Ces terres sont couvertes par les traités de paix et d'amitié que les Wolastoqiyik (Malécites), les Mi'kmaq et les Passamaquoddy ont signés avec la Couronne britannique en 1725. Ne prévoyant aucune cession de terres ni de ressources, ces traités reconnaissaient en fait les titres des Wolastoqey (Malécites), des Mi'kmaq et des Passamaquoddy et établissaient les règles de ce qui devait être une relation permanente entre nations.

Nonasu Skicinuwey Ktahkomiq

*Nutankeyuwahtit kesinukhotilici Wiciyatomuhtit 'cey
New Brunswick wewinomoniya naka
kicitomitahatomoniya eli wikultiyeq naka tollukhotiyeq
skat kisi miluwasinuhk skicinuwey ktahkomiq 'ci
Wolastoqiyik. Yut ktahkomiq wituwikhasu nihtol
Wolakutultinkil 'ci Sankewitahasuwakon naka
Witapehtimok nihtol Wolastoqiyik (Maliseet), Mi'kmaq
naka Peskotomuhkatiyik amsqahs.*

Table des matières

Préambule	05
Introduction à la sécurité culturelle	08
Première partie : principes de sécurité culturelle	10
Deuxième partie : principes de sécurité culturelle autochtone	11
Principes de sécurité culturelle	12
Principes de sécurité culturelle autochtone	17
Glossaire	19
Références	27

Préambule

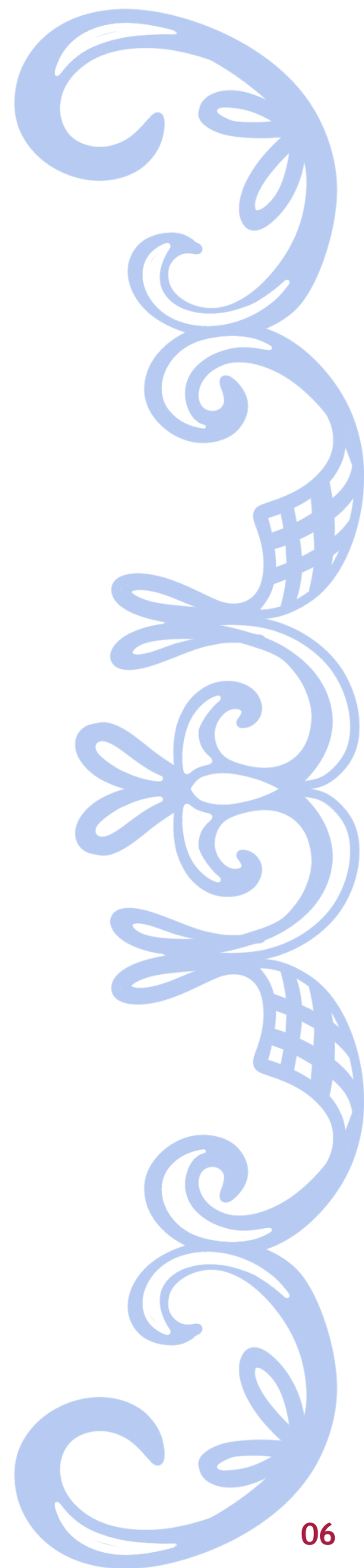
L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) est l'organisme de réglementation professionnelle des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick depuis 1916. La Loi sur les infirmières et infirmiers définit les responsabilités de l'AIINB et lui confère le pouvoir d'établir, de maintenir et de promouvoir des normes de formation et de pratique pour les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes au Nouveau-Brunswick.

Les normes pour la sécurité culturelle établissent le niveau de rendement attendu des infirmières pour favoriser la prestation de soins infirmiers sécuritaires, compétents, compatissants et éthiques sur le plan culturel dans tous les cadres de travail. Elles doivent être interprétées et appliquées en parallèle aux normes d'exercice de l'AIINB et au [Code de déontologie](#) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui constituent ensemble la base de la conduite et de la prise de décisions dans la profession infirmière.

Ces normes se déclinent en deux parties : la première décrit les attentes relatives à toutes les relations infirmière-client et à tous les contextes d'exercice de la profession, tandis que la deuxième s'appuie sur ces attentes pour clarifier les contextes, les antécédents et les droits particuliers des peuples autochtones. Tous les mots en gras dans le document sont définis dans le glossaire.

Première partie

La première partie du présent document normatif comprend les principes de la sécurité culturelle, qui s'appliquent à toutes les relations infirmière-client et à tous les contextes d'exercice de la profession. L'application est large et va au-delà des interprétations ethniques de la **culture** pour inclure également la religion, la langue, l'état de santé, l'âge, les capacités, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Ces principes et indicateurs ont été conçus intentionnellement pour guider l'infirmière dans un processus de réflexion qui commence avec soi et s'élargit pour inclure des contextes relationnels, organisationnels et sociétaux plus généraux. On attend ainsi des infirmières qu'elles réfléchissent à leur **positionnalité** en tant que porteurs d'une culture et à la manière dont celle-ci influence la pratique infirmière et les systèmes dans leur ensemble.



Deuxième partie

La deuxième partie du présent document normatif s'appuie sur la première et s'applique à toutes les relations infirmière-client où la clientèle est autochtone. L'AIINB soutient que les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont des droits constitutionnels, des droits conférés par **traités** et des droits de la personne qui doivent être reconnus, défendus et respectés. Les principes de la sécurité culturelle autochtone découlent de la [Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#), de la [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#), et d'une collaboration avec les infirmières autochtones locales.

Les normes pour la sécurité culturelle s'appliquent à toutes les infirmières, y compris les infirmières diplômées, les infirmières inscrites au registre temporaire, les infirmières immatriculées, et les infirmières praticiennes. La présente norme décrit les responsabilités des infirmières et n'est pas destinée à remplacer les conseils juridiques ou la politique de l'employeur.

Introduction à la sécurité culturelle

La sécurité dans les soins de santé et les résultats optimaux en matière de santé ne sont pas garantis pour les personnes victimes de **discrimination**. Plus d'un Canadien sur quatre a été victime de discrimination au cours de sa vie, notamment de préjugés fondés sur la race, la religion, l'origine ethnique, la langue, l'état de santé, l'âge, les capacités, l'identité de genre et l'orientation sexuelle (Godley, 2018; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2019; Rousseau et coll., 2022). La discrimination et le **racisme** dans les soins de santé entraînent une méfiance à l'égard du système de soins de santé et un rejet des services et institutions susceptibles de perpétuer, ouvertement ou de manière dissimulée, la discrimination et la stigmatisation (McGough et al., 2022).

Les expériences de discrimination qui entraînent des soins inadéquats et des résultats sanitaires médiocres ne sont pas uniquement des événements individuels. Les facteurs de discrimination sont souvent structurels et profondément ancrés dans nos systèmes sociaux et de santé actuels. En général, les infirmières ne font pas preuve de discrimination et ne perpétuent pas le racisme de manière intentionnelle, mais il arrive que l'on cause des torts malgré les bonnes intentions. Par exemple, l'histoire toujours présente de la **colonisation**, de l'**assimilation culturelle** et de l'**hétéronormativité** au Canada s'est traduite par des soins culturellement inadaptés et de mauvais traitements de la part des prestataires et systèmes de soins de santé (Francis, 2019; ASPC, 2019). Les politiques et les lois existantes appliquent souvent des valeurs culturelles dominantes invisibles qui affectent de manière disproportionnée certains groupes sociaux (Curtis et al., 2019; Horrill et al., 2021). En outre, les déséquilibres de pouvoir entre les groupes **privilegiés** et opprimés reflètent souvent les déséquilibres entre les prestataires et les clients, ce qui crée des obstacles supplémentaires à la prestation de soins de santé culturellement sécuritaires.

Introduction à la sécurité culturelle

Les conditions susmentionnées qui aboutissent à des soins de santé culturellement insécuritaires sont le résultat de structures sociales modifiables (Horrill et al., 2021). Autrement dit, le statu quo peut être modifié et des mesures peuvent être prises pour remédier aux expériences de soins de santé culturellement insécuritaires. La sécurité culturelle est à la fois un processus et un résultat fondé sur un dialogue respectueux; elle reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et s'efforce d'y remédier. Il est important de noter que la sécurité culturelle n'existe que lorsque le client la perçoit comme telle; elle n'est pas déterminée par les intentions ou les perceptions de la personne qui fournit les soins. La sécurité culturelle vise à promouvoir un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité, valorisés et entendus lorsqu'ils reçoivent des soins de santé. La sécurité culturelle a été conceptualisée à l'origine en partant du principe que la façon dont les infirmières interagissent avec les clients influe considérablement sur le fait qu'un client aura recours ou non aux services de soins de santé (Horrill et al., 2020). La sécurité culturelle met également en évidence l'influence des dynamiques de pouvoir et des structures dissimulées de colonisation et **d'oppression** au sein des systèmes de soins de santé, qu'il convient d'aborder pour que des changements systémiques puissent se produire.

Première partie : principes de sécurité culturelle

Il est attendu que les principes de sécurité culturelle soient appliqués dans tous les contextes d'exercice de la profession et à toutes les relations entre l'infirmière et son client. Cinq principes, assortis d'indicateurs, définissent les obligations et les responsabilités de l'infirmière pour optimiser la sécurité culturelle, la compétence, la compassion et l'éthique des soins infirmiers. Bien que chaque principe s'appuie sur le précédent, il est important de noter que la sécurité culturelle n'est pas un processus linéaire avec une issue prédéterminée; chaque infirmière a un parcours d'apprentissage unique pour créer et contribuer à des environnements qui favorisent la sécurité culturelle.

Les principes de la sécurité culturelle sont les suivants :

1. CONSCIENCE DE SOI
2. CONSCIENCE RELATIONNELLE
3. RELATIONS DIRIGÉES PAR LE CLIENT
4. SOINS SENSIBLES AUX TRAUMATISMES ET À LA VIOLENCE
5. EXPÉRIENCES DE SOINS DE SANTÉ SÉCURITAIRES

Deuxième partie : principes de sécurité culturelle autochtone

À partir des principes fondamentaux de sécurité culturelle, deux principes supplémentaires ont été élaborés afin de tenir compte de l'histoire, des droits et des expériences en matière de soins de santé propres aux peuples autochtones. Les sept principes, soit les cinq principes susmentionnés et les deux principes propres aux Autochtones, doivent être appliqués dans tous les contextes d'exercice de la profession et dans toutes les relations avec les clients autochtones qui reçoivent des soins, ainsi qu'avec leur famille et leur réseau de soutien.

L'AIINB estime que toutes les infirmières ont la responsabilité de participer au processus de **réconciliation**. La situation actuelle de la santé des Autochtones au Canada est le « **résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens** » (Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, p. 2). Les lois et politiques coloniales du Canada, notamment la [Loi sur les Indiens](#), le [système des pensionnats autochtones](#), le déplacement des peuples autochtones forcés de quitter leurs terres traditionnelles et leur relocalisation dans des réserves, la criminalisation des langues et des cérémonies culturelles, ainsi que le déni des droits issus des traités, ont eu des répercussions négatives à long terme sur la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Conséquemment, nous avons créé les deux principes suivants, assortis d'indicateurs, qui décrivent les attentes envers l'infirmière afin que celle-ci intègre la sécurité culturelle axée sur les Autochtones dans l'exercice de sa profession.

Les principes de sécurité culturelle autochtone sont les suivants :

6. PARCOURS D'APPRENTISSAGE

7. RESPECT DE L'IDENTITÉ ET DU SAVOIR AUTOCHTONES

Principes de sécurité culturelle

1. Conscience de soi

Les infirmières comprennent que la sécurité culturelle commence par la conscience de soi et la réflexion critique sur soi. Elles s'engagent à examiner leur propre réalité, leurs valeurs, leurs attitudes, leurs croyances, leurs **préjugés** et leurs suppositions, en reconnaissant comment cela influence leur pratique et leurs interactions avec la clientèle, les familles et les communautés.

Les infirmières :

- 1.1. réfléchissent à leur **positionnalité** historique, sociale et politique;
- 1.2. réfléchissent à leurs propres **cultures**, croyances et valeurs et à la façon dont celles-ci influencent leur manière de comprendre, de penser et d'agir;
- 1.3. réfléchissent de manière critique à leurs réactions émotionnelles lors de l'examen de leur positionnalité ou **privilège**;
- 1.4. cernent et évaluent les préjugés personnels et stéréotypes qui peuvent faciliter ou entraver une expérience de soins de santé culturellement sécuritaires
- 1.5. s'engagent à adopter des pratiques réflexives intentionnelles et permanentes; et
- 1.6. recherchent continuellement des occasions d'améliorer leur capacité à fournir des soins culturellement sécuritaires.

2. Conscience relationnelle

Les infirmières reconnaissent que, bien que la sécurité culturelle soit un résultat défini par le client, elles jouent un rôle clé dans la création des conditions nécessaires à la prestation de soins culturellement sécuritaires. Les infirmières cultivent la conscience de soi, la sensibilité et l'humilité avant même que la relation infirmière-client ne s'établisse, mais aussi dans la création de milieux d'exercice inclusifs, respectueux et culturellement sécuritaires. Elles adoptent une **approche intersectionnelle** pour reconnaître comment des facteurs qui se croisent, tels que la race, le genre, la classe sociale et les capacités, façonnent l'expérience des clients et leur accès aux soins.

Les infirmières:

- 2.1. réfléchissent à la dynamique du **pouvoir** dans la [relation infirmière-client](#);
- 2.2. réfléchissent à la culture de leur environnement d'exercice et à son impact sur les soins prodigués aux **clients**;
- 2.3. réfléchissent à la **conscience culturelle** et à la **sensibilité culturelle** en tant que précurseurs de la sécurité culturelle;
- 2.4. acceptent que l'attitude, les croyances et les pratiques des prestataires de soins puissent faciliter ou entraver les **soins culturellement sécuritaires**;
- 2.5. reconnaissent les croyances et les pratiques qui diffèrent des leurs sans discrimination, et indépendamment de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de la profession, du statut socio-économique, de l'origine ethnique, de la situation d'immigration, des croyances religieuses ou spirituelles ou du handicap;
- 2.6. s'engagent à faire preuve d'**humilité culturelle**;
- 2.7. demandent de la rétroaction sur leur comportement de la part de **collègues de confiance** et de clients; et
- 2.8. entretiennent des relations respectueuses, inclusives et non discriminatoires avec leurs collègues afin de contribuer à la sécurité des milieux de soins.

3. Relations dirigées par le client

Les infirmières favorisent une relation infirmière-client qui vise à prodiguer des soins culturellement sécuritaires et qui repose sur une compréhension de l'expérience, des besoins et des attentes du client, ainsi que sur une confiance et un respect mutuel.

Les infirmières :

- 3.1. comprennent que c'est le bénéficiaire de soins (client, famille ou communauté) qui détermine si les soins sont culturellement sécuritaires;
- 3.2. offrent le choix de faire participer la famille du client, ses personnes de soutien et autres soutiens et prestataires communautaires (p. ex., un Aîné, un défenseur des droits du patient, une infirmière de santé communautaire, etc.) afin de faciliter et d'appuyer des soins culturellement sécuritaires;
- 3.3. préservent le droit du client au respect et à la dignité et s'abstiennent de porter un jugement, d'apposer des étiquettes, de **stigmatiser** ou de susciter des comportements humiliants (délibérés ou non) à l'égard du client;
- 3.4. respectent et appuient le droit du client de pouvoir prendre des décisions en connaissance de cause avec son consentement éclairé;
- 3.5. communiquent d'une manière claire, respectueuse et inclusive qui favorise la confiance mutuelle et affirme l'expérience vécue du client;
- 3.6. élaborent conjointement et intègrent des plans de soins qui tiennent compte des droits culturels, des valeurs, des croyances spirituelles, des coutumes et des pratiques, sans jugement ni parti pris; et
- 3.7. prennent les mesures qui s'imposent lorsque d'autres personnes agissent de manière discriminatoire, notamment en suivant les lignes directrices de l'AIINB sur l'obligation de signaler et en signalant les cas de racisme et de discrimination à votre employeur et à l'organisme de réglementation.

4. Soins sensibles aux traumatismes et à la violence

Les infirmières reconnaissent que les traumatismes, qu'ils soient interpersonnels, **historiques**, intergénérationnels ou systémiques, ont des répercussions à long terme sur la santé, le bien-être et la confiance dans les systèmes de santé. Elles intègrent des approches axées sur **les soins sensibles aux traumatismes et à la violence** à leurs relations avec leurs clients. Elles créent les conditions propices à la guérison en favorisant la sécurité physique, émotionnelle, culturelle et spirituelle, en appuyant les choix et l'autonomie des clients et en nouant des relations de confiance fondées sur l'empathie, la transparence et la collaboration.

Les infirmières:

- 4.1. reconnaissent les répercussions répandues et souvent cachées des traumatismes et de la violence sur les gens, les familles et les communautés;
- 4.2. dans une perspective tenant compte des traumatismes, privilégient la sécurité émotionnelle dans les milieux de soins en étant attentives au ton, au langage corporel, à l'environnement physique et social, et aux préférences des clients;
- 4.3. pour éviter de traumatiser à nouveau les patients, emploient des pratiques et un langage valorisants et sans jugement, par exemple l'obtention du consentement avec le toucher, afin de soutenir l'autonomie du client et sa maîtrise de la situation;
- 4.4. promeuvent la confiance grâce à la transparence, à la cohérence et à la collaboration dans la planification des soins et la prise de décisions; et
- 4.5. adoptent une **approche axée sur les forces** qui reconnaît et valorise les capacités, l'identité culturelle et les soutiens communautaires des clients.

5. Expériences de soins de santé sécuritaires

Les infirmières contribuent à des expériences de soins de santé sécuritaires au-delà de la rencontre individuelle avec le client. Elles s'efforcent de cerner et de traiter les causes profondes des soins non sécuritaires, telles que le racisme systémique, la discrimination ou les politiques d'exclusion, par leurs actions, leur influence et leurs responsabilités professionnelles. Les infirmières font la promotion de l'**inclusion** et de l'**équité**, notamment en plaidant pour des changements organisationnels et structurels qui améliorent les systèmes de sécurité culturelle.

Les infirmières:

- 5.1. comprennent comment les **inégalités structurelles**, plutôt que les caractéristiques individuelles, influencent l'accès aux soins, incluant les conditions socio-économiques, politiques et historiques;
- 5.2. aident leurs collègues (p. ex., les infirmières, les professionnels paramédicaux, les médecins) à cerner et à éliminer les attitudes, le langage et les comportements qui ont un impact négatif sur l'expérience de soins de santé sécurisante des clients;
- 5.3. reconnaissent que l'**oppression structurelle** et le **racisme structurel** sont réels et qu'ils peuvent interférer avec les soins;
- 5.4. prônent l'élimination des obstacles qui nuisent aux soins de santé culturellement sécuritaires;
- 5.5. cernent et les politiques et les pratiques qui ont une incidence négative sur les environnements culturellement sécuritaires et prônent leur modification ou leur élimination;
- 5.6. plaident auprès des employeurs pour l'élargissement et l'adoption de politiques, de pratiques et de programmes de perfectionnement professionnel obligatoires, antiracistes et sécuritaires sur le plan culturel.
- 5.7. créent un milieu de travail positif et culturellement sécurisant en donnant l'exemple de l'**antiracisme** et de pratiques anti-oppressives et en appuyant les droits et la sécurité des clients et des collègues;
- 5.8. contribuent à la constitution d'équipes de soins inclusives et équitables en favorisant le respect, la sécurité psychologique et la collaboration.

Principes de sécurité culturelle autochtone

6. Parcours d'apprentissage

Les infirmières acquièrent des connaissances par l'entremise de l'éducation continue et de leur engagement à l'égard l'apprentissage tout au long de la vie afin de comprendre le lien entre le traitement historique et existant des peuples autochtones et les résultats actuels en matière de santé.

Les infirmières:

- 6.1. comprennent comment le **colonialisme** et le racisme autochtone ont affecté et continue d'affecter les résultats en matière de santé et l'accès aux services de santé;
- 6.2. comprennent et respectent les différentes histoires, langues et traditions des peuples autochtones;
- 6.3. comprennent les [traités](#) et les lois qui ont été établis pour créer un espace sociopolitique distinct et souverain pour les peuples autochtones;
- 6.4. reconnaissent qu'il peut y avoir un changement de perspectives par rapport à des croyances ou des connaissances antérieures et que ce processus de croissance peut causer certains malaises;
- 6.5. reconnaissent que le colonialisme, les traumatismes et les expériences passées peuvent avoir une incidence sur la vision, l'accès et l'interaction des clients au sein des systèmes de soins de santé; et
- 6.6. comprennent que l'expérience de chaque client est unique et peut être influencée par une combinaison de facteurs internes et environnementaux.

7. Respect de l'identité et du savoir autochtones

Les infirmières font preuve de respect pour l'identité autochtone dans les relations infirmière-client lorsque les clients se sont auto-identifiés. Les infirmières offrent le choix d'intégrer les valeurs et les traditions dans les interactions infirmière-client, et défendent et soutiennent les initiatives qui honorent et préservent les pratiques de santé autochtones traditionnelles au niveau de l'organisation et du système.

Les infirmières:

7.1. traitent les clients autochtones avec respect et empathie :

7.1.1. en cherchant à comprendre l'expérience vécue par le client;

7.1.2. en étant disposés à apprendre des clients autochtones, de leur famille et des membres de leur communauté, ainsi que de collègues autochtones, d'Aînés, et de gardiens du savoir;

7.1.3. en incarnant une **approche holistique** englobant le bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel;

7.2. intègrent les forces du client qui contribueront à un état de santé optimal, tel que défini par le client;

7.3. reconnaissent, valorisent et honorent les pratiques traditionnelles de guérison autochtones et les reconnaissent comme des systèmes de guérison complets et évolués fondés sur des générations de connaissances, d'observations et de compréhension relationnelle du monde naturel;

7.4. font appel aux forces personnelles du client qui l'aideront à atteindre un état de santé optimal;

7.5. reconnaissent, valorisent et honorent les pratiques de guérison autochtones traditionnelles et collaborent avec les guérisseurs et les Aînés pour les intégrer aux plans de soins infirmiers sur demande et au besoin;

7.6. connaissent les services destinés aux Autochtones offerts dans leur milieu de travail et leur communauté, et savent comment y accéder; et

7.7. plaident en faveur de politiques favorisant l'accès aux soins de santé et d'une transformation du système pour les clients autochtones, leur famille et leur communauté.

Glossaire

Antiracisme : Processus dynamique qui consiste à cerner et à éliminer le racisme en remettant en question les systèmes, les structures organisationnelles, les politiques, les pratiques et les attitudes de façon à redistribuer le pouvoir de manière équitable parmi les groupes raciaux.

Approche axée sur les forces : Philosophie et méthode de soins qui privilégient les forces, les compétences, les connaissances, les valeurs et les ressources culturelles existantes d'une personne, d'une famille ou d'une communauté. Plutôt que de se concentrer sur les problèmes, les lacunes ou les diagnostics, cette approche reconnaît que les gens sont débrouillards et capables de croissance, de guérison et d'autodétermination.

Approche holistique : Façon de prodiguer des soins qui tiennent compte de la personne dans son ensemble, y compris ses besoins physiques, émotionnels, mentaux, spirituels, culturels et sociaux, plutôt que de se concentrer uniquement sur une maladie ou un problème de santé.

Approche intersectionnelle : Approche qui consiste à examiner activement comment plusieurs facteurs interreliés influencent la santé, le bien-être et l'accès aux soins d'une personne. Dans l'exercice de la profession infirmière, l'approche intersectionnelle reconnaît les réalités complexes qui influencent l'expérience de la clientèle, en particulier les gens qui sont confrontés à de multiples formes d'oppression ou de marginalisation, et y répond. Cette approche favorise des soins plus inclusifs, équitables et centrés sur la personne.

Assimilation culturelle : L'imposition d'un mode de vie dominant qui vise à mettre fin à des modes de vie juridiques, sociaux, culturels et religieux distincts. L'objectif est d'intégrer toutes les personnes dans un seul mode de vie, qui est la norme sociale et culturelle dominante. Dans le contexte canadien, l'assimilation culturelle a été un processus qui, par le biais de la législation et des politiques, a tenté d'abolir les gouvernements, cultures et identités distincts des peuples autochtones.

Client : Personnes, familles, groupes, populations ou communautés entières ayant besoin de l'expertise des infirmières. Le terme « client » reflète l'éventail de personnes ou de groupes avec lesquels les infirmières et infirmiers peuvent être amenés à interagir. Dans certains contextes, d'autres termes peuvent être utilisés, tels que patient ou résident. Dans le domaine de l'éducation, le client peut également être un étudiant; dans le domaine de l'administration, le client peut également être un employé; et dans le domaine de la recherche, le client est généralement un sujet ou un participant.

Collègue de confiance : Une personne qui peut être un allié ou qui s'identifie comme un membre d'un groupe méritant l'équité et qui croit en la justice et en l'équité, la diversité et l'inclusion. Un collègue de confiance est prêt à soutenir des initiatives qui peuvent favoriser des environnements diversifiés ou inclusifs.

Colonialisme : Pratique ou idéologie selon lesquelles une nation établit et maintient son contrôle sur un autre territoire, ses ressources et sa population, souvent par le biais d'une domination religieuse et politique et d'une influence culturelle. Cela profite à la puissance coloniale et est généralement justifié par des idéologies telles que la supériorité raciale (suprémacisme blanc), la nécessité économique ou la religion.

Colonisation : Une société dominante qui « découvre » et revendique des droits sur des territoires non cédés et déjà habités par les premiers habitants (c'est-à-dire les Autochtones). La puissance coloniale (les colonisateurs) détermine et façonne alors les lois, la langue, l'économie, les relations sociales et la vie culturelle, et soumet tous les habitants du territoire à ces normes dominantes (p.ex. le christianisme, la famille nucléaire, la médecine conventionnelle occidentale). La colonisation rejette la souveraineté et l'autodétermination des peuples autochtones qui habitaient initialement le territoire en affirmant que les normes dominantes sont supérieures et en obligeant tout le monde à vivre selon ces normes. Elle nie la liberté des peuples autochtones à l'égard du territoire, et les prive de leur langue, de leur culture, de leur territoire et de leurs valeurs sociales.

Conscience culturelle : La reconnaissance et le respect des différences culturelles. Elle implique l'observation de ces différences et la prise de conscience que de nombreuses formes de cultures coexistent.

Culture : Les croyances, normes et valeurs d'un particulier qui influencent son opinion, ses pensées et ses comportements dans la prise de décision quotidienne. La culture est un processus relationnel complexe influencé par l'histoire, les expériences personnelles et les perceptions de la société. La culture évolue et ne se limite pas à l'ethnicité ou à la race; elle comprend également l'âge, la langue, l'expression du genre, l'orientation sexuelle et le statut socio-économique.

Discrimination : Une action ou une décision qui entraîne un traitement injuste ou négatif envers une personne ou un groupe en raison de préjugés, de partis pris ou de stéréotypes conscients ou inconscients. La discrimination peut être intentionnelle ou non et reflète souvent des privilèges inconscients qui favorisent un groupe par rapport à d'autres en raison de différences telles que la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur de la peau, la religion, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, la langue, les capacités physiques ou mentales ou d'autres facteurs liés à l'identité.

Équité : Le traitement, l'accès, les perspectives et la promotion équitables pour toutes les personnes, et la tentative de déterminer et d'éliminer les obstacles qui empêchent la pleine participation de certains groupes. Le principe d'équité reconnaît qu'il existe des populations historiquement mal desservies et sous-représentées et que l'équité concernant ces conditions déséquilibrées est nécessaire pour aider à fournir des possibilités adéquates à tous les groupes. L'équité tient également compte du fait que les groupes sociaux (sexe, religion, statut socio-économique, etc.) ont une incidence sur l'égalité.

Humilité culturelle : Processus de réflexion sur soi qui vise à comprendre les préjugés personnels et systémiques, et à élaborer et maintenir des relations et des processus respectueux fondés sur la confiance mutuelle.



Inclusion : Une concrétisation active et intentionnelle de l'équité et de la diversité au sein des organisations et des communautés afin d'être accueillant, serviable et respectueux envers tout le monde. L'inclusion exige que chaque personne au sein d'une communauté démontre les valeurs et les principes d'équité, de justice et d'ouverture à l'égard de perspectives, d'expériences et de cultures différentes. L'inclusion organisationnelle nécessite la détection et l'élimination des obstacles (physiques, procéduraux, invisibles, visibles) qui entravent la participation ou la contribution des membres.

Inégalités structurelles : Les désavantages sociaux, économiques et politiques systémiques et profondément enracinés qui sont produits et maintenus par les lois, les politiques, les pratiques institutionnelles et les normes culturelles. Ces inégalités se traduisent par un accès inégal aux ressources, aux possibilités et aux résultats pour certaines populations, souvent en fonction de la race, de l'origine ethnique, de l'appartenance autochtone, du genre, du statut socio-économique, du statut d'immigration et d'autres identités intersectionnelles.

Oppression : Désavantage non mérité lorsqu'un groupe social particulier est injustement subordonné, découlant d'un réseau complexe de restrictions sociales, allant des lois et des institutions aux préjugés et stéréotypes implicites.

Oppression structurelle : Injustices vastes et profondes dont souffrent certains groupes en raison de normes et de processus souvent incontestés qui sont ancrés dans la vie quotidienne. Ces normes et processus sont perçus comme des conditions sociétales, des normes culturelles et des politiques institutionnelles qui limitent les possibilités, les ressources et le bien-être de certains groupes.

Positionnalité : La notion selon laquelle les gens ont des identités multiples qui donnent un sens au monde à partir des divers aspects de leur histoire et de leur identité (sexe, race, langue, capacités, etc.). Ces différences de position sociale et de pouvoir façonnent les identités individuelles et collectives, ainsi que les visions du monde.

Pouvoir : La relation infirmière-client est marquée par l'inégalité des pouvoirs. Le pouvoir de l'infirmière ou infirmier provient de l'autorité associée à sa position dans le système de santé, de ses connaissances spécialisées, de son influence auprès d'autres prestataires de soins de santé dans le processus décisionnel et de son accès à des renseignements privilégiés. Dans toute relation professionnel-client, il existe un déséquilibre du pouvoir en faveur du professionnel, qui est renforcé dans les services de soins de santé par la vulnérabilité d'un client ayant besoin de soins. Un abus de pouvoir peut être considéré comme un abus à l'endroit du client.

Préjugés : Attitudes, suppositions ou stéréotypes conscients ou inconscients que les infirmières peuvent avoir à l'égard de certaines personnes ou de groupes en fonction de leur culture, de leur origine ethnique, de leur race, de leur religion, de leur genre ou d'autres identités sociales. Ces préjugés peuvent influencer les interactions, les décisions cliniques et la qualité des soins prodigués.

Privilège : Droit, bénéfice ou avantage non mérité accordé à une personne, non pas en raison de son travail ou de son mérite, mais en raison de sa race, de sa position sociale, de sa religion, de son sexe ou d'une autre catégorie sociale. Les privilèges non mérités tendent à être systématiquement accordés aux groupes sociaux dominants.

Race : Construction sociale qui divise artificiellement les personnes en groupes distincts en fonction de caractéristiques spécifiques telles que l'apparence physique (en particulier la couleur de la peau), l'héritage ancestral, l'affiliation culturelle, l'histoire culturelle, la classification ethnique et les besoins sociaux, économiques et politiques d'une société à une période donnée. La plupart des sociologues estiment que la race n'est pas « réelle », en ce sens qu'il n'existe pas de caractéristiques génétiques ou biophysiques distinctives permettant de distinguer véritablement un groupe de personnes d'un autre. Les différents groupes partagent plutôt des caractéristiques qui se recoupent.

Racisme : Le racisme implique des préjugés ou de la discrimination fondés sur la race et découle de la croyance qu'un groupe racial ou ethnique est supérieur aux autres. Il peut s'exprimer de manière ouverte ou cachée, et peut être intentionnel ou non. Le racisme comprend l'utilisation d'un pouvoir et de privilèges non mérités pour opprimer, exclure, dévaloriser ou marginaliser des individus ou des groupes en raison de leur race. Il se manifeste aux échelles individuelle, institutionnelle et systémique, et est souvent ancré dans les structures, les politiques et les pratiques sociales, même lorsqu'il n'est pas reconnu consciemment.

Racisme structurel (ou systémique) : Structures et institutions politiques, sociales et économiques où un groupe dominant est établi et son pouvoir est renforcé par des lois, des politiques, des règles et réglementations et un accès aux ressources inéquitables.

Réconciliation : Processus continu visant à nouer et à entretenir des liens respectueux entre les peuples autochtones et les peuples non autochtones, y compris les prestataires et les établissements de soins de santé. Ce processus implique de reconnaître les torts causés par le colonialisme dans le passé et dans le présent, de s'efforcer de rétablir la confiance et de s'engager à mettre en œuvre des changements systémiques qui favorisent l'équité, la justice et la sécurité culturelle dans les soins de santé.

Sensibilité culturelle : La reconnaissance de la nécessité de respecter les différences culturelles. La sensibilité culturelle consiste à manifester des « comportements qui sont considérés polis et respectueux par (la personne de l'autre culture) ».

Soins culturellement sécuritaires : Les soins culturellement sécuritaires sont un complément du concept de « sécurité culturelle ». Les infirmières et infirmiers font tout ce qu'ils peuvent pour fournir des soins culturellement sécuritaires, mais ils restent conscients qu'ils sont en position de pouvoir par rapport aux clients et que certains clients ne se sentiront jamais totalement en sécurité. Les infirmières et infirmiers laissent les bénéficiaires des soins déterminer ce qu'ils considèrent comme étant sécurisant. Les infirmières et infirmiers les aident à puiser leur force dans leur identité personnelle, leur culture, leurs origines et leur communauté.

Soins sensibles aux traumatismes et à la violence : Les soins sensibles aux traumatismes et à la violence (SSTV) créent des services émotionnellement, culturellement et physiquement sécuritaires en considérant les traumatismes et leur impact sur la vie et les comportements des personnes. Les SSTV tiennent compte des effets croisés de la violence systémique et interpersonnelle et des inégalités structurelles dans la vie d'une personne, en mettant l'accent sur la violence historique et actuelle et sur ses effets traumatiques. Les principes clés comprennent la promotion de la confiance en offrant un choix, une collaboration et une connexion authentiques; la fourniture de soins basés sur les forces et le renforcement des capacités pour soutenir les clients; et la création d'environnements où les clients ne subissent pas davantage de traumatismes ou de préjudices.

Stigmatisation : Attitudes ou croyances négatives et infondées (c'est-à-dire des préjugés) à l'égard d'une personne en raison de son appartenance réelle ou supposée à un groupe stigmatisé. La stigmatisation s'accompagne souvent d'actions ou de comportements négatifs.

Traumatisme historique (ou intergénérationnel) : Le traumatisme historique désigne les blessures émotionnelles, psychologiques et spirituelles collectives et cumulatives subies par un groupe sur de multiples générations (intergénérationnelles). Il est le résultat d'injustices historiques importantes et ciblées. Ces événements, tels que la colonisation, les déplacements forcés, les pensionnats autochtones canadiens et le racisme systémique, affectent une grande partie de certaines populations, sont infligés intentionnellement par le groupe dominant et entraînent une détresse collective profonde à long terme. Le traumatisme historique se caractérise par quatre dimensions interreliées : les blessures coloniales, l'expérience collective, les effets cumulatifs et les répercussions intergénérationnelles. Ses conséquences persistent d'une génération à l'autre et continuent d'influencer la santé, le bien-être, l'identité et l'accès aux systèmes et aux services.

Au sujet de l'artiste



Amber Solomon
Wolastoqiyik

Amber Solomon (elle) est une artiste wolastoqiyik de la Première Nation Bilijik. Ses méthodes multidisciplinaires englobent le perlage, le graphisme et l'illustration numérique, et sont fondées sur les connaissances culturelles et l'expression créative. Dans le cadre de son processus de création, Amber utilise avec le plus grand soin des traditions visuelles wabanaki, en particulier l'iconographie du perlage ancestral et le motif à double courbe, tout en s'inspirant du monde naturel et des relations entre les animaux.

Par l'entremise de son art, Amber explore la filiation, le lien à la terre et la beauté intemporelle de l'identité autochtone. Ses créations reflètent un continuum vivant et rendent hommage au passé tout en tenant compte de l'artiste dans le moment présent.

Amber est également la fondatrice de Siqon Co., une marque de design née du mot wolastoqey signifiant « printemps », une saison de renouveau, d'espoir et de renaissance. Siqon Co. est le prolongement de la vision artistique d'Amber au moyen duquel cette dernière utilise des visuels audacieux et des affirmations portables pour décoloniser l'espace, célébrer la culture et faire entendre la voix des peuples autochtones.

Que ce soit par le travail des perles ou les médias numériques, Amber se sert de son art pour réapproprier l'histoire, l'identité et la souveraineté, le tout mené avec intention, soin et profonde fierté culturelle.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2019). Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*. 18:174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Francis, S. (2019). The University of New Brunswick Indigenous Nursing Program. *Antistasis*, 9(1).
- Horrell, T., Martin, D., Lavoie, J., & Schultz, A. (2020). Nurses as agents of disruption : Operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among Indigenous Peoples. *Nursing Inquiry*. 28:e12394. <https://doi.org/10.1111/nin.12394>
- McGough, S., Wynaden, D., Gower, S., Duggan, R., & Wilson, R. (2022). There is no health without Cultural Safety: why Cultural Safety matters. *Contemporary nurse*, 58(1), 33–42. <https://doi.org/10.1080/10376178.2022.2027254>
- Rousseau, C., Gomez-Carrillo, A., & Cénat, J. M. (2022). Safe enough? Rethinking the concept of cultural safety in healthcare and training. *The British Journal of Psychiatry*, 221, 587-588. doi:10.1192/bjp.2022.102



165, rue Regent
Fredericton N.-B.
E3B 7B4
www.aiinb.nb.ca