

Sécurité culturelle, attachement et trauma:

Les différentes dimensions de la sécurité affective
dans l'intervention auprès de populations
vulnérables

Midis Sherpas

Jeudi 13 mai


Par Christian Savard, M.Ps.

Équipe clinique Polarisation

CIUSSS Centre Ouest de l'Île de Montréal

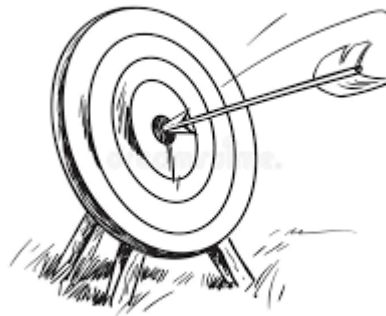
Christian.savard.dlm@ssss.gouv.qc.ca

Mise en garde

- Ce que vous trouverez ici: une synthèse de la littérature enrichie par mon expérience clinique
- Ce que vous ne trouverez pas: une analyse fine, détaillée, auteur.e par auteur.e...
... c'est le moment de vous déconnecter discrètement si cela ne vous intéresse pas. 
- Pour nos amis du monde de l'éducation:
 - Relations parents-enseignants > enseignement (quoique...)

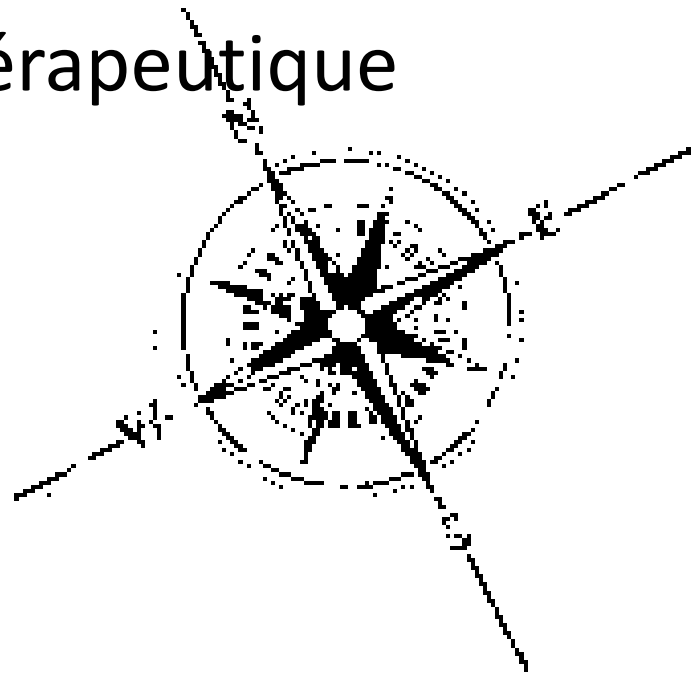
Objectifs de la présentation

- Permettre de se faire une image sommaire de comment la sécurité culturelle, l'attachement, les traumatismes affectent la relation thérapeutique
- Proposer des pistes d'intervention pour maximiser la sécurité affective des clients



Plan

- Sécurité culturelle
- Attachement
- Trauma
- Impact sur la relation thérapeutique
- Pistes d'intervention



Au début, une rencontre

- Toute rencontre d'un intervenant de SSS et d'un client = rencontre de deux cultures
 - Culture de soignant vs Culture de soigné
- Défi plus grand quand chacun provient d'un groupe identitaire différent
 - Culture d'accueil vs culture d'origine
- Déséquilibre dans le pouvoir



Écart de pouvoir praticien/patient

- Patient*:

- Souffrant
- En demande
- Anxieux
- Incertain
- Désorienté
- Impuissant



- Praticien en santé et service social

- Dépositaire de connaissance et de certitudes
- A accès à des ressources
- Prodigue ce qui soulage
- Détermine ce qui est souhaitable / Mieux
- Statu dominant

Sécurité culturelle

- Contexte de création:
 - Nouvelle-Zélande (Aotearoa)
 - Société bi-culturelle
 - Post-colonialisme
 - Nursing puis sage-femme



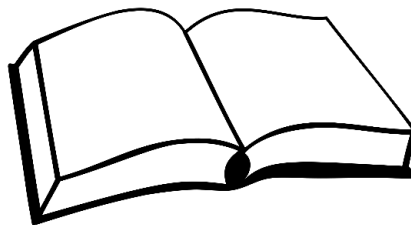
Irihapeti Ramsden
(1946-2003)

Définition historique

- «cultural safety is the effective nursing/midwifery practice of person or a family from another culture, and is determined by that person or family. Culture includes, but is not restricted to, age or generation; gender; sexual orientation; occupation and socioeconomic status; ethnic origin or migrant experience; religious or spiritual belief; and disability. The nurse/midwife delivering the nursing/midwifery service will have undertaken a process of reflection on his/her cultural identity and will recognize the impact that his/her personal culture has on his/her professional practice. Unsafe cultural practice comprises any action which diminishes, demeans or disempowers the cultural identity and wellbeing of an individual.»

Définition (suite)

- «Cultural safety refers to what is felt or experienced by a patient when a health care provider communicates with the patient in a respectful, inclusive way, empowers the patient in decision-making and builds a health care relationship where the patient and provider work together as a team to ensure maximum effectiveness of cares».



En détails

- Relation clinique entre deux cultures
- Cultures au sens large
 - Genre, orientation sexuelle, langue, religion, ethnie
statut de santé, ...
- Responsabilité du clinicien
- Mais c'est le client qui en juge.
- Processus de réflexion du praticien
 - Son identité culturelle
 - Impact sur sa pratique clinique
- Processus ET résultat
- Affectif et relationnel avant d'être intellectuel
- Implicitement:
 - S'appuie sur une attitude relationnelle du clinicien (Crocket, 2012)
 - Reconnaissance et valorisation de la différence



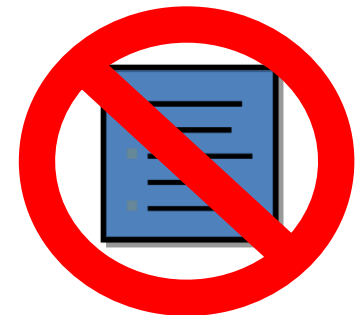
Pratiques non sécuritaires

- Les gens ne sentent pas en sécurité (unsafe) quand:
 - un aspect de leur expériences et de leurs croyances est minimisé, dévalorisé, dénié par les professionnels
 - ils entre dans un service de soins qui a mal compris et qui a stigmatisé leur communauté
 - les gens sentent qu'ils doivent cacher un aspect d'eux-mêmes pour être accepté et pris au sérieux



Plus qu'une simple compétence

- Compétence culturelle = une habileté clinique parmi d'autres. (Jones, 2017)
- Postule l'importance d'apprendre sur les **pratiques culturelles** des groupes rencontrés (Jones, 2017)
- Do's and Don't's : Centré sur des comportements et actions apprises (Oelke, Thuston et Arthur, 2013).



La compétence culturelle ne suffit pas

- Difficile lorsque les groupes culturels se multiplient (Jones, 2017)
- Plusieurs façons de vivre la même culture (Jones, 2017)
- Peut faire manquer un aspect important de la réalité d'une personne en ayant des aprioris culturels. (Jones, 2017)
- Maintien d'un discours «Eux» vs «Nous». (Jones, 2017)
- C'est toujours le clinicien qui détermine les soins. (Jones, 2017)
- N'a pas amélioré les écarts de santé entre les groupes dominants et minoritaires dans les pays où a été promu comme les États-Unis. (Darroch et al, 2017)



La compétence culturelle ne suffit pas (suite)

- Réduit la culture à l'ethnicité.
- Laisse croire que c'est un état qu'on peut atteindre définitivement.
- La culture est vue comme appartenant à un groupe ethnique, le thérapeute est vu comme neutre au plan culturel
- L'échec à l'atteindre ne dépend que de l'individu (néglige les facteurs d'organisation et sociaux).

(Beagan, 2015)



La compétence culturelle ne suffit pas (fin)

- Suppose que davantage de contact avec des groupes différents amène nécessairement des pratiques culturellement compétentes.
- Le praticien peut lui-même se juger compétent ou non.
- Ignore la dimension du pouvoir dans la relation clinique



Ce qu'ajoute la sécurité culturelle

- Facilite l'intervention avec toutes les minorités, pas seulement ethniques (Beagan, 2015)
- Permet de sortir les minorités d'une position de «problème» (Beagan, 2015)
- Aide les thérapeutes à ne pas imposer leurs valeurs culturelles aux autres. (Beagan, 2015)
- Est enraciné dans un discours moral qui favorise les changements sociaux vers l'équité et la justice (Beagan, 2015, McEldowney et Connor, 2011)

Prérequis

- Identité solide
- Demande au praticien en santé de reconnaître
 - Qu'il est le porteur d'une culture
 - Qu'il est socialement puissant, privilégié face au client
 - Que son statut est lié à des processus politiques et historiques.



Comment: Processus réflexif

- Avoir réfléchi sur soi par le passé
- Poursuivre sa réflexion en intervenant
- Assumer que le client a raison de ne pas se sentir en sécurité dans la relation...
- ... malgré nos efforts.




Réfléchissons aux valeurs du système de santé en occident

- Aligné sur les valeurs, croyances et présupposés de la classe moyenne
- Emphase sur:
 - l'indépendance
 - l'autonomie
 - la performance
 - l'accomplissement de soi
 - orientation vers des buts
 - perception particulière du temps (court)
- Attente implicite de conformisme face aux normes de soin de notre culture (Jones, 2017)

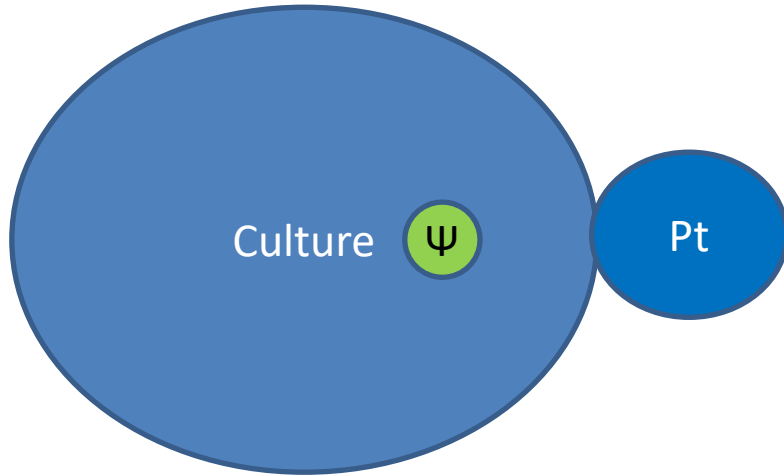
Paradoxe:
Pas pendant le
soin!



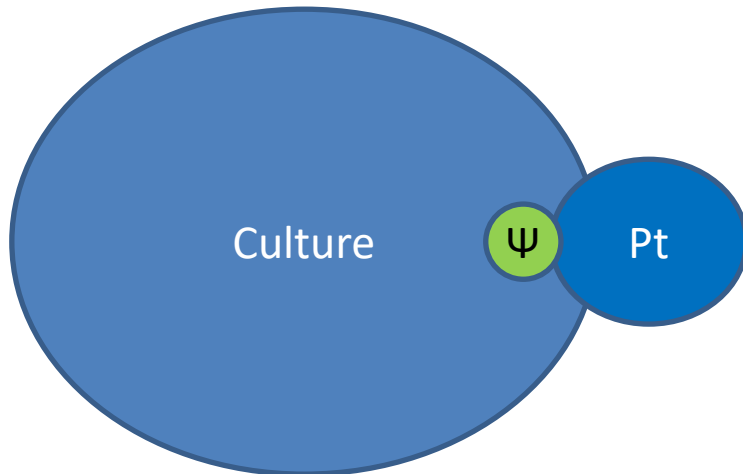
Valeurs du système de santé en occident

- Les sciences de la santé ne sont pas culturellement neutre (Beachan, 2015; Jones, 2017)
 - Les voir comme neutres permet d'imposer aux clients nos construits conceptuels
 - Même un patient du groupe majoritaire peut se sentir diminuer (Anderson et al. 2003)
 - Le monde de la santé diminue, dévalorise et prive de pouvoir le patient (Anderson et al. 2003)
- 

Quelle position prend-t-on face au client?



Eux vs Nous



Interface

Connais-toi toi-même:

Caractéristiques de la société québécoise



- Aspire à l'égalité homme-femme (mais l'atteint-on?)
- Famille étendue peu importante
- Historiquement, grande importance de la cohésion sociale (tolère une certaine différence mais tolère mal le conflit):
 - inclusion difficile
 - micro-agression
- Majorité linguistique locale, minorité linguistique continentale: anxiété autour de la maîtrise du français
- Société séculaire: méfiance face aux croyances des autres
- Les cultures autochtones historiquement invisibles ou méprisées

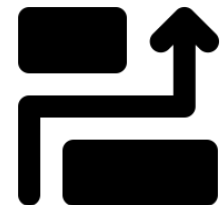
Limites/obstacles du concept de SC

- **Difficile à appliquer** dans la réalité clinique (Brown 2009, Johnstone et Kanistaki, 2007)
- La souffrance des intervenants dans un **contexte de difficile** rend plus difficile de percevoir la souffrance de l'autre provenant de nos interventions (Brown 2009)
- C'est **exigeant** de réfléchir son impact sur l'autre (Brown 2009)
- C'est **inconfortable** de parler de pouvoir et de privilèges. Cela peut susciter de la culpabilité ou une attitude défensive (Brown 2009)
- Fournit **peu de guidelines** pour les thérapeutes pour leur indiquer quoi faire au-delà (Beagan, 2015) de collaborer avec les patients.



Limites/obstacles du concept de SC

- SC a effet d'augmenter le respect du Praticien pour son patient mais peut aussi diminuer sa propre agency: **n'ose plus agir** pour ne pas blesser ou d'avoir une pratique oppressive (crocket 2012)
- Le groupe majoritaire ne veut pas être vu comme **oppressant** (Arieli et Friedman, 2012)
- Peut faire vivre des **émotions intenses**:
 - Peur, colère, tristesse devant les attaques (Arieli et Friedman, 2012)
- Les efforts de la minorité pour communiquer son expérience peut être reçu comme une agression par le groupe majoritaire (Arieli et Friedman, 2012)



Tenir compte du clinicien



- Sa propre sécurité comme intervenant auprès d'un patient provenant d'une autre culture.
- Ne pas pouvoir communiquer (en raison de diverses barrières) avec un patient est stressant pour le praticien (Anderson et al. 2003)
- La détresse du patient peut faire vivre de l'impuissance au clinicien (Anderson et al. 2003)
- Il arrive que ce soit l'absence de souffrance (mobilisation) du patient qui fasse vivre de l'impuissance et de la détresse au clinicien

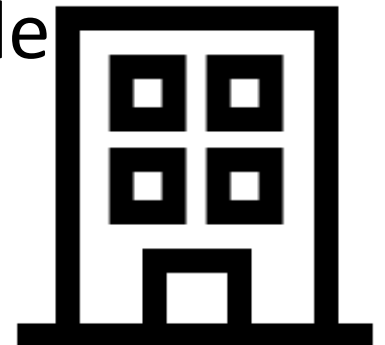
Identité solide

- Pas besoin d'être imposée à l'autre
- Pas besoin d'être affichée, ni cachée
- Repose sur la différenciation
 - Tolère que l'autre soi différent de soi
 - Capable de réguler son émotion devant l'émotion de l'autre
- Sans tout accepter



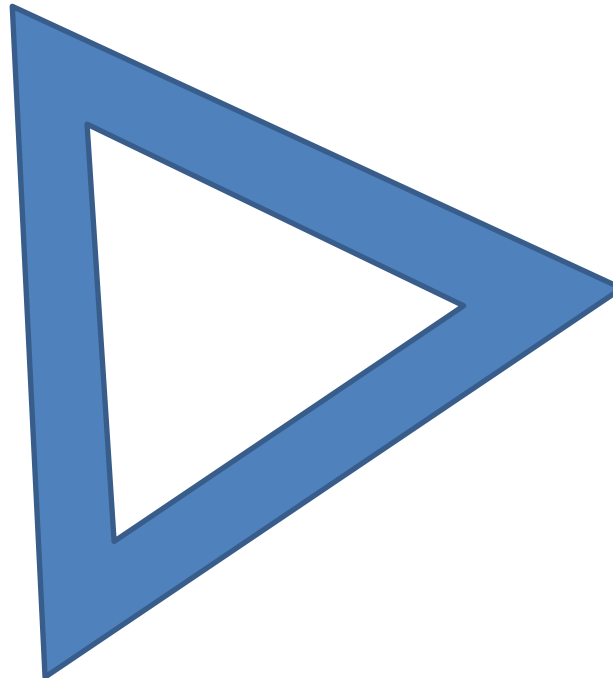
Contexte institutionnel

- Le contexte institutionnel peut rendre difficile aux cliniciens de mettre en place la SC. (McEldowney et Connor, 2011, Brown 2009, Anderson et al. 2003, Cox et Simpson 2015))
- C'est notre devoir de clinicien de défendre la sécurité culturelle dans l'institution
- Les conceptions récentes de la Sécurité culturelle incluent les institutions et les politiques de santé dans les agents de sécurité culturelle (curtis, 2019)



Contexte institutionnel

Systeme/institution
de sante



Donneur de
soins

Receveur de soins

Attachement

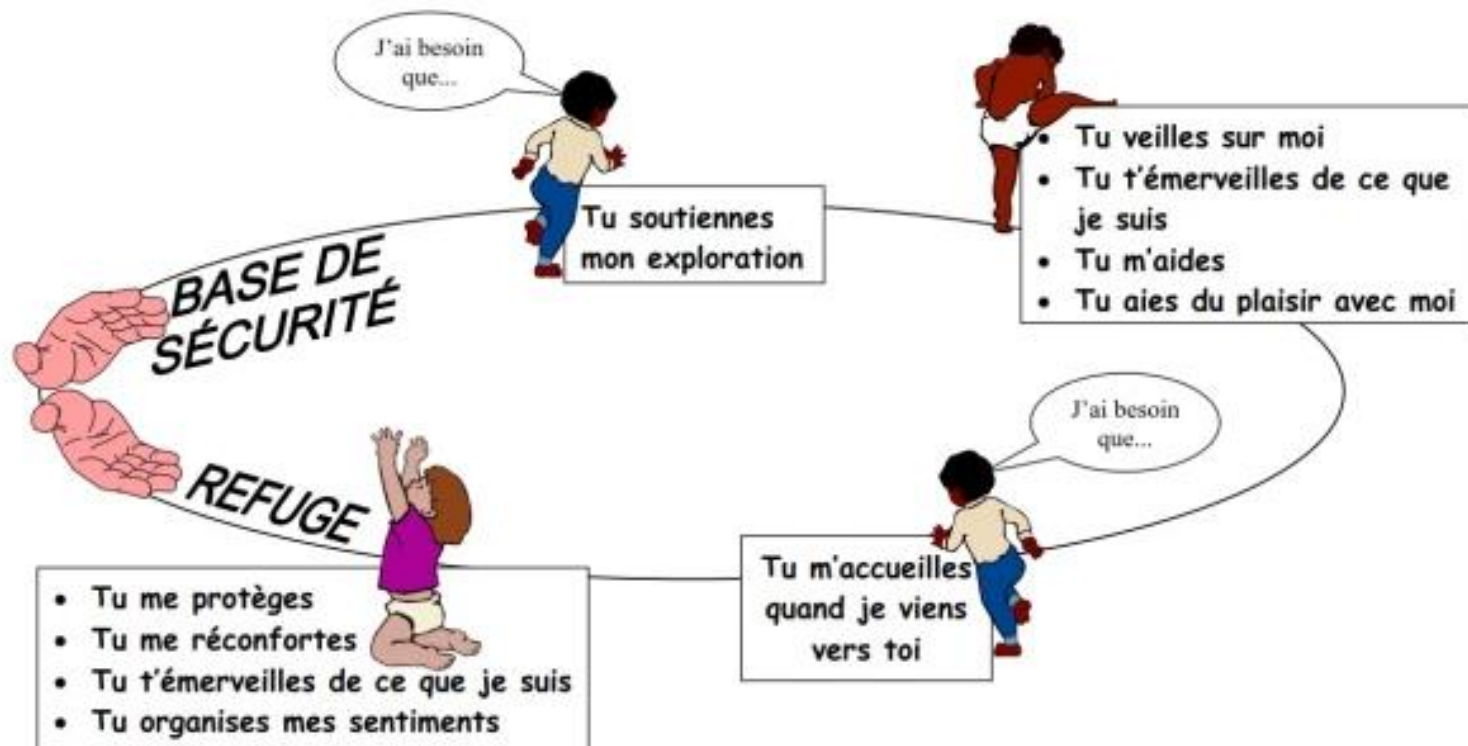
Attachement

- Bowlby, Ainsworth et autres
- Parce que le bébé humain naît immature
 - Très dépendant
 - Motivé à chercher auprès des parents la satisfaction de ses besoins
- L'enfant se fait une représentation de ce qu'il peut attendre des autres et du monde.



CERCLE DE SÉCURITÉ™

LE PARENT QUI RÉPOND AUX BESOINS DE L'ENFANT



Toujours: être PLUS GRAND, PLUS FORT, PLUS SAGE et BIENVEILLANT

Quand c'est possible: suivre mon enfant

Quand c'est nécessaire: prendre charge

Types d'attachement

- *Séculaire*:
 - Enfant peut compter sur le parent
 - Permet exploration et retour
 - 2/3
- Évitant:
 - Mieux de rester à distance car peu de réassurance
 - Trop autonome
- Résistant (anxieux):
 - Mieux de ne pas trop s'éloigner
 - Mes pleurs peuvent amener le parent à s'occuper de l'enfant mais avec un coût



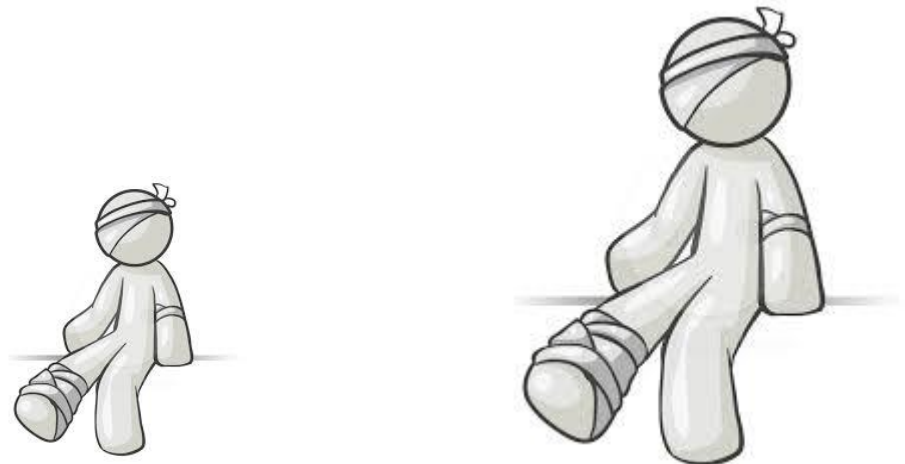
Types d'attachement

- Désorganisé:
 - Les parent est imprévisible, tantôt accueillant, tantôt attaquant
 - L'enfant ne sait plus s'il doit approcher ou s'éloigner
 - Base des traumas complexes et troubles de la personnalité



Attachement chez l'adulte

- Prototype pour les relations intimes aux autres
 - Ex: couple
- L'attachement inséculaire (résistant/anxieux, évitant, désorganisé) peut se réactiver dans la relation de soin



Attachement problématique dans la relation thérapeutique

- Dépendance, absence d'initiative
- Peu de collaboration, rejet de nos interventions
- Relations conflictuelles



- Facile de blâmer le client ou espérer qu'il s'adapte à nous.

Comme intervenant

- Pas votre mission de guérir
- It's not about you
- Rester soi-même, dans son rôle

Trauma

- Situation passée d'intensité extrême où les mécanismes d'adaptation de la personne ont été complètement submergés où la personne a éprouvé une détresse intense.
- Pattern d'hyper-vigilance
- Se protéger:
 - Hyper-activation neurophysiologique
 - Hypo-activation (dissociation)



Trauma

- Agression sexuelle
- Agression physique
 - Ex: Bullying
- Mort violente d'un proche
- Guerre
- Violence politique
- Trauma complexe:
 - Fait par un proche qui devrait être source de protection
 - Répété
 - Vision du monde où il n'y a pas de sécurité possible.





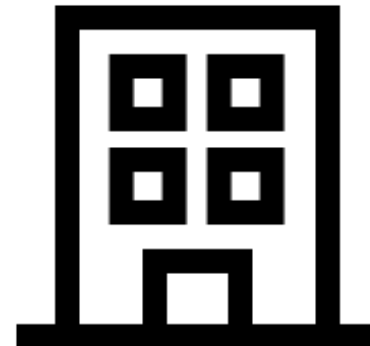
Trauma

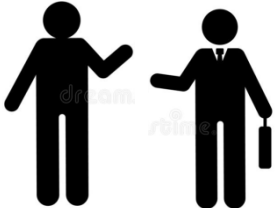
- La personne se sent en danger grave en ce moment:
 - Hyper-activation du système limbique
 - Hypo-activation protectrice
- Hyper-vigilance
- Évitement des situations à risque de déclencher
- Honte, secret
- Dissociation
 - Multiples formes
 - rend très difficile tout suivi de santé ou psychosocial



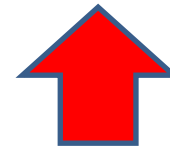
Pas seulement les cliniciens, les institutions aussi

- Les institutions et le système de santé peuvent commettre des actes de violence
 - Placements d'enfants, curatelle
 - Décisions imposées
 - Induire l'impuissance
- Les cliniciens : porte-parole de justice sociale
 - Parfois mieux outillés pour le faire
 - parfois aussi impuissants que les clients.





Sécurité Affective des clients



Sécurité
culturelle

Attachement

Trauma

Pistes d'intervention

- Réparer les traumatismes et blessures d'attachement est un travail long et minutieux...
 - ...qui dépasse probablement vos responsabilités
 - Il faut faire votre travail quand même
- Assumez que le client ne vous fait pas vraiment confiance
- Même s'il le voulait
- Qu'il a raison
- Que vous disposez par votre position d'un pouvoir de le blesser grandement...
 - ... malgré vos bonnes intentions
- Que c'est votre travail de le rassurer par vos actions, pas par vos mots





Pistes d'intervention

- Que ce qui se construit lentement se brise rapidement
 - Qu'il est possible de réparer les bris de communication
 - Que c'est correct d'admettre son ignorance, si c'est accompagné d'un désir d'apprendre
 - Être sûr de bien comprendre les motifs d'une questions avant d'y répondre
 - Accompagner les refus aux clients de bienveillance et d'explications claires...
- ... et travailler le deuil si c'est difficile à accepter

Pistes d'intervention

- Vérifier régulièrement l'état interne du client
- Rendre explicite ce qui est implicite (pour réduire les risques de malentendus)



Merci !

Bibliographie

- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a littérature review and recommended definition
- Delage, M. (2007). Attachement et systèmes familiaux: Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale*, 28(4), 391-414.
- Almutairi, A.F. (2015). Fostering a supportive moral climate for health care providers: toward cultural safety and equity. *NursingPlus Open*, 1, 1-4.
- Arieli, D., Friedman, V.J. & Hirschfeld, M.J. (2012), Challenges on the path to cultural safety in nursing education. *International nursing review*, 59(2), 187-193.
- Bastia, T. (2014). Intersectionality, migration and developement. *Progress in development studies*, 14(3), 237-248.
- Blanchet-Garneau, A. & Pépin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35.
- Bozorgzad, P., Negarandeh, R., Raiesifar, A. & Poortaghi, S. (2016). Cultural safety: an evolutionary concept analysis. *Holistic nursing practice*, 30(1), 33-38.
- Brown, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, Lynam, M.J. & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing philosophy*, 10, 167-179.
- Bursztyn, A.M. (2014). Multicultural psychology is wide but not deep. *PsycCritiques* 59(27), 1-7.

Bibliographie

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins : intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford law review*, 43, 1241-1299.
- Crocket, A. (2012). Cultural safety: towards poscolonial counseling practice? *British journal of guidance and counseling*, 40(3), 205-220.
- Doutrich, D., Dekker, L. Spuck, J. & Hoeksel, R. (2014). Identity, ethics and cultural safety: strategies for a change. *Whitireia nursing and health journal*, 21, 15-21.
- Gerlach, A.J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian journal of occupational therapy*, 79(3), 151-158.
- Gilpin, L.S. (2006). Postpositivist realist theory: identity and representation revisited. *Multicultural perspective*, 8(4), 10-16.
- Guerra, O. & Kurtz, D. (2017). Building collaboration: a scoping review of cultural competency and safety education and training for healthcare students and professionals in Canada. *Teaching and learning in medicine*, 29(2), 129-142.
- Johnstone, M-J. & Kanistaki, 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*, 18(3), 247-256.
- McEldowney, R. & Connor, M.J. (2011). Cultural Safety as an ethic of care: A praxiological process. *Journal of transcultural nursing*, 22(4), 342-349.

Bibliographie

- McGough, S. Wynaden, D. & Wright, M. (2017). 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.
- National aboriginal health organization, (2008). Cultural competency and safety: a guide for health care administrator, providers and educators. Ottawa, ON: National aboriginal health organization.
- Nursing council of New Zealand, (2005). Guidelines for cultural safety, the treaty of Waitangi, and Maori health in nursing and midwifery education and practice. Wellington, NZ: Nursing council of New Zealand.
- Oelke, N.D., Thurston, W.E. & Arthur, N. (2013). Intersections between interprofessional practice, cultural competency and primary care. *Journal of interprofessional care*, 27(5), 367-372.
- Perez Foster, R.M. (2001). When immigration is trauma: Guidelines for individual and family clinician: Theory and review. *American journal of orthopsychiatry*, 71(2), 153-170.
- Richardson, S. & Williams, T. (2007). Why is cultural safety essential in health care? *Medicine and law*, 26, 699-707.
- Taylor, A. (2017). Getting it right: culturally safe approaches to health partnership work in low middle income countries. *Nurse education in practice*, 24, 49-54.