



erg-go!

RECHERCHE

POUR UNE ÉTHIQUE ERGOTHÉRAPIQUE
EN CONTEXTE AUTOCHTONE

MAI 2019

MARIE-JOSÉE DROLET, erg., PHD. [93-024], et
 CHANTAL VISCOGLIOSI, erg., PHD. [92-166]



MARIE-JOSÉE DROLET EST PROFESSEURE AU DÉPARTEMENT D'ERGOTHÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES (UQTR). ELLE Y ENSEIGNE L'ÉTHIQUE ET Y FAIT DE LA RECHERCHE EN ÉTHIQUE APPLIQUÉE. CHANTAL VISCOGLIOSI EST PROFESSEURE À L'ÉCOLE DE RÉADAPTATION DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE ET CHERCHEUR AU CENTRE DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT DU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS. ELLE S'INTÉRESSE À LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS PAR L'OPTIMISATION DES FORCES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES.



INTRODUCTION

À ce jour, peu de recherches ont documenté les perceptions des ergothérapeutes du Québec qui travaillent avec des clients autochtones. À notre connaissance, deux études ont été menées sur ce sujet, soit celle de Marineau et ses collaborateurs (2019), qui a documenté les perceptions de trois ergothérapeutes des facteurs influençant la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et un client issu d'une nation autochtone, et celle de Drolet et Goulet (2018), qui a décrit les perceptions de dix ergothérapeutes des enjeux éthiques que pose la pratique de la profession en contexte autochtone. Ces études révèlent que la pratique de l'ergothérapie avec des clients autochtones pose des défis importants et soulève des enjeux éthiques préoccupants. Plus précisément, Marineau et ses collaborateurs ont noté que quatre facteurs influencent la relation thérapeutique avec les clients autochtones, soit les moyens de communication, les attitudes et comportements du thérapeute, l'implication et la motivation du client et l'offre de soins. Ils suggèrent en outre que les services ergothérapeutiques devraient avoir pour finalité la sécurité culturelle. Pour leur part, Drolet et Goulet ont décrit six enjeux éthiques que pose la pratique de la profession en contexte autochtone, lesquels sont tous reliés aux iniquités rencontrées par les communautés autochtones au pays. Les participantes à cette étude notent des barrières à l'accès équitable aux soins, à l'obtention du consentement éclairé aux soins, au respect des droits humains fondamentaux, à la protection des personnes vulnérables, au respect des standards de

pratique et à l'efficacité des interventions.

Somme toute, ces études montrent que les ergothérapeutes sont en général peu préparés à la pratique de la profession en contexte autochtone et en mesure de prodiguer des interventions contribuant à la sécurité culturelle des clients autochtones (Gerlach, 2012). Elles montrent aussi que peu d'outils sont actuellement adaptés aux particularités de cette pratique. Non seulement les outils à la disposition des ergothérapeutes ne sont pas traduits dans les langues autochtones, mais sont en plus basés sur une conception de l'être humain (anthropologie), une vision de la connaissance (épistémologie) et une façon de concevoir le bien et le juste (éthique) souvent étrangères aux anthropologies, épistémologies et éthiques autochtones. Pourtant, la pratique ergothérapeutique en contexte autochtone est une rencontre interculturelle (Black et Wells, 2007), mais pas une rencontre interculturelle anodine, car cette rencontre s'inscrit dans l'histoire canadienne, laquelle est empreinte de colonialisme et de racisme (Allan et Smylie, 2015; CVRC, 2015).

Dans ce contexte, il nous est apparu opportun de proposer une éthique ergothérapeutique qui serait en mesure de soutenir l'ergothérapeute qui travaille avec des clients autochtones. À notre connaissance, aucun écrit sur le sujet n'est actuellement disponible. Or, si l'éthique de la recherche avec les peuples autochtones doit être adaptée à la réalité et la spécificité des communautés autochtones (Asselin et Basile, 2013), il en est de même pour toute éthique

professionnelle. Bien que des écrits dans le domaine de la bioéthique et de l'éthique médicale proposent des valeurs et des principes éthiques pouvant guider les professionnels de la santé qui travaillent avec des clients autochtones (CRMCC, 2013; Ellerby et coll., 2000; Garvey et coll. 2004), ces écrits ne sont pas spécifiquement adaptés à l'ergothérapie. Ce sont les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC, 2015) qui nous ont amené à réfléchir aux valeurs et aux principes éthiques qui devraient guider la pratique ergothérapeutique en contexte autochtone.

La question à l'origine de l'étude était donc la suivante : Quelles valeurs et quels principes éthiques pourraient permettre à l'ergothérapeute de réaliser les sept rôles du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), tout en contribuant à la sécurité culturelle des clients autochtones? Mentionnons que la sécurité culturelle peut être définie comme la résultante d'une pratique compétente sur le plan de la culture, soit une pratique qui permet au client de percevoir que les services sont respectueux de ses valeurs et ses croyances ainsi que de son identité culturelle (Gerlach, 2012). Cet article présente une synthèse des méthodes et des résultats de l'étude (pour plus de détails, voir Drolet et Viscogliosi, sous presse).

MÉTHODES

Pour répondre à la question à l'origine de l'étude, deux méthodes ont été utilisées. Premièrement, une analyse secondaire des données qualitatives collectées auprès des dix ergothérapeutes ayant participé à l'étude de Drolet et Goulet (2018) a permis de repérer des valeurs et des principes éthiques à même de guider l'ergothérapeute qui travaille avec des clients autochtones. Deuxièmement, une recension des écrits a été réalisée suivant les étapes proposées par Arksey et O'Malley (2005). Ce faisant, six bases de données (Academic Search Complete, CINAHL, Eric, Medline, PsycINFO et PubMed) et quatre moteurs de recherche (Cochrane Library, Google Scholar, OTSeeker et Wiley Online Library) ont été consultés afin de repérer les écrits pouvant nous permettre d'identifier des valeurs et des principes éthiques à même de guider la pratique de la profession en contexte

autochtone. L'ensemble des valeurs et des principes colligés par l'entremise de ces deux méthodes ont été ensuite reliés à chacun des sept rôles du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012).

RÉSULTATS : ÉCHANTILLON ET ÉTHIQUE ERGOTHÉRAPIQUE

Dix femmes ergothérapeutes âgées en moyenne de 39 ans et ayant en moyenne 15 années d'expérience professionnelle ont pris part à l'étude. Elles avaient en moyenne 11 années d'expérience professionnelle en contexte autochtone et travaillaient avec des clients algonquins, atikameks, cris, innus, inuits ou métis d'âge varié, et ce, dans diverses régions du Québec. Soixante-et-un écrits ont été recensés et analysés. La majorité était des articles scientifiques (n=42), certains étaient des énoncés de principes, des rapports ou d'autres types de documents, dont un livre et un mémoire (n=19). Les paragraphes ci-dessous donnent des exemples des valeurs et des principes éthiques pouvant soutenir une pratique éthique de la profession en contexte autochtone, contribuant ainsi à la sécurité culturelle des personnes et communautés autochtones.

[suite page 04]

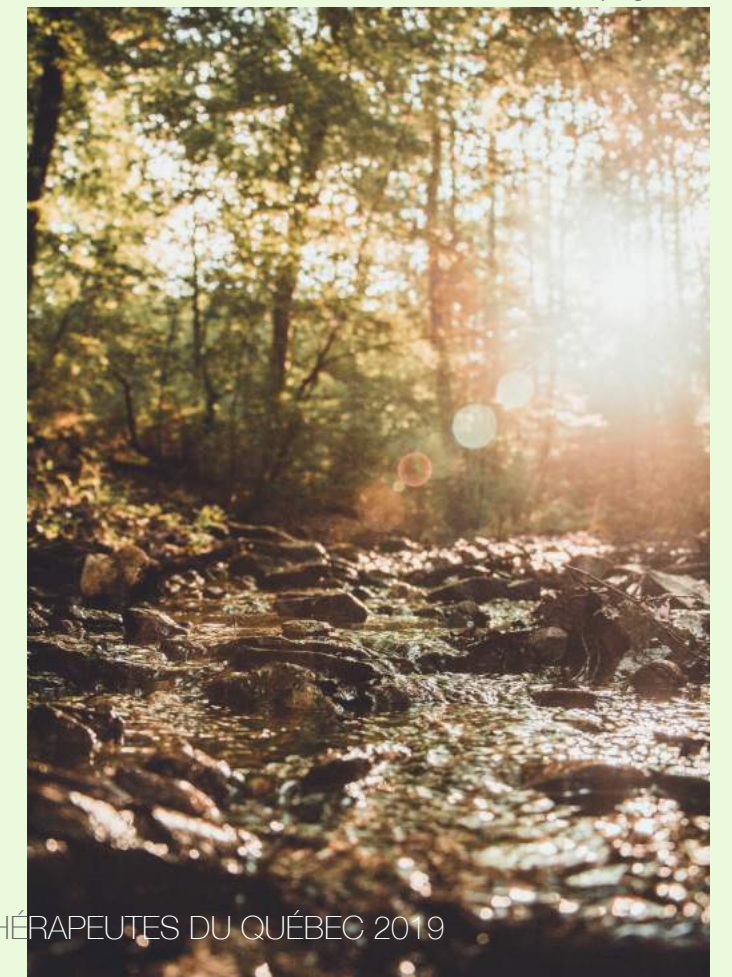


Tableau 1

Exemples de valeurs et de principes éthiques en lien avec les sept rôles du Profil de la pratique

Rôles	Valeurs	Principes
• Expert en habilitation de l'occupation	• Interdépendance • Solidarité • Intergénérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une approche collectiviste • Valoriser la voix des aînés autochtones • Adapter ses interventions sur le plan de la culture • Opter pour une approche centrée sur la famille et la communauté • Préconiser une vision holistique de la santé et du mieux-être • Valoriser les savoirs autochtones • Miser sur les forces des clients, leur famille et communauté
• Communicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Humilité culturelle • Authenticité • Confiance • Honnêteté • Ouverture • Respect • Sincérité • Transparence • Vérité 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître ses privilèges • Comprendre l'influence des traumatismes intergénérationnels • Adopter une vision post-colonialiste et émancipatrice • S'engager dans des relations mutuellement respectueuses • Accueillir les silences • Écouter • Parler une langue autochtone • Avoir accès à de bons interprètes
• Collaborateur	• Égalité	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser les savoirs expérientiels et traditionnels • Créer des partenariats solides et durables au sein des communautés • Avoir des alliés au sein des communautés • Participer à la compréhension des problèmes et à co-construire les solutions • Ne pas porter seuls les enjeux • Solutionner les enjeux en équipe interdisciplinaire
• Gestionnaire de sa pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilité • Souplesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Opter pour une vision cyclique du temps • Adapter son rythme, le ralentir • Miser sur la relation (savoir-être), plutôt que sur la tâche (faire) • Adapter les règles et politiques organisationnelles
• Agent de changement	<ul style="list-style-type: none"> • Advocacy • Autodétermination 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le pouvoir d'agir des clients et des communautés • Combattre la stigmatisation, la discrimination et les iniquités • Invoquer, au besoin, le principe de Jordan • Implanter des actions visant le mieux-être des clients et des communautés • Valoriser les voix, langues, forces et cultures autochtones
• Praticien érudit	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité des interventions • Pratique probante • Réflexivité • Savoir autochtone 	<ul style="list-style-type: none"> • Combiner les méthodes traditionnelles de guérison valorisées par les communautés, les savoirs expérientiels des clients avec des programmes issus des données probantes • Considérer les pratiques exemplaires reconnues par les peuples autochtones et les savoirs autochtones • Collaborer avec les ergothérapeutes qui font des recherches en contexte autochtone • Développer des modèles ou des outils pertinents et valides en contexte autochtone • Respecter les principes PCAP des Premières Nations
• Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonie sociale • Réciprocité • Responsabilité • Non-ingérence • Sécurité culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et valoriser les spiritualités autochtones • Respecter les valeurs et les croyances autochtones

Expert en habilitation de l'occupation

En tant qu'expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute a traditionnellement tendance à opter pour une approche individualiste centrée sur un client (DCPP et CIO-UDM, 2016). En contexte autochtone, comme l'indique le Tableau 1, celui-ci est plutôt invité à favoriser une approche collectiviste misant sur l'interdépendance des personnes (plutôt que sur leur indépendance) et sur la solidarité intergénérationnelle où la voix des aînés est valorisée (Viscogliosi et coll., 2017). Aussi, ses interventions doivent être adaptées sur le plan de la culture, ce qui implique d'opter pour une approche centrée sur la famille et la communauté (plutôt que sur le client-individu) et de préconiser une vision holistique de la santé et du mieux-être, ce qui inclut de valoriser les savoirs autochtones (Asselin et Basile, 2012; Zeidler, 2011). Comme l'indique une participante, « *il faudrait vraiment que les professionnels de la santé (...) soient mieux formés* » (participante 3). Ceux-ci devraient « *être sensibilisés par rapport aux différences culturelles* » (participante 9). « *Si on connaissait mieux leurs valeurs [celles des clients autochtones, cela aiderait vraiment]* » (participante 4). Enfin, plutôt que de miser sur les problèmes, l'ergothérapeute est invité à miser sur les forces des personnes, des familles et des communautés (Viscogliosi et coll., 2017).

Communicateur

Considérant le passé colonialiste du pays (CVRC, 2015), l'ergothérapeute est invité à opter pour une posture d'humilité culturelle (Hammell, 2013). « *Ne pas arriver avec trop d'assurance, je pense que c'est quelque chose qui fait que ça se passe bien. (...) J'ai fait un travail sur moi-même. Dans le fond, c'est moi qui ai changé. (...) Quand tu es une blanche chez les autochtones, tu pars déjà avec deux prises et c'est correct. (...) Maintenant, je suis très authentique. (...) Je respecte leur réalité et leur façon de vivre, leur culture, leurs habitudes qu'elles soient bonnes ou pas selon mes opinions. (...) C'est une question de respect qu'on doit avoir quand on va chez les gens* » (participante 4). L'authenticité, la confiance, l'honnêteté, l'ouverture, le respect, la sincérité, la transparence et la vérité sont des exemples de valeurs pouvant guider l'ergothérapeute dans sa manière d'être en relation avec les clients autochtones. Il importe que celui-ci reconnaisse ses privilèges, qu'il

comprenne l'influence des traumatismes intergénérationnels vécus par plusieurs clients autochtones, qu'il adopte une vision post-colonialiste et émancipatrice, qu'il s'engage dans des relations mutuellement respectueuses, accueille les silences et écoute, plutôt que de surtout parler et questionner (Adelson, 2015; Beavis et coll., 2015). Tels sont des exemples de principes éthiques pouvant soutenir une communication adaptée à la pratique en contexte autochtone (Ziedler, 2011). Aussi, le fait pour l'ergothérapeute d'être en mesure de parler la langue de la clientèle constitue un atout indéniable. « *Ça serait vraiment intéressant [...] d'avoir la possibilité d'apprendre la langue* » (participante 6). « *Je suis en train de regarder pour essayer de suivre un cours de cri* » (participante 7). Pour ces participantes, le fait de parler une langue autochtone faciliterait l'établissement de la relation thérapeutique ainsi que l'ensemble du processus de réadaptation. Sinon, d'avoir accès à de bons interprètes est assurément utile.

Collaborateur

Le partenariat créé doit reposer sur une relation thérapeutique égalitaire mettant à contribution, d'une part, l'apport de la personne autochtone qui est détentrice de savoirs expérientiels et traditionnels essentiels au succès des interventions (Asselin et Basile, 2013) et, d'autre part, celui de l'ergothérapeute en tant que détenteur de savoirs expérientiels et occupationnels. Pour créer des partenariats solides et durables, l'ergothérapeute est invité à avoir des alliés au sein des communautés afin de participer à la compréhension des problèmes et à co-construire les solutions (Saini et Quinn, 2013). Comme l'indique une participante, « *souvent, je vais demander l'opinion à mes collègues qui sont autochtones et qui connaissent la famille. [C'est vraiment très aidant]* » (participante 10). « *De plus en plus (...), j'en parle. Je ne porte pas les enjeux, seule. J'en parle à d'autres membres de l'équipe quand j'ai besoin qu'on se mobilise* » (participante 5). « *Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire aide (...) énormément parce qu'on peut faire un tour de table et se dire: "Qu'est-ce qu'on peut faire pour palier [au problème]?" Selon aussi qu'est-ce qu'on connaît de leurs valeurs parce qu'on ne connaît pas tout vraiment. C'est beaucoup l'équipe interdisciplinaire qui nous aide. (...)* »

[suite page 06]

On essaie [ensemble] de trouver des solutions » (participante 2).

Gestionnaire de sa pratique

En tant que gestionnaire de sa pratique, l'ergothérapeute est invité à opter pour une vision cyclique du temps, de façon à adapter son rythme, à le ralentir. Pour pouvoir établir des relations respectueuses, souplesse et adaptabilité temporelles sont requises (Asselin et Basile, 2013). Le fait de miser sur la relation (savoir-être), plutôt que sur la tâche (faire) est gage de succès. « *Ce n'est pas si difficile d'aller au-delà de la méfiance. Quand tu es patient, quand tu prends le temps et que tu respectes le rythme, [la confiance s'installe]. (...) C'est vraiment important de prendre du temps pour l'alliance [thérapeutique], de prendre le temps de s'approprier. (...) Une stratégie, c'est clairement d'en faire moins et quand les gens viennent vers nous, là, c'est le temps d'être disponible, d'être là. Moi, j'ai vraiment beaucoup besoin d'apprendre à être moins proactive parce que des fois c'est valorisé et c'est une qualité d'en faire beaucoup (...). Plus qu'on en fait, des fois, plus que ça crée de résistance et moins les gens en font autour. L'idée, c'est de ralentir et d'être disponible pour les clients, donc de revenir avec les habiletés en relation d'aide: l'écoute active, la présence. Je trouve que c'est quelque chose qui m'est très précieux » (participante 9). Par ailleurs, les règles et les politiques organisationnelles doivent être adaptées sur le plan culturel. À défaut de le faire, les interventions créeront de l'insécurité culturelle, voire de la discrimination. « *Les dossiers sont fermés très rapidement. Mais, avec notre clientèle, tu ne peux pas fermer un dossier parce que le patient ne vient pas une fois. [Les interventions et les politiques doivent être adaptées culturellement]* » (participante 10).*

Agent de changement

Pour faire avancer les droits des clients autochtones, l'ergothérapeute est invité à développer en partenariat avec les communautés, des outils et des stratégies favorisant le pouvoir d'agir des clients et des communautés et leur autodétermination. Il est aussi convié à combattre la stigmatisation, la discrimination et les iniquités en collaboration avec les clients et à leur demande. « *Un meilleur corridor de services*

*entre les professionnels qui travaillent dans le Nord et les professionnels qui travaillent au Sud [est nécessaire]. Plus d'enseignement dans les universités, dans les centres de formation sur les populations autochtones [est requis]. (...) On ne connaît pas bien l'histoire (...). Ça pourrait être très aidant pour tous les professionnels de la santé de mieux la comprendre et la connaître (...) pour pouvoir mieux collaborer avec les intervenants dans le Nord et comprendre c'est quoi la réalité du Nord et c'est quoi l'impact d'une intervention ponctuelle qui est faite au Sud » (participante 3). « Il faudrait assurer une continuité dans les services. Par exemple, quand je pars en vacances quatre fois par année, je suis bien contente de les avoir ces vacances-là, mais en même temps, il n'y a personne qui me remplace pendant ce temps-là. (...) Si on avait plus de personnel qui pouvait assurer les remplacements (...), ça permettrait d'avoir un meilleur suivi, ça serait facilitant pour les services » (participante 5). Lorsque les droits fondamentaux d'enfants autochtones sont bafoués, il importe de prendre connaissance du principe de Jordan (Gouvernement du Canada, 2018) afin de l'invoquer au besoin. Au final, il s'agit d'implanter des actions visant le mieux-être des clients et des communautés (Viscogliosi, 2018), en valorisant les voix, les langues, les forces et les cultures autochtones (Zeidler, 2011). Pour ce faire, « *aller chercher du support auprès des gens en pouvoir [est une bonne façon] de faire avancer ses recommandations » (participante 5).**

Praticien érudit

Dans le contexte où les données probantes sont rarement adaptées au contexte autochtone (Iwama, 2006), il est recommandé à l'ergothérapeute de combiner les méthodes traditionnelles de guérison valorisées par les communautés, les savoirs expérientiels des clients avec des programmes issus des données probantes, dans la mesure où ces derniers ne dévalorisent pas les pratiques autochtones. L'ergothérapeute clinicien est aussi invité à considérer les pratiques exemplaires reconnues par les peuples autochtones et les savoirs autochtones, et à collaborer avec les ergothérapeutes qui font des recherches en contexte autochtone à développer des modèles ou des outils pertinents et valides

en contexte autochtone, tout en respectant les principes PCAP (où l'acronyme PCAP signifie « propriété, contrôle, accès et possession » des données de recherche collectées en contexte autochtone) des Premières Nations (CGIPN, 2018). « *Récemment, on m'a reparlé d'un modèle dont j'entends parler une fois de temps en temps : le modèle de Kawa. J'ai vraiment le goût d'aller le lire, d'aller le connaître, de voir si je pourrais l'utiliser. C'est une piste. Ça pourrait parler aux gens » (participante 9). En bref, pour soutenir l'efficacité des interventions, la pratique probante, la réflexivité et les savoirs autochtones ne sauraient être négligés.*

Professionnel

Enfin, l'ergothérapeute est convié à connaître et valoriser les spiritualités autochtones (APNQL et CSSPNLQ, 2007; Ellerby et coll., 2000). En ayant à cœur de respecter les valeurs et les croyances autochtones, il sera amené à soutenir des valeurs comme l'harmonie sociale, la réciprocité, la responsabilité et la non-ingérence. « *On n'est pas dans notre milieu. (...) J'essaie de ne pas être trop intrusive » (participante 4). Au final, il est souhaité que ses interventions contribuent à la sécurité culturelle des personnes et des communautés autochtones, ce qui implique une posture d'humilité culturelle (Gerlach, 2012; Hammell, 2013). « Les Blancs, on a souvent été comme ça auprès des Autochtones : dans le rôle d'expert qui vient donner des recommandations (...). Or, il y a beaucoup de beau dans ce qu'ils sont, dans ce qu'ils laissent être. Dans la vie d'un couple québécois moyen, d'apprendre que leur enfant a un retard de développement, c'est une grosse affaire. C'est comme "WO". Là-bas, on dirait que non. Ils prennent leur enfant comme il est. Ils ne sont pas vraiment dans la comparaison. Ils ne sont pas dans la projection dans le futur. Ça fait une grosse différence. (...) J'ai souvent l'impression d'être un peu l'imposteur à avoir l'air de jouer un rôle, de jouer le rôle de l'expert, alors que l'idéal, je pense, c'est qu'on a vraiment besoin d'être dans l'empowerment avec eux, de les aider à avoir confiance, d'éviter de faire des recommandations qui pour eux ont plus ou moins de sens » (participante 9).*

DISCUSSION : SÉCURITÉ CULTURELLE ET RACISME SYSTÉMIQUE

Avec raison, le concept de sécurité culturelle est inhé-

rent aux réflexions contemporaines portant sur les pratiques professionnelles en contexte autochtone (Garneau et Pepin, 2012; Gerlach, 2012; Hammell, 2013; McEldow et Connor, 2011; Richardson et Williams, 2007). Datant des années 1980, ce concept a été développé par des infirmières Maori de Nouvelle-Zélande ayant constaté que les membres de leur communauté n'étaient pas sécurisés, culturellement parlant, dans le système de santé néozélandais (NCNZ, 2005), en outre parce que les intervenants adoptaient des pratiques qui dévaluaient leur identité culturelle (McEldow et Connor, 2011). Ce concept met de l'avant la nécessité de valoriser les différences culturelles plutôt que de tenter de les nier ou de les niveler. Celui-ci « reconnaît l'asymétrie de pouvoir dans la relation thérapeutique et implique l'idée suivant laquelle les Autochtones doivent se sentir sécurisés, au plan culturel, lorsqu'ils reçoivent des soins de santé [...]. Concrètement, une pratique non sécuritaire au plan culturel implique toute attitude ou action qui engendre la diminution, la dévalorisation ou la réduction du pouvoir, de l'identité culturelle et du bien-être d'une personne autochtone, voire sa discrimination » (Drolet et Goulet, 2018, p. 33). Pour parvenir à rendre ses pratiques sécuritaires, l'ergothérapeute a avantage à connaître le passé colonialiste du pays (CVRC, 2015). Aussi, plus l'ergothérapeute parviendra à adopter les perspectives autochtones de la santé, plus il parviendra à adapter les modèles et outils cliniques à sa disposition, voire à en développer d'autres basées sur des anthropologies, des épistémologies et des éthiques autochtones (Drolet et Goulet, 2018). Cela dit, l'ergothérapeute travaille parfois au sein d'organisations empreintes de racisme systémique, ce qui complexifie sa pratique. Comme le notent plusieurs auteurs (Allan et Smylie, 2015; Garvey et coll., 2004; Goodman et coll., 2017; Thurston et coll., 2014), le système de santé s'appuie sur des assises qui sont à maints égards occidentalocentristes, paternalistes, racistes et colonialistes, ce qui se présente comme un défi supplémentaire pour l'ergothérapeute qui souhaite répondre de manière adéquate et sécurisée aux besoins des clients autochtones. Ainsi, « les inégalités sociales et économiques à la base des iniquités de santé vécues par les Autochtones doivent également être dénoncées et corrigées » (Drolet et Goulet, p. 46). Enfin, comme

[suite page 08]

l'indiquent les auteurs du rapport de la Commission vérité et réconciliation du Canada (CVRC, 2015), bien que cela soit nécessaire, il n'est pas suffisant que les intervenants soient sensibilisés au concept de sécurité culturelle, il importe que les responsables des organisations de santé le soient également.

CONCLUSION

L'ergothérapeute qui travaille avec les clients autochtones est confronté à des défis et des enjeux éthiques parfois difficiles à surmonter. Une recherche a été menée afin de proposer une éthique ergothérapique à même de soutenir la pratique de la profession en contexte autochtone. Cet article présente les grandes lignes de cette éthique qui devra éventuellement être validée par les clients et communautés autochtones. Pour surmonter les défis et les enjeux éthiques liés à la pratique avec des clients autochtones, l'ergothérapeute est donc invité à adopter une posture critique à l'endroit des visions éthiques traditionnelles au fondement de sa profession, car celles-ci ont des racines dans des théories éthiques individualiste issues du monde Occidental qui valorisent l'indépendance individuelle, au détriment notamment de l'interdépendance.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient chaleureusement les ergothérapeutes qui ont pris part à l'étude. Marie-Josée Drolet souligne l'apport inestimable du Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) et du Conseil de recherche du Canada en sciences humaines (CRSH) dans le financement de cette étude via des subventions.

Pour joindre l'auteure :
marie-josée.drolet@uqtr.ca

Crédit photo : chris-abney-337385 et
joan-oger-689844 (Freepik.com)

RÉFÉRENCES

Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), S45-S61.

Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second-class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, Ontario : the Wellesley Institute.

APNQL et CSSSPNLQ. (2007). *Nos aînés... notre identité. Mémoire présenté au Secrétariat aux aînés*. Repéré à <http://www.cssspnlq.com/docs/centre-de-documentation/conditions-vie-a%C3%A9n%C3%A9s-vfinale-fr.pdf?sfvrsn=2>

Arksey, H. et L. O'Malley (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.

Asselin, H. et Basile, S. (2013). Éthique de la recherche avec les peuples autochtones. Qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique*, 14(1), 1-10.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

Beavis, A. S., Hojjati, A., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R. et Nixon, S. A. (2015). What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: perspectives on postcolonialism and the health of Aboriginal Peoples in Canada. *BMC Medical Education*, 15(155), 1-11.

CGIPN. (2018). *Les principes PCAP des Premières Nations*. Repéré à <https://fnigc.ca/fr/pcapr.html>

CRMCC. (2013). *Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones*. Repéré à : [file:///C:/Users/Vincent/Downloads/indigenous-health-values-principles-report-f%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vincent/Downloads/indigenous-health-values-principles-report-f%20(1).pdf)

CVRC. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf

DCPP et CIO-UDM. (2016). *Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal.

Drolet, M-J et Goulet, M. (2018). Travailler avec des patients autochtones du Canada? Perceptions d'ergothérapeutes du Québec des enjeux éthiques de cette pratique. *Recueil annuel d'ergothérapie*, 10, 25-56.

Drolet, M-J. et Viscogliosi, C. (sous presse). Ébauche d'une éthique interculturelle de la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone : sur la base de résultats de recherche et d'une recension des écrits. *Ethica*.

Ellerby, J.H. et coll. (2000). Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *Canadian Medical Association or its licensors*, 163(7), 845-850.

Garvey, G. et coll. (2004). Is there an Aboriginal bioethics? *Journal of Medical Ethics*, 4(30), 570-575.

Gerlach, A. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 151-158.

Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T. et Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). "They treated me like crap and I know it was because I was Native": The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87-94.

Gouvernement du Canada. (2018). *Principe de Jordan*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/principe-jordan.html>

Hammell, K.W. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 224-234.

Iwama, M.K. (2006). *The Kawa Model. Culturally Relevant Occupational Therapy*. Philadelphia, PA : Churchill Livingstone Elsevier.

Marineau, A., Shun, P.L.W. et Bottari, C. (2019). Facteurs influençant la relation thérapeutique auprès des nations autochtones du Québec: Perceptions d'ergothérapeutes. *ERG-go! Revue des ergothérapeutes du Québec*. Avril, 1-7.

McEldowney, R. et Connor, M. J. (2011). Cultural safety as an ethic of care: A praxiological process. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 342-349.

Richardson, S. et Williams, T. (2007). Why is cultural safety essential in health care? *Medicine and Law*, 26, 699-707.

Saini, M. et Quinn, A. (2013). *A systematic review of randomized controlled trials of health related issues within an aboriginal context*. Prince George, Colombie-Britannique : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Thurston, W. E., Coupal, S., Jones, C. A., Crowshoe, L. F. J., Marshall, D. A., Homik, J. et Barnabe, C. (2014). Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: a qualitative study using constructivist grounded theory. *International Journal for Equity in Health*, 13(46), 1-10.

Viscogliosi, C., Asselin, H., Couturier, Y., Gagnon, D., Obradovic, N., Ostiguy-Lauzon, M., Torrie, J. et Levasseur, M. (2018). Mobilisation des connaissances sur la contribution des aînés autochtones au mieux-être de leur communauté et l'optimisation de leurs actions de participation sociale. *Vie et Vieillesse*, 15(3), 40-45.

Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Couturier, Y., Drolet, M.J., Torrie, J. et Levasseur, M. (2017). A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness. *BMJ Open*, 7, 1-10.

Zeidler, D. (2011). Building a relationship: Perspectives from one First Nations community. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35(2), 136-43.