



novembre 2022

# Aperçu des programmes adaptés à la culture



**Institut du savoir**  
sur la santé mentale et les dépendances  
chez les enfants et les jeunes



## Référence suggérée :

Erbach, M., Danseco, E. et Porath Eves, A. (2022). Un aperçu des programmes adaptés à la culture. Ottawa (Ontario) : Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes.

[smdej.ca/equite](https://smdej.ca/equite)

Pour en savoir plus sur ce rapport, communiquez avec Evangeline Danseco à l'adresse [edanseco@cheo.on.ca](mailto:edanseco@cheo.on.ca).

# Table des matières

---

|              |   |
|--------------|---|
| Introduction | 4 |
|--------------|---|

---

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| Qu'est-ce que des programmes adaptés<br>à la culture? | 5 |
|-------------------------------------------------------|---|

---

|                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| Pourquoi les programmes adaptés<br>à la culture sont-ils importants? | 5 |
|----------------------------------------------------------------------|---|

---

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quels sont les principaux enjeux de<br>l'élaboration de programmes adaptés<br>à la culture? | 10 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|

---

|           |    |
|-----------|----|
| Glossaire | 13 |
|-----------|----|

---

|            |    |
|------------|----|
| Références | 18 |
|------------|----|

## Introduction

Cet aperçu des programmes adaptés à la culture porte sur les éléments suivants :

- Que sont les programmes adaptés à la culture?
- Pourquoi sont-ils importants?
- Quels sont les principaux enjeux à prendre en considération en adaptant des programmes?
- Quels sont les autres termes utilisés dans ce domaine?

Ce document sera utile aux directions d'organismes et aux prestataires de services qui veulent s'assurer que leurs programmes et services sont appropriés et répondent aux besoins des enfants et jeunes racialisé.e.s et de leur famille.

### Pourquoi se fixer sur les programmes adaptés à la culture?



### Qu'est-ce que la culture?

Il existe des centaines de définitions du mot « culture » (Kroeber et Kluckhohn, 1952). Les définitions modernes mettent généralement l'accent sur les valeurs, les croyances et les comportements communs transmis d'une génération à l'autre (Matsumoto, 1996). La culture est dynamique et change d'une personne à l'autre au sein des groupes et au fil du temps (Matsumoto, 1996).

## Qu'est-ce que des programmes adaptés à la culture?

Les programmes adaptés à la culture sont des programmes fondés sur des données probantes qui ont été modifiés pour mieux répondre aux besoins et aux préférences d'un groupe culturel particulier (Booth et Lazear, 2015; Bernal et coll., 2009). Les modifications apportées aux programmes peuvent refléter des différences de langue, de culture, de contexte historique et de valeurs (Bernal et coll., 2009).

Voici quelques points importants au sujet des programmes adaptés à la culture.

- Le programme adapté doit être fondé sur des données probantes. Les programmes fondés sur des données probantes sont des interventions dont l'efficacité a été démontrée dans plusieurs études (Booth et Lazear, 2015).
- Le contenu du programme et la prestation des services doivent être adaptés pour répondre aux besoins et aux préférences uniques du groupe culturel en question. Le contenu du programme est la substance du programme (le « quoi »), tandis que la prestation des services est le processus d'administration du programme (le « comment »).
- Le programme adapté doit être ajusté à un groupe culturel précis dont les membres ont des normes, une langue, des traditions ou une religion communes.

## Pourquoi les programmes adaptés à la culture sont-ils importants?

Nous sommes plus diversifiés que jamais.

La population canadienne est de plus en plus diversifiée. De 2011 à 2016, la proportion de personnes vivant au Canada qui ont déclaré appartenir à une minorité visible est passée de 19,1 % (Statistique Canada, 2011) à 22,3 % (Statistique Canada, 2017a). L'Ontario est encore plus diversifié que la moyenne nationale, surtout chez les enfants et les jeunes. En 2016, en Ontario, plus d'une personne sur trois âgée de moins de 25 ans a déclaré appartenir à une minorité visible (Statistique Canada, 2017a).

Le terme « minorité visible » est souvent utilisé dans les rapports du gouvernement et désigne « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Statistique Canada, 2017b). Le terme « racialisé » désigne les personnes touchées par la discrimination raciale ou le racisme fondé sur la couleur de la peau, la religion, la langue ou le pays d'origine (Souissi, 2022). Il est souvent utilisé dans l'examen du racisme et de l'équité (Cokley, 2007).

Les enfants et les jeunes racialisé.e.s font face à un certain nombre de défis uniques en matière de services de santé mentale. Voici quelques exemples.

- Des facteurs qui touchent de façon disproportionnée les communautés racialisées, comme la pauvreté et les obstacles géographiques, peuvent rendre l'accès aux soins de santé mentale plus difficile (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020; Nowrouzi et coll., 2015).
- Les communautés racialisées peuvent ressentir une méfiance à l'égard des professionnel.le.s de la santé en raison d'injustices historiques (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020; Nowrouzi et coll., 2015), ce qui peut réduire la probabilité que ces communautés aient accès à des soins de santé mentale.
- Lorsque des enfants et des jeunes racialisé.e.s obtiennent des services, ils et elles peuvent avoir de la difficulté à trouver des soins qui reconnaissent l'intersectionnalité de leur identité et des oppressions vécues (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020).

## Les programmes n'ont pas été conçus pour les communautés racialisées.

Malgré la diversité de la population canadienne et les différents besoins des enfants et des jeunes, la plupart des programmes fondés sur des données probantes sont axés sur une vision occidentale du monde et sont élaborés et évalués avec des participant.e.s de race blanche de la classe moyenne (Naeem et coll., 2019). Par conséquent, le contenu et le matériel des programmes peuvent ne pas répondre aux besoins et aux valeurs des client.e.s (Barrera et coll., 2017). Les chercheur.euse.s émettent l'hypothèse que les programmes non adaptés ne sont pas adéquats, ce qui se traduit par des taux plus faibles d'inscription, de rétention et de satisfaction chez les populations racialisées (Barrera et coll., 2017). Le manque de diversité dans les études d'évaluation est le plus préoccupant, car il peut signifier que l'efficacité des programmes ne peut être généralisée à d'autres populations. La rareté de la recherche signifie

également que nous ne comprenons pas comment les enfants et les jeunes qui ne sont pas de race blanche et n'appartiennent pas à la classe moyenne vivent ces programmes (Naeem et coll., 2019).

Les enfants et les jeunes racialisé.e.s sont plus exposé.e.s au racisme (Alegria et coll., 2010), ce qui n'est pas toujours pris en compte dans les programmes classiques fondés sur des données probantes. Les prestataires de services peuvent éviter de discuter des incidents de racisme vécus par leur clientèle par peur de dire la mauvaise chose. Ils et elles peuvent également estimer que ces incidents ne sont pas liés aux problèmes de santé mentale de leur clientèle (Rathod et coll., 2019). Toutefois, lorsque leur expérience liée à la culture et au racisme n'est pas abordée, les enfants et les jeunes racialisé.e.s peuvent se sentir insatisfait.e.s et avoir l'impression qu'on n'a pas répondu à leurs besoins (Rathod et coll., 2019).

## Les membres des communautés racialisées signalent des résultats différents en matière de santé mentale et de consommation de substances.

Les résultats en matière de santé mentale et de consommation de substances varient considérablement entre les différents groupes d'enfants et de jeunes racialisé.e.s (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2016). Cependant, lorsque les populations racialisées sont combinées en un seul groupe et comparées aux populations blanches, les résultats contrastants entre les différentes cultures sont perdus. Voici quelques exemples.

- Les jeunes et les enfants de race noire sont plus susceptibles d'être surmédicamenté.e.s ou sous-médicamenté.e.s et mal diagnostiqué.e.s que les enfants de race blanche (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020).
- Les communautés de l'Asie de l'Est ont signalé plus de discrimination et une plus grande détérioration de la santé mentale pendant la pandémie de COVID19 que les populations blanches (Wu et coll., 2020).
- Les jeunes Autochtones du Canada sont plus susceptibles de consommer du tabac, de l'alcool et du cannabis que les jeunes non autochtones (Sikorski et coll., 2019).

Lorsqu'on examine les résultats en matière de santé mentale chez les enfants et les jeunes racialisé.e.s, il est utile de tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux sont des

facteurs sociaux qui peuvent augmenter ou diminuer le risque qu'une jeune personne développe des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances (CSMC, 2016). Le revenu, l'éducation, la culture, l'âge, la discrimination, la langue, l'inégalité économique et la sécurité alimentaire en sont des exemples (Hansson et coll., 2009; Lund et coll., 2018). Les communautés racialisées sont plus susceptibles d'être exposées aux déterminants sociaux qui augmentent les probabilités de développer des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances (CSMC, 2016). Une exposition accrue aux déterminants sociaux augmente également le risque de mauvais résultats découlant de traitements en santé mentale.

## Des programmes adaptés à la culture peuvent améliorer les résultats en matière de santé mentale et de consommation de substances.

Il existe des données probantes prometteuses selon lesquelles les programmes de santé mentale (Arora et coll., 2021) et de consommation de substances (Steinka-Frey et coll., 2017) adaptés à la culture sont plus efficaces pour les enfants et les jeunes racialisé.e.s que ceux qui ne sont pas adaptés. Cependant, les données probantes ne sont pas suffisamment solides pour démontrer que les programmes adaptés à la culture sont toujours plus efficaces.

Certains programmes comportant des mesures d'adaptation pour des groupes culturels précis se sont révélés efficaces, mais certaines recherches n'ont révélé aucune différence significative dans les résultats (p. ex. Burrow-Sanchez et coll., 2015). Cependant, certaines études qui n'ont révélé aucune différence dans les résultats ont signalé une amélioration de la rétention ou de la satisfaction des participant.e.s (Gainsbury et coll., 2017), ce qui peut avoir une influence indirecte sur l'efficacité d'une intervention. Des taux de décrochage plus faibles signifient que les enfants et les jeunes sont plus susceptibles de recevoir tous les avantages du programme.

Dans un récent examen systématique de 52 études, Arora et ses collègues (2021) ont constaté ce qui suit :

- Les programmes adaptés à une culture précise sont plus efficaces pour améliorer les résultats en santé mentale que ceux adaptés à plus d'un groupe culturel.

- Il existe un lien entre un plus grand nombre de composantes de programme adaptées et l'amélioration des résultats en matière de santé mentale.

Les constatations tirées de la littérature doivent être examinées dans le contexte de deux limites importantes.

1. Un nombre beaucoup plus élevé de recherches portent sur les programmes adaptés à la culture pour les populations adultes. Il faut davantage de recherches, notamment des examens systématiques, sur les programmes destinés aux jeunes.
2. Il manque de recherches rigoureuses sur les programmes adaptés à la culture. Des études comparant les programmes adaptés et non adaptés sont nécessaires pour mieux déterminer l'efficacité des interventions adaptées à la culture afin d'améliorer les résultats en matière de santé mentale et de consommation de substances chez les enfants et les jeunes. Des études plus rigoureuses sont nécessaires, ainsi que des méthodes mixtes utilisant des approches qualitatives et quantitatives et expliquant comment et pourquoi les programmes adaptés à la culture fonctionnent.

## Les programmes adaptés à la culture améliorent l'équité.

Les programmes adaptés à la culture représentent un aspect important de l'amélioration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. La mise en œuvre de ces programmes est une façon concrète d'améliorer l'accès et l'utilisation des ressources en santé mentale et les résultats pour les enfants et les jeunes racialisé.e.s en Ontario (Kirmayer et Jarvis, 2019).

Pour atteindre l'équité, il faut cerner et éliminer les obstacles injustes qui entravent les possibilités. L'équité peut être définie à la fois comme un processus et comme un résultat. En tant que processus, l'équité peut être réalisée de nombreuses façons, comme dans l'élaboration conjointe avec les collectivités de politiques et de pratiques qui ont une incidence sur leur vie, ou l'application d'une optique ou d'un cadre d'équité aux programmes et aux services. En tant que résultat, l'équité est l'absence de résultats différentiels fondés sur des caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques. Il est important de noter que l'équité n'est pas la même chose que l'égalité.

### **Thérapie cognitivo-comportementale pour les jeunes Autochtones**

Les facteurs culturels peuvent influencer sur l'efficacité des programmes fondés sur des données probantes. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les jeunes Autochtones souffrant d'anxiété est un exemple (Nowrouzi et coll., 2015). Il montre que les adaptations culturelles peuvent contribuer à modifier le contenu et la prestation des programmes pour rendre ces derniers plus efficaces.

La TCC est un traitement très efficace des troubles anxieux chez les jeunes. Certains éléments de la TCC correspondent à la culture de certains groupes des Premières Nations. Par exemple, tant la TCC et que les Premières Nations voient les composantes mentales, physiques et émotionnelles de la santé comme étant interreliées. Cependant, d'autres éléments de la TCC entrent en conflit avec les points de vue des Premières Nations, comme l'accent mis sur les exercices écrits structurés; la culture des Premières Nations est davantage axée sur les traditions orales et les éléments narratifs. La TCC pourrait être plus efficace pour les jeunes des Premières Nations si le contenu était adapté afin qu'il tienne plus compte de leur culture.

De plus, les jeunes des communautés des Premières Nations sont plus susceptibles de connaître des facteurs qui influent sur la prestation des traitements, comme la pauvreté, les familles d'accueil et la méfiance à l'égard du personnel du secteur des soins de santé en raison d'injustices historiques. Pour accroître l'efficacité de la TCC, les aîné.e.s et d'autres membres de la collectivité pourraient collaborer avec l'équipe d'élaboration du programme afin d'améliorer la prestation des services et, en fin de compte, les résultats en matière de santé mentale pour les jeunes Autochtones.

## **Quels sont les principaux enjeux de l'élaboration de programmes adaptés à la culture?**

Dans leur article fondamental, González Castro et ses collègues (2010) ont exploré les principaux enjeux et défis qui doivent être pris en compte lorsqu'on adapte sur le plan de la culture un programme fondé sur des données probantes.

## Difficultés liées à la définition du groupe culturel

Lorsqu'on adapte un programme, il faut définir le groupe culturel ciblé. Cet exercice peut être difficile, compte tenu du nombre écrasant de définitions de « culture ». Il est néanmoins important d'identifier le groupe culturel cible et non l'origine ethnique, la nationalité ou la race. Ces termes ne sont pas synonymes et ne doivent pas être utilisés comme substituts à la culture. Par exemple, les communautés noires du Canada sont diversifiées et représentent des gens provenant de 125 pays ayant des pratiques et des valeurs culturelles de l'Afrique, des Caraïbes ou des États-Unis (Santé publique Ottawa, 2020). L'adaptation d'un programme générique pour les enfants et les jeunes de race noire serait imprudente compte tenu des variations des pratiques culturelles.

De plus, il pourrait être nécessaire de segmenter la population pour réduire un groupe à un plus petit groupe sous-culturel homogène (Resnicow et coll., 2000). Par exemple, au lieu d'adapter un programme pour les enfants de toutes les Premières Nations, il pourrait être plus approprié de l'adapter pour les enfants d'une communauté précise des Premières Nations.

Il peut également être nécessaire d'adopter une perspective intersectionnelle et de définir le groupe culturel en fonction de multiples facteurs communs, y compris l'ethnicité, la nationalité, la religion, le statut socioéconomique, le statut d'immigration et toute identité spéciale. Par exemple, les jeunes racialisé.e.s dans le système de justice pour les jeunes sont susceptibles de faire part de leurs expériences de développement, comme des familles perturbées et l'incarcération. Ces jeunes forment un groupe sous-culturel en fonction de leurs expériences et de leur trajectoire de développement communes, même si leur ethnie et leur nationalité sont différentes. Un programme adapté à la culture pour les jeunes racialisé.e.s dans le système de justice pour les jeunes peut être plus avantageux qu'un programme adapté à une ethnie particulière.

## Défis pour assurer la pertinence culturelle

Le programme doit être pertinent pour le groupe culturel, sinon, les taux de rétention pourraient être faibles, ce qui rendra le programme moins efficace. Pour concevoir un programme pertinent sur le plan culturel, l'équipe d'élaboration doit avoir une compréhension « approfondie de la structure » de la culture en question (Resnicow et coll., 2000). Autrement

dit, l'équipe d'adaptation doit avoir une solide compréhension des forces culturelles, sociales, historiques, environnementales et psychologiques qui influent sur les résultats en matière de santé mentale de la culture particulière (Resnicow et coll., 2000). L'intégration de facteurs de structure profonde, comme la perception qu'ont les client.e.s de la cause de leur problème de santé mentale, peut accroître la pertinence du programme. Des membres du groupe culturel, comme des courtier.ère.s en connaissances culturelles, peuvent aider à adapter le contenu (le « quoi ») et le processus (le « comment ») du programme (Kirmayer et Jarvis, 2019; O'Keefe et coll., 2021).

## Défis liés au maintien de l'efficacité réelle

Un défi important à relever lorsque l'on envisage des programmes adaptés à la culture est le « dilemme de la fidélité et de l'adaptation ». Ce concept désigne les points de vue divergents des chercheur.euse.s sur la meilleure façon de maintenir l'efficacité réelle d'un programme. La fidélité désigne la mesure dans laquelle une intervention est mise en œuvre comme prévu à l'origine (Carroll et coll., 2007).

En ce qui concerne l'aspect de la fidélité, des chercheur.euse.s soutiennent que les interventions fondées sur des données probantes fonctionnent mieux lorsqu'elles sont administrées selon le plan original, car la procédure a été testée et validée. Du côté de l'adaptation, les chercheur.euse.s pensent que les interventions sont plus efficaces lorsqu'elles ont été modifiées pour être pertinentes sur le plan culturel et répondre aux besoins d'un groupe culturel précis.

Les deux points de vue ont des avantages valables, et les équipes d'élaboration de programmes devraient donc chercher à établir un équilibre; les programmes adaptés sur le plan culturel devraient être modifiés pour répondre aux besoins uniques d'une population tout en maintenant les éléments de base qui ont rendu le programme original efficace.

L'efficacité réelle d'une adaptation est également une source de préoccupations. Bien que l'efficacité potentielle mesure à quel point une intervention fonctionne dans des circonstances idéales (comme une étude de recherche hautement contrôlée), l'efficacité réelle permet de vérifier à quel point une intervention fonctionne dans le monde réel. Il faut démontrer que les programmes adaptés à la culture ont une efficacité réelle, et non seulement potentielle.

De plus, lorsqu'il s'agit de rendre compte de l'efficacité réelle des interventions, il est essentiel de préciser les groupes culturels pour lesquels l'intervention s'est révélée efficace. Un énoncé comme « Le programme X est efficace pour produire des résultats Y » est essentiellement vide de sens, car il ne précise pas pour qui le programme a été conçu. Un énoncé comme « Le programme X s'est révélé efficace pour produire les résultats Y auprès des populations Z » serait plus utile.

## Glossaire

De nombreux termes sont utilisés pour décrire la façon dont la culture est abordée dans les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. La terminologie dans ce domaine n'est pas définie de façon uniforme et évolue constamment. Des chercheur.euse.s ont proposé des définitions et des distinctions (voir Curtis et coll., 2019 et Resnicow et coll., 2000), mais il n'existe pas de définitions normalisées et universellement acceptées. Certains termes, comme « répondant à la culture » et « adapté à la culture », sont traités comme des synonymes par des chercheur.euse.s, mais pas par d'autres. Il peut également y avoir des points de vue contradictoires pour un même terme, comme « compétence culturelle »; certaines personnes considèrent qu'il s'agit d'une caractéristique des personnes (p. ex. Bernal et coll., 2009), et d'autres considèrent que le terme s'applique aux programmes et aux organismes (p. ex. Cross et coll., 1989, Curtis et coll., 2019).

Dans ce glossaire, nous présentons une définition pour chaque terme, en notant les similitudes, les problèmes et le contexte historique, le cas échéant. Ce glossaire doit être considéré comme un guide visant à clarifier certaines des différences entre les termes. Notre objectif est que les gens se sentent plus à l'aise de choisir un terme approprié pour une situation donnée, sachant qu'il n'y a pas de « bonne » réponse.

## Termes liés aux personnes

**Sensibilisation à la culture :** reconnaître qu'il existe des différences culturelles entre des personnes de cultures différentes et prendre conscience de ses propres valeurs et préjugés (Darroch et coll., 2017; Sue et coll., 2009).

- Pour faire preuve de sensibilité culturelle ou d'humilité culturelle, une personne doit être sensibilisée à une culture.

- En général, selon les définitions de « sensibilisation à la culture », les prestataires de services ne doivent pas agir d'une manière particulière. Le fait qu'une personne connaisse les similitudes et les différences entre deux peuples suffit pour montrer qu'elle est sensibilisée à une culture.
- La sensibilisation à la culture est devenue un concept dans les années 1960. Elle a donné lieu à d'autres termes abordés dans ce glossaire, comme la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle (Shepherd, 2019).

**Sensibilité culturelle :** avoir conscience des différences culturelles et agir dans le respect des autres cultures.

- Ce terme est parfois perçu de la même façon que la sensibilisation à la culture, bien qu'on puisse faire valoir que pour faire preuve de sensibilité culturelle, les prestataires de services doivent aller un peu plus loin. En plus d'être conscientes des différences culturelles, les personnes faisant preuve de sensibilité culturelle modifient leur façon d'agir pour être respectueuses (Darroch et coll., 2017).
- Bien qu'un grand nombre de chercheur.euse.s (voir Curtis et coll., 2019) appliquent ce terme à des personnes, Resnicow et ses collègues (2000) croient que ce terme fait référence à des programmes.

**Compétence culturelle :** combine la sensibilisation aux différences culturelles et la connaissance de celles-ci aux compétences nécessaires pour fournir des soins efficaces à diverses populations (Curtis et coll., 2019).

- Il existe de nombreuses similitudes entre les définitions de « sensibilité culturelle » et de « compétence culturelle ».
- Il existe d'innombrables définitions de « compétence culturelle » (Curtis et coll., 2019; Sue et coll., 2009), et presque toutes ont un volet interne et un volet externe. Pour faire preuve de compétence culturelle, une personne doit :
  - connaître les différences culturelles (interne);
  - adopter certains comportements ou certaines compétences, comme le respect (externe).
- Certain.e.s chercheur.euse.s croient que la compétence culturelle est liée aux prestataires de services (p. ex. Bernal et coll., 2009), tandis que d'autres utilisent une définition qui évalue la compétence culturelle des systèmes ou des organismes (p. ex. Cross et coll., 1989, Curtis et coll., 2019).

---

En plus d'être conscientes des différences culturelles, les personnes faisant preuve de sensibilité culturelle modifient leur façon d'agir pour être respectueuses

- Selon une critique courante, l'atteinte de la compétence culturelle est souvent considérée comme un résultat statique (Kumagai et Lypson, 2009). Les opposant.e.s à la compétence culturelle se demandent si une personne peut un jour devenir entièrement compétente dans la culture d'une autre personne.

**Humilité culturelle :** comprend trois facteurs, à savoir un engagement permanent à l'égard de l'autoréflexion et de l'autocritique, la correction des déséquilibres de pouvoir présents dans les interactions entre la clientèle et les prestataires de services ainsi que l'établissement de partenariats pour la défense des intérêts (Tervalon et Murry-Garcia, 1998; Waters et Asbill, 2013).

- Ce terme tire son origine de l'article de référence de Tervalon et de Murray-Garcia (1998).
- Le premier facteur de l'humilité culturelle souligne que les prestataires de services doivent être humbles et souples, et faire preuve d'ouverture d'esprit (Foronda et coll., 2015; Tervalon et Murry-Garcia, 1998).
- Le deuxième volet porte sur les soins axés sur la clientèle. Pour faire preuve d'humilité culturelle, les prestataires de services doivent reconnaître que les client.e.s sont les expert.e.s à leur sujet et sont des partenaires compétent.e.s dans la relation entre la clientèle et les prestataires de services (Tervalon & Murry-Garcia, 1998).
- Des termes comme « compétence culturelle » ou « sensibilisation à la culture » ont été critiqués, car ils laissent entendre qu'il y a une finalité (Tervalon et Murry-Garcia, 1998). L'atteinte de l'humilité culturelle est différente, en ce sens qu'il ne s'agit pas d'un objectif, mais d'un processus continu (Miller, 2009) au cours duquel les prestataires de services sont toujours en évolution et apprennent constamment de leur clientèle.

**Sécurité culturelle :** se concentrer sur le sentiment de sécurité des client.e.s en s'attaquant aux déséquilibres de pouvoir et aux effets du colonialisme dans le système de santé (Downing et coll., 2011). Les prestataires de services sécuritaires sur le plan culturel participent à une réflexion personnelle pour comprendre leur propre culture et la façon dont elle peut se manifester dans leurs interactions avec la clientèle (Downing et coll., 2011).

- La sécurité culturelle est un concept qui émane du personnel infirmier autochtone en Nouvelle-Zélande (Churchill et coll., 2020).

---

La sécurité culturelle est considérée comme la prochaine étape pour offrir des soins de santé mentale plus équitables et de meilleure qualité.

- Les dirigeant.e.s envisagent un continuum qui s'oriente vers la sécurité culturelle (Ramsden, 1992). Des concepts antérieurs de sensibilisation à la culture, de sensibilité culturelle et de compétence culturelle ont été critiqués, car ceux-ci favorisaient les stéréotypes, normalisaient la stigmatisation des communautés racialisées et mettaient moins l'accent sur les oppressions structurelles qui influent sur les résultats en matière de santé mentale (Churchill et coll., 2020). La sécurité culturelle est considérée comme la prochaine étape pour offrir des soins de santé mentale plus équitables et de meilleure qualité.
- Comme l'humilité culturelle, la sécurité culturelle est axée sur la clientèle. Les prestataires de services ne déterminent pas la sécurité. C'est plutôt à la clientèle de décider si son identité culturelle a été protégée et si elle se sent en sécurité (Downing et coll., 2011).

## Termes utilisés pour décrire les programmes

**Programme tenant compte de la culture :** programme axé sur la réflexion critique et les relations de collaboration entre la clientèle et les prestataires de services (Smith et coll., 2021; Sundar et coll., 2012).

- Cette approche a vu le jour dans le secteur de l'éducation (Villegas et Lucas, 2002).
- Le terme « tenant compte de la culture » est général et met l'accent sur les relations plutôt que sur des composantes ou des processus précis d'un programme. Bien que certaines caractéristiques définissent les programmes tenant compte de la culture, celles-ci pourraient être présentes à la fois dans les programmes adaptés à la culture et les programmes fondés sur la culture (voir les définitions ci-dessous). Nous considérons que l'expression « tenant compte de la culture » est un terme générique.
- Voici quelques caractéristiques clés des programmes tenant compte de la culture :
  - Une attitude affirmative envers les personnes de toutes cultures (Sundar et coll., 2012; Villegas et Lucas, 2002).
  - Les prestataires de services se considèrent comme responsables de l'amélioration de l'équité (Sundar et coll., 2012; Villegas et Lucas, 2002).
  - Un accent mis sur l'autoréflexion et l'apprentissage auprès de la clientèle (Smith et coll., 2021).
- Conformément à l'accent mis sur les relations de collaboration et l'autoréflexion, les termes connexes comprennent l'humilité culturelle et la sécurité culturelle (Smith et coll., 2021).

**Programme adapté à la culture :** programme existant fondé sur des données probantes qui a été modifié systématiquement pour être plus pertinent pour un groupe culturel particulier (González Castro et coll., 2010).

- Les termes semblables comprennent : « sensibilité culturelle », « approprié sur le plan culturel » et « éclairé sur le plan culturel ». Si l'un de ces termes est utilisé en référence à un programme, cela signifie que le programme a été adapté d'une façon ou d'une autre pour mieux répondre aux besoins d'un groupe culturel particulier.

**Programme fondé sur la culture :** un nouveau programme élaboré conjointement avec des membres du groupe culturel pertinent (González Castro et coll., 2010; Lauricella et coll., 2016).

Lorsqu'on cherche à adapter des programmes, il est utile d'envisager un spectre. D'un côté, il y a des programmes adaptés à la culture, et de l'autre, des programmes fondés sur la culture. Les différences entre les deux termes sont résumées dans le tableau ci-dessous. Même si nous présentons les différences, ces concepts ne s'excluent pas mutuellement. Des éléments des deux approches peuvent être utilisés pour modifier des programmes afin de les rendre davantage pertinents pour les communautés racialisées.

| Élément de comparaison       | Programmes adaptés à la culture                                                                                                                                                                             | Programmes fondés sur la culture                                                                                                                                                  |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Définition</b>            | Modifications apportées à un programme fondé sur des données probantes afin que celui-ci soit plus pertinent pour un groupe culturel en particulier (Booth et Lazear, 2015; González Castro et coll., 2010) | Nouveau programme élaboré conjointement, de la création à la mise en œuvre, avec les membres du groupe culturel cible (González Castro et coll., 2010; Lauricella et coll., 2016) |
| <b>Type de programme</b>     | Programme existant                                                                                                                                                                                          | Nouveau programme                                                                                                                                                                 |
| <b>Approche</b>              | Descendante                                                                                                                                                                                                 | Ascendante ou à partir de zéro                                                                                                                                                    |
| <b>Pertinence culturelle</b> | Pourrait ne pas être aussi pertinent pour le groupe culturel en question                                                                                                                                    | Haut degré de validité sociale et culturelle ou de « concordance »                                                                                                                |
| <b>Efficacité réelle</b>     | Les interventions sont fondées sur un programme qui a déjà été mis à l'essai et validé, de sorte qu'il existe des données probantes à l'appui de l'efficacité réelle.                                       | Puisque le programme est nouvellement conçu, la détermination de l'efficacité réelle sera un long processus.                                                                      |

## Références

- Alegria, M., Vallas, M., & Pumariega, A. (2010). [Racial and ethnic disparities in pediatric mental health](#). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), p. 759–774.
- Arora, P. G., Parr, K. M., Khoo, O., Lim, K., Coriano, V., & Baker, C. N. (2021). [Cultural adaptations to youth mental health interventions: A systematic review](#). *Journal of Child and Family Studies*, 30(10), p. 2539–2562.
- Barrera, M., Berkel, C., & Gonzalez Castro, F. (2017). [Directions for the advancement of culturally adapted preventive interventions: Local adaptations, engagement, and sustainability](#). *Prevention Science*, 18(6), p. 640–648.
- Bernal, G., Jimenez-Chafey, M. I., & Rodriguez, M. (2009). [Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice](#). *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), p. 361–368.
- Booth, C., & Lazear, K. (2015). [Cultural adaptation](#). The Cultural & Linguistic Competence Hub of the Technical Assistance Network for Children's Behavioral Health.
- Burrow-Sánchez, J. J., Minami, T., & Hops, H. (2015). [Cultural accommodation of group substance abuse treatment for Latino adolescents: Results of an RCT](#). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(4), p. 571–583.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). [A conceptual framework for implementation fidelity](#). *Implementation Science*, 2, 40.
- Churchill, M. E., Smylie, J. K., Wolfe, S. H., Bourgeois, C., Moeller, H., & Firestone, M. (2020). [Conceptualising cultural safety at an Indigenous-focused midwifery practice in Toronto, Canada: Qualitative interviews with Indigenous and non-Indigenous clients](#). *BMJ Open*, 10, e038168.
- Cokley, K. (2007). [Critical issues in the measurement of ethnic and racial identity: A referendum on the state of the field](#). *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), p. 224–234.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). [Arguments en faveur de la diversité: Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés](#).
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaccs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Georgetown University Child Development Center.
- 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(1), p. 1–17.
- Darroch F., Giles, A., Sanderson, P., Brooks-Cleator, L., Schwartz, A., Joseph, D., & Nosker, R. (2017). [The United States does CAIR about cultural safety: Examining cultural safety within Indigenous health contexts in Canada and the United States](#). *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), p. 269–277.
- Downing, R., Kowal, E., & Paradies, Y. (2011). [Indigenous cultural training for health workers in Australia](#). *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), p. 247–257.

- Fante-Coleman, T., & Jackson-Best, F. (2020). [Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: A scoping review](#). *Adolescent Research Review*, 5(2), p. 115–136.
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). [Cultural humility: A concept analysis](#). *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), p. 210–217.
- Gainsbury, S. M. (2017). [Cultural competence in the treatment of addictions: Theory, practice and evidence](#). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), p. 987–1001.
- González Castro, F., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). [Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions](#). *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, p. 213–239.
- Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K. (2009). [Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement](#). Commission de la santé mentale du Canada.
- Kirmayer, L. J., & Jarvis, G. E. (2019). [Culturally responsive services as a path to equity in mental healthcare](#). *HealthcarePapers*, 18(2), p. 11–23.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). Culture: A critical review of concepts and definitions. *Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University*, 47(1), viii, 223.
- Kumagai, A. & Lypson, M. (2009). [Beyond cultural competence: Critical consciousness, social justice, and multicultural education](#). *Academic Medicine*, 84(6), p. 782–787.
- Lauricella, M., Valdez, J. K., Okamoto, S. K., Helm, S., & Zaremba, C. (2016). [Culturally grounded prevention for minority youth populations: A systematic review of the literature](#). *Journal of Primary Prevention*, 37(1), p. 11–32.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kielling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). [Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews](#). *The Lancet Psychiatry*, 5(4), p. 357–369.
- Matsumoto, D. (1996). *Culture and Psychology*. Brooks/Cole.
- Miller S. (2009). [Cultural humility is the first step to becoming global care providers](#). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(1), p. 92–93.
- Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., & Ayub, M. (2019). [Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy](#). *BJPsych Advances*, 25(6), p. 387–395.
- Nowrouzi, B., Manassis, K., Jones, E., Bobinski, T., & Mushquash, C. J. (2015). [Translating anxiety-focused CBT for youth in a First Nations context in northwestern Ontario](#). *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(1), p. 33–40.
- O’Keefe, V. M., Cwik, M. F., Haroz, E. E., & Barlow, A. (2021). [Increasing culturally responsive care and mental health equity with Indigenous community mental health workers](#). *Psychological Services*, 18(1), p. 84–92.
- Ramsden, I. (2002). [Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu](#). [Dissertation doctorale, Victoria University of Wellington].

- Rathod, S., Phiri, P., & Naeem, F. (2019). [An evidence-based framework to culturally adapt cognitive behaviour therapy](#). *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, p. 1-10.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). [Cultural sensitivity in substance use prevention](#). *Journal of Community Psychology*, 28(3), p. 271-290.
- Santé publique Ottawa. (2020). [La santé mentale de la communauté noire d'Ottawa](#).
- Shepherd, S. M. (2019). [Cultural awareness workshops: Limitations and practical consequences](#). *BMC Medical Education*, 19(1), p. 1-10.
- Sikorski, C., Leatherdale, S., & Cooke, M. (2019). [Tobacco, alcohol and marijuana use among indigenous youth attending off-reserve schools in Canada: Cross-sectional results from the Canadian student tobacco, alcohol and drugs survey](#). *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 39(6-7), p. 207-215.
- Smith, P., Rice, K., Usher, K., & Schutte, N. (2021). [Cultural responsiveness for mental health professionals working with Aboriginal and Torres Strait Islander clients: A concept analysis](#). *Australian Psychologist*, 56(6), p. 446-457.
- Souissi, T. (2022). [Minorités racisées](#). Dans L'encyclopédie canadienne.
- Statistique Canada. (2011). [Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada: Enquête nationale auprès des ménages, 2011](#).
- Statistique Canada. (2017a, novembre 1). [Immigration et diversité ethnoculturelle: Faits saillants en tableaux](#).
- Statistique Canada. (2017b, octobre 25). [Guide de référence sur les minorités visibles et le groupe de population: Recensement de la population, 2016](#).
- Steinka-Fry, K. T., Tanner-Smith, E. E., Dakof, G. A., & Henderson, C. (2017). [Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, p. 22-37.
- Sue, S., Zane, N., Hall, G. C. N., & Berger, L. K. (2009). [The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions](#). *Annual Review of Psychology*, 60, p. 525-548.
- Sundar P., Todd S., Danseco E., Kelly L.J. & Cuning S. (2012). [Toward a culturally responsive approach to child and youth mental health practice: Integrating the perspectives of service users and providers](#). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(1), p. 1-15.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). [Cultural humanity versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education](#). *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 9(2), p. 117-125.
- Villegas, A. M. & Lucas, T. (2022). [Preparing culturally responsive teachers: Rethinking the curriculum](#). *Journal of Teacher Education*, 53(1), p. 20-32.
- Waters, A. & Asbill, L. (2013, août). [Reflections on cultural humility](#). American Psychological Association.
- Wu, C., Kennedy, E. B., Wilkes, R., Columbia, B., Qian, Y., & Columbia, B. (2020). [Acute discrimination and East Asian-white mental health gap during COVID-19 in Canada](#). Publication en ligne anticipée.



 CYMHAOntario

 cymhaon

 cymha\_on

695, avenue Industrial, Ottawa (Ontario) K1G 0Z1

 – 1 613 737 2297

FR – [smdej.ca](mailto:smdej.ca)

 – 1 613 738 4894

EN – [cymha.ca](http://cymha.ca)