



UN CADRE CONCEPTUEL POUR LA
MESURE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE
DES AUTOCHTONES

Harmony Johnson (sełakəs) et Julie Sutherland

Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SÉCURITÉ CULTURELLE ET RELATIONS RESPECTUEUSES

© 2022 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une

mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

Référence bibliographique :

Johnson, H., & Sutherland, J. (2022). *Un cadre conceptuel pour la mesure de la sécurité culturelle des Autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *A conceptual framework for Indigenous cultural safety measurement*.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333 University Way
Prince George (Colombie-Britannique)
V2N 4Z9 Canada
Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca



Télécharger des publications à ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



Download publications at nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-327-0
ISBN (format en ligne) :
987-1-77368-326-3

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	4
MÉTHODE	7
EXPÉRIENCES DES PEUPLES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ : RACISME, PRÉJUGÉS, ASSIMILATION, EFFACEMENT ET CONTEXTE DE SOINS	9
CONCEPTS DE BASE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE	12
INITIATIVES DE SÉCURITÉ CULTURELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ : UN APERÇU	14
INITIATIVES DE SÉCURITÉ CULTURELLE : DE L'ÉVALUATION À LA MESURE À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME	15
MESURE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE : UN CADRE CONCEPTUEL	19
Actions et interventions du système de santé	20
Expérience du système de santé	24
Performance du système de santé	25
Résultats en matière de santé et de mieux-être	25
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES	29
ANNEXE A : CONCEPTS DES CADRES DE SÉCURITÉ CULTURELLE	39
ANNEXE B : THÈMES D'UNE EXPÉRIENCE SÉCURITAIRE SUR LE PLAN CULTUREL	42



INTRODUCTION



Ces dernières années, on a assisté à une prise de conscience sociale croissante de l'histoire de la relation du Canada avec les nations et les peuples autochtones¹, ainsi que du legs du colonialisme et du racisme qui continue de façonner la société canadienne et ses institutions. Cette prise de conscience, qui s'est transformée en un impératif de catalyser la réconciliation, découle en partie des efforts et des résultats d'études comme la Commission de vérité et réconciliation (TRC, 2015)* et l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (NIMMIWG, 2019). Les rapports résultant de ces deux enquêtes ont recommandé que tous les gouvernements se conforment aux instruments de droits énoncés, entre autres, dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA).

La DNUDPA établit « des normes minimales pour la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones du monde » (Johnson & METL, 2021, p. 1). Ces normes, ou droits, peuvent être regroupées en quatre catégories : le droit de

pratiquer la médecine autochtone, le droit d'accéder aux services sans discrimination, le droit d'obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de santé et le droit à l'autodétermination. Les pratiques, systèmes et structures coloniaux ont mis en péril ces droits et nécessitent une remédiation urgente. En réponse à l'appel à l'action n° 43 de la Commission de vérité et réconciliation, le gouvernement du Canada et quelques provinces et territoires proposent des mesures, législatives notamment, pour mettre en œuvre la DNUDPA comme « cadre de réconciliation » (TRC, 2015, p. 5).

La sécurité culturelle autochtone est un concept clé en matière de soins de santé qui reflète les droits des Autochtones à la santé énoncés dans la DNUDPA, y compris les droits à l'autodétermination, à la pratique de la guérison et de la médecine traditionnelles et culturelles, et à l'accès aux services sans discrimination (Johnson & METL, 2021). Issue d'Aotearoa², la notion de sécurité culturelle décrit un résultat qui permet aux patients et au personnel

autochtones d'avoir accès à des services et des milieux de santé qui valident leur humanité et leur identité culturelle, sont exempts de racisme et soutiennent leur droit à l'autodétermination. L'importance de la sécurité culturelle comme moyen de remédier aux inégalités dans les soins de santé et les résultats en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones a été reconnue au niveau international (Curtis et al., 2019). Cette reconnaissance a conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre de cadres, d'actions et d'interventions (p. ex. formation et politiques en matière de sécurité culturelle) dans les établissements de soins du monde entier. Elle a suscité un appel à :

des stratégies, des mécanismes de responsabilisation et des interventions... [afin de perturber] les schémas profondément ancrés de pouvoir et de paternalisme opérant dans les soins de santé; les discours racistes et stigmatisants sur les peuples autochtones qui restent omniprésents; et les pratiques et politiques méprisantes, peu

*Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

¹ Tout au long de ce document, le terme « Autochtone » est considéré comme synonyme du terme « Aborigène » et désigne les Premières Nations, les Inuits et les Métis de ce qui est maintenant le Canada, ainsi que les premiers habitants et propriétaires de terres dans d'autres pays.

² Le terme « Aotearoa » est l'appellation maorie de la Nouvelle-Zélande.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID: 1151495021

« La performance du système de santé et la mesure des résultats en matière de santé sont des disciplines bien établies; cependant, l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant d'évaluer les actions et les interventions en matière de sécurité culturelle se fait attendre. »

accueillantes et souvent avilissantes qui ont une incidence si profonde sur les expériences des personnes [traduction] (Browne, 2017, p. 25).

Or, il s'est avéré difficile de démontrer de manière concluante les résultats de ces interventions, et de nombreux appels ont été lancés pour que l'on s'attaque aux complexités inhérentes à la

mesure de la sécurité culturelle (p. ex. Baba, 2013; Curtis et al., 2019; Turpel-Lafond, 2020a). Le présent document vise à répondre à ce défi en offrant un point de départ pour la mesure de la sécurité culturelle par le biais d'une recension et d'une analyse thématique de la littérature. Il s'appuie sur cette analyse documentaire pour élaborer un cadre conceptuel à

l'échelle du système permettant de comprendre la relation entre les interventions, l'expérience et les résultats en matière de sécurité culturelle.

La performance du système de santé et la mesure des résultats en matière de santé sont des disciplines bien établies; cependant, l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant d'évaluer les actions et les interventions en matière de *sécurité culturelle* se fait attendre. Compte tenu de cette lacune, cet article met en lumière les caractéristiques d'une expérience de soins sécuritaire sur le plan culturel. Il se concentre également sur la recension des domaines (p. ex. gouvernance, ressources humaines, espaces physiques) et des exemples d'indicateurs de performance du système de santé (p. ex. accès, efficacité, efficience) dans le cadre conceptuel proposé qui nécessitent plus d'attention. En s'appuyant sur la littérature, ce document propose également des concepts pour éclairer les discussions entre et avec les peuples et organisations autochtones sur la mesure de la sécurité culturelle dans les soins de santé. Il sert donc de point de départ pour aider l'évolution, l'adaptation et l'amélioration de la mesure de la sécurité culturelle à se concrétiser par le dialogue et la relation.

Un élément clé de ce document est le fait que les concepts de sécurité culturelle et de relationnalité sont intimement liés. Il emprunte sa



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 177541402

définition de la relationnalité à Elliot-Groves et coll. (2020) : la conscience que « les vies humaines sont interdépendantes et dépendantes de la vie dans des relations éthiques avec les autres personnes, avec nos ancêtres, avec les plantes et les animaux, et avec le monde naturel » [traduction] (résumé, p. 158). Il confirme également le point de vue d'Elliot-Groves et coll. selon lequel « les systèmes autochtones de relationnalité sont au cœur de l'existence autochtone » [traduction] (ibid.). En ce qui concerne la sécurité culturelle, la relation entre le patient et le prestataire de soins – telle qu'elle a été façonnée par le passé, la politique et le milieu de soins – détermine la mesure dans laquelle le patient estime que les soins qu'il reçoit sont culturellement sécuritaires. À l'image de la relationnalité inhérente à la sécurité culturelle, les domaines et les indicateurs présentés dans ce document sont également relationnels. Aucun indicateur ne peut, à lui seul, mesurer le concept de sécurité culturelle; au contraire, chaque indicateur est influencé par, et en relation avec, de nombreux autres indicateurs.

Après une brève description de notre méthode, cet article présente un compte rendu du colonialisme et du racisme envers les Autochtones dans le domaine des soins, suivi d'une description des concepts, des actions et des interventions qui ont vu le jour pour traiter ces questions. L'évaluation et la mesure de l'efficacité de ces actions et interventions sont résumées, ainsi que les divers appels à l'amélioration des efforts de mesure dans ces catégories. Ce document présente ensuite une représentation visuelle de haut niveau d'un cadre conceptuel de mesure de la sécurité culturelle (figure 1), qui est tiré de la logique dominante dans la littérature. Les quatre sous-sections suivantes s'appuient sur cette figure, en développant les catégories qui y sont représentées par des ovales.

La première sous-section résume et examine 10 domaines dans lesquels des mesures des processus peuvent être conçues pour suivre l'efficacité d'interventions et d'actions communes et établies pour accroître la sécurité culturelle.

Elle définit également les considérations relatives à la mise en œuvre. Bien entendu, ces considérations ne sont pas exclusivement liées à ces domaines; elles doivent plutôt être prises en compte tout au long du processus de collecte et de gestion des données pertinentes. La deuxième sous-section résume six thèmes issus d'un examen de la documentation portant sur les expériences autochtones souhaitées en matière de sécurité culturelle dans les soins. Dans la troisième sous-section, nous examinons comment les efforts en matière de sécurité culturelle dans les soins de santé peuvent consister moins à concevoir des indicateurs entièrement nouveaux qu'à favoriser la visibilité des peuples autochtones dans ces données. Dans la quatrième sous-section, nous verrons comment des résultats équitables en matière de santé et de mieux-être pour les Autochtones et le respect des droits de la personne des Autochtones sont le résultat d'interventions et d'actions du système de santé qui ont conduit à une expérience du système de santé qu'ils considèrent comme sécuritaire sur le plan culturel. Nous concluons par une brève invitation aux Autochtones et aux systèmes de santé du Canada à continuer de discuter et de cerner les domaines pertinents, ainsi qu'à concevoir des actions et des interventions qui favorisent la sécurité culturelle des Autochtones dans le système de santé d'un océan à l'autre.

MÉTHODE



Une première ébauche de ce document a été rédigée au milieu de l'année 2018 à partir de recherches effectuées en ligne et dans des bibliothèques universitaires pour trouver des articles, des cadres, des plans et des stratégies liés à la sécurité culturelle des Autochtones. Elle a été complétée par une recension de la littérature universitaire de 2019 réalisée pour un projet connexe, en utilisant les termes de recherche suivants :

Tableau 1 : Termes de recherche pour une recension de la littérature universitaire dans un projet connexe, 2019

Concept 1	Concept 2
Canada [Mesh] OR Americas [Mesh] OR New Zealand [Mesh] OR Australia [Mesh] OR American Native Continental Ancestry Group [Mesh] OR Oceanic Ancestry Group [Mesh] OR Aboriginal OR "First Nations" OR Māori OR Indigenous OR Metis OR Inuit	"Cultural Competency"[Majr] OR "Culturally Competent Care"[Majr] OR "Transcultural Nursing"[Majr] OR "Health inequality"[Majr] OR "Organizational culture"[Majr] OR "Organizational innovation" [Majr] OR "Health services, Indigenous" [Majr] OR Cultural adj1 safety OR cultural adj1 humility OR cultural adj1 sensitivity OR cultural adj1 awareness OR Culturally adj1 appropriate OR cultural adj1 responsiveness OR Stereotype adj1 harm OR "Critical race theory" OR Settler adj1 identity adj1 development OR "Prejudice reduction theory" OR "Contact theory" OR "Scaffolding learning" OR Institutional adj1 racism OR Confirmation adj1 bias OR oppression

Cette recherche a permis de répertorier 1 665 articles qui ont été examinés en fonction des critères du tableau 2, dont 203 articles de PubMed qui ont été inclus dans l'analyse documentaire.

Tableau 2 : Critères de sélection pour l'inclusion de la littérature dans ce rapport

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Publié au cours des cinq dernières années • En anglais • En rapport avec les peuples/cultures autochtones • Indicateurs et/ou mesures • Touche aux niveaux de la structure, du système et des prestataires du système de santé • Références aux médecines/guérisons traditionnelles • Soins sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas en anglais • Références non autochtones (c'est-à-dire afro-caribéennes, asiatiques, etc.) • Articles qui ne comportaient pas de résumé • Articles traitant d'approches médicales particulières pour le traitement d'affections fondées sur des prédispositions génétiques • Protocoles pour les examens et les essais cliniques

D'autres recherches ont été menées en 2021 dans les bibliothèques universitaires et sur Internet pour identifier la littérature universitaire et grise récente, avec une recherche en boule de neige basée sur les références. Enfin, nous avons communiqué avec le ministère de la Santé de chaque province et territoire

afin de recenser les plans, cadres, actions ou stratégies de sécurité culturelle pertinents pour cette initiative. La majorité des articles que nous avons sélectionnés datent de moins de cinq ans, mais la recherche en boule de neige et l'examen des références des articles ont également permis de trouver un certain nombre d'études datant de plus de cinq ans qui nous ont semblé pertinentes pour le présent document. La décision de se concentrer sur les documents les plus récents s'appuie en partie sur les conseils d'un groupe consultatif autochtone qui a participé à l'analyse documentaire et qui a défini les termes de recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion. Les membres de ce groupe ont estimé que ce critère permettrait de maintenir la portée de l'examen à un niveau gérable. De plus, l'intention du groupe était que l'analyse documentaire facilite la mesure et l'élaboration d'une norme associée et, en tant que telle, l'utilisation des publications les plus récentes donnerait un résultat plus pertinent.

La sélection des cadres décrits dans l'annexe A s'est effectuée selon les critères suivants : concernant spécifiquement les peuples autochtones, étant propre à la sécurité culturelle et articulant divers domaines organisationnels. La sélection des articles décrits

dans l'annexe B s'est effectuée selon les critères suivants : concernant spécifiquement les peuples autochtones, étant propre à la sécurité culturelle et articulant les expériences autochtones de sécurité culturelle souhaitées dans les soins de santé.

La lutte contre les disparités en matière de soins de santé et de résultats est impossible sans un aspect essentiel de la sécurité culturelle : l'éradication du racisme envers les Autochtones (Kétéskwēw Dion Stout et al., 2021; Turpel-Lafond, 2020a). Dans le cadre de cet article, nous nous sommes délibérément concentrés sur le terme « sécurité culturelle » afin de contribuer à l'analyse des aspects moins développés de la sécurité culturelle. Naturellement, ces aspects doivent être associés aux travaux plus approfondis qui se concentrent plus largement sur le racisme et la discrimination et, en effet, certaines de ces études – en particulier celles qui traitent de la mesure de la discrimination raciale – ont inspiré le présent document. De nombreuses études qui ont évalué les approches de la mesure de la discrimination raciale ou fourni des examens systématiques de ces études d'évaluation ont constaté un manque d'outils et d'études adéquats pour mesurer le racisme des prestataires de soins et ont réclamé des approches

de recherche et de mesure plus interdisciplinaires, plus complètes et/ou plus sophistiquées (Adkins-Jackson et al., 2021; Bourke et al., 2020; Boynton-Jarrett et al., 2021; Kressin et al., 2008; National Research Council, 2004; Paradies et al., 2014).

En attirant l'attention sur les lacunes des études et des mesures, la littérature sur la mesure de la discrimination raciale a indiqué que des mesures efficaces comprendraient : celles basées sur la théorie et évaluant des dimensions spécifiques du racisme (Adkins-Jackson et al.; Kressin et al., 2008); celles impliquant des analyses empiriques (Tan et al., 2021); celles qui vont au-delà des expériences de discrimination autodéclarées/perçues, car elles ne facilitent pas la compréhension du racisme à un niveau systémique (Boynton-Jarrett et al., 2021; Irani et al., 2020); celles qui saisissent la nature multidimensionnelle du racisme structurel (Chantarat et al., 2021; Shelton et al., 2021); et celles qui se concentrent sur des populations précises (Marrie & Marrie, 2014). Des études ont également recommandé l'élaboration de mesures d'expérience fondées sur les forces et culturellement pertinentes (Churchill, 2015; Green et al., 2021).

EXPÉRIENCES DES PEUPLES AUTOCHTONES EN MATIÈRE DE SANTÉ : RACISME, PRÉJUGÉS, ASSIMILATION, EFFACEMENT ET CONTEXTE DE SOINS

Les peuples autochtones de ce qui est maintenant le Canada ont une longue et riche histoire en matière de santé et de mieux-être, caractérisée par une définition holistique de la santé qui met l'accent sur l'interconnexion des dimensions physique, affective, spirituelle et mentale du bien-être. La santé et le mieux-être des Autochtones sont intimement liés à leur relation avec l'environnement, la collectivité, les ancêtres et les générations futures. Par le biais des processus coloniaux, l'approche holistique et relationnelle de la santé et du mieux-être des Autochtones a été intentionnellement perturbée et remplacée par un système occidental de santé et de mieux-être qui a infligé des traumatismes aux familles et aux sociétés, miné l'autodétermination et la prise de décisions des individus et des nations, et systématiquement dévalorisé leurs pratiques, leurs croyances et leurs traditions (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2015; Turpel-Lafond, 2020a).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1197224361

« Que ce soit consciemment ou inconsciemment, les stéréotypes raciaux continuent de façonner les croyances, les décisions et les actions des prestataires de soins. Celles-ci conduisent à des soins de moins bonne qualité pour les Autochtones, qui sont confrontés à des temps d'attente plus longs et à des retards dans les services, reçoivent moins de médicaments et moins d'aiguillages, et subissent des traitements irrespectueux, voire des diagnostics erronés et des décès évitables. »

Ce système occidental tend à se concentrer exclusivement sur le traitement des maladies physiques et ne reconnaît pas ou ne met pas en œuvre les valeurs et les pratiques défendues par les populations autochtones du pays. Il fonctionne également en surcapacité, plus que jamais en raison des tensions liées à la pandémie de COVID-19. Ce dernier point est parfois utilisé pour justifier l'incapacité du système à s'attaquer au racisme envers les Autochtones (« comment un système surchargé peut-il prendre en charge un problème de plus? » [traduction]). Qui plus est, le système, surchargé et en sous-effectif, est cruellement sous-représenté en ce qui concerne les effectifs autochtones. De plus, les querelles de compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux entraînent systématiquement des inégalités en matière de soins pour les Autochtones par rapport aux non autochtones (Allan & Smylie, 2015; Baker & Giles, 2012; Reading, 2013; Reading & Wien, 2009). Ainsi, le système traditionnel ne parvient pas, à presque tous les égards, à servir et à soutenir équitablement les Autochtones.

En bref, l'écart philosophique dans la définition des soins entre la médecine autochtone (holistique) et la médecine conventionnelle (biomédicale), ainsi qu'une culture organisationnelle dominante qui renforce le racisme de manière systématique et interpersonnelle, ont abouti à un système de soins qui rejette largement les points de vue autochtones sur la santé et le mieux-être. L'incapacité du système conventionnel à offrir aux Autochtones des soins culturellement pertinents ou acceptables (Health Council of Canada [HCC], 2012; Turpel-Lafond, 2020a) n'est qu'un début. En effet, les pratiques de soins et les protocoles culturels autochtones peuvent même être interdits par les politiques organisationnelles et les barrières réglementaires, et les espaces physiques évoquent et renforcent des processus de colonialisme qui rappellent le traitement dans des systèmes coloniaux comme les pensionnats (Goodman et al., 2017; Hole et al., 2015; Loppie et al., 2014).

Bien que bon nombre des politiques ségrégationnistes et assimilationnistes les plus

visibles du colonialisme (p. ex. pensionnats, hôpitaux « indiens ») aient pris fin, leurs répercussions continuent de façonner les expériences des clients autochtones accédant au système de santé de nombreuses façons. Que ce soit consciemment ou inconsciemment, les stéréotypes raciaux continuent de façonner les croyances, les décisions et les actions des prestataires de soins. Celles-ci conduisent à des soins de moins bonne qualité pour les Autochtones, qui sont confrontés à des temps d'attente plus longs et à des retards dans les services, reçoivent moins de médicaments et moins d'aiguillages, et subissent des traitements irrespectueux, voire des diagnostics erronés et des décès évitables (Allan et Smylie, 2015; Dehaas, 2014; HCC, 2012; Harding, 2018; Johnston, 2017; Loppie et al., 2014; Turpel-Lafond, 2020a; Vukic et al., 2012). L'expérience même du racisme est également associée à une santé et un bien-être moindres, y compris des idées suicidaires et du stress (Turpel-Lafond, 2020a).

De plus, les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada, qui sont largement peuplées par des Autochtones (Statistics Canada, 2020; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], n.d.), subissent des inégalités supplémentaires sous la forme d'un accès limité aux services de santé, qui est plus fréquemment cité comme un obstacle à la santé et au mieux-être parmi les populations autochtones que parmi les non autochtones

(National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH], 2019; Wilson et al., 2020). Cela aussi est lié aux pratiques coloniales historiques et actuelles. Par exemple, les collectivités des Premières Nations ont été relocalisées dans des réserves situées en bordure de leurs territoires, des secteurs qui sont aujourd'hui mal desservis par les services de santé (Turpel-Lafond, 2020a). En effet, la manière dont le racisme et les préjugés sont structurellement ancrés dans les institutions et les processus de soins les renforce continuellement.

De nombreux Autochtones portent également des souvenirs associés à l'injustice et aux traumatismes infligés par les institutions occidentales – y compris les institutions médicales – et ont transmis ces traumatismes et ces souvenirs à des générations successives (Aguiar & Halseth, 2015). Les traumatismes et la violence (y compris la violence structurelle) ont entraîné de la méfiance à l'égard des institutions non autochtones (HCC, 2012) et servent de « toile de fond à toutes les interactions potentielles en matière de santé » [*traduction*] (Kétéskwēw Dion Stout et al., 2021, p. 15). Les traumatismes et la violence sont aggravés par le racisme actuel. Au fil du temps, des individus et des populations entières intériorisent l'oppression, ce qui entraîne de la dépression, de la toxicomanie et d'autres facteurs, comme la violence interpersonnelle (Aguiar & Halseth, 2015). La violence

interpersonnelle et structurelle affecte spécifiquement les femmes autochtones de manière disproportionnée (Cullen et al., 2021; Gerlach et al., 2017; Heidinger, 2021). Les institutions de la médecine occidentale qui peuvent être en mesure de traiter les symptômes du traumatisme sont les mêmes que celles qui en déclenchent la cause profonde.

Les Autochtones qui travaillent dans le système de santé sont également témoins des répercussions du racisme et des préjugés sur les soins que leurs pairs prodiguent à leurs clients autochtones. De plus, ils sont eux-mêmes directement victimes de racisme de la part de leurs collègues et de leurs employeurs (Kétéskwēw Dion Stout et al., 2021; Turpel-Lafond, 2020a; Vukic et al., 2012). Le racisme et les préjugés ont également été cités comme des obstacles au recrutement d'un plus grand nombre de professionnels de la santé autochtones au sein du système. De plus, ils ont été cités comme l'une des principales raisons pour lesquelles de nombreux professionnels de la santé autochtones quittent le système de santé traditionnel, même si l'emploi d'un plus grand nombre d'Autochtones est essentiel pour rendre le réseau plus accueillant pour la clientèle autochtone (Turpel-Lafond, 2020a; Vukic et al., 2012).

En résumé, les peuples autochtones, qui ont hérité d'un traumatisme intergénérationnel lié aux « soins » institutionnels,

sont éloignés des services de santé par le racisme et les stéréotypes (Allan et Smylie, 2015; HCC, 2012; Reading et Wien, 2009; Turpel-Lafond, 2020a; United Nations [UN] Human Rights Council, 2016). Le racisme systémique, ainsi que les stéréotypes comportementaux et systémiques dans la relation client-prestataire, a des effets cumulatifs profonds sur la santé et le bien-être des populations autochtones. Un récent rapport complet sur le racisme envers les Autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique (C.-B.) a décrit le lien entre le racisme et les disparités importantes entre les Premières Nations et les Métis et les autres résidents de la C.-B. dans des domaines comme l'espérance de vie, la mortalité infantile et les maladies chroniques (Turpel-Lafond, 2020a). Ce rapport a également constaté que « des événements se sont produits qui ont illustré la réalité persistante du racisme dans les soins dans d'autres régions du pays » [*traduction*] (p. 7). Il note ainsi que « les insultes racistes et la mort subséquente de Joyce Echaquan se sont produites au Québec, ce qui démontre que le problème n'est probablement pas unique à la Colombie-Britannique » [*traduction*] (p. 7). Les préjugés interpersonnels et structurels qui imprègnent tous les contextes sociaux, politiques et économiques font du racisme l'un des déterminants les plus profonds de la mauvaise santé des peuples autochtones (Reading & Wien, 2009).

CONCEPTS DE BASE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE



Une gamme de concepts interdépendants, y compris la sensibilisation culturelle, la sensibilité culturelle, la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, ont été élaborés et ont évolué afin de lutter contre le racisme, d'éliminer les disparités dans les résultats de santé entre Autochtones et non-Autochtones, et de soutenir la santé et le mieux-être des Autochtones (Allan & Smylie, 2015; Baker & Giles, 2012; Brascoupé & Waters, 2009). La sensibilisation culturelle désigne la reconnaissance par un prestataire de soins des différences culturelles (p. ex. croyances, langues, enseignements) en tant que facteur influençant et façonnant l'expérience du client (Baba, 2013; HCC, 2012; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC], 2013). La sensibilité culturelle est une reconnaissance de la part des prestataires de soins de la nécessité de respecter cette différence culturelle (Baba, 2013). L'apprentissage des différences culturelles, dans le but de permettre au prestataire de soins d'adapter ses soins au contexte culturel du client, est au cœur de la compétence culturelle (Baba, 2013; HCC, 2012; SOGC, 2013). Ces concepts interdépendants ont en commun la notion que

la différence culturelle est le principal problème à résoudre dans le contexte de la prestation de soins, et que le prestataire peut atténuer ce problème en améliorant sa connaissance de la ou des cultures d'autrui (Baba, 2013; Curtis et al., 2019).

Alors que les concepts ci-dessus mettent l'accent sur les connaissances des prestataires sur les autres cultures, l'humilité culturelle met l'accent sur l'acquisition de connaissances sur le colonialisme et du perfectionnement des compétences des prestataires en matière d'autoréflexion (Indigenous Physicians Association of Canada [IPAC] & Royal College of Physicians & Surgeons of Canada [RCPSC], 2009; Walker et al., 2010; Yeung, 2016). Contrairement à la « compétence » qui, dans la perspective de la formation occidentale, connote « la maîtrise démontrable d'un ensemble fini de connaissances » (Tervalon & Murray-Garcia, 1998, p. 118), l'humilité culturelle se concentre sur l'apprentissage tout au long de la vie (Hook et al., 2013). Il s'agit d'un processus continu d'autoréflexion que le prestataire ou le décideur adopte pour examiner comment sa propre culture, ses préjugés et la société façonnent et influencent sa

pratique et sa prise de décisions (Baba, 2013; Brascoupé & Waters, 2009; HCC, 2012; IPAC & RCPSC, 2009; National Aboriginal Health Organization [NAHO], 2008; Yeung, 2016). L'humilité culturelle analyse les déséquilibres de pouvoir, la discrimination et les relations coloniales tels qu'ils s'appliquent aux soins de santé (NAHO, 2008; Papps & Ramsden, 1996). Par ces moyens, les praticiens s'efforcent de trouver une façon d'autoréguler le sentiment de supériorité qui peut être ancré dans la vision du monde dominante (occidentale blanche) à laquelle ils ont été exposés et qui a également une tendance naturelle à accompagner l'enseignement supérieur (Hook et al., 2013). L'humilité culturelle ne concerne pas seulement les prestataires de soins, mais aussi les administrateurs et les décideurs qui sont responsables des institutions, des politiques, de la législation et d'autres facteurs systémiques qui façonnent la pratique professionnelle et les milieux de soins (Brascoupé & Waters, 2009; Yeung, 2016).

L'humilité culturelle est une pratique comportementale qui contribue au concept principal de ce document : la sécurité culturelle. La sécurité culturelle a été mise de l'avant par Irihapeti

« En plaçant la définition de la réussite entre les mains du client, la sécurité culturelle remet en cause les dynamiques existantes en déplaçant le pouvoir du prestataire vers le client, reconnaît la validité des valeurs culturelles (notamment l'importance des relations et de la confiance) et rétablit l'autodétermination que les processus du colonialisme ont sapée. »



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 21387564

Ramsden, une infirmière maorie d'Aotearoa, qui avait constaté un manque de sécurité dans le système pour les patients maoris (McEldowney & Connor, 2011). Cette insécurité découle de facteurs coloniaux et historiques qui façonnent les préjugés systémiques actuels et perpétuent les déséquilibres de pouvoir entre les prestataires de soins et les clients autochtones (Hole et al., 2015). En revanche, un milieu sécuritaire sur le plan culturel est sécuritaire sur les plans physique, social, affectif et spirituel. Il ne remet pas en cause, n'ignore pas ou ne nie pas l'identité d'un individu et il est exempt de racisme (Turpel-Lafond, 2020a). Il est important de noter que la sécurité culturelle est un résultat défini par le client qui reçoit des soins (HCC, 2012; IPAC & RCPSC, 2009; SOGC, 2013; Yeung, 2016). Cette approche reflète le fait que le racisme est mieux défini par le client, car il se produit souvent sans intention de la part du prestataire, dont les valeurs et les normes façonnent, et sont façonnées, par le courant dominant (Goodman et al., 2017; SOGC, 2013). En plaçant la définition de la réussite entre les mains du client, la sécurité culturelle remet en cause les dynamiques existantes en déplaçant le pouvoir du prestataire vers le client, reconnaît la validité des valeurs culturelles (notamment l'importance des relations et de la confiance) et rétablit l'autodétermination que les processus du colonialisme ont sapée (Brascoupé & Waters, 2009; Yeung, 2016).

INITIATIVES DE SÉCURITÉ CULTURELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ : UN APERÇU

De nombreux efforts sont en cours pour intégrer la sécurité culturelle dans la prestation des soins au Canada, en Australie, à Aotearoa et aux États-Unis. Dans certains cas, l'accent a été mis sur l'exploration de la manière dont les pratiques sécuritaires sur le plan culturel peuvent être intégrées dans des domaines précis, comme l'arthrite, le cancer, le diabète, la santé buccodentaire, les soins palliatifs ou la toxicomanie

(Crowshoe et al., 2018; Forsyth et al., 2017; Goodman et al., 2017; Shahid et al., 2018; Taylor et al., 2018; Thurston et al., 2014). Bien que moins fréquents, des efforts ont également été déployés pour mettre en œuvre la sécurité culturelle au niveau organisationnel, régional ou national, en tenant compte des pratiques en vigueur dans l'ensemble du système de santé (Anderson et Hansson, 2016; Australian Health Ministers'

Advisory Council, n.d.; Greenwood, 2019; Muise, 2019). L'approche la plus courante semble être la conception et la mise en œuvre d'un type donné d'intervention en matière de sécurité culturelle, en particulier l'éducation et la formation des professionnels de la santé (Coombe et al., 2019; Hojjati et al., 2018; Kerrigan et al., 2020; Vogel, 2018).

Les efforts sont également fréquemment axés sur le recrutement et le maintien en poste de travailleurs de la santé et d'agents de liaison autochtones (Gwynne et Lincoln, 2017; Huria et al., 2014; Lai et al., 2018; McKenna et al., 2015). D'autres initiatives consistent à établir des relations avec les peuples autochtones et à faciliter leur participation à la conception et à la prestation des services de santé, ainsi qu'à élaborer des communications et des ressources adaptées à la culture des clients autochtones (Anderson et Hansson, 2016; Banna et Bersamin, 2018; Mitchell et al., 2019; Williams et al., 2018).



INITIATIVES DE SÉCURITÉ CULTURELLE : DE L'ÉVALUATION À LA MESURE À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME

La nécessité d'évaluer les initiatives mentionnées ci-dessus et d'autres initiatives de sécurité culturelle a été reconnue, ce qui a conduit à une variété d'approches, d'indicateurs et de méthodes dans toute une série de disciplines de la santé. Il s'agit notamment d'efforts menés dans le domaine de la santé maternelle, des soins palliatifs et de la santé mentale (Auger et al., 2019; Fleming et al., 2019; Nadin et al., 2018; Thackrah et al., 2020). D'autres évaluations se sont concentrées sur des professions (p. ex. soins infirmiers) ou des milieux de soins (p. ex. hôpitaux) en particulier (Elvidge et al., 2020; Hunter & Cook, 2020). Certains efforts portaient sur des interventions particulières, comme l'intégration des pratiques culturelles dans les soins, l'augmentation et le soutien du personnel de santé autochtone, ou la création d'instruments et de ressources adaptés sur le plan culturel (Li et al., 2017; Lowell et al., 2015; Percival et al., 2018). Les évaluations se sont souvent concentrées sur diverses initiatives d'éducation

et de formation destinées à accroître la conscience culturelle et l'humilité des prestataires de soins (Alexander-Ruff et Kinion, 2018; Jongen et al., 2018; Kurtz et al., 2018; McDonald et al., 2018; Rand et al., 2019).

La collecte de données sur la force de ces initiatives reflète souvent la valeur que les peuples autochtones accordent aux données probantes qualitatives. Les mesures de la qualité des relations et des expériences des individus, des familles et des collectivités sont courantes dans les cas d'évaluations autochtones et considérées comme aussi valables que les indicateurs quantitatifs et « scientifiques » (National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCA], 2013a). Une caractéristique centrale de l'évaluation au sein des collectivités autochtones est l'importance accordée aux relations entre la collectivité et l'évaluateur tout au long du processus. La qualité et l'utilité de tout résultat du processus seront directement corrélées à la qualité de la relation avec les

personnes et la collectivité, et de la mobilisation de celles-ci (NCCA, 2013a; PHAC, 2015).

Les collectivités autochtones accordent une grande importance à l'intégration de leurs visions du monde, de leurs philosophies, de leurs valeurs et de leurs connaissances dans leur collecte de données, comme la philosophie du « tout est relié ». Les approches des peuples autochtones en matière de collecte de données comprennent également une plus grande attention aux facteurs historiques et environnementaux et à leurs répercussions sur les personnes, les collectivités et les interventions, y compris les répercussions passées et présentes du colonialisme (Assemblée des Premières Nations [APN], 2006; NCCA, 2013a; PHAC, 2015).

Ces approches de l'évaluation peuvent parfois représenter un défi pour les préférences occidentales pour les mesures « éprouvées » (APN, 2006; NCCA, 2013a). De nombreuses études qualitatives ont néanmoins

été menées, mais elles ont surtout porté sur l'efficacité des programmes de formation en matière de connaissances culturelles des prestataires (Aboriginal Health Research Networks Secretariat [AHRNS], 2012; Brascoupe & Waters, 2009; Walker et al., 2010) plutôt que sur les résultats (c.-à-d. les programmes, politiques, services et pratiques que le patient estime sécuritaires sur le plan culturel). Certaines études ont fait contrepoids en attirant l'attention sur les expériences de sécurité culturelle des Autochtones dans le système de santé et/ou en tentant d'adopter une vision plus large qui englobe l'état de santé, les résultats, les déterminants de la santé et la performance du système de santé (Auger et al., 2019; Australian Institute of Health and Welfare, 2020; Elvidge et al., 2020; Smith et al., 2017; Turpel-Lafond, 2020a). Un petit nombre d'études ont également montré des résultats prometteurs en ce qui concerne l'incidence des approches sécuritaires sur le plan culturel sur les comportements en matière de santé, comme l'attachement aux soins de première ligne et l'adhésion au traitement (Johanson & Hill, 2011; Taylor et al., 2009).

Les efforts d'évaluation des initiatives en matière de sécurité culturelle ont mis en évidence plusieurs défis, notamment : la nouveauté du domaine, le manque d'intégration de la sécurité culturelle dans les normes

législatives et les complexités du transfert d'une pratique intrinsèquement individuelle, sous-tendue par la réflexion et l'apprentissage personnels, à des mesures quantitatives ou statistiques valorisées par l'Occident (AHRNS, 2012; Brascoupe & Waters, 2009; Walker et al., 2010; Yeung, 2016). La notion de reproductibilité ou d'« approche unique » peut également constituer un défi majeur, avec une tension inhérente entre le concept de mesure à l'échelle du système et la nécessité pour les indicateurs d'avoir une pertinence locale et d'être ancrés dans les contextes autochtones locaux (AFN, 2006; PHAC, 2015).

Un autre aspect important et fondamental concerne la collecte des données et la gouvernance. Un élément clé de la sécurité culturelle – et une exigence de la mesure de la sécurité culturelle – est l'identification des clients et du personnel autochtones. Cependant, étant donné que le terme « Autochtone » désigne divers groupes culturels, dont chacun est associé à divers processus de reconnaissance et d'inscription, et dont certains continuent d'être contestés devant les tribunaux en raison du legs colonial (NCCAH, 2013b), il n'existe pas d'identifiant autochtone unique et aucun identifiant autochtone n'est intégré aux processus d'identification associés à l'accès aux soins. Par conséquent, les

processus d'auto-identification sont largement utilisés pour toutes les collectes de données relatives aux Autochtones. L'auto-identification est un processus nécessaire si l'on veut rendre visibles les données sur la performance du système de santé pour les Autochtones et les inégalités qui en résultent (Smylie & Firestone, 2015).

Une question connexe se pose ici. De nombreux Autochtones sont réticents à s'identifier, car les données les concernant ont souvent été utilisées contre eux, sans qu'ils en tirent profit et sans que leurs droits à l'autodétermination soient reconnus. Historiquement, les données et les recherches sur les Autochtones ont été interprétées et publiées à partir de paradigmes non autochtones, et sans leur participation. Celles-ci ont été utilisées à l'encontre de leurs droits et intérêts, et ont stigmatisé et dépeint les Autochtones comme inférieurs (Canadian Institutes of Health Research [CIHR] et al., 2014). En réaction, les Autochtones et leurs autorités ont affirmé leurs droits à la souveraineté des données. Ils ont articulé des normes et des protocoles en matière de propriété, de prise de décisions et de participation des Autochtones aux données et à la recherche concernant leurs populations (CIHR et al., 2014; First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2014, 2020). Au niveau systémique, des



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 174762487

principes de gouvernance des données autochtones comme la propriété, le contrôle, l'accès et la possession (PCAP) ont été élaborés et adoptés pour articuler la souveraineté des données autochtones (FNIGC, 2014). Ces droits sont renforcés par les normes relatives aux droits de la personne des Autochtones énoncées dans la DNUDPA, qui affirment l'autodétermination et la propriété intellectuelle.

Il est de plus en plus impératif d'aborder toutes les questions et exigences mentionnées ci-dessus et de passer de l'évaluation à la mesure à l'échelle du système. L'éradication des fondements

coloniaux du système de santé et l'élimination de l'influence négative des stéréotypes raciaux de longue date concernant les Autochtones sur la qualité de la prestation des soins nécessitent un changement à l'échelle du système. Les actions et les interventions doivent se faire à plusieurs niveaux, dans des dizaines d'organisations et des centaines de sites et d'établissements de soins. À l'échelle nationale, on insiste de plus en plus sur la nécessité d'un changement profond pour lutter contre le racisme envers les Autochtones et sur le fait que ce changement doit être systémique, harmonisé et obligatoire

(Indigenous Services Canada, 2021; Turpel-Lafond, 2020a).

Une caractéristique essentielle de ce type de changement complexe et/ou à l'échelle du système est la mesure coordonnée (Best et al., 2012; Canadian Health Services Research Foundation [CHSRF], 2011; Kania & Kramer, 2011, 2013; Ken Blanchard Companies, 2018). Beaucoup ont noté le manque de mesures systémiques liées à la sécurité culturelle, et les appels se multiplient pour l'élaboration d'indicateurs et de mesures normalisés en collaboration avec les Autochtones (AHRNS, 2012; Allan & Smylie, 2015;

« L'amélioration des expériences en matière de soins encouragera les Autochtones à utiliser les services de santé et contribuera ainsi à relever la performance du système de santé. »

Australian Government, 2017, 2019; Baba, 2013; Indigenous Primary Health Care Council, 2021; Inuit Tapiriit Kanatami, 2021; Jongen et al., 2018; Kumas-Tan et al., 2007; Paradies et al., 2014; Turpel-Lafond, 2020a; Walker et al., 2010; Yeung, 2016). Plus récemment, la nécessité d'améliorer les mesures a été soulignée dans le rapport *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*, qui recommande une « action systématique » (Turpel-Lafond, 2020a, p. 2) englobant la gouvernance, le leadership, la législation, la politique, l'éducation et la pratique, et qui formule une série de recommandations visant à établir une « base renouvelée pour l'accès des Autochtones au système de santé, leur interaction avec celui-ci et leur traitement par celui-ci » [traduction] (p. 181).

À l'appui d'un tel renouveau, le présent rapport décrit les concepts de base de l'élaboration et de la

validation d'un cadre de mesure de la sécurité culturelle à l'échelle du système qui comprendrait l'élaboration d'indicateurs, la production régulière de rapports et des protocoles pour la collecte et la gestion des données à plusieurs niveaux du système. Un ensemble d'indicateurs organisés en thèmes et/ou domaines au sein d'un cadre de mesure global peut soutenir une vision stratégique de la collecte de données et de la production de rapports, ainsi que leur cohérence et leur comparabilité (BC Association of Aboriginal Friendship Centres, 2010). En plus d'un ensemble d'indicateurs, la comparabilité peut également être obtenue en élaborant et en utilisant des approches communes pour la collecte de données. Cela peut aussi favoriser un meilleur rapport coût-efficacité grâce à des économies d'échelle accrues et à la prévention du dédoublement des efforts. Le rapport coût-efficacité serait

également amélioré par l'inclusion systématique de la mesure de la sécurité culturelle dans les processus existants d'évaluation et de mesure des performances. Cela aurait l'avantage supplémentaire de normaliser les concepts de racisme et de sécurité culturelle dans la performance du système de santé au Canada.

Un retour d'information opportun et précis sur l'incidence du changement peut montrer ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et les éventuels obstacles au progrès, alimentant ainsi l'amélioration continue de la qualité et l'échange et la diffusion des connaissances (CHSRF, 2011; Ivers et al., 2012; Kania & Kramer, 2011; Ken Blanchard Companies, 2018). Les efforts de changement efficaces misent sur la mesure à des fins de responsabilisation à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, en indiquant clairement les critères de succès et en favorisant la conformité et l'harmonisation avec cette vision du succès (Best et al., 2012; Hogg, 2018; Kania & Kramer, 2011, 2013; Ken Blanchard Companies, 2018).

MESURE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE : UN CADRE CONCEPTUEL

La figure 1 fournit une représentation visuelle de haut niveau d'un cadre conceptuel de mesure de la sécurité culturelle tiré de la logique dominante dans la littérature. Ce cadre suppose qu'une série d'*actions* et d'*interventions* interdépendantes peuvent être mises en œuvre pour améliorer la sécurité culturelle de tous les services de santé et de l'administration associée. Ces mesures permettront d'améliorer à la fois la *performance du système de santé* pour les Autochtones et les *expériences* des patients autochtones en matière de soins.

L'amélioration des expériences en matière de soins encouragera les Autochtones à utiliser les services de santé et contribuera ainsi à relever la performance du système de santé. Le Cadre reflète également les données probantes démontrant que l'expérience des soins contribue aux résultats en matière de santé (Australian Government, 2019; Betancourt

et al., 2002; First Nations Health Authority [FNHA] et al., 2019; National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers Association, n.d.; Paradies et al., 2015; Paradies & Cunningham, 2012; State of Victoria, 2009; Turpel-Lafond, 2020b; Vancouver Coastal Health & FNHA, 2014; Walker et al., 2010). La performance de haute qualité du système de santé contribue à son tour à l'amélioration des résultats en matière de santé (Alberta Health, 2014; Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2013a).

Il est largement reconnu que la performance du système de santé ne suffit pas à elle seule à produire des résultats en matière de santé et de mieux-être. Pour soutenir l'amélioration des résultats en matière de santé et de mieux-être des peuples et des collectivités autochtones, il faudra que les efforts déployés dans le secteur de la santé soient

complétés par des efforts dans des domaines comme le revenu, l'éducation et le logement (Chief Public Health Officer of Canada, 2019; National Collaborating Centre for Determinants of Health, 2018; Paradies et al., 2015; Reading & Halseth, 2013; Reading & Wien, 2009). En gardant ces points à l'esprit, le Cadre présenté à la figure 1 illustre la manière dont les déterminants des problèmes de santé et de la santé entourent les composantes propres au système de santé (interventions, expérience, performance, résultats). Les indicateurs associés (sécurité culturelle accrue, participation, soins relationnels, accès équitable, santé et mieux-être équitables, respect des droits de la personne des Autochtones, etc.) peuvent être imbriqués dans chacune des composantes largement catégorisées représentées dans les ovales multicolores.

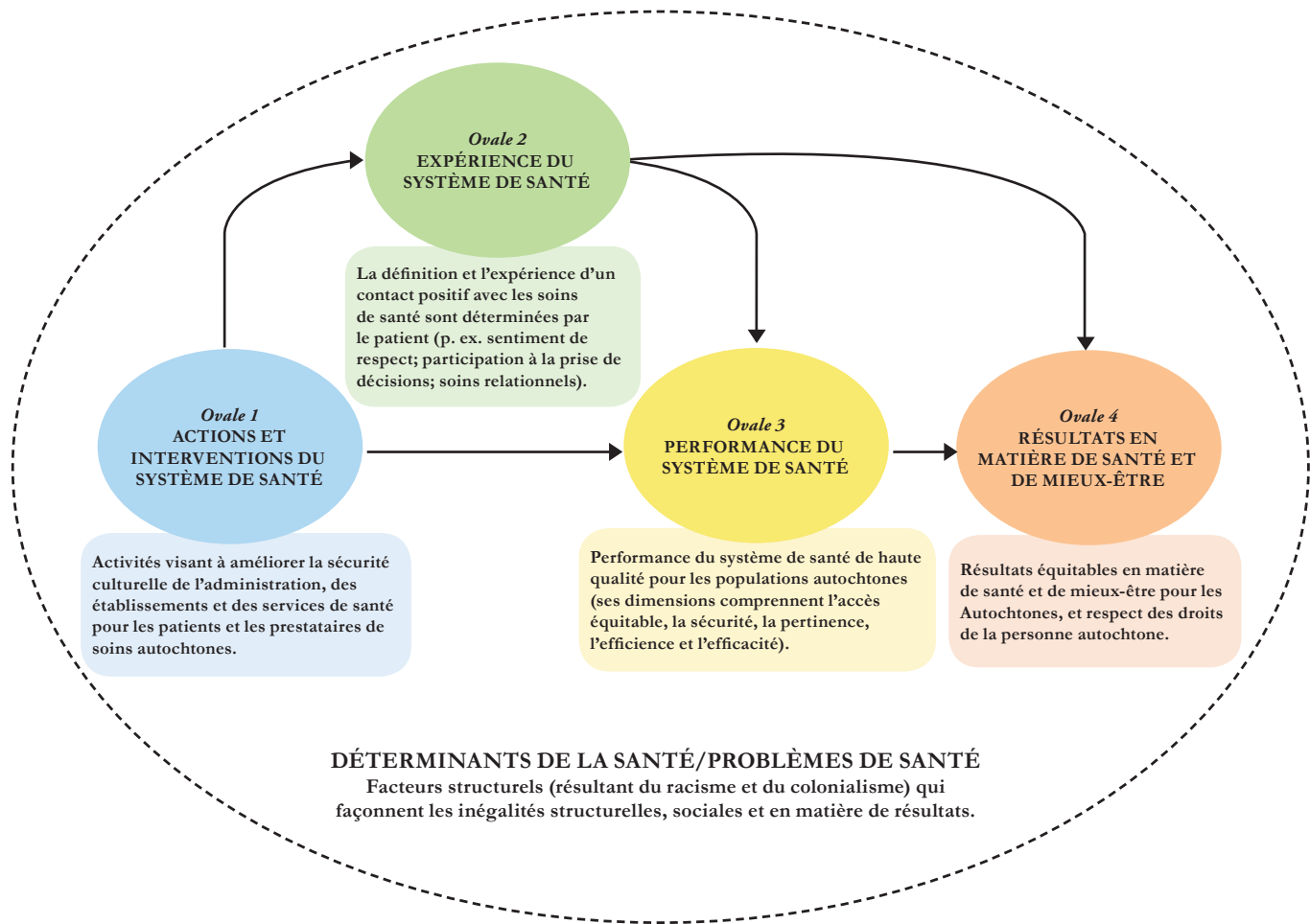


Figure 1: Cadre conceptuel de mesure de la sécurité culturelle

Actions et interventions du système de santé

L'examen des cadres de sécurité culturelle autochtones révèle 10 domaines communs du système de santé dans lesquels les organisations ou les systèmes de santé peuvent entreprendre des actions et des interventions (figure 1, ovale 1) pour favoriser la sécurité culturelle accrue (voir l'analyse thématique à l'annexe A). Les mesures des processus qui reflètent les actions et les interventions communes et

établies pour accroître la sécurité culturelle peuvent être conçues pour surveiller leur efficacité dans chacun des domaines énumérés ci-dessous. La description suivante des domaines comprend des considérations liées à la mise en œuvre, dont certaines sont, bien entendu, également applicables à d'autres domaines³.

- 1. Données et données probantes** : comprend des audits ou des évaluations de la sécurité culturelle, l'établissement des mesures de performance et la

production de rapports, l'évaluation des initiatives de sécurité culturelle et des méthodes sécuritaires sur le plan culturel pour que les clients s'identifient comme Autochtones. Comme indiqué ci-dessus, la mise en œuvre de la mesure de la sécurité culturelle doit impliquer de manière proactive des stratégies (p. ex. engagement avec les Autochtones, formation du personnel, information transparente sur la manière dont les

³ Un certain nombre de ces implications façonnent le contenu du cadre proposé dans le présent document, notamment en ce qui concerne les mesures et les interventions du système de santé. La gestion efficace de ces implications nécessitera des partenariats solides et l'élaboration conjointe de solutions entre les populations autochtones et les responsables des systèmes de santé.

données seront utilisées) pour garantir que la collecte des renseignements d'auto-identification est sécuritaire sur le plan culturel. Elle nécessitera une enquête qui examinera, à titre d'exemple, les points suivants : les expériences personnelles de sécurité culturelle fondées sur les domaines décrits dans ce cadre; les expériences personnelles d'insécurité culturelle et de racisme, comme des diagnostics erronés, des stéréotypes et les expériences de discrimination; la probabilité que les Autochtones déposent une plainte (et pourquoi); les opinions sur la manière dont les Autochtones sont traités dans le domaine de la santé; et des opinions sur ce qui constitue de bons soins pour les Autochtones (p. ex. importance des espaces culturels et/ou des navigateurs pour les clients)⁴. Tout au long du cycle – de la collecte des données, à l'analyse et l'interprétation, jusqu'à la publication – la mise en œuvre de la mesure de la sécurité culturelle doit être guidée par des processus

« Tout au long du cycle – de la collecte des données, à l'analyse et l'interprétation, jusqu'à la publication – la mise en œuvre de la mesure de la sécurité culturelle doit être guidée par des processus de gouvernance des données autochtones. »

de gouvernance des données autochtones.

2. Politique et protocole : implique l'établissement d'une politique organisationnelle sur la sécurité culturelle, l'application de la sécurité culturelle ou de l'équité comme une « lentille » pour toutes les politiques organisationnelles, et le respect des politiques/ protocoles autochtones. La sécurité et l'équité culturelles doivent être « enchâssées » dans toutes les politiques des systèmes de santé et les protocoles des Premières Nations, des Métis et des Inuits (p. ex. les protocoles culturels concernant les interactions entre les individus ou les groupes) doivent être respectés. La mise en œuvre de ces politiques nécessitera l'éducation et la formation du personnel, ainsi que des mécanismes pour assurer la conformité.

3. Incidents, plaintes et dénonciations : désigne les processus permettant aux employés et aux clients de fournir un retour d'information et de signaler des cas d'insécurité culturelle ou de racisme. Les processus relatifs aux incidents, aux plaintes et aux dénonciations doivent être élaborés et mis en œuvre de manière à ce que les individus soient à l'abri d'un jugement ou d'une sanction, sans craindre que leurs problèmes soient discrédités⁵. En ce qui concerne les Autochtones, les processus devraient comporter des pratiques pertinentes sur le plan culturel, par exemple, « des options de médiation par des moyens traditionnels comme les cercles et l'inclusion des aînés » [traduction] (FNHA, 2016, p. 16). Ils doivent également être sensibles à la langue, « en fournissant un avis dans d'autres langues sur

⁴ Plusieurs instruments existent, notamment en matière de racisme et de discrimination, qui pourraient servir de point de départ pour la conception de ces questions (Williams, 2016). Par exemple, au moins deux instruments d'enquête ont été déployés dans le cadre de l'enquête *In Plain Sight*, qui étaient basés sur des instruments conçus par la Provincial Health Services Authority (PHSA) de la Colombie-Britannique et la Fraser Health Authority (Turpel-Lafond, 2020a, 2020b). La PHSA a mis au point Checklist, un outil d'enquête qui se trouve sur son serveur contrôlé par les services de gestion de l'information et de technologie de l'information et qui est mis à la disposition des chercheurs de la PHSA et de plusieurs organismes et établissements en Colombie-Britannique (PHSA, n.d.). De plus, les mesures de l'expérience rapportée par les patients et les mesures des résultats rapportés par les patients fournissent des réflexions sur les expériences des patients avec les processus de soins et l'incidence d'un problème de santé sur leur qualité de vie, respectivement (CIHI, 2014, 2015; Cuthbertson, 2014), certains d'entre eux continuant à évoluer pour saisir des données sur la sécurité culturelle et un identifiant autochtone.

⁵ Lautensach et Lautensach (2011) évoquent un cas de discrédit de dénonciateurs autochtones. En ce qui concerne les atrocités commises dans les pensionnats, les auteurs notent qu'il y a eu « des efforts coordonnés pour dissimuler les événements et discréditer les dénonciateurs » (p. 186, 2 n.).

le droit de chaque patient/consommateur à déposer une plainte ou un grief » [traduction] (Weech-Maldonado et al., 2012, p. 59).

4. Perspectives et pratiques autochtones

: désigne la reconnaissance d'une définition différente de la « santé » de la part des Autochtones et/ou l'intégration ou la conception de services propres aux Autochtones à l'intérieur du réseau de la santé en général. Comme nous l'avons vu, les peuples autochtones ont une définition holistique de la santé. Ils soulignent l'interconnexion des dimensions physique, affective, spirituelle et mentale du bien-être. L'intégration des perspectives et des pratiques autochtones implique un examen critique et le démantèlement des aspects d'un système colonisé fondé sur la suprématie européenne qui constituent des obstacles à des soins sécuritaires sur le plan culturel. Il s'agit de déterminer les services ou pratiques conventionnels qui sont en conflit avec « les pratiques traditionnelles propres à la ou aux cultures en question » [traduction]

(Cromarty & Walker, n.d., p. 2). Cela signifie également que pour étendre les pratiques de soins afin d'englober les perspectives autochtones sur la santé et le mieux-être et d'intégrer les pratiques traditionnelles dans les professions de la santé, les obstacles au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé autochtones doivent être définis et surmontés (Turpel-Lafond, 2020a; Vukic et al., 2012). De plus, « les facteurs sociaux et culturels spécifiques qui forment la base des croyances, des comportements, des valeurs et des préférences individuelles en matière de santé et la façon dont ils peuvent atténuer la capacité d'un patient à obtenir des soins de qualité » [traduction] (Betancourt et al., 2003, p. 295) doivent également être définis et abordés. Par exemple, l'offre de services dans les langues traditionnelles contribuerait à aplanir un obstacle majeur aux soins sécuritaires sur le plan culturel (Betancourt et al., 2003).

5. Leadership, gouvernance et administration

: signifie impliquer les peuples

autochtones (notamment les nations sur les territoires desquelles les opérations sont menées) dans la prise de décisions, utiliser la sécurité culturelle comme une « lentille » pour la prise de décisions de gouvernance et assurer un soutien visible de la part des dirigeants à la sécurité culturelle. Si l'on ne tient pas compte des façons dont les principes d'autodétermination et de gouvernance autochtones ne sont pas respectés ou sont ignorés dans les politiques, les pratiques et les programmes de soins, et si l'on ne s'assure pas que les pratiques de guérison et les médecines traditionnelles sont reconnues et favorisées (Indigenous Primary Health Care Centre, 2021), il sera impossible d'établir un cadre de sécurité culturelle. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis doivent participer à la gouvernance, au leadership, à l'établissement des priorités et à la prise de décisions, y compris la responsabilité réciproque, la budgétisation et la recherche (Simmonds et al., 2020; Brascoupé et Waters, 2009; Browne et al., 2016; FNHA et al., 2019).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 476777746

« Les ressources humaines les plus précieuses pour garantir des programmes, la planification et des initiatives de soins sécuritaires sur le plan culturel sont les Autochtones. »

6. Planification : désigne la participation des populations autochtones à la planification stratégique et opérationnelle, ainsi qu'aux priorités stratégiques et aux plans de travail en matière de sécurité culturelle. Les plans stratégiques déterminent les priorités, les investissements et les responsabilités au sein des organisations du secteur de la santé, et déterminent notamment ce qui est mesuré et comment. La participation des Autochtones et la visibilité de la sécurité culturelle et des droits de la personne des Autochtones dans les plans stratégiques et opérationnels sont des indicateurs essentiels de la profondeur de l'engagement d'une organisation.

7. Ressources humaines : désigne la formation en matière de sécurité culturelle, le recrutement et le maintien en poste des employés autochtones, ainsi que l'intégration des attentes en matière de sécurité culturelle dans les profils d'emploi, les processus de recrutement et toutes les évaluations de rendement. Les ressources humaines les plus précieuses pour garantir des programmes, la planification et des initiatives de soins sécuritaires sur le plan culturel sont les Autochtones. Le recrutement et le maintien en poste des employés autochtones dans le secteur des soins dépendent des initiatives qui saisissent

l'occasion d'« éduquer les étudiants inuits, métis et des Premières Nations au niveau du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat [... et assurer leur] transition en toute sécurité dans ces programmes » [traduction] (Hart-Wasekeesikaw, 2009, résumé). Pour y parvenir, il faut recenser et corriger les cas où les visions du monde autochtones ont été méprisées, éradiquées ou ignorées dans le milieu universitaire, et créer des programmes d'études qui « favorisent la compétence des diplômés autochtones et non autochtones dans la prestation de soins aux Autochtones » [traduction] (Hart-Wasekeesikaw, 2009, résumé). Ici aussi, « la population des jeunes des Premières Nations, des Inuits et des Métis constitue une ressource humaine potentielle d'importance » [traduction] (Hart-Wasekeesikaw, 2009, résumé).

8. Partenariat et mobilisation : signifie des partenariats formels avec les peuples autochtones et des stratégies de mobilisation et de communication qui sensibilisent le personnel et le public aux peuples autochtones, aux priorités, au racisme et/ou à la sécurité culturelle. L'établissement de partenariats avec des personnes, des collectivités et des organisations dans le but précis de collaborer à la mise en œuvre de mesures dans le domaine des soins

qui assureront la sécurité culturelle est crucial pour l'élaboration de cadres de sécurité culturelle (Australian Indigenous Doctors' Association, n.d.). Si les imprimés et les documents de communication adaptés à la culture sont indispensables, les cadres doivent aller au-delà de la reconnaissance d'un besoin de communication accrue pour inclure des relations et des mesures significatives qui « activent et insufflent la vie » à ces cadres (Federation of Saskatchewan Indian Nations, p. 27).

9. Services de santé : comprend les prestataires de soins culturels autochtones, les agents de liaison et des navigateurs intégrés aux services communautaires, ainsi que des outils, des normes et des lignes directrices visant à renforcer la sécurité culturelle dans la prestation de tous les services de santé. Les indicateurs évaluent la fourniture de services de soins culturels, sociaux et spirituels aux clients autochtones – en affirmant leur identité et leur définition holistique de la santé et du bien-être et en faisant de ces services de santé et de mieux-être culturels autochtones une partie intégrante des équipes et des modèles de soins. Les indicateurs s'alignent également sur les lignes directrices et les modèles de services qui permettent aux

professionnels de la santé d'assurer la sécurité culturelle dans leur pratique.

10. **Espaces physiques :**

implique des œuvres d'art et un langage/une signalisation autochtones dans l'ensemble des installations, ainsi que des environnements bâtis (p. ex. salles culturelles et de guérison) qui tiennent compte des pratiques autochtones. La mise en œuvre de cadres visant à garantir des espaces physiques culturellement sécuritaires nécessite de comprendre qu'un lieu sécuritaire sur le plan physique est aussi un lieu sécuritaire sur le plan affectif. Un indicateur d'un système de santé très performant que les prestataires de soins et les patients autochtones peuvent considérer comme sécuritaire sur le plan culturel est la disponibilité de lieux qui soutiennent diverses cultures autochtones (Brooks-Cleator et al., 2018); par exemple, des lieux dans lesquels les prestataires de soins et le personnel autochtones ont accès à des ressources qui sont non seulement culturellement pertinentes, mais également disponibles dans les langues autochtones. Il peut s'agir d'une salle d'accouchement accueillante et sécuritaire sur le plan culturel, où les femmes ont accès aux pratiques et méthodes d'accouchement traditionnelles (Western Health, 2019). Les

environnements bâtis culturellement sécuritaires peuvent aller au-delà des aires intérieures et s'étendre aux espaces extérieurs qui incluent des drapeaux autochtones, présentent des plantes importantes pour les Autochtones, mettent en valeur des sculptures et autres œuvres d'art autochtones et ménagent de la place pour les cérémonies (Western Health, 2019).

Expérience du système de santé

Comme expliqué ci-dessus, la sécurité culturelle est atteinte lorsque les clients disent qu'elle l'est (Baba, 2013; Brascoupé & Waters, 2009; HCC, 2012; IPAC & RCPSC, 2009; SOGC, 2013; Walker et al., 2010; Yeung, 2016). Par conséquent, une composante importante du Cadre de mesure de la sécurité culturelle (voir figure 1, ovale 2) consiste à s'appuyer sur les perceptions et les expériences des clients, qui sont censées être améliorées par les actions et les interventions décrites ci-dessus. Bien que les clients autochtones entrent dans le système de santé avec des histoires, des antécédents culturels et des besoins et priorités en matière de soins différents, six thèmes clés ressortent d'un examen des études axées sur les expériences autochtones souhaitées en matière de sécurité culturelle dans les soins de santé (voir l'annexe B pour l'analyse thématique) :

1. **Respect** : implique le sentiment d'être valorisé et que sa dignité est respectée par un prestataire de soins et un milieu de soins.
2. **Identité** : désigne la reconnaissance positive ou l'affirmation en tant que personne autochtone ou membre d'une culture autochtone.
3. **Autonomisation et équité** : englobe un partenariat égalitaire qui soutient l'autodétermination du client et lui permet de se sentir entendu, et dans lequel le prestataire et le patient entretiennent une relation de coopération et de réciprocité.
4. **Sécurité** : désigne un sentiment de protection contre les torts ou le risque, et une expérience exempte de racisme.
5. **Relationnalité** : comprend un sentiment de dignité, une expérience de connexion avec un prestataire de soins, et l'observation de prestataires de soins faisant preuve de bienveillance, de compassion et d'empathie.
6. **Réciprocité** : implique un apprentissage bidirectionnel ou partagé, de la curiosité, de l'intérêt et une communication efficace, facilitée par une compréhension des séquelles du colonialisme sur les peuples autochtones.

Dans le cadre de ces six thèmes communs qui délimitent un système de santé culturellement sécuritaire, des mesures de sécurité culturelle fondées sur

l'expérience peuvent être conçues et suivies dans le temps. Des instruments de sondage et d'autres modalités comme les groupes de discussion et la cartographie des déplacements, entre autres, pourraient être conçus pour recueillir des données sur ces indicateurs. Ces résultats peuvent et doivent compléter les sondages existants et les indicateurs validés relatifs à l'expérience du racisme et aux formes courantes de stéréotypes et de discrimination envers les Autochtones (voir Turpel-Lafond, 2020b).

Performance du système de santé

Cette partie du Cadre (voir figure 1, ovale 3) illustre la conscience du fait que la mise en œuvre d'actions et d'interventions en matière de sécurité culturelle dans tous les systèmes de santé et domaines organisationnels améliorera l'expérience des Autochtones en matière de soins. Ces actions et interventions permettront également d'améliorer la performance globale du système de santé pour cette population. La performance des systèmes de santé est un domaine bien établi, notamment au Canada, avec de nombreux cadres décrivant les domaines fondamentaux et les indicateurs clés des systèmes de santé performants (Braithwaite et al., 2017; Fekri et al., 2017; Müller et al., 2021; Young et al., 2019). Les domaines courants

couvrent des questions comme : la capacité du système de santé à fournir les services dont les patients et les populations ont besoin; la facilité d'accès aux services de santé; la sécurité des services; la mesure dans laquelle les services de santé sont pertinents et efficaces, sur la base des données disponibles; et l'efficacité de ces services, c'est-à-dire la maximisation de la production de ces services dans les limites des ressources disponibles (Alberta Health, 2014; BC Patient Safety & Quality Council, 2020; CIHI, 2013a; Health Quality Ontario, 2018). Dans ces domaines, il existe de nombreux indicateurs validés (p. ex. temps d'attente, taux de réadmission) qui sont mesurés et rapportés périodiquement à l'échelle nationale, régionale et locale.

Étant donné que la performance du système de santé au Canada est examinée de manière exhaustive par le biais d'un ensemble établi d'indicateurs validés, dont certains sont mentionnés dans le paragraphe précédent, les efforts de mesure de la sécurité culturelle dans ce domaine peuvent, du moins au début, consister moins à concevoir de nouveaux indicateurs qu'à soutenir la visibilité des peuples autochtones dans ces données. Cela met en évidence le caractère inéquitable et médiocre de la performance du système de santé pour cette population. Par exemple, le récent rapport de données de l'étude *In*

Plain Sight sur le racisme envers les Autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique a cerné des problèmes majeurs dans la capacité de cette province à fournir des soins de première ligne et préventifs, ainsi que des services de santé maternelle et infantile aux Autochtones vivant dans cette province par rapport à ses résidents non autochtones. En raison de ces défaillances, un nombre disproportionné d'Autochtones ont recours aux services d'urgence par rapport aux populations non autochtones (Turpel-Lafond, 2020b). Ce rapport, parmi d'autres⁶, attribue de manière importante cette mauvaise performance du système au racisme envers les Autochtones dans les soins de santé et au manque de sécurité culturelle dans les services et les milieux de soins – une compréhension critique également intégrée dans le Cadre proposé ici (Allan & Smylie, 2015; Australian Government, 2019; Boyer, 2017; College of Family Physicians of Canada Indigenous Health Working Group, 2016; Turpel-Lafond, 2020b).

Résultats en matière de santé et de mieux-être

L'Institut canadien d'information sur la santé (CIHI, 2013a) affirme que les résultats en matière de santé et de mieux-être « constituent un objectif fondamental des systèmes de

⁶ Parmi les autres rapports, citons le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019) et *Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System*, un mémoire présenté au Conseil des droits de l'homme de l'ONU (Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples [EMRIP]) (Gunn, n.d.).

« En plus des indicateurs établis en matière de santé et de bien-être de la population, on assiste de plus en plus à l'émergence d'indicateurs de santé et de bien-être axés sur les Autochtones et fondés sur les forces, qui décrivent ce que les Autochtones considèrent comme de bons résultats en matière de santé et qui établissent un équilibre entre les perspectives occidentales et les mesures valorisées par les Autochtones. »

santé et comprennent la santé et le bien-être des personnes et de la population » [traduction] (p. 11). L'amélioration de la performance du système de santé contribuera à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé et de mieux-être de la population (figure 1, ovale 4), en particulier lorsque l'amélioration de la performance au sein des systèmes de santé est élaborée et réalisée de concert avec d'autres initiatives visant à remédier aux inégalités dans des secteurs autres que la santé.

Comme pour la performance du système de santé, il existe de nombreux indicateurs validés de la santé de la population, comme l'espérance de vie, la mortalité infantile, les blessures et le fardeau des maladies chroniques. Les thèmes de résultats de santé sécuritaires sur le plan culturel pour les populations autochtones ont été encadrés par l'Institut canadien d'information sur la santé selon quatre thèmes : 1) l'espérance de vie et le bien-être (p. ex. espérance de vie à la naissance et à 65 ans); 2) les décès (p. ex. mortalité infantile et juvénile, suicide); 3) les problèmes de santé (p. ex. omniprésence des maladies [p. ex. ITS], des

blessures et des traumatismes [p. ex. avoir résidé dans un pensionnat] à diverses étapes de la vie); et 4) la fonction et le comportement humains (p. ex. limitation due à une blessure; consommation d'alcool ou de drogues illicites) (CIHI, 2013a, 2013b). Ces mesures et d'autres mesures de résultats en matière de santé des Autochtones sont régulièrement rapportées à l'échelon national, provincial et territorial, y compris pour les populations autochtones (Government of Canada, 2018; Provincial Health Officer [PHO] & FNHA, 2018). Comme pour la performance du système de santé, le Cadre présenté dans ce document propose de continuer à rendre visibles les peuples autochtones et leurs résultats en matière de santé d'une manière qui attribue les disparités résultantes au racisme systémique et au legs du colonialisme. Il est essentiel de veiller à ce que les croyances racistes selon lesquelles les populations autochtones sont responsables de leur mauvais état de santé ne soient pas renforcées.

En plus des indicateurs établis en matière de santé et de bien-être de la population, on assiste

de plus en plus à l'émergence d'indicateurs de santé et de bien-être axés sur les Autochtones et fondés sur les forces, qui décrivent ce que les Autochtones considèrent comme de bons résultats en matière de santé et qui établissent un équilibre entre les perspectives occidentales et les mesures valorisées par les Autochtones (Allen et al., 2020; FNHA et PHO, 2020; Heggie, 2018; Smylie et Firestone, 2015; Thiessen et al., 2020). Cela est particulièrement important étant donné l'approche holistique des Autochtones en matière de santé et de mieux-être (Akbar et al., 2020) et la diversité au sein des peuples et des nations autochtones et entre eux. Les indicateurs dirigés par des Autochtones ont tendance à mettre l'accent sur les pratiques traditionnelles, les méthodes de guérison et les programmes culturellement pertinents (Akbar et al., 2020; Auger et al., 201; CIHI, 2013a). Par exemple, de multiples études mesurant la santé et le bien-être parmi diverses populations autochtones soulignent l'importance du territoire pour la guérison holistique (Ahmed et al., 2021; FHNA & PHO, 2021; Redvers, 2020). Le soutien continu à l'élaboration et au suivi de mesures qui reflètent les philosophies autochtones de la santé et du bien-être est un mécanisme important pour faire progresser la sécurité culturelle et les normes relatives aux droits de la personne des Autochtones décrites dans la DNUDPA.

CONCLUSION



Dans ce document, nous avons tenté de proposer un Cadre de mesure de la sécurité culturelle autochtone comme outil critique pour révéler les répercussions du colonialisme et du racisme, passés et présents, sur la performance du système de santé et sur la santé et le mieux-être des peuples autochtones. Le Cadre peut également être utilisé pour suivre les progrès réalisés en matière de sécurité culturelle dans les soins de santé. Étant donné que les données et les mesures ont historiquement été utilisées contre les Autochtones pour justifier la poursuite de l'oppression et du colonialisme, cet article invite à la prudence ceux qui souhaitent utiliser un tel cadre pour mesurer la sécurité culturelle. Parallèlement, si les systèmes de santé et les peuples autochtones ne collaborent pas pour faire progresser la mesure systémique de la sécurité culturelle, l'invisibilité historique et continue des Autochtones et des inégalités en matière de santé, ainsi que le masquage du problème très réel du racisme envers les Autochtones dans les soins de santé, persisteront.

La mise en œuvre de la mesure de la sécurité culturelle est, de par sa nature, un effort que doivent faire ensemble les populations autochtones et non autochtones et les systèmes de



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 481 426 316

santé. Bien que le problème du racisme envers les Autochtones et les changements nécessaires pour améliorer la sécurité culturelle relèvent des individus, des collectivités, des organisations et des gouvernements non autochtones, ceux qui subissent le racisme dans le système de santé – les Autochtones et, en particulier, les femmes autochtones (Fridkin et al., 2019) – doivent être intimement impliqués dans l'élaboration de solutions et la prise de décisions concernant la politique en matière de santé (Fridkin et al., 2019) car, en fin de compte, le succès de la sécurité culturelle ne peut être déterminé que par les Autochtones eux-mêmes.

Pour ce faire, il faudra travailler ensemble, et non unilatéralement, pour convenir d'un cadre de

mesure. Il faudra cerner et valider un ensemble d'indicateurs prioritaires ou obligatoires. Il faudra également aider les structures locales à développer des indicateurs qui reflètent leurs cultures, leurs priorités et leurs pratiques, tout en conservant la possibilité d'agréger les données entre les structures, les régions et les secteurs géographiques pour un suivi et un développement des connaissances à l'échelle du système.

Nous sommes à un moment charnière de l'histoire des relations entre les Autochtones et les colons au Canada. Cela implique de dire la vérité sur le passé et de reconnaître comment la lignée coloniale de ce passé est profondément ancrée dans notre société, nos lois, nos systèmes et nos institutions. Il s'agit

d'éliminer systématiquement les croyances racistes qui ont permis l'avènement du colonialisme et de décoloniser les politiques et les pratiques actuelles afin de permettre l'expression des droits de la personne des Autochtones. Ce cadre est une invitation aux Autochtones et aux partenaires du système de santé dans divers territoires et compétences à engager une discussion et un dialogue afin de recenser les mesures et les domaines qui sont pertinents pour eux, de concevoir des processus de gouvernance des données qui contribuent à la réparation, à la restauration et à la réconciliation et, surtout, de publier des rapports concrets, récurrents et normalisés sur la sécurité culturelle autochtone dans le système de santé canadien.

© Crédit : iStockPhoto.com, ID 96775862



RÉFÉRENCES

(En anglais seulement.)



- Aboriginal Health Research Networks Secretariat (AHRNS). (2012). National colloquium on racism, cultural safety and Aboriginal peoples' health. <https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/5381/National-Colloquium-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Adkins-Jackson, P. B., Chantarat, T., Bailey, Z. D., & Ponce, N. A. (2021). Measuring structural racism: A guide for epidemiologists and other health researchers. *American Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/aje/kwab239>
- Aguiar, W., & Halseth, R. (2015). *Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-EN.pdf>
- Ahmed, F., Zuk, A. M., & Tsuji, L. J. S. (2021). The impact of land-based physical activity interventions on self-reported health and well-being of Indigenous adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7099. doi:10.3390/ijerph18137099
- Akbar, L., Zuk, A. M., & Tsuji, L. J. S. (2020). Health and wellness impacts of traditional physical activity experiences on Indigenous youth: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8275. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218275>
- Alberta Health. (2014). *Alberta's health system outcomes and measurement framework*. <https://open.alberta.ca/dataset/da2ccb08-3d8d-4b4f-8b66-293fb55338d7/resource/806cb451-6a89-4bec-976a-86cb7ba5eef5/download/pmis-outcomes-measurement-framework-2014.pdf>
- Alexander-Ruff, J. H., & Kinion, E. (2018). Engaging nursing students in a rural Native American community to facilitate cultural consciousness. *Journal of Community Health Nursing*, 35(4), 196–206. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1516423>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. The Wellesley Institute.
- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D., & Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 192(9), E208–E216. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190728>
- Anderson, B. & Hansson, W. K. (2016). Engagement in system redesign: A wellness example to enable a cultural transformation. *Healthcare Management Forum*, 29(5), 205–210. <https://doi.org/10.1177/0840470416649732>
- Assembly of First Nations (AFN). (2006). *First Nations' holistic approach to indicators. Meeting on Indigenous Peoples and indicators of well-being, Ottawa, March 2006*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <http://caid.ca/AFNUNIndWelBei2006.pdf>
- Auger, M., Crooks, C. V., Lapp, A., Tsuruda, S., Caron, C., Rogers, B. J., & van der Woerd, K. (2019). The essential role of cultural safety in developing culturally-relevant prevention programming in First Nations communities: Lessons learned from a national evaluation of Mental Health First Aid First Nations. *Evaluation and Program Planning*, 72, 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.10.016>
- Auger, M., Howell, T., & Gomes, T. (2016). Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian Journal of Public Health*, 107(4-5), e393–e398. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5366>
- Australian Government. (2017). *Aboriginal and Torres Strait Islander health performance framework 2017 report*. https://www.niaa.gov.au/sites/default/files/publications/2017-health-performance-framework-report_1.pdf
- Australian Government. (2019). *Cultural safety in health care for Indigenous Australians: monitoring framework*. Retrieved March 15, 2021, from <https://www.aihw.gov.au/getmedia/153ec5b7-35fd-4348-9166-b13d458bfa0/Cultural-safety-in-health-care-for-Indigenous-Australians-monitoring-framework.pdf.aspx?inline=true>
- Australian Health Ministers' Advisory Council. (n.d.). *Cultural Respect Framework 2016–2026 for Aboriginal and Torres Strait Islander Health: A national approach to building a culturally respectful health system*. https://nacchocommunique.files.wordpress.com/2016/12/cultural_respect_framework_1december2016_1.pdf

- Australian Human Rights Commission. (2011). Chapter 4: Cultural safety and security: Tools to address lateral violence. *Social Justice Report 2011*. <https://www.humanrights.gov.au/publications/chapter-4-cultural-safety-and-security-tools-address-lateral-violence-social-justice#Heading41>
- Australian Indigenous Doctors' Association. (n.d.). *Cultural safety factsheet*. <https://nacchocommunique.com/wp-content/uploads/2017/02/cultural-safety-factsheet1.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2020). *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework 2020 summary report*. Cat. no. IHPF 2. Australian Institute of Health and Welfare.
- Baba, L. (2013). *Cultural safety in First Nations, Inuit and Metis public health: Environmental scan of cultural competency and safety in education, training and health services*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.nccih.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-EN.pdf>
- Baker, A., & Giles, A. (2012). Cultural Safety: A Framework for interactions between Aboriginal patients and Canadian family medicine practitioners. *International Journal of Indigenous Health*, 9(1), 15–22. <https://doi.org/10.18357/ijih91201212390>
- Banna, J., & Bersamin, A. (2018). Community involvement in design, implementation and evaluation of nutrition interventions to reduce chronic diseases in indigenous populations in the U.S.: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 17, 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0829-6>
- BC Association of Aboriginal Friendship Centres. (2010). *Indigenizing outcomes measurement: A review of the literature and methodological considerations*. BC Association of Aboriginal Friendship Centres. https://thesummerinstitute.ca/wp-content/uploads/indigenous_measurement_lit_review.pdf
- BC Patient Safety & Quality Council. (2020). *BC health quality matrix*. <https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2020/02/BC-Health-Quality-Matrix-March-2020.pdf>
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J., Carroll, S. & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *Milbank Q*, 3, 421-56. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, E. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. The Commonwealth Fund.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. I. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)
- Boyer, Y. (2017). Healing racism in Canadian health care. *Canadian Medical Association Journal*, 189(46), E1408–E1409. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171234>
- Bourke, C., Truong, M., Jones, Y., Hunyor, J., & Lawton, P. (2020). Addressing racism to improve healthcare outcomes for Aboriginal and Torres Strait Islander people: A case study in kidney care. Deebie Institute for Health Policy Research. *Perspectives Brief*, 9. <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2020-05/apo-nid303540.pdf>
- Boynton-Jarrett, R., Raj, A., & Inwards-Breland, D. J. (2021). Structural integrity: Recognizing, measuring, and addressing systemic racism and its health impacts. *Eclinicalmedicine*, 36, 100921-100921. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100921>
- Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., Plumb, J., Hannaford, N., Long, J. C., & Marks, D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. *SAGE Open Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2050312116686516>
- Brascoupe, S., & Waters, C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2), 6–41.
- Brooks-Cleator, L., Phillipps, B., & Giles, A. (2018). Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(4), 202–213. <https://doi.org/10.1177/0844562118770334>
- Browne, A. J. (2017). Moving beyond description: Closing the health equity gap by redressing racism impacting Indigenous populations. *Social Science and Medicine*, 184, 23-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02722011.2019.1653694>
- Browne, A., & Fiske, J. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health services. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), 126–147.
- Browne, A., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement, First Nations Health Managers Association, & Keith, L. (n.d.). *A journey we walk together: Strengthening Indigenous cultural competency in health organizations*. https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/documents/Indigenous-cultural-competency-primer-e.pdf?sfvrsn=be0ad444_2n

- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). (2011). *Understanding whole systems change in healthcare: The case of emerging evidence-informed nursing service delivery models*. <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/ogc-reports/Edwards-Grinspun-EN.pdf?sfvrsn=0>
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2013a). *A performance measurement framework for the Canadian health system*. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf?_ga=2.72044693.761583149.1615076923-336550796.1584984414
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2013b). *A performance measurement framework for the Canadian health system: Addendum*.
- Canadian Institute for Health Information. (2014). *PROMs and PREMs at CIHI: Measuring patient-centered care*. https://obrieniph.ucalgary.ca/sites/default/files/Nav%20Bar/Groups/The%20Methods%20Hub/1-chow_wc21_cihi_final.pdf
- Canadian Institute for Health Information. (2015). *PROMs background document*. https://www.cihi.ca/sites/default/files/proms_background_may21_en-web_0.pdf
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR), Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, & Social Sciences & Humanities Research Council of Canada. (2014). *Tri-Council policy statement: Ethical conduct for research involving humans*. <https://www.cmcc.ca/Tri-Council%20Policy%20Statement.pdf>
- Chantararat, T., Van Riper, D. C., & Hardeman, R. R. (2021). The intricacy of structural racism measurement: A pilot development of a latent-class multidimensional measure. *Eclinicalmedicine*, 40, 101092-101092. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101092>
- Chief Public Health Officer of Canada. (2019). *Addressing stigma: Towards a more inclusive health system – The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2019*. Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-eng.pdf>
- Chin, J. (2000). Culturally competent health care. *Public Health Reports*, 115, 25–33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308553/pdf/pubhealthrep00023-0027.pdf>
- Churchill, M. E. (2015). *Defining and evaluating cultural safety at seventh generation midwives Toronto: Exploring urban Indigenous women's perspectives on culturally safe maternity care* [Unpublished master's thesis]. Lakehead University. <https://knowledgecommons.lakeheadu.ca/bitstream/handle/2453/738/ChurchillM2015m-1b.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- College of Family Physicians of Canada Indigenous Health Working Group, The. (2016). *Health and health care implications of systemic racism on Indigenous Peoples in Canada*. https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/_PDFs/SystemicRacism_ENG.pdf
- Coombe, L., Lee, V. & Robinson, P. (2019). Educating for Indigenous public health competence – how do we stack up in Australia? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(2). <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12872>
- Cromarty, H., & Walker, R. (n.d.). *Cross-cultural client safety. Achieving cultural safety in health service: Understanding & responding to the underlying cultural factors*. Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre. http://www.slmhc.on.ca/assets/files/traditional-healing/cross-cultural_client_safety_factor.pdf
- Crowshoe, L., Henderson, R. I., Green, M. E., Jacklin, K. M., Walker, L. M., & Calam, B. (2018). Exploring Canadian physicians' experiences with Type 2 Diabetes care for adult Indigenous patients. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, 281–288. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.06.012>
- Cullen, P., Mackean, T., Walker, N., Coombes, J., Bennett-Brook, K., Clapham, K., Ivers, R., Hackett, M., Worner, F., & Longbottom, M. (2021). Integrating Trauma and Violence Informed Care in Primary Health Care Settings for First Nations Women Experiencing Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 1524838020985571-1524838020985571. <https://doi.org/10.1177/1524838020985571>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health* 18, 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Cuthbertson, L. (2014). *Measuring patient reported experience of care in British Columbia*. <http://chspr.sites.olt.ubc.ca/files/2015/06/Lena-Cuthbertson-Slides-CHSPR2014.pdf>
- Dehaas, J. (2014, December 12). Death after 34-hour ER wait was preventable: Judge. *CTV News*. Retrieved August 26, 2021, from <https://www.ctvnews.ca/health/death-after-34-hour-er-wait-was-preventable-judge-1.2144671>
- Elliot-Groves, E., Hardison-Stevens, D., & Ullrich, J. (2020). Indigenous relationality is the heartbeat of Indigenous existence during COVID-19. *Journal of Indigenous Social Development*, 9(3), 158-169. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/jisd/article/view/70761/54424>
- Elvidge, E., Paradies, Y., Aldrich, R., & Holder, C. (2020). Cultural safety in hospitals: Validating an empirical measurement tool to capture the Aboriginal patient experience. *Australian Health Review*, 44, 205–211. <https://doi.org/10.1071/AH19227>

- FASD Evaluation. (2012). Culturally safe. *Mapping evaluation of community-based FASD prevention and FASD support programs*. <http://www.fasd-evaluation.ca/wp-content/uploads/2012/10/Culturally-Safe.pdf>
- Federation of Saskatchewan Indian Nations. (n.d.). *Cultural responsiveness framework*. <https://allnationshope.ca/userdata/files/187/CRF%20-%20Final%20Copy.pdf>
- Fekri, O., Leeb, K., & Gurevich, Y. (2017). Systematic approach to evaluating and confirming the utility of a suite of national health system performance (HSP) indicators in Canada: A modified Delphi study. *BMJ Open*, 7, e014772. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014772>
- First Nations Health Authority (FNHA). (2016). *FNHA's policy statement on cultural safety and humility*. <http://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA), Government of Canada, & Province of British Columbia. (2019). *Evaluation of the British Columbia tripartite framework agreement on First Nation health governance appendices*. <https://www.fnha.ca/Documents/Evaluation-of-the-BC-Tripartite-Framework-Agreement-on-First-Nations-Health-Governance-Appendices.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA), & Office of the Provincial Health Officer (PHO). (2020). *First Nations Population Health & Wellness Agenda: Summary of findings*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-First-Nations-Population-Health-and-Wellness-Agenda-Summary-of-Findings.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA), & Office of the Provincial Health Officer (PHO). (2021). *First Nations population health & wellness agenda*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/first-nations-population-health-wellness-agenda.pdf>
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC), The. (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAPT): The path to First Nations information governance*. https://achh.ca/wp-content/uploads/2018/07/OCAP_FNIGC.pdf
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC), The. (2020). *A First Nations data governance strategy*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/FNIGC_FNDGS_report_EN_FINAL.pdf
- Fleming, T., Creedy, D. K., & West, R. (2019). Evaluating awareness of Cultural Safety in the Australian midwifery workforce: A snapshot. *Women and Birth*, 32, 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.001>
- Forsyth, C. J., Irving, M. J., Tennant, M., Short, S. D., & Gilroy, J. A. (2017). Teaching cultural competence in dental education: A systematic review and exploration of implications for Indigenous populations in Australia. *Journal of Dental Education*, 81(8), 956–968. <https://doi.org/10.21815/JDE.017.049>
- Fridkin, A., Browne, A. J., & Dion Stout, M. (2019). The RIPPLES of meaningful involvement: A framework for meaningfully involving Indigenous peoples in health policy decision-making. *The International Indigenous Policy Journal*, 10(3), 8309. <https://doi.org/https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.3.8309>
- Gerlach, A. J., Browne, A. J., Sinha, V., Elliott, D. (2017). Navigating structural violence with Indigenous families: The contested terrain of early childhood intervention and the child welfare system in Canada. *The International Indigenous Policy Journal*, 8(3). <https://doi.org/10.18584/iipj.2017.8.3.6>
- Gomersall, J. S., Gibson, O., Dwyer, J., O'Donnell, K., Stephenson, M., Carter, D., Canuto, K., Munn, Z., Aromataris, E., & Brown, A. (2017). What Indigenous Australian clients value about primary health care: A systematic review of qualitative evidence. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 41(4), 417–423. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12687>
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & 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.
- Government of Canada. (2018). *First Nations and Inuit health and wellness indicators*. <https://health-infobase.canada.ca/fnih/>
- Green, M., Anderson, K., Griffiths, K., Garvey, G., & Cunningham, J. (2018). Understanding Indigenous Australians’ experiences of cancer care: Stakeholders’ views on what to measure and how to measure it. *BMC Health Services Research* 18, 982. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3780-8>
- Green, M., Cunningham, J., Anderson, K., Griffiths, K., & Garvey, G. (2021). Measuring health care experiences that matter to indigenous people in australia with cancer: Identifying critical gaps in existing tools. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 100–100. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01433-2>
- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 11–14. <https://doi.org/10.1177/0840470418807948>

- Gunn, B. (n.d.). *Ignored to death: Systemic racism in the Canadian Healthcare System*. Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples - The Study on Health. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/UniversityManitoba.pdf>
- Gwynne, K., & Lincoln, M. (2017). Developing the rural health workforce to improve Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health outcomes: A systematic review. *Australian Health Review*, 41, 234–238. <http://dx.doi.org/10.1071/AH15241>
- Harding, L. (2018). *What's the harm? Examining the stereotyping of Indigenous Peoples in health systems* [Unpublished doctoral dissertation]. Simon Fraser University.
- Hart-Wasekeesikaw, F. (2009). *Cultural competence and cultural safety in First Nations, Inuit and Métis nursing education: An integrated review of the literature*. Aboriginal Nurses Association of Canada. <https://opus.uleth.ca/handle/10133/720>
- Health Council of Canada (HCC). (2012). *Empathy, dignity and respect: Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care*. Health Council of Canada. <https://learningcircle.ubc.ca/files/2014/05/Empathy-dignity-and-respect-Creating-cultural-safety-for-Aboriginal-people-in-urban-health-care.pdf>
- Health Quality Ontario. (2018). *Health system performance in Ontario – 2018 highlights*. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pr/cqa-measuring-up-2018-en.pdf>
- Heggie, K. (2018). *Indigenous wellness indicators: Including urban Indigenous wellness Indicators in the healthy city strategy*. City of Vancouver. https://sustain.ubc.ca/sites/default/files/2018-62%20Indigenous%20Wellness%20Indicators_Heggie.pdf
- Heidinger, L. (2021, May 19). Intimate partner violence: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada, 2018. *Juristat*, Catalogue no. 85-002-X. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2021001/article/00007-eng.pdf?st=ZHaklcoo>
- Hogg, B. (2018). *8 change leadership strategies for sustainable results*. Retrieved August 27, 2021, from <https://www.billhogg.ca/8-change-leadership-strategies-for-sustainable-results/>
- Hojjati, A., Beavis, A. S. W., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R., & Nixon, S. A. (2018). Educational content related to postcolonialism and indigenous health inequities recommended for all rehabilitation students in Canada: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 40(26), 3206–3216. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381185>
- Hole, R. D., Evans, M., Berg, L. D., Bottonoff, J. L., Dingwall, C., Alexis, C., Nyberg, J., & Smith, M. L. (2015). Visibility and Voice: Aboriginal People Experience Culturally Safe and Unsafe Health Care. *Qualitative health research*, 25(12), 1662–1674. <https://doi.org/10.1177/1049732314566325>
- Hook, J., Davis, D., Owen, J., Worthington, E., & Utsey, S. (2013). Cultural humility: Measuring Openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353–366.
- Hunter, K., & Cook, C. (2020). Indigenous nurses' practice realities of cultural safety and socioethical nursing. *Nursing Ethics*, 27(6), 1472–1483. <https://doi.org/10.1177/0969733020940376>
- Huria, T., Cuddy, J., Lacey, C., & Pitama, S. (2014). Working with racism: A qualitative study of the perspectives of Māori (Indigenous Peoples of Aotearoa New Zealand) registered nurses on a global phenomenon. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(4), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1043659614523991>
- Indigenous Physicians Association of Canada, The (IPAC), & the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). (2009). First Nations, Inuit and Métis health: Core competencies for continuing medical education. http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&clink_id=10851&cf_id=68&lang=en
- Indigenous Primary Health Care Council. (2021). *Ne' iikaanigaana toolkit: Creating safer environments for Indigenous Peoples*. <https://www.iphcc.ca/publications/toolkits/Ne-iikaanigaana/>
- Indigenous Services Canada. (2021, Jan. 28). *Statement by the Minister of Indigenous Services, the Minister of Crown-Indigenous Relations, the Minister of Health and the Minister of Northern Affairs on the work to eliminate racism against Indigenous Peoples in the healthcare systems*. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2021/01/statement-by-the-minister-of-indigenous-services-the-minister-of-crown-indigenous-relations-the-minister-of-health-and-the-minister-of-northern-aff0.html>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2021). *Systemic discrimination in the provision of healthcare in Inuit Nunangat: A brief discussion paper*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2021/02/20210122-ITK-Systemic-Discrimination-in-the-Provision-of-Healthcare-in-Inuit-Nunangat.pdf>
- Irani, K., Serwin, A., & Hudson, D. (2020). Investigating vigilance: A new way to account for the effects of racism on health inequities. *Journal on Race, Inequality, and Social Mobility in America*, 2(1), 4. <https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=jrisma>

- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Johanson, R., & Hill, P. (2011). Indigenous health: A role for private general practice. *Australian Family Physician*, 40(1), 16–19.
- Johnson, H., & METL. (2021). United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples and *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. Engage BC. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/121/2021/03/UNDRIP-and-IPS-FINAL.pdf>
- Johnston, J. (2017). Woman with broken femur ordered to leave Chilliwack hospital. *CBC News*, September 28. Retrieved Aug. 27, 2021, from <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/mary-stewart-chilliwack-general-hospital-1.4312521>
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, 232. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
- Kania, J., & Kramer, M. (2011). Collective impact. *Stanford Social Innovation Review*. Retrieved March 15, 2021, from https://ssir.org/articles/entry/collective_impact
- Kania, J., & Kramer, M. (2013). Embracing emergence: How collective impact addresses complexity. https://ssir.org/articles/entry/social_progress_through_collective_impact
- Ken Blanchard Companies, The. (2018). *Leadership strategies for making change stick*. <http://www.blanchard.com.tr/Uploads/files/Arastirma/leadership-strategies-for-making-change-stick.pdf>
- Kerrigan, V., Lewis, N., Cass, A., Hefler, M., & Ralph, A.P. (2020). “How can I do more?”: Cultural awareness training for hospital-based healthcare providers working with high Aboriginal caseload. *BMC Medical Education*, 20(173). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02086-5>
- Kétéskwēw Dion Stout, M., Wieman, C., Bourque Bearskin, L., Palmer, B. C., Brown, L., Brown, M., & Marsden, N. (2021). Gum yan asing Kaangas giidaay han hll guudang gas ga. I Will Never Again Feel That I Am Less Than: Indigenous Health Care Providers’ Perspectives on Ending Racism in Health Care. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 13–20. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.36021>
- Kressin, N. R., Raymond, K. L., & Manze, M. (2008). Perceptions of Race/Ethnicity-Based Discrimination: A Review of Measures and Evaluation of Their Usefulness for the Health Care Setting. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19(3), 697–730. [doi:10.1353/hpu.0.0041](https://doi.org/10.1353/hpu.0.0041).
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A., & Frank, B. (2007). Measures of cultural competence: Examining hidden assumptions. *Academic Medicine* 82(6), 548–557.
- Kurtz, D. L. M., Janke, R., Vinek, J., Wells, T., Hutchinson, P., & Froste, A. (2018). Health Sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A literature review. *International Journal of Medical Education*, 9, 271–285. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bc7.21e2>
- Lai, G. C., Taylor, E. V., Haigh, M. M., & Thompson, S. C. (2018). Factors affecting the retention of Indigenous Australians in the health workforce: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 914. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050914>
- Lautensach, A., & Lautensach, S. (2011). Prepare to be offended: cultural safety inside and outside the classroom. *International Journal of Arts and Sciences*, 4(25), 183–194.
- Lawrence, B. (2017). *An organizational self-assessment tool for Aboriginal cultural competency* [Draft version 10.3]. Interior Health.
- Li, B., Cashmore, A., Arneman, D., Bryan-Clothier, W., McCallum, L. K., & Milat, A. (2017). The Aboriginal Population Health Training Initiative: A NSW Health program established to strengthen the Aboriginal public health workforce. *Public Health Research and Practice*, 27(4). <https://doi.org/10.17061/phrp2741739>
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Aboriginal experiences with racism and its impacts*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. https://www.nccih.ca/495/Indigenous_experiences_with_racism_and_its_impacts.nccih?id=131
- Lowell, A., Kildea, S., Liddle, M., Cox, B., & Paterson, B. (2015). Supporting aboriginal knowledge and practice in health care: Lessons from a qualitative evaluation of the strong women, strong babies, strong culture program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(19). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0433-3>
- Mander, S., & Miller, Y. D. (2016). Perceived safety, quality and cultural competency of maternity care for culturally and linguistically diverse women in Queensland. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(1), 83–98. <https://doi.org/10.1007/s40615-015-0118-7>
- Marrie, A., & Marrie, H. (2014). *A matrix for identifying, measuring and monitoring institutional racism within public hospitals and health services*. Bukal Consultancy Services P/L.

- McDonald, H., Browne, J., Perruzza, J., Svarc, R., Davis, C., & Palermo, C. (2018). Transformative effects of Aboriginal health placements for medical, nursing, and allied health students: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 20, 154–164. <https://doi.org/10.1111/nhs.12410>
- McEldowney, R., & Connor, M. J. (2011). Cultural safety as an ethic of care: A praxiological process. *Journal of transcultural nursing: Official journal of the Transcultural Nursing Society*, 22(4), 342–349. <https://doi.org/10.1177/1043659611414139>
- McKenna, B., Fernbacher, S., Furness, T., & Hannon, M. (2015). “Cultural brokerage” and beyond: Piloting the role of an urban Aboriginal Mental Health Liaison Officer. *BMC Public Health*, 15, 88. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2221-4>
- Mitchell, A. G., Belton, S., Johnston, V., Gondarra, W., & Ralph, A.P. (2019). “That heart sickness”: Young Aboriginal People’s understanding of rheumatic fever. *Medical Anthropology*, 38(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1482549>
- Muise, G. M. (2019). Enabling cultural safety in Indigenous primary healthcare. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 25–31. <https://doi.org/10.1177/0840470418794204>
- Müller, L., El Oakley, R., Saad, M., Mokdad, A. H., Etolhi, G. A., & Flahault, A. (2021). A multidimensional framework for rating health system performance and sustainability: A nine plus one ranking system. *Journal of global health*, 11, 04025. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04025>
- Nadin, S., Crow, M., Prince, H., & Kelley, M. L. (2018). Wiisokotaatiwin: Development and evaluation of a community-based palliative care program in Naotkamegwanning First Nation. *Rural and Remote Health*, 18(2). <https://doi.org/10.22605/RRH4317>
- National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers Association (NATSIHWA). (n.d.). *Cultural safety framework*. https://www.natsihwa.org.au/sites/default/files/natsihwa-cultural_safety-framework_summary.pdf
- National Aboriginal Health Organization (NAHO). (2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators*.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). (2013a). *Indigenous approaches to program evaluation*. <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/context/FS-IndigenousApproachesProgramEvaluation-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). (2013b). *An overview of Aboriginal health in Canada*. Retrieved from <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/context/FS-OverviewAbororiginalHealth-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2018). *Lets Talk: Racism and Health Equity* (Rev. ed.). National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University. <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Racism-and-Health-Equity-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-EN.pdf>
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG). (2019). *Executive Summary*. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Executive_Summary.pdf
- National Research Council. (2004). *Measuring racial discrimination*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10887>
- Northwest Territories Health and Social Services. (2019). *Caring for our people: Cultural safety action plan 2018-2020*. <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/cultural-safety-action-plan.pdf>
- Nursing Council of New Zealand. (2011). *Guidelines for cultural safety: The treaty of Waitangi and Māori health in nursing education and practice*. Nursing Council of New Zealand. https://ngamanukura.nz/sites/default/files/basic_page_pdfs/Guidelines%20for%20cultural%20safety%2C%20the%20Treaty%20of%20Waitangi%2C%20and%20Maori%20health%20in%20nursing%20education%20and%20practice%282%29_0.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (n.d.). *Chapter 2. Profile of Indigenous Canada: Trends and data needs*. Retrieved October 1, 2021, from <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e6cc8722-en/index.html?itemId=/content/component/e6cc8722-en>
- Papps, E., & Ramsden I. (1996). *Cultural safety in nursing: the New Zealand experience*. *International Journal for Quality in Health Care* 8(5), 491–497.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Paradies, Y., & Cunningham, J. (2012). The DRUID study: racism and self-assessed health status in an Indigenous population. *BMC Public Health*, 12, 131. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-131>

- Paradies, Y., Truong, M., & Priest, N. (2014). A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 364–387.
- Percival, N. A., McCalman, J., Armit, C., O'Donoghue, L., Bainbridge, R., Rowley, K., Doyle, J., & Tsey, K. (2018). Implementing health promotion tools in Australian Indigenous primary health care. *Health Promotion International*, 33, 92–106. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw049>
- Provincial Health Services Authority (PHSA). (2016). *PHSA Indigenous cultural safety framework: An organizational assessment tool*. PHSA.
- Provincial Health Services Authority (PHSA). (n.d.). *Conducting research at PHSA*. Retrieved Sept. 9, 2021, from <http://www.phsa.ca/researcher/data-access-privacy/research-privacy/conducting-surveys>
- Provincial Health Officer (PHO), & First Nations Health Authority (FNHA). (2018). *Indigenous health and well-being*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-Indigenous-Health-and-Well-Being-Report.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2015). *Ways tried and true: Aboriginal methodological framework for the Canadian best practices initiative*. Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the Minister of Health. Retrieved Aug. 27, 2021, from <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/aboriginalwtt/>
- Rand, M., Sheppard, A., Jamal, S., Kewayosh, A., & Mashford-Pringle, A. (2019). Evaluation of the Indigenous Relationship and Cultural Safety Courses among a sample of Indigenous Services Canada nurses. *International Journal of Indigenous Health*, 14(1), 29–41. <https://doi.org/10.32799/ijih.v14i1.31967>
- Reading, C. (2013). *Understanding racism*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-Racism1-Understanding-Racism-EN.pdf>
- Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>
- Reading, J., & Halseth, R. (2013). *Pathways to improving well-being for Indigenous Peoples: How living conditions decide health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/RPT-PathwaysWellBeing-Reading-Halseth-EN.pdf>
- Redvers, J. (2020). “The land is a healer”: Perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 15(1), 90–107. <https://doi.org/10.32799/ijih.v15i1.34046>
- Shah, C., & Reeves, A. (2015). The Aboriginal Cultural Safety Initiative: An innovative health sciences curriculum in Ontario colleges and universities. *International Journal of Indigenous Health* 10(2), 117–131.
- Shahid, S., Taylor, E. V., Cheetham, S., Woods, J. A., Aoun, S. M., & Thompson, S. C. (2018). Key features of palliative care service delivery to Indigenous peoples in Australia, New Zealand, Canada and the United States: a comprehensive review. *BMC Palliative Care*, 17, 72. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0325-1>
- Shelton, R. C., Adsul, P., & Oh, A. (2021). Recommendations for addressing structural racism in implementation science: A call to the field. *Ethnicity & Disease*, 31(Suppl), 357–364. <https://doi.org/10.18865/ed.31.S1.357>
- Simmonds, S., Carter, M., Preval, N., & Wilson, R. (2020). *Baseline Data Capture: Cultural Safety, Partnership and Health Equity Initiatives*. Medical Council of New Zealand and Te Ohu Rata o Aotearoa, Wellington. <https://www.mcnz.org.nz/assets/Publications/Reports/f5c692d6b0/Cultural-Safety-Baseline-Data-Report-FINAL-September-2020.pdf>
- Smith, K., Fatima, Y., & Knight, S. (2017). Are primary healthcare services culturally appropriate for Aboriginal people? Findings from a remote community. *Australian Journal of Primary Health*, 23, 236–242. <https://doi.org/10.1071/PY16110>
- Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31, 67–87. <http://dx.doi.org/10.3233/SJI-150864>
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (2013). Health professionals working with First Nations, Inuit and Metis consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(6), 550–553.
- State of Victoria, Department of Health. (2009). Cultural responsiveness framework: Guidelines for Victorian health services. <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Cultural-responsiveness-framework---Guidelines-for-Victorian-health-services>
- Statistics Canada. (2020). *First Nations people, Métis and Inuit and COVID-19: Health and social characteristics*. Government of Canada. Retrieved October 1, 2021, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200417/dq200417b-eng.htm>
- Tan, S. B., deSouza, P., & Raifman, M. (2021). Structural racism and COVID-19 in the USA: A county-level empirical analysis. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00948-8>

- Taylor, E. V., Haigh, M. M., Shahid, S., Garvey, G., Cunningham, J., & Thompson, S. C. (2018). Cancer services and their initiatives to improve the care of Indigenous Australians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 717. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040717>
- Taylor, K., Thompson, S., Wood, M., Ali, M., & Dimer, L. (2009). Exploring the impact of an Aboriginal Health Worker on hospitalised Aboriginal experiences: Lessons from cardiology. *Australian Health Review* 33(4), 549–557.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Thackrah, R. D., Wood, J., & Thompson, S. C. (2020). Cultural respect in midwifery service provision for Aboriginal women: Longitudinal follow-up reveals the enduring legacy of targeted program initiatives. *International Journal for Equity in Health*, 19, 210. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01325-x>
- Thiessen, K., Haworth-Brockman, M., Stout, R. Moffitt, P., Gelowitz, J., Schneider, J., & Demczuk, L. (2020). Indigenous perspectives on wellness and health in Canada: Study protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*, 9, 177. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01428-0>
- Thurston, W. E., Coupal, S., Jones, C. A., Crowshoe, L. F. J., Marshall, D. A., Homik, J., & 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. <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/46>
- Tripartite Committee on First Nations Health Executive Working Group on Cultural Safety and Humility. (2016). *Cultural safety and humility in health services for First Nations and Aboriginal people in British Columbia: A guiding framework for action*. Tripartite Committee on First Nations Health.
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015). *Truth & Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Turpel-Lafond, M. E. (2020a). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>
- Turpel-Lafond, M. E. (2020b). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care data report*. https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2021/02/In-Plain-Sight-Data-Report_Dec2020.pdf1_.pdf
- United Nations (UN) Human Rights Council. (2016). *The right to health and indigenous peoples, with a focus on children and youth: Draft study of the Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples*. United Nations. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/IPeoples/EMRIP/Pages/HealthStudy.aspx>
- Vancouver Coastal Health, & First Nations Health Authority. (2014). *VCH First Nations and Aboriginal culturally competent and responsive strategic framework: Implementation plan: Phase one: Indicators*. Vancouver Coastal Health.
- Vogel, L. (2018). Residency programs grapple with new Indigenous cultural safety training requirement. *Canadian Medical Association Journal*, 190(25), E778–E779. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5616>
- Vukic, A., Jesty, C., Mathews, S. V., & Etowa, J. (2012). Understanding race and racism in nursing: Insights from Aboriginal nurses. *ISRN Nursing*, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/196437>
- Walker, R., St. Pierre-Hansen, N., Cormarty, H., Kelly, L., & Minty, B. (2010). Measuring cross-cultural patient safety: Identifying barriers and developing performance indicators. *Healthcare Quarterly* 13(1), 64–71.
- Weech-Maldonado, R., Drechslein, J., Brown, J., Pradhan, R., Rubin, K., Schiller, C., & Hays, R. (2012). Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate services standards. *Health Care Management Review*, 37(1), 54–66. <http://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822e2a4f>
- Western Health. (2019). *Aboriginal health cultural safety plan: January 2019-December 2021*. https://www.westernhealth.org.au/AboutUs/CorporatePublications/Documents/AboriginalHealthCulturalSafetyPlan/WH_Aboriginal%20Health%20Cultural%20Safety%20Plan_2019-2021.pdf
- Williams, D. (2016). *Measuring discrimination resource*. https://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/measuring_discrimination_resource_june_2016.pdf
- Williams, H. M., Percival, N. A., Hewlett, N. C., Cassady, R. B. J., & Silburn, S. R. (2018). Online scan of FASD prevention and health promotion resources for Aboriginal and Torres Strait Islander communities. *Health Promotion Journal of Australia*, 29, 31–38. <https://doi.org/10.1002/hpja.8>

- Williams, R. (1999). Cultural safety – what does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23(2), 213–214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x>
- Wilson, C. R., Rourke, J., Oandasan, I. F., Bosco, C., On behalf of the Rural Road Map Implementation Committee, & Au nom du Comité sur la mise en œuvre du Plan d'action sur la médecine rurale. (2020). Progress made on access to rural health care in Canada [Progress réalisés dans l'accès aux soins de santé ruraux au Canada]. *Canadian Family Physician*, 66(1), 31–36.
- Yeung, S. (2016). Conceptualizing cultural safety: Definitions and applications of safety in health care for Indigenous mothers in Canada. *Journal for Social Thought* 1(1). <https://ir.lib.uwo.ca/jst/vol1/iss1/3>
- Young, T. K., Chatwood, S., Ng C., Young, R. W., Marchildon, G. P. (2019). The north is not all the same: Comparing health system performance in 18 northern regions of Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1697474. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1697474>

ANNEXE A : CONCEPTS DES CADRES DE SÉCURITÉ CULTURELLE

Le tableau suivant résume les domaines du système de santé issus de la littérature ou des cadres qui examinent le développement organisationnel en matière de sécurité culturelle (Nota : les cadres utilisant les termes « compétence culturelle » et « humilité culturelle » sont également inclus, lorsque ces cadres utilisent ces deux concepts).

Thème	Principales fonctions et/ou mesures	Sources
Données et données probantes	Les mesures sont déterminées, les données recueillies et contrôlées; elles servent à éclairer la planification	1, 3, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23
	Méthodes culturellement sécuritaires pour évaluer l'accès et l'expérience des Autochtones en matière de services (y compris les processus d'identification)	2, 8, 10, 14, 18, 21, 22, 23
	La sécurité culturelle comme « lentille » d'évaluation; évaluation périodique de la sécurité culturelle	2, 3, 4, 7, 8, 12, 14, 16, 21, 23
	Rapports publics, reddition de comptes et célébration	2, 3, 8, 9, 12, 14, 15, 18, 22, 23
	Audits et évaluations de la sécurité culturelle (à l'échelle de l'organisation et des prestataires)	3, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 21, 23
Politique et protocole	Sécurité culturelle et/ou équité « enchâssée » dans toutes les politiques	1, 2, 6, 7, 13, 14, 16, 17, 20, 23
	Politique ou définition de la sécurité culturelle du système ou de l'organisation	2, 3, 4, 14, 16, 21, 22
	Les protocoles des Premières Nations sont respectés	2, 4, 6, 10, 14, 21
	Politiques de lutte contre le racisme	2, 4, 14, 17, 21
	Incitatifs politiques pour la sécurité culturelle (p. ex. facturation des professionnels de la santé; compensation pour les guérisseurs autochtones)	3, 4, 13, 16
Incidents, plaintes et dénonciations	Rapport d'incidents des employés sur la sécurité culturelle	2, 3, 14, 15
	Processus de traitement des plaintes, de rétroaction et d'amélioration de la qualité (y compris les processus qui reflètent les pratiques/ approches autochtones)	2, 3, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 22, 23
Perspectives et pratiques autochtones	Reconnaissance de la définition unique de la santé et du mieux-être	1, 3, 5, 8, 9, 12, 16, 19, 21
	Intégration des pratiques traditionnelles dans les services de santé, les plans de traitement et/ou les programmes propres aux Autochtones	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23

Thème	Principales fonctions et/ou mesures	Sources
Leadership, gouvernance et administration	Participation des Premières Nations à la gouvernance, au leadership, à l'établissement des priorités et à la prise de décisions (y compris la responsabilité réciproque, la budgétisation, la recherche)	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22
	L'équité autochtone et la sécurité culturelle comme « lentille » de toutes les décisions stratégiques	2, 8, 13, 14
	Engagement et responsabilité visibles des leaders (y compris dans l'énoncé de mission)	2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 23
Planification	Participation des Premières Nations à la planification stratégique et des services	1, 2, 3, 4, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 18, 21
	La sécurité des Premières Nations et des cultures est considérée comme une priorité dans la planification stratégique et des services	1, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 21
	Stratégies/plans de travail en matière de sécurité culturelle	2, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 21
Ressources humaines	Formation et perfectionnement continu des compétences (à tous les niveaux, y compris le conseil d'administration)	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23
	Compétences en matière de sécurité culturelle intégrées dans les descriptions de postes, le recrutement, la gestion des ressources humaines et le rendement	2, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20
	Recrutement et maintien en poste d'employés autochtones	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23
Partenariat et mobilisation	Partenariats et processus formalisés avec les collectivités et organisations autochtones	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 21, 22
	Dialogue avec les collectivités, les organisations et les populations autochtones	1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23
	Stratégie de communication pour sensibiliser la population aux peuples autochtones, au racisme et/ou à la sécurité culturelle, y compris les attentes et les outils organisationnels	2, 3, 8, 12, 14, 16, 18, 21, 23
	Partenariats et coalitions pour accroître la diffusion dans l'ensemble du secteur/système	3, 7, 8, 13, 18
	Compétence/sécurité culturelle dans les documents imprimés et le matériel de communication	7, 10, 12, 14, 23
	Initiatives de sensibilisation et d'éducation communautaire adaptées	7, 8, 10, 17, 18, 21, 23
Services de santé	Des outils et des lignes directrices sont élaborés pour soutenir des services sécuritaires sur le plan culturel	2, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18
	Agrément	2, 3, 4
	Navigateurs/navigation	1, 2, 8, 11, 14, 17, 18
	Processus d'inscription et d'admission	2, 3, 8, 14
	Continuité des soins/soins holistiques/intégration aux services communautaires	1, 2, 3, 5, 6, 8, 13, 14, 19, 21
	Interprétation linguistique	7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 22
	Soins proactifs/personnalisés	19, 21, 23
Espaces physiques	Accueil des peuples autochtones; représentation visuelle et signalisation de la culture et de la langue autochtones; salles de guérison	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23

Sources (voir les informations bibliographiques complètes à la section Références) :

1. First Nations Health Authority et al., 2019
2. Provincial Health Services Authority, 2016
3. Tripartite Committee on First Nations Health Executive Working Group on Cultural Safety and Humility, 2016
4. National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers Association (NATSIHWA), n.d.
5. Yeung, 2016
6. Brascoupe & Waters, 2009
7. Betancourt et al., 2003
8. Vancouver Coastal Health & First Nations Health Authority, 2014
9. Weech-Maldonado et al., 2012
10. Australian Indigenous Doctors' Association, n.d.
11. Walker et al., 2010
12. State of Victoria, Department of Health, 2009
13. Browne et al., 2016
14. Lawrence, 2017
15. Chin, 2000
16. Canadian Foundation for Healthcare Improvement et al., n.d.
17. Federation of Saskatchewan Indian Nations, n.d.
18. Northwest Territories Health and Social Services, 2019
19. Gomersall et al., 2017
20. Simmonds et al., 2020
21. Indigenous Primary Health Care Council, 2021
22. Australian Government, 2019
23. Western Health, 2019

ANNEXE B : THÈMES D'UNE EXPÉRIENCE SÉCURITAIRE SUR LE PLAN CULTUREL

Le tableau suivant recense les thèmes issus de la littérature qui examinent l'expérience de la sécurité culturelle, des soins sécuritaires sur le plan culturel et/ou de l'interaction avec un professionnel de la santé culturellement humble. Notez que les articles examinant spécifiquement l'insécurité culturelle ont également été inclus, lorsque les auteurs décrivent explicitement l'expérience opposée/inverse comme reflétant la sécurité culturelle. Ces résultats peuvent et doivent compléter les sondages existants et les indicateurs relatifs à l'expérience du racisme et aux formes courantes de stéréotypes et de discrimination envers les Autochtones (voir Turpel-Lafond, 2020b).

	Mots, concepts et thèmes clés	Sources
Respect	Respect mutuel	1, 5, 6, 7, 14, 16, 17
	Se sentir respecté	7, 11, 12, 14, 19, 20, 22, 23, 24
	Le prestataire soutient la dignité du client	7, 16, 20
	Se sentir valorisé	5, 18
	Prestataire faisant preuve de respect	8, 11, 13, 20, 22, 24
Identité	Identité et enseignements culturels reconnus, valorisés, respectés/identité non remise en cause/ affirmation de l'identité	1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24
Autonomisation et équité	Partenariat/négociation/réciprocité/équilibre des pouvoirs/égalité/mutuelle/coopération/équitable	1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23
	Autodétermination du client	5, 6, 11, 13, 17, 18
	Autonomisation du client	1, 3, 5, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24
	Le client peut exprimer son point de vue/se sentir écouté	7, 10, 11, 12, 14, 21, 22, 23, 24
	Le prestataire n'affiche pas une attitude de supériorité	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 22
	Le client en tant que partenaire égal dans la prise de décisions/implication dans la prise de décisions	6, 7, 11, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24
Sécurité	Dénué de racisme	2, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 24
	Se sentir en sécurité	3, 6, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22
	Faire confiance à l'expertise technique du prestataire	16

	Mots, concepts et thèmes clés	Sources
Relationnel	Relationnel/connecté	5, 9, 10, 17, 18, 21, 22
	Ouverture d'esprit/flexibilité	1, 3, 4, 22
	Gentillesse/gentillesse latérale	11, 12, 13, 22, 23
	Bienveillance/compassion	1, 11, 19, 22
	Le prestataire fait preuve d'empathie	7, 16, 17, 22
	Famille incluse	24
	Le prestataire reconnaît la diversité des cultures et des peuples autochtones	9, 13, 17, 18, 23
Réciprocité	Connaissances en santé à double sens, apprentissage partagé	5, 6, 11, 13, 14, 16, 17, 22
	Le prestataire fait preuve d'ouverture d'esprit, de curiosité, d'intérêt et d'écoute	1, 4, 8, 11, 13, 15, 17, 22
	Le prestataire montre qu'il comprend le colonialisme et ses répercussions	1, 3, 7, 9, 13, 14, 18, 19, 20, 23
	Communication efficace	1, 6, 10, 13, 15, 16, 21, 22, 23, 24

Sources (voir les informations bibliographiques complètes à la section Références) :

1. Baba, 2013
2. Allan & Smylie, 2015
3. Nursing Council of New Zealand, 2011
4. Baker & Giles, 2012
5. Yeung, 2016
6. Brascoupé & Waters, 2009
7. Health Council of Canada, 2012
8. Hook et al., 2013
9. McEldowney & Connor, 2011
10. Australian Human Rights Commission, 2011
11. Browne & Fiske, 2001
12. Hole et al., 2015
13. First Nations Health Authority, 2016
14. Tripartite Committee on First Nations Health Executive Working Group on Cultural Safety and Humility, 2016
15. National Aboriginal Health Organization, 2008
16. Mander & Miller, 2016
17. Williams, 1999
18. FASD Evaluation, 2012
19. Shah & Reeves, 2015
20. Goodman et al., 2017
21. Green et al., 2018
22. Gomersall et al., 2017
23. Simmonds et al., 2020
24. Australian Government, 2019

