

SÉCURITÉ CULTURELLE AUTOCHTONE :

*analyse environnementale des initiatives de sécurité
culturelle au Canada - Chapitre 1 : introduction*



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SÉCURITÉ CULTURELLE ET RELATIONS RESPECTUEUSES

© 2023, 2025 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSI et rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Santé Canada et de Services aux Autochtones Canada (SAC). Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'ASPC, de Santé Canada ou de SAC.

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. Rendu possible en partie grâce au financement de Santé Canada et de Services aux Autochtones Canada (SAC).

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.

Note aux lecteurs : Si toutes les ressources des chapitres sur la sécurité culturelle autochtone étaient accessibles gratuitement sur Internet au moment de leur inclusion, le CCNSA n'assume aucune responsabilité en cas d'hyperliens brisés ou de modification à la gratuité de l'accès. Les ressources répertoriées sont, en grande partie, des ressources externes au CCNSA. Elles ne visent que des fins d'information générale, et sont fournies en l'état et selon leurs disponibilités. Veuillez consulter l'avis de non-responsabilité du CCNSA, dans sa **Politique de confidentialité**.

The English version is also available at **nccih.ca** under the title: *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada - Chapter 1: Introduction*.

Référence bibliographique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2023). Chapitre 1 : introduction. Dans *Sécurité culturelle autochtone : analyse environnementale des initiatives de sécurité culturelle au Canada*.

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 (C-B)
V2N 4Z9 Canada

Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : **ccnsa@unbc.ca**
Web : **ccnsa.ca**

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-404-8
ISBN (format en ligne) :
978-1-77368-405-5

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication-Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche-publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

CONTEXTE	4
MÉTHODOLOGIE	6
Limites	6
ORGANISATION DU RAPPORT	9
BIBLIOGRAPHIE	10



CONTEXTE



L'amélioration de l'accès à des pratiques et à des milieux sécuritaires sur le plan culturel dans les soins de santé, exempts de racisme et de discrimination, demeure une priorité pour les communautés de Premières Nations, inuites et métisses, pour les dirigeants de la santé et les gouvernements (Greenwood, 2019; Indigenous Health, 2017; Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015)*. L'héritage du colonialisme fait en sorte que les préjudices et le racisme contre les peuples autochtones¹ demeurent répandus dans le système de santé du Canada (Allan & Smylie, 2015; Richardson & Murphy, 2018). Un examen du système de santé de la Colombie-Britannique, effectué depuis peu, a montré que 84 % des Autochtones ayant répondu au sondage déclaraient avoir fait l'objet d'un certain type de discrimination lorsqu'ils ont consulté pour recevoir des soins médicaux² (Turpel-Lafond, 2020). La culture dominante des soins de santé reste solidement ancrée dans le paradigme biomédical occidental, tandis que les méthodes de guérison autochtones sont lacunaires (Allen et al., 2020). Par conséquent, un grand nombre d'Autochtones hésitent à utiliser le système de santé dominant

et, quand ils le font, ils se voient souvent refuser un accès rapide à un traitement et à des soins pertinents et sécuritaires sur le plan culturel (Greenwood, 2019; Greenwood et al., 2018; Loppie & Wien, 2022; Richardson & Murphy, 2018). Corriger ces iniquités relatives aux soins et aux résultats pour la santé nécessitera l'apport de modifications complexes du système de santé, et ce, aux plans structurel, systémique et de la prestation des services (Greenwood, 2019).

Les 94 appels à l'action du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada (2015) ont donné une orientation quant au moyen d'améliorer l'accès à des services de santé réactifs et sécuritaires sur le plan culturel et de corriger les iniquités en matière de santé et de soins de santé que subissent les Autochtones. La CVR (2015) appelle notamment tous les ordres de gouvernement à « à adopter et à mettre en application dans son intégralité la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, comme le cadre pour la réconciliation [fully adopt and implement the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples as the framework for reconciliation] »

(p. 4), et à « reconnaître les droits des Autochtones en matière de soins de santé, tels qu'ils sont énoncés dans le droit international, le droit constitutionnel et les traités [recognize the health-care rights of Aboriginal peoples as identified in international law, constitutional law, and under the Treaties] » (p. 2 3). De plus, les appels à l'action de la CVR (2015) visaient à promouvoir l'intégration des méthodes traditionnelles de santé et de guérison à la prestation des services de santé, le renforcement de l'effectif autochtone en soins de santé et la formation de tous les prestataires de la santé sur la compétence culturelle, la résolution des conflits, les droits de l'homme et la lutte contre le racisme. Le présent rapport a pour but de faire état de la variété d'actions et d'initiatives mises en œuvre au cours de la dernière décennie pour rendre le système de santé canadien plus sécuritaire sur le plan culturel pour les Autochtones. Les résultats sont tirés d'une analyse environnementale des initiatives relatives à la sécurité culturelle partout au Canada. Les divers chapitres de ce rapport relatent séparément les constatations ayant trait aux initiatives à l'échelle nationale, de même que pour chaque province et territoire.

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

¹ Dans le présent rapport, le terme « Autochtones » renvoie aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis inclusivement, selon la définition de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle* de 1982. Il est utilisé en tant que synonyme d'« Indiens ».

² Ce calcul repose sur le nombre de répondants ayant signalé de la discrimination pour huit facteurs liés à des stéréotypes lorsqu'ils ont reçu des soins de santé.

Au niveau de la prestation des services, des actions orientées vers le changement visent à accroître la compréhension des professionnels de la santé et leur capacité à offrir des services sécuritaires sur le plan culturel grâce à des possibilités d'éducation et de formation ou des collaborations locales qui favorisent l'établissement de liens plus étroits et de conceptions culturelles entre eux et les partenaires de la communauté autochtone (Greenwood, 2019; Ward et al., 2016). La sécurité culturelle fait partie d'un continuum d'éléments servant à parler de soins convenables sur le plan culturel pour les patients autochtones, qui comprennent la sensibilisation culturelle³, la sensibilité culturelle⁴, la compétence culturelle⁵ (Baba, 2013) et l'humilité culturelle⁶. La sécurité culturelle s'attaque à un obstacle majeur afin d'optimiser la santé des Autochtones – un accès inéquitable aux services de santé, enraciné dans des expériences négatives avec des prestataires de soins de santé et les systèmes de santé de la culture dominante, et dans une méfiance à leur endroit

(Allan & Smylie, 2015; Browne et al., 2016; Halseth et al., 2019). Les pratiques exemplaires relatives aux soins sécuritaires sur le plan culturel comprennent : l'adaptation des services aux priorités uniques de chaque communauté autochtone; le respect des connaissances et des systèmes autochtones de guérison, particulièrement des concepts autochtones de santé holistique; l'établissement de liens entre le patient et les prestataires, fondés sur la réciprocité et un équilibre du pouvoir (Yeung, 2016). Pour être efficaces, les changements apportés au niveau de la prestation des services doivent toutefois être renforcés par des changements systémiques, comme des initiatives mises sur pied par des associations professionnelles et des organismes de réglementation en vue de rehausser la sécurité et l'humilité culturelles chez les membres de professions précises du monde de la santé, ainsi que par des vecteurs structurels, sous la forme d'accords formels de haut niveau ayant trait aux lois et aux politiques (Greenwood, 2019).

Sécurité culturelle

Des infirmières maories ont introduit le concept de sécurité culturelle en Nouvelle-Zélande pour atténuer les effets des déséquilibres de pouvoir au sein des soins de santé, particulièrement en ce qui a trait au rôle et à l'incidence du racisme ciblant les Autochtones (Nursing Council of New Zealand, 2011). La sécurité culturelle est une démarche qui lutte naturellement contre le racisme (Allan & Smylie, 2015).

³ La « sensibilisation culturelle » est considérée comme le premier pas menant à l'atteinte de la sécurité culturelle. Il s'agit de la capacité et de la volonté de reconnaître et d'honorer les différences entre les cultures, sans toutefois demander aux professionnels de la santé de modifier leurs pratiques afin de mieux soutenir les soins au patient (Métis Centre of the NAHO, 2013).

⁴ La « sensibilité culturelle » peut être considérée comme le deuxième pas vers l'atteinte de la sécurité culturelle et fait appel à la capacité de reconnaître les différentes façons de faire des autres en raison de leur bagage culturel, d'y être sensible, de respecter ces différences et de tenir compte des différentes perceptions et expériences des patients au moment de leur prodiguer des services (Métis Centre of NAHO, 2013).

⁵ La compétence culturelle est celle acquise par les prestataires de services ayant assimilé un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques qui leur permettent de travailler avec efficacité dans des situations interculturelles (Cross et al., 1989).

⁶ L'humilité culturelle est définie par Tervalon et Murray-Garcia (1998) comme étant « a lifelong commitment to self-evaluation and critique, to redressing power imbalances... and to developing mutually beneficial and non-paternalistic partnerships with communities on behalf of individuals and defined populations » (as cited by Greene-Moton, & Minkler, 2020, p. 142).



MÉTHODOLOGIE

Une analyse environnementale a été réalisée afin de trouver des stratégies, des initiatives, des outils et des ressources pertinentes et accessibles au public concernant la sécurité culturelle dans le système de santé. Exception faite des travaux phares, la recherche s'est limitée aux 10 dernières années (2012 à juin 2022). Les mots-clés de recherche (N.D.T. recherche menée en anglais seulement, dont les mots-clés énoncés ci-dessous étaient en anglais) ayant servi à décrire les populations autochtones au Canada comprenaient Autochtone, Premières Nations, Inuit, Métis et Indien, conjointement avec « sécurité culturelle » et les termes connexes comme humilité culturelle, compétence culturelle, lutte contre le racisme, équité et réconciliation. Ces termes s'accompagnaient de mots-clés liés à la santé et aux systèmes sociaux, comme santé, système de santé, protection de l'enfance et autorité régionale de la santé, ainsi que des noms de provinces et de territoires. L'analyse comprenait par ailleurs un examen des sites Web d'organismes autochtones, gouvernementaux et liés à la santé pertinents⁷.

L'analyse aura retenu seulement le contenu axé sur les Autochtones et la santé (en totalité ou en partie) et ciblant les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants, de familles et de communautés autochtones. Elle a écarté les activités universitaires et axées sur la recherche (p. ex. articles de revues spécialisées et présentations dans le cadre de conférences), à moins qu'elles soient menées en partenariat avec des ministères gouvernementaux, des communautés autochtones ou d'autres organismes liés à la santé hors du monde universitaire ou pour le compte de ceux-ci, accords avec une administration autonome⁸ et accords de financement flexible à long terme⁹, de même qu'initiatives d'administrations municipales. Bien que cette recherche ait été approfondie, elle n'était pas exhaustive et pourrait avoir omis des stratégies, des initiatives, des outils et des ressources élaborés ou mis en œuvre au Canada.

Limites

Il est important de noter que les limites méthodologiques pourraient influencer sur l'interprétation des résultats de l'analyse. Tout d'abord, tous les mots-clés de recherche utilisés pour la recherche sur Internet étaient en anglais, ce qui influe sur les résultats dans des régions où la langue employée principalement par les gouvernements et les organismes n'est peut-être pas l'anglais; au Québec, par exemple, où le français est la principale langue employée, et dans les régions où la langue première est autochtone, comme le Nunavut. Ainsi, une sous-représentation des initiatives relatives à la sécurité culturelle pourrait se dessiner dans ces régions. De plus, les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux ne sont pas tous dotés de bonnes fonctions de recherche qui permettent aux utilisateurs de repérer facilement des ressources pertinentes. Enfin, il convient de noter que certaines initiatives relatives à la sécurité culturelle pourraient avoir été mises en place sans pour autant être connues du public, notamment des initiatives à petite échelle comme l'établissement de groupes de travail ou de comités.

⁷ Le cas échéant, des stratégies, des initiatives, des outils et des ressources élaborés et mis en œuvre par des organismes autochtones, des organismes sans but lucratif et d'autres organismes ayant un mandat lié à la santé ont été insérés, sans toutefois avoir entrepris de recherche ciblée pour déceler précisément ces types d'initiatives.

⁸ Habituellement, les accords avec une administration autonome mettent en place des mécanismes grâce auxquels des groupes des Premières Nations, inuits et métis travaillent en collaboration avec des gouvernements provinciaux/territoriaux sur des questions jugées importantes pour la santé et le bien-être de ces groupes autochtones, ce qui permet de prendre en considération et de cibler leurs priorités en matière de santé.

⁹ Les accords de financement flexible à long terme permettent à des communautés des Premières Nations, inuites et métisses de planifier pour les priorités à long terme, de reporter les fonds non utilisés ou de les redistribuer, et d'utiliser les fonds de manière plus novatrice et intégrée.





ORGANISATION DU RAPPORT



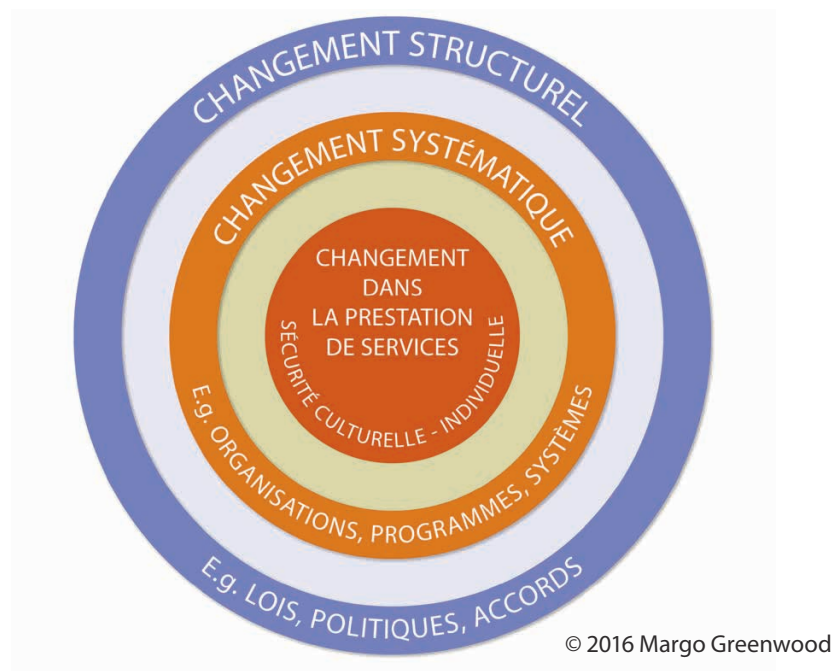
Comme nous l'avons mentionné précédemment, des chapitres distincts présentent les résultats de l'analyse environnementale au niveau national et pour chaque province et territoire. Le Chapitre 2 résume les principaux efforts entrepris au niveau national afin d'intégrer la sécurité culturelle aux soins de santé au Canada, alors que les Chapitres 3 à 15 font état des initiatives relatives à la sécurité culturelle mises en place dans chacune des 10 provinces et chacun des 3 territoires. Divers chapitres et sections renverront

aux initiatives qui comportent plusieurs niveaux (p. ex. entre gouvernements provincial et fédéral) ou des partenariats et collaborations dans divers secteurs (p. ex. entre associations professionnelles autochtones et non autochtones). Le modèle de changement de Greenwood (2019) pour l'instauration de la sécurité culturelle (voir la figure 1) sert de cadre organisationnel pour présenter les initiatives relatives à la sécurité culturelle dans chaque chapitre.

Modèle de changement pour l'instauration de la sécurité culturelle

Le modèle de changement pose comme principe que la création de milieux et de pratiques de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel exige une action simultanée sur les plans structurel, systémique et de la prestation des services. Comme l'illustre la figure 1, les vecteurs structurels d'un changement sécuritaire sur le plan culturel comprennent, entre autres, des lois, des politiques et des accords, tandis que le changement systémique s'opère à l'échelle des organismes, comme les organismes de réglementation et les programmes. Les changements structurels et systémiques apportent une modification au niveau de la prestation des services que suscitent, par exemple, des possibilités d'éducation et de formation sur la sécurité culturelle pour les professionnels de la santé.

FIGURE 1 : MODÈLE DE CHANGEMENT POUR L'INSTAURATION DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE



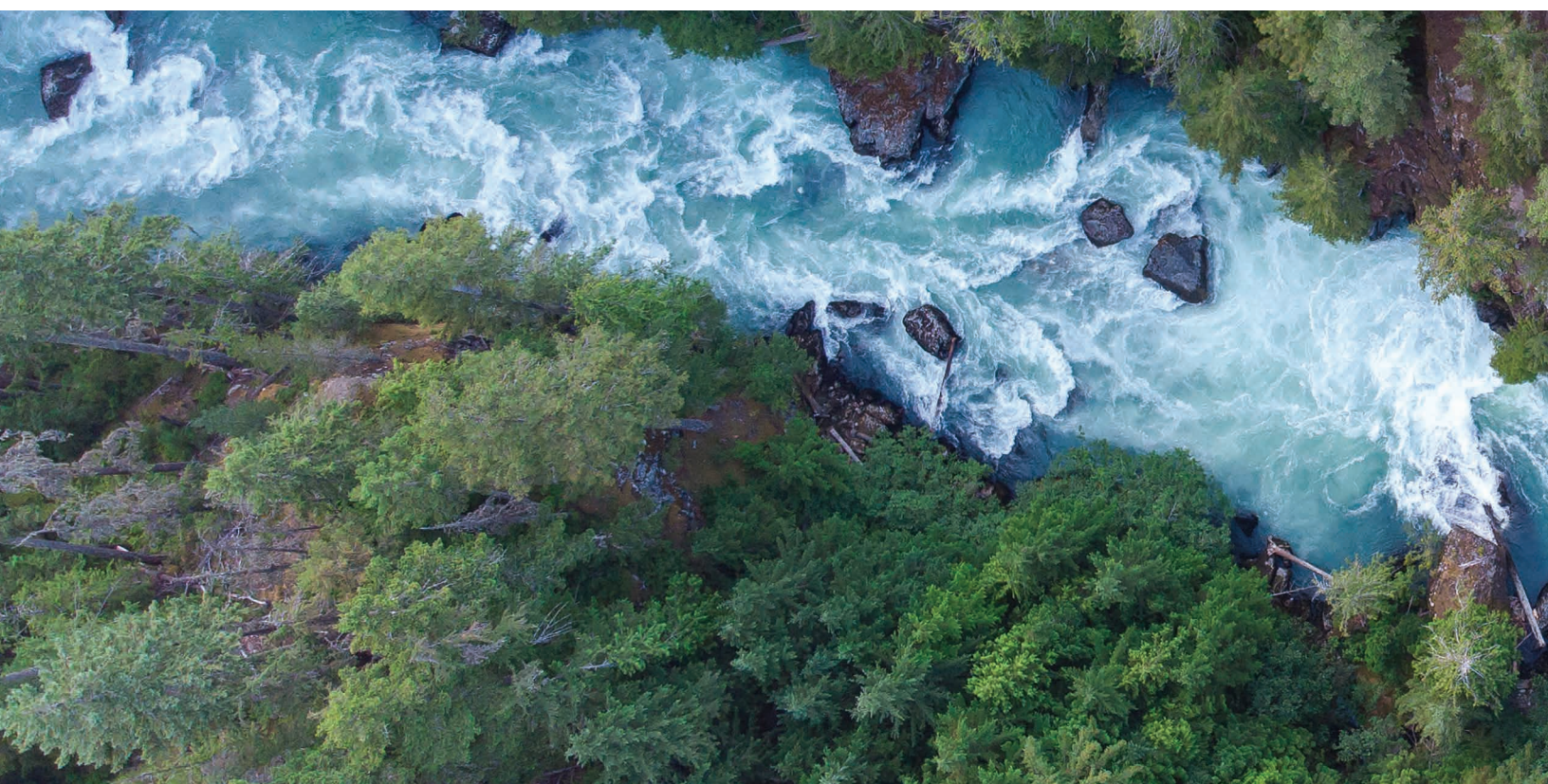
Source : Greenwood (2019), p. 12.



BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Allan, B., & Smylie, D. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON: Wellesley Institute.
- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, D., & Bushie, B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9), E208-E216.
- Baba, L. (2013). *Cultural safety in First Nations, Inuit and Métis public health: Environmental scan of cultural competency and safety in education, training and health services*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Browne, A. J., 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, 544.
- Cross, T., Bazron, B., & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Georgetown University Child Development Center.
- Greene-Moton, E., & Minkler, M. (2020). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, DOI: 10.1177/1524839919884912
- 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.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. M. (Eds.). (2018). *Determinants of Indigenous Peoples' health, Second edition*. Canadian Scholars Press.
- Halseth, R., Stout, R., & Atkinson, D. (2019). Cultural safety. *Oxford Bibliographies*. DOI: 10.1093/OBO/9780199756797-0192.
- Indigenous Health. (2017). *Cultural safety: Respect and dignity in relationships*. Northern Health Authority. https://www.indigenoushealthnh.ca/sites/default/files/2017-03/booklet-cultural-safety-web_0.pdf



Loppie, C., & Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.

Métis Centre of the National Aboriginal Health Organization [NAHO]. (2013). *Towards cultural safety for Métis: An introduction for health care providers*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Nursing Council of New Zealand. (2011). *Guidelines for cultural safety, the Treaty of Waitangi and Maori health in nursing education and practice*. 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

Richardson, L., & Murphy, T. (2018, April). *Bringing reconciliation to healthcare in Canada: Wise Practices from Healthcare Leaders*. HealthCareCAN. https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/Executive_Summary_English_Web.pdf

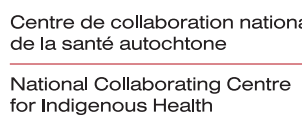
Turpel-Lafond, M.E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care – Addressing racism review summary report*. Engage BC, Government of British Columbia. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>

Ward, C., Branch, C., & Fridkin, A. (2016). What is cultural safety – and why should I care about it? *Visions Journal*, 11(4), 29-32.

Yeung, S. (2016). Conceptualizing cultural safety: Definitions and applications of safety in health care for Indigenous mothers in Canada. *Journal for Thought*, 1(1), 1-13.



A photograph of a vast field of tall, golden-brown grasses with white seed heads, blowing in the wind. In the background, there are rolling green hills under a clear sky. The bottom of the image features a decorative white silhouette of stylized grass and reeds.



1 250 960-5250
CCNSA@UNBC.CA
CCNSA.CA