

LA SÉCURISATION CULTURELLE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Vers des soins et des services
culturellement sécurisants
pour les Premières Nations et les Inuit

Édition mars 2021

LA SÉCURISATION CULTURELLE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Vers des soins et des services
culturellement sécurisants
pour les Premières Nations et les Inuit

Édition mars 2021

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88925-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

RÉALISATION

L'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a été mandatée pour faciliter la réalisation et la rédaction de ce guide.

Deux comités ont contribué à la réalisation et à la rédaction. Les organisations représentant les Premières Nations et les Inuit étaient membres de ces deux comités.

COMITÉ D'ORIENTATION

Geneviève Ashini, conseillère en santé et services sociaux, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Catherine Charest, conseillère en mobilisation des connaissances, RCAAQ (de janvier à octobre 2020)

Julie Gauthier, directrice, Direction des affaires autochtones, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Vincent Gagnon Martineau, conseiller, Direction des affaires autochtones, MSSS

Richard Gray, gestionnaire des services sociaux, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Elena Labranche, directrice, Département des valeurs et des pratiques Inuit, Régie régionale de santé et de services sociaux du Nunavik (RRSSSN) (depuis novembre 2020)

Juliana Matoush-Snowboy, directrice – Qualité organisationnelle et sécurisation culturelle, Nishiiyuu, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSJ)

Émilie Picarou, courtière de connaissances, Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Tina Pisuktie, directrice, Association des Inuit du sud du Québec (depuis novembre 2020)

COMITÉ CONSULTATIF

Geneviève Ashini, conseillère en santé et services sociaux, RCAAQ

Annie Baron, conseillère à la sécurisation culturelle et aux partenariats usagers, RRSSSN (depuis novembre 2020)

Pierre Blais, directeur des services sociaux Atikamekw Onikam, Conseil de la Nation Atikamekw

Amélie Breton, agente de planification et programmation Plan Clinique Régional Nunavik, perspective usagers, direction générale, RRSSSN (depuis novembre 2020)

Valérie Boudreault, conseillère, Secrétariat aux affaires autochtones (SAA) (depuis novembre 2020)

Sira Camara, professionnelle scientifique – services sociaux, INESSS

Nathalie Castilloux, directrice, Services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de la Côte-Nord

Marie-Élaine Lemay, agente de relations avec le milieu (organisations autochtones, lien avec les élus des municipalités des MRC de La Vallée-de-l'Or et d'Abitibi), CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Catherine Charest, conseillère en mobilisation des connaissances, RCAAQ (de janvier à octobre 2020)

Gabrielle Désilets, conseillère scientifique, équipe Santé des Autochtones, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (depuis mai 2020)

Isabelle Duguay, conseillère scientifique, équipe Santé des Autochtones, INSPQ (novembre 2018 à mai 2019)

Vincent Gagnon Martineau, conseiller, Direction des affaires autochtones, MSSS

Julie Gauthier, directrice, Direction des affaires autochtones, MSSS

Richard Gray, gestionnaire des services sociaux, CSSSPNQL

Isabelle Labelle-Richard, adjointe à la direction, Services de proximité – secteur Vallée-de-la-Gatineau, Direction des services multidisciplinaires et de la communauté, CISSS de l'Outaouais (depuis novembre 2020)

Elena Labranche, directrice, Département des valeurs et des pratiques Inuit, RRSSSN (depuis novembre 2020)

Karine Lampron, directrice adjointe, Services de soins ambulatoires de santé primaire et de la gestion des maladies chroniques, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Juliana Matoush-Snowboy, directrice – Qualité organisationnelle et sécurisation culturelle, Nishiiyuu, CCSSSJ

Colette Nadeau, directrice, Protection de la jeunesse, CISSS de l'Outaouais (depuis septembre 2019)

François Ouellet Castro, conseiller aux relations et aux partenariats, Direction des relations avec les Autochtones, SAA

Jennifer Petiquay, agente à la liaison autochtone, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Émilie Picarou, courtière de connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Tina Pisuktie, directrice, Association des Inuit du sud du Québec (depuis novembre 2020)

Johanne Rhinds, conseillère, Direction des affaires autochtones, MSSS

Julie Rodrigue, chef d'équipe, Pôle d'expertise sur les gouvernances en milieu nordique, SAA (novembre 2018 à novembre 2020)

Marie-Claude Sirois, adjointe à la direction, Direction des services sociaux, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Audrey-Maude Southière, conseillère aux programmes jeunesse, Direction des services aux jeunes et aux familles, MSSS

Marie-Christine Turgeon, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de la présidente-directrice générale, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (depuis novembre 2020)

Isabelle Verret, agente de liaison, Soins de santé, CSSSPNQL

Dale Walker, conseiller-cadre à la liaison autochtone, CISSS de la Côte-Nord

Debbie Whiteduck, conseillère en services à l'enfance et à la famille, CSSSPNQL

INVITÉS

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire, secteur de la recherche, CSSSPNQL

Natacha Hervieux, conseillère en mieux-être et en prévention des dépendances, CSSSPNQL

Kahá:wi Jacobs, conseillère principale, Nishiyuu, CCSSSJ

Pauline Lameboy, coordonnatrice, Expérience client et performance organisationnelle, Nishiyuu, CCSSSJ

Patricia Montambault, agente de recherche, CSSSPNQL

Mary Ortepi, CCSSSJ

Nina Segalowitz, Association des Inuit du sud du Québec

Valérie Vennes, conseillère en crises sociales et en violence familiale, CSSSPNQL

RÉDACTION PRINCIPALE

Émilie Picarou, courtière de connaissances, Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COORDINATION

Julie Gauthier, directrice, Direction des affaires autochtones, MSSS

Pier B. Lortie, adjointe scientifique, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CONTRIBUTION À LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Francis Lacasse, bibliothécaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Patricia Montambault, agente de recherche, CSSSPNQL

Chiara Mara-Bolduc, agente de recherche, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE

Suzanne Lafontaine

RÉVISION LINGUISTIQUE

Jonathan Aubin

CITATION PROPOSÉE

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit.*

REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la précieuse contribution des membres des comités qui se sont grandement impliqués à toutes les étapes de l'élaboration de ce document. Nous tenons également à signaler l'apport considérable des personnes qui ont participé à la validation de ce guide.

Alex Battaglini, CISSS de Laval

Leila Ben Messaoud Ouellet, CSSSPNQL

Odile Bergeron, INSPQ

Audrey Bergeron-Bilodeau, RCAAQ

Marie-Eve Bernard, CISSS de la Montérégie-Ouest

Marie-Andrée Boivin,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dominique Bonhomme, CISSS Laurentides

Louise Bourassa,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Myriam Briand, CISSS des Laurentides

Carol Chiasson,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Cameron Clark, Timiskaming First Nation

Renée Descôteaux, CHU de Montréal

Julie Desjardins, CISSS de Laval

Marie-Eve Desrosiers, CHU de Montréal

Martin Dumont,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Marie-Andrée Duperré, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Christopher Fletcher, Université Laval

Danielle Fleury, CHU de Montréal

Manon Gélinas,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Ana Gherghel, INSPQ

Marie Josée Godi,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Lynn Grégoire, CISSS de Laval

Mathieu Hamel, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Claudine Jacques, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Daniel La Roche, CHU de Québec

Véronique Larouche, Mashteuiatsh

Anne-Marie Leclerc, Université du Québec à Trois-Rivières

Heather L'Heureux, CISSS de la Montérégie-Ouest

Sonia Mailloux, CISSS de Laval

David McLaren, Kebaowek First Nation

Jessie Messier, CSSSPNQL

Josée Morneau, CISSS de la Montérégie-Est

Patrick Murphy-Lavallée, CISSS de la Montérégie-Ouest

Serge Nadeau,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Christine Pelletier, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Alexandra Picard, RCAAQ

Pierre Picard, Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone

Chantal Plourde,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dianne Ried, CCSSSJ

Nina Segalowitz, Association des Inuit du sud du Québec

Leilani Shaw,
Comité consultatif sur la santé des Autochtones à Montréal

Martin St-Pierre, CHU de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	xv
Survol des Premières Nations et des Inuit du Québec	1
Pourquoi adapter les soins et les services aux Premières Nations et aux Inuit ?	3
Les origines de la discrimination	3
Les répercussions intergénérationnelles des traumatismes sur la santé et le bien-être.....	5
Les formes actuelles de discrimination en santé et en services sociaux	6
Les déterminants de la santé et du bien-être chez les Premières Nations et les Inuit	8
La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux	9
Qu'est-ce qui caractérise la sécurisation culturelle ?	9
D'où provient le concept de sécurisation culturelle ?	10
Les stades vers la sécurisation culturelle	10
Comment cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants ?	13
Un modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit.....	13
Les principes directeurs.....	14
Niveau 1. Environnement	17
Pourquoi est-ce important ?	17
Défis potentiels	18
Pratiques à privilégier – Environnement	19
Niveau 2. Organisation	21
Pourquoi est-ce important ?	21
Défis potentiels	21
Pratiques à privilégier – Organisation.....	22

Niveau 3. Soins et services sociaux	25
Pourquoi est-ce important ?	25
Défis potentiels	25
Pratiques à privilégier – Soins et services sociaux	26
Illustration d’une première année pour un établissement engagé vers des soins et des services culturellement sécurisants	29
Conclusion	33
Références	35
Annexes	43
A – Carte des communautés des Premières Nations et des villages inuits ainsi que des centres d’amitié autochtones du Québec.....	44
B – Démarche de coconstruction.....	45
C – Stades vers la sécurisation culturelle - version détaillée	47
D – Modèle proposé pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations – version détaillée avec les pratiques à privilégier par niveau.....	48
E – Références pour aller plus loin	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les stades vers la sécurisation culturelle	10
Figure 2. Un modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit.....	14

AVANT-PROPOS

La démarche qui a mené à cette production symbolise un premier pas dans le cheminement vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Elle a été le catalyseur d'apprentissages fondamentaux.

D'abord, elle nous a permis de constater que la volonté individuelle de prendre conscience de ses croyances et de ses connaissances est un point de départ indispensable pour travailler ensemble à l'amélioration des soins et des services offerts aux Premières Nations et aux Inuit. Dans l'amorce des travaux, les responsables des dossiers autochtones des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont été rencontrésⁱ. Ces personnes ont témoigné des leviers et des freins que leur établissement rencontrait dans l'offre de soins et de services aux Premières Nations et aux Inuit. Malgré la variabilité des contextes régionaux, la volonté d'apprendre des cultures des Premières Nations et des Inuit pour intervenir de manière plus pertinente faisait unanimité.

L'expérience de cette démarche nous apprend également que le chemin en lui-même a une valeur aussi grande que la destination visée. Nos rencontres ont contribué à une meilleure connaissance mutuelle et à une meilleure compréhension partagée des façons constructives de travailler à la santé et au bien-être des Premières Nations et des Inuit. Elles ont soutenu l'apprentissage de nouvelles façons de faire et d'être. Elles ont exigé du temps, de l'écoute, du dialogue et de l'ouverture. Nous constatons que c'est grâce à ces espaces de rencontre que les repères entre les cultures se renouvellent et que de nouvelles manières de travailler ensemble, plus satisfaisantes pour chacun, et surtout plus équitables pour les Premières Nations et les Inuit, sont créées.

De plus, il nous semble important de souligner la multitude des gestes posés en ce moment à l'égard de la santé et du bien-être des Premières Nations et des Inuit. Nos rencontres ont souvent été l'occasion de constater les différents chantiers régionaux et provinciaux, voire fédéraux, concernant la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit. Bien que nous nous soyons seulement approchés de ces chantiers, nous avons pu entrevoir la vastitude des besoins de même que la multitude des actions amorcées.

Beaucoup de travail reste à faire pour rétablir l'équité pour les Premières Nations et les Inuit, et cette tâche présente des défis d'arrimage colossaux. Ce document constitue un pas de plus dans cette direction que plusieurs personnes et organismes de divers horizons au Québec ont empruntée pour contribuer de manière pertinente à la santé et au bien-être des Premières Nations et des Inuit.

Que les rapports soient en contexte d'intervention, d'organisation ou de gouvernance de soins et de services, tous les acteurs de la santé et des services sociaux ont un rôle à jouer au regard de la sécurisation culturelle. L'engagement, la volonté et les gestes de chacun ont une contribution considérable et complémentaire pour rétablir l'égalité chez les Premières Nations et les Inuit en matière de santé et de bien-être. Ainsi, au-delà de toutes les pratiques à privilégier décrites dans ce document, nous souhaitons souligner deux messages importants. Premièrement, chaque acteur de la santé et des services sociaux doit cheminer en prenant conscience de ses croyances et de ses connaissances à l'égard des Premières Nations et des Inuit. Deuxièmement, les acteurs de la santé et des services sociaux doivent aller à la rencontre des Premières Nations et des Inuit avec respect pour qu'ensemble ils puissent développer des soins et des services culturellement sécurisants.

Les membres du comité consultatif

i. Chaque établissement de santé et de services sociaux du RSSS comprend un responsable des dossiers autochtones. Une collecte de données par entretien semi-dirigé a été réalisée de novembre 2018 à janvier 2019 auprès de 22 responsables des dossiers autochtones provenant de 22 établissements du RSSS. Ces établissements étaient répartis dans 12 régions du Québec.

LEXIQUE

Dans ce document, les termes « autochtone », « Premières Nations » et « Inuit » sont utilisés selon les références. Les termes « Premières Nations » et « Inuit » ont été privilégiés autant que possible, car ils représentent plus fidèlement les premiers peuples du Québec.

Autochtone Un terme employé au Québec, au Canada et dans d'autres pays qui renvoie aux premiers peuples.

Les premiers peuples du Québec sont représentés par les Premières Nations et les Inuit, qui se composent de plusieurs communautés qui ont leur identité culturelle propreⁱ.

Communauté Un terme inclusif qui comprend les différents types d'assises territoriales, dont les réserves indiennes au sens de la *Loi sur les Indiens*, les terres réservées aux Cris et aux Naskapis ainsi que les villages nordiques du Nunavikⁱⁱ, de même que les établissements indiens et les communautés sans assise territoriale.

Culture La culture est un système de connaissances créées, apprises et partagées par un groupe de personnes. La culture comprend des normes, des valeurs, des symboles, des objets matériels et des structures de pouvoir – y compris les arts, l'éducation, la religion et la politique – dans lesquels notre compréhension du monde est façonnée, renforcée et remise en question. La culture est apprise, plutôt qu'héritée biologiquement, notamment par le langage, l'observation et l'expérience. Elle n'est pas fixe, mais souvent contestée et possède plusieurs variations et sous-cultures (selon les régions, les âges, les genres, les goûts, etc.).

Les cultures s'adaptent et changent dans le temps pour satisfaire les besoins fondamentaux des membres qui se les approprient (selon l'époque, l'environnement, les conjonctures). C'est pourquoi les normes, les valeurs et les structures de pouvoir qui y sont associées font souvent l'objet de débats¹.

Discrimination Une distinction, une exclusion ou une préférence liée à l'origine ethnoculturelle, à la couleur de la peau, au sexe, à l'identité ou à l'expression de genre, à la grossesse, à l'orientation sexuelle, à l'état civil, à l'âge (sauf dans la mesure prévue par la loi), à la religion, aux convictions politiques, à la langue, à la condition sociale, au handicap ou à l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap². La discrimination peut être³ :

- directe, lorsqu'elle est intentionnelle ;
- indirecte, lorsqu'elle découle d'une règle ou d'une pratique en apparence neutre, mais qui comprend des effets dommageables pour une personne ou un groupe de personnes.

i. Une carte des communautés des Premières Nations et des villages inuits du Québec se trouve à l'annexe A.

ii. Inspiré de RCAAQ⁹⁸.

Inuit	Les premiers habitants de l’Inuit Nunangat du Canada, composé de quatre régions arctiques, et de leurs descendants. Au Québec, la région arctique est le Nunavik⁴. Dans la langue inuktitut, on distingue le singulier, le duel et le pluriel. Le terme « Inuk » signifie le singulier ; le terme « Inuuk », le duel ; et le terme « Inuit », le pluriel, soit trois personnes et plus. Le caractère invariable du terme « Inuit » tel qu’il est employé en inuktitut est privilégié dans ce document.
Métis	Le peuple métis est né dans les années 1700 quand des marchands de fourrures français et écossais ont épousé des femmes autochtones, notamment des Cries et des Anishinabées (Ojibwées). Leurs descendants ont forgé dans le nord-ouest du Canada une culture distincte, une conscience collective et une nation commune. Le mot « Métis » à l’article 35 de la <i>Loi constitutionnelle de 1982</i> vise cette nation. Ainsi, la nation métisse, constitutionnellement reconnue, ne vise pas toutes les personnes d’ascendance mixte, indienne et européenneⁱ.
Préjugé	Une attitude ou une opinion préconçue qui prend appui sur les stéréotypes. Un préjugé peut avoir un caractère négatif ou positif⁵. Le préjugé peut être raciste lorsqu’il est fondé sur des inégalités de pouvoir liées aux différences économiques et sociales historiques entre les personnes et les groupes. Le préjugé peut également être raciste lorsqu’il vise à justifier ces inégalités⁶.
Premières Nations	Les Premières Nations du Québec sont représentées par les Abénakis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Ilnus/Innus, les Malécites, les Mi’gmaq/Micmacs, les Naskapis, les Hurons-Wendats et les Mohawks^{ii,7}.
Stéréotype	Une croyance ou un jugement qui réduit l’identité d’une personne à quelques traits caricaturaux censés représenter un groupe.

-
- i. Le gouvernement du Québec n’exclut pas qu’il puisse exister sur son territoire des communautés métisses historiques. Cependant, la reconnaissance de telles communautés doit être liée à une démonstration irréprochable de leur existence, en fonction des critères de l’arrêt Powley de la Cour suprême. À ce jour, cette démonstration n’a pas encore été faite.
- ii. Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. [Liste des communautés et leurs chefs](#)⁷.

ACRONYMES ET SIGLES

AISQ	Association des Inuit du sud du Québec
CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord québécois
CCSSSBJ	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RRSSSN	Régie régionale de santé et de services sociaux du Nunavik
RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS/RLS	Réseau territorial de services / Réseau local de services
SAA	Secrétariat aux affaires autochtones
SANA	Services assurés / non assurés
SSNA	Services de santé non assurés

SOMMAIRE

Prenant racine dans le colonialisme, la discrimination envers les Premières Nations et les Inuit est un phénomène toujours actuel au sein de nos sociétés, y compris dans certains services publics⁸.

Le rapport de la commission Viens (2019) est clair sur la méfiance des premiers peuples à l'égard du système de santé et de services sociaux du Québec : « [...] s'il est impossible de généraliser, les voix entendues sont assez nombreuses pour affirmer que les membres des Premières Nations et les Inuit ne se sentent pas en sécurité lorsque vient le temps de mettre leur santé entre les mains des services publics⁸ » (p. 392).

En somme, un obstacle à la santé des Premières Nations et des Inuit relève directement du système lui-même⁹ en raison de la discrimination que ces personnes subissent dans les pratiques de soins et de services sociaux ainsi que dans l'organisation de ces derniers.

Pour répondre à cette problématique, le développement de soins et de services culturellement sécurisants est une voie reconnue et encouragée par les Premières Nations et les Inuit afin de contribuer à leur santé et à leur bien-être.

La sécurisation culturelle est une approche qui reconnaît la présence des iniquités vécues par les Autochtones et qui cherche à combler ces écarts par des pratiques sécurisantes. Offrir des soins et des services culturellement sécurisants concerne l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux du Québec : des décideurs gouvernementaux aux intervenants. Chacun doit cheminer en prenant conscience de ses croyances et de ses connaissances à l'égard des Premières Nations et des Inuit afin de promouvoir des comportements et des attitudes pertinents pour leur santé et leur bien-être.

Pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants, un modèle inspiré des expériences de la Colombie-Britannique dans la mise en œuvre d'un système de santé et de services sociaux appuyé par la sécurisation culturelle est proposé¹⁰.

Il comprend trois niveaux au sein desquels les membres de la haute direction et les gestionnaires agissent : l'environnement, l'organisation ainsi que les soins et services. Ces niveaux sont interconnectés et nécessitent des interventions simultanées¹⁰.

Le modèle comprend également quatre principes directeurs qui teintent toutes les pratiques avec les Premières Nations et les Inuit à chaque niveau :

- a)** Réfléchir en continu à nos croyances et à nos pratiques à l'égard des Premières Nations et des Inuit ;
- b)** Reconnaître les traumatismes passés et actuels ainsi que leurs répercussions sur la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit ;
- c)** Respecter les cultures des Premières Nations et des Inuit ;
- d)** Agir avec les Premières Nations et les Inuit comme partenaires de leur santé et de leur bien-être.

DANS QUELLES ORIENTATIONS S'INSCRIT CE DOCUMENT ?

Le présent document s'inscrit en cohérence avec le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2017-2022 et contribue à la mise en œuvre de la mesure 1.1.14 : « Déployer des stratégies de sécurisation culturelle afin d'améliorer la prestation des services du réseau de la santé et des services sociaux¹¹ ».

Ce document contribue également à différents appels à l'action de la commission Viens (2019), plus particulièrement l'appel à l'action n° 75 « Encourager les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre sur pied des services et des programmes répondant aux principes de sécurisation culturelle, développés à l'intention des peuples autochtones et en collaboration avec eux⁸ » (p. 513).

À QUI S'ADRESSE CE DOCUMENT ?

Le présent document s'adresse aux membres des conseils d'administration, aux membres de la haute direction et aux gestionnaires des établissements du RSSS en tant qu'acteurs de premier plan dans la mise en place de conditions favorables au développement de soins et de services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit.

Ce document a aussi été écrit en prenant en considération les responsabilités individuelles de toute personne qui œuvre en santé et en services sociaux quant au respect et à l'équité des Premières Nations et des Inuit, comme les médecins ainsi que les employés des services cliniques et administratifs.

QUELLES SONT LES VISÉES DU DOCUMENT ?

Ce document vise à soutenir les établissements dans la mise en place de soins et de services culturellement sécurisants offerts aux Premières Nations et aux Inuit. Plus spécifiquement, il vise à :

- sensibiliser les membres de la haute direction et les gestionnaires à l'importance d'intégrer la sécurisation culturelle aux soins et aux services à l'égard des Premières Nations et des Inuit ;
- décrire la sécurisation culturelle et ses principes ;
- orienter les membres de la haute direction et les gestionnaires vers les pratiques à privilégier pour développer des soins et des services culturellement sécurisants.

D'OÙ VIENNENT LES PRATIQUES SUGGÉRÉES ?

Les pratiques suggérées dans ce document sont issues du croisement de savoirs scientifiques, expérientiels et contextuels. Ce guide est le produit d'une démarche ayant réuni au sein de deux comités des gestionnaires, des acteurs de terrain et des conseillers scientifiques engagés dans l'organisation et le soutien à la prestation des soins et des services offerts aux Premières Nations et aux Inuit du Québec.

Les organisations représentant les Premières Nations et les Inuit ont participé à ces deux comités, dont la composition est détaillée dans la section « Réalisation » de ce guide. La démarche tenue par ces comités ainsi que les principales sources de savoirs ayant contribué à l'élaboration de ce document sont détaillées à l'annexe B.

SURVOL DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT DU QUÉBEC

Les Inuit et les Premières Nations⁷, représentées par les Abénakis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Innu/Innus, les Malécites, les Mi'gmaq/Micmacs, les Naskapis, les Hurons-Wendats et les Mohawks forment les premiers peuples du Québecⁱ. Le gouvernement du Québec reconnaît le droit de chacun des premiers peuples d'orienter le développement de son identité propre¹².

« La diversité est au cœur de la réalité autochtone au Québec. Elle se manifeste de plusieurs manières, dans la langue, les traditions, les styles de vie, les croyances, et elle se trouve à la base d'identités spécifiques à chaque nation¹³ » (p. 97).

À titre d'exemple de diversité, neuf langues et dialectes sont parlés au Québec : l'inuktitut, l'innu, le cri, l'atikamekw, l'algonquin, le mi'gmaq, le mohawk, le naskapi et l'abénaki. Ils se regroupent sous trois grandes familles (iroquoienne, algonquienne et eskimo-aléoute)¹¹.

Des traits culturels communs se dégagent tout de même de cette diversité et forment en quelque sorte des emblèmes identitaires de la culture des premiers peuples. Voici quelques exemples :

- Un « sentiment d'interconnexion et de relations avec les terres¹⁴ » (p. 3), celles-ci étant parties intégrantes du bien-être ;
- Un rapport à la collectivité, c'est-à-dire la famille élargie, les amis, la communauté et, plus largement, la nation occupent une place centrale dans le bien-être⁸ ;
- Un grand respect des aînés¹⁶ ;
- Une représentation de la santé et du bien-être comme un état englobant différentes composantes qui dépassent l'absence de maladie^{8,17}.

i. Une carte des communautés des Premières Nations, des villages inuits du Québec et des centres d'amitié autochtones se trouve à l'annexe A.

QUELQUES REPÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les Premières Nations et les Inuit du Québec inscrits au registre fédéral ou à l'un des registres provinciaux s'élèvent à environ 108 300 individus^{i,ii}. Les données concernant les Premières Nations et les Inuit font souvent l'objet de défis méthodologiques lorsque vient le moment de comparer les sources entre elles^{iii,8}. Il est toutefois possible de dégager certains éléments sociodémographiques.

- **La population est jeune**, avec une moyenne d'âge de 36 ans, comparativement à 41 ans pour l'ensemble du Québec. Les Inuit sont les plus jeunes avec un âge moyen de 27 ans²⁰.
- **Les familles sont plus nombreuses**, avec un nombre d'enfants quatre à cinq fois plus élevé que celui des familles de l'ensemble du Québec²⁰.
- **La croissance démographique est nettement plus forte que celle de la population canadienne**. De 2006 à 2016, la population des Premières Nations a augmenté de 39 %, celle des Inuit habitant le Nunangat de 20 % et celle des Inuit à l'extérieur de ces régions arctiques de 62 %²¹. La population totale du Canada a augmenté de 5 % et celle du Québec de 3,3 % de 2011 à 2016²².
- **La présence en milieu urbain s'accroît et se diversifie d'une année à l'autre**^{iv,23}. Elle se compose de personnes qui sont nées dans les villes, qui y résident, qui y sont de passage ou qui y sont établies de manière permanente.
- **Montréal est la troisième ville au Canada où vit le plus grand nombre d'Inuit**²¹ et présente l'une des plus grandes diversités du point de vue des langues et des cultures autochtones.
- **87 % des Inuit et 37 % des Premières Nations parlent leur langue maternelle**²¹. L'usage de la langue française et de la langue anglaise y est variable. Certaines personnes ont recours à l'anglais ou au français comme langue d'usage, alors que d'autres s'expriment uniquement dans leur langue maternelle.

i. Secrétariat aux affaires autochtones (addition des différentes estimations du registre fédéral et des registres québécois ; registre des bénéficiaires cris, inuits et naskapis de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois)¹⁸ [données accessibles en ligne] : <https://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>.

ii. Le registre fédéral porte le nom officiel de « Registre des Indiens ». Il représente les personnes inscrites selon la *Loi sur les Indiens* et reconnues par le gouvernement fédéral comme ayant le statut d'Indien (Gouvernement du Canada, site consulté le 18 mai 2018)¹⁹. Le registre des bénéficiaires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ) est tenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À ces registres sont inscrits les Inuit, les Cris et les Naskapis admissibles selon les dispositions des chapitres 3 de la CBJNQ et de la CNEQ.

iii. Par exemple, les données de Statistique Canada issues du recensement peuvent présenter des imprécisions et des biais, attribuables à l'autodéclaration, permettant à des personnes allochtones de déclarer des origines autochtones et le refus de certaines personnes et communautés autochtones de participer aux exercices de recensement.

iv. Dans ce document, lorsqu'il est question des Premières Nations et des Inuit vivant ou étant de passage en milieu urbain, il est question de tout lieu géographique hors communauté.

Le terme « communauté » est un terme inclusif qui comprend les différents types d'assises territoriales, dont les réserves indiennes au sens de la *Loi sur les Indiens*, les terres réservées aux Cris et aux Naskapis ainsi que les villages nordiques du Nunavik (inspiré de RCAAQ, 2018), de même que les établissements indiens et les communautés sans assise territoriale.

POURQUOI ADAPTER LES SOINS ET LES SERVICES AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUIT ?

LES ORIGINES DE LA DISCRIMINATION

Le colonialisme fait souvent écho à un passé révolu pour lequel trop peu de personnes semblent préoccupées. Toutefois, ces événements ont encore aujourd'hui des conséquences importantes sur plusieurs aspects de la vie des Premières Nations et des Inuit. La gouvernance, l'éducation, l'économie, la santé et le bien-être des premiers peuples en sont grandement affectés. Différentes législations et pratiques actuelles découlent de la perspective coloniale et perpétuent les conséquences individuelles et collectives sur les premiers peuples.

Pendant près de deux siècles, les gouvernements canadiens et québécois, en fonction de leurs responsabilités respectives, ont mis en place des mesures ayant contribué à la discrimination, à l'exclusion ou au racisme à l'égard des Premières Nations et des Inuit.

Au cours des 30 dernières années, et plus particulièrement depuis les cinq dernières, des enquêtes publiques se sont penchées sur les effets de ces mesures. Elles se sont également attardées aux causes sous-jacentes à l'atteinte des droits fondamentaux, de la discrimination et des traitements différents qui pourraient exister à l'égard des Autochtones dans le cadre de la dispensation des services publicsⁱ :

- la Commission royale sur les peuples autochtones (1996)²⁵ ;
- la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015)²⁶ ;
- l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019)²⁷ ;
- la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès (commission Viens, 2019)^{ii,8}.

Ces enquêtes ont notamment documenté les répercussions de l'action des gouvernements sur l'ensemble des sphères de la vie des personnes et des collectivités. Bien que les Premières Nations et les Inuit aient collectivement été la cible d'assimilation, les mesures auxquelles ils ont été soumis diffèrent. Ces divergences, souvent ancrées dans les réalités juridiques et géographiques, interviennent encore aujourd'hui.

i. Mentionnons également les travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dont le mandat est d'« examiner les dispositifs de protection de la jeunesse, dans les différents réseaux d'intervention concernés, de manière à identifier les enjeux et obstacles et à formuler des recommandations sur les améliorations à apporter ». Elle doit notamment « prendre en compte la réalité des populations autochtones face à la protection de la jeunesse en s'appuyant notamment sur les travaux de la commission Viens ainsi que sur les résultats de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées²⁴ ». Elle doit déposer les conclusions de son rapport en avril 2021.
<https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>.

ii. Plus précisément, le mandat de la commission Viens était entre autres : « [...] d'enquêter, de constater les faits, de procéder à des analyses afin de faire des recommandations quant aux actions correctives concrètes, efficaces et durables à mettre en place par le gouvernement du Québec et par les autorités autochtones en vue de prévenir ou d'éliminer, quelles qu'en soient l'origine et la cause, toute forme de violence et de pratiques discriminatoires, de traitements différents dans la prestation des services publics suivants aux Autochtones du Québec ». <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=11&L=112>.

Dans ce contexte, les peuples autochtones du Québec ont fait preuve d'une résilience remarquable. Cependant, deux siècles d'iniquités, de déracinements et de marginalisation ont ébranlé à bien des égards ces sociétés au sein desquelles les séquelles sont encore présentes¹¹. Pour illustrer la gravité des mesures gouvernementales, voici des exemples non exhaustifs vécus par les Premières Nations et les Inuit.

PREMIÈRES NATIONS

Pour les Premières Nations, plusieurs des mesures constituaient et constituent encore aujourd'hui des dispositions de la *Loi sur les Indiens*ⁱ. À titre d'exemple non exhaustifs, soulignons : la délocalisation forcée de certaines populations, la création de réserves (territoires contrôlés où les autorités coloniales restreignent les activités économiques et imposent des modes de gouvernance), l'interdiction des rassemblements de plus de trois personnes en dehors des églises, limitant ainsi les cérémonies traditionnelles²⁹. La notion de « mesures d'émancipation », c'est-à-dire le renoncement au statut d'Indien et de membre d'une bande en échange de droits comme la citoyenneté canadienne, le vote aux élections gouvernementales, l'accès aux études supérieures et autres droitsⁱⁱ, est également un exemple qui illustre la perception d'« infériorité » qu'entretenaient les autorités gouvernementales à l'égard des Autochtones.

La mise en place des pensionnats autochtones, aussi appelés « écoles résidentielles », est parmi les exemples fréquemment mentionnés pour illustrer la visée d'assimilation des gouvernements. Leur mission première était explicitement d'assimiler les jeunes Autochtones à la société canadienne et québécoise en effaçant toute trace de leur origine autochtone.

Les parents étaient obligés d'y envoyer leurs enfants. L'usage de la langue maternelle, des pratiques spirituelles ou de toute pratique liée au mode de vie et à la culture autochtones était fortement réprimé. L'objectif ultime poursuivi par ces institutions était de « tuer l'Indien dans l'enfant²⁶ ». Les témoignages de plusieurs pensionnaires exposent les conditions de maltraitance subies, comme des violences physiques, psychologiques et sexuelles, des bâtiments mal entretenus, une mauvaise alimentation et un manque de soins médicauxⁱⁱⁱ. Plusieurs décès d'enfants pensionnaires dans ces établissements ont été rapportés²⁶. Au Québec, 12 pensionnats autochtones ont hébergé de jeunes Autochtones de 1950 jusqu'en 1991, année de la fermeture du pensionnat de Pointe-Bleue (Mashteuiatsh) au Saguenay-Lac-Saint-Jean³¹.

INUIT

Les Inuit ont également été contraints de fréquenter des pensionnats pour les mêmes visées d'assimilation. En 1964, près de 75 % des enfants inuits âgés de 6 à 15 ans étaient inscrits dans ces institutions. On estime qu'au moins 3 000 Inuit sont toujours vivants pour témoigner de leur vécu de pensionnaires³². Le processus de colonisation qu'a vécu ce peuple se distingue de celui des Premières Nations, entre autres en raison de la courte période temporelle dans laquelle il s'est inscrit, ce qui a densifié les chamboulements sociaux. À titre d'exemple, le nombre de pensionnaires s'élevait à une quarantaine d'enfants en 1956, alors qu'il s'élevait à 656 à peine 10 ans plus tard³³.

i. Les termes « réserves », « Indien » et « membre d'une bande » sont utilisés, car dans ce contexte il s'agit de termes liés à la *Loi sur les Indiens* (L.R.C. (1985), ch. I-5)²⁸. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>.

ii. À titre d'exemples, les Autochtones doivent attendre jusqu'en 1969 pour exercer le droit de vote au Québec sans renoncer à leur statut, et les femmes autochtones doivent attendre jusqu'en 1985 pour avoir le droit d'épouser un homme qui n'a pas le statut d'Indien sans perdre le leur³⁰.

iii. Plusieurs témoignages sont illustrés dans Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015)²⁶.

L'un des plus importants traumatismes de l'histoire de la colonisation chez les Inuit au Québec est l'abattage de plus d'un millier de chiens d'attelage par la Gendarmerie royale du Canada et la Sûreté du Québec, en raison de l'intensification du mode de vie sédentaire^{8,34} : « [...] Cet épisode a traumatisé la population pour laquelle les *gimmiit* (chiens de traîneau) sont intrinsèquement liés à leur identité et essentiels à leur survie³³ » (p. 3). Les conséquences de ces événements avec les corps policiers marquent encore aujourd'hui lourdement la collectivité inuite³⁵.

Les épidémies de tuberculose au Nunavik, introduites par des Européens au 20^e siècle, sont également centrales dans le vécu historique et collectif des Inuit. L'arrivée de cette maladie a forcé le transfert de plusieurs Inuit dans les sanatoriums du sud dans les années 1950 afin d'y être soignés. Encore aujourd'hui, c'est la même souche qui place cette région au 9^e rang mondial, après le Bangladesh et les Philippines, pour le nombre de personnes touchées par la maladie à un moment précis (taux de prévalence)³⁶. Les conséquences de ces séjours de soins, d'une durée moyenne de deux ans, étaient majeures pour les Inuit, car ils étaient coupés de leur communauté et de leur culture. La réintégration en communauté était tout aussi difficile. Certains jeunes patients ont perdu leur langue et leurs repères culturels au cours de leur hospitalisation. Après leur guérison, des patients ont aussi été rapatriés dans une autre communauté que leur communauté d'origine ou habillés de vêtements inadéquats³⁷. De plus, certaines familles n'ont jamais reçu d'avis de décès de leur proche. Bien qu'aujourd'hui la tuberculose puisse être majoritairement traitée dans la communauté, les craintes et la résistance au dépistage sont observées chez les Inuit en raison de cette page de l'histoire³⁸.

Bien qu'ils ne soient pas décrits dans ce document, d'autres traumatismes ont marqué l'histoire des Premières Nations et des Inuit et ont engendré des répercussions intergénérationnelles sur leur santé et leur bien-être individuel et collectif.

LES RÉPERCUSSIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES DES TRAUMAS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Ces lois et politiques gouvernementales ont entraîné des disparités importantes sur le plan de la santé et des iniquités sociales pour les Autochtones³⁹. Une étude démontre l'écart considérable entre les indices de développement humain chez les Autochtones et le reste des Canadiens, alors que le Canada est reconnu sur la scène internationale pour se classer parmi les meilleurs pays en ce sens⁴⁰.

Au Québec, pour citer quelques exemples parmi plusieurs :

- l'espérance de vie est de 77 ans pour les Cris⁴¹, alors qu'elle est de près de 83 ans pour l'ensemble du Québec⁴² ;
- l'insécurité alimentaire atteint une proportion de 22 % chez les Premières Nations⁴³ et de 55 % chez les adultes inuits du Nunavik⁴⁴, alors qu'elle est de 6 % pour l'ensemble du Québec⁴⁵ ;
- de 2000 à 2011, 27,6 % des Autochtones décédés par suicide étaient âgés de 19 ans ou moins⁴⁶ ;
- le taux de signalements retenus par les services de protection de la jeunesse concernant les jeunes Autochtones et le taux de placement hors du milieu familial sont respectivement 4,4 fois et 7,9 fois plus élevés que ceux des enfants non autochtones⁴⁷.

Bien que les réalités socioéconomiques des Premières Nations et des Inuit puissent grandement varier, plusieurs données soutiennent le constat flagrant d'inégalité entre la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit et la santé et le bien-être du reste de la population québécoise. L'expérience du colonialisme et de la discrimination, de même que les mouvements d'autodétermination, sont des facteurs reconnus d'influence profonde sur les conditions de vie des populations autochtones^{48,49}.

Ces inégalités majeures ont pris racine dans les mesures sous-jacentes à la colonisation, mais elles se perpétuent au fil des générations.

Dans le cas des pensionnats, non seulement les personnes qui ont fréquenté ces institutions vivent avec plusieurs traumatismes complexes, mais leurs enfants et leurs petits-enfants peuvent également porter les marques de ces séquelles^{14,50,51}. Les séquelles liées à la fréquentation des pensionnats influent, entre autres, sur le sentiment de perte d'identité culturelle, une baisse marquée de l'estime de soi, des problèmes d'alcoolisme et de dépendance aux substances, la négligence envers les enfants, la violence et la maltraitance⁵². Ces traumatismes intergénérationnels nécessitent des interventions appropriées afin d'éviter d'accentuer les séquelles⁵³.

Mentionnons qu'au cœur de ces constats historiques et actuels, les Premières Nations et les Inuit font preuve d'une remarquable capacité de résilience collective et d'une volonté vive d'affirmer leurs identités sociales et culturelles.

LES FORMES ACTUELLES DE DISCRIMINATION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

La discrimination est un phénomène actuel au sein des services publics de santé et de services sociaux.

Le décès de M^{me} Joyce Echaquan le 28 septembre 2020 dans un centre hospitalier du RSSS, dans des circonstances caractérisées par des propos racistes tenus à son égard par des membres du personnel, a rappelé la présence d'un traitement parfois discriminatoire envers les Premières Nations et les Inuit dans les soins et les services⁵⁴.

La discrimination et les préjugés se manifestent de différentes formes. Il peut s'agir de traiter une personne différemment des autres, par exemple en posant des actes de violence à son endroit⁹. Certaines personnes ne sont pas toujours conscientes qu'elles agissent en fonction de préjugés et qu'elles ont des idées préconçues basées sur des stéréotypes négatifs. Ces préjugés peuvent les mener à formuler des hypothèses erronées. À cet effet, les préjugés relatifs aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues des Autochtones sont très répandus⁹.

L'étude du Conseil canadien de la santé (2012) rapporte quelques exemples vécus en ce sens : ne pas prescrire d'analgésiques, car on croyait que la personne développerait une dépendance ; attribuer des symptômes de coma diabétique à une intoxication à l'alcool ; maintenir la mère et son nouveau-né plus longtemps à l'hôpital sans raison valable pour évaluer sa capacité à prendre soin de l'enfant ; exclure un membre de la famille de la planification des soins et des services en prétextant qu'il ne comprendrait pas⁹. Finalement, culpabiliser la personne par rapport à son état de santé est également un exemple de pratiques à proscrire puisque cela reproduit les mécanismes oppressifs qui ont conduit à mettre de l'avant la sécurisation culturelle⁵⁵. La méconnaissance des cultures et des traumatismes intergénérationnels est souvent à l'origine de préjugés et d'actes discriminatoires à l'égard des Autochtones^{9,56}.

C'est pourquoi la sécurisation culturelle propose que chaque acteur du système de santé et de services sociaux effectue une réflexion sur ses croyances et ses connaissances à l'égard des Autochtones. Il s'agit d'un point de départ fondamental pour intervenir de manière plus pertinente et contrer les inégalités.

Des efforts doivent également être faits pour rétablir les liens de confiance entre les institutions gouvernementales et les Autochtones. En effet, les programmes et politiques publiques ont souvent omis de tenir compte des cultures et des besoins particuliers des Autochtones^{9,10,56,57,58}. Ce manque de considération a souvent engendré une inefficacité dans les interventions gouvernementales visant pourtant à améliorer les conditions de vie des populations plus vulnérables.

Une enquête réalisée par le RCAAQ (2018) soulève le fait que la barrière culturelle, c'est-à-dire la langue, la crainte d'être victime de discrimination en raison de ses origines autochtones ou l'inadéquation des services offerts par rapport aux valeurs autochtones, ressort comme un frein à l'accès aux soins et aux services sociaux. Cette enquête fait ressortir une perception négative du système de santé et de services sociaux dans 10 des 14 villes participantes du Québec quant à la reconnaissance des spécificités culturelles autochtones.

L'étude démontre également qu'au-delà de l'adaptation des services de santé et des services sociaux, il y a un défi préalable, celui de faire connaître les services. Les trois quarts des répondants ne connaissaient pas les services disponibles dans les réseaux de services publics, et la majorité d'entre eux estimait que les réseaux en question n'offraient pas les services dont ils avaient besoin. La méconnaissance du réseau québécois de services publics engendrerait ainsi des frustrations et de la méfiance.

La discrimination actuelle en santé et en services sociaux entraîne des répercussions majeures pour le système, comme :

- la sous-utilisation des services ;
- l'alourdissement et l'augmentation des situations de crise ;
- le dépistage tardif ou inversement le dépistage et l'intervention précoces non justifiés ;
- l'entrave à la prestation de soins, notamment dans le cas de maladies chroniques, de maladies graves ou mortelles⁸.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT

Les déterminants de la santé représentent les conditions sociales et de santé qui ont des répercussions sur l'état de santé global des individus, tout au long de leur parcours de vie, ainsi que sur l'état de santé des collectivitésⁱ.

Les conceptions de la santé chez les Premières Nations et les Inuit sont holistiques et font écho au sens même des déterminants sociaux de la santé^{15,60}, qui reconnaissent la santé comme un phénomène influencé par les différentes sphères de vie des individus et des collectivités. Cette approche est vue comme essentielle pour agir de manière pertinente sur les facteurs qui nourrissent la santé et le bien-être de ces populations^{15,60}.

Les déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones peuvent se décliner en trois catégories^{15,49}. Chacune de ces catégories peut avoir une incidence sur les déterminants d'une autre⁶¹ :

- 1) Les déterminants proximaux (ex. : environnement physique, sécurité alimentaire, emploi, revenu, éducation) ;
- 2) Les déterminants intermédiaires (ex. : systèmes de santé et d'éducation, capacités communautaires, continuité culturelle) ;
- 3) Les déterminants distaux (ex. : colonialisme, racisme, exclusion sociale et autodéterminationⁱⁱ).

Comme mentionné précédemment, les déterminants distaux comme l'expérience du colonialisme et du racisme ont une incidence profonde sur les conditions de vie et ils modulent les autres déterminants⁴⁸. Notons que l'emplacement géographique de plusieurs communautés, en particulier des Inuit habitant le Nunavik, influe grandement sur plusieurs déterminants. Par exemple, l'accès limité au transport aérien augmente fortement le coût de la vie, dont le logement et la nourriture.

Bien que la conception de la santé des Premières Nations et des Inuit porte une vision holistique, elle présente également des spécificités :

- Pour les Premières Nations, la conception de la santé est vue comme un état d'équilibre entre les dimensions physique, émotionnelle, mentale et spirituelle⁶². Cette conception est souvent illustrée par la roue de médecine ;
- Pour les Inuit, la conception de la santé s'exprime avec trois dimensions⁶³ : la première est étroitement liée à la santé corporelle, la seconde appelle à un sentiment de bien-être global (mental, physique, social) et la troisième fait référence aux relations entre les personnes. Une dimension clé de l'expérience de la santé pour les Inuit est d'ailleurs la qualité des relations avec les autres (famille, amis, voisins, etc.), y compris les non-Inuit.

i. Liste non exhaustive des déterminants sociaux : genre, sexe et identité sexuelle, race et expérience du racisme, origine ethnique, ascendance autochtone, colonisation, expérience migratoire, religion, culture, discrimination, exclusion sociale et inclusion sociale, éducation, alphabétisation et littératie, connaissances en santé, emploi et conditions de travail, emploi et sécurité d'emploi, revenu et sécurité du revenu, développement de la petite enfance, incapacité, invalidité et déficience, alimentation et sécurité alimentaire, logement (abordable et de qualité), milieu naturel et cadre bâti, filet de protection sociale, protection sociale, accès aux services et aux soins de santé⁵⁹.

ii. Traduction libre de *selfdetermination*.

LA SÉCURISATION CULTURELLE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LA SÉCURISATION CULTURELLE ?

La sécurisation culturelle consiste à rétablir et à soutenir l'équité pour les Autochtones. Elle reconnaît la présence des iniquités et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes⁶⁴.

Des soins et des services culturellement sécurisants :

- concernent tous les groupes d'acteurs du système de santé et de services sociaux, des gouvernements aux intervenants, chacun ayant une contribution significative et complémentaire ;
- nécessitent une réflexion critique de la part de ces acteurs sur leurs croyances, leurs comportements et attitudes ainsi que leurs connaissances des réalités autochtones⁶⁵ ;
- promeuvent des rapports égalitaires entre les Autochtones et les acteurs du système de santé et de services sociaux, que les rapports soient en contexte d'intervention, d'organisation ou de gouvernance de soins et de services ;
- tiennent compte de la dimension culturelle dans les interventions comme dans les politiques qui les encadrent⁶⁶ ;
- placent la personne autochtone, avec sa famille, ses proches et sa communauté ainsi qu'avec sa réalité et ses besoins particuliers, au cœur des soins et des services. La nature culturellement sécurisante des soins et des services est définie par les Autochtones qui en font l'expérience^{9,56,67,68,69,70,71,72,73,74,75} ;
- reconnaissent que les connaissances les plus adéquates sur la santé et le bien-être des Autochtones proviennent de la personne autochtone, de sa famille, de ses proches et de sa communauté¹⁰. Les Autochtones font donc partie des processus décisionnels qui concernent leur santé et leur bien-être⁹ ;
- sont une réponse coconstruite par les interlocuteurs autochtones et les acteurs du système de santé et de services sociaux à l'égard des besoins des individus et des collectivités autochtones⁶⁴ dans le respect et la reconnaissance de leurs pratiques de santé et de bien-être.

Les approches centrées sur la personne présentent plusieurs composantes qui vont de pair avec la sécurisation culturelle. Le partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs de la santé et des services sociaux met de l'avant une relation qui mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, ainsi que sur la façon avec laquelle divers partenaires travaillent ensemble⁷⁶. Ainsi, les principes de la sécurisation culturelle pourraient trouver écho auprès d'autres communautés culturelles. Toutefois, les pratiques de la sécurisation culturelle sont nées en réponse au rapport de domination issu de la colonisation et vécu par les premiers peuples, ce qui en fait une approche surtout propre aux Autochtones⁷⁷. La question de la dynamique du pouvoir est centrale dans le concept de sécurisation culturelle⁶⁶.

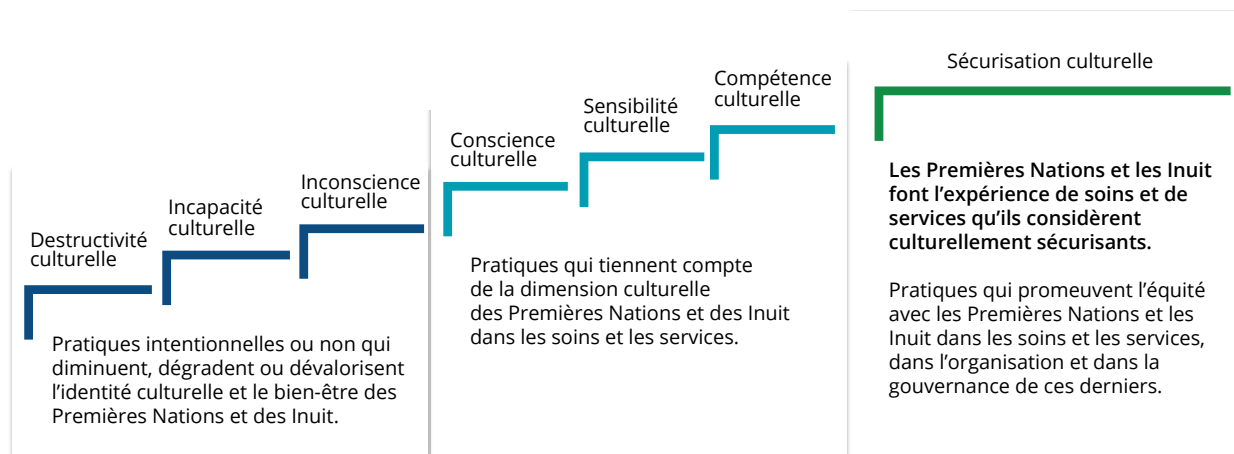
D'OÙ PROVIENT LE CONCEPT DE SÉCURISATION CULTURELLE ?

La sécurisation culturelle est une approche de soins et de services mise au point initialement par Irihapeti Ramsden, une infirmière maorie de Nouvelle-Zélande, relativement aux inégalités de santé que son peuple vivait⁷⁸. Différentes raisons soutiennent la pertinence de recourir à la sécurisation culturelle dans le système de santé et de services sociaux du Québec, dont les similitudes entre les répercussions et les traumatismes liés à la colonisation vécue par les Autochtones en Nouvelle-Zélande de même que l'inadéquation des soins et des services sociaux par rapport aux réalités propres à ces peuples^{71,79}. D'autres provinces canadiennes, comme la Colombie-Britannique⁸⁰ et l'Ontario⁸¹, cheminent en ce sens avec les Autochtones habitant ces territoires. En Nouvelle-Zélande, la présence autochtone est principalement représentée par les Maoris. Au Québec, la présence autochtone se démarque par les Premières Nations et les Inuit. Cette diversité crée un contexte culturel complexe, mais d'autant plus riche et important à prendre en considération et à préserver.

LES STADES VERS LA SÉCURISATION CULTURELLE

La sécurisation culturelle est la résultante d'un continuum sur lequel les acteurs du système de santé et de services sociaux cheminent. Dans ce continuum, ils gagnent en conscience sur la dynamique de pouvoir qui se joue dans leurs relations avec les Premières Nations et les Inuit. Ils gagnent également en capacité à agir de manière pertinente pour la santé et le bien-être de ces populations, c'est-à-dire en contextualisant les situations propres à chaque personne issue des Premières Nations et à chaque Inuk. Cette capacité se développe par différents stadesⁱ qui sont illustrés dans la figure 1 qui suit^{ii,iii}.

Figure 1. Les stades vers la sécurisation culturelle



i. Aussi appelé « degré de conscience »⁶⁴.

ii. Ce schéma est adapté de différentes références : 64, 66, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89 et 90.

iii. Une version détaillée du schéma se trouve à l'annexe C.

Au début du continuum. Les stades sont caractérisés par des pratiques qui, intentionnellement ou non, diminuent, dégradent ou dévalorisent l'identité culturelle et le bien-être des Autochtones^{68,70,82,83}. À cette extrémité, on trouve les racines de la colonisation et des croyances qui mènent à la discrimination⁶⁴.

Au centre du continuum. Les stades ont un caractère éducatif sur les réalités des Autochtones^{i,64}. Les acteurs gagnent en sensibilité grâce aux connaissances qu'ils acquièrent sur les réalités des Premières Nations et des Inuit (leurs histoires marquées par la colonisation, le phénomène intergénérationnel des traumatismes, leurs cultures, etc.). Ils sont ainsi en mesure d'être plus compétents et d'agir de manière plus pertinente^{85,86,87}.

Au terme du continuum. La sécurisation culturelle se situe à l'extrémité du continuum. Le cheminement vers ce stade est soutenu par les deux précédents, auxquels s'ajoute la réflexion critique des acteurs sur leur propre bagage culturel. Grâce à cette réflexion, les acteurs prennent conscience de leurs croyances et de l'influence de celles-ci dans leurs relations avec les autres. Ce stade est caractérisé par l'implication active et égalitaire des Autochtones dans leur relation avec les acteurs du système de santé et de services sociaux, des gouvernements aux intervenants⁶⁴. On parle de soins et de services culturellement sécurisants lorsqu'une personne autochtone considère que son expérience avec le système de santé et de services sociaux, ainsi que ses acteurs, a été sécurisante.

i. Certains auteurs font référence à un seul stade appelé la précompétence^{64,82}.

COMMENT CHEMINER VERS DES SOINS ET DES SERVICES CULTURELLEMENT SÉCURISANTS ?

UN MODÈLE POUR CHEMINER VERS DES SOINS ET DES SERVICES CULTURELLEMENT SÉCURISANTS POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITⁱ

Le modèle proposé pour offrir des soins et des services culturellement sécurisants aux Premières Nations et aux Inuit est illustré dans la figure ci-dessousⁱⁱ. Il est inspiré des expériences de la Colombie-Britannique dans le développement d'un système de santé et de services sociaux appuyé par la sécurisation culturelle^{iii,10}. La mise en œuvre du modèle est un processus continu et évolutif.

Le modèle proposé comprend trois niveaux : l'environnement, l'organisation et les soins et services. Les trois niveaux sont interconnectés et nécessitent des interventions simultanées¹⁰. Il est nécessaire de mettre en place des pratiques à tous les niveaux même si celles-ci sont d'intensité variable. Les pratiques à privilégier à chaque niveau sont décrites dans les pages suivantes.

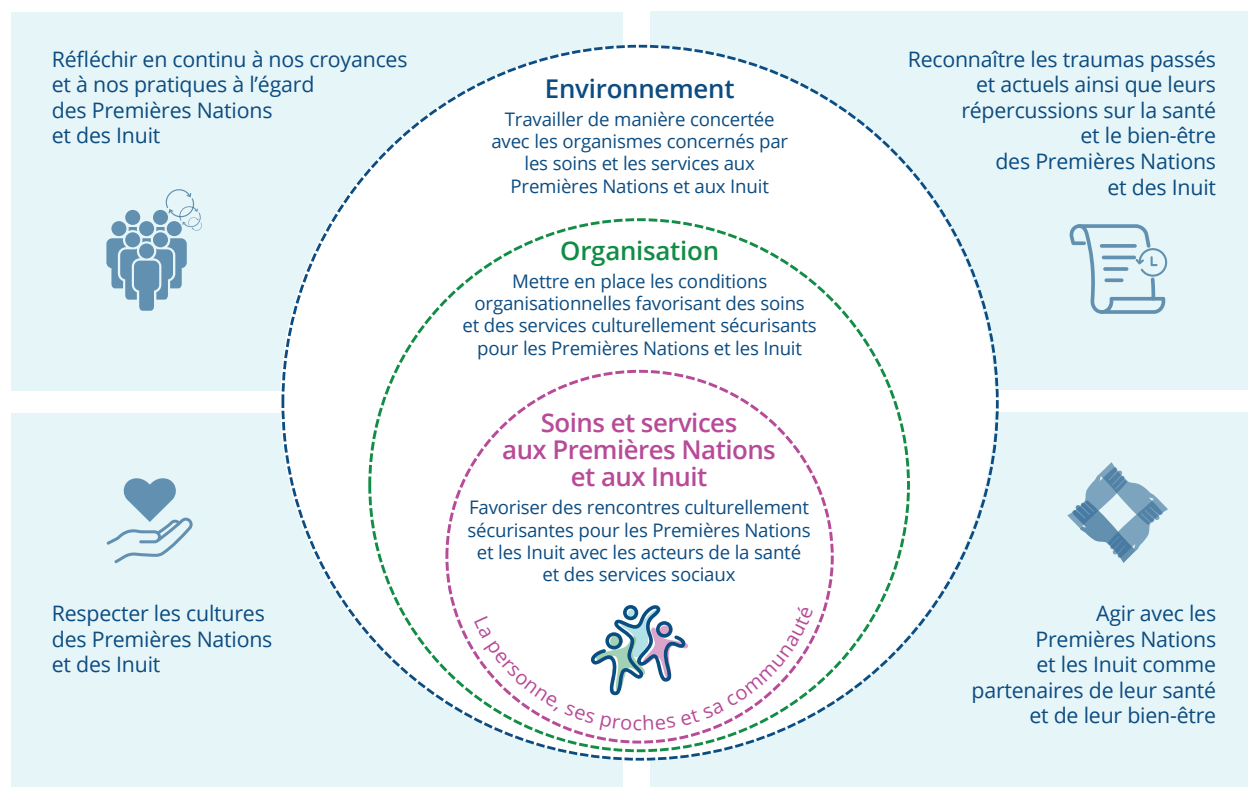
Le modèle comprend également quatre principes directeurs : a) réfléchir en continu à nos croyances et à nos pratiques à l'égard des Premières Nations et des Inuit ; b) reconnaître les traumatismes passés et actuels ainsi que leurs répercussions sur la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit ; c) respecter les cultures des Premières Nations et des Inuit ; d) agir avec les Premières Nations et les Inuit comme partenaires de leur santé et de leur bien-être. Ces principes sont décrits à la page suivante.

i. Inspiré de Greenwood¹⁰.

ii. Une version détaillée du modèle avec les pratiques à privilégier par niveau se trouve à l'annexe D.

iii. Margo Greenwood est une universitaire autochtone de descendance crie. [Elle possède plusieurs années d'expérience dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants, des familles et des communautés autochtones.](#)

Figure 2. Un modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuitⁱ



LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs sont les ingrédients essentiels pour faire vivre la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux. Ils teintent toutes les pratiques et, en ce sens, ils sont transversaux avec les trois niveaux et ils agissent de manière complémentaire les uns avec les autres. Ensemble, ils permettent de cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants.

Réfléchir en continu à nos croyances et à nos pratiques à l'égard des Premières Nations et des Inuit



Les interventions culturellement sécurisantes :

- prennent forme grâce aux prises de conscience que font les acteurs de leurs croyances et de leurs connaissances à l'égard des Premières Nations et des Inuit ainsi que des dynamiques de pouvoir dans leurs relations avec ces derniers ;
- font l'objet d'une évaluation continue qui permet l'amélioration et l'apprentissage au fil des expériences entre les Premières Nations et les Inuit ainsi que les acteurs de la santé et des services sociaux.

i. Inspiré de Greenwood¹⁰.

Reconnaître les traumatismes passés et actuels ainsi que leurs répercussions sur la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit



Les interventions culturellement sécurisantes :

- reconnaissent et prennent en compte l'influence des éléments de contexte passés et actuels sur la santé et le bien-être de la personne^{68,73,91}. Ceux-ci sont historiques, culturels, sociaux, politiques et économiques^{9,69,71,72,73,79,92} ;
- amènent les intervenants à éviter de blâmer la personne pour sa situation de santé, mais plutôt à comprendre la complexité des défis auxquels elle fait face^{67,71} et à être plus à même de faire preuve de compassion et d'évaluer les comportements dans un contexte élargi¹⁴ ;
- considèrent la transmission entre générations des traumatismes liés au contexte historique¹⁴.

Respecter les cultures des Premières Nations et des Inuit



Les interventions culturellement sécurisantes :

- reconnaissent la nécessité de tenir compte de la culture pour soutenir la santé et le bien-être et, en ce sens, elles tiennent compte des croyances et des valeurs de la personne ainsi que des codes relationnels et d'expression bien propres à chacune des communautés⁹ ;
- tiennent compte des déterminants de la santé propres aux Premières Nations et aux Inuit ;
- préconisent une approche personnalisée des soins et des services en s'adaptant au contexte et à l'expérience particulière de la personne plutôt qu'à une approche uniforme à toute personne d'origine autochtone.

Agir avec les Premières Nations et les Inuit comme partenaires de leur santé et de leur bien-êtreⁱ



Les interventions culturellement sécurisantes :

- s'assurent de la participation active de la personne, de sa famille, de ses proches et de sa communauté aux décisions relatives à sa santé et à son bien-être^{56,57,91,93,94} ;
- cherchent à réaliser conjointement les processus décisionnels qui concernent la santé des communautés⁶⁴ ;
- s'appuient sur le développement d'une relation de partenariat entre les Premières Nations et les Inuit et le système de santé et de services sociaux.

i. Le partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs de la santé et des services sociaux⁷⁶ peut être soutenant dans la mise en œuvre de ce principe.

NIVEAU 1. ENVIRONNEMENT



Ce niveau correspond aux gestes posés par l'établissement pour travailler en concertation avec les organismes concernés par les soins et les services aux Premières Nations et aux Inuit.

Ces organismes sont d'abord les organisations des Premières Nations et des Inuit comme les conseils de bande, les autorités régionales comme la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSN), le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSBJ) et le CLSC Naskapi, puis les organismes communautaires hors communauté comme les centres d'amitié autochtonesⁱ.

À ces derniers s'ajoutent tous les autres organismes du réseau local de service (RLS) et du réseau territorial de services (RTS) dont l'établissement est responsable. À ce niveau se trouvent également les gestes posés avec les instances gouvernementales comme le MSSS pour adapter les soins et les services aux réalités locales.

Les pratiques de ce niveau concernent plus particulièrement les membres de la haute direction de l'établissement (par exemple, le président-directeur général, le président-directeur général adjoint, les directeurs généraux adjoints, les directeurs et les directeurs adjoints) de même que les membres du conseil d'administration.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Les établissements ont la responsabilité⁹⁵ d'adapter les soins et services aux particularités de la population du territoire qu'ils desservent, notamment les Premières Nations et les Inuit, en vertu de la responsabilité populationnelle⁹⁶. Cette adaptation s'orchestre avec l'ensemble des organismes contributifs à la santé et au bien-être des Premières Nations et des Inuit du RLS et du RTS.
- Les soins et les services offerts dans les établissements du RSSS sont accessibles à toute personne des Premières Nations et des Inuit ayant une carte d'assurance maladie valide, indépendamment de son lieu de résidence, et ce, comme tout résident du Québec⁹⁷.
- Tous les établissements du RSSS peuvent être appelés à fournir des soins et des services aux Premières Nations et aux Inuit. Plus de 70 % des Autochtones vivant ou transitant en milieu urbain, ayant participé à l'enquête réalisée par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) en 2018, ont fait une ou plusieurs demandes de soins et de services auprès d'un établissement de santé et de services sociaux⁹⁸.
- L'engagement des membres de la haute direction et des gestionnaires est essentiel puisque l'organisation des services et les interventions cliniques sont influencées par les conditions facilitantes présentes ou non dans l'environnement. Ainsi, c'est aux membres de la haute direction et aux gestionnaires de concevoir des politiques et des procédures qui appuient et encouragent la sécurisation culturelle dans les soins et les services offerts par leur établissement.

i. Il existe des organismes communautaires qui accueillent des Autochtones dans différentes villes du Québec. Voici une liste non exhaustive des organismes de Montréal : Projets autochtones du Québec, Foyer pour femmes autochtones de Montréal, Chez Doris, La Porte Ouverte Montréal, Association des Inuit du sud du Québec ou le RÉSEAU de la communauté autochtone de Montréal.

- Travailler avec les organisations des Premières Nations et des Inuit est essentiel pour déterminer les besoins et organiser les soins et les services de manière pertinente pour la santé et le bien-être.
- Les ententes formelles encadrant les partenariats peuvent être importantes dans une perspective de continuité des soins et des services aux Premières Nations et aux Inuit, en particulier pour ceux habitant en communauté.
- La législation en santé et en services sociaux évolue graduellement afin de contribuer à réduire les inégalités de santé auxquelles font face les Premières Nations et les Inuit, d'où l'importance de connaître et de travailler en cohérence avec ces changements (par exemple, le principe de Jordan⁹⁹ et l'Initiative : Les enfants inuits d'abord¹⁰⁰ visent à permettre à tous les enfants des Premières Nations et des Inuit vivant au Canada d'avoir accès aux produits, aux services et au soutien nécessaires au moment opportun).

DÉFIS POTENTIELS

- La répartition des responsabilités fédérales et provinciales en matière de santé et de services sociaux aux Premières Nations et aux Inuit est complexe^{101,102}.
- L'organisation administrative et politique en matière de santé et de services sociaux n'est pas la même pour l'ensemble des communautés des Premières Nations et des Inuit. De plus, certaines personnes ayant un statut différent peuvent habiter une même communauté (par exemple, des Inuit et des Cris habitent à Chisasibi) et leur accès à des soins et à des services est basé sur des règles et des programmes qui peuvent différer. Cela souligne l'importance de travailler avec les organismes concernés.
- Les Premières Nations et les Inuit ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments. Ils doivent utiliser une liste de médicaments différente. Selon le cas, ces derniers utilisent un programme comme les Services de santé non assurés (SSNA)¹⁰³ ou les Services assurés / non assurés (SANA)¹⁰⁴. Ces particularités sont souvent méconnues par les acteurs de la santé et des services sociaux, dont les médecins, ce qui cause des barrières importantes dans l'accès aux soins et aux services de santé.
- L'identification d'interlocuteurs des Premières Nations et des Inuit peut être un défi pour les établissements n'ayant pas de communauté sur le territoire qu'ils desservent ni d'organisme autochtone en milieu urbain.

« L'enjeu, c'est de sortir de l'expertise et de se mettre en état d'humilité. On mélange le fait que l'offre de service appartient au RSSS, mais si je ne peux pas aller chercher les gens, à quoi ça sert ? Cette population, [les Autochtones], ne vient pas. C'est elle qui doit consentir à adhérer. C'est là l'égalité. Suivre le rythme et accepter que la décision finale lui revienne. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

PRATIQUES À PRIVILÉGIER – ENVIRONNEMENT

Quatre grandes pratiques concernant l'environnement sont incontournables pour les membres de la haute direction et les gestionnaires qui souhaitent développer des soins et des services culturellement sécurisants. À ces pratiques sont associées des propositions de pistes d'action non exhaustives.

1. Établir des liens avec les organisations des Premières Nations et des Inuit^{9,57}

- Faire une réflexion sur ses croyances, connaissances et attitudes à l'égard des Premières Nations et des Inuit en tant que membre de la haute direction ou gestionnaire d'établissement.
- Prendre contact avec les gestionnaires des organisations des Premières Nations et des Inuit en mettant de l'avant l'humilité et la volonté sincère d'apprendre à les connaître et à travailler avec eux.
- Visiter les installations de soins et de services sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit de la région pour apprendre à les connaître.
- Communiquer l'engagement de l'établissement à développer des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit au sein du RLS/RTS.
- Faire connaître le rôle des personnes responsables des liens avec les organisations des Premières Nations et des Inuit au sein du RLS/RTS, comme le responsable des dossiers autochtones de l'établissement, ou l'agent à la liaison autochtone (s'il y a lieu), en particulier au moment de changements de porteur.
- Interagir fréquemment et maintenir la collaboration au-delà des projets particuliers.

2. Impliquer les organisations des Premières Nations et des Inuit dans les décisions relatives à leur santé et à leur bien-être^{9,57}

- Convenir des mécanismes de discussion avec les organisations des Premières Nations et des Inuit.
- Cibler des lieux de concertation entre les organisations des Premières Nations et des Inuit et les autres organismes du RLS/RTS (ex. : tables itinérance, aînés, dépendance, intersectorielleⁱⁱ).
- Convenir d'un plan d'action pour développer des soins et des services culturellement sécurisants⁹ avec les organisations des Premières Nations et des Inuit de la région.

i. « L'humilité culturelle est un processus de réflexion personnelle pour comprendre les biais systémiques et personnels ainsi que pour développer et maintenir des processus et des relations respectueuses basés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle implique humblement de se reconnaître comme apprenant lorsque vient le temps de comprendre l'expérience d'une autre personne¹⁰⁵. »

ii. Dans certaines régions, ces lieux peuvent prendre la forme de tables locales d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones, lesquelles sont coprésidées par le centre d'amitié autochtone local et le CISSS ou le CIUSSS de la région.

3. Favoriser un continuum de soins et de services pour les Premières Nations et les Inuit

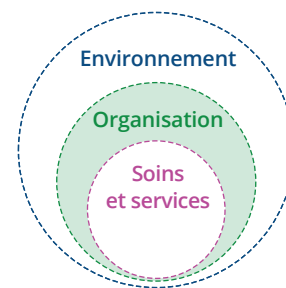
- Faire connaître les soins et les services offerts au sein du RLS/RTS par l'établissement et par les organisations des Premières Nations et des Inuit.
- Documenter les besoins avec les organisations des Premières Nations et des Inuit de la région.
- Partager avec les organisations des Premières Nations et des Inuit l'information disponible sur la santé et le bien-être de la population du RLS/RTS.
- Discuter avec les organisations des Premières Nations et des Inuit des améliorations nécessaires et des leviers en place dans l'organisation des soins et des services offerts par l'établissement.

4. Formaliser des ententes pour répondre aux réalités territoriales et régionales²⁷

- Formaliser des partenariats avec les organisations des Premières Nations et des Inuit, au besoin et selon les contextes.
- Respecter le désir d'autonomie des organisations des Premières Nations et des Inuit ainsi que les démarches de gouvernance les concernant¹⁰⁶.
- Transmettre aux instances gouvernementales concernées (ex. : MSSS) les informations relatives aux réalités territoriales et régionales.
- Faire les arrimages avec les établissements d'enseignement de la région afin de partager l'importance de former les futurs acteurs de la santé et des services sociaux à la sécurisation culturelle.
- Influencer la modification de politiques liées à la santé et aux services sociaux des Premières Nations et des Inuit.

NIVEAU 2. ORGANISATION

Ce niveau correspond aux pratiques et aux conditions organisationnelles au sein de l'établissement favorisant des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Les pratiques de ce niveau concernent plus particulièrement les membres de la haute direction et les gestionnaires de l'établissement.



POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Les pratiques organisationnelles prennent la forme de leviers ou de freins au développement de soins et de services culturellement sécurisants. Bien souvent, les intervenants adapteront leurs pratiques en fonction des attentes de l'organisation et des outils mis à leur disposition, tels que la formation.
- Un milieu culturellement sécurisant cherche à coconstruire avec les interlocuteurs des Premières Nations et des Inuit des soins et des services qui soutiennent la santé et le bien-être⁹. Plusieurs établissements ont mis en place divers moyens pour soutenir le partenariat avec les usagers, ce qui peut être un premier levier en ce sens.
- La sécurisation culturelle implique de profonds changements qui vont au-delà de l'aménagement des lieux, bien que l'inclusion de l'art et des symboles des Premières Nations et des Inuit permette aux premiers peuples de se sentir bienvenus, compris et respectés⁵⁷.

DÉFIS POTENTIELS

- La disponibilité des ressources humaines est un défi pour plusieurs aspects :
 - Libérer les intervenants afin qu'ils puissent suivre les formations proposées par l'établissement sur la sécurisation culturelle ;
 - Offrir des soins et des services dans la langue d'usage de la personne (langues des Premières Nations, Inuktitut ou langue anglaise), par exemple, par le recours à un interprète ;
 - Maintenir la stabilité et la confiance dans les relations avec les collaborateurs des Premières Nations et des Inuit (personnes, organisations, etc.) ;
 - Développer l'expertise pour intervenir de manière pertinente aux besoins des Premières Nations et des Inuit, en partenariat avec ces populations ;
 - Embaucher du personnel des Premières Nations et des Inuit.
- L'accès à des données de santé sur les Premières Nations et les Inuit de la région est parfois difficile à obtenir, alors que cet élément est important pour la planification de l'offre de soins et de services.
- L'absence de programmes de soins et de services propres aux Premières Nations et aux Inuit.
- La capacité des établissements à intégrer des changements d'envergure est reconnue pour être limitée lorsque ces changements sont simultanés¹⁰⁷. Selon le contexte et le soutien disponible pour intégrer les pratiques, l'établissement pourrait faire face à des défis variables dans son cheminement vers la sécurisation culturelle de ses soins et services.

« Nous allons faire une présentation au sein de chacune des directions et ensuite [l'agente à la liaison] va les soutenir dans le choix de mesures concrètes à prendre pour adapter les services. Nos gestionnaires ont des équipes qui sont plus appelées à donner des services à des Autochtones. [L'agente à la liaison] travaille étroitement avec eux, mais elle soutient aussi l'ensemble des gestionnaires pour que leurs employés adoptent des comportements sécurisants. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

PRATIQUES À PRIVILÉGIER – ORGANISATION

Sept grandes pratiques concernant l'organisation sont incontournables pour les membres de la haute direction et les gestionnaires qui souhaitent développer des soins et des services culturellement sécurisants. À ces pratiques sont associées des propositions de pistes d'action non exhaustives.

1. Prendre un engagement dans le développement de soins et de services culturellement sécurisants

- Mobiliser les gestionnaires de l'établissement sur la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit et leur communiquer des messages particuliers, par exemple les attitudes et les comportements de respect et d'égalité attendus dans les soins et les services.
- Mettre en place un groupe de travail ou un comité pour prioriser les améliorations liées à la sécurisation culturelle des soins et des services de l'établissement avec les représentants des Premières Nations et des Inuit.
- Convenir d'un plan d'action d'établissement impliquant les directions cliniques et de soutien avec les représentants des Premières Nations et des Inuit.
- Faire connaître les rôles clés au sein de l'établissement, comme celui de responsable des dossiers autochtones, d'agent à la liaison autochtone et de navigateur de services (s'il y a lieu).
- Faire connaître aux employés les modalités disponibles pour accroître leurs connaissances à l'égard de la sécurisation culturelle et des réalités des Premières Nations et des Inuit (ex. : formation, liste de références).

2. Favoriser une représentation des Premières Nations et des Inuit au sein de l'établissement

- Nommer des représentants des Premières Nations et des Inuit au sein des différents comités de l'établissement, dont le conseil d'administration et le comité des usagers⁹⁴. Il est important de désigner ces représentants avec les organisations des Premières Nations et des Inuit et d'être attentif au fait qu'il peut être délicat pour une personne de parler au nom de l'ensemble de sa communauté, voire de l'ensemble des Premières Nations ou des Inuit.
- Représenter les Premières Nations et les Inuit dans les communications de l'établissement (affiches, dépliants, etc.).
- Partager des informations, des nouvelles et des initiatives des Premières Nations et des Inuit qui favorisent une vision positive et dynamique de ces personnes et de ces communautés⁵⁷.
- Embaucher du personnel des Premières Nations et des Inuit^{9,57}.

3. Former les acteurs de l'établissement sur la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux^{27,57}

- Déterminer les catégories d'acteurs prioritaires (ex. : intervenant, médecin, personnel de soutien, etc.).
- Cibler des acteurs désireux de devenir des personnes-ressources de la sécurisation culturelle que les employés pourraient interpeller au besoin.
- Varier les modalités soutenant le développement des compétences (ex. : vidéos et formations en ligne et en salle, documentation, etc.).
- Favoriser les formations expérientielles permettant une discussion avec les Premières Nations et les Inuit (ex. : inviter des représentants des Premières Nations et des Inuit de la région aux réunions d'équipe, favoriser le mentorat et le parrainage avec des intervenants des Premières Nations et des Inuit, faire des journées de stage dans un organisme autochtone).
- Mettre en place des conditions soutenant l'appropriation en continu des connaissances (ex. : animation d'études de cas avec les équipes multidisciplinaires, retour sur expérience, etc.).
- Former un réseau de relayeurs expérimentés dans les réalités des Premières Nations et des Inuit que les employés peuvent interpeller au besoin.

4. Rendre visibles et accessibles les soins et les services de l'établissement

- Faire connaître l'offre et l'organisation des soins et des services de l'établissement aux Premières Nations et aux Inuit ainsi qu'aux organisations les représentant²⁷.
- Mettre en place une fonction d'accompagnateur pour guider la personne des Premières Nations et des Inuit dans ses expériences de soins et de servicesⁱ.
- Favoriser la proximité des soins et des services en offrant des soins et des services dans des lieux perçus comme étant culturellement sécurisants. Cela peut se traduire, entre autres, par la présence d'une infirmière ou d'un travailleur social dans un centre d'amitié autochtone ou par le déplacement des médecins dans les installations de la communauté.

5. Mettre en place les ressources requises pour que les Premières Nations et les Inuit reçoivent des soins et des services dans leur langue d'usage

- Offrir la traduction des documents dans la langue d'usage de la personne et/ou de sa famille et/ou de la communauté selon les besoins, les contextes ainsi que les orientations et politiques ministérielles¹⁰⁹.
- Offrir un service d'interprétariat avec des interprètes des Premières Nations et des Inuit s'exprimant dans la langue d'usage de la personne ou dans sa langue seconde^{ii,110}.
- Mettre à disposition des outils comme un lexique en inuktitut ou dans la ou les langues des Premières Nations parlées dans le RLS et le RTS. Cet outil peut être fort utile, entre autres, pour le personnel à l'accueil dans les établissements.

i. Le concept de « navigateur patient » est un exemple d'accompagnateur pour les Premières Nations et les Inuit qui reçoivent des soins et des services d'un établissement du RSSS. Cette fonction est conçue selon les besoins de la population des Premières Nations et des Inuit de la région (ex. : agir comme interprète, accompagner aux rendez-vous, faire le lien avec la famille et/ou le centre de santé de la communauté au moment du retour à la maison, s'il y a lieu). Cette fonction est connue pour avoir un fort taux de succès et pour favoriser l'embauche de personnel des Premières Nations et des Inuit¹⁰⁸.

ii. La section « Interprétariat » de l'annexe E présente des références pour aller plus loin.

6. Adapter les règles, les procédures et les politiques internes de l'établissement

- Aménager les lieux physiques avec une attention particulière sur les aspects culturels des Premières Nations et des Inuit et qui permettent d'accueillir les familles nombreuses et élargies.
- Permettre l'accès aux équipements pour cuisiner de la nourriture traditionnelle dans les installations où il est possible de le faire (ex. : où il y a une cuisinette pour la clientèle).
- Mettre en place des modalités facilitant le processus des plaintes pour les Premières Nations et les Inuit, y compris une rétroaction aux personnes ayant eu recours à ce processus.
- Réviser les documents structurants de l'établissement comme le code d'éthique.

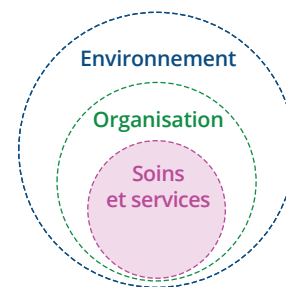
7. Évaluer la sécurisation culturelle comme une partie intégrante de la qualité et de la sécurité des soins et des services

- Faire un suivi du plan d'action et des priorités mises en place, de même que de leurs résultats.
- Mettre en place des moments de bilan et d'amélioration continue.
- Développer des indicateurs propres à la sécurisation culturelle pour la qualité des soins et des services.
- Échanger les résultats des indicateurs avec les organisations des Premières Nations et des Inuit comme base de discussion pour les améliorations à poursuivre.
- Porter attention aux méthodes d'évaluation pour capter la satisfaction des soins et des services des Premières Nations et des Inuit afin qu'elles soient cohérentes avec les principes de la sécurisation culturelle.
- Impliquer les Premières Nations et les Inuit dans les processus d'évaluation des programmes de santé et de services sociaux.
- Intégrer des dimensions de la sécurisation culturelle dans l'évaluation de la contribution du personnel et de l'embauche du personnel.

« Le mot *dialogue* est très important. Il faut un temps pour accueillir ce qui est dit, construire la confiance, parler en transparence avec humilité et franchise des limites et des contraintes. »

Responsable des dossiers autochtones

NIVEAU 3. SOINS ET SERVICES SOCIAUX



Ce niveau est le point de rencontre entre les Premières Nations et les Inuit et les acteurs des établissements de santé et de services sociaux du RSSS. Il s'agit du lieu où les Premières Nations et les Inuit font l'expérience directe de la sécurisation culturelle¹⁰. Ce niveau est étroitement lié aux stades que parcourent les acteurs dans le continuum de la sécurisation culturelle, caractérisé par des prises de conscience sur leurs attitudes, croyances et connaissances envers les Premières Nations et les Inuit.

Les pratiques de ce niveau concernent tous les acteurs qui interagissent avec les Premières Nations et les Inuit : des membres de la haute direction aux employés, y compris les médecins, les intervenants, le personnel de soutien, etc.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Après cinq ans d'efforts politiques et organisationnels, il ressort de l'analyse de l'entente tripartite de la Colombie-Britannique que la discrimination liée à l'origine autochtone par les acteurs du système de santé et de services sociaux s'avère être le frein principal au développement de soins et de services culturellement sécurisants¹¹.
- La méconnaissance des Premières Nations et des Inuit est souvent à l'origine des préjugés et de la discrimination et, conséquemment, des expériences non culturellement sécurisantes⁸.
- La confiance se bâtit tout au long de l'expérience de soins et de services. L'attitude et les comportements des acteurs de la santé et des services sociaux concernés par cette expérience sont grandement tributaires du fait que cette confiance est renforcée ou diminuée.
- La capacité du gestionnaire d'être un modèle des comportements et des attitudes attendus est souvent un ingrédient incontournable dans les changements organisationnels¹².

DÉFIS POTENTIELS

- La sécurisation culturelle pourrait donner l'impression que les acteurs de la santé et des services sociaux doivent « tout connaître » sur les Premières Nations et les Inuit. La sécurisation culturelle demande plutôt de prendre conscience de son propre bagage culturel par rapport à ses croyances envers les premiers peuples et de se reconnaître humblement comme un « apprenant » lorsqu'il s'agit de comprendre les expériences des Premières Nations¹³ et des Inuit.
- Un réflexe de « folklorisation » des approches aux Premières Nations et aux Inuit peut être développé au moment des premiers pas en matière de sécurisation culturelle, par exemple le fait de croire que la personne souhaite d'emblée avoir recours aux médecines traditionnelles autochtones. Toutefois, une telle approche peut induire de nouvelles expériences de discrimination. En effet, chaque personne a un bagage culturel unique. L'écoute et l'ouverture sont des repères sûrs pour bien cerner les besoins de la personne.
- La progression dans le continuum de la sécurisation culturelle nécessite une ouverture et une volonté personnelle dont chaque acteur est individuellement responsable.

- La prise de conscience nécessite un accompagnement et des temps de réflexion qui sont parfois difficiles à insérer dans son horaire de travail et celui des employés.
- Les pratiques organisationnelles comme les indicateurs de performance et les critères d'admission peuvent être en inadéquation avec les principes de la sécurisation culturelle, ce qui peut décourager certaines initiatives. C'est pourquoi les pratiques organisationnelles doivent être revues pour être en cohérence avec la sécurisation culturelle.
- Le recours à une langue seconde et/ou à une tierce personne comme un interprète peut entraîner de la distance dans la relation, des difficultés d'interaction et des défis dans la réalisation de tâches comme l'obtention d'un consentement éclairé.
- Le recours à une tierce personne comme interprète peut conduire à des violations de confidentialité, en particulier dans les communautés de petite population (par exemple, lorsque l'interprète et la personne résident dans la même communauté).

« C'est le meilleur moyen de s'assurer que les personnes sentent qu'elles seront traitées comme tout être humain : le fait que les services tiennent compte de leur parcours de vie, de leur historique et des répercussions sur eux et sur leur descendance. »

« C'est tenter de rendre les services empreints de respect et d'empathie en mettant en place de l'information et de la formation pour réduire la discrimination négative et la marginalisation de ces peuples. »

Responsables des dossiers autochtones de deux établissements

PRATIQUES À PRIVILÉGIER – SOINS ET SERVICES SOCIAUX

Quatre grandes pratiques concernant les soins et les services sociaux sont incontournables pour les membres de la haute direction et les gestionnaires qui souhaitent développer des soins et des services culturellement sécurisants. À ces pratiques sont associées des propositions de pistes d'action non exhaustives.

1. Reconnaître la légitimité des identités culturelles des Premières Nations et des Inuit¹¹⁴

- Réfléchir sur ses croyances^{9,57,72,75,94}. Par exemple : Comment est-ce que je perçois les Premières Nations et les Inuit ? Où ai-je obtenu cette information ? Quels sont les préjugés potentiels dans ces sources d'information⁵⁶ ?
- Faire preuve d'humilité en reconnaissant les limites de ses connaissances et de sa compréhension à l'égard des Premières Nations et des Inuit⁹⁴.
- Savoir reconnaître des situations discriminantes et intervenir pour les corriger⁵⁶, d'abord en signifiant à la personne qu'elles ne sont pas tolérées puis en faisant appel aux différentes modalités organisationnelles en place.
- Se rappeler que les savoirs, les expériences, les pratiques et les croyances des Premières Nations et des Inuit ne sont ni pires ni meilleurs que d'autres ; ils sont simplement différents. Garder à l'esprit que la différence est dans l'œil de la personne qui regarde.

2. Faire la promotion d'un dialogue respectueux⁵⁷

- Prévoir du temps.
- Écouter la personne.
- Accueillir les silencesⁱ.
- Faire preuve de patience.
- Communiquer dans un langage clair.
- S'assurer de la compréhension de la personne (ex. : inviter la personne à partager sa compréhension).
- Prendre le temps d'expliquer les situations ou les demandes selon les contextes.

3. Préconiser une approche personnalisée

- Être conscient de la méfiance potentielle des Premières Nations et des Inuit envers les services institutionnels et interagir en recherchant la relation de confiance.
- Expliquer l'importance de connaître certains renseignements avant de les demander.
- Permettre à la personne de partager sa vision des choses⁹⁴.
- Valider les façons de faire et les façons d'être particulières, s'il y a lieu, avec la personne, ses proches et/ou les représentants de la communauté.
- Prendre en considération les antécédents individuels et familiaux, et plus largement l'historique de la communauté.
- Demander l'accord de la personne pour que ses proches et sa famille puissent parler en son nom au besoin et selon les contextes.
- Adopter une approche holistique au moment des interventions, englobant ainsi la conception de la santé et le bien-être de la personne.
- Respecter les croyances entourant les approches de guérison traditionnelles des Premières Nations et des Inuit²⁷ et favoriser l'arrimage de celles-ci avec les soins et services occidentaux.
- Accorder une place à la famille élargie et à la communauté, par exemple en faisant appel aux aînés, selon les souhaits de la personne^{27,57}.
- Privilégier des lieux où la personne mentionne se sentir à l'aise et en sécurité et qui sont organisés en fonction des besoins exprimés (par exemple, éviter de placer un bureau entre l'intervenant et la personne).

4. Améliorer les soins et les services en continu

- Prendre du recul sur les interactions et les interventions.
- Favoriser des moments de réflexion et de partage d'expérience avec les équipes.
- Faire des bilans avec les différents groupes d'acteurs, dont les Premières Nations et les Inuit.

i. Les silences peuvent être des temps de réflexion. Ils peuvent être associés au confort en présence de l'autre et à la sincérité de la relation. De plus, il peut arriver qu'une personne attende d'être interpellée pour prendre la parole ou pour donner son opinion puisque cela est souvent vu comme un signe de respect et d'humilité dans les cultures autochtones¹¹⁵.

ILLUSTRATION D'UNE PREMIÈRE ANNÉE POUR UN ÉTABLISSEMENT ENGAGÉ VERS DES SOINS ET DES SERVICES CULTURELLEMENT SÉCURISANTS

Voici un cas fictif illustrant la première année d'un établissement dans le développement de soins et de services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Il est inspiré d'un croisement des multiples expériences recensées au sein du RSSSⁱ. En aucun cas il ne représente un idéal ni une séquence prescriptive. Il vise à inspirer les membres de la haute direction et les gestionnaires dans leurs premiers pas vers des soins et des services culturellement sécurisants.

Le guide « Vers des soins et des services culturellement sécurisants » arrive comme un élément structurant pour amorcer une démarche d'établissement.

Depuis plusieurs années, différents incidents, et parfois même des accidents, sont survenus dans les soins et les services impliquant les Premières Nations et les Inuit : intervention médicale sans le consentement de la famille, procédures au moment d'un décès non concordantes avec les croyances spirituelles d'une famille, etc. Les erreurs ont été reconnues et les gestes réparateurs ont été posés le plus adéquatement possible. La haute direction est toutefois consciente qu'un pas plus englobant concernant les soins et les services destinés à cette population devrait être fait.

Dès lors, les membres de la haute direction et les gestionnaires s'engagent à contribuer de manière pertinente à la santé et au bien-être des Premières Nations et des Inuit.

Au cours d'une réunion avec l'ensemble des gestionnaires, les membres de la haute direction expliquent le contexte amenant l'établissement à s'engager et à revoir ses façons de faire au regard des soins et des services destinés aux Premières Nations et aux Inuit pour contribuer réellement à la santé et au bien-être. Ils reconnaissent les limites de leurs connaissances à l'égard des premiers peuples et la présence d'éléments au sein des procédures et des pratiques de l'établissement qui ne sont pas toujours pertinents, voire qui sont un frein à la santé et au bien-être. Ils soulignent la présence d'initiatives portées par certains gestionnaires et intervenants desquelles s'inspirer et la nécessité de mettre en place des conditions qui soutiendront ces initiatives et celles à venir.

Le rôle du responsable des dossiers autochtones de l'établissement est rappelé, bien qu'on envoie un message clair que le développement à faire concerne toutes les directions et que c'est collectivement, avec les organisations des Premières Nations et des Inuit de la région, que les gestes doivent être posés. Chaque personne peut faire une différence pour favoriser la confiance des personnes des Premières Nations et des Inuit qui font appel aux soins et aux services de l'établissement.

i. Ces expériences ont été recueillies au cours d'une collecte de données réalisée au moyen d'un entretien semi-dirigé (de novembre 2018 à janvier 2019) mené auprès de 22 personnes provenant de 22 établissements du RSSS. Ces établissements étaient répartis dans 12 régions du Québec.

« Ça prend une relation ou une intervention pour tout changer, autant vers le bien que vers le mal. Par exemple, quelqu'un m'a appelé pour un rendez-vous. Ça ne relevait pas de moi. La personne a vu "autochtone" et m'a appelé. Je l'ai aidée. Ça m'a pris du temps. J'aurais pu dire qu'elle était au mauvais numéro, mais là cette personne va repartir et dire qu'on l'a aidée et elle va revenir. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

S'impose rapidement le besoin de comprendre davantage les réalités des Premières Nations et des Inuit.

Une séance de formation est organisée avec des organisations des Premières Nations et des Inuit. Ces personnes s'adressent aux gestionnaires de l'établissement et témoignent de leur réalité. Les conséquences de la colonisation sur leurs peuples, les traumatismes intergénérationnels des pensionnats, leurs besoins de santé actuels, les expériences de discrimination et les méfiances fréquentes à l'égard des milieux institutionnels comme les établissements de santé et de services sociaux sont entre autres expliqués. Ce moment de rencontre et de dialogue est une première occasion de se rapprocher des réalités des Premières Nations et des Inuit pour plusieurs gestionnaires.

« J'ai suivi la formation d'[expert en sécurisation culturelle] et j'ai réalisé que je ne verrais plus jamais la réalité autochtone de la même façon [...]. Je me mets dans la peau d'un Autochtone et je comprends à quel point ça doit être difficile de faire confiance [à] la communauté blanche. Il faut faire preuve d'humilité. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

S'amorce alors l'élaboration d'un plan d'action interdirections où les Premières Nations et les Inuit sont représentés dans les travaux.

Parallèlement, les gestionnaires ciblent différents gestes à poser avec leurs équipes. L'engagement des membres de la haute direction et la séance de formation sur les réalités des Premières Nations et des Inuit agissent comme un coup d'envoi pour mettre en action les gestionnaires.

- Ils communiquent l'engagement de l'établissement et les travaux en cours.
- Ils rappellent les droits d'accès aux soins et aux services de l'établissement des Premières Nations et des Inuit, indépendamment de leur lieu de résidence.
- Ils déterminent, avec leurs équipes, les besoins et les gestes à poser à court et à moyen terme.

La théorie « des petits pas » est considérée comme mobilisatrice. Ainsi, de concert avec la formation qui se déploie dans l'établissement, les gestionnaires proposent différentes modalités pour soutenir l'apprentissage des intervenants : des études de cas sont animées en équipe et un partage de connaissances se fait entre pairs et avec des intervenants des organisations des Premières Nations et des Inuit. Des personnes et des familles des premiers peuples sont aussi impliquées de différentes façons pour faciliter la compréhension de leurs réalités.

Les directions de soutien jouent également leur rôle. Par exemple, des indicateurs sont examinés pour intégrer les principes de la sécurisation culturelle aux mesures de performance ; la dimension du respect des Premières Nations et des Inuit est ajoutée aux critères d'embauche ; la traduction des documents s'adressant à la population est revue, etc.

« Pour donner des soins qui s'adaptent à leurs besoins, il faut comprendre leur culture. C'est devenu une priorité pour nous. On invite dans les réunions d'équipe des *elders* [aînés] pour qu'ils parlent de leur expérience. [...] Le centre d'amitié nous a fourni un lexique [dans la langue de la communauté] pour les gens de la réception. [...] Dans nos bureaux, nous avons une salle réservée aux Autochtones. [...] C'est un milieu accueillant qui leur appartient. [...] Nous avons ajouté un interprète à l'hôpital qui parle la [langue de la communauté]. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

Après un an, un bilan fait état du développement amorcé : les apprentissages sont nombreux et plusieurs actions ont été entreprises pour la suite.

Des incontournables de la sécurisation culturelle sont maintenant en place :

- Les Premières Nations et les Inuit sont mieux représentés dans l'établissement en raison de leur présence aux différents comités internes et régionaux.
- L'accès à un service d'interprétariat pour toute personne ne pouvant s'exprimer en français est fourni et les documents s'adressant à la population sont traduits.
- Des arrimages faits avec les organisations des Premières Nations et des Inuit ont permis la réalisation d'un portrait des services régionaux offerts.
- La perception des Premières Nations et des Inuit de leurs expériences avec les soins et les services sociaux de l'établissement est prise en considération de manière pertinente et de différentes façons, et ce, avec la collaboration des organisations des Premières Nations et des Inuit.

Plusieurs solutions innovantes et pertinentes selon les réalités des différentes clientèles sont trouvées pour poursuivre les avancées dans la prochaine année. La mise en place de navigateurs de services pour faciliter l'accès aux soins et aux services, de même que l'expérience qui en résulte, est entre autres envisagée.

« Aujourd'hui, ce n'est plus juste une personne, [l'agent à la liaison autochtone], c'est une réelle collaboration des directions. Si on a des difficultés, on est là pour les soutenir. La [haute direction] se déplace. »

Responsable des dossiers autochtones d'un établissement

« Ça fait longtemps qu'on travaille en collaboration avec eux. On n'était pas rendus à dire que c'étaient des services culturellement adaptés, mais on faisait attention pour tisser des liens, écouter leurs besoins et expliquer ce qu'est notre réseau. [...] Ce qui est important, c'est de savoir ce qui est à mettre en place, car ils ont développé plein de choses. [...] Ils nous connaissent beaucoup, mais nous, on les connaît peu. »

Agent à la liaison autochtone d'un établissement

CONCLUSION

Cette publication témoigne d'un engagement fort du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que des établissements du réseau dans leur volonté de contribuer à rétablir l'équité au regard de la santé et du bien-être des Premières Nations et des Inuit. Un mouvement collectif est en marche au Québec, composé de plusieurs initiatives et démarches structurantes. Le MSSS souhaite participer activement à cet élan.

Qu'ils agissent sur le plan de l'intervention, de l'organisation ou de la gouvernance au sein des établissements, tous les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux ont un rôle à jouer en matière de sécurisation culturelle. C'est aussi par la création et le maintien de relations de confiance durables avec les partenaires autochtones, ainsi que par une meilleure connaissance des besoins et de la réalité des Premières Nations et des Inuit, que nous pourrons contribuer collectivement à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être avec la mise en place d'interventions pertinentes.

La diffusion du présent document ouvre la voie à l'implantation, dès maintenant et pour les prochaines années, d'une approche de sécurisation culturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux en collaboration avec les partenaires des Premières Nations et des Inuit. Cette étape marque aussi l'engagement du MSSS à soutenir les établissements dans l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des soins et des services offerts aux Premières Nations et aux Inuit. Enfin, le MSSS s'assurera de suivre ces améliorations.

RÉFÉRENCES

1. McCurdy, D.W., J. Spradley et D. Shandy. *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, Pearson, 2015.
2. Charte des droits et libertés de la personne, article 10. Consulté à l'adresse : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/C-12?code=se:10&pointInTime=20200513#20200513>.
3. Secrétariat aux affaires autochtones (2013). *Plan d'action pour contrer le racisme et la discrimination envers les Autochtones*.
4. Inuit Tapiriit Kanatami. Maps Of Inuit Nunangat. <https://www.itk.ca/maps-of-inuit-nunangat/>.
5. Labelle, M. (2006). *Un lexique du racisme : étude sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes*. UNESCO et CRIEC.
6. UNESCO (1978) dans Labelle, M. (2006). *Un lexique du racisme : étude sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes*. UNESCO et CRIEC.
7. Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. Liste des communautés et leurs chefs : <https://apnql.com/fr/nos-nations>.
8. Commission Viens (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*, Gouvernement du Québec.
9. Conseil canadien de la santé (2012). *Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Consulté à l'adresse : https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Aboriginal_Report_2012_FR_final.pdf.
10. Greenwood, M. (2019). « Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation », *Healthcare Management Forum*, vol 32, no 1, p. 11-14. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0840470418807948>.
11. Secrétariat aux affaires autochtones (2017). *Faire plus, faire mieux : plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2017-2022*. Consulté à l'adresse : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3532555>.
12. Secrétariat aux affaires autochtones (1983). *Missions et orientations du Secrétariat. Quinze principes du fondement de l'action gouvernementale à l'égard des Autochtones (adoptés par le Conseil des ministres en 1983 et réitérés par les résolutions de l'Assemblée nationale du Québec de 1985 à 1989)*. Consulté à l'adresse : <https://www.quebec.ca/gouv/ministeres-et-organismes/secretariat-aux-affaires-autochtones/mission-et-mandats>.
13. Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, 3^e éd., Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et Institut Tshakapesh.
14. Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège Royal (2019). *Guide d'introduction à la santé des Autochtones*, p. 92.
15. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018b). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*, p. 72. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsJlBpaszZ8KM>.
16. Manitoba Trauma Informed Education & Resource Centre. *Le rôle des Aînés*. <http://trauma-informed.ca/trauma-and-first-nations-people/cultural-practices/role-of-the-elder/>.

17. King (2009) dans Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018b). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*, p. 72. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsJlBpszZ8KM>
18. Secrétariat aux affaires autochtones (s. d.). *Statistiques des populations autochtones du Québec 2015*. Consulté à l'adresse : <https://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>.
19. Gouvernement du Canada. Affaires autochtones et du Nord du Canada. Inscription au Registre des Indiens. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada.html>.
20. Statistique Canada (2016a). *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016*. Consulté à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=24&TOPIC=9>.
21. Statistique Canada (2016b). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du recensement de 2016*. Consulté à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>.
22. Statistique Canada (2016c). *Chiffres de population et des logements – Faits saillants en tableaux, Recensement 2016*. Consulté à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&S=50&O=A>.
23. Lévesque, C. et É. Cloutier (2013), dans RCAAQ (2018). « Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles », dans Beaulieu, A., S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec : des premiers contacts au Plan Nord*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 281-296.
24. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse sous la présidence de Mme Régine Laurent : <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>.
25. Ministère des Approvisionnements et Service Canada (1996). *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*.
26. Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Montréal, Commission de vérité et réconciliation du Canada par McGill-Queen's University Press.
27. Bureau du conseil privé (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées : volume 1a et volume 1b*. Consulté à l'adresse : <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/>.
28. *Loi sur les Indiens* (L.R.C. (1985), ch. I-5). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>.
29. Russell, C. (2017). « Le colonialisme canadien, d'hier à aujourd'hui », *Autochtones et sociétés québécoises*. Combattre ensemble, no 18.
30. Élections Canada. *Portrait de la conscience juridique des électeurs des Premières Nations : comprendre l'exercice du droit de vote*. Consulté à l'adresse : https://www.elections.ca/content.aspx?section=res&dir=rec/part/APRC/vot_rights&document=p4&lang=f.
31. Guay, C., et L. Ellington (2018). *Secteur : protection de la jeunesse*. Dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (CERP). Recension des écrits no PD-5, p. 70. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/PD-5.pdf.
32. Pauktuutit Inuit Women of Canada. *Violence and Abuse Prevention – Residential School*. Consulté à l'adresse : <https://www.pauktuutit.ca/>.

33. Lévesque, C. et N. Tran (2019). *Le suicide chez les Inuit du Nunavik*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Suicide_chez_les_Inuit_du_Nunavik.pdf.
34. Lévesque, F. (2011). « Le contrôle des chiens dans trois communautés du Nunavik au milieu du 20^e siècle », *Érudite*, vol. 34, no 2, p. 149-156.
35. Jaccoud, M., M.-C. Barbeau-Leduc et M. Spielvogel (2019). *La police au Nunavik : commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Police_au_Nunavik.pdf.
36. Dubreuil (2018), dans Couturier, C., et C. Lévesque (2019). *La tuberculose au Nunavik : commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Tuberculose_au_Nunavik.pdf.
37. Macdonald, Rigillo et Brassard (2010), dans Couturier, C., et C. Lévesque (2019). *La tuberculose au Nunavik : commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Tuberculose_au_Nunavik.pdf.
38. Couturier, C., et C. Lévesque (2019). *La tuberculose au Nunavik : commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Tuberculose_au_Nunavik.pdf.
39. Posca, J. (2018). *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec*. Consulté à l'adresse : <https://www.deslibris.ca/ID/10095226>.
40. Cooke, M., F. Mitrou, D. Lawrence, E. Guimond et D. Beavon (2007). « Indigenous well-being in four countries: An application of the UNDP'S Human Development Index to Indigenous Peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States », *BMC International Health and Human Rights*. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/1472-698X-7-9>.
41. Conseil Cri de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec (2008). Enquête de santé auprès des Cris 2003. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cycle 2.1 Iiyiyu Aschii. État de santé, espérance de vie et limitation des activités. Montréal, Québec, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et Institut national de santé publique du Québec.
42. Institut de la statistique du Québec (2017). *Le bilan démographique du Québec*, édition 2017. Québec, Institut de la statistique du Québec.
43. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018a). *Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations : faits saillants ERS 2015*. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/HWRKr1P8r5Ty0Gy#pdfviewer>.
44. Statistique Canada. *L'insécurité alimentaire chez les Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (données de 2012)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2017001/article/14774-fra.htm>.
45. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe. Régions du Québec : Insécurité alimentaire 2007-2008*. [Données disponibles en ligne]. Consulté à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bienetre-selon-le-sexe-volet-regional/insecurite-alimentaire/.
46. Massuard, M. et al. (2013). *Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec : analyse des décès par suicide (2000-2011)*, Québec, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 59 p.

47. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2016). Analyse des trajectoires des jeunes des Premières Nations assujettis à la Loi sur la protection de la jeunesse – VOLET 3 : Analyse de données de gestion des établissements offrant des services de protection de la jeunesse. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/EI95WdoKg6Irs6U#pdfviewer>.
48. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2009), dans Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018b). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*, p. 72. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsjlBpszZ8KM>.
49. Reading et Wein (2009), dans Fletcher, C., et M. Riva (2016). « Introduction : la santé des Inuit », *Études | Inuit | Studies*, vol. 40, no 1, p. 5-13.
50. Dion, J., J. Hains, A. Ross et D. Collin-Vézina (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfances, Familles, Générations – Enfance et famille autochtones*, no 25. Consulté à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/efg/2016-n25-efg03027/1039497ar/>.
51. Aguiar, W., et R. Halseth (2015). Peuples autochtones et traumatisme historique : Les processus de transmission intergénérationnelle. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté à l'adresse : <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf>.
52. Menzies, P. (2008). « Developing an Aboriginal Healing Model for Intergenerational Trauma », *International Journal of Health Promotion and Education*, vol. 46, no 2, p. 41-48. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/14635240.2008.10708128>.
53. Atkinson, J. (2013). « Trauma-informed services and trauma-specific care for Indigenous Australian children », *Resource Sheet*, vol. 21, p. 30.
54. Gouvernement du Québec. Nouvelles. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/deces-de-mme-joyce-echaquan-le-premier-ministre-francois-legault-offre-au-nom-de-letat-quebecois-des-excuses-officielles-a-la-famille-et-aux-proches-de-mme-joyce-echaquan>.
55. Bozorgzad, P., R. Negarandeh, A. Raiesifar et S. Poortaghi (2016). « Cultural Safety : An Evolutionary Concept Analysis », *Holistic Nursing Practice*, vol. 30, no 1, p. 33-38. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000125>.
56. Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada (2016). *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts : document d'information*. Consulté à l'adresse : https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf.
57. Carufel, K., et J. Mark (2019). *Formation Wedokodadowiin : partenaires pour des soins de santé adaptés aux réalités culturelles*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
58. Brascoupé, S., et C. Waters (2009), dans Thunderbird Partnership Foundation (s. d.). *Trousse d'outils sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières Nations*. Consulté à l'adresse : <https://thunderbirdpf.org/napf-document-library/?lang=fr>.
59. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010*, p. 96. Consulté à l'adresse : http://nccdh.ca/images/uploads/Environ_Report_FR.pdf.
60. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (2020). *Nunavik Clinical Plan: User's Perspective*. Document interne non publié.

61. Greenwood, M.L., et S.N. de Leeuw (2012). « Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada », *Paediatrics & Child Health*, vol. 17, no 7, p. 381-384. Consulté à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448539/#b2-pch17381>.
62. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013), dans Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018b). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*, p. 72. Consulté à l'adresse : <https://files.ccsspnql.com/index.php/s/29zsJlBpszZ8KM>.
63. Fletcher, C., M. Riva, M.-C. Lyonnais, I. Saunders, A. Baron, M. Lynch et M. Baron. Qanuilirpitaa 2017 Community Component Report: Nunavimmiut health model and community level social determinants of health. Dans Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (2020). *Nunavik Clinical Plan: User's Perspective*. Document interne non publié.
64. Brascoupé, S., et C. Waters (2009). « Cultural Safety Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, no 2, p. 6-41.
65. Rix, E.F., L. Barclay, S. Wilson, J. Stirling et A. Tong (2013). « Service providers' perspectives, attitudes and beliefs on health services delivery for Aboriginal people receiving haemodialysis in rural Australia: a qualitative study », *BMJ Open*, 3(e003581). Doi : 10.1136/bmjopen-2013-003581.
66. Brascoupé, S. (2009). Cultural Safety – Exploring How the Concept of Cultural Safety Applies to Aboriginal Health and Wellness. National Aboriginal Health Organization. National Conference 2009.
67. Ramsden, I. (2002). *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu: A Thesis Submitted to the Victoria University of Wellington in Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Nursing*. Victoria University of Wellington, Wellington.
68. Roy-Michaeli, M. (2007). Cultural Safety Nursing Education in Canada: A Comprehensive Literature Review. Nursing Graduate Project, University of Victoria, thesis, 223 p.
69. Hart-Wasekeesikaw, F., et D.M. Gregory (2009). *Cultural Competence and Cultural Safety in First Nations, Inuit and Métis Nursing Education: An Integrated Review of the Literature*. Ottawa, Aboriginal Nurses Association of Canada. Consulté à l'adresse : https://opus.uleth.ca/bitstream/handle/10133/720/An_Integrated_Review_of_the_Literature.pdf.
70. Nursing Council of New Zealand, et Nursing Council of New Zealand (2011). *Guidelines for cultural safety, the Treaty of Waitangi, and Maori health in nursing and midwifery education and practice*. Consulté à l'adresse : <http://ndhadeliver.natlib.govt.nz/content-aggregator/getIEs?system=ilsdb&id=1499864>.
71. Baker, A.C., et A.R. Giles (2012). « Cultural Safety : A Framework for Interactions between Aboriginal Patients and Canadian Family Medicine Practitioners », *International Journal of Indigenous Health*, vol. 9, no 1, p. 15. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.18357/ijih91201212390>.
72. Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuit et les Métis : état des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Consulté à l'adresse : <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>.
73. Ward, C., C. Branch et A. Fridkin (2016). *What is Indigenous cultural Safety and Why Should I Care About it?*, vol. 11, no 4, p. 29.
74. Jones, J. (2017). « Going back to the source: Cultural safety in diverse societies », *Whitireia Nursing and Health Journal*, vol. 24, p. 9-12.

75. Thunderbird Partnership Foundation (s. d.). *Trousse d'outils sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières Nations*. Consulté à l'adresse : <https://thunderbirdpf.org/nnapf-document-library/?lang=fr>.
76. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018b). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>.
77. Leclerc, A.-M., K. Vézeau-Beaulieu, M.-C. Rivard et P. Miquelon (2018). « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », *Perspective infirmière*, vol. 15, no 3, p. 50-53.
78. Woods, M. (2010). « Cultural Safety and the Socioethical Nurse », *Nursing Ethics*, vol. 17, no 6, p. 715-725. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0969733010379296>.
79. Smye, V., et A.J. Browne (2002). « "Cultural safety" and the analysis of health policy affecting aboriginal people », *Nurse Researcher*, vol. 9, no 3, p. 42-56.
80. First Nations Health Authority. <https://www.fnha.ca/>.
81. Alliance pour des communautés en santé. <https://www.allianceon.org/fr/CASSA>.
82. Cross, T.L., B.J. Bazron, K.W. Dennis, M.R. Isaacs (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care – A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Chapitre II, p. 13 17. Consulté à l'adresse : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>.
83. Matoush-Snowboy, J., K. Jacobs, P. Lameboy et M. Ortepi (2019). *Cultural Competence & Safety in Cree Territory: A How-to*. Présentation faite dans le cadre des rencontres du comité consultatif sur la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, 18 avril 2019, Québec.
84. Petiquay, J. (2019). Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec. Agente à la liaison autochtone – Responsabilités dans l'adaptation des soins et services aux Premières Nations.
85. Lévesque, C. (2017a). *La sécurisation culturelle : moteur de changement social – Pour l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de vie*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès, 19 juin 2017, Val-d'Or, Québec.
86. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2017). *Rapport de mission : transmission de connaissances entre l'organisation maorie Te Whanau O Waipareira et le Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec*.
87. Wabano Centre For Aboriginal Health (2014). *Creating Cultural Safety*.
88. Keith, L. (n.d.). *Cheminer ensemble : renforcer la compétence culturelle autochtone dans les organismes de santé. Guide d'initiation au développement d'une compétence culturelle autochtone destiné aux organismes de santé*. Association des gestionnaires de santé des Premières Nations. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
89. Walker, D. (2019). *Sécurisation culturelle*. Présentation faite dans le cadre des rencontres du comité consultatif sur la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, 23 mai 2019.
90. Consortium d'animation sur la persévérance et la réussite en enseignement supérieur (2018). *Étudiants des Premiers Peuples en enseignement supérieur*. Consulté à l'adresse : <https://www.capres.ca/dossiers/etudiants-des-premiers-peuples-en-enseignement-superieur-dossier-capres/securisation-culturelle/>.

91. Gerlach, A.J. (2012). « A Critical Reflection on the Concept of Cultural Safety », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 79, no 3, p. 151-158. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.4>.
92. Nguyen, H.T. (2008). « Patient centred care: Cultural safety in indigenous health. *Australian Family Physician*, vol. 37, no 12, p. 990-994.
93. Blanchet-Garneau, A., et J. Pepin (2012). « La sécurité culturelle : une analyse du concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 111, no 4, p. 22. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>.
94. First Nations Health Authority. (s. d.). *#itstarts with me. FNHA's policy statement on cultural safety and humility*, p. 24. Consulté à l'adresse : <https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>.
95. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Principaux rôles et responsabilités des centres intégrés*. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/structure-du-reseau/>.
96. Institut national de santé publique du Québec. *Exercer la responsabilité populationnelle*. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle?themekey-theme=desktop>.
97. *Loi sur l'assurance maladie C.A-29*. Consulté à l'adresse : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-29>.
98. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2018). *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : portrait de la situation au Québec*.
99. Gouvernement du Canada. Principe Jordan. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/principe-jordan.html>.
100. Gouvernement du Canada. *L'initiative : Les enfants inuits d'abord*. Consulté à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1536348095773/1536348148664>.
101. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuit*. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones/services-et-financement/>.
102. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Affaires autochtones et régions nordiques (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux autochtones (Premières Nations et Inuit) : cadre de référence*. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000974/>.
103. Gouvernement du Canada. Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit. Consulté à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1572537161086/1572537234517>.
104. Gouvernement du Canada. Vos services de santé – Guide des Inuit pour l'accès aux Services de santé non assurés. Consulté à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1585310583552/1585310609830?wbdisable=true#chp4>.
105. First Nations Health Authority. Consulté à l'adresse : <https://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility#learn>.
106. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2015). *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec : synthèse des services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit au Québec*, p. 100. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/gp56Nb08GvsjKlt>.

107. Collerette, P. (2008). « Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique », *Télescope*, p. 33-49.
108. Richer, F. (2019). Accès et sécurité culturelle des services pour les usagers autochtones du RUISSS McGill. Présentation faite à la Table des affaires autochtones du RUISSS McGill, 28 juin 2019, Montréal.
109. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Le français en santé : politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française*.
110. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018a). *Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec*.
111. First Nations Health Authority, Province of British Columbia, Indigenous Services Canada (2019). Cultural Safety and Humility Case Study Report As Part Of The Evaluation Of The Tripartite Framework Agreement On First Nation Health Governance. Consulté à l'adresse : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-BC-Tripartite-Agreement-Case-Study-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>.
112. Béliveau, J. (2013). « Middle managers' role in transferring person-centered management and care », *The Service Industries Journal*, vol. 33, nos 13-14, p. 1345-1362. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/02642069.2013.815738>.
113. First Nations Health Authority. (s. d.) *#itstartswithme Creating a Climate for Change*, p. 7. Consulté à l'adresse : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>.
114. Lévesque, C. (2017b). *Éléments de réflexion et pistes d'action pour améliorer les conditions de vie des Autochtones : combattre le racisme et promouvoir la sécurisation culturelle au sein des services publics*. Présentation orale présentée à Val-d'Or. Consulté à l'adresse : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-036.pdf.
115. Bérubé, J.-A., et J. Gagnon (2019). *Formation Piwaseha : la culture et les réalités autochtones*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

ANNEXES

A – CARTE DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES VILLAGES INUITS AINSI QUE DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC

La présence autochtone dans les milieux urbains est riche et diversifiée, spécialement à Montréal où l'on compte un grand nombre d'organismes communautaires intervenant auprès des Premières Nations et des Inuit¹. Les centres d'amitié autochtones montrés sur cette carte le sont à titre indicatif et en guise de premier repère. Nous vous invitons à aller plus loin et à repérer les différentes organisations autochtones présentes dans votre région qui peuvent agir à titre de collaboratrices.



- i. Voici une liste non exhaustive des organismes de Montréal : Projets autochtones du Québec, Foyer pour femmes autochtones de Montréal, Chez Doris, La Porte Ouverte Montréal, Association des Inuit du sud du Québec ou le RÉSEAU de la communauté autochtone de Montréal.

B – DÉMARCHE DE COCONSTRUCTION

À l'été 2018, le MSSS a mandaté l'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin d'accompagner le développement de la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux au sein du RSSS.

Pour ce faire, des gestionnaires et des acteurs de terrain, engagés dans l'organisation des soins et des services offerts aux Premières Nations et aux Inuit, ont été invités à former un comité consultatif qui aurait pour mandat de conseiller la réalisation des travaux. Les membres représentaient principalement des établissements du RSSS, des organisations des Premières Nations et des Inuit de même que des instituts d'expertise en santé et en services sociaux.

Il a été proposé par le MSSS que la première action de ces acteurs soit de coconstruire un guide pour soutenir les gestionnaires du RSSS dans le développement de soins et de services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Un comité d'orientation avec les organisations autochtones a également été mis sur pied afin d'orienter la démarche et le livrable selon les réalités autochtones et de faciliter les différents arrimages.

Des principes de travail ont été établis par ces comités pour soutenir les travaux, tout en sachant que ceux-ci seraient amenés à évoluer dans le temps selon les apprentissages :

- Promouvoir le dialogue dans le respect.
- Considérer l'expérience des Premières Nations et des Inuit comme un élément central dans la sécurisation des soins et des services offerts par le RSSS.
- Reconnaître la responsabilité individuelle, organisationnelle et politique dans le développement de soins et de services plus sécurisants culturellement.
- Promouvoir des connaissances issues de l'expérience et de la recherche, sans les hiérarchiser, en les transposant en pratiques évocatrices qui orientent l'action des acteurs.
- Stimuler le travail en partenariat et en concertation tout au long de la démarche en impliquant le plus d'acteurs concernés possible, tant du côté du RSSS que des organisations autochtones.
- Favoriser l'adaptation aux réalités particulières, tant pour les établissements du RSSS que pour les organisations autochtones.
- Miser sur les forces et stimuler l'autonomie des acteurs.

LE CROISEMENT DES SAVOIRS

Le croisement des savoirs a été privilégié dans la coconstruction de ce document afin qu'il corresponde le plus possible aux réalités des gestionnaires des établissements du RSSS et qu'il respecte les réalités des Premières Nations et des Inuit. Ce croisement est issu des savoirs de la littérature scientifique et grise ainsi que des savoirs expérientiels et contextuels.

Savoirs issus de la littérature scientifique et grise

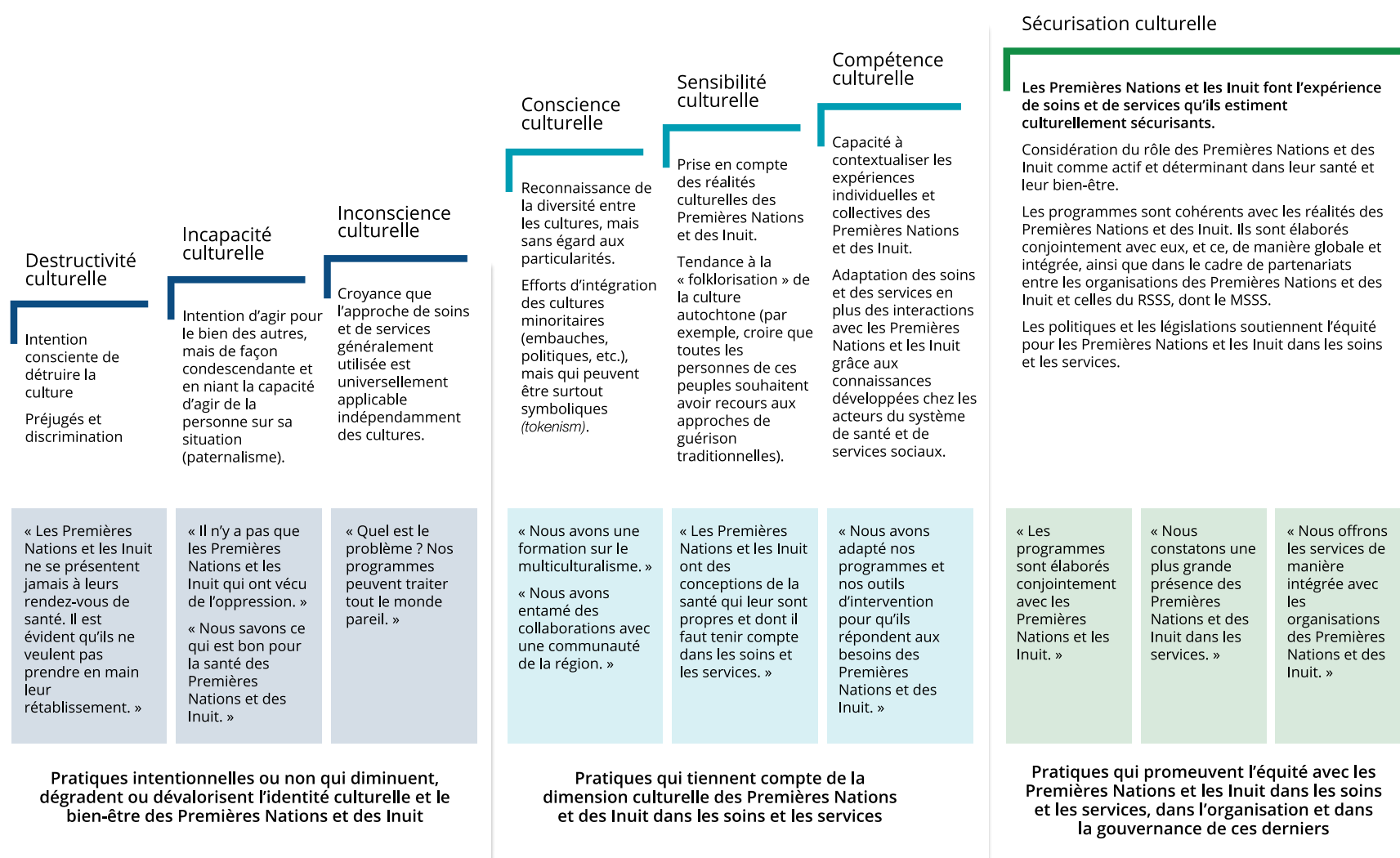
Une recherche documentaire non exhaustive a été effectuée dans les bases de données Autochtonia, IPortal Indigenous Studies Portal Research Tool et dans l'« outil de découverte de la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke ». La recherche documentaire a été limitée aux années 1990 à 2018 et les mots clés utilisés ont été les suivants : « sécurisation culturelle » et « *cultural safety* ». L'ensemble des acteurs a

également été mis à contribution pour mettre en commun les écrits. Plus précisément, l'INSPQ a partagé certains travaux internes de même que des articles. L'INESSS a partagé la liste bibliographique d'un billet interne et la CSSSPNQL a partagé des articles plus spécifiquement produits par des auteurs des Premières Nations comme celui de Greenwood (2019).

Savoirs expérientiels

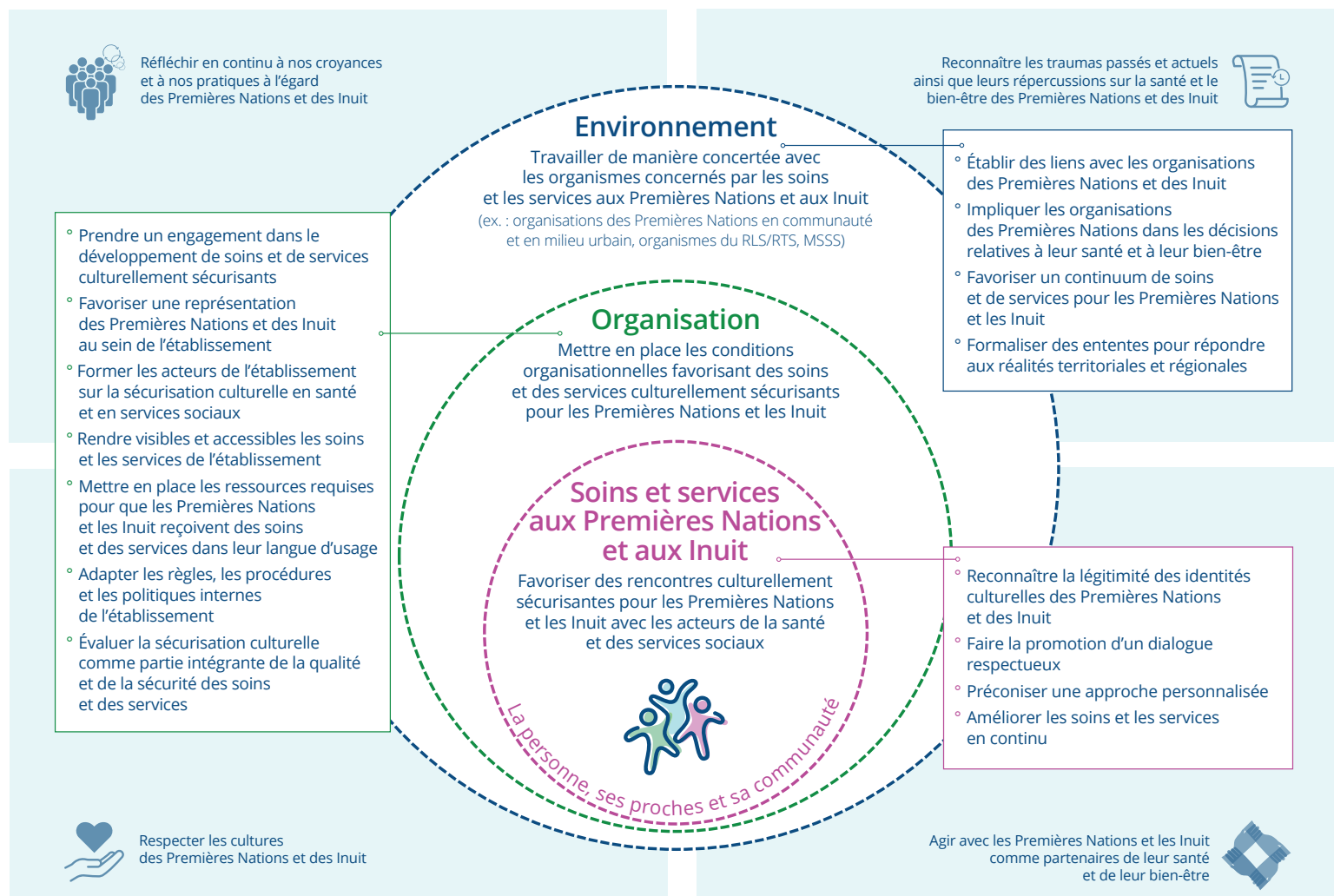
Les savoirs issus de l'expérience des acteurs engagés dans la coconstruction de ce document ont grandement enrichi la rédaction. Le comité d'orientation, avec les organisations autochtones, s'est rencontré à 4 reprises et le comité consultatif s'est rencontré à 12 reprises de 2018 à 2021. Les membres ont, entre autres, eu l'occasion de présenter leur perspective de la sécurisation culturelle par des présentations et des discussions. Finalement, une collecte de données réalisée par l'intermédiaire d'un entretien semi-dirigé a été menée de novembre 2018 à janvier 2019 auprès de 22 personnes provenant de 22 établissements du RSSS. Ces établissements étaient répartis dans 12 régions du Québec. Les résultats ont permis de regrouper les différentes réalités de la province au regard de la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux.

C – STADES VERS LA SÉCURISATION CULTURELLE - VERSION DÉTAILLÉEⁱ



i. Ce schéma est adapté de différentes références : 64, 66, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89 et 90.

D – MODÈLE PROPOSÉ POUR CHEMINER VERS DES SOINS ET DES SERVICES CULTURELLEMENT SÉCURISANTS POUR LES PREMIÈRES NATIONSⁱ – VERSION DÉTAILLÉE AVEC LES PRATIQUES À PRIVILÉGIER PAR NIVEAU



i. Inspiré de Greenwood¹⁰.

E – RÉFÉRENCES POUR ALLER PLUS LOIN

Répertoire de ressources pour mieux connaître les Premières Nations et les Inuit du Québec

- Ressources pour s'informer : https://www.autochtones.gouv.qc.ca/session-info/s_informer.htm
- Ressources pour se former : https://www.autochtones.gouv.qc.ca/session-info/se_former.htm

Enquêtes sur le traitement des Autochtones dans les services publics au Québec

- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. Chapitre 10 – Constats relatifs aux services de santé et de services sociaux : https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Les autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : portrait de la situation au Québec : https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Provincial_FR.pdf

Déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones

- Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones : <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>
- La santé publique chez les Premières Nations au Québec. Une responsabilité partagée pour une action concertée : <https://files.ccsspnql.com/index.php/s/29zsjlBpszZ8KM>
- Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448539/#b2-pch17381>

Traumatismes intergénérationnels

- Manuel sur les traumatismes : https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf

Répartition des responsabilités de santé et de services sociaux aux Autochtones entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial (MSSS)

- Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuit : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones/>
- Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuit) : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf>

Interprétariat

- Banque interrégionale d'interprètes : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/services-et-outils/banque-interregionale-dinterpretes/>
- Orientations ministérielles sur l'offre d'interprétariat : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-406-03W.pdf>
- Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-121-03W.pdf>

Services de santé non assurés

- Santé Canada – À propos du programme des services de santé non assurés :
<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553>
- CSSSPNQL – Services de santé non assurés :
<https://services.cssspnql.com/fr/accompagnement/acces-aux-soins-et-aux-services-de-sante>
- AN INFORMATION BOOKLET FOR SOUTHERN QUEBEC INUIT :
<https://qanuikkatsiqinirmiut.ca/wp-content/uploads/2019/06/HEALTH-BOOKLET.pdf>

