

AUTEURE

Gabrielle Désilets, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATRICES

Odile Bergeron, conseillère scientifique
Vanessa Sit, conseillère scientifique spécialisée
Julie Laforest, Cheffe d'unité scientifique
Équipe Santé des Autochtones, Unité Santé et bien-être des populations,
Direction du développement des individus et des communautés

Véronic Fortin, bibliothécaire
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISEURE INTERNE

Val Morrison, Conseillère scientifique,
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

RÉVISEURES EXTERNES

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph. D., professeure adjointe
Titulaire de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers-IRSC
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Karine Croteau. TSI, Ph. D, professeure adjointe
École de Service social, Université d'Ottawa

L'Institut national de santé publique du Québec désire remercier sincèrement tous les réviseurs d'avoir accepté de donner temps, expertise et commentaires pour bonifier le présent document.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92073-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

AVANT-PROPOS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Secrétariat aux affaires autochtones (SAA) ont adopté le Plan global d'implantation de l'approche de sécurisation culturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux 2020-2025 à l'automne 2020. Ce plan est en continuité avec les travaux menés autour du guide sur la sécurisation culturelle en santé et en services sociaux (1) pour les membres de la haute direction et les gestionnaires des établissements du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

La présente synthèse rapide des connaissances sur les conditions de succès et les limites des formations en sécurisation culturelle s'inscrit dans le cadre de ce plan et répond à un mandat confié à l'Institut national de santé publique du Québec par la Direction des affaires autochtones (DAA) du MSSS. Elle s'intègre dans la mesure 1 du Plan global d'implantation qui consiste à concevoir et déployer une offre de formation continue adaptée aux réalités locales pour les gestionnaires, les professionnels et les intervenants.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES CLÉS.....	1
1 MISE EN CONTEXTE	2
2 MÉTHODOLOGIE	5
2.1 Questions de recherche	5
2.2 Recherche documentaire.....	5
2.3 Extraction des données.....	6
2.4 Processus de révision par les pairs	7
3 RÉSULTATS.....	8
3.1 L'étude de portée de Guerra et Kurtz (24) : un état des lieux sur la formation en sécurisation culturelle au Canada	8
3.2 L'étude de portée de Berg et collègues (23) : La sécurisation culturelle des services d'urgences au Canada	10
3.3 La revue narrative de Downing et collègues (26) : Mettre en lumière les contenus des formations et déterminer leur efficacité dans le système de santé australien	12
3.4 Discussion.....	16
4 LIMITES DE LA SYNTHÈSE	21
5 CONCLUSION.....	22
6 RÉFÉRENCES.....	23
ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE	27
ANNEXE 2 TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES.....	30

MESSAGES CLÉS

- La sécurisation culturelle vise à transformer des soins de santé et de services sociaux vers une meilleure considération des besoins, des attentes, des droits et des identités des patients autochtones, entre autres, par la redistribution des pouvoirs et par leur participation active dans les soins.
- Les conditions de succès des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de la santé sont encore peu documentées dans la littérature scientifique. Les études recensées font état d'une grande hétérogénéité des formats, des contenus et des modes de prestation et donc ne permettent pas de tirer des conclusions claires quant aux caractéristiques favorables au succès des formations.
- Les formations en sécurisation culturelle sont bénéfiques pour le personnel, selon les études recensées. Ces formations aident à développer des compétences relationnelles et communicationnelles et à saisir la complexité et les conséquences des traumatismes historiques et récents sur l'état de santé des Autochtones.
- Les formations qui intègrent la théorie et la pratique permettent au personnel de s'immerger dans les cultures autochtones, de connaître les réalités des communautés locales en plus de favoriser la prise de conscience de l'apprenant sur sa propre culture, ses préjugés et sa position de pouvoir dans la relation de soins.
- Parmi les limites identifiées, les formations axées sur la sensibilisation aux réalités autochtones et sur l'acquisition de connaissances et d'attitudes générales dans la relation interculturelle, sans la dimension de réflexion critique, peuvent avoir l'effet pervers de renforcer certains stéréotypes et de créer de l'ambivalence et de la confusion chez l'apprenant.
- Les formations doivent être accessibles — courtes et sur les lieux de travail — et fournir des outils concrets pour soutenir le personnel dans le développement de ses compétences, dans un système socio sanitaire parsemé de défis.
- Les formations sont insuffisantes en elles-mêmes pour modifier les dynamiques de pouvoir et réduire le fossé des iniquités de santé vécues par les Autochtones. L'engagement des organisations à l'égard de la sécurisation culturelle est primordial pour soutenir le personnel dans son cheminement, soutenir le *leadership* et les processus administratifs et mettre en place des politiques favorables à l'implantation de la sécurisation culturelle.

1 MISE EN CONTEXTE

Il existe de plus en plus de données indiquant que les iniquités de santé auxquelles sont confrontés les Peuples autochtones au Canada et ailleurs dans le monde sont liées aux déterminants structurels de la santé. Les déterminants de la santé (2–4) aident à mieux comprendre et à mesurer les écarts persistants dans l'état de santé des populations autochtones en comparaison au reste de la population. Ces facteurs se cumulent et s'influencent, ils comprennent entre autres :

- La perte de repères identitaires, notamment la culture et la langue (5)
- Les deuils et les traumatismes intergénérationnels liés :
 - au système des pensionnats;
 - à la rafle des années 1960, une politique de retrait des enfants autochtones de leur famille pour être confiés à des familles d'accueil non autochtones;
 - à la surreprésentation des enfants autochtones dans les systèmes de protection de la jeunesse (6, 7);
 - aux femmes et filles disparues et assassinées (8);
 - aux abus physiques et psychologiques transmis entre les générations (9, 10).
- La stigmatisation (11–14) associée à :
 - la pauvreté;
 - la violence interpersonnelle;
 - l'exclusion sociale.
- L'accès restreint (9, 15) à :
 - l'éducation;
 - l'emploi;
 - un logement sain et sécuritaire;
 - l'eau potable et la nourriture saine.

Au Québec, comme ailleurs au Canada et dans le monde, le sentiment de sécurité des patients autochtones envers le système de santé et des services sociaux est fragilisé par ces événements historiques et récents (11, 12). En effet, les Autochtones sont confrontés à des barrières d'accès aux soins comme l'éloignement géographique, la maîtrise des langues d'usage dans les milieux de soins, la méconnaissance et la méfiance envers les institutions de santé et de services sociaux,

la discrimination, les préjugés¹ et le racisme (17). Les effets de ces barrières d'accès sur la santé des peuples autochtones se manifestent entre autres par des traitements inefficaces, des diagnostics erronés ou tardifs, pouvant entraîner des situations de crise ou même des décès prématurés, de l'insécurité et de l'évitement des soins et des services (12, 16, 18). Ces barrières d'accès prennent racine dans le contexte historique et social caractérisé par le colonialisme. Pour atténuer l'effet de ces barrières, la sécurisation culturelle retient de plus en plus l'attention, car cette approche vise une reconnaissance et un respect des réalités historiques et sociales des patients autochtones, notamment par le biais d'activités de formation du personnel de la santé et des services sociaux dont le rôle dans la relation de soins est indéniable (18)². La sécurisation culturelle ne se limite pas à un point de mire sur la culture, mais vise à agir sur les déterminants de la santé.

Définition

La sécurisation culturelle (*cultural safety/Kawa Whakaruruhau*³) est tantôt présentée comme une approche, un modèle, un processus, une théorie, un concept ou encore un résultat⁴. Elle a émergé dans les années 1980 avec les travaux d'Irihapeti Ramsden, infirmière et chercheuse māorie d'Aotearoa (Nouvelle-Zélande) (19). Elle vise à transformer les soins de santé et de services sociaux pour une meilleure considération des besoins, des attentes, des droits et des identités des patients autochtones (20). Dans cette approche, les activités de formation vont au-delà de la sensibilisation et de la prise de conscience des différences culturelles pour analyser les déséquilibres de pouvoir, la discrimination et les effets persistants du colonialisme sur les iniquités sociales et de santé vécues par les Autochtones. Plutôt qu'attribuer les différences entre les personnes à la culture, la sécurisation culturelle met en lumière la façon dont les relations sociales sont imbues de pouvoir et de privilèges exercés (en grande partie inconsciemment) par le personnel de santé et services sociaux, dans les politiques, les pratiques et les procédures quotidiennes des systèmes de santé (21).

¹ Des exemples de préjugés peuvent être que les Autochtones ont tous des problèmes de dépendance à l'alcool, qu'ils sont responsables de leur mauvaise santé, qu'ils ne sont pas de bons parents, etc. (16).

² Dans cette synthèse rapide des connaissances, nous nous intéressons uniquement aux activités de formation ou de développement professionnel du personnel de santé et des services sociaux. Ceci exclut donc les autres activités liées à l'implantation de la sécurisation culturelle (agents de liaison ou navigateurs de services autochtones, par exemple) ou celle d'autochtonisation et de décolonisation des milieux de formations collégiales et universitaires (CVRC, 2015). De plus, la sécurisation culturelle est une approche qui n'est pas utilisée seulement dans le milieu de la santé et des services sociaux. Elle est également utilisée dans le milieu académique, le milieu judiciaire et autres. Dans cette synthèse, nous focalisons seulement sur le milieu de la santé et des services sociaux.

³ En langue māorie.

⁴ Par souci de cohérence, nous utiliserons le terme approche dans cette synthèse sans distinction entre les façons dont est définie la sécurisation culturelle dans les articles retenus.

Les formations en sécurisation culturelle au Québec et ailleurs dans le monde se multiplient (22). Cependant, les programmes de formation sont fragmentés et variés dans leur format et leur contenu (23, 24). Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'analyser la littérature scientifique sur les conditions de succès et les limites des formations en sécurisation culturelle offertes au personnel de la santé et des services sociaux, afin d'éclairer la prise de décision sur ces enjeux. Cette synthèse rapide est destinée aux décideurs et acteurs des ministères et organismes québécois intéressés par la santé et le mieux-être des Autochtones et par la mise en œuvre de formations en sécurisation culturelle.

2 MÉTHODOLOGIE

Cette synthèse rapide des connaissances porte sur les conditions de succès et les limites des formations, programmes ou interventions éducatives en sécurisation culturelle pour le personnel de la santé et des services sociaux en contexte autochtone.

Plus précisément, elle vise à répondre aux questions suivantes :

2.1 Questions de recherche

1. Quelles sont les caractéristiques des formations en sécurisation culturelle destinées au personnel de la santé et des services sociaux, notamment leurs composantes et les différents résultats d'apprentissages qui en découlent?
2. Quels sont les effets de ces formations sur le personnel et les patients?
3. Quelles pistes d'action et recommandations sont émises dans la littérature scientifique pour améliorer les retombées des formations en sécurisation culturelle destinées au personnel de la santé et des services sociaux?

2.2 Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été développée en partenariat avec une bibliothécaire. Dix bases de données multidisciplinaires (Global Health, MEDLINE, PsychInfo, CINAHL, ERIC, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text Health Policy Reference Center) ont été interrogées le 23 juillet 2021. Les publications retenues incluent les cinq concepts suivants : Autochtones, revue de littérature⁵, sécurisation culturelle⁶, formation, santé et services sociaux. La méthodologie de la recherche documentaire détaillée se trouve à l'annexe 1.

Cette recherche documentaire a produit une liste de 525 publications. Ce nombre a diminué à 329 après le dédoublement. Une première sélection a été réalisée par l'auteure principale sur la base des titres, des résumés et des critères d'inclusion et d'exclusion énoncés au tableau 1. La qualité des articles n'a pas été évaluée à l'aide d'une grille formelle, cependant les articles devaient contenir une description de la méthodologie ainsi qu'une discussion des résultats. La littérature grise, les protocoles de revues systématiques, les commentaires et éditoriaux ont été exclus. Seuls les articles présentant des données découlant de pays du CANZUS (Canada, Australie, Aotearoa/Nouvelle-Zélande, États-Unis), des pays avec un passé colonial similaire

⁵ Ce choix méthodologique a été fait dans le contexte de réponse rapide en soutien à la prise de décision.

⁶ Le concept de compétence culturelle a été inclus dans la stratégie de recherche afin de capter les concepts adjacents à la sécurisation culturelle. Cela dit, les études rapportant uniquement les effets des formations en compétence culturelle ont été exclues du corpus de données étant donné les différents ancrages théoriques et résultats d'apprentissages qui en découlent.

ayant pu affecter la santé des peuples autochtones, ont été retenus. Sur la base de ces critères, 313 articles ont été exclus. Cet exercice a permis d'extraire 16 articles qui ont fait l'objet d'une évaluation approfondie sur la base du titre, du résumé et du texte intégral par deux chercheurs pour atteindre un consensus. Ainsi des 16 publications examinées une seconde fois en fonction des critères d'inclusion/exclusion, seulement trois revues de littératures ont été retenues et analysées dans le cadre de la présente synthèse. En parallèle, deux articles ont été repérés par la méthode boule de neige, mais ils ont été rejetés sur la base du titre, du résumé et du texte intégral. Voir l'organigramme de type PRISMA en annexe 1.

Tableau 1 Base bibliographique et critères d'inclusion et d'exclusion

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Personnel de la santé et des services sociaux intervenant auprès d'une clientèle autochtone	Étudiants ou professeurs en santé et services sociaux en contexte scolaire, universitaire
Situation	Formation en sécurisation culturelle en contexte de santé et services sociaux ⁷	Formation en compétence culturelle en contexte de santé et services sociaux Formation en contexte d'éducation, de justice, de protection de la jeunesse, etc.
Contexte	Canada, Australie, Aotearoa/Nouvelle-Zélande, États-Unis	Pays hors CANZUS
Devis méthodologique	Revue de littérature incluant des études quantitatives, qualitatives et mixtes	Études primaires publiées, analyses critiques, analyses théoriques, etc.
Date	Articles publiés jusqu'en juillet 2021 En anglais ou en français	

2.3 Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée à partir d'une grille répertoriant les informations sur l'article (auteurs, année, titre, revue, pays), sur l'étude (objectifs de l'étude, type de revue de littérature, mots clés, nombre d'articles analysés, inclusions/exclusions, période ciblée), et les résultats (définition de la sécurisation culturelle, caractéristiques des formations, effets des formations, limites auto rapportées, recommandations formulées, constats généraux). Ces données sont présentées par article et les résultats sont analysés par thématiques.

⁷ D'autres mesures d'implantation de la sécurisation culturelle en contexte de santé et services sociaux incluent l'embauche et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux autochtones, d'agents de liaison et d'intervenants communautaires autochtones, et ce personnel peut aussi avoir des besoins de formation. Dans cette synthèse rapide, la formation du personnel, des agents de liaison et des intervenants communautaires autochtones (*Indigenous/Aboriginal health workers and liaison officers*, AHWLO) est exclue, compte tenu de leurs besoins spécifiques et de leur plus grande familiarité avec les réalités autochtones. Peu d'études spécifient l'origine ethnique des participants aux formations en sécurisation culturelle, on semble cependant assumer que les formations s'adressent principalement aux allochtones et que ces derniers sont peu ou pas familiers avec les réalités des peuples autochtones.

2.4 Processus de révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec, une version préliminaire du rapport a été soumise à trois réviseuses (une interne et deux externes à l'INSPQ). Celles-ci ont été choisies sur la base de leur expertise en santé publique et sur la sécurisation culturelle en santé des Autochtones. Les auteurs ainsi que les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée. Les réviseuses ont été conviées à valider la qualité méthodologique du document et la pertinence des conclusions et des pistes d'action proposées en prenant appui sur la grille institutionnelle (25). Leurs commentaires sur la version préliminaire de cette synthèse rapide ont été pris en compte dans la rédaction de la version finale et en conséquence, les réviseurs n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

3 RÉSULTATS

Description des revues retenues

Trois revues de littérature faisant mention de la formation du personnel de la santé et des services sociaux en sécurisation culturelle ont été retenues (totalisant 152 études sources⁸). Ce sont des revues de littérature employant une méthode systématique de sélection, d'extraction et d'analyse (deux revues de la portée et une revue narrative). La provenance des revues est homogène : deux publications incluent des études au Canada et une inclut des études tant au Canada, qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Les revues retenues (23, 24, 26) sont détaillées à l'annexe 2. Les résultats sont présentés ci-dessous par article et seront analysés par objectifs de recherche dans la discussion ainsi que dans le tableau 2 de synthèse des résultats à la page 14.

3.1 L'étude de portée de Guerra et Kurtz (24) : un état des lieux sur la formation en sécurisation culturelle au Canada

L'étude de portée de Guerra et Kurtz inclut la littérature scientifique et grise sur la formation visant à réduire les iniquités de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones offerte aux professionnels et aux étudiants au Canada. Les auteurs ont utilisé la méthode d'Arksey et O'Malley (University of York) (27) pour circonscrire ce champ de recherche et en déterminer les limites afin de pouvoir éventuellement formuler des recommandations sur le développement des programmes de formation. Les auteurs divisent les études retenues selon deux catégories : celles abordant les types de curriculums utilisés auprès d'étudiants en santé et services sociaux (13/26 études sources) et celles abordant la formation du personnel de santé dans les milieux visant l'amélioration des pratiques en sécurisation culturelle (13/26 études sources). Différents types de publications ont été inclus dans cette revue de portée : des revues de littérature, des revues systématiques, des commentaires et énoncés de position, des essais, des rapports de projet et des synthèses de bonnes pratiques.

Effets des formations

Guerra et Kurtz présentent le résultat de leur analyse des 26 études retenues. Parmi celles-ci, huit études abordent l'implantation de programmes d'enseignement et de formations en sécurisation culturelle. Guerra et Kurtz affirment que les résultats des formations sont variés parce que les définitions des concepts de compétences culturelles et de sécurisation culturelle sont peu claires. Les différents concepts mobilisés ont une incidence sur l'ensemble des composantes des programmes de formation telles que les résultats d'apprentissage, les

⁸ Ce nombre d'études ne représente pas le nombre d'études primaires existantes sur la formation en sécurisation culturelle.

stratégies éducatives, les méthodes d'enseignement, les évaluations de l'apprenant et les évaluations de programmes (Reitmanova, 2011 cité dans 24).

Guerra et Kurtz avancent que l'enseignement de la sécurisation culturelle est plus complexe que celui de la sensibilisation culturelle, car il s'agit d'approfondir les connaissances et le respect des impacts de l'histoire coloniale canadienne sur la santé des peuples autochtones, et de traduire cette reconnaissance dans un processus de construction relationnelle avec les patients Autochtones.

Guerra et Kurtz ont ensuite analysé 15 études portant sur les programmes et approches de formations existantes. Les auteurs affirment que peu de programmes ont été mis en œuvre avec succès à travers le Canada, car le soutien et le développement du personnel sont inadéquats, tout comme le temps et les efforts consentis pour acquérir ces compétences.

Cependant l'apprentissage expérientiel (ex. : stages cliniques) et l'apprentissage à l'aide de patients instructeurs ont un impact positif. En effet, les programmes de formation qui dépassent le cadre des salles de classe et incluent des collaborations avec les communautés autochtones améliorent la compréhension des apprenants et permettent l'introspection nécessaire pour mieux comprendre leur propre culture. Guerra et Kurtz notent que certains étudiants et professionnels développent eux-mêmes des initiatives de partenariats et de collaborations avec des communautés autochtones pour favoriser l'apprentissage expérientiel.

En ce qui concerne l'objectif de réduire les inégalités de santé observées entre Autochtones et non-Autochtones, Guerra et Kurtz affirment que la littérature ne contient pas d'améliorations constatées à la suite des formations, car il est difficile de mesurer et d'évaluer les progrès en ce sens.

Finalement, seulement trois études recensées par Guerra et Kurtz abordent la perception et l'autoréflexion des apprenants quant à la formation reçue. Dans l'ensemble, ceux-ci jugent que la formation est nécessaire et importante, mais insuffisante pour réduire le fossé des inégalités de santé entre Autochtones et Allochtones. La formation pourrait même causer de l'ambivalence en faisant reposer la responsabilité du changement social sur les épaules du personnel qui se sent mal outillé pour intégrer ces concepts à leur pratique.

Recommandations des auteurs quant à l'implantation de formations

Guerra et Kurtz (24) recommandent de favoriser des modalités d'enseignement qui intègrent la théorie et la pratique (apprentissage expérientiels) comme : faire appel à des patients instructeurs dans des mises en contexte de communication interculturelle et déployer des initiatives d'apprentissage dans les communautés autochtones. Ces méthodes permettraient non seulement au soignant de mieux comprendre les cultures autochtones sur le terrain, elles lui permettraient aussi plus facilement de faire une introspection sur sa propre culture. Les auteurs

recommandent aussi des changements institutionnels pour accorder plus de temps à l'apprentissage et à la pratique des compétences culturelles, la mise en place d'infrastructure et de soutien au processus et au *leadership* et des politiques organisationnelles favorables à la sécurisation culturelle. Ils recommandent également de suivre et d'évaluer les effets des programmes de formation.

3.2 L'étude de portée de Berg et collègues (23) : la sécurisation culturelle des services d'urgences au Canada

L'étude de portée de Berg et collègues porte sur l'approche de sécurisation culturelle dans les services d'urgence au Canada, et plus spécifiquement sur les interventions hospitalières qui abordent la sécurisation ou la compétence culturelle et dont les effets ont été rapportés. L'étude utilise les outils d'appréciation de la qualité des études du Joanna Briggs Institute (JBI) (28). Les barrières et facilitateurs de la sécurisation et de la compétence culturelle dans les services d'urgences sont catégorisés selon quatre perspectives : celle des patients autochtones, celle du personnel, celle des détenteurs de savoirs autochtones (aînés, personnel de santé autochtone, chercheurs, etc.) et celle des organisations de santé. Plusieurs thématiques clés ont guidé l'analyse des sources, et seulement celle relative à la formation du personnel est présentée ici. Une limite de la littérature sur le sujet est évoquée par les auteurs : la recherche se concentre principalement sur la compétence culturelle des prestataires de services tandis que les stratégies centrées sur le patient, qui misent plutôt sur la collaboration et sur la prise de décision partagée entre patient et personnel, par exemple, sont presque inexistantes.

Effets des formations

Parmi les six publications retenues, trois études soutiennent que la formation en sécurisation et/ou en compétence culturelle sont des éléments facilitateurs dans l'implantation de la démarche de sécurisation dont deux du point de vue du personnel, une étude de celui des détenteurs de savoirs autochtones et une de celui des organisations. La méconnaissance du personnel quant au contexte de vie plus large des patients autochtones est perçue comme une barrière à la sécurisation culturelle des urgences.

Selon Berg et collègues, la littérature contient plusieurs exemples de la manière dont certains contenus peuvent nuire à la compétence culturelle en ne fournissant que des connaissances superficielles, ce qui peut donner l'impression que les formations en sécurisation culturelle autochtone présentent du contenu trop spécialisé pour le personnel des urgences, ou encore qu'elles ne sont pas pertinentes.

L'intégration des connaissances locales et le développement des contenus axés sur le développement de compétences sur mesure pour le personnel constituent des conditions de succès et permettent d'éviter ces écueils. Berg et collègues l'illustrent avec une étude sur un programme de formation conçu pour les infirmières d'un service d'urgence en hôpital au

Canada. Dans ce programme, les modules ont été dispensés par des éducateurs autochtones sur de courtes périodes entre les changements d'équipe. La formation abordait les conséquences sanitaires et sociales des politiques historiques et coloniales (pensionnats, lois anti-potlatch, etc.), la fatigue de compassion⁹ et les niveaux de stress élevés chez les infirmières, ainsi que le défi émotionnel et cognitif d'aborder ses préjugés personnels inconscients. Selon Berg et coll., le personnel préconise les formations sur l'héritage historique colonial, qui facilitent l'autoréflexion sur les préjugés et les attitudes personnelles, qui fournissent des outils pour faire face à la fatigue de compassion, et qui éduquent sur le rôle du personnel pour rétablir l'équité en santé.

Bien que le point de vue des patients ait été moins exploré, un patient décrit être plus satisfait des soins reçus dans une organisation où « les gens... sont formés pour traiter les [patients autochtones]... comme des êtres humains » (23). Berg et collègues suggèrent donc que des soins culturellement sécuritaires qui humanisent les patients exigent une formation en sécurisation et compétence culturelle qui humanise aussi le personnel. En effet, le personnel des services d'urgence travaille dans des environnements difficiles sur le plan cognitif et émotionnel. La formation doit répondre à ces défis en fournissant un soutien et des compétences pertinentes pour améliorer la conscience de soi et les compétences interpersonnelles (23).

En ce qui a trait aux barrières évoquées, tant par les patients, que par le personnel, les détenteurs de savoirs autochtones et les organisations de santé, tous reconnaissent que la discrimination et le racisme constituent des obstacles à la prestation de soins aux Autochtones dans les services d'urgence. Du point de vue des détenteurs de savoirs autochtones, dont plusieurs agissent comme formateurs dans les études retenues, le personnel caucasien a tendance à se considérer comme un allié, sans préjugés envers les patients autochtones. Le personnel non caucasien qui participe également aux formations se dit souvent surpris de constater que les collègues caucasiens ignorent les différences de pouvoirs qui existent entre eux et les patients non caucasiens dont ils ont la charge. En raison de la nature omniprésente du racisme et de la discrimination dans les soins, la formation misant sur des approches qui s'attaquent directement aux biais inconscients et offrent des outils pour déconstruire les préjugés peut s'avérer nécessaire (23).

Recommandations des auteurs quant à l'implantation de formations

Berg et collègues avancent que la formation en sécurisation et compétences culturelles peut conduire à une amélioration des relations patients-soignants par une prise de conscience des préjugés inconscients et de la dynamique du pouvoir tant du point de vue individuel qu'institutionnel. En effet, les politiques institutionnelles et les normes culturelles sont reconnues comme des éléments qui contribuent à perpétuer la discrimination envers les Autochtones (23).

⁹ À force d'être confronté à des situations de vie complexes, le soignant perd sa capacité à prendre soin, à être empathique ou à éprouver de la compassion (29).

Étant donné la grande diversité des nations autochtones au Canada, la conception des programmes de formation en compétence et sécurisation culturelle doit s'appuyer sur les caractéristiques des communautés locales pour être pertinente et efficace tant pour le personnel que pour les patients (23).

3.3 La revue narrative de Downing et collègues (26) : mettre en lumière les contenus des formations et déterminer leur efficacité dans le système de santé australien

Downing et collègues ont produit une revue narrative des différentes approches et modèles conceptuels de formations culturelles en santé des Autochtones pour comprendre comment ces approches ont été traduites dans les programmes de formation du personnel de la santé en Australie. Pour ces auteurs, la « formation culturelle autochtone » vise à aider le personnel à prodiguer des soins accessibles, pertinents et socialement utiles, pour la santé émotionnelle et physique des Autochtones et des minorités culturelles. Elle cherche aussi à réduire le « gouffre culturel » qui sépare le personnel de la santé non Autochtone et les Autochtones. Ce gouffre est lié au racisme institutionnel et interpersonnel envers les Autochtones et constitue une importante barrière à l'amélioration de leur état de santé global. Les objectifs de l'étude étaient d'examiner les six différents modèles conceptuels retenus par les auteurs et d'examiner les évaluations de programmes des formations pour déterminer leur efficacité dans le système de santé australien. L'analyse recense neuf évaluations de programme de formations retenues dans les 120 études analysées.

Effets des formations

Downing et collègues avancent que la littérature internationale permet de conclure que la formation culturelle autochtone peut améliorer les connaissances, les attitudes et les compétences du personnel. Cela dit, l'état actuel des connaissances scientifiques ne permet pas de savoir si cette amélioration des connaissances, des attitudes et/ou des compétences se traduit par un changement positif dans les pratiques.

Parmi les évaluations de programme recensées, différentes méthodes ont été utilisées : sondage pré-post formation avec l'utilisation d'un groupe témoin, écrits structurés collectés après les formations, journaux réflexifs, entrevues individuelles, etc. Parmi les neuf évaluations analysées, deux ont identifié un changement positif en matière de connaissances et attitudes. La seule étude ayant utilisé un groupe contrôle n'a pas observé d'effet des formations. Néanmoins, les participants ont indiqué avoir été sensibilisés à la complexité de la promotion et de la prévention de la santé des Autochtones et qu'ils « feraient les choses différemment » dans leur travail à la suite de la formation. Cela dit, une étude démontre qu'après la formation, les infirmières étaient confuses dans leur compréhension des concepts de compétences et de sécurisation culturelles.

Selon Downing et collègues, la littérature recensée ne permet pas de savoir quelles composantes (contenus, modalité de prestation, durée, etc.) contribuent à l'efficacité de la formation du personnel. Plus encore, ils indiquent qu'il n'existe pas de données permettant de lier les effets des formations à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations autochtones. Les études sur le sujet sont rares et les études existantes manquent de rigueur méthodologique.

En ce qui concerne les différents modèles conceptuels, les études recensées par ces auteurs montrent que les formations existantes sont limitées dans leur conceptualisation de l'identité et de la culture. Les formations qui se basent sur la sensibilisation culturelle sont le modèle le plus fréquemment employé et ont tendance à se centrer sur la connaissance des traits culturels des patients. En effet, la culture du personnel et celle du système de soins ne sont pas prises en compte et restent définies comme la « norme » ou le point de référence. Ainsi, la formation en sensibilisation culturelle est critiquée pour sa tendance à réduire les cultures autochtones à certains traits culturels fixes et à des généralités, ce qui peut avoir l'effet de renforcer certains stéréotypes négatifs chez l'apprenant. La « culture autochtone » risque alors d'être considérée comme un « problème », plutôt qu'une réalité en soi, porteuse de solutions, dans la prestation des soins de santé aux Autochtones. Par conséquent, les connaissances basées sur les traits culturels peuvent inciter le personnel à faire des suppositions au sujet de patients autochtones, pouvant engendrer des erreurs d'interprétation ou influencer les décisions cliniques.

Recommandations des auteurs quant à l'implantation de formations

Parmi les six modèles étudiés, Downing et collègues soutiennent que la sécurisation culturelle est le modèle le plus prometteur pour fournir une formation qui produira un changement durable tant pour le personnel que pour les systèmes de santé. Les formations qui s'appuient sur ce modèle s'inspirent des théories postcoloniales et permettent à l'apprenant d'explorer de manière explicite et critique les questions de déséquilibre de pouvoir et d'inégalité sociale ainsi que leur impact sur la relation de soins. Pour les auteurs, la sécurisation culturelle vise explicitement à provoquer un changement systémique, en exposant les causes sous-jacentes des préjugés véhiculés sur la santé des Autochtones et les mécanismes qui renforcent les systèmes inéquitables. La sécurisation culturelle favorise alors une approche de formation qui s'éloigne de l'apprentissage d'une culture, qui vise plutôt à aider le personnel à pratiquer la réflexivité (conscience de soi) et à examiner sa propre identité et ses croyances culturelles, et la manière dont celles-ci se manifestent dans leurs interactions avec les patients autochtones.

Le tableau 2 présente une synthèse qui regroupe les caractéristiques, les effets des formations et les recommandations énoncés dans les trois études retenues par objectif de recherche.

Tableau 2 Synthèse des caractéristiques, des effets des formations et des recommandations

Caractéristiques des formations (contenu et format), effets et recommandation des auteurs	
Composantes des formations	Références
• Les définitions et concepts enseignés sont très variés.	(23, 24)
• Il y a un manque de données sur les facteurs de succès en termes de contenus, formats et durée des formations.	(26)
• Les formations axées sur la sensibilisation sont les plus répandues.	(23, 26)
• Les contenus qui intègrent des enseignements sur les conséquences des traumatismes historiques et récents sur la santé des Autochtones favorisent la sécurisation culturelle.	(23)
• Les contenus qui fournissent des outils pour pratiquer la conscience de soi et examiner ses préjugés inconscients, la fatigue de compassion, etc. sont utiles pour le personnel.	(23, 26)
• Les contenus qui intègrent des connaissances sur les communautés locales, dispensées par des éducateurs autochtones, aident le personnel et les patients dans la relation de soin.	(23)
• L'apprentissage expérientiel et à l'aide de patients instructeurs permet une immersion dans les cultures autochtones.	(23, 24)
• L'apprentissage expérientiel facilite la réflexion du personnel sur sa propre culture et sur son rôle dans la relation de soins.	(23, 26)
• L'accessibilité des formations pour le personnel (formats courts, sur les lieux de travail, etc.) est un élément clé dans leur succès.	(23)
Effets des formations	Références
• Les formations peuvent faciliter l'implantation de la sécurisation culturelle.	(23)
• Le modèle de sécurisation culturelle, plus que d'autres modèles d'éducation culturelle, peut avoir le potentiel de mener à des changements durables pour le personnel et les systèmes de santé.	(26)
• Les contenus peuvent influencer tous les aspects des formations et peuvent créer des résultats d'apprentissages variés.	(23, 24)
• Les formations de sensibilisation culturelle peuvent renforcer les stéréotypes négatifs.	(23, 26)
• Les formations améliorent les connaissances, attitudes et compétences du personnel, mais peu d'études ont évalué leurs impacts sur les pratiques.	(26)
• Le personnel peut ressentir de l'ambivalence, de la confusion et peut se sentir mal outillé pour mettre en pratique les connaissances apprises.	(24, 26)
• Le personnel connaît mal le contexte de vie plus large des patients autochtones. Les formations peuvent aider à mieux comprendre le contexte de vie des patients, ce qui humanise le patient et aussi le personnel.	(23)
• Les formations peuvent aider le personnel à développer des compétences relationnelles et communicationnelles.	(23)
• Il existe peu ou pas de données sur les liens entre les formations et l'amélioration de la santé des Autochtones.	(26)

Tableau 2 Synthèse des caractéristiques, des effets des formations et des recommandations (suite)

Caractéristiques des formations (contenu et format), effets et recommandation des auteurs (suite)	
Pistes d'action et recommandations des auteurs	Références
<ul style="list-style-type: none"> Créer des environnements institutionnels favorables à la sécurisation culturelle et mieux en cerner les effets : <i>leadership</i> favorable, politiques favorables, monitoring et évaluation des programmes de formation. 	(24)
<ul style="list-style-type: none"> Prendre conscience et aborder explicitement les préjugés inconscients et les dynamiques de pouvoir individuelles et institutionnelles ainsi que leur impact sur la relation de soins dans le contexte des formations en sécurisation culturelle. Viser des changements durables tant pour le personnel que pour les systèmes de santé. 	(23, 26)
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'enseignement qui intègre la théorie et la pratique (apprentissage expérientiels, patients instructeurs, etc.) 	(24)
<ul style="list-style-type: none"> Fournir le temps et les efforts nécessaires à l'acquisition des compétences par un soutien institutionnel continu. 	(24)
<ul style="list-style-type: none"> Développer les compétences du personnel en communication interculturelle. 	(24)
<ul style="list-style-type: none"> Aborder le racisme, les stéréotypes et les disparités de santé de manière explicite et directe dans la formation et inscrire dans les politiques, directives et procédures institutionnelles, des contenus concernant la lutte contre le racisme, les stéréotypes et la discrimination 	(23, 26)
<ul style="list-style-type: none"> Rendre l'éducation en sécurisation culturelle obligatoire et intégrée dans les cursus scolaires du personnel de santé et services sociaux. 	(24)

3.4 Discussion

Contenus, formats et résultats d'apprentissages des formations

La littérature scientifique qui aborde précisément les effets des formations en sécurisation culturelle et analysée dans la présente synthèse tend à montrer que la formation est bénéfique pour le personnel. La grande hétérogénéité des formats, des contenus et des modes de prestation, et le manque de données sur les facteurs de succès des formations (contenus, formats, durée, etc.) ne permettent cependant pas de tirer des conclusions claires (23, 30, 31). Les modes d'évaluation et les méthodologies utilisées pour recenser leurs effets varient aussi (23, 24). On constate également un manque de données permettant de lier les effets des formations à l'amélioration de la santé des Autochtones. Cela dit, la qualité et la nature des contenus des formations sont déterminantes pour atteindre des résultats en termes de sécurisation culturelle.

Or, la majorité des formations destinées au personnel demeurent axées sur la sensibilisation aux réalités autochtones et sur l'amélioration des connaissances et des attitudes du personnel (26). Ce type de formation axé sur la sensibilisation est donc insuffisant pour mener à des changements de pratique.

Les formations qui permettent de mieux comprendre les conséquences des traumatismes historiques et récents sur la santé des Autochtones sont aidantes pour le personnel, car la méconnaissance du contexte de vie plus large des patients autochtones est décrite comme une barrière à la sécurisation des soins et services.

Dans les études retenues, et dans la littérature générale sur la sécurisation culturelle, plusieurs termes sont utilisés pour aborder la qualité des soins offerts aux Autochtones. Deux modèles théoriques principaux se distinguent en ce qui a trait aux contenus : les approches culturalistes et les approches critiques. Les approches culturalistes se centrent sur les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel lui permettant d'œuvrer efficacement en contexte interculturel, notamment auprès d'une clientèle autochtone. Cette approche « catégorique »¹⁰, c'est-à-dire qui identifie des catégories de connaissances culturelles, est souvent critiquée pour sa tendance à réduire une personne ou un groupe à certains traits fixes et identifiables. Elle suppose donc un ensemble limité de résultats d'apprentissage (33), souvent restreints à certains traits culturels, certaines coutumes, quelques mots en langue autochtone ou des éléments parfois folkloriques. En effet, cette approche ne tient pas compte de la diversité inter-groupe (de culture, de langue, de religion, de statut socio-économique, etc.) entre les nations autochtones (33, 34), ni des singularités au sein même d'une communauté ou des individus (35).

¹⁰ Comme souligné dans les résultats, les approches dites « catégoriques » peuvent tout de même s'avérer pertinentes lorsqu'elles permettent de mieux connaître les spécificités culturelles d'une communauté autochtone d'une localité en particulier. Pour être bénéfiques, elles doivent cependant être construites en partenariat avec les membres de cette communauté et les experts reconnus et identifiés par la communauté (*local cultural experts*) (32).

Ainsi, la formation basée sur cette approche peut renforcer les stéréotypes et la stigmatisation des patients autochtones (26, 34), ce qui est le contraire des résultats recherchés par la formation en sécurisation culturelle. De plus, cette approche ne remet pas en cause le contexte plus large dans lequel les soins sont prodigués (26, 34).

Selon Ramsden (36), la sécurisation culturelle est une approche issue du paradigme critique et est rarement utilisée en concomitance avec d'autres concepts comme la compétence culturelle. Elle vise un cheminement vers le rééquilibrage dans la répartition des pouvoirs entre le personnel et le patient autochtone. La sécurisation culturelle requiert donc une réflexion critique de la position privilégiée du personnel dans sa relation avec le patient (34). Elle nécessite un changement individuel, organisationnel et systémique (20, 24, 26, 34). De plus, cette approche stipule que la personne qui reçoit les soins – le patient autochtone, sa famille – est la seule à pouvoir se prononcer sur l'expérience subjective de sécurité et sur la nature des soins souhaités (18, 23, 26, 30, 33, 34, 37). Lorsqu'un patient vit une expérience de soins sécuritaire culturellement, cela signifie pour le patient que les barrières systémiques ou interpersonnelles liées à son identité autochtone n'entravent plus son accès aux soins (23). Le personnel – ou le système socio-sanitaire – a la responsabilité de reconnaître, de respecter et de protéger l'intégrité de la personne. Cette responsabilité s'étend au fait de créer un environnement sécuritaire spirituellement, socialement, physiquement et émotionnellement – sans assaut ou déni de l'identité du patient, de ce qu'il est et de ce dont il a besoin (20, 26, 31, 33). Étant donné que peu d'études évaluent cet aspect dans les effets des formations, il est difficile de statuer sur l'efficacité des formations pour l'amélioration de la sécurité culturelle.

Comme le montrent les résultats de la présente synthèse, les contenus et les formats de formations qui intègrent des connaissances locales sont considérés comme aidants, à la fois pour le personnel et pour les patients autochtones. En termes de formats, la formation doit être accessible pour le personnel (formats courts, sur les lieux de travail, etc.). L'apprentissage expérientiel, qui permet de s'immerger dans les cultures autochtones facilite la réflexion sur sa propre culture et sur son rôle dans la relation de soin. En somme, les contenus et formats des formations qui humanisent le patient humanisent aussi le personnel (23).

Effets des formations sur le personnel et les patients

L'impact des formations sur les pratiques du personnel ainsi que sur les résultats cliniques est très peu évalué (33). Les effets sur le changement de pratiques et les comportements sont également très peu étudiés (20, 26). Encore moins d'études rapportent les effets des formations sur l'état de santé des patients autochtones (26, 32), et ce, bien que l'évaluation des effets soit cruciale pour déterminer l'efficacité d'une intervention (32, 38).

Effets positifs

Il ressort des trois revues analysées que les formations ont un effet positif sur les connaissances, les attitudes et les compétences du personnel. Les formations aident le personnel à reconnaître la complexité des enjeux affectant la santé des Autochtones : la discrimination, les traumatismes persistants, le manque de ressources dans les services sociosanitaires, les contraintes imposées par les politiques administratives et le manque de continuité dans les soins et les services (23).

Effets mitigés

Les formations peuvent aussi créer de la confusion, de l'ambivalence et de l'incompréhension, notamment en ce qui concerne les différents modèles employés (sécurisation culturelle en opposition à compétence culturelle) et la responsabilité personnelle à prendre conscience de sa propre culture et de ses préjugés (24,26).

Il se dégage aussi des données consultées que les effets documentés reposent principalement sur l'auto-évaluation, par l'apprenant, des changements observés dans ses connaissances, comportements et attitudes. Pour plusieurs auteurs, cette méthode d'autoévaluation témoigne de la faiblesse des données sur les effets des formations en sécurisation culturelle (23,32,33,39,40). En effet, le recours trop fréquent aux mesures d'auto-évaluation est une limite et une préoccupation récurrente, étant donné sa nature subjective et le fait qu'on ne puisse l'utiliser comme indicateur de changement de comportement observable dans la rencontre clinique (32,40). Un consensus émerge aussi quant à l'absence des voix des patients autochtones dans l'évaluation des retombées des formations en sécurisation culturelle (23,24).

Très peu d'effets recensés concernent la qualité des soins prodigués aux patients autochtones ou l'amélioration de l'état de santé des populations autochtones, un des buts visés par l'implantation de l'approche de sécurisation culturelle à l'intérieur de laquelle se retrouve la formation du personnel. En effet, peu d'études ont recensé le point de vue des patients autochtones sur la sécurisation culturelle des soins reçus (18). De même, malgré la pertinence de telles données, aucun auteur n'a été en mesure d'établir une corrélation entre les caractéristiques des formations (cours magistral, capsule vidéo, apprentissage expérientiel, etc.) et les effets recensés (26).

Pistes d'action et recommandations tirées de la littérature

Les recommandations tirées des revues pour améliorer les effets des formations en sécurisation culturelle concernent principalement les compétences à développer, ainsi que les bonnes pratiques à privilégier en ce qui concerne les organisations de santé pour orienter les contenus et guider le développement de formations en sécurisation culturelle.

La communication est au cœur de l'expérience de soins. Les différences culturelles et linguistiques entre le personnel et les patients autochtones peuvent entraîner des problèmes d'incompréhension et de méfiance. Le personnel détient une responsabilité professionnelle et interpersonnelle dans les interactions, le lien de confiance et l'expérience du patient dans les services de santé. Le fait d'ignorer les éléments historiques et contemporains du contexte de vie et de santé plus large du patient autochtone (les deuils, les traumatismes, la discrimination, etc.) peut maintenir de la méfiance, une insatisfaction et un désengagement du patient dans ses soins (18,23,30–32,34,41). Une communication sécuritaire, non hiérarchique, fondée sur l'écoute, l'ouverture et la confiance mutuelle est particulièrement adaptée au contexte autochtone étant donné les antécédents historiques et sociodémographiques dans l'attribution des pouvoirs (18).

L'utilisation des méthodes d'apprentissage comme l'immersion dans les communautés, les stages cliniques et les simulations avec des patients autochtones sont plus susceptibles d'influencer le comportement du personnel, car ces méthodes permettent non seulement de mieux comprendre les cultures autochtones sur le terrain, mais facilitent aussi l'introspection sur sa propre culture en étant plongé dans un contexte culturel différent du sien (24,39). Downing et Kowal (42) soutiennent que les formations qui enseignent la pratique d'autoréflexion permettent de développer une meilleure conscience de soi, mais également une meilleure compréhension des iniquités structurelles. Ces méthodes d'apprentissage réflexives accompagnent le personnel dans l'examen de ses valeurs, liées à son éducation et son bagage culturel, la façon dont sa famille, ses amis, les institutions éducatives et sa communauté lui ont appris à comprendre le monde. La réflexion critique permet de prendre conscience de sa position de pouvoir et de privilège dans la relation de soin, et cette pratique peut être intégrée dans un cursus de formation. Au niveau institutionnel, les biais inhérents à une profession, aux politiques et aux pratiques peuvent aussi être examinés (41). Finalement, la reconnaissance des peuples autochtones en tant qu'experts de leurs propres vies et le fait de s'éloigner des discours basés sur les déficits incitent à repenser les relations de pouvoirs en contexte sociosanitaire (26).

Le personnel joue un rôle clé dans les interactions et l'expérience de soins des patients (32). Cela dit, la formation à elle seule ne peut modifier la dynamique du pouvoir et reconfigurer la relation entre le personnel et les patients autochtones. L'engagement de l'organisation à l'égard de la sécurisation culturelle soutient le personnel dans sa réflexion sur ses propres croyances et comportements et sur la façon dont ses actions renforcent ou réorientent les dynamiques de pouvoirs dans la relation de soin (18).

Selon Downing et collègues (26), les organisations de santé doivent être encouragées à fournir du soutien au développement professionnel du personnel. L'accompagnement peut se faire en fournissant du temps et des espaces de réflexion, par exemple, des retours sur des cas spécifiques dans un espace sécuritaire pour que le personnel puisse échanger sans crainte et sans jugement. Considérer l'implantation de l'approche en sécurisation culturelle comme un processus d'apprentissage en continu peut favoriser son succès (26).

Guerra et Kurtz (24) recommandent de tenir compte du niveau de préparation de l'organisation pour bien cerner l'environnement dans lequel agir, notamment les contraintes structurelles des différents services concernés. Par exemple, l'organisation des services permet-elle d'allonger la période des rendez-vous des patients en fonction de besoins ponctuels? Un *leadership* favorable à l'implantation de la sécurisation culturelle, des processus administratifs et la mise en place de politiques favorables à la sécurisation culturelle sont aussi recommandés afin d'évaluer les étapes franchies par l'établissement de santé et services sociaux vers la sécurisation culturelle.

Enfin, de nombreuses études relatent la manière dont les préjugés institutionnels et individuels du personnel contribuent aux disparités de santé observées entre Autochtones et Allochtones (16,35,39,43). Cela dit, les moyens de former le personnel sur les questions de racisme et de biais implicites (32) sont peu abordés dans les études retenues.

4 LIMITES DE LA SYNTHÈSE

Les résultats présentés doivent être interprétés dans le contexte de leurs limites. Ce document a été rédigé pour apporter un éclairage précis sur les conditions de succès et les enjeux entourant la formation du personnel en sécurisation culturelle, une question somme toute pointue dans un bassin de recherche émergent. Réalisée dans un court laps de temps et basée sur les connaissances issues d'une recherche rapide de la littérature scientifique ainsi que d'une analyse sommaire et non exhaustive d'un nombre très limité d'écrits scientifiques (trois), elle comporte des constats qui pourraient être révisés selon l'évolution rapide des connaissances sur le sujet. Aussi, malgré le fait que nous ayons employé un processus systématique et rigoureux de sélection des articles, certaines sources pertinentes pourraient avoir été omises en raison de la stratégie de recherche employée.

Seuls les ouvrages publiés dans les journaux scientifiques ont été recensés, les ouvrages de littérature grise ont été exclus. Ce sont donc des études ayant reçu du support institutionnel et ayant fait l'objet d'une publication, pouvant ainsi limiter la diversité et la pertinence des voix et des points de vue recensés, en particulier ceux des Autochtones. De même, certaines initiatives n'ont peut-être pas eu les moyens d'évaluer leurs retombées et d'en publier les évaluations, ce qui peut expliquer en partie le faible nombre d'études recensées dans cette synthèse. Cette synthèse rapide des connaissances s'est basée sur les constats et analyses d'auteurs ayant réalisé des états des connaissances et certaines études primaires portant sur le sujet n'ont peut-être pas été captées. Ainsi, les effets des formations présentés ici ont été extraits par une analyse qualitative de ces données. Comme il s'agit de synthèses d'effets observés dans les études primaires, ces effets n'ont pu être quantifiés. La qualité des études n'a pas été évaluée à l'aide d'outils d'évaluation standardisés.

La stratégie de recherche ainsi que les bases de données utilisées induisent un regard biomédical pouvant aussi limiter les résultats de cette étude. Le fait d'avoir utilisé les termes « sécurisation culturelle » ou « compétence culturelle » dans la recherche documentaire peut avoir limité les résultats aux seules études faisant mention de ces termes bien que d'autres études pourraient porter sur des initiatives connexes sans nécessairement recourir à cette terminologie. De plus, les termes « critique », « postcolonial » et « racisme » pourraient être intégrés dans de prochains travaux. En effet, cette synthèse s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'implantation de la sécurisation culturelle en santé. Des études en cours pourraient bonifier les connaissances sur le sujet (44,45).

Finalement, l'analyse a été réalisée par une auteure non Autochtone qui porte sa propre culture, vision du monde et façon d'organiser l'information. La manipulation des données, leur analyse et la manière dont elles sont rapportées dans ce type d'écrit scientifique peut comporter certaines limites et témoigne de son contexte culturel. La participation de partenaires autochtones n'a pas été sollicitée.

5 CONCLUSION

Cette synthèse rapide des connaissances recense l'état des connaissances sur les formations en sécurisation culturelle en santé à partir de la littérature scientifique publiée jusqu'en juillet 2021, inclusivement. Cette littérature indique que les conditions de succès sont encore peu documentées et fait état d'une grande hétérogénéité des formats, des contenus et des modes de prestation. Les résultats ne permettent donc pas de tirer des conclusions claires quant aux caractéristiques favorables au succès des formations.

Les études recensées indiquent toutefois que la formation en sécurisation culturelle, plutôt que d'autres modèles d'éducation interculturelle, est bénéfique pour le personnel et a le potentiel de provoquer un changement durable tant pour le personnel que pour les systèmes de santé. En agissant sur certains déterminants de la santé des Autochtones, par la reconnaissance et le respect de l'identité et la culture des patients autochtones, et celle des conséquences néfastes de la discrimination et du racisme sur l'état de santé des Autochtones, les formations en sécurisation culturelle peuvent contribuer à faire tomber les barrières d'accès qui nuisent à la santé des Autochtones et perpétuent les iniquités de santé auxquelles ces populations sont confrontées. Comme il s'agit d'un champ d'études en pleine expansion, la mise à jour de la présente synthèse pourrait être revue à la lumière de nouvelles données sur les effets des formations en sécurisation culturelle.

Les études recensées suggèrent que la formation est insuffisante pour modifier les dynamiques de pouvoir et réduire le fossé des iniquités de santé vécues par les Autochtones. L'engagement des organisations, et de la société dans son ensemble, à l'égard des principes généraux de la sécurisation culturelle est primordial pour soutenir le personnel dans son cheminement vers des soins plus équitables et sécuritaires culturellement pour les patients autochtones, leurs familles et leurs communautés.

6 RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Québec. *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 [Internet]. Gouvernement du Québec; 2021 p. 70. Disponible sur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
2. Greenwood M, De Leeuw S, Lindsay NM. *Determinants of indigenous peoples' health: beyond the social, Second Edition*. Toronto, ON: Canadian Scholars, an imprint of CSP Books Inc. 2018.
3. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 1^{er} oct. 2021;199:20-4.
4. Reading C, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. 2013 2009;40.
5. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La culture et la langue, déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis* [Internet]. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2016. Disponible sur : <https://www.cnsa.ca/docs/determinants/FS-CultureLanguage-SDOH-FNMI-FR.pdf>
6. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Les enfants autochtones et le système de protection de l'enfance au Canada* [Internet]. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2017 [cité 25 sept. 2017]. Disponible sur : https://www.cnsa-nccah.ca/525/Les_enfants_autochtones_et_le_syst%C3%A8me_de_protection_de_l%E2%80%99enfance_au_Canada.nccah?id=203
7. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes* [Internet]. Québec : Gouvernement du Québec; 2021. Disponible sur : https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
8. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Volume 1b* [Internet]. 2019 [cité 1^{er} mai 2020]. Disponible sur : https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/MMIWG_Final_Report_Vol_1b_French-FINAL.pdf
9. Agence de santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* [Internet]. 2018 [cité 14 févr. 2022]. Disponible sur : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2019/19-06/publications.gc.ca/collections/collection_2019/aspc-phac/HP35-109-2018-1-fra.pdf

10. Bombay A, Matheson K, Anisman H. The impact of stressors on second generation Indian Residential School survivors. *Transcult Psychiatry*. Sept 2011;48(4):367-91.
11. Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* [Internet]. Winnipeg; 2015. Disponible sur : <https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr>
12. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics* [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/les-commissions-d-enquete-au-quebec-depuis-1867/7738-commission-viens>
13. Fletcher, Christopher, Mylene Riva, Marie-Claude Lyonnais, Ida Saunders, Aani Baron, Melody Lynch, et Marie Baron. *Definition of an Inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik. Community Component*. Québec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRGHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2021. (Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?).
14. O'Neill L, Fraser T, Kitchenham A, McDonald V. Hidden Burdens: a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *J Child Adolesc Trauma*. Juin 2018;11(2):173-86.
15. Gouvernement du Canada SC. *Les peuples autochtones: Feuille d'information du Québec* [Internet]. 2016 [cité 14 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-656-x/89-656-x2016006-fra.htm#archived>
16. Turpel-Lafond (Aki-Kwe), Mary Ellen M, Johnson H, Charles G. In Plain Sight *Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care* [Internet]. 2020 nov. Disponible sur : <https://www.spph.ubc.ca/in-plain-sight/#:~:text=Mary%20Ellen%20Turpel%20Lafond%20and,the%20B.C.%20health%20care%20system>
17. Allan B, Smylie J. *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON : The Wellesley Institute; 2015.
18. Jennings W, Bond C, Hill PS. The power of talk and power in talk: a systematic review of Indigenous narratives of culturally safe healthcare communication. *Aust J Prim Health*. 2018;24(2):109-15.
19. Croteau K, Molgat M. *Cercle Kinistôtàdimin : décolonisation de l'École de service social de l'Université d'Ottawa*. *Rev Can Serv Soc*. sous presse;hors thème.
20. Tremblay M-C, Graham J, Porgo TV, Dogba MJ, Paquette J-S, Careau E, et al. Improving Cultural Safety of Diabetes Care in Indigenous Populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A Systematic Rapid Review. *Can J Diabetes*. 2020;44(7):670-8.
21. Gerlach AJ. A Critical Reflection on the Concept of Cultural Safety. *Can J Occup Ther*. 1 juin 2012;79(3):151-8.

22. Baba L. *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*. Cent Collab Natl Santé Autoch. 2013;44.
- *23. Berg, K., McLane, P., Eshkakogan, N., Mantha, J., Lee, T., Crowshoe, C., & Phillips, A. (2019). Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 43, 133-140. doi:10.1016/j.ienj.2019.01.004
- *24. Guerra, O., & Kurtz, D. (2017). Building Collaboration: A Scoping Review of Cultural Competency and Safety Education and Training for Healthcare Students and Professionals in Canada. *Teaching and Learning in Medicine*, 29(2), 129-142. doi:10.1080/10401334.2016.1234960
25. Institut national de santé publique du Québec. *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec* [Internet]. 2020 [cité 25 janv. 2022]. Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4185752>
- *26. Downing, R., Kowal, E., & Paradies, Y. (2011). Indigenous cultural training for health workers in Australia. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(3), 247-257. doi:10.1093/intqhc/mzr008
27. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 1^{er} févr. 2005;8(1):19-32.
28. Aromataris E, Munn Z, Joanna Briggs Institute. *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute; 2020.
29. Lebel G. *Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion Méfiez-vous !* 2015;12:3.
30. Brooks-Cleator L, Phillipps B, Giles A. Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. 2018;50(4):202-13.
31. Fernando T, Bennett B. Creating a culturally safe space when teaching aboriginal content in social work: A scoping review. *Aust Soc Work*. 2019;72(1):47-61.
32. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-15.
33. Fleming T, Creedy DK, West R. Cultural safety continuing professional development for midwifery academics: An integrative literature review. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2019;32(4):318-26.
34. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):N.PAG-N.PAG.
35. Croteau K. Croteau, K. (2019). *Parentalité du point de vue de mères innues et sécurisation culturelle en protection de la jeunesse: nin, nishutshisshiu, nitinniu mak nitauassimat* [Internet] [Doctorat]. [Canada] : Université de Montréal; 2019 [cité 13 déc. 2021]. Disponible sur : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23503/Croteau_Karine_2019_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y

36. Ramsden IM. *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu* [Doctor of Philosophy in Nursing]. Victoria University of Wellington; 2002.
37. Ball J. *Cultural Safety in Practice with Children, Families and Communities* (communication par affiche). In Vancouver; 2008.
38. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. *Cultural competence education for health professionals*. *Cochrane Database Syst Rev*. 5 mai 2014;(5):CD009405.
39. Pitama SG, Palmer SC, Huria T, Lacey C, Wilkinson T. Implementation and impact of indigenous health curricula: a systematic review. *Med Educ*. 2018;52(9):898-909.
40. Clifford A, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. Avr. 2015;27(2):89-98.
41. White T, Beagan BL. Occupational Therapy Roles in an Indigenous Context: An Integrative Review. *Can J Occup Ther*. 2020;87(3):200-10.
42. Downing R, Kowal E. A postcolonial analysis of Indigenous cultural awareness training for health workers. *Health Sociol Rev*. 1^{er} mars 2011;20(1):5-15.
43. Harris BM, Harris ML, Rae K, Chojenta C. Barriers and facilitators to smoking cessation within pregnant Aboriginal and/or Torres Strait Islander women: An integrative review. *Midwifery*. 2019;73:49-61.
44. Harding J, MacKinnon K, Sangster-Gormley E, Gordon C. Indigenous peoples' positive experiences with culturally safe health care: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evid Synth* [Internet]. 2021; Disponible sur : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medp&NEWS=N&AN=33720106>
45. Mathur S, Aydin C, Langlois S, Sangrar R. Approaches to Indigenous health within interprofessional education: a scoping review protocol. *JBI Evid Synth* [Internet]. 2021; Disponible sur : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medp&NEWS=N&AN=34171890>

ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE

Stratégie de recherche pour Ovid **Interrogée le 2021-07-23**

Global Health <1973 to 2021 Week 29>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 22, 2021>

APA PsycInfo <1806 to July Week 3 2021>

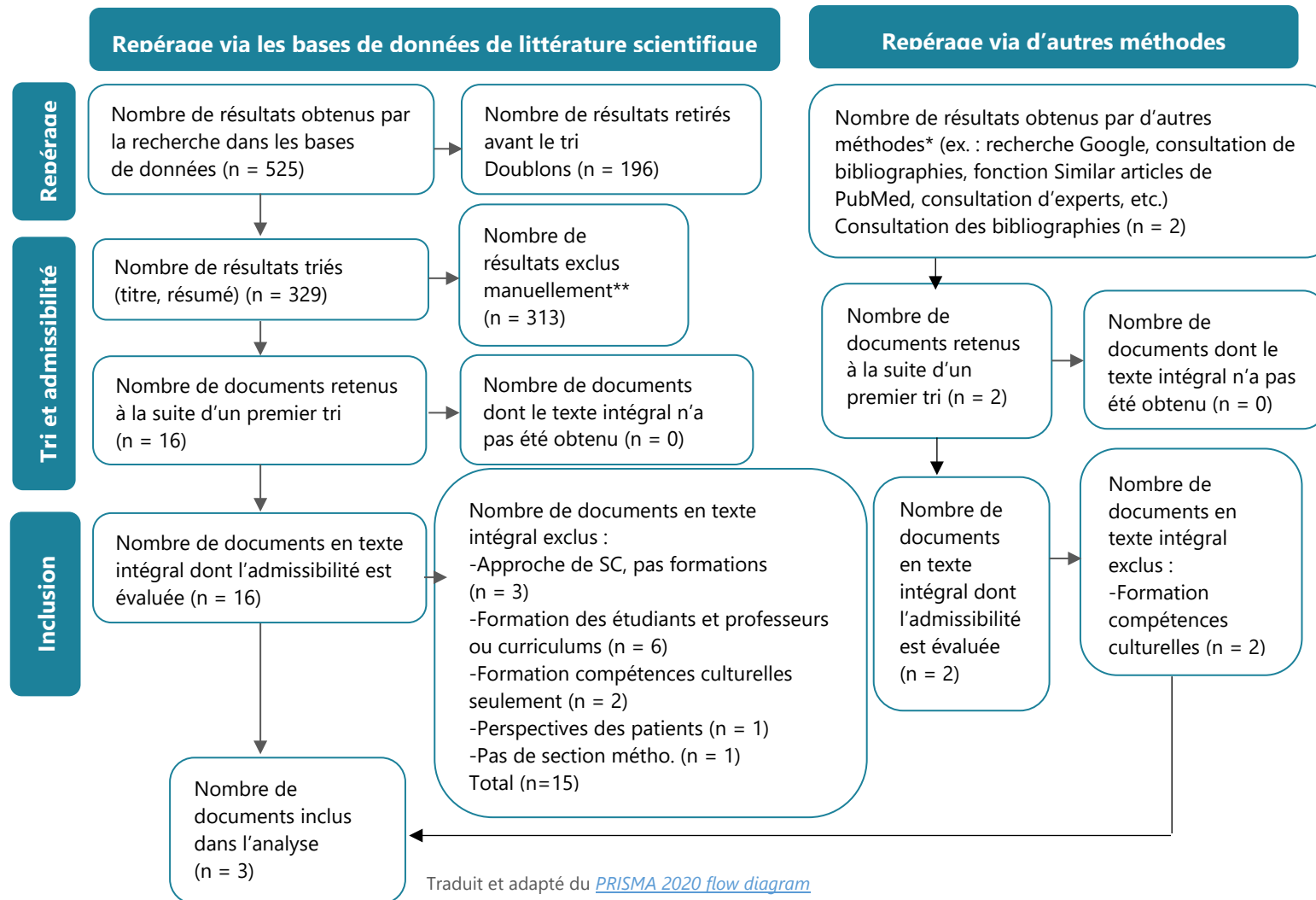
#	Requête	Résultats
1	Indigenous Peoples/ or exp american native continental ancestry group/ or oceanic ancestry group/ or (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American indian*" or "Alaska* native*" or indigenous or Inuit* or Innu* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation\$1" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN " or Navajo or Apache or Cree or "Torres Strait Islanders" or CANZUS).ti,ab.	439 066
2	((systematic or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).tw. or exp Review Literature as Topic/ or exp Review/ or Meta-Analysis as Topic/ or Meta-Analysis/ or "systematic review"/	3 476 284
3	Culturally Competent Care*/ or Cultural Competency*/ or Transcultural Nursing/ or ((cultur* or cross?cultur* or trans?cultur*) adj5 (competen* or safety or safe or sensitivit* or sensibilit* or humilit* or awareness*)).ti,ab,kf,id.	47 552
4	Program Evaluation/ or (program* or learn* or educat* or training or teach* or evaluat* or outcom* or assess* or effectiv* or improve* or appropriat*).ti,ab.	15 085 230
5	and/1-4	289

Stratégie de recherche pour EBSCO Interrogée le 2021-07-23

CINAHL; ERIC; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text; Health Policy Reference Center

#	Requête	Résultats
S1	TI (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American indian*" or "Alaska* native*" or indigenous or Inuit* or Innu* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation#" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN " or Navajo or Apache or Cree or "Torres Strait Islanders" or CANZUS) OR AB (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American indian*" or "Alaska* native*" or indigenous or Inuit* or Innu* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation#" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN " or Navajo or Apache or Cree or "Torres Strait Islanders" or CANZUS) OR SU (Indigenous Peoples)	184 267
S2	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR AB (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR KW (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR SU ("Review Literature as Topic" OR "Review" OR "Meta-Analysis as Topic" OR "Meta-Analysis" OR "systematic review")	418 339
S3	SU ("Transcultural Care" OR "Cultural Safety" OR "Cultural Competence" OR "Transcultural Nursing") OR TI ((cultur* OR cross#cultur*) N5 (competen* OR safe OR safety OR sensitivit* OR sensibilit* OR humilit* OR awareness* OR education* OR train* OR provid* OR disparit*)) OR AB ((cultur* OR cross#cultur*) N5 (competen* OR safe OR safety OR sensitivit* OR sensibilit* OR humilit* OR awareness* OR education* OR train* OR provid* OR disparit*))	91 989
S4	TI (program* OR learn* OR educat* OR training OR teach* OR evaluat* OR outcom* OR assess* OR effectiv* OR improve* OR appropriat*) OR AB (program* OR learn* OR educat* OR training OR teach* OR evaluat* OR outcom* OR assess* OR effectiv* OR improve* OR appropriat*)	6 484 803
S5	TI (health* or care* or social work* or hospital* or clinic*) OR AB (health* or care* or social work* or hospital* or clinic*)	4 743 854
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	236

Organigramme de type PRISMA



Traduit et adapté du [PRISMA 2020 flow diagram](#)

*Pour en savoir plus sur les autres méthodes de recherche, consulter le [Carnet de route - littérature grise](#).

**Si des outils d'automatisation ont été utilisés, préciser le nombre de résultats exclus à l'aide de ceux-ci et le nombre de résultats exclus manuellement.

Liens vers le guide [Organigramme de la recherche documentaire : Guide d'élaboration étape par étape](#) et l'[organigramme PRISMA 2009](#)

ANNEXE 2 TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES

Auteurs/Année/ Type de revue/ #articles recensés/période couverte/Pays	Titre	Objectif de l'étude	Caractéristiques des formations recensées dans les revues	Effets de la formation recensés dans les revues	Recommandations émises par les auteurs des revues	Limites des revues
<p>Berg, Kelsey; McLane, Patrick; Eshkakogan, Nicole; Mantha, Jennifer; Lee, Tracy; Crowshoe, Chelsea; Phillips, Ann (2019)</p> <p>Revue de la portée : 6 articles analysés, couvre de 2002 à 2017</p> <p>Pays : Canada</p>	<p><i>Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review</i></p>	<p>Repérer les études qui relatent les barrières et les facilitateurs de la compétence ou sécurisation culturelle dans les départements d'urgences en contexte canadien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption d'une approche décoloniale, l'embauche de personnel autochtone, et la collaboration et partenariats avec les communautés locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients se sentent valorisés et respectés en présence des navigateurs de services et apprécient les interventions brèves et soutenantes. • La présence des proches et de la famille aide au soutien mental et spirituel, dans les prises de décision et la guérison. • Une communication claire et informative sur le fonctionnement du service d'urgence donne un sentiment de sécurité au patient. • Plusieurs barrières à la SC* ont été identifiées telles que les stéréotypes et la discrimination, le sentiment d'aliénation et la non- implication du patient dans ses soins. • Bénéfices perçus du personnel ayant reçu de la formation. • Reconnaissance par le personnel du trauma et de la discrimination, ainsi que des contraintes organisationnelles qui entravent l'accès aux soins pour les Autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les administrateurs de la santé : ajout d'équipes pluridisciplinaires; amélioration du référencement et de la continuité des soins. • Réduire les barrières administratives dans l'organisation des services d'urgence et prendre des mesures pour éliminer le racisme, les stéréotypes et les disparités en matière de santé. • Pour la SC* des urgences : <ul style="list-style-type: none"> i) Adopter une approche postcoloniale et établir des partenariats avec les communautés autochtones; ii) Former les soignants en compétences relationnelles et en conscience de soi; iii) Modifier les services d'urgence pour ceux qui ont un accès limité aux soins non urgents; et iv) S'attaquer au racisme et prévenir la discrimination. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transférabilité à d'autres contextes. • Échantillon d'articles est petit. • Les contextes spécifiques des différents hôpitaux ruraux, urbains, en régions isolées ne sont pas considérés. • Les points de vue des formateurs et des patients sont manquants dans la littérature sur la SC. • Non-inclusion de modèles autochtones des services d'urgences.

Auteurs/Année/ Type de revue/ #articles recensés/période couverte/Pays	Titre	Objectif de l'étude	Caractéristiques des formations recensées dans les revues	Effets de la formation recensés dans les revues	Recommandations émises par les auteurs des revues	Limites des revues
<p>Guerra, Olivia; Kurtz, Donna (2016)</p> <p>Revue de la portée systématique : 26 articles analysés, couvre de 2010 à 2014</p> <p>Pays : Canada</p>	<p><i>Building collaboration: A scoping review of cultural competency and safety education and training for healthcare students and professionals in Canada</i></p>	<p>Décrire comment le concept de sécurisation culturelle est utilisé dans la formation des professionnels de la santé et des étudiants en santé pour améliorer les soins aux autochtones en Colombie- Britannique et dans le reste du Canada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Argument en faveur de la SC* en opposition à la CC*. • Faible clarté des définitions des concepts SC et CC mène à des résultats d'apprentissages contrastés. • Les programmes éducatifs en SC sont fragmentés et variables. • Faible soutien au développement continu des enseignants et travailleurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'impacts positifs sur les apprentissages. • Ambivalence du personnel et des étudiants à l'égard de la formation en SC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder plus de temps à la formation et à la pratique des compétences en SC. • Amélioration des infrastructures pour les rendre adéquates. • Évaluer les effets des formations et assurer le suivi des programmes. • <i>Leadership</i> favorable, soutien structurel et politiques favorables à la SC. • Intégrer la théorie à la pratique (favoriser les apprentissages expérientiels). 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-consultation des communautés locales.

Auteurs/Année/ Type de revue/ #articles recensés/période couverte/Pays	Titre	Objectif de l'étude	Caractéristiques des formations recensées dans les revues	Effets de la formation recensés dans les revues	Recommandations émises par les auteurs des revues	Limites des revues
<p>Downing, R.; Kowal, E.; Paradies, Y. (2011)</p> <p>Revue narrative : 120 articles analysés, dates non spécifiées</p> <p>Pays : CANZUS</p>	<p><i>Indigenous cultural training for health workers in Australia</i></p>	<p>Passer en revue les 6 principales approches de la formation culturelle autochtone pour le personnel de la santé et évaluer leur efficacité dans les programmes de formation en santé en Australie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Majorité des formations portent sur la sensibilisation aux réalités autochtones. • Les modèles de sensibilisation culturelle ont tendance à réduire les cultures autochtones à certains traits fixes. • La formation en SC critique l'origine des inégalités sociales et du déséquilibre des pouvoirs. • Seule la personne autochtone juge si son identité est respectée et si elle est en sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des connaissances, attitudes et compétences du personnel. • Cette amélioration ne semble pas se traduire par des bénéfices sur la santé et le bien-être des patients. • La confusion entre CC et SC persiste chez des infirmières après la formation (1 étude). • La formation en SC soutient la pratique réflexive (conscience de soi, de ses préjugés) chez le personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer les cultures autochtones des conditions qui y sont parfois associées menant à des stéréotypes et préjugés (ex. : pauvreté) • Pour contribuer significativement à la santé des autochtones, les formations en SC doivent sortir des modèles de pensées qui tendent à reproduire les iniquités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de limites identifiées.

* SC = sécurisation culturelle; *CC = compétence culturelle.

