



© Shutterstock / MM PHOTO

Cas clinique M^{me} MASKAK

Vous êtes infirmière depuis peu dans un hôpital d'une petite ville en région au Québec. Là-bas, vous vous occupez des suivis des patientes enceintes, dont celui de M^{me} Maskak. D'après son dossier, elle est âgée de 29 ans et réside dans une communauté autochtone. Elle a deux enfants, Anna âgée de 5 ans et Carl âgé de 9 ans, et elle est enceinte de 28 semaines. Vous êtes inquiète, car M^{me} Maskak a manqué ses deux derniers rendez-vous, dont celui de son échographie de deuxième trimestre.

Développer sa conscience critique pour un système de santé plus équitable :

pistes pour des actions
infirmières sécuritaires
en faveur de la santé des
Premières Nations, des Inuit
et des Métis (PNIM)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir lu cet article, vous serez en mesure :

01. DE DÉVELOPPER

une pratique réflexive à propos de votre propre posture et de vos réactions face aux questions raciales.

02. DE RECONNAÎTRE

les manifestations du racisme systémique dans l'exercice de votre profession.

03. D'IDENTIFIER

les actions infirmières possibles et les leviers pertinents afin de favoriser l'équité en santé.

par LA COALITION PROFESSIONNELLE POUR LA SANTÉ
AUTOCHTONE AU QUÉBEC (COPSAQ)

Face au décès et aux traitements répréhensibles subis en 2020 par Joyce Echaquan, femme atikamekw de Manawan, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a mis sur pied un groupe d'experts composé de personnes issues des Premières Nations et d'Inuit ainsi que d'allochtones pour recommander des actions concrètes à mettre en œuvre en vue de promouvoir, dans les pratiques infirmières, des relations optimales, l'équité et la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit. À l'automne 2021, l'OIIQ rendait public un énoncé de position co-construit avec les membres du groupe d'experts en matière de **sécurité culturelle** et d'**équité en santé** auprès des Premières Nations et des Inuit.

En effet, cet énoncé de position intitulé *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique* a pour but de favoriser une pratique infirmière qui promeut l'**humilité culturelle**, la **sécurité culturelle** et la promotion des relations partenariales et de confiance avec les Premières Nations et les Inuit. Il propose des pistes d'action pour lutter contre le **racisme systémique** et individuel, d'où l'importance que « les infirmières questionnent leurs propres **préjugés** et **biais inconscients** dans le but de prodiguer des soins culturellement sécurisants [...] [et] développent leur **conscience critique** en vue de comprendre les

réalités sociales et politiques sous-jacentes aux diverses problématiques » (OIIQ, 2021). Ainsi, il est raisonnable de considérer que la première étape vers une offre de soins culturellement sécuritaires réside dans l'exercice, par les infirmières, d'une pratique réflexive authentique sur leur posture et leur réaction envers les Premières Nations, les Inuit et les Métis (PNIM).

Cet article, écrit dans une perspective décoloniale¹, vise à favoriser une pratique réflexive en vue de développer des comportements qui reflètent des pratiques empreintes de sécurité culturelle (First Nations Health Authority [FNHA], 2022a). Il vise également à reconnaître le racisme systémique dans le réseau de la santé tout en identifiant des actions en faveur de l'équité en santé. Il est possible qu'à la lecture de cet article, un certain malaise ou un inconfort puisse être ressenti, car ce qui est décrit ne correspond pas forcément à la réalité perçue par les infirmières blanches². Toutefois, ces sentiments sont souvent nécessaires à l'apprentissage et à la transformation des rapports sociaux (DiAngelo, 2020; FNHA, 2022a; McGuire-Adams, 2021).

COMPRENDRE LES RÉALITÉS DES PNIM

Théorie critique socio-historique de la discrimination raciale

Le présent article situe ses propos à partir de la perspective de la théorie critique socio-historique de la discrimination raciale, en vue de mieux cerner la dimension systémique du racisme (OIIQ, 2021; Varcoe, Browne et Blanchet Garneau, 2019). Apparue dans les années 1980 aux États-Unis, cette théorie fait référence aux actions politiques, économiques et juridiques qui favorisent les personnes de race blanche. En effet, elle permet de mieux comprendre comment les actions et les valeurs portées par les personnes blanches fondent le caractère inconscient de leurs préjugés. Selon la professeure en éducation Tricia McGuire-Adams (2021), la prise de responsabilité des personnes blanches par rapport à leur ignorance et les conséquences qui en découlent se manifeste par l'auto-examen de leur participation à des actes qui favorisent ou inhibent le maintien d'une hiérarchie socio-politique les privilégiant. Le présent article convie justement les infirmières à cet exercice de pratique réflexive.

Double perspective ou Etuaptmumk³

Cette double perspective, c'est « apprendre à voir d'un œil ce qu'il y a de mieux dans les modes de connaissance autochtones, et de l'autre œil ce qu'il y a de mieux dans les modes de connaissance occidentaux (ou dominants) et apprendre à utiliser ces deux yeux ensemble pour le bénéfice de tous » (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012, p. 335). L'approche de la double perspective soutient qu'il existe différentes perceptions du monde (Hovey et al., 2017; Iwama et al., 2009; Martin, 2012) et qu'il est nécessaire de reconnaître, de respecter et d'intégrer cette diversité de perspectives (Iwama et al., 2009; Martin,

2012) sans perpétuer la domination de l'une sur l'autre (Iwama et al., 2009). Il s'agit alors d'un cadre holistique et réflexif où tous les points de vue sont valorisés pour faciliter l'intégration des différentes perspectives et ainsi, élargir la compréhension d'un phénomène (Bartlett et al., 2012). Grâce à ce processus dynamique et relationnel, cet article cherche à tendre vers une compréhension commune entre PNIM ainsi que personnes blanches (Hovey et al., 2017).

Cas clinique (suite)

Lors d'une rencontre d'équipe interprofessionnelle, la travailleuse sociale vous informe que l'enseignante de la communauté l'a appelée, car elle s'inquiète pour la fille de M^{me} Maskak, Anna. Cette dernière présenterait d'importants retards d'apprentissage à l'école et son enseignante voudrait vérifier si elle ne souffre pas de troubles d'apprentissage ou de déficiences intellectuelles. La travailleuse sociale a indiqué dans ses notes qu'elle a contacté à plusieurs reprises les services de protection de la jeunesse. Lorsque vous questionnez votre collègue travailleuse sociale à propos du signalement, elle affirme que M^{me} Maskak n'est pas allée chercher les services nécessaires pour sa fille, malgré la suspicion de retards cognitifs importants. Elle ajoute que M^{me} Maskak a négligé la santé de son enfant à naître en ne se présentant pas à son rendez-vous d'échographie.

À la suite de cette rencontre, êtes-vous surprise du comportement de M^{me} Maskak? Comment réagissez-vous à son égard?

Préjugés et expériences discriminatoires

Dans le cas clinique, un premier niveau de racisme conscient ou inconscient est détectable, à savoir celui du racisme interpersonnel (Jones, 2000), qui se caractérise par l'émission de préjugés et de discrimination. En situation de soin, le racisme interpersonnel se manifeste de différentes manières (Encadré 1).

Des préjugés sont également implicitement évoqués quant à la négligence parentale de M^{me} Maskak (suspicion) et aux problèmes cognitifs de sa fille. En effet, les différents intervenants supposent que les PNIM adoptent les mêmes représentations du développement sain de l'enfant que les leurs, qu'ils ont accès aux mêmes services spécialisés qu'eux, et ne voient pas les inégalités dont sont sujets M^{me} Maskak et ses proches. Ces suppositions, non vérifiées, les mènent à déduire des incapacités cognitives chez Anna, un manque de compétence parentale et de la négligence à l'égard des enfants.

Ces préjugés se transforment en acte discriminatoire, soit le signalement à la Protection de la jeunesse. Lorsque des actions discriminatoires se perpétrent de manière régulière ou se régularisent, il est alors question de racisme systémique.

1. La perspective décoloniale consiste à donner la parole aux infirmières autochtones de sorte qu'elles puissent témoigner de leurs observations quotidiennes et leurs constats dans leur pratique.

2. McGuire-Adams (2021) utilise le terme « settlers » qui se traduit par « colons ». Elle explique son choix à partir des travaux de Rachel Flowers qui soutient que ce terme rappelle le pouvoir colonial à la conscience des Blancs d'origine européenne, les engageant ainsi dans leur responsabilité dans les relations et leurs actions quotidiennes. Ainsi, nous choisissons d'adopter le terme « personnes blanches » pour désigner les allochtones, ce qui vient reconnaître l'histoire du problème colonial.

3. Double perspective (two-eyed seeing) (Bartlett et al., 2012) ou Etuaptmumk en Mig'maw (Hovey et al., 2017).



RECOMMANDATION

La lecture de l'énoncé de position peut être un préalable à la bonne compréhension de cet article, car il permet de répondre entre autres aux questions sur le racisme systémique et les impacts de la colonisation sur la santé et le mieux-être des Premières Nations et des Inuit. oiiq.org/pni

Encadré 1

EXEMPLES DE MANIFESTATIONS DU RACISME INTERPERSONNEL

Manque de respect : participer à des absences ou à des lacunes dans le service, ne pas communiquer les options possibles, ne pas considérer la capacité de décision de la personne, faire preuve d'hostilité.

Suspicion : se méfier de la personne ou l'éviter, la croire dangereuse ou négligente envers elle-même ou pour autrui.

Dévaluation : être étonné de la compétence de la personne, la croire incompetente, freiner ses ambitions et aspirations.

Faire de la personne un bouc émissaire : la rendre responsable de tous les problèmes, notamment de la considérer comme une menace ou un fardeau pour la société.

Déshumanisation : manifester des actes de brutalité, ne pas la soigner, ne pas soulager sa douleur, procéder sans son consentement (y compris pour des opérations telles que la stérilisation), l'empêcher d'accéder à des traitements.

Source : Catégorisation tirée de Jones (2000) et adaptée au contexte des soins infirmiers.

RACISME SYSTÉMIQUE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Le racisme systémique est un terme provenant d'études sur les expériences de violences structurelles (Varcoe et al., 2019) où celles-ci ne peuvent être pensées en dehors de ses contextes historique, social, géographique, économique et politique. Le racisme systémique est défini comme « une production sociale d'une inégalité fondée sur la race dans les décisions dont les gens font l'objet et les traitements qui leur sont dispensés. L'inégalité raciale est le résultat de l'organisation de la vie économique, culturelle et politique d'une société. Elle est le résultat de la combinaison de ce qui suit : la construction sociale des races comme réelles, différentes et inégales (racialisation); les normes, les processus et la prestation des services utilisés par un système social (structure); les actions et les décisions des gens qui travaillent pour les systèmes sociaux (personnel) » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2019). Ces iniquités se traduisent dans les politiques des établissements de santé et les expériences de santé vécues.

Opérationnalisation du racisme systémique dans le système de santé

Les PNIM du Québec et du Canada vivent de multiples discriminations en ce qui a trait à l'accès aux services sociaux et de santé, comme l'indisponibilité des services préhospitaliers d'urgence dans plusieurs communautés, le sous-financement de places en soins de longue durée et de fin de vie, des services de prévention et de traitement des violences sexuelles ou familiales et de dépendances, ainsi que le manque de services de répit pour les familles de clientèles avec besoins particuliers (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019). Elles sont aussi victimes du partage complexe de compétences entre le palier provincial et le palier fédéral, des problèmes de recrutement et d'attraction du personnel soignant en territoires autochtones et du système de plaintes défaillant (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019; Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada [SSEFPNC], 2021). Ces lacunes d'équité dans les politiques provinciales et fédérales ainsi que dans la gouvernance en santé entraînent des conséquences sur la santé des communautés, par exemple des répercussions sur les plans émotif et social (Loppie, Reading et de Leeuw, 2020), des expériences de détresse pour les mères et les familles (Varcoe et al., 2013) ou encore des comportements résultant de traumatisme intergénérationnel, tels que la perte de confiance dans le système de santé entraînant une sous-utilisation des services (Loppie et al., 2020).

Face à ce constat, il importe que les infirmières se questionnent quant aux impacts de leurs préjugés sur leurs pratiques et s'efforcent à réduire l'écart entre la situation de santé et de mieux-être des PNIM et celle des personnes blanches.

Cas clinique (suite)

M^{me} Maskak se présente à l'hôpital avec son fils Carl, qui fait une crise d'asthme. Vous soignez Carl et évoquez avec M^{me} Maskak ses absences récentes à ses rendez-vous de suivi de grossesse. M^{me} Maskak vous confie avoir déjà eu une mauvaise expérience par le passé. En effet, alors qu'elle s'est blessée lors d'une chute dans le bois, les professionnels de l'hôpital ont tenu à l'écart son conjoint, croyant qu'elle était victime de violence conjugale. Vous accueillez les propos de M^{me} Maskak et la rassurez en lui promettant que cela ne se reproduira pas.

Percevez-vous dans le récit de M^{me} Maskak un événement plutôt exceptionnel? Si oui, êtes-vous en train de faire une évaluation appropriée de sa condition?

Expression de la blanchité dans les soins infirmiers

La blanchité fait référence aux pratiques, politiques et perspectives qui favorisent la dominance des normes de personnes d'origine européenne. Elle est directement liée à la condition de privilège qui survient lorsque les personnes appartenant à la norme majoritaire sont épargnées de la discrimination raciale et détiennent plus de pouvoir grâce à leur condition sociale blanche (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS], 2020). Il importe alors de comprendre les manifestations de pratiques et de valeurs issues de la blanchité, parce que c'est cette dernière qui entraîne le caractère inconscient des préjugés du groupe majoritaire ayant bénéficié de

privileges au cours de sa vie. Dans le cas de M^{me} Maskak, la condition de privilege de l'infirmière se manifeste par une fausse réassurance à l'égard de sa patiente en lui affirmant que sa famille ne vivra pas, à nouveau, des préjugés et de la discrimination. En effet, les expériences passées de M^{me} Maskak ne sont pas reconnues, et leurs conséquences sur sa santé et son mieux-être, ainsi que sur ceux de ses enfants, non plus. Ici, l'infirmière pourrait d'ailleurs ne pas prendre la mesure du privilege de sa condition en tant que personne blanche. Comme vu précédemment, les actions et les valeurs portées émanant de préjugés inconscients, lesquels concordent avec sa propre expérience en lien avec la discrimination. En tant qu'infirmière, il est donc primordial de se questionner et d'adopter une posture réflexive.

Appartenant au groupe majoritaire, l'infirmière blanche a une méconnaissance des recours et des moyens existants au sein des PNIM en vue de favoriser le développement sain des enfants. De plus, dans le cas de M^{me} Maskak, une infirmière pourrait ne pas reconnaître et ne pas agir sur les indices de racisme dans son offre de soins, par exemple en omettant d'aviser ses collègues des répercussions de leurs actions discriminatoires. Une infirmière aurait pu agir en décrivant dans ses notes les expériences vécues et rapportées par M^{me} Maskak, de même que les conséquences pour elle et sa famille. Elle aurait également pu en parler lors des réunions d'équipe afin de changer la norme, les pratiques et les préjugés présents dans son milieu de travail.

Cas clinique (suite)

Deux semaines plus tard, M^{me} Maskak se présente dans la nuit avec son conjoint à l'urgence en compagnie de membres de sa communauté. À son arrivée, son conjoint n'a pas de carte d'assurance maladie et la réceptionniste lui indique qu'elle doit faire des démarches auprès du service administratif, mais en attendant, il serait plus simple de payer les honoraires de soins. Le conjoint de M^{me} Maskak pourra se faire rembourser plus tard lorsque les agents administratifs seront présents. Un membre de la communauté accepte alors de défrayer le service.

Avant de recevoir le conjoint de M^{me} Maskak, l'agent de sécurité demande prestement à ses accompagnateurs de quitter la salle d'attente.

Selon vous, le personnel de l'hôpital est-il en train d'adopter un comportement empreint de sécurisation culturelle envers votre patient?

Minimiser les obstacles systémiques à la santé

Le cas clinique rapporte des règles hospitalières quant à la limite de visiteurs, lesquelles ne favorisent pas le soin selon les référents culturels ou le partenariat infirmière-famille (Bell, 2013). La vie des familles issues des PNIM se compose de liens d'interdépendance entre les membres de la famille et la famille élargie (Guay, 2015). Les obligations et les responsabilités familiales, dont font aussi partie les soins de santé, sont partagées entre tous les membres ayant des liens de parenté ou de parenté fictive (Cooper et al., 2020; Heath et al. 2011; Hendrix, 2003). Les événements historiques de leur rapport aux services de santé médicaux sont relativement perçus comme des traumatismes. Ne pas reconnaître ces différences ni y être sensible maintient les inégalités structurelles qui confrontent constamment ces familles. L'infirmière devrait valider avec le patient et sa famille l'importance de leur présence. La participation des infirmières à réduire ces contraintes réglementaires contribue au sentiment de confiance et de sécurité vécu par les familles et les communautés issues des PNIM (Breault et al., 2021; Tremblay et al., 2021).

D'autre part, le fait ne pas tenir compte des particularités du patient peut également constituer une pratique discriminatoire. Le paiement de frais pour accéder aux services de santé est un obstacle, puisqu'il est possible que des personnes n'aient pas les moyens financiers pour obtenir les soins. Les PNIM sont particulièrement à risque de vivre ce type d'obstacles en raison de l'implication de multiples paliers

gouvernementaux dans la prestation des services à leur endroit. Cette situation a été dénoncée par la Commission Viens et le Principe de Jordan (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019; SSEFPNC, 2021), alors que des obstacles administratifs ont conduit à des morts évitables. L'infirmière pourrait discuter avec la direction des soins infirmiers afin de cesser la procédure de paiement de frais pour les PNIM et ainsi, enlever cet obstacle systémique.

Cas clinique (suite)

Le conjoint de M^{me} Maskak ne se sent pas bien; il se met à vomir et son état de conscience s'altère. Vous demandez au préposé de le coucher sur une civière et de le « laisser cuver, le temps qu'il dégrise ». Vous demandez alors à votre collègue Élisabeth, une infirmière autochtone, de le prendre en charge en lui disant : « Pourrais-tu lui dire d'aller se laver? Parce qu'il sent mauvais. Ça passerait sûrement mieux si c'était toi qui le lui disais ».

Ne seriez-vous pas en train de faire preuve d'un jugement clinique biaisé?

Entretenir sa pratique réflexive

En effet, selon le cas clinique, une attitude stigmatisante envers le conjoint de M^{me} Maskak se fait ressentir, lequel souffre d'un jugement clinique biaisé par des préjugés raciaux. Ces préjugés peuvent mener à des évaluations incomplètes ou inadéquates de l'état de santé des patients, comme le relate le cas clinique où une hypothèse peut se transformer en une certitude (Cunningham, Solomon et Muramoto, 2016). Cette mauvaise évaluation, influencée par des préjugés, peut alors entraîner des conséquences graves, telles que le retrait d'un enfant dès la naissance ou des omissions de tests diagnostiques et de traitements (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019). Conséquemment à ces expériences, les PNIM craignent de consulter un professionnel de la santé dans le réseau, ce qui dégrade à terme l'état de santé de ces populations (Indigenous Health, 2017).

En contexte de soins auprès des personnes issues des Premières Nations, des Inuit et des Métis, les infirmières doivent donc être conscientes de leurs préjugés et adopter une pratique réflexive. En effet, elles se doivent de s'interroger quant aux émotions vécues en situation de soins interculturels et vérifier auprès des PNIM la pertinence culturelle de leurs pratiques. Bien que cette attitude puisse permettre de développer l'humilité culturelle (FNHA, 2022b), elle devra également s'accompagner d'actions favorisant l'équité en santé.

AGIR EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ PAR LA SÉCURISATION CULTURELLE DES SOINS INFIRMIERS

Assurer l'équité en santé ne signifie pas de donner les mêmes soins à tous, mais bien de répartir les ressources de façon différenciée pour chacun, de manière à corriger les désavantages supplémentaires vécus par certains (CCNDS, 2013). La sécurité culturelle, quant à elle, est produite lorsqu'il y a remise en question des relations de pouvoir dans les relations, de même que dans les organisations, dans le but d'atteindre l'équité en santé : « L'équité en santé ne peut tout simplement pas être atteinte sans reconnaître et aborder le pouvoir différentiel, dans les soins de santé, dans les interactions, ainsi que dans le système de santé plus large et les structures (y compris dans la prise de décision et l'allocation des ressources) » (traduction libre Curtis et al., 2019, p. 13). Autrement dit, la remise en question des relations de pouvoir est une condition nécessaire à la lutte contre le racisme systémique et doit faire partie du développement professionnel des infirmières (AIIIC, 2018; McGuire-Adams, 2021).

Afin que les expériences de sécurité culturelle adviennent, il est essentiel de dépasser l'éducation des professionnels puisque cette stratégie, misant sur l'apprentissage des coutumes culturelles des différents groupes ethniques, peut renforcer le phénomène de construction des différences et les stéréotypes, en particulier si elle est

l'unique stratégie appliquée (Curtis et al., 2019). Plutôt que d'apprendre ce que l'on doit faire à l'autre, la sécurisation culturelle est surtout une pratique perpétuelle de transformation de soi en vue, éventuellement, d'agir adéquatement auprès d'autrui. Le concept de sécurité culturelle, lequel procède par un auto-examen des impacts de sa propre culture sur les processus de soins, permet alors d'atteindre l'équité en santé.

Cas clinique (suite)

Lors de votre pause, vous êtes témoin d'une discussion entre Camille, une candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et Élisabeth. Camille est quelque peu choquée par votre inaction envers cette famille. En effet, Camille a l'impression que personne n'agit pour faire changer les choses, mais surtout que ni vous ni vos collègues vous questionnez sur vos comportements envers les PNIM. Elle a d'ailleurs conseillé au conjoint de M^{me} Maskak de porter plainte auprès des instances appropriées.

La discussion entre Camille et Élisabeth est la suivante :

Élisabeth : « Je ne pense pas que tu devrais l'encourager à porter plainte, ça ne mènera à rien de bon. »

Camille : « Je ne comprends pas pourquoi vous ne faites rien pour changer les choses! Je vois ça souvent chez les Autochtones... »

Élisabeth, irritée, réplique : « C'est raciste ce que tu viens de dire. »

Camille rétorque : « Je ne suis pas raciste, mon chum est un immigré. Je pense que tu ne me connais pas pour dire une telle chose. »

Comment réagissez-vous face à cette situation?

Prendre conscience de ses attitudes et de ses réactions

Souvent, la condition de privilège est ancrée inconsciemment dans la pensée des individus privilégiés. Par exemple, la personne associera la difficulté d'accès à des privilèges (soit des possibilités pour accéder à des biens, des ressources, des services et des conditions sociales) à un manque de courage, de rigueur ou de persévérance. Ainsi, suivant la norme, les personnes blanches croient que leurs privilèges résultent uniquement de leur mérite plutôt que des chances dont elles ont disposé pour accéder à un plus grand éventail de possibilités.

La réaction de Camille face à la rétroaction de sa collègue autochtone illustre la réaction défensive adoptée par des personnes blanches lorsqu'elles sont confrontées à des discussions sur leur responsabilité face au racisme (DiAngelo, 2020). Le racisme serait relié au caractère moral des personnes et les manifestations racistes appartiendraient seulement aux « mauvaises » personnes. Cela a pour effet de provoquer des réactions défensives chez les personnes blanches lorsqu'une personne racisée nomme publiquement des propos racistes, ce qui réduit ainsi le phénomène du racisme à des interactions entre individus. Or, le racisme est inévitable : personne n'y échappe, et il peut agir de manière inconsciente chez certains.

Afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires et équitables, les infirmières doivent prendre conscience de leurs préjugés et biais inconscients et les analyser, afin d'éviter de commettre des actions discriminatoires envers les PNIM. Malgré l'inconfort que peut engendrer cette pratique réflexive, elles se doivent également de soutenir les PNIM qui donnent des rétroactions aux personnes blanches, car cet acte est risqué pour elles.

La Figure 1 décrit les caractéristiques d'un processus de défense d'un professionnel à l'égard d'une personne issue des Premières Nations, d'un Inuit ou d'un Métis – attitude à proscrire –, alors que la Figure 2 montre l'attitude et les actions qui devrait plutôt être posées. Ce changement de capacité dans le savoir-être des « personnes blanches » entraîne des réponses manifestant de la gratitude, une curiosité et de l'humilité, et rend ainsi le dialogue et les apprentissages mutuels possibles.

Quant à l'inaction, elle représente aussi une action discriminatoire parce qu'elle permet le maintien du statu quo dans les normes de pratique d'une institution. Rutherford et ses collaborateurs (2007) expliquent que les actes de discrimination peuvent également prendre la forme de non-actes, par exemple des omissions de soigner. Des recherches (Chinn, 2020; FNHA, 2022a; McGuire-Adams, 2021) proposent d'ailleurs des pistes afin d'intégrer des principes personnels et collectifs à sa pratique (Tableau 1).

Cas clinique (suite)

La semaine suivante, Élisabeth aimerait discuter avec vous à propos de votre demande auprès du conjoint de M^{me} Maskak. Elle vous fait part de son malaise à être utilisée comme « l'Autochtone de service » lorsque vous avez besoin d'elle pour interagir avec un patient issu des Premières Nations, inuit ou métis. Élisabeth aimerait que vous et les autres infirmières de race blanche vous ouvrez davantage à la sécurisation culturelle afin d'offrir des soins empreints d'équité. Vous restez perplexe, car vous n'avez pas l'impression d'utiliser Élisabeth.

Tokénisation : éviter l'instrumentalisation

La **tokénisation**, pratique consistant à inclure un ou quelques membres d'une minorité dans un groupe, sans qu'ils aient une autorité ou un pouvoir égal à celui des autres membres du groupe, est un geste qui peut faussement apparaître comme étant inclusif ou bien intentionné (Wiebe et Ho, 2014). Dans le cas clinique, Élisabeth est souvent instrumentalisée par ses collègues blanches pour accomplir des soins notamment auprès d'un patient issu des Premières Nations, inuit ou métis. Même si votre intention de recourir à Élisabeth est bonne, elle a pour conséquence de l'instrumentaliser en la rendant responsable de l'offre de soins auprès de ses semblables, tout en préservant les autres infirmières de leur responsabilité d'apprendre les pratiques de soin culturellement sécuritaires.

Des actes similaires, mais plus subtils, peuvent se produire lors d'ateliers de formations donnés par des conseillères en soins. En effet, lorsque des discussions portent sur des questions autochtones, elles ont tendance à regarder les infirmières issues des Premières Nations, inuit et métisses afin d'obtenir une validation (Wiebe et Ho, 2014). Cette déresponsabilisation, parfois inconsciente de la part des personnes de race blanche, ne contribue pas à changer les pratiques discriminatoires intégrées dans les soins infirmiers.

Une approche équitable serait alors de considérer les infirmières issues des Premières Nations, inuit et métisses comme détentrices de savoirs utiles aux prises de décisions quant aux règles de fonctionnement et d'organisation des soins. Ainsi, le fait de leur demander comment elles voudraient faire partie des mécanismes de prise de décision collaborative et de les questionner sur le soutien dont elles pourraient avoir besoin est une stratégie pertinente.

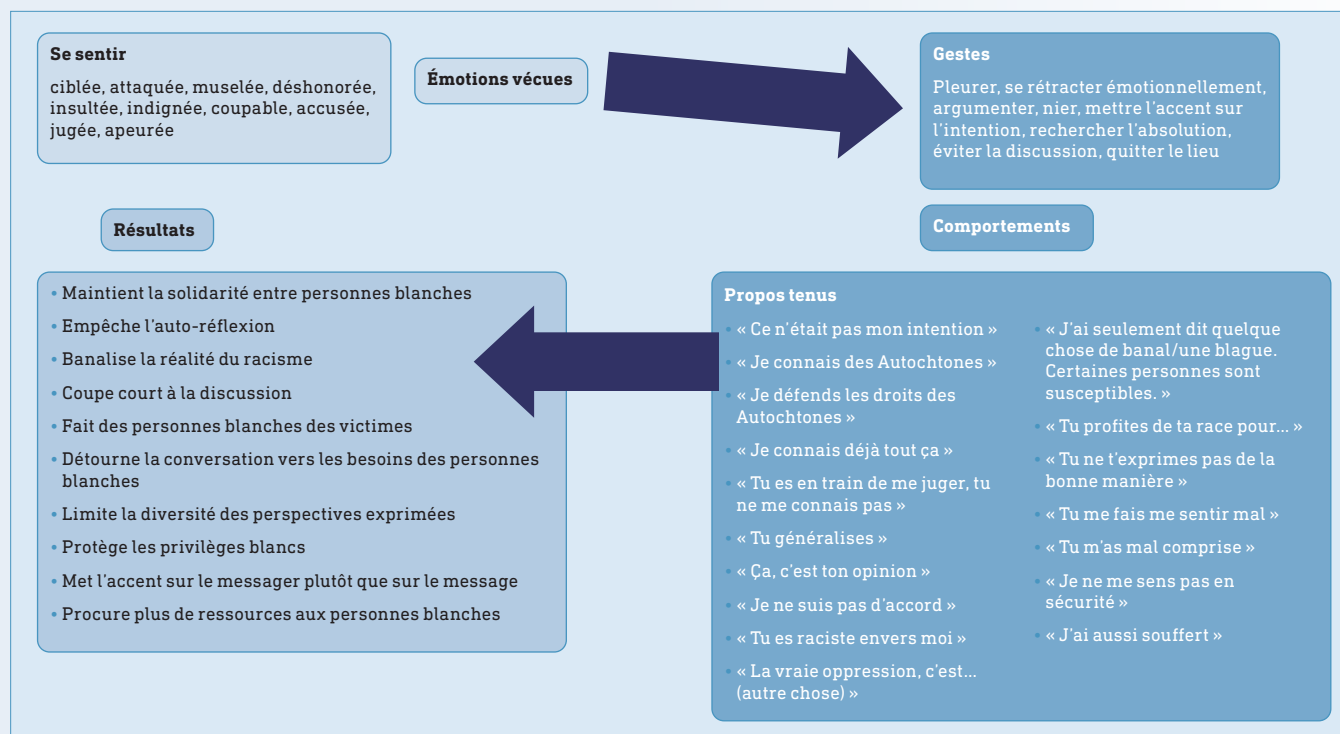
Cas clinique (suite)

Élisabeth et trois collègues issues des Premières Nations démissionnent la même semaine, après avoir travaillé 18 mois dans cet hôpital. Elles n'ont pas le sentiment d'être reconnues ni entendues par leurs collègues et supérieurs hiérarchiques. Elles déposent un rapport au Conseil d'administration, aux gestionnaires et au syndicat sur les transformations organisationnelles nécessaires à une offre de soin empreinte de sécurité culturelle. Malgré leur initiative, six mois plus tard, personne ne les a encore contactées.

Agir au niveau organisationnel

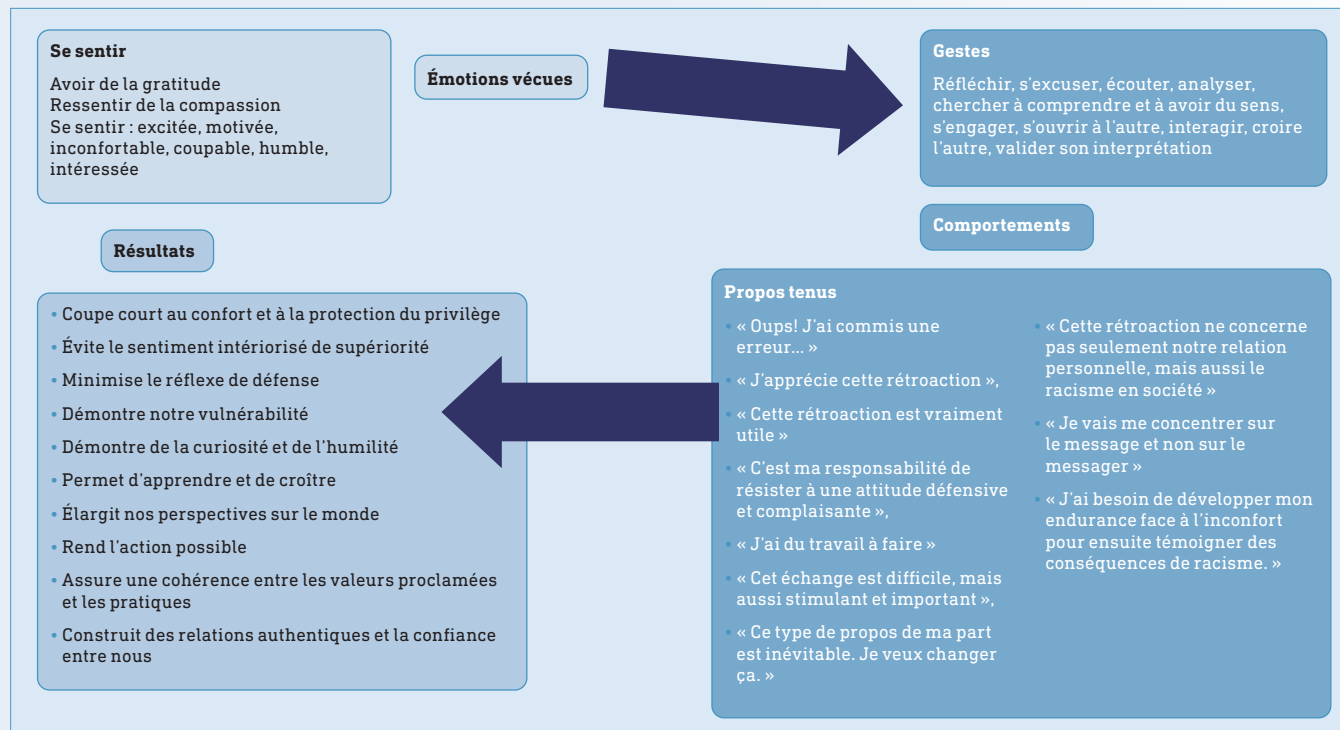
Lavoie et ses collaborateurs (2018) soulignent plusieurs obstacles à l'équité organisationnelle dont la reddition de comptes et des indicateurs de performance ne tenant pas compte de la complexité de la clientèle et des approches à déployer, sans oublier le manque de

Figure 1
INTERACTION DÉMONTRANT UNE ATTITUDE DÉFENSIVE



Source : Schéma produit à partir de DiAngelo, 2020.

Figure 2
INTERACTION DÉMONTRANT UNE ATTITUDE CONSTRUCTIVE



Source : Schéma produit à partir de DiAngelo, 2020.

Tableau 1
COMMENT INTÉGRER LA SÉCURISATION CULTURELLE DANS SES ACTIONS INFIRMIÈRES

	PRINCIPES	EXEMPLES
DÉMARCHES PERSONNELLES	S'informer, s'ouvrir et se sensibiliser aux réalités autochtones, à leur histoire, à leur diversité et à leur culture	• Aller à la rencontre des PNIM lors de festivités et d'événements • S'informer sur leur culture et croyances (balados, films, littérature, arts, etc.) • Écouter le patient qui parle de son histoire et de ses traumatismes
	Porter une réflexion critique et prendre conscience de ses préjugés et biais inconscients	• Se questionner sur les pratiques actuelles liées à l'équité, à la diversité et à l'inclusion • Cultiver son humilité • Se rappeler qu'on ne sait pas ce que signifie être une personne issue des Premières Nations, un Inuit et un Métis
	S'engager de façon significative et authentique auprès des communautés issues des PNIM dans des relations partenariales	• Réfléchir aux impacts de sa conception des soins • Valider l'expérience de la personne comme authentique • Être réceptif à la critique à l'endroit de notre comportement • Prioriser les besoins des patients sur ses propres besoins
	Favoriser la coexistence et la complémentarité des deux savoirs (autochtone et occidental)	• Accepter la présence des membres de la communauté auprès du patient • Inclure les explications des patients quant à leur état de santé et au recours à la médecine traditionnelle dans l'évaluation et le plan de traitement
	Pratiquer la sécurisation culturelle dans la pratique infirmière	• Impliquer la famille et la communauté dans les soins • Demander aux patients si l'enseignement reçu correspond à ce qui est disponible et courant de faire dans sa communauté • Faire appel aux ressources autochtones désignées (ex. : agent de liaison, interprète, guérisseur traditionnel) • Se former et développer ses compétences
	Développer une conscience afin de déceler et de dénoncer toute forme de racisme	• Demander une rencontre avec un supérieur pour discuter d'un événement raciste dans le milieu • Soutenir la création de lieux de rencontre comme des espaces sécurisés ou espaces de parole⁴ • Instaurer des règles de respect de parole d'autrui lors des réunions d'équipe ou d'activités de groupe (ex. : les cliniques d'allaitement)
DÉMARCHES COLLECTIVES	Agir pour faire changer les politiques organisationnelles qui maintiennent le <i>statu quo</i>	• Demander par pétition ou lors d'une assemblée au Conseil d'administration de changer les règles de visite dans l'hôpital • Réviser les indicateurs de performance en faveur de la sécurisation culturelle
	Mettre en place une culture favorisant la sécurisation culturelle des soins	• Former de petits groupes de discussion contre le racisme • Instaurer une procédure de plainte et encourager le dépôt de plaintes contre les discriminations dans l'organisation • Rendre disponibles et visibles les services de soutien offerts • Offrir et faciliter des formations accréditées; intégrer la compétence en sécurisation culturelle dans le programme d'orientation, de formation continue, d'intégration et d'évaluation
	S'engager dans le travail solidaire transformationnel avec les mouvements autochtones	• Participer à une manifestation pacifique • Appuyer les propos ou voter une motion de soutien en assemblée syndicale

4. Un espace sécurisé ou espace de parole peut se définir comme un environnement bienveillant dans lequel chacun se sent à l'aise pour s'exprimer et participer pleinement à la conversation, sans avoir la crainte d'être attaqué ou tourné en ridicule, ou encore de voir son expérience niée.

Source : Inspiré par Chinn, 2020; FNHA, 2022a; McGuire-Adams, 2021.

soutien pour gérer des situations émergentes. Ce qui est considéré prioritaire pour les gestionnaires d'établissement de santé influence les pratiques de gestion et, ultimement, la valeur que les travailleurs de la santé accordent à certains types de soins (McCready, 2020).

En termes d'actions, les infirmières qui travaillent à la fois à l'offre de soins directs et au niveau organisationnel (ex. : gestionnaires, directrices des soins infirmiers) peuvent agir pour rendre les soins et les établissements de santé plus équitables. Pour celles produisant des soins directs, le partenariat infirmière-famille est reconnu comme une pratique soignante essentielle dans la trajectoire de services des patients, et ce, dès leur plus jeune âge. Le partenariat est manifeste lorsque les infirmières fournissent l'information demandée par les membres de la famille, restent en relation avec eux et leur procurent un espace de parole sécuritaire pour aborder leurs préoccupations (Latimer et al., 2020). Ainsi, il est essentiel de traiter les besoins ressentis par les patients, par exemple en leur demandant

ce qu'ils pensent et ce dont ils ont besoin. Les approches d'équité dans les soins directs prédisent de meilleurs résultats de santé pour les personnes vivant en contexte de marginalisation (Ford-Gilboe et al., 2018).

L'adaptation des contextes de soins aux réalités des patients et de leurs familles en vue d'offrir des soins culturellement sécuritaires exige également des actions sur le plan organisationnel (Wong et al., 2014). Pour les gestionnaires, il est à noter que la nature des critères visant à mesurer l'amélioration de la qualité des soins importe. En effet, ceux guidés seulement par les aspects financiers ou le recours aux indicateurs biomédicaux ou aux lignes directrices cliniques peuvent mener à une perte de qualité et d'équité dans les soins de santé (Wong et al., 2014). Des chercheuses canadiennes en sciences infirmières (Wong et al., 2014) proposent des indicateurs d'équité au niveau organisationnel (Tableau 2).

Tableau 2
INDICATEURS D'ÉQUITÉ AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

FOURNIR DES OPPORTUNITÉS	• Offrir à tout le personnel des formations continues sur l'équité en santé et sur les pratiques afférentes auprès des patients traumatisés • Instaurer une déclaration explicite de l'organisation à s'engager en faveur de l'équité en santé • Soutenir le personnel, dont les infirmières, à l'impact émotionnel du travail auprès des patients traumatisés • Favoriser des pratiques de soins culturellement sécuritaires (ex. : remettre en question les idées préconçues, considérer les contextes socio-politiques et historiques liés aux expériences de soins et de santé, adapter les soins aux contextes, etc.) • Créer des processus pour identifier les patients à risque de vivre des obstacles à l'accès aux soins et faire le suivi auprès d'eux • Adapter les services pour répondre aux besoins (services de proximité, accompagnement) • Instaurer des procédures pour intégrer les contributions de tout le personnel afin de résoudre les problèmes complexes de santé et de soins de santé (ex. : prévoir du temps en rencontre d'équipe pour analyser avec tout le personnel concerné par une situation de santé complexe) • Favoriser l'exercice du plein champ de pratique du personnel
COORDINATION ET COLLABORATIONS	• Favoriser la collaboration interprofessionnelle en tant que pratique routinière • Instaurer des mécanismes de coordination avec les services communautaires et les organisations gouvernementales et non gouvernementales dans la planification et la prestation des soins, en particulier pour connaître les besoins émergents • Favoriser la collaboration avec d'autres organisations pour adapter les services afin de mieux répondre aux besoins des populations marginalisées
ÉVALUER	• Le niveau de confiance des patients envers le personnel • La qualité des interactions (verbales et non verbales) entre le personnel et les patients • Les améliorations de la qualité de vie des patients à la suite de soins reçus • Le niveau de confiance des patients dans la gestion de leur santé • La satisfaction des besoins en soins par les bénéficiaires eux-mêmes

Source : Wong et al., 2014.

Cas clinique (suite et fin)

Après la démission de vos quatre collègues issues des Premières Nations, vous avez accepté un poste de gestion dans l'hôpital. Vous lisez le rapport remis par les démissionnaires et vous vous questionnez quant à vos inactions passées. En prenant acte du contenu du rapport, vous prenez l'initiative de les contacter en vue de reconnaître vos inactions, lesquelles ont pu leur causer du tort. En discutant avec elles, vous émettez la proposition qu'elles offrent leurs services à titre de consultantes pour travailler en collaboration avec le bureau de la Commissaire aux plaintes et la direction des soins infirmiers afin de mettre en place des politiques et des ressources organisationnelles en faveur de l'équité. L'une des anciennes infirmières est embauchée en tant que responsable des relations autochtones pour soutenir et accompagner les équipes soignantes et les gestionnaires dans le changement de leurs pratiques. Parmi les changements apportés, un accompagnement des équipes soignantes dans l'instauration d'une pratique réflexive continue est instauré. Pour sa part, M^{me} Maskak bénéficie dorénavant de la collaboration mise en place entre l'hôpital et le centre de santé dans sa communauté pour le suivi de sa santé et des membres de sa famille.



EN CONCLUSION

La pratique réflexive à propos de ses préjugés et privilèges favorise donc le développement de sa conscience critique envers le racisme systémique à l'endroit des PNIM. Bien que ce processus de réflexivité puisse provoquer un certain inconfort, il représente néanmoins un pas nécessaire vers la transformation des comportements et des pratiques infirmières. Les infirmières étant les professionnelles en santé les plus nombreuses, elles ont le pouvoir d'influencer le changement vers une société plus équitable en agissant sur leur pratique en vue d'offrir des soins culturellement sécuritaires. Elles ont aussi le pouvoir d'influencer leur organisation. •

POUR EN SAVOIR PLUS

- Boîte à outils décoloniale : un parcours éducatif sur les réalités autochtones : www.mikana.ca/wp-content/uploads/2022/06/FR_Parcours_educatif_final_juin2022_V2.pdf
- Trousse d'outils pour les alliées aux luttes autochtones : www.reseautlnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/Trousse.pdf
- Principe de Jordan : www.sac-isc.gc.ca/fra/1583694105694/1583694161136

DÉFINITIONS

Biais inconscient : « Le biais inconscient est une attitude, un stéréotype, une motivation ou une hypothèse de nature implicite qui peut se manifester à l'insu de la personne qui affiche ce préjugé ou indépendamment de son contrôle ou de son intention [...] Ces biais émanent de systèmes d'oppression qui influencent les comportements individuels, pouvant entraîner des actes discriminatoires » (Université du Québec à Montréal, s.d.).

Conscience critique : La conscience critique est « une compréhension plus critique des réalités sociales et politiques des environnements nous concernant » (Dallaire, 2012, p. 10). Adopter une conscience critique amène à « être à l'affût de ce qui est à l'origine des enjeux et des problèmes et amène à les redéfinir en révélant les contextes sociopolitiques complexes qui créent et maintiennent des injustices » (Chinn et Kramer, 2018, p. 69, traduction libre).

Équité en santé : « L'équité en santé implique que chacun puisse atteindre son plein potentiel de santé et que personne ne soit désavantagé dans cette quête, que ce soit à cause de sa position sociale ou d'autres circonstances déterminées socialement » (Whitehead et Dahlgren, 2006, traduction libre de ClFI, 2017, p. 7).

Humilité culturelle : « L'humilité culturelle est un processus d'auto-réflexion permettant de comprendre ses biais personnels et les biais systémiques ainsi que de développer et de maintenir des processus respectueux et des relations fondées sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle implique d'humblement se reconnaître comme apprenant quand il s'agit de comprendre l'expérience d'une autre personne » (First Nations Health Authority, 2016, traduction libre).

Sécurité culturelle : « La sécurité culturelle est le résultat de l'engagement respectueux à reconnaître les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et à lutter pour les corriger. Il en résulte un environnement libre de racisme et de discrimination où les personnes se sentent en sécurité quand elles reçoivent des soins de santé » (First Nations Health Authority, 2016, traduction libre). La sécurisation culturelle est le processus menant à la sécurité culturelle.

Préjugés : Le préjugé est « une attitude ou une opinion préconçue qui prend appui sur les stéréotypes. Un préjugé peut avoir un caractère négatif ou positif. 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 inégalités » (MSSS, 2021, p. xii).

Racisme systémique : À ce jour, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2019) a endossé la définition suivante. Le racisme systémique est défini comme « une production sociale d'une inégalité fondée sur la race dans les décisions dont les gens font l'objet et les traitements qui leur sont dispensés. L'inégalité raciale est le résultat de l'organisation de la vie économique, culturelle et politique d'une société. Elle est le résultat de la combinaison de ce qui suit : la construction sociale des races comme réelles, différentes et inégales (racialisation); les normes, les processus et la prestation des services utilisés par un système social (structure); les actions et les décisions des gens qui travaillent pour les systèmes sociaux (personnel) ».

Source : OIIQ, 2021.

COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Cadre réglementaire

- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90), art. 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers (3^e éd.), 2016.

Balises déontologiques

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 45.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers

LES AUTEURS

GENEVIÈVE MCCREADY

Inf., Ph. D.

Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

LUCIE-CATHERINE OUMET

Inf., M. A. (Anthropologie), M. Sc., IPSPL (c)

Anishinaabe (Barrière Lake)

Infirmière communautaire, Réseau de cliniques infirmières communautaires McGill du Centre d'amitié autochtone de Montréal (CAAM) et du Foyer pour femmes autochtones de Montréal; chargée d'enseignement à l'École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

JULIANNE OTTAWA

Inf., B. Sc.

Atikamekw Nehirowisiw

Directrice des Services de santé Masko-Siwin – Manawan

DAVE BERGERON

Inf., Ph. D.

Professeur, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

SONIA DUBÉ

Inf., Ph. D.

Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

GLENDA SANDY

Inf., B. N. Sc., M. Sc. (Community Health)

Naskapi (Kawawachikamach, Québec) et Crie (Pimicikamak, Manitoba)

Conseillère en soins infirmiers, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

NANCY SHECAPIO-BLACKSMITH

Inf., B.N.I.

Nation crie d'Oujé-Bougoumou

Directrice des services professionnels et de l'assurance qualité (DSI), Conseil cri de la santé et des services sociaux de la baie James

SANDRO ÉCHAQUAN

Inf., M. Sc., IPSPL

Atikamekw Nehirowisiw

Responsable des soins infirmiers, Services de santé Masko-Siwin – Manawan, Professeur adjoint de clinique, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

EMMANUELLE BÉDARD

Ph. D.

Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR) de l'UQAR pour son soutien financier qui a rendu possible la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2018). «Énoncé de position – Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers». Repéré à https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Enonce_de_position_Encourager_la_compete_culturelle_dans_les_soins_infirmiers.pdf
- Bartlett, C., Marshall, M. et Marshall, A. (2012). «Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing». *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331-340.
- Bell, J.M. (2013). «Family nursing is more than family centered care». *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411-417. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1074840713512750>
- Breault, P., Nault, J., Audette, M., Échaquan, S. et Ottawa, J. (2021). «Réflexions sur les soins de santé aux patients autochtones – Instaurer la confiance». *Canadian Family Physician*, 67(8), 571-573.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2013). «L'équité en santé: parlons-en». Antigonish, N.-E.: Université St. Francis Xavier. Repéré à <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2020). «La blanchité et l'équité en santé – Parlons-en». Antigonish, N.-E.: Université St. Francis Xavier. Repéré à https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-talk-whiteness-and-health-equity_2020_FR.pdf
- Chinn, P.L. (2020). «Nursing and racism: Are we part of the problem, part of the solution, or perhaps both?». *Nursology*. Repéré à <https://nursology.net/2020/06/16/nursing-and-racism-are-we-part-of-the-problem-or-part-of-the-solution-perhaps-both/>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2019). «Mémoire à l'Office de consultation publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur le racisme et la discrimination systémiques». Repéré à https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire_OCPM_racisme-systeme.pdf
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès. (2019). «Rapport final». Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Cooper, E.J., Sanguins, J., Menec, V., Chartand, A.F., Carter, S. et Driedger, S.M. (2020). «Culturally responsive supports for Metis elders and Metis family caregivers». *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, 39(2), 206-219. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0714980819000321>
- Cunningham, J.K., Solomon, T.A. et Muramoto, M.L. (2016). «Alcohol use among Native Americans compared to whites: Examining the veracity of the "Native American elevated alcohol consumption" belief». *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 65-75.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., ... Reid, P. (2019). «Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: Literature review and recommended definitions». *International Journal for Equity in Health*, 18(174). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- DiAngelo, R.J. (2020). «Fragilité blanche: ce racisme que les blancs ne voient pas». Paris: Les Arènes.
- First Nations Health Authority (FNHA). (2022a). «Creating a climate for change: Cultural safety and humility in health services delivery for First Nations and Aboriginal peoples in British Columbia». Repéré à <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA). (2022b). «Cultural safety and humility: Key drivers and ideas for change». Repéré à <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Cultural-Safety-and-Humility-Key-Drivers-and-Ideas-for-Change.pdf>
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C.N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B.E., ... Browne, A.J. (2018). «How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy». *Milbank Quarterly*, 96(4), 635-671.
- Guay, C. (2015). «Les familles autochtones: des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières». *Intervention*, 141, 17-27.
- Heath, F., Bor, W., Thompson, J. et Cox, L. (2011). «Diversity, disruption, continuity: Parenting and social and emotional wellbeing amongst Aboriginal peoples and Torres Strait Islanders». *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(4), 300-313.
- Hendrix, L.R. (2003). «Intercultural collaboration: an approach to long term care for urban American Indians». *Care Management Journals*, 4(1), 46-52. Repéré à <https://doi.org/10.1891/cmaj.4.1.46.57474>
- Hovey, R.B., Delormier, T., McComber, A.M., Lévesque, L. et Martin, D. (2017). «Enhancing Indigenous health promotion research through Two-Eyed Seeing: A hermeneutic relational process». *Qualitative Health Research*, 27(9), 12780-1287.
- Indigenous Health. (2017). «Cultural safety: Respect and dignity in relationships». Prince George, B.-C.: Northern Health.
- Iwama, M., Marshall, M., Marshall, A. et Bartlett, C. (2009). «Two-Eyed Seeing and the language of healing in community-based research». *Canadian Journal of Native Education*, 32(2), 3.
- Jones, C.P. (2000). «Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale». *American Journal of Public Health*, 90(8), 1212-1215.
- Latimer, M., Sylliboy, J.R., Francis, J., Amey, S., Rudderham, S., ... et Kara, P. (2020). «Co-creating better healthcare experiences for First Nations children and youth: The FIRST approach emerges from Two-Eyed Seeing». *Paediatric & Neonatal Pain*, 2(4), 104-112. Repéré à <https://doi.org/10.1002/pne2.12024>
- Lavoie, J.G., Varcoe, C., Wathen, C.N., Ford-Gilboe, M. et Browne, A.J. (2018). «Sentinels of inequity: Examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare». *BMC Health Services Research*, 18(1), 705.
- Ligue des droits et libertés. (2020). «Le racisme systémique, parlons-en» [vidéo]. Repéré à <https://liguedesdroits.ca/racisme/>
- Loppie, S., Reading, C. et de Leeuw, S. (2020). «L'effet du racisme sur les autochtones et ses conséquences». Prince-George, B.-C.: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://www.cnsa.ca/docs/determinants/FS-Racism2-Racism-Impacts-FR.pdf>
- Martin, D.H. (2012). «Two-eyed seeing: A framework for understanding indigenous and non-indigenous approaches to indigenous health research». *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2), 20-42.
- McCready, G. (2020). «Actions politiques d'infirmières francophones canadiennes afin d'améliorer les conditions de vie des personnes et communautés : une approche historique et une ethnographie collaborative en sciences infirmières» [Thèse de doctorat]. Ottawa, ON: Université d'Ottawa. Repéré à <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/40705?mode=full>
- McGuire-Adams, T. (2021). «Settler allies are made, not self-proclaimed: Unsettling conversations for non-Indigenous researchers and educators involved in Indigenous health». *Health Education Journal*, 80(7), 761-772. Repéré à <https://doi.org/10.1177/00178969211009269>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique – Énoncé de position et pistes d'actions infirmières pour promouvoir des relations partenariales optimales et la sécurité culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5537-enonce-position-premieres-nations-inuit-web.pdf>
- Rutherford, A., Zwi, A.B., Grove, N.J. et Butchart, A. (2007). «Violence: A glossary». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 676-680.
- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada (SSEFNC). (2021). «Le tribunal se prononce sur quatre catégories de critères d'éligibilité du Principe de Jordan pour assurer une équité substantielle 2020 TCDP 36». Repéré à https://nccaringsociety.com/sites/default/files/fiche_dinformaton_tcdp_2020_36.pdf
- Tremblay, M.-C., Bradette-Laplanche, M., Witterman, H.O., Dogba, M.J., Breault, P., ... Échaquan, S. (2021). «Providing culturally safe care to Indigenous people living with diabetes: Identifying barriers and enablers from different perspectives». *Health Expectations*, 24(2), 296-306.
- Varcoe, C., Brown, H., Calam, B., Harvey, T. et Tallio, M. (2013). «Help bring back the celebration of life: A community-based participatory study of rural Aboriginal women's maternity experiences and outcomes». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 26.
- Varcoe, C., Browne, A. et Blanchet Garneau, A. (2019). «Beyond stress and coping: The relevance of critical theoretical perspectives to conceptualising racial discrimination in health research». *Health Sociology Review*, 28(3), 296-306.
- Wiebe, J. et Ho, K. (2014). «An Introduction to Settler Colonialism at UBC». Repéré à <https://unsettlingamerica.wordpress.com/2014/10/14/an-introduction-to-settler-colonialism-at-ubc/>
- Wong, S.T., Browne, A.J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., ... Tu, D. (2014). «Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi». *PLoS One*, 9(12), e114563.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée.