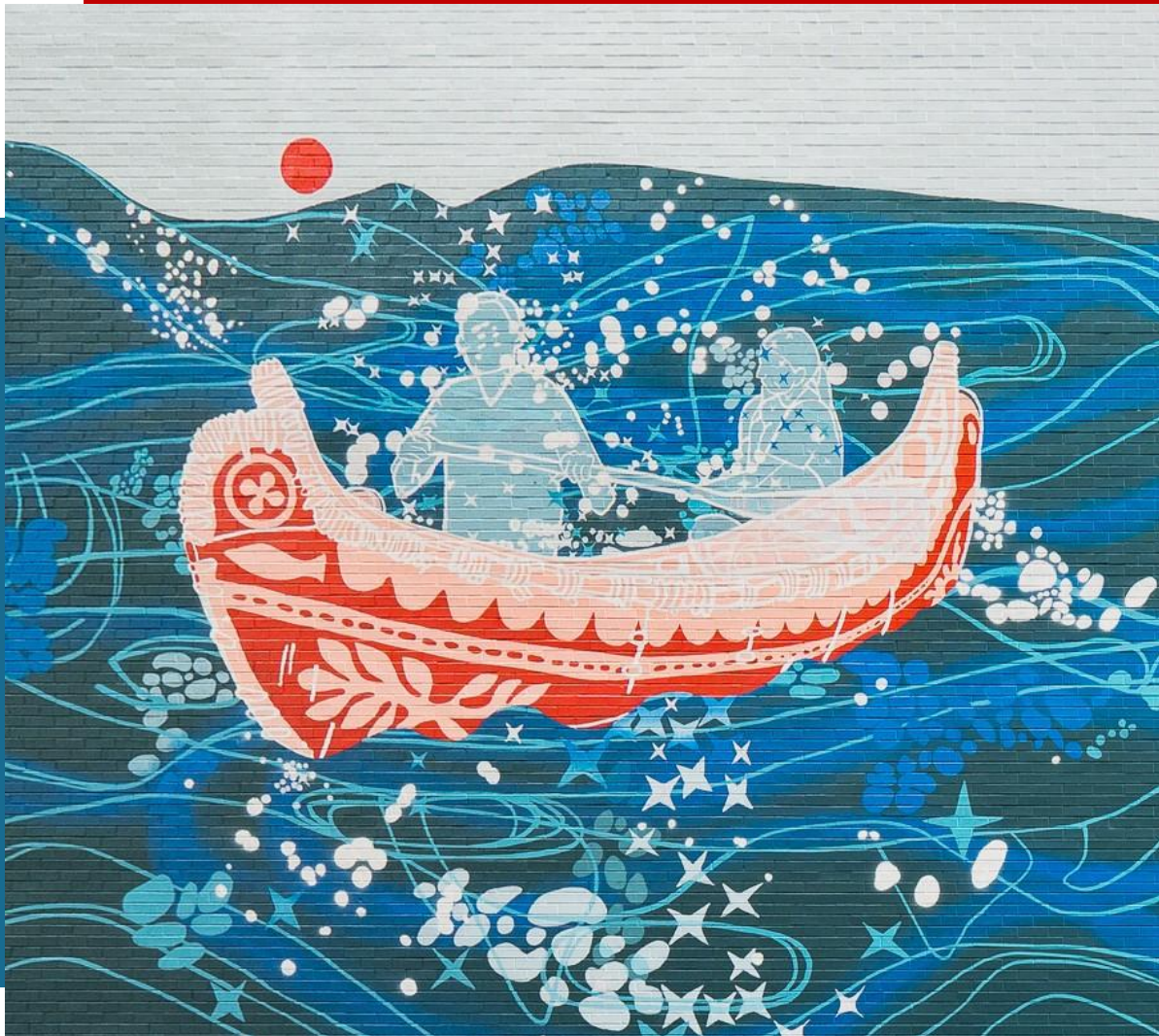


Bâtir des ponts en faveur de pratiques culturellement sécuritaires : exemplification d'un projet participatif mené au CCSMTL avec des organismes autochtones de Montréal



Par Rachel Benoit, Coordonnatrice à la mobilisation et au transfert des connaissances, CREMIS
Juin 2025

CREMIS | CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke | Réseau de la communauté autochtone à Montréal

Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones | Centre d'amitié autochtone de Montréal

Ce rapport a été produit dans le cadre d'un projet mené de 2021 à 2025 par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). L'objectif de ce projet était de favoriser l'implantation durable de l'approche de sécurisation culturelle au CCSMTL et plus particulièrement dans les urgences hospitalières. Ce projet a été réalisé en collaboration avec les partenaires suivants :

le Centre d'amitié autochtone de Montréal
le Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones
le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke
le Réseau de la communauté autochtone à Montréal

Ce projet a été mené dans le cadre de l'appel de projets encadré par la Direction des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Adresse :

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 66, rue Sainte-Catherine Est, 6^e étage, bureau 611, Montréal (Québec) H2X 1K6. www.cremis.ca

Auteur-e : **Rachel Benoit**, Coordonnatrice à la mobilisation et au transfert des connaissances, CREMIS
Avec la collaboration de **Mary Shearman** et **Daphné Morin**, CREMIS

Aide à la rédaction : **Noémie Breton-Théorêt**, CREMIS

Consultante scientifique : **Sue-Ann MacDonald**, Professeure à l'École de travail social, Université de Montréal.

Le CREMIS remercie les partenaires autochtones, l'équipe du CREMIS et les autres membres du personnel du CCSMTL pour leur contribution et leur soutien. Pour accéder au dossier web du projet : www.cremis.ca/securisationculturelle

Référence suggérée :

Benoit, Rachel (2025). *Bâtir des ponts en faveur de pratiques culturellement sécuritaires: exemplification d'un projet participatif au CCSMTL avec des organismes autochtones de Montréal*. Montréal, Québec: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la communauté autochtone à Montréal.

© Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la communauté autochtone à Montréal. 2025.



Centre d'Amitié Autochtone de Montréal



INTRODUCTION

Le décès de Joyce Echaquan, les centaines de corps retrouvés près d'anciens pensionnats autochtones, les constats de la commission Viens, les enquêtes sur la stérilisation forcée des femmes autochtones, les décès d'André Napa et de Kimberly Gloade, ne sont que quelques exemples de la violence qu'encore aujourd'hui sont susceptibles de subir les personnes des Premiers Peuples au Québec. L'urgence d'agir, documentée à grands traits dans plusieurs rapports, appelle à un engagement collectif afin d'assurer des services équitables à l'endroit des Premières Nations, des Métis et des Inuit.

Ce rapport vise à présenter les faits saillants d'une démarche menée au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), en collaboration avec quatre organismes autochtones de Montréal : le Centre d'amitié autochtone de Montréal, le Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et le Réseau de la communauté autochtone à Montréal. Le document détaille l'ensemble des actions posées afin d'assurer une gouvernance forte des partenaires autochtones et d'accroître le maillage avec le personnel du CCSMTL. Le rapport met également en relief les principaux constats tirés du projet en ce qui a trait à l'état de la sécurisation culturelle au sein du CCSMTL et plus spécifiquement des urgences hospitalières. Le rapport réunit l'ensemble des productions réalisées dans le cadre du projet afin de faciliter le développement d'une pratique réflexive et l'identification de différents leviers d'actions.

Ce rapport cultive l'idée qu'il faut agir collectivement et urgemment afin d'assurer des soins et des services équitables à l'endroit des Premières Nations, des Métis et des Inuit. Contribuer à construire une organisation apprenante, ouverte à l'auto-critique et désireuse de bonifier ses pratiques, était en effet les intentions fortes du CREMIS en prenant part à ce projet. L'une des principales réussites de ce projet résonne avec ces intentions initiales: celle d'avoir pu mobiliser, pendant quatre ans, une variété d'acteurs·trices, à la fois de l'interne du CCSMTL et d'organismes autochtones de Montréal pour travailler vers un objectif commun, soit d'améliorer les services sociaux et de santé offerts aux patient·es des Premiers Peuples.

Ce projet a notamment permis d'expérimenter une mise en dialogue intensive entre différentes sources de savoirs (savoirs professionnels et expérientiels des acteurs·trices des organismes autochtones et des représentant·es de la communauté autochtone de Montréal, données empiriques tirées d'une collecte de données menée au sein des urgences hospitalières, savoirs professionnels du personnel du CCSMTL). Cette démarche a permis de bâtir des ponts entre des milieux qui ne se seraient pas rencontrés autrement et de favoriser l'émergence de constats nourris par le croisement de regards. Pour mener le projet jusqu'au bout, l'équipe du CREMIS a pu compter sur un réseau solide de collaborateur·trices et d'allié·es de différentes directions du CCSMTL. Le projet a également demandé la participation soutenue du personnel des quatre organisations partenaires autochtones.

Ce projet participatif fait émerger des constats et des recommandations exigeantes, voire difficiles à entendre pour le personnel et la direction du CCSMTL, appelant à maintenir l'engagement, l'ouverture d'esprit et l'humilité dont a fait preuve le personnel du CCSMTL tout au long de la démarche. Le projet invite également à saisir les nombreuses perches qu'offrent les organisations autochtones afin de poursuivre le dialogue et les actions en faveur de systèmes de soins plus équitables pour tous et toutes. Tout au long du projet, plusieurs membres de la communauté autochtone de Montréal ont investi du temps et ont partagé des histoires personnelles difficiles en lien avec leurs expériences au sein des services publics sociaux et de santé. Ce rapport est également disponible en version anglaise.

1. PRINCIPAUX CONSTATS

- Les navigateurs·trices de santé autochtone rencontrés·es sont unanimes : **l'ensemble des urgences hospitalières de Montréal font face à d'importantes limites en ce qui concerne la prestation des services sociaux et de santé à l'endroit des Premières Nations, des Métis et des Inuit et la mise en œuvre de pratiques culturellement sécurisantes;**
- Les données colligées par le biais du sondage auprès du personnel des urgences hospitalières du CCSMTL, les focus groups auprès des navigateurs·trices de santé autochtone, de même que l'ensemble des échanges menés avec les partenaires autochtones convergent tous vers un constat général: **la sécurisation culturelle est non seulement peu discutée et valorisée, elle est présentement mise à mal au sein des urgences hospitalières du CCSMTL;**
- Un important fossé sépare les perceptions du personnel de l'interne ayant participé au sondage et les acteurs·trices des milieux autochtones quant à la sécurisation culturelle :
 - **Alors qu'à l'interne, le personnel perçoit plutôt positivement l'état de la sécurisation culturelle au sein des urgences, les représentant·es des Premières Nations, des Métis et des Inuit relatent des situations graves, à caractère discriminatoire et raciste, marquant le quotidien des Autochtones lorsqu'ils et elles sont en contact avec les services d'urgences hospitalières.** Un nombre important de situations portent sur des cas d'exclusion des services d'urgence faute de parler français. Aux dires des partenaires autochtones, ces situations sont exacerbées lorsque les personnes présentent une situation résidentielle instable et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.
 - **Le personnel ayant répondu au sondage se perçoit comme « compétent·e » en matière de sécurisation culturelle alors que c'est l'inverse qui est constaté du côté des acteurs·trices des milieux autochtones.**
- Le développement des connaissances, le soutien et l'accompagnement du personnel du CCSMTL sont de mise pour assurer une pratique pérenne de sécurisation culturelle;
- La démarche expérimentée au cours des quatre dernières années illustre en effet le potentiel des approches participatives afin de favoriser la mobilisation des milieux et la production d'outils pertinents.

2. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Poursuivre et consolider les initiatives de collaboration entre le CCSMTL et les acteurs·trices autochtones de Montréal pour assurer le développement de connaissances, de soins et de services culturellement sécuritaires;
- Formaliser des engagements concrets conformément aux recommandations de la Commission Viens et au Principe de Joyce¹ afin d'assurer des actions structurantes et pérennes;
- Bâtir des ponts afin d'engager le personnel du CCSMTL à connaître et faire reconnaître l'existence de ressources autochtones notamment en santé, légitimes aux acteurs·trices autochtones de Montréal;

¹ Le Principe de Joyce vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle (<https://principedejoyce.com>)

- Faire connaître, rendre accessible et valoriser les activités visant à développer les connaissances, soutenir et accompagner le personnel du CCSMTL en matière de sécurisation culturelle;
- Miser sur une approche intégrée de recherche et de mobilisation des connaissances, co-construite avec des partenaires autochtones et du membre du personnel du CCSMTL, pour structurer des projets de collaboration.

3. PROBLÉMATIQUE ET MIS EN CONTEXTE

Le survol de la littérature effectué dans le cadre du projet montre que la sécurisation culturelle² pose d'importants défis dans les urgences hospitalières du Québec, mais également dans le reste du Canada et dans plusieurs autres pays (Castner, 2021; Govindasamy & Carlin, 2022; Pilarinos et al., 2023; Varcoe et al., 2022). Il met également en relief le fait que les urgences demeurent des lieux névralgiques pour rejoindre les personnes des Premières Nations, Métis et Inuit, qui ne se présenteraient pas dans les services autrement. Ce survol s'appuie plus spécifiquement sur une revue systématique de la littérature réalisée en 2018 par Berg et al. et la littérature postérieure à cette date. Parmi les thèmes mis en relief dans la recension des écrits, notons l'importance de former le personnel sur les réalités autochtones et les défis que pose le développement de formation adéquate et soutenue dans le temps. La littérature consultée montre qu'en dépit des initiatives se développant dans différents endroits en matière de formation du personnel, la sécurisation culturelle reste un domaine relativement peu intégré dans les pratiques (Blanchet, Garneau et Pepin, 2012 cités dans Shearman, 2025).

Le racisme affecte l'accès aux soins de santé dans les services d'urgence du monde entier (Castner, 2021; Govindasamy et Carlin, 2022; Pilarinos et al., 2023; Varcoe et al., 2022 cité dans Shearman, 2025). Le territoire, aujourd'hui connu sous le nom de Canada, ne fait pas exception à la règle. En particulier, le racisme anti-autochtone qui sévit dans les milieux de santé et des urgences a eu une multitude d'effets néfastes, y compris la mort de patient·es autochtones en quête de soins (Leclerc et al., 2018; Wylie & McConkey, 2019 cités dans Shearman, 2025).

Ce survol de la littérature rappelle aussi que le milieu des urgences hospitalières fonctionne avec des ressources limitées et un rythme rapide qui a une incidence sur l'expérience des patient·es (McLane et al., 2022 cité dans Shearman, 2025). La pénurie continue de personnel et les changements de direction rendent difficile l'engagement de ressources pour implanter de manière cohérente des stratégies d'intervention axées sur l'équité au sein de l'organisation et des systèmes (Varcoe et al., 2022 cité dans Shearman, 2025). Ces facteurs environnementaux ne doivent pas constituer des obstacles insurmontables à la prestation de services culturellement sécuritaires. Tous les jours, des patient·es des Premiers Peuples se présentent dans les urgences et il est crucial de travailler à la mise en place de services culturellement sécuritaires en dépit des défis structurels nécessitant d'être relevés. Si ces difficultés font partie du paysage des services d'urgence et de l'ensemble du système de santé et de services sociaux au Québec, elles ne peuvent justifier les mauvais traitements rapportés par les partenaires autochtones.

² Plusieurs définitions de la sécurisation culturelle autochtone existent. Selon le Conseil canadien de la santé, la sécurisation culturelle « est un résultat, défini et vécu par ceux qui reçoivent un service – ils se sentent en sécurité » (2012). Selon le MSSS (2021), la sécurisation est plutôt « une approche qui reconnaît la présence d'iniquités vécues par les Autochtones et qui cherche à combler ces écarts par des pratiques sécurisantes. Offrir des soins et des services culturellement sécurisants concerne l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux du Québec: des décideurs gouvernementaux aux intervenants. » Selon le survol de la recension des écrits effectuée dans le cadre du projet, c'est en 1992 que l'expression *sécurisation culturelle* apparaît dans la littérature scientifique. L'émergence de cette notion est associée aux travaux de Irihapeti Ramsden, une infirmière Maori de la Nouvelle-Zélande.

Le rapport issu de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (Commission Viens), menée en septembre 2019 est d'intérêt majeur ici car il constitue une référence centrale au Québec pour prendre action en matière de sécurisation culturelle. La Commission d'enquête met en relief trois grands constats: 1) il existe un important décalage entre la compréhension de la santé chez les Autochtones et celle prévalant dans le système de santé au Québec (CERP, 2019 : 390); 2) cités dans CCSMTL, 2023) la présence de racisme et de discrimination vécue par les personnes autochtones lors de leurs interactions avec le personnel du système de santé est largement documentée au Québec et ailleurs au pays (Turpel-Lafond, 2021; Kitching, 2020; Boyer & Bartlett, 2017; Brian Sinclair Working group, 2015; Environics Institute, 2010 cités dans CCSMTL, 2023); 3) le régime d'examen des plaintes, prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) est sous-utilisée compte tenu de la méconnaissance qu'ont les Autochtones des procédures et mesures relatives à ce régime (CERP, 2019 : 431 cité dans CCSMTL, 2023).

Il est ainsi important de reconnaître qu'au Québec, la sécurisation culturelle est présentement mise en œuvre dans un système de soins traversé par des legs historiques, culturels et sociaux et marqué par la complexité, la méconnaissance et la persistance de rapports de pouvoir. Il est impossible de faire fi de ces constats lorsqu'on soulève la question de l'état de la sécurisation culturelle au sein des différents milieux de soin.

Le CREMIS s'est engagé dans ce projet en mettant à profit ses expertises croisées en recherche et mobilisation des connaissances³. Les recherches menées au CREMIS portent un regard critique sur les inégalités sociales, reconnues comme étant parmi les principaux déterminants de la santé et du bien-être, ainsi que sur les rapports sociaux qui jalonnent les parcours de vie et produisent ces inégalités. Il développe différents projets participatifs avec les personnes concernées, les praticien·nes et les gestionnaires, la co-construction avec les milieux de pratique et les milieux concernés. Ceci s'incarne par la mise en œuvre d'une diversité d'activités (conférences, séminaires, tables-rondes, diners-rencontres) et de productions (balados, rapports, capsules vidéos, dossiers web) pour soutenir le personnel des milieux d'intervention et favoriser le développement des pratiques visant à réduire les inégalités sociales.

Le territoire du CCSMTL est un milieu qui se caractérise notamment par son urbanité et par la cohabitation de plusieurs groupes des Premières Nations, des Métis et des Inuit. Dans un contexte de surcharge de travail, de complexification des besoins et des problématiques bio-psycho-sociales auxquelles font face les personnes qui fréquentent les services, toutes les occasions et moyens sont de mises pour créer des espaces réflexifs et dégager des leviers d'actions à la portée du personnel. Le CREMIS s'est ainsi engagé dans ce projet participatif avec l'intention de soutenir le personnel des milieux de soins en favorisant le dialogue et des rapprochements avec les milieux autochtones de Montréal.

La section qui suit détaille les principaux jalons du projet en mettant en évidence les actions qui ont été prises pour faciliter une gouvernance participative avec les organismes autochtones et mettre en œuvre le projet. Ce survol détaillé de la démarche vise à inspirer le développement de projets similaires, misant sur une approche participative et privilégiant la co-construction et la non-hiérarchisation des savoirs. Cette section précise également l'ensemble des actions posées au cours du projet afin de faire vivre l'approche de sécurisation culturelle au sein du CCSMTL, et ce, en s'appuyant sur une diversité de moyens pour créer de l'écoute et de l'échange entre le CCSMTL et les milieux autochtones de Montréal.

³ La mobilisation des connaissances est entendue comme l'ensemble des stratégies « [...] visant l'échange de divers savoirs (recherches, pratiques, expériences, cultures) dans le but de créer de nouvelles formes de connaissances pouvant servir à l'action (Elissalde et al., 2010, p. 138 cité dans Lalancette et Luckerhoff, 2023) ».

4. LE DÉPLOIEMENT DU PROJET : LES JALONS CLÉS

Cette section détaille les quatre années du projet en s'attardant aux principaux jalons: l'historique des collaborations et l'appel de projets (an 1 – 2021), la gouvernance et les orientations du projet (an 2 – 2022), la signature de l'entente de partenariat, la recension des écrits et le lancement du sondage à l'intention du personnel (an 3 – 2023) et les *focus groups* des navigateurs-trices de santé autochtone, l'analyse collective des données, les productions multimédias et la rédaction du rapport (an 4 – 2024-2025). Tout au long du projet, différentes actions ont été posées par l'équipe afin de favoriser la rencontre entre les milieux autochtones et le personnel interne du CCSMTL. L'ensemble de ces actions ont été regroupées dans l'Annexe A.

a. An 1 (2021) : historique des collaborations et appel de projets

« Le CREMIS, comme centre de recherche au sein du CIUSSS pourrait nous aider à y voir plus clair et mieux comprendre l'état interne de la sécurisation culturelle. Mieux cerner où nous en sommes nous permettra de mieux cibler les actions à poser ». - Haute gestionnaire au CCSMTL

Au printemps 2021, la Direction des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (2021-2025) lance un appel de projets. L'objectif de cet appel est d'implanter l'approche de sécurisation culturelle au sein des établissements du réseau en cohérence avec le Guide *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* (MSSS, 2021). Cet appel de projets poursuit une visée plus large, celle de bâtir davantage de ponts entre le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et la communauté autochtone (MSSS, 2021).

Une équipe du CREMIS, de concert avec du personnel de la Direction de services généraux et des partenariats urbains (DSJPU) souhaitent déposer un projet. Cet intérêt émane notamment d'une collaboration fructueuse, réalisée en 2015 et 2016 avec Femmes Autochtones du Québec (FAQ), la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et Makivik pour alimenter la rédaction des [fiches](#) sur l'intervention auprès de personnes autochtones en situation ou risque d'itinérance. L'esquisse du devis est alimentée par diverses consultations menées à l'interne et de consultations avec des membres du Cercle consultatif en santé autochtone de Montréal.

Le projet soumis consiste à faire un diagnostic organisationnel de l'état des pratiques en milieu hospitalier afin d'avoir une idée plus juste des enjeux, des besoins et des initiatives porteuses ayant cours au CCSMTL. Le projet propose d'effectuer une démarche d'accompagnement d'équipes cliniques ciblées afin d'intégrer les connaissances relatives à la sécurisation culturelle dans leurs pratiques courantes, et ce, en se basant sur l'état de situation au sein du CCSMTL. Il est également planifié de produire des outils destinés à soutenir l'implantation de l'approche de sécurisation culturelle dans d'autres milieux.

b. An 2 (2022) : gouvernance et orientations du projet

« Il y a eu suffisamment d'études, de recherches sur les populations autochtones... N'y a-t-il pas suffisamment d'écrits et de recherches qui montrent que le système de soins n'est pas culturellement sécuritaire? Qu'en pense le personnel qui travaille dans les urgences ? Pourrions-nous plutôt orienter la collecte vers eux ? » - Coordinatrice, organisme partenaire autochtone

Les premiers contacts avec les organisations autochtones réaffirment l'importance de prendre en compte les expériences antérieures des milieux autochtones en matière de recherche et de participation à différentes

consultations et enquêtes publiques. La perception des milieux autochtones quant à l'état des services publics et notamment ceux de la santé a en effet été largement documentée notamment dans le cadre de la Commission Viens. Les représentant-es des organismes recommandent ainsi de déplacer le regard et de se pencher sur la perception du personnel du CCSMTL et de ses pratiques. Cette orientation permet également de situer les acteurs-trices autochtones, non pas « comme objet de recherche » mais plutôt comme expert·es, contribuant à contextualiser et interpréter les données colligées et émettre des recommandations.

C'est à la fin de l'année 2021 que l'équipe est informée de l'acceptation du projet et de son financement. Le comité d'analyse de projets de la Direction des affaires autochtones du MSSS recommande notamment d'explicitier l'implication des partenaires autochtones à toutes les étapes du projet. En phase avec cette recommandation, l'équipe du CREMIS contacte, avec l'aide du Cercle consultatif en santé autochtone de Montréal, différents organismes autochtones pressentis pour établir un partenariat. Ces rencontres portent fruit; cinq d'entre eux acceptent de collaborer au projet : le Centre d'amitié autochtone de Montréal, le Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke, le Réseau de la communauté autochtone à Montréal et Femmes Autochtones du Québec.

Pour les organismes, ce projet s'inscrit dans la continuité de plusieurs actions déployées de leur côté. Si la sécurisation culturelle est un terme qui gagne en popularité au sein de certains réseaux académiques et gouvernementaux, les organismes autochtones jouent un rôle actif dans le développement de pratiques équitables à l'endroit des Premières Nations, Métis et Inuit, et ce, depuis plusieurs années. Le fait de prendre part à un projet croisant recherche et mobilisation des connaissances au sein d'un établissement de soins est jugé pertinent par les partenaires qui nous rappellent par ailleurs les nombreux défis que posent toujours aujourd'hui la participation des membres de Premières Nations, Métis et Inuit aux initiatives de recherche au Québec. L'importance de structurer le projet en prenant pour assises les lignes directrices relatives à la recherche en contexte autochtone devient une orientation centrale du projet (Regroupement des centres d'amitié autochtone du Québec, 2022, Instituts de recherche en santé du Canada, 2018, FAQ, 2012, APNQL, 2014). Cette orientation s'incarnera notamment par la rédaction et la signature d'une entente de collaboration entre le CCSMTL et les partenaires⁴.

Au printemps 2022, un comité de gouvernance se met en place. Au cours de l'année 2022, sept rencontres ont lieu. À la demande des partenaires, les rencontres sont animées en anglais et des traductions libres sont effectuées pour le personnel qui est plus à l'aise en français. Les partenaires recommandent également une organisation et une animation des rencontres à échelle humaine, en petit groupe et laissant une grande place aux échanges entre partenaires. Il est également suggéré de miser le plus possible sur une stabilité au sein de la composition du comité de gouvernance. Le projet prend ainsi forme en s'appuyant sur les recommandations du comité de gouvernance et de membres du personnel du CCSMTL. Parmi les questions clés que nous partagent les personnes de l'interne et des organismes autochtones notons : où en sommes-nous au CCSMTL en matière de sécurisation culturelle ? Qu'en pense le personnel ? Dans quelle mesure la perception du personnel fait-elle écho à celle des organismes autochtones ? C'est avec ces questions en tête que le CREMIS affine le projet déposé au MSSS. La consultation et l'engagement rapide du personnel interne et des partenaires autochtones permettent de consolider le projet afin qu'il soit en phase avec les questionnements des différents milieux.

Il est ainsi déterminé que le projet inclurait plus précisément deux volets :

⁴ Pour des raisons découlant de roulement de personnel, Femmes Autochtones du Québec n'est pas en mesure de poursuivre la collaboration après une active contribution en 2022 et 2023 et ne signe donc pas l'entente.

- un volet recherche visant à effectuer un état des lieux de la sécurisation culturelle au sein des urgences hospitalières telle que perçue par le personnel y travaillant (sondage en ligne). Ce volet inclura également la tenue de *focus groups* afin de colliger des données sur la perception des navigateurs et navigatrices de santé autochtone dont les fonctions les amènent à accompagner les membres de la communauté autochtone lors de leur consultation aux urgences.
- un volet mobilisation des connaissances pour lequel les partenaires et le CREMIS souhaitent collaborer afin de développer différents outils de soutien à la pratique des clinicien·nes du CCSMTL et d'ateliers de formation/réflexion à l'intention du personnel des urgences. Les partenaires et le CREMIS s'entendent ainsi pour développer divers outils et activités de mobilisation des connaissances (ex.: capsules vidéo, balados, contenus de formation) diffusés par l'entremise du dossier web disponible sur le site web du CREMIS.

À cette même période, les démarches relatives aux exigences de l'éthique de la recherche sont initiées. L'équipe du CREMIS assure la rédaction de l'ensemble des documents et les partenaires sont activement interpellé·es pour co-construire le questionnaire en ligne à l'intention du personnel interne des urgences. L'équipe du CREMIS s'appuie plus spécifiquement sur les travaux de l'Institut canadien d'information sur la santé (2021) et Excellence en santé Canada (2020) pour bâtir le questionnaire.

En filigrane de ce travail, l'équipe du CREMIS porte différentes initiatives afin de faire vivre la sécurisation culturelle au sein du CCSMTL (et dans d'autres milieux) (voir Annexe A).

C. An 3 (2023) : signature de l'entente de partenariat, recension des écrits et lancement du sondage à l'intention du personnel

Au cours de l'année 2023, cinq rencontres sont tenues avec le comité de gouvernance. Ces rencontres permettent de préciser les modalités finales de collaboration, de soutenir le recrutement d'une professionnelle de recherche, de nourrir le volet de recherche du projet et de structurer l'activité de lancement du sondage auprès du personnel des urgences du CCSMTL. Les partenaires s'engagent également activement dans la mise en route d'un comité parallèle, soit le comité de recherche.

a) Entente de collaboration

C'est plus spécifiquement en janvier 2023 que le projet obtient, de la part du Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CCSMTL (CER-DIS), l'autorisation de réaliser le volet recherche avec l'appui plus particulier de la Direction des soins infirmiers (DSI) (Projet no 2023-1674) à la signature l'entente de collaboration. Le travail exige notamment de revoir les dispositions relatives à la propriété intellectuelle du projet (miser sur une propriété conjointe) et le montage financier du projet⁵. Le CREMIS ajuste ainsi l'apport financier versé aux partenaires en s'inspirant d'autres cadres de références produits sur la question⁶. Ces ajustements font par ailleurs écho à la recommandation initiale du Comité d'analyse du projet à la Direction des affaires autochtones du MSSS; ce remaniement des postes budgétaires permet d'assurer une participation forte des partenaires autochtones dans toutes les étapes du projet. L'entente est signée au cours de l'été 2023 et la collecte de données est alors lancée.

⁵ À titre de rappel, le budget soumis lors du dépôt de 2021 n'avait pas été validée par les partenaires du projet comme le comité de gouvernance n'était toujours pas constitué.

⁶ Des partenaires autochtones nous invitent plus spécifiquement à consulter les normes développées par l'Université Concordia : <https://www.concordia.ca/content/dam/concordia/offices/oce/IDLG/Indigenous-Elder-and-Community-Protocols.pdf>

Une version générique de l'entente de collaboration est rendue disponible à la demande des partenaires, et ce, pour inspirer la mise en route de projets collaboratifs au sein du RSSS. Le document a permis de préciser les paramètres de collaboration entre les différents partenaires (par exemple, les principes fondamentaux sur lesquels s'appuie le partenariat, l'objectif du projet, les principes de l'entente, les différents comités, les rôles et les responsabilités de chaque partie et les moyens utilisés pour tendre vers le respect des Principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations). Le document est disponible en français et en anglais.

b) Recension des écrits

Au début de l'année 2023, l'équipe responsable du projet au CREMIS vit des changements à la direction scientifique. L'équipe se stabilise avec l'arrivée d'une professionnelle de recherche détentrice d'un doctorat et travaillant à temps partiel dans un organisme de soutien par les pairs offrant de l'aide aux Premières Nations, Métis et Inuit en situation d'itinérance (partenaire du projet). Le projet est dès lors mené étroitement par la coordonnatrice à la mobilisation des connaissances du CREMIS et la professionnelle de recherche. Leur positionnement respectif (au sein du CCSMTL / d'un organisme autochtone de Montréal) favorise le maillage à l'interne du CCSMTL et auprès des partenaires autochtones. Une chercheure membre du CREMIS agit comme consultante scientifique.

Au cours du printemps et de l'été 2023, une recension des écrits est réalisée. Ce survol permet de prendre un recul sur le contexte local du CCSMTL et des urgences et de constater que la sécurisation culturelle présente d'importants défis, maintes fois documentés ici et ailleurs. Les thèmes qui se dégagent de la recension sont: l'importance de la communication entre les patient·es et les prestataires des soins, du soutien de la communauté, de la formation du personnel sur les réalités autochtones et sur les traumatismes historiques, les contraintes organisationnelles et plus spécifiquement de ressources dans les urgences ainsi que de l'impact du racisme et de la discrimination sur la santé des Autochtones. Ces thèmes constitueront des assises pour animer les rencontres du comité de recherche.

c) Mobilisation interne au CCSMTL

En parallèle à la finalisation de l'entente et à la recension des écrits, l'équipe du CREMIS multiplie les efforts afin de collaborer activement avec le personnel du CCSMTL en vue de la collecte de données. Diverses collaborations prennent forme pour pré-tester le sondage en ligne et identifier les stratégies les plus pertinentes pour maximiser la participation. En suivant leurs conseils, l'équipe du CREMIS planifie et anime un dîner-rencontre (voir Annexe A) pour lancer la collecte de données.

Dans les jours suivants l'événement, la mise en ligne du sondage à l'intention du personnel des urgences est finalisée et la collecte a lieu du 19 septembre 2023 au 17 octobre 2023. Pendant cette période, différents suivis sont alors effectués auprès de membres du personnel des urgences, de la direction des soins infirmiers et des services professionnels, et ce, afin de maximiser la participation au sondage. Plusieurs membres du personnel rappellent à l'équipe du CREMIS la difficulté particulière de mener une collecte de données dans le contexte des urgences hospitalières. Le sondage est rendu accessible via l'outil en ligne. Il comprend deux versions (pour le personnel non-cadre et cadre). Pour cultiver l'adhésion et l'intérêt à participer au sondage, le CREMIS coordonne des tirages de cadeaux et l'attribution de prix⁷.

⁷ Suivant les recommandations des partenaires, les cadeaux prennent les formes d'entrées gratuites au Musée McCord – exposition Voix autochtones d'aujourd'hui: savoir, trauma, résilience et de certificats cadeaux dans des boutiques détenues par des personnes des Premières Nations, Métis ou Inuit.

La fin de l'automne 2023 est consacrée au traitement des données tirées du sondage afin d'alimenter le travail du comité de recherche, mis sur pied à la même période. L'équipe du CREMIS collabore avec d'autres membres de l'équipe interne afin d'effectuer une analyse préliminaire des données.

Avec l'appui du comité de gouvernance, le comité de recherche est constitué à la fin de l'année 2023. Ce comité, distinct du comité de gouvernance, est composé de deux représentant-es⁸ de l'équipe du projet du CREMIS, trois représentant-es des organisations partenaires, deux membres de la communauté autochtone urbaine de Montréal recruté-es en collaboration avec les partenaires, et deux membres du personnel des urgences hospitalières⁹. Le rôle de l'équipe du CREMIS est d'assurer un leadership quant aux orientations du volet de recherche du projet. Ce travail implique par exemple de circonscrire les questions que les données soulèvent, de présenter ces analyses et questionnements aux autres membres du comité de recherche, d'animer les discussions autour des résultats préliminaires et de solliciter l'avis et les commentaires des membres du comité. Le rôle des membres autochtones s'exerce à toutes les étapes du volet de recherche. Par exemple, chaque membre a pour responsabilité de participer aux rencontres et à l'interprétation des résultats, et ce, en partageant ses réflexions, informations et sa lecture des enjeux liés à l'analyse des données. Les membres du personnel du CCSMTL ont pour rôle d'apporter des informations complémentaires sur le contexte des urgences hospitalières, de partager leurs réflexions quant aux enjeux soulevés par le processus d'analyse des données.

d. An 4 (2024-2025) : focus groups des navigateur-trices de santé autochtone, analyse collective des données, productions multimédias et rédaction du rapport

a) Focus group, interprétation des données

Au début de l'année 2024, l'équipe du CREMIS organise deux *focus groups* afin d'en apprendre plus sur la perception des navigateurs-trices de santé autochtone au sujet de l'état de la sécurisation culturelle au sein des urgences. Les navigateurs-trices sont du personnel à l'emploi d'organismes communautaires dont les fonctions visent à soutenir les patient-es autochtones lorsqu'ils ou elles sont en contact avec des services sociaux ou de santé. En raison de leurs expériences, les navigateurs-trices ont en effet été ciblés-es comme des acteurs-trices clés afin de compléter la cueillette de données et réaliser l'état de situation de la sécurisation culturelle au sein des urgences du CCSMTL. Au cours de deux *focus groups*¹⁰, les participant-es sont invité-es à partager leurs expériences d'accompagnement de patient-es autochtones dans les urgences et leur perception de la sécurisation culturelle dans le milieu des urgences hospitalières. Un important constat émerge de ces *focus groups*: si les expériences d'accompagnement des navigateurs-trices rencontré-es ne se limitent pas aux urgences du CCSMTL, les participant-es sont unanimes: l'ensemble des urgences hospitalières de Montréal font face à d'importantes limites en ce qui concerne l'intervention auprès des Premières Nations, des Métis et des Inuit et la mise en œuvre de pratiques culturellement sécurisantes. Par exemple, les participant-es ont parlé des traumatismes historiques et actuels subis par les patient-es autochtones, de leur méfiance envers le système de soins et

⁸ La coordonnatrice à la mobilisation des connaissances du CREMIS et la professionnelle de recherche recrutée sur le projet organisent et animent l'ensemble des séances du comité de recherche. La chercheuse principale du CREMIS associée au projet agit à titre de consultante scientifique pour alimenter la mise en route du comité.

⁹ Deux membres du personnel de l'Hôpital Notre-Dame participent au comité (l'infirmier chef de l'Urgence et l'infirmière cheffe de service à la Gestion des séjours).

¹⁰ Le premier *focus group* a eu lieu le 9 février 2023 au Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et a réuni 4 navigateurs-trices. Le deuxième *focus group* s'est tenu en ligne le 16 mai 2024. Trois navigateurs-trices ont participé.

leur réticence à utiliser les services de santé. Des participant·es ont également parlé du décalage entre les besoins des patient·es et l'approche du personnel soignant (exigences administratives, protocoles médicaux, temps dédié aux rencontres). Plusieurs navigateurs·trices rapportent des expériences d'accompagnement dans un environnement froid et hostile à l'égard des patient·es autochtones et la persistance de préjugés négatifs.

C'est au début de l'année 2024 que le comité de recherche prend officiellement forme, et ce, afin de procéder à une interprétation collective des données colligées. De janvier à mai 2024, le comité de recherche se réunit quatre fois. Chaque rencontre débute par une présentation de l'équipe du CREMIS de données tirées du sondage. Les membres sont par la suite invité·es à partager leurs avis sur les tendances, les questionnements que les données soulèvent. Pour alimenter les échanges, l'équipe du CREMIS partagent également des extraits des propos des navigateurs·trices de santé autochtone rencontré·es lors des *focus groups* ainsi que des éléments clés tirés de la recension des écrits. En parallèle, le comité de gouvernance maintient ses engagements et se réunit trois fois. Ces rencontres sont l'occasion pour les membres de contribuer à l'analyse collective de données.

Un calendrier soutenu et des mobilisations multiples marquent cette nouvelle année. Le début 2024 permet d'expérimenter de manière intensive une mise en dialogue entre différentes sources de savoirs (savoirs professionnels et expérientiels des acteurs·trices des organismes autochtones et des représentant·es de la communauté autochtone de Montréal, données empiriques tirées de la collecte de données, savoirs professionnels du personnel du CCSMTL). Une telle démarche, certes énergivore, permet de mettre en lien des acteurs·trices qui ne se seraient pas rencontré·es autrement. Ainsi menée, cette séquence de croisement de regards et de voix est génératrice de sens et permet de dégager collectivement les principaux constats du projet.

b) Productions multimédias et rédaction du rapport

Au cours de l'été 2024, l'équipe du CREMIS débute la production de capsules vidéos visant à faire état des principaux constats du projet, donner la parole à des membres de la communauté autochtone de Montréal quant à leur perception de la sécurisation culturelle dans le système de santé, dégager des pistes pour incarner la sécurisation culturelle au quotidien ainsi que des actions pour promouvoir plus activement le développement de soins et services équitables pour les Premières Nations, Métis et Inuit. Quatre séances de tournage, dans quatre lieux différents sont organisées de la fin août à la mi-octobre 2024 avec treize interviewé·es issu·es de différents milieux (représentant·es des organismes partenaires, membres de la communauté autochtone, navigateurs·trices de santé autochtone et intervenant·es en milieu communautaire autochtone et membres du personnel du CCSMTL).

L'équipe du CREMIS réalise également différentes actions afin de boucler la boucle avec le personnel interne ayant participé au sondage et faire connaître les résultats de la démarche avec des acteurs·trices de la communauté autochtone de Montréal (voir Annexe A). Deux rencontres avec les partenaires sont organisées en 2025.

5. ÉTAT DE LA SÉCURISATION CULTURELLE AU SEIN DES URGENCES HOSPITALIÈRES DU CCSMTL : PRINCIPAUX CONSTATS

Cette section vise à présenter les principaux constats se dégageant du projet. Ces constats, portant sur la perception du personnel des urgences, sont regroupés sous trois thèmes : 1) Connaissances et de compétences

en matière de sécurisation culturelle, 2) Sources des connaissances du personnel en matière de sécurisation culturelle et 3) Expériences de discrimination et du racisme au sein des urgences.

Si la participation au sondage s'avère somme toute élevée, certaines limites doivent d'entrée de jeu être explicitées. Par exemple, lors du lancement de la collecte, le personnel de l'urgence de l'Hôpital de Verdun a informé l'équipe du CREMIS qu'en dépit de leur intérêt, leur participation au sondage serait limitée, et ce, compte tenu d'importants défis conjoncturels (mobilisation syndicale, roulement de personnel, etc.). Les données colligées sont ainsi principalement tirées de la participation du personnel des urgences de l'Hôpital Notre-Dame. Nous avons également été informé-es que le sondage avait circulé de manière plus active au sein des réseaux d'infirmières et moins au sein de groupes de personnel de soins plus précaires. La participation au sondage s'est centrée sur le personnel interne du CCSMTL, et ce, pour faciliter la cueillette. Le sondage n'inclut donc pas les agent-es de sécurité dont le rôle est pourtant significatif dans l'expérience des usagers et usagères des urgences. Aussi, il est probable que les personnes ayant participé au sondage soient plus intéressées par le sujet de la sécurisation culturelle que l'ensemble de la population du personnel travaillant aux urgences.

À l'instar de la démarche expérimentée au sein du comité de recherche, les questions et les données du sondage sont ainsi mobilisées ici comme tremplins afin de mettre en lumière la perspective des membres des comités et plus particulièrement des acteurs·trices des Premières Nations, Métis et Inuit. Ces données permettent également de nourrir les discussions et les réflexions au sein de l'établissement pour poursuivre le développement de pratiques culturellement sécurisantes.

Thème 1. Connaissances et compétences en matière de sécurisation culturelle au sein des urgences hospitalières

La première section du sondage visait à explorer la perception du personnel quant à leur niveau de connaissances et de compétences en matière de sécurisation culturelle. Les participant-es étaient invité-es à identifier leur niveau d'accord (tout à fait d'accord à tout à fait en désaccord) avec différents énoncés tels que « Je connais [...] des territoires des communautés des Premières Nations, des Métis et des collectivités Inuit (capable de les situer sur une carte) [...] des composantes du colonialisme et du système d'assimilation de Premières Nations, des Métis et des Inuit dans l'histoire canadienne (ex.: la loi sur les indiens, les pensionnats autochtones, la criminalisation des pratiques culturelles, l'abatage massif des chiens de traîneau au Nunavik, les traités numérotés, etc.), [...] le principe de Joyce ». Par la suite, les répondant-es étaient invité-es à auto-évaluer leur niveau de compétences en identifiant leur niveau d'accord (tout à fait d'accord à tout à fait en désaccord) avec différents énoncés tels que « Je me sens compétent-e de dispenser des soins et des services qui tiennent compte de [...] la diversité culturelle et linguistique des Premières Nations, des Métis et des Inuit, [...] les effets intergénérationnels de la colonisation sur la santé physique et mentale des Premières Nations, des Métis et des Inuit, [...] ».¹¹

Les données colligées montrent que la majorité des répondant-es estiment connaître et se sentir compétent-es en matière de sécurisation culturelle. La majorité des réponses aux différents énoncés convergent généralement vers « d'accord » et « tout à fait d'accord ». Ces tendances ont donné lieu à plusieurs discussions au sein du comité de recherche. Les membres du comité de recherche ont exprimé des surprises et des questionnements quant à ces tendances. Il est, par exemple, possible que les répondant-es aient une interprétation variable de la notion de la *compétence*, selon leur contexte de travail, leurs mandats professionnels, leur formation disciplinaire et leur

¹¹ La question posée aux gestionnaires était différente et débutait par l'énoncé « Dans quelle mesure vous sentez-vous compétent-e pour soutenir les équipes afin qu'elles offrent des soins et des services qui tiennent compte de [...] ». Les données montrent que les gestionnaires ayant répondu au sondage perçoivent leurs compétences comme étant plus limitées en matière de sécurisation culturelle comparativement au personnel clinique.

niveau d'expérience. Il est également possible que certaines personnes aient pu surestimer leurs niveaux de connaissances et compétences pour pouvoir mieux répondre aux attentes de l'établissement.

Les membres du comité de recherche estiment qu'il s'agit d'une lecture trop optimiste de l'état des pratiques actuelles. Les tendances tirées du sondage contrastent significativement avec les situations vécues dans les urgences rapportées par navigateurs·trices de santé autochtone. Ceux-ci et celles-ci nous ont en effet partagé des expériences d'accompagnement souvent difficiles.

Les citations suivantes permettent d'exemplifier, à partir de la perspective des navigateurs·trices de santé autochtone, **un premier constat : il y a un écart entre les perceptions du personnel des urgences sondé et des milieux autochtones rencontrés quant à ce que signifie « être compétent·e » en matière de sécurisation culturelle :**

« Parfois, lorsque l'on parle de compétence culturelle, cela suppose que la « manière blanche » de prodiguer des soins est la norme. [...] Mais je pense que cette façon de penser doit être changée. En réalité, il faut simplement faire preuve d'humilité. Il faut voir l'être humain en face de soi. » [traduction libre] - Navigateur·trice de santé autochtone

« Parfois, j'ai l'impression que le personnel [des urgences] a une vision très étroite du bien et du mal, avec ses propres critères et, par exemple, si quelqu'un se présente pour une blessure à la tête, ils disent : « Oh, mais c'est arrivé parce que vous aviez bu », au lieu de simplement voir la blessure. Ils sont moralisateurs au lieu de traiter la personne pour la raison de sa venue. Ils ajoutent : « Si vous n'aviez pas bu, ça ne serait pas arrivé », ce qui n'est pas forcément vrai. Une blessure à la tête peut arriver à n'importe qui. J'ai l'impression qu'ils se concentrent sur les mauvaises choses. » [traduction libre] - Navigateur·trice de santé autochtone

Thème 2. Sources des connaissances du personnel en matière de sécurisation culturelle

Si la majorité des répondant·es estiment connaître et se sentir compétent·es en matière de sécurisation culturelle, la plupart n'ont jamais suivi de formation spécifique à ce sujet. C'est la forte tendance qui se dégage des données tirées de la deuxième section du sondage. Les participant·es étaient invité·es à réagir à l'énoncé suivant « Mes connaissances sur les réalités autochtones, la colonisation, la sensibilité culturelle ou la sécurisation culturelle ont été acquises dans le cadre (vous pouvez sélectionner plus d'une réponse possible) ». Cette question était par la suite suivie par deux autres : « Avez-vous suivi la formation obligatoire du RSSS intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » ? » et « Avez-vous suivi une formation traitant spécifiquement de sécurisation culturelle autochtone? »

La majorité des répondant·es ont indiqué que leurs connaissances sur la sécurisation culturelle avaient été acquises via de la formation continue en milieu professionnel. Les autres choix de réponses incluaient : formation universitaire, lecture de livres, écrits ou écoute de films réalisés par des personnes autochtones, autres. Alors qu'une forte majorité de participant·es indiquent avoir suivi la formation de sensibilisation obligatoire, une faible proportion de répondant·es affirment en avoir suivi une traitant spécifiquement de sécurisation culturelle autochtone. Pour le comité de recherche, ces données mettent en évidence une tendance paradoxale: si la majorité des répondant·es affirment ne pas avoir suivi de formations spécifiques sur la sécurisation culturelle, ils et elles ont malgré tout tendance à s'auto-évaluer de manière plutôt élevée sur les connaissances et compétences dans le domaine.

Est-ce que la formation en ligne obligatoire du RSSS intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » est la principale source de connaissances des participant·es du sondage ? Cette question est soulevée par plusieurs

membres du comité de recherche qui partagent du même coup des préoccupations quant à la limite de cette seule source d'information.

Ces constats vont dans la même direction que des éléments clés tirés de la recension des écrits. Un consensus se dégage en effet des articles quant à la nécessité d'offrir au personnel soignant une formation plus solide et plus spécifique en matière de sécurisation culturelle et « [...] qu'une introduction ponctuelle à la formation à la sécurisation culturelle autochtone ne suffit pas à soutenir les professionnel·les de la santé pour qu'ils ou qu'elles mettent en œuvre des pratiques culturellement sécuritaires » (Filion et al., 2020 ; Leclerc et al., 2018 cité dans Shearman, 2025).

Les citations suivantes croisent à la fois la perspective de membre du personnel interne du CCSMTL, d'un·e navigateur·trice de santé autochtone et d'une directrice d'un organisme partenaire autochtone. Ces extraits illustrent **le deuxième constat: en dépit des tendances relativement positives du personnel en ce qui a trait à leur niveau de connaissances et des compétences, le développement des connaissances, le soutien et l'accompagnement du personnel du CCSMTL sont de mises pour assurer des pratiques pérennes de sécurisation culturelle.**

« On nous a donné une formation de deux heures, puis c'est tout. Il n'y a rien eu d'autre.... » - Membre du personnel du CCSMTL

« [...] les personnes qui travaillent dans le système de santé doivent vraiment s'éduquer et prendre conscience de tout ce que les peuples autochtones ont traversé. Il faut beaucoup plus de formations à ce sujet. Les infirmières et les médecins doivent arrêter de tout prendre de manière personnelle. Lorsqu'une personne vit une expérience traumatisante, comme le fait de ne pas vouloir voir un médecin, ce n'est pas contre eux, mais ils le prennent trop au sérieux. » [traduction libre] - Navigateur·trice de santé autochtone

« J'ai l'impression que le principe de Jordan¹² est souvent ignoré dans les établissements de la santé et des services sociaux et il aurait été bon de comprendre ce qu'ils [les professionnels de la santé] savent à ce sujet. [...] Quand je pense à la sécurisation culturelle, je pense que ça va au-delà de la manière dont vous interagissez avec les gens. Je pense qu'il s'agit en grande partie de comprendre, par exemple, le programme des services de santé non assurés et la manière dont vous pouvez orienter les gens, par exemple, vers un médicament générique plutôt que vers un médicament sur ordonnance, qu'ils devront payer pour le médicament de marque par rapport au médicament générique. [...] Je pense qu'une partie de la sécurisation culturelle réside dans la compréhension par le médecin des systèmes en place pour soutenir les personnes autochtones, pour s'assurer que leurs besoins en matière de soins de santé soient satisfaits, et cela doit aller au-delà de la simple manière dont vous interagissez avec une personne. » [traduction libre] –Directrice, partenaire autochtone

Thème 3. Expériences de discrimination et de racisme au sein des urgences

La section suivante du sondage portait sur la perception du personnel des expériences de discrimination et de racisme au sein des urgences. Le personnel était invité à répondre à différents énoncés à partir de l'affirmation suivante : « En repensant à mon expérience d'emploi à l'urgence hospitalière en date d'aujourd'hui, j'ai été témoin

¹² Selon la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, le principe de Jordan « [...] nommé en mémoire de Jordan River Anderson, vise à garantir que tous les enfants des Premières Nations, peu importe leur lieu de résidence ou leur condition, aient accès aux soins et services nécessaires pour favoriser leur développement et leur épanouissement optimal. Administré par le gouvernement du Canada, ce principe met l'accent sur l'intérêt supérieur de l'enfant en finançant des services dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation, afin de répondre à des besoins non couverts par les programmes existants ». [Principe de Jordan - CSSSPNQL](#)

d'une situation ». Pour chaque énoncé, les participant-es devaient indiquer « oui », « non », « Je ne sais pas / préfère ne pas répondre ». Pour les énoncés répondus à l'affirmative, les participant-es devaient par la suite indiquer la fréquence « Jamais », « Rarement », « Souvent » et « Toujours ». Voici quelques exemples d'énoncés : « J'ai été témoin d'une situation durant laquelle du personnel de l'urgence hospitalière a pris le temps de donner des informations de santé dans un langage facile à comprendre ou a fait appel à un-e interprète dans une langue autochtone », « J'ai été témoin d'une situation discriminatoire ou raciste envers des employé-es des Premières Nations, Métis ou Inuit », « J'ai été témoin d'une situation discriminatoire ou raciste envers des patient-es des Premières Nations, Métis ou Inuit », « J'ai été témoin d'une situation durant laquelle du personnel a traité une personne des Premières Nations, Métis ou Inuit comme si elle était ivre ou posait des questions répétitives sur la consommation de substances sans motif clinique apparent », J'ai été témoin d'une situation durant laquelle du personnel a ignoré ou minimisé les problèmes de santé d'un-e personne des Premières Nations, Métis ou Inuit ».

Deux grandes tendances émergent des données de cette section : la majorité des répondant-es affirment ne pas avoir été témoin des situations de discrimination ou de racisme, ou ont indiqué « Je ne sais pas / préfère ne pas répondre » ou n'ont pas répondu à la question.

Si les données peuvent être interprétées comme des signes d'hésitations, de malaises, parfois teintés d'optimisme, les membres du comité de recherche estiment que cette section révèle encore une fois d'importants écarts de perception avec ce qui se vit du point de vue des personnes concernées. Par exemple, plusieurs navigateurs-trices rapportent avoir été témoins de situations où des personnes des Premières Nations, Métis et Inuit n'avaient pas pu accéder à des services d'urgence faute de parler français. Les représentant-es des organismes autochtones estiment que les situations de discrimination et de racisme basées sur la langue sont très fréquentes à Montréal et affectent plusieurs personnes autochtones qui ont été socialisées et scolarisées en anglais sans leur aval, lors de la colonisation. La persistance des préjugés, l'infantilisation des patient-es autochtones sont d'autres éléments rapportés par les membres des organismes autochtones et navigateur-trices en parlant de leurs expériences d'accompagnement dans les urgences.

Les données tirées de la section suivante s'inscrivent dans la même tendance. À la question « En repensant à votre expérience de travail en urgence hospitalière en date d'aujourd'hui, dans quelle mesure êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes? », les répondant-es étaient invité-es à situer divers énoncés sur une échelle de tout à fait d'accord à tout à fait en désaccord. Aux énoncés « L'urgence dans laquelle je travaille est un lieu sûr pour un-e patient-e des Premières Nations, Métis et Inuit », et « L'urgence dans laquelle je travaille est un lieu sûr pour un-e employé-e des Premières Nations, Métis et Inuit », la majorité des répondant-es ont répondu « Tout à fait d'accord » et « D'accord ».

Un troisième constat émerge: les membres du comité de recherche estiment à nouveau qu'il s'agit d'une lecture qui contraste significativement avec leurs expériences et ceci, en se rapportant à la gravité des situations vécues sur le terrain des urgences, la récurrence des situations de discrimination et de racisme vécues par les membres de la communauté autochtone à Montréal. L'ensemble des partenaires et des navigateurs-trices rencontrés sont sans équivoque: la situation actuelle est telle que de nombreuses personnes préfèrent tolérer des blessures et des problèmes de santé au lieu d'aller consulter les services publics de soins. Cette perspective des membres du comité de gouvernance, de recherche et des navigateurs-trices fait par ailleurs écho à des éléments clés tirés de la recension des écrits. Les données tirées du sondage sont ainsi en rupture avec la présence largement documentée du racisme anti-autochtone sévissant dans les milieux de santé et des urgences (Castner, 2021; Govindasamy et Carlin, 2022; Pilarinos et al., 2023; Varcoe et al., 2022 cités dans Shearman, 2025). Les extraits suivants de citations exemplifient la perspective des navigateurs-trices de santé autochtone et d'un-e partenaire :

« Ici, dans ce qu'on appelle le Québec, nous occupons une place spéciale dans le « Canada » et nous avons une identité nationale. Certaines personnes pensent qu'elles sont colonisées, mais elles sont vraiment en train de coloniser, c'est vraiment bizarre. En tant qu'Autochtones, nous vivons beaucoup de racisme basé sur cela, je n'ai jamais vécu cela car j'ai été colonisé en français, j'ai de la chance je suppose, mais les gens qui parlent anglais, si vous prenez l'histoire de la crise d'Oka ou autre, nous avons ce passé et quand vous allez dans un hôpital et qu'on vous dit "oh, je ne vais pas parler anglais parce que c'est du colonialisme ou du nationalisme", c'est vraiment du racisme ». [Traduction libre] - Navigateur·trice de santé autochtone

« J'ai quelqu'un autour de moi qui travaille dans le système de la santé et qui est vraiment comme ça. Elle m'a dit, si un patient lui parle en anglais et elle va faire comme "non, je te parle pas, tu vas me parler en français" » - Navigateur·trice de santé autochtone

« Je vois beaucoup d'infantilisation ou bien ils comptent plus sur moi [...] ils me posent des questions au lieu de les poser à la personne présente. Ou s'ils posent la question à la personne, ils me regardent toujours pour confirmer, ou agissent presque comme si j'étais un parent ou un tuteur au lieu de quelqu'un qui est là pour les [les patient·es] aider, et non pour le personnel de l'hôpital ». [Traduction libre] - Navigateur·trice de santé autochtone

« Nous savons également que de nombreux Autochtones sont considérés comme des personnes en situation d'itinérance et des consommateurs de drogue ou d'alcool et ne sont donc pas traités avec dignité ou respect. Ça doit être dans ce rapport. De plus, sans que ce soit de notre faute, la langue dans laquelle on a été colonisé·e est souvent l'anglais et, au Québec, on vous refusera des services pour cette raison. C'est ce qui m'est arrivé. Et c'est arrivé à beaucoup d'autres aussi. » [Traduction libre] - Directeur·rice, organisme partenaire autochtone

« Il existe un réel besoin de financement durable pour les services de santé dirigés par des Autochtones, tels que ceux du [...]. Aucune formation ne fera changer le comportement d'une personne raciste. Les populations autochtones doivent pouvoir disposer d'une autodétermination en matière de santé, ce qui inclut la prise en charge de leurs propres soins de santé. » [Traduction libre] - Directeur·rice d'une organisation partenaire autochtone

CONCLUSION

Les données colligées par le biais du sondage, les *focus groups* auprès des navigateurs·trices de santé autochtone, de même que l'ensemble des échanges menés avec les partenaires autochtones convergent tous vers un constat général: il existe un décalage entre les réalités telles que perçues par les membres de la communauté autochtone et le point de vue du personnel des urgences du CCSMLT en ce qui concerne l'état de la sécurisation culturelle.

La recension des écrits met en relief le fait que les urgences sont traversées par d'importants défis comme la pénurie continue de personnel, les changements de direction. Ce sont des milieux qui fonctionnent avec un rythme rapide et des ressources limitées. Ces réalités structurelles, qui n'ont pas été ciblées de manière spécifique dans le sondage, rendent difficile la mise en œuvre des stratégies d'intervention axées sur l'équité (Varcoe et al., 2022 cité dans Shearman, 2025). Les membres du comité de recherche sont conscient·es de la conjoncture des urgences à Montréal et du fait que ces réalités dépassent souvent les leviers d'action du personnel terrain. Ceci étant dit, tous les membres rappellent, à l'instar des informations tirées de la recension des écrits, que les facteurs structurels ne devraient pas être perçus comme des obstacles insurmontables et qu'ils ne doivent pas servir d'excuses pour refuser d'offrir des services. Tous les jours, des patient·es des Premiers Peuples se présentent dans les urgences et il est crucial de travailler à la mise en place de services culturellement sécuritaires en dépit des défis structurels nécessitant d'être relevés.

Les navigateurs·trices ont souligné que plusieurs patient·es autochtones ont vécu des traumatismes en lien avec des institutions gouvernementales québécoises. Ces traumatismes se traduisent souvent par une méfiance et une réticence à l'égard des services sociaux et de santé. Les patient·es autochtones peuvent ainsi tarder à consulter pour leurs problèmes de santé, ce qui dans bien des cas aggrave leur état. L'arrivée aux urgences se fait souvent dans un contexte de stress, de peur et de détérioration de leurs besoins. Dans le contexte des urgences actuelles, il s'avère essentiel de centrer la rencontre patient·es / soignant·es vers une communication claire avec un langage à la portée des personnes rencontrées. Les navigateur·trices soulignent en effet que le rythme des urgences, l'optimisation du temps de rencontres rendent souvent difficiles pour le personnel d'établir une relation à l'écoute des besoins des personnes.

S'il y a un point de convergence entre les données du sondage et les acteurs·trices autochtones rencontré·es, c'est le manque de référencement vers les organismes autochtones. En effet, à l'énoncé « J'ai été témoin d'une situation durant laquelle un·e patient·e des Premières Nations, Métis ou Inuit a été référé·e vers des organisations ou des ressources autochtones offrant des soins traditionnels » on note qu'une majorité de répondant·es ont indiqué « Non ». Ce point de vue est partagé par les membres des organismes autochtones et les navigateurs·trices; les ponts sont véritablement à bâtir afin de s'engager à connaître et faire reconnaître l'existence de ressources autochtones notamment en santé, légitimes aux partenaires. En outre, les membres des différents comités associés à ce projet soulignent que ces relations doivent être initiées par le personnel qui se trouve du côté du système de santé et des services sociaux.

L'un des principes centraux de l'approche de sécurisation culturelle renvoie à la prise en compte du point de vue des patient·es autochtones; qu'ils ou qu'elles se sentent en sécurité. Un important fossé sépare les perceptions du personnel de l'interne ayant participé au sondage et les acteurs·trices des milieux autochtones. Alors que le portrait semble relativement positif du côté de l'interne quant à l'état de la sécurisation culturelle au sein des urgences, les représentant·es des Premières Nations, des Métis et des Inuit relatent des situations graves, à caractère discriminatoire et raciste, marquant le quotidien des Autochtones lorsqu'ils et elles sont en contact avec les services d'urgences hospitalières. Un nombre important de situations portent sur des cas d'exclusion des services d'urgence faute de parler français. Aux dires des partenaires autochtones, ces situations sont exacerbées

lorsque les personnes présentent une situation résidentielle instable et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Souvent réduite à un sujet aux contours flous, la sécurisation culturelle est promue sur une base volontaire, sans exigence claire ni formation adéquate. Le fait que le personnel sondé ait une vision relativement positive de l'état de la sécurisation culturelle au sein des urgences, en opposition à celle des représentant·es des Premières Nations, Métis et inuit, met en relief la prégnance du caractère systémique des rapports de pouvoir; l'ensemble des pratiques, normes, attitudes assurant la reproduction du racisme au sein des milieux de soins semble en effet invisible aux yeux du personnel ayant répondu au sondage. L'approche de sécurisation culturelle invite tout particulièrement à s'attarder à ces rapports de pouvoir inégalitaires dans un contexte colon / colonisé. Le développement de pratiques culturellement sécuritaires appelle donc des engagements concrets au sein de l'établissement, et ce, conformément aux recommandations de la commission Viens qui suppose d'abord et avant tout de fortifier les bases de collaborations avec les acteurs·trices autochtones de Montréal.

Le devis soumis à la Direction des affaires autochtones du MSSS incluait la réalisation d'un diagnostic de la sécurisation culturelle dans les urgences hospitalières du CCSMTL, un accompagnement d'équipes cliniques plus ciblées afin de favoriser l'intégration des connaissances en matière de sécurisation culturelle dans leurs pratiques courantes ainsi que la production d'outils pour favoriser l'implantation de l'approche de sécurisation culturelle dans d'autres milieux. En raison des conjonctures à l'interne des urgences et au sein de l'équipe, des ajustements au calendrier ont dû être effectués à la période de collecte de données et l'analyse. Cela a comprimé le temps dédié à l'accompagnement des équipes plus ciblées. Dans ces circonstances, le comité de gouvernance a décidé de miser sur les diners-rencontres comme principales activités de soutien clinique. Il a également été jugé plus utile de concentrer les énergies sur la production d'une diversité d'outils (capsules vidéos, balados, articles vulgarisés) et d'un dossier web pertinent et accessible à différents milieux. Ces outils pourront être particulièrement d'intérêt pour les équipes cliniques à la recherche de contenus flexibles, modulables pour soutenir le développement des connaissances du personnel. Le projet, en misant sur une approche intégrée de recherche et de mobilisation des connaissances, co-construite avec des partenaires autochtones et des membres du personnel du CCSMTL, a conduit à une production d'outils de même qu'à la création et l'animation d'un réseau d'acteurs·trices susceptible d'être mobilisé pour poursuivre le travail. La table est mise pour une poursuite des activités d'accompagnement d'équipes cliniques advenant la reconduction des projets de financement similaires. Différents milieux internes le réclament, à la fois du côté de praticien·nes comme de celui de gestionnaires.

Ce projet illustre le potentiel de collaboration fructueuse dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu autochtone et offre des pistes afin de faciliter le développement de connaissances, la poursuite d'une pratique réflexive et l'identification de différents leviers d'actions. Des actions plus structurantes et pérennes sont essentielles pour assurer des milieux culturellement sécuritaires au sein du CCSMTL. Ces efforts doivent nécessairement engager la recherche, les partenaires autochtones, mais également l'ensemble des directions de l'établissement.

ANNEXE A

Ensemble des actions menées et réalisées par le CREMIS tout au long du projet pour faire vivre la sécurisation culturelle au sein du CCSMTL

Date	Action
2 juin 2022	Épisode no 28 du balado Sur le vif du CREMIS Pour un accès équitable aux soins et services à l'intention des Premières Nations et des Inuits avec Stéphanie Héroux Brazeau est lancé. Il porte notamment sur les travaux du Cercle consultatif en santé autochtone de Montréal.
10 juin 2022	Table ronde intitulée Réalités autochtones dans les services de santé et les services sociaux: à quels changements de pratique nous invite l'approche de sécurisation culturelle ? est organisée dans le cadre des Journées annuelles du Conseil multidisciplinaire et du Conseil des infirmières et infirmiers du CCSMTL. Les panélistes proviennent d'équipes variées du CCSMTL (Mélanie Beausoleil de l'Équipe itinérance, Sophie Bellefeuille du Guichet d'accès en santé mentale adulte et Manuel Peñafiel, de l'équipe d'organisation communautaire) et d'organismes / instances autochtones (Denis Lessard du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et Philippe Meilleur de Montréal Autochtone). L'événement, qui s'inscrit dans le cadre d'une des principales activités de formation continue du CCSMTL, rejoint environ 75 personnes issues de différentes équipes du CCSMTL.
6 octobre 2022	Événement de formation continue intitulé L'intervention culturellement sécurisante auprès des personnes autochtones en situation d'itinérance: savoirs, savoir-être et savoir-faire est tenu en ligne avec un enregistrement pour visionnement en différé. Cette activité, qui s'inscrit dans le cadre d'une série de Diners d'apprentissage en itinérance du CREMIS, réunit cinq panélistes qui croisent des acteurs-trices du milieu académique (Nmesoma Nweze, doctorante, psychologie clinique, Université McGill), du milieu clinique du CCSMTL (Monica Weber, équipe itinérance) et d'organismes autochtones (Vicky Lenseigne, Centre d'amitié autochtone de La Tuque, Wayne Robinson, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Guillaume Lévesque, Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières) et une animatrice, coordonnatrice du Centre consultatif en santé autochtone de Montréal : Stéphanie Héroux Brazeau. 162 personnes participent à cette activité offerte en français et en anglais.
Automne 2022	Article publié dans la Revue du CREMIS, Volume 13, numéro 2, intitulé Soins et pouvoirs. L'article Décoloniser le système de santé: aperçu des travaux du Cercle consultatif en santé autochtone de Montréal est une version retravaillée par l'équipe de rédaction de l'entrevue que Stéphanie Héroux Brazeau a accordée à l'équipe du CREMIS en juin 2022.
21 décembre 2022	Épisode no 30 du balado Sur le vif du CREMIS Pour une pratique culturellement sécuritaire de la protection de la jeunesse en contextes autochtones avec Christiane Guay, Nadine Vollant et Lisa Ellington. Il porte plus spécifiquement sur la sortie de leur tout récent livre <i>KA NIKANITET: pour une pratique culturellement sécuritaire de la protection de la jeunesse en contextes autochtones</i> .

Date	Action
8 septembre 2023	Dîner-rencontre intitulé « <i>Se parler pour mieux se comprendre</i> » est organisé pour lancer la collecte de données dans les urgences et stimuler l'adhésion au projet. L'équipe du CREMIS présente les grandes lignes du projet et laisse place à 6 invité-es externes : Jennifer Pettiguay-Dufresne, directrice du Bureau du principe de Joyce, deux partenaires du projet (Lyn Black du Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, accompagnée de Shirley Dewind, paire-aidante et Alexandre Joncas-Huard du Réseau de la communauté autochtone de Montréal) et deux membres du personnel de Médecins du Monde (Mathieu Morin-Robertson, Navigateur autochtone et chargé de projet et Lucie-Catherine Ouimet, infirmière-praticienne de première ligne). Un repas traditionnel autochtone est également offert au cours de cette activité. L'activité donne lieu à un enregistrement pour permettre un visionnement en différé . Environ 40 personnes sont présentes sur place, à la fois des milieux autochtones de Montréal et de différentes directions du CCSMTL.
16 septembre 2024	Événement intitulé « Dîner-rencontre sur la sécurisation culturelle autochtone: un an plus tard, où en sommes-nous? » est tenu pour faire état des principaux résultats du projet. Il réunit une quarantaine de personnes.
11 mars 2025	Épisode no 33 du balado Sur le vif du CREMIS intitulé « <i>L'intervention culturellement sécurisante : la pratique engagée de deux soignantes</i> » avec Lucie-Catherine Ouimet infirmière praticienne première ligne à Médecins du Monde et à la clinique de proximité autochtone au Centre d'amitié autochtone à Montréal et Pénélope Boudreault, infirmière clinicienne et directrice des opérations nations pour Médecins du Monde Canada à Montréal.
Printemps 2025	Quatre capsules sont finalisées et diffusées, en français et en anglais sur les thèmes suivants : 1) Principaux constats du projet 2) Un espace sécuritaire du point de vue des membres de la communauté autochtone de Montréal 3) Comment l'approche de sécurisation culturelle prend forme au quotidien et 4) Comment promouvoir activement des soins et services équitables pour les Premières Nations, les Métis et les Inuit.
Automne 2025	Diffusion d' un dossier web sur le site web du CREMIS visant à assembler l'ensemble des productions (activités en différé, balados, rapport du projet, etc.) du projet dans un format accessible. Pour les membres des organismes partenaires, le dossier web est également une occasion de faire connaître les productions déjà développées au sein des réseaux autochtones.
Automne 2025	Article publié dans la Revue du CREMIS, Volume 16 numéro 1, Corps engagés. L'article L'accompagnement est un acte de soin est une version retravaillée par l'équipe de rédaction de l'entrevue que Lucie-Catherine Ouimet et Pénélope Bourdeault ont accordé à l'équipe du CREMIS en décembre 2024.

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée des premières nations du Québec et du Labrador (APNQL). (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. <https://cerpe.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/29/2016/08/Protocole-de-recherche-des-Premieres-Nations-au-Quebec-Labrador-2014.pdf>

Berg, K., McLane, P., Eshkakogan, N., Mantha, J., Lee T., Crowshoe C. et Phillips A. (2018). Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 43, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.004>

Blanchet Garneau, A., et Pepin J. (2012). La sécurité culturelle: une analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111 (4), 22-35.

Boyer Y et J. Bartlett. (2017). *Tubal ligation in the Saskatoon Health Region: the lived experience of Aboriginal women* [external review]. Saskatoon Health Region. https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf

Brian Sinclair Working Group. (2017). *Out of sight: a summary of the events leading up to Brian Sinclair's death and the inquest that examined it and the interim recommendations of the Brian Sinclair Working Group*. https://media.winnipegfreepress.com/documents/Out_of_Sight_Final.pdf

Castner, J. (2021). Health Disparities in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 47 (1), 6-9. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.09.000>

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). (2023). *Sécurisation culturelle autochtone dans les pratiques des urgences hospitalières du CCSMTL : état de situation*. Protocole de recherche déposé au Comité de la recherche en dépendances, inégalités sociale et santé publique (CÉR-DIS).

Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (CERP). (2019). "Chapitre 10. Constats relatifs aux services de santé et aux services sociaux." *Rapport final. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf

Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal Peoples Study. Main report*. https://www.environicsinstitute.org/docs/default-source/project-documents/urban-aboriginal-peoples-study/main-report.pdf?sfvrsn=b3677b5a_2

Excellence en santé Canada. (2020). *Cheminer ensemble: renforcer la compétence culturelle autochtone dans les organismes de santé*. <https://www.healthcareexcellence.ca/media/qbshemex/indigenous-cultural-competency-primer-f-final-ua.pdf>

Femmes autochtones du Québec. (2012). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. https://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes_directrices_recherche.pdf

Govindasamy, L.S. et Carlin, E. (2022). Anti-racism in the emergency department: Past time to tackle racism in our health systems. *Emergency Medicine Australasia*, 34, 108-111. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13918>

Institut Canadien sur l'information en santé. (2021a). *Mesurer la sécurité culturelle dans les systèmes de santé*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/measuring-cultural-safety-in-health-systems-report-fr.pdf>

Institut Canadien sur l'information en santé. (2021b) *Mesurer la sécurité culturelle dans les systèmes de santé Addenda — liste des indicateurs*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/measuring-cultural-safety-in-health-systems-addendum-fr.pdf>

Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2)*, Chapitre 9 : Recherche impliquant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada. IRSC, CRSH et CRSNG

Kitching, G.T. Firestone, M. Schei, B. Wolfe, S. Bourgeois, C. O'Campo, P. Rotondi, M. Nisenbaum, R. Maddox, R. & J. Smylie. (2020). "Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada". *Canadian Journal of Public Health*. 111: 40–49. <https://link.springer.com/content/pdf/10.17269/s41997-019-00242-z.pdf>

Leclerc, A. M., Miquelon, P., & Rivard, M. C. (2020). Transcultural Health Practices of Emergency Nurses Working with Indigenous Peoples: A Descriptive Study. *International Nursing*, 46 (2), 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.10.018>

McLane, P., Bill, L., Barnabe, C. (2020). First Nations members' emergency department experiences in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 23, 63-74. <https://doi.org/10.1007/s43678-020-000009-3>

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Implantation de l'approche de sécurisation culturelle – Soutien aux meilleures pratiques. Appel de projets : Descriptif*. La Direction des Affaires autochtones.

Pilarinos, A., Field, S. Vasarhelyi, K., Hall, D., Elder Fox, D., Elder Price, R., Bonshor, L., Bingham, B. (2023). A qualitative exploration of Indigenous patients' experiences of racism and perspectives on improved cultural safety within health care. *CMAJ Open*, 11 (3), 404-411. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220135>

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (2022). *Cadre de référence en recherche par et pour les Autochtones en milieu urbain au Québec*. https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Cadre-de-re%CC%81fe%CC%81rence-en-recherche_final_cahier.pdf

Shearman, Mary (2025). *Sécurisation culturelle dans les urgences hospitalières: recension des écrits*. Montréal, Québec : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la communauté autochtone à Montréal. 2025.

Turpel-Lafond, M. (2020). *In Plain Sight Report. Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*, Executive summary <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>

Université Concordia – Indigenous Directions Leadership Group. (2019). *Indigenous elder and community protocols*. <https://www.concordia.ca/content/dam/concordia/offices/oce/IDLG/Indigenous-Elder-and-Community-Protocols.pdf>

Varcoe, C., Browne, A.J., Perrin, N. Erin Wilson, Vicky Bungay, David Byres, Nadine Wathen, Cheyanne Stones, Catherine Liao et Elder Roberta Price. (2022). EQUIP Emergency: can interventions to reduce racism, discrimination, and stigma in EDs improve outcomes? *BMC Health Services Research*, 22, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08475-4>

Wylie, L. et McConkey, S. (2019). Insiders' Insight: Discrimination Against Indigenous Peoples through the Eyes of Healthcare Professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37-45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-5>