



*La nécessité d'un programme de cours en sécurité culturelle dans le cadre de la formation en médecine comporte aussi des racines sous-jacentes plus profondes. Dans bien des cas, les idéologies coloniales paternalistes intègrent l'enseignement de la médecine au privilège de perspectives occidentales, tout en aliénant et en marginalisant les modes de savoir et les façons d'agir des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les domaines de la science, de la santé et du mieux-être.*

continue de toucher la formation et la pratique des soins de santé et permettent d'améliorer la compréhension de ces enjeux chez les apprenants, qu'il s'agisse d'étudiants en médecine, de résidents ou de professionnels en exercice. L'intégration accrue de la sécurité culturelle autochtone vient aussi répondre aux appels à l'action no 23, « offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé » et no 24, voulant que les écoles de médecine et les écoles de sciences infirmières du Canada exigent que tous leurs étudiants suivent un cours sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à « l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones [et] une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte

contre le racisme » du rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) (TRC, 2015, p. 3).

La nécessité d'un programme de cours en sécurité culturelle dans le cadre de la formation en médecine comporte aussi des racines sous-jacentes plus profondes. Dans bien des cas, les idéologies coloniales paternalistes intègrent l'enseignement de la médecine au privilège de perspectives occidentales, tout en aliénant et en marginalisant les modes de savoir et les façons d'agir des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les domaines de la science, de la santé et du mieux-être. Razack et al. (2024) parle de cette aliénation comme d'une violence épistémique, c'est-à-dire d'une « forme de connaissances qui construit concrètement les personnes marginalisées comme étant "autres" » [traduction] (p. 3). Cette violence et cette « altérisation » peuvent se concrétiser dans le cadre d'enseignements qui renient, évitent d'inclure ou

ignorent carrément l'expérience et l'expertise issues de sources « autres », qui sont séparées des systèmes de connaissances des privilégiés. La violence épistémique peut exister, par exemple, dans des conclusions médicales qui sont teintées de préjugés, sous-évaluées ou manquent d'évaluation critique. C'est le cas de conclusions voulant que le taux de diabète chez les Autochtones s'explique par des causes génétiques, comme l'ont déterminé des chercheurs non autochtones et en vertu de visions du monde omettant de prendre en compte les modes de savoir autochtones, lesquels tendent à reconnaître les liens entre les facteurs sociopolitiques, environnementaux et économiques ou, collectivement, entre les déterminants sociaux de la santé, et leurs répercussions considérables sur les taux de diabète (Razack et al., 2024). Ce type d'omission vient renforcer un déséquilibre de pouvoir favorisant les apprenants non autochtones et les modes de savoir occidentaux (p. ex., les idéologies coloniales individualistes qui relient souvent une condition médicale



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1172492456

à des comportements individuels en matière de santé ou à un état de santé particulier, sans tenir compte des répercussions sociétales ou du milieu), et contribue à des résultats dans la pratique médicale qui aident au maintien d'un système d'oppression à l'égard des populations autochtones.

La sécurité culturelle dans l'enseignement de la médecine est donc nécessaire pour éviter d'appuyer la notion voulant que les apprenants non autochtones sont des « sauveurs » ou d'autres figures paternalistes prodiguant des soins, pour rompre le déséquilibre de pouvoirs dans l'enseignement de la médecine et pour amener les apprenants non autochtones à remettre en question et à se pencher sur leurs épistémologies jusqu'à « désapprendre » puis à réapprendre ce qu'ils savent de la santé et du mieux-être autochtones et des effets permanents de la colonisation dans la réflexion et la compréhension médicales. Une telle orientation devra évidemment découler du leadership et de la création

d'une expertise autochtone pour transformer cette dynamique et privilégier les systèmes de savoir autochtones dans les questions de sécurité culturelle autochtone.

Bien qu'il soit impératif d'intégrer la sécurité culturelle autochtone dans les programmes d'enseignement de la médecine, il serait néanmoins aussi intéressant de comprendre comment fonctionnent les programmes de cours en sécurité culturelle et s'ils influencent effectivement les connaissances des apprenants, leurs pratiques et leurs interactions avec les patients autochtones, et d'évaluer comment se traduit cette influence (Hardy et al., 2023; Smylie et al., 2024). Ces questions s'appliquent à tout apprenant non autochtone travaillant dans le système de santé, aussi bien les étudiants que les résidents en médecine ou les professionnels de la santé. Des recherches préliminaires sur cette question révèlent toutefois que dans la littérature, on traite peu de l'expérience d'apprentissage que vivent les résidents en médecine

avec les programmes de cours ou de formation en sécurité culturelle autochtone, ce qui donne bien peu d'outils pour tirer des conclusions sur les effets de telles interventions sur la transition de ces étudiants de la salle de cours vers la formation et la pratique cliniques. L'objectif de la fiche d'information est donc d'examiner ces questions essentielles en accordant une attention particulière aux résidents en médecine. Les sections qui suivent abordent la méthodologie et l'approche utilisées pour la fiche d'information, puis se penchent sur le fonctionnement et l'efficacité des programmes de cours et de formation en sécurité culturelle, en commençant par un tour d'horizon de l'évaluation que l'on fait de ces programmes dans la littérature. On abordera également les lacunes que permet de dégager cette analyse et d'autres considérations susceptibles d'inspirer de futurs travaux de recherche, avant d'énoncer des conclusions.



## Méthodologie

Pour la fiche d'information, on a eu recours à une analyse de la littérature universitaire répertoriée à la suite d'une recherche dans la plateforme Google Scholar et dans la bibliothèque en ligne du Resources Information Center, à l'aide des termes suivants : Indigenous ET cultural safety ET curriculum ET evaluation, ainsi que leurs diverses variantes. Les sources ont été indiquées si elles fournissaient une évaluation de la formation ou des programmes de cours en sécurité culturelle des Autochtones destinés précisément aux personnes travaillant en médecine ou en formation en vue d'y travailler, y compris des résultats pour les participants ou les personnes ayant reçu des soins. L'information sur les résidents en médecine a été volontairement isolée dans l'analyse des constatations. Aucune période précise ni restriction géographique n'a été imposée pour la revue de la littérature.

## Constatations

En tout, on a répertorié 22 évaluations de programmes de cours ou de formation en sécurité culturelle autochtone, soit 13 du Canada, six d'Australie, un de la Nouvelle-Zélande, un des États-Unis et une étude internationale. Huit de ces études évaluaient les programmes de cours destinés aux étudiants en médecine, dont trois étaient prévus pour les résidents en médecine. Une étude évaluait la formation en sécurité culturelle destinée à la fois aux résidents et aux professionnels du milieu médical en exercice. Les 13 autres évaluations portaient sur les programmes de formation en sécurité culturelle pour les professionnels de la santé en exercice en dehors du secteur des études en médecine (c.-à-d. que ces personnes n'étaient ni étudiants ni résidents en médecine). La présente analyse porte sur l'ensemble des 22 évaluations. Les sections qui suivent se penchent sur le fonctionnement et l'efficacité des programmes de cours et des formations en sécurité culturelle, en commençant par un tour d'horizon de l'évaluation que l'on fait de ces programmes dans la littérature.



## Comment évalue-t-on les programmes de cours en sécurité culturelle dans la littérature?

Cette revue de la littérature a permis de voir que les évaluations des programmes de cours et des formations en sécurité culturelle sont souvent achevées par une analyse de sondages précédant ou suivant ces formations ou par des entrevues réalisées auprès des participants. Neuf des 22 sources tirées de la littérature ont eu recours à une telle approche (Barnabe et al., 2021; Chapman et al., 2014; Crowshoe et al., 2028; Hulko et al., 2021; Liaw et al., 2015; Lin et al., 2023; Sauvé et al., 2022; Shah & Reeves, 2015; Wheeler et al., 2022). Cinq s'appuient uniquement sur des sondages menés après les cours ou la formation auprès des participants (Brewer et al., 2020; Doucette et al., 2014; Kerrigan et al., 2020; Maar et al., 2020; Neff et al., 2020), alors que trois évaluent les effets de leurs programmes de cours ou de formation à l'aide d'évaluations réalisées par les participants avant, pendant et après les avoir suivis (de Leeuw et al., 2021; Kerrigan et al., 2021; Waldner et al., 2022). Chez ces trois derniers, les réflexions des participants durant le programme ont aidé les chercheurs à suivre la progression de leurs parcours d'apprentissage.

Une étude a aussi utilisé des questionnaires à l'issue de la formation, mais l'a fait du point de vue de patients standardisés autochtones non annoncés – des « patients mystères » – plutôt que de celui des participants à la formation (Smylie et al., 2024). L'étude de Smylie et al. (2024) est la seule, parmi les évaluations utilisées pour cette analyse, à faire exclusivement appel aux commentaires de patients simulés.

Les quatre autres sources retenues pour cette étude ne se sont pas appuyées sur des évaluations réalisées avant, pendant ou après les interventions. On y a plutôt analysé les résultats attendus et obtenus par les programmes à l'aide de discussions critiques avec des experts (Akearok et al., 2020; Hardy et al., 2023; Wylie et al., 2021), et d'un examen et de réflexions sur la façon dont les programmes de cours et les interventions de formation ont été élaborés (Jacklin et al., 2014).

## Indicateurs communs

Dans les études pour lesquelles on demandait aux participants de donner leur opinion, les indicateurs communs pour mesurer les effets des programmes d'études ou de formation en sécurité culturelle leur demandaient entre autres de réfléchir aux aspects suivants :

- les changements dans leurs perceptions ou leurs attitudes à l'égard des Autochtones et de leurs communautés, notamment leur conscience de soi relativement aux biais, aux stéréotypes et aux préjugés;
- les changements dans leur degré de confort, leur confiance ou leur motivation et devant les barrières perçues lorsqu'ils travaillent avec des patients autochtones;
- les changements dans leurs connaissances sur l'histoire et les enjeux sociopolitiques des Autochtones, ainsi que sur les déterminants de la santé et du mieux-être des populations autochtones;
- les pratiques et les enseignements qu'ils prévoient mettre en œuvre dans leur carrière et leur travail futur.

Les évaluations analysaient les changements chez les participants immédiatement après que ceux-ci avaient terminé leur programme de cours ou de formation (Chapman et al., 2014; Shah & Reeves, 2015), et jusqu'à trois mois (Barnabe et al., 2021; Crowshoe et al., 2018) ou six mois après l'avoir suivi (Liaw et al., 2015). Dans le cadre de certaines études, on demandait aussi aux participants d'évaluer les changements dans le développement de leurs capacités et de leurs compétences à la suite de la formation ou du programme de cours, notamment leur capacité à nouer des relations ou à agir contre les inégalités sociales ou de santé (Barnabe et al., 2021), et les effets sur leurs compétences et leurs habiletés à communiquer, leur confiance en soi et leurs connaissances (Lin et al., 2023). À l'aide d'une approche particulière, Sauvé et al. (2022) ont évalué les changements dans l'empathie interculturelle des participants, laquelle a été mesurée au moyen de questions visant à évaluer les capacités

*Le recours à des patients standardisés autochtones non annoncés permet en effet d'apprendre comment les évaluations aident à mieux comprendre l'expérience que vivent les patients.*



personnelles des répondants à faire preuve d'empathie, leur acceptation des différences culturelles, leur conscientisation empathique, leur sentiment d'empathie et leur manière de l'exprimer.

Dans l'évaluation de Smylie et al. (2024), fondée sur les commentaires formulés par des patients simulés, ces personnes (des patients standardisés autochtones non annoncés) se sont rendues à des consultations de 8 à 10 semaines après la formation en sécurité culturelle autochtone. Ces « patients mystères », eux-mêmes formés pour évaluer les soins offerts par les médecins, utilisaient pour ce faire des questionnaires standardisés permettant d'évaluer leur expérience et leur degré de satisfaction, et d'attribuer une note à l'interaction avec le médecin, à la communication et aux préjugés explicites. On avait aussi demandé à ces patients s'ils recommanderaient ou non le médecin consulté (Smylie et al., 2024). Ces indicateurs ont été utilisés pour comprendre les effets de la formation en sécurité culturelle autochtone sur la pratique clinique et plus précisément sur la qualité des soins (expérience

du patient), les probabilités de recommandation et le respect des guides de pratique clinique.

En plus des indicateurs de pratique, un grand nombre d'évaluations visaient à obtenir des commentaires sur la structure du programme de cours ou de la formation, s'interrogeaient sur ce qui fonctionnait ou non pour les participants, sur la pertinence de tels programmes et si les participants recommandaient une telle intervention (Maar et al., 2020; Neff et al., 2020; Shah & Reeves, 2015). Des questionnaires standardisés et éprouvés pour évaluer la sécurité culturelle ont aussi été utilisés par certaines sources recensées dans la littérature (voir Crowshoe et al. [2018], Smylie et al. [2024], et Wheeler et al. [2022] pour des exemples). L'analyse complète de l'élaboration des indicateurs pertinents à ces programmes de cours ou de formation, de leur type et de leur validité se situe hors du champ d'application de la présente étude. Les sources citées offrent toutefois un solide point de départ pour les lecteurs que cet aspect intéresse.

*Les programmes de cours en sécurité culturelle dans le cadre de la formation en médecine sont-ils efficaces?*

Les principes de la sécurité culturelle dans le cadre de la pratique médicale sont largement compris. La présente analyse se base sur les *Définitions communes en matière de sécurité culturelle* de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour la reconnaissance de la notion de sécurité culturelle, qui fait appel à la conscience, à la sensibilité, à la compétence et à l'humilité culturelles (PHAC, 2023). L'ASPC (2023) définit la sécurité culturelle comme « une question d'expérience du patient » et « un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît le déséquilibre des pouvoirs inhérents au système de santé et qui vise à le contrer. Elle mène à la création d'un environnement libre de racisme et de discrimination dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsque des soins de santé leur sont prodigués » (p. 9).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1334685444

*Ce changement d'orientation offre une approche nouvelle, qui permet de s'écarter des biais d'auto-déclaration des participants pour aller plutôt recueillir de l'information chez les patients autochtones, qu'ils aient été formés ou non.*

En se fondant sur cette compréhension de la sécurité culturelle et à partir de la revue de la littérature réalisée, la réponse brève à la question visant à savoir si les programmes de cours en sécurité culturelle dans le cadre de la formation en médecine fonctionnent vraiment serait positive. Cette brève analyse repose toutefois en grande partie sur les changements signalés par les participants eux-mêmes dans leurs propres connaissances et attitudes après avoir complété un tel programme et est donc limitée par des considérations importantes. Maar et al. (2020) élargissent la définition de la sécurité culturelle pour y inclure les principes « d'empathie, de respect et d'établissement de relations

avec les patients autochtones » [traduction] (p. 1-2). Ces attributs ne peuvent être confirmés que par des membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Ils sont les seuls à pouvoir vraiment confirmer si les soins qui leur sont prodigués sont sécuritaires sur le plan culturel et exempts de racisme et de discrimination. En s'appuyant sur les commentaires des apprenants, un grand nombre des évaluations recueillies dans le cadre de la présente analyse sont intrinsèquement sujettes « aux biais d'auto-déclaration des répondants tels que les biais de désirabilité sociale » [traduction] (Hardy et al., 2023, p. 10). Ces observations n'expliquent toutefois pas, et ne confirment pas non plus

de changements de comportements dans les environnements de soins de santé.

L'évaluation de Smylie et al. (2024) offre une solution possible. Le recours à des patients standardisés autochtones non annoncés permet en effet d'apprendre comment les évaluations aident à mieux comprendre l'expérience que vivent les patients. Même si ces patients fictifs avaient été formés et présentés comme ayant un besoin en matière de santé, ce qui pouvait altérer l'authenticité de leur expérience, les perspectives autochtones ont quand même aidé les chercheurs à mieux comprendre les effets de la formation en sécurité culturelle autochtone sur les soins cliniques. Smylie et al.

---

## Définition des termes liés à la sécurité culturelle (PHAC, 2023):

### Conscience culturelle

Compréhension et reconnaissance des différences culturelles

### Compétence culturelle

Réflexion sur sa propre culture et continuité de la compréhension et du respect de l'autre

### Sensibilité culturelle

Respect des différences culturelles

### Humilité culturelle

Réflexion sur ses préjugés personnels et sa propre position

(2024) expliquent comment cette approche de l'évaluation « contribue à l'avancement des mesures de résultats qui passeraient d'une évaluation des connaissances, des attitudes et des changements de comportement autodéclarés par le médecin lui-même à une évaluation des soins par les patients. » [traduction] (p. 7). Ce changement d'orientation offre une approche nouvelle, qui permet de s'écarter des biais d'auto-déclaration des participants pour aller plutôt recueillir de l'information chez les patients autochtones, qu'ils aient été formés ou non.

Seule une autre étude retenue pour la présente analyse incluait les perceptions d'Autochtones sur la façon dont la qualité des soins avait changé, dans ce cas en raison d'un « atelier sur le respect des cultures » pour les médecins généralistes travaillant auprès de patients autochtones en Australie (Liaw et al., 2015). À la suite de cet atelier, des patients autochtones ont été désignés par le bureau d'un médecin pour prendre part à des entrevues téléphoniques en vue « d'obtenir de l'information sur la pertinence culturelle des soins qu'ils avaient reçus à la clinique, de la réception jusqu'à la salle d'examen » [traduction] (p. 388). Parmi les personnes contactées, certains patients ont affirmé que la formation avait eu une influence sur le milieu de soins, parlant de la clinique comme d'un lieu « plus amical » et qui intégrait davantage d'informations concernant les priorités et les préoccupations de santé de la population autochtone (Liaw et al., 2015). Par ailleurs, l'évaluation que font Kerrigan et al.

(2021) d'un balado d'éducation culturelle pour les médecins exerçant en milieu hospitalier en Australie énonce des plans pour évaluer l'expérience des patients à la suite de la diffusion de ce balado, alors qu'une évaluation de Waldner et al. (2022) des résidents en pédiatrie participant à un programme de formation immersif en Alberta, au Canada, demandait aux résidents de prévoir les effets de ce programme sur les patients. Les prévisions des résidents – qui ont affirmé que le programme avait amélioré la continuité des soins, la sécurité des milieux de soins et le confort des patients lors de leur interaction avec les résidents – ne sont bien sûr pas appuyées par des éléments probants; elles peuvent toutefois être utilisées pour évaluer la validité de la formation en vérifiant ces affirmations et en les comparant avec l'expérience vécue dans les faits par les patients autochtones.

## Comment fonctionnent les programmes de cours en sécurité culturelle dans le cadre de la formation en médecine?

Les constatations issues de cette revue de la littérature portent à croire que l'efficacité des programmes de cours en sécurité culturelle, notamment leurs effets sur les changements perçus par les apprenants eux-mêmes dans leurs attitudes, leurs connaissances et leurs comportements, dépend d'un ensemble de facteurs allant des modes de prestation de ces cours jusqu'aux composantes détaillées

des programmes offerts. La présente analyse révèle que la sécurité culturelle est souvent intégrée à l'enseignement de la médecine dans le cadre de programmes d'immersion communautaire, tels que des stages médicaux dans une communauté autochtone (de Leeuw et al., 2021; Jacklin et al., 2014; Waldner et al., 2022), des exercices de simulation avec des patients (Jacklin et al., 2014; Maar et al., 2020; Sauvé et al., 2022), des présentations PowerPoint ou d'autres modules de cours magistraux (Doucette et al., 2014; Neff et al., 2020; Shah & Reeves, 2015). Parmi ces avenues, les modèles de prestation interactifs expérimentaux, tels que l'immersion en milieu communautaire et les exercices de simulation avec des patients, ont été considérés comme ayant la plus forte influence sur les connaissances, les compétences et les attitudes des étudiants en médecine en matière de sécurité culturelle.

## Modes de prestation dans le cadre de la formation médicale

Dans une évaluation des expériences vécues dans le cadre d'un programme d'immersion communautaire par des étudiants en médecine de première année, de Leeuw et al. (2021) ont constaté que les étudiants jugeaient que le programme transformait leurs perspectives, renversait les stéréotypes et améliorait leur sensibilité et leur humilité culturelles à l'égard des Autochtones. Dans le cadre de ce programme, les étudiants habitaient dans des familles de Premières Nations de régions rurales ou éloignées



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 531252727

*Bien que cela ne constitue pas un indicateur de comportements ou de pratiques sécuritaires sur le plan culturel, la participation à un programme d'immersion culturelle, selon les deux études, a permis aux étudiants en médecine d'apprécier la fierté culturelle et communautaire des Autochtones.*

(de Leeuw et al., 2021; Waldner et al., 2022)

de la Colombie-Britannique et devaient décrire leurs réflexions sur cette expérience à l'aide de projets créatifs tels que la tenue d'un journal, la poésie et d'autres formes d'expression artistique. Les chercheurs ont analysé ces travaux et ont avancé que le programme avait permis aux étudiants d'acquérir une meilleure connaissance de la santé autochtone, des déterminants sociaux de la santé qui sont les leurs et des approches traditionnelles et holistiques de la médecine (de Leeuw et al., 2021).

Des expériences parallèles ont été relatées par des résidents en pédiatrie ayant pris part à un programme d'immersion communautaire dans une clinique externe de pédiatrie d'une communauté de Premières Nations en Alberta (Waldner et al., 2022). Dans ce cas, les résidents ont dit avoir acquis une meilleure connaissance et de meilleures compétences pour remettre en question les hypothèses et établir une relation de confiance avec les patients pédiatriques autochtones et leurs parents et ont affirmé que le programme leur avait permis de communiquer de manière

plus sécuritaire sur le plan culturel (p. ex., de communiquer de manière plus naturelle et authentique, avec respect et sensibilité). Les résidents ont dit avoir appris à voir les soins des enfants de manière plus globale, en tenant compte de déterminants sociaux de la santé (p. ex., transport vers l'établissement de soins et les services de santé non assurés), et à voir au-delà des problèmes de santé pour prendre conscience des forces en présence dans les familles. Les résidents ont développé un intérêt pour la défense d'une meilleure santé chez les Autochtones, et l'un d'entre eux a même décidé de travailler dans la communauté à la suite de son stage (Waldner et al., 2022). Bien que cela ne constitue pas un indicateur de comportements ou de pratiques sécuritaires sur le plan culturel, la participation à un programme d'immersion culturelle, selon les deux études, a permis aux étudiants en médecine d'apprécier la fierté culturelle et communautaire des Autochtones (de Leeuw et al., 2021; Waldner et al., 2022). L'exposition interactive à la culture des Premières Nations semble avoir

fait évoluer les connaissances, les compétences et les perspectives à l'égard de la santé autochtone et modifié le rôle que ces étudiants peuvent jouer, en tant qu'alliés, pour aider les communautés autochtones à améliorer l'équité en santé.

Dans cette revue de la littérature, on a constaté que les exercices de simulation avec des patients ont entraîné des résultats d'apprentissage similaires à ceux des programmes d'immersion communautaire. En Ontario, un exercice de simulation a encouragé les résidents en médecine familiale à acquérir « une empathie interculturelle et une connaissance des déterminants sociaux autochtones de la santé » [traduction], en leur permettant, grâce à une application, de naviguer à travers une série de scénarios qui exigeaient d'eux une prise de décision nécessitant une conciliation entre la santé autochtone et les effets des déterminants sociaux de la santé (Sauvé et al., 2022, p. 519). Les résidents ont expliqué que l'exercice avait amélioré leur empathie et leur expression de ce sentiment et leur avait permis de prendre

plus de recul, et d'acquérir des connaissances fondamentales de l'expérience des peuples autochtones des déterminants sociaux de la santé et du racisme systémique dans les soins de santé. Plusieurs résidents ont affirmé que la simulation avait accru leur motivation à mettre en pratique la sécurité culturelle avec les patients autochtones. Bien que l'efficacité des programmes d'immersion communautaire ait été reconnue par Sauvé et al. (2022), les chercheurs laissent entendre que les exercices de simulation peuvent être tout aussi efficaces et s'adaptent aux ressources et aux contraintes de temps des résidents.

Maar et al. (2020) ont aussi évalué les expériences des étudiants en médecine de l'Ontario avec des entrevues simulées avec des patients réalisées avec des comédiens membres des Premières Nations. Cette composante éducative de leur formation visait aussi à préparer les étudiants pour leur stage d'un mois dans une communauté autochtone du nord de l'Ontario. Les étudiants ont affirmé que ce stage avait amélioré leur sensibilité, leur confiance et leurs « compétences en communications sensibles sur le plan culturel » [traduction] (p. 5). Pour parvenir à ces résultats, Maar et al. (2020) ont fait part d'une mise en garde sur l'importance de créer conjointement, avec les comédiens autochtones, des scénarios médicaux à la fois sécuritaires sur le plan culturel pour les comédiens et

authentiques, réalistes et adaptés aux étudiants. On n'avait pas procédé de cette façon lors des prestations antérieures d'entrevues simulées avec des patients et le programme avait, de ce fait, connu beaucoup moins de succès. Les chercheurs expliquent qu'avant de travailler avec des partenaires autochtones (2020)   la cocréation de la formation, au recrutement, puis à la formation des patients standardisés autochtones pour les scénarios médicaux, la procédure de déroulement des scénarios n'était pas fondamentalement sécuritaire sur le plan culturel. Les membres autochtones du personnel ayant joué le rôle de patients standardisés avaient constaté des incongruités culturelles dans les scénarios et avaient du mal à « suivre le texte » en raison du manque d'authenticité des cas comparativement aux expériences qu'ils avaient eux-mêmes vécues. Les patients standardisés sortaient souvent de leur personnage, ce qui venait nuire à l'évaluation de la formation et aux expériences d'apprentissage des étudiants. Des mises en garde similaires sont reprises pour les études de cas cliniques du programme de cours en sécurité culturelle, alors que Jacklin et al. (2014) avertissent les enseignants de bien veiller à ce que les principes de sécurité culturelle soient intégrés au processus de développement et que les idées fausses et les stéréotypes à l'égard des Autochtones ne soient pas renforcés.

Pour finir, les programmes de formation en sécurité culturelle sous forme de cours magistraux dans le cadre de la formation en médecine ont donné des résultats mitigés. Dans l'évaluation de Smylie et al. (2024), les patients standardisés autochtones non annoncés se rendaient dans des cliniques de médecine familiale ou aux urgences d'établissements de soins pour évaluer la qualité des soins offerts par des résidents, des médecins universitaires et du personnel infirmier praticien non autochtones ayant complété une formation courte (45 minutes) ou intensive (10 heures) en sécurité culturelle autochtone sous forme de cours magistraux en ligne. Le programme intensif était une version adaptée du programme de formation en sécurité culturelle autochtone San'yas, alors que la formation brève était une « intervention visant à éliminer les préjugés » [traduction] (p. 2).<sup>2</sup> Les résultats de l'évaluation fournis par les patients standardisés autochtones non annoncés ont été comparés à ceux obtenus auprès d'un groupe témoin qui n'avait pas suivi de formation en sécurité culturelle. L'évaluation a révélé que comparativement au groupe témoin, la qualité des soins offerts par les résidents, les médecins universitaires et le personnel infirmier praticien formés avait obtenu une meilleure note pour ce qui est de l'expérience des patients, et ce, autant pour les programmes intensifs que les programmes courts.

---

<sup>2</sup> On trouvera, en page 3 de Smylie et al. (2024), une description des diverses formations offertes.

Ces professionnels de la santé avaient aussi plus de chances d'être recommandés à des membres de la famille ou à des amis par les patients standardisés. Bien que les notes et les probabilités soient plus élevées, les résultats de l'évaluation n'ont noté que les différences observables et n'ont pas révélé de différences pertinentes sur le plan statistique entre les professionnels qui avaient suivi ou non une formation en sécurité culturelle.

En outre, dans un programme de cours en compétences structurelles, des résidents en médecine familiale aux États-Unis apprennent en quoi consistent les déterminants sociaux de la santé, la compétence et l'humilité culturelles dans le cadre de cours magistraux et d'études de cas (Neff et al., 2020). Après avoir terminé ce programme, ces résidents ont dit avoir apprécié les expériences concrètes vécues dans le cadre des études de cas, et qu'à l'issue du programme, ils avaient envie d'agir concrètement pour une meilleure

santé chez leurs futurs patients; que leurs perspectives avaient évolué à la suite de la formation, et qu'au lieu de blâmer ou d'agir sur la base d'idées fausses enracinées dans le mode de pensée colonialiste, ils entendaient désormais réorienter leurs exposés cliniques avec les patients pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les résidents ont signalé que la formation les avait rebranchés sur les motivations d'origine qui les avaient conduits vers le domaine médical (Neff et al., 2020). Bien qu'il ne s'agit pas là de résultats concrets, on peut supposer que la mise en pratique de ces attributs pourrait correspondre à une certaine sécurité culturelle, puisque des parallèles peuvent être tracés entre les aspirations pour la défense et la prise en charge des déterminants sociaux de la santé et la pratique du respect et de l'empathie, qui ne sont que quelques-uns des principes de base de la pratique médicale sécuritaire sur le plan culturel (Maar et al., 2020).

Les constatations de Doucette et al. (2014) sont légèrement différentes des exemples ci-dessus et sont issues d'une évaluation d'une formation magistrale portant sur les compétences culturelles liée aux Premières Nations et aux Inuits, offerte dans le cadre d'un programme de cours sur le tabagisme à l'intention des étudiants en hygiène dentaire. À partir des données provenant d'un questionnaire standardisé, les chercheurs ont constaté que les cours magistraux avaient sensiblement amélioré les connaissances des étudiants en hygiène dentaire pour ce qui est des « caractéristiques socioculturelles, des risques pour la santé et des traditions de guérison culturelles des Premières Nations et des Inuits » [traduction] (p. 682). Ces cours semblent toutefois avoir eu peu d'effets sur les compétences des étudiants ou leurs attitudes à l'égard des patients Inuits ou des Premières Nations, ou sur leur degré d'aisance lorsqu'ils travaillent auprès de cette clientèle,



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 505888220



et aucun effet sur leur « capacité perçue à communiquer avec ces populations de manière sensible sur le plan culturel » [traduction] (p. 682). Ces constatations sont les mêmes que celle des évaluations formulées par les étudiants en médecine quant à leur degré de préparation à un programme d'immersion communautaire en Colombie-Britannique. Dans ce cas, les étudiants affirmaient ne pas se sentir prêts et manquer de connaissances pour établir leurs attentes à l'égard de ce programme, malgré le fait qu'ils avaient déjà suivi une formation autodirigée en sécurité culturelle autochtone (de Leeuw et al., 2021).

Chapman et al. (2014) sont arrivés aux mêmes conclusions que Doucette et al. (2014) dans leur analyse quantitative d'un programme de formation en sensibilité culturelle offert au personnel infirmier des urgences travaillant auprès de patients autochtones en Australie. Les cours magistraux du programme, auxquels s'ajoutaient des études de cas et des activités interactives, ont entraîné une augmentation de la conscientisation des participants et de leurs connaissances culturelles, mais n'ont eu toutefois que peu d'effet, voire aucun, sur leur attitude et leurs relations avec les Autochtones (ce qui a par exemple été démontré par des questions sur le degré d'aisance à travailler avec des patients autochtones, sur les sentiments des participants à l'égard des inégalités de santé touchant les Autochtones, etc.).

Les constatations de Doucette et al. (2014) et de Chapman et al. (2014) ont des répercussions. D'une part, les effets limités de la formation magistrale pourraient être attribuables au manque d'apprentissage par l'expérience et d'autre part, ces résultats pourraient découler du recours à des méthodes quantitatives et standardisées pour l'évaluation des résultats, qui s'ajoutent à l'utilisation de résultats autodéclarés. Il serait donc opportun, pour les évaluations de l'apprentissage par l'expérience comme celles mentionnées ci-dessus, d'utiliser des approches à méthodes mixtes, notamment des méthodes qualitatives et quantitatives, pour obtenir une évaluation plus approfondie des changements survenus chez les participants.

### Composantes du programme de cours

En examinant à la fois les programmes de cours en sécurité culturelle pour les étudiants et la formation pour les professionnels de la santé, on constate que certaines composantes précises sont soulignées par les participants; ceux-ci ont affirmé que ces composantes avaient eu une forte influence sur leurs connaissances et leur conscientisation, avaient transformé leurs perspectives ou amélioré leurs compétences cliniques en communications et en sécurité culturelle – mais il importe toutefois de garder en tête que ces résultats ont été signalés par les participants eux-mêmes et sont le fruit de leurs propres perceptions. Les composantes soulignées par les participants sont,

le plus souvent, le jeu de rôle patient-fournisseur de soins (Barnabe et al., 2021; Lin et al., 2023; Maar et al., 2020), les scénarios inspirés de cas cliniques (Barnabe et al., 2021; Crowshoe et al., 2018), le temps alloué pour la réflexion et le bilan (Barnabe et al., 2021; Kerrigan et al., 2021), les discussions de groupe et les interactions entre collègues (Crowshoe et al., 2018; Lin et al., 2023), le soutien supplémentaire de la part des animateurs (Liaw et al., 2015; Wheeler et al., 2022) de même que le récit des expériences vécues par les animateurs/formateurs autochtones et les apprentissages qui en découlent (Crowshoe et al., 2018; Hulko et al., 2021; Kerrigan et al., 2021; Maar et al., 2020; Neff et al., 2020; Shah & Reeves, 2015). Dans une formation sur l'équité offerte à des rhumatologues au Canada, par exemple, les spécialistes ont souligné la pertinence de l'exercice de jeu de rôles intégré à la formation et les compétences en communications qu'ils avaient acquises et qui les ont aidés à être « humble et curieux, et à s'efforcer d'initier davantage un dialogue avec leurs patients autochtones » [traduction] (Barnabe et al., 2021, p. 6).

Par ailleurs, des médecins généralistes en Australie ont attribué leurs apprentissages lors d'un atelier sur le respect culturel à l'environnement favorable créé par et en partenariat avec des mentors culturels autochtones, qui ont participé à la prestation de cet atelier (Liaw et al., 2015). Les mentors culturels autochtones travaillaient avec les formateurs de l'atelier pour aider et guider les médecins généralistes afin qu'ils transposent leurs apprentissages à leur pratique. De même, des

membres du personnel infirmier de la Colombie-Britannique participant à un programme de soins sécuritaires sur le plan culturel pour le traitement de la démence ont mentionné à quel point les récits d'ainés avaient contribué à accroître leurs connaissances des réalités autochtones en raison des « enseignements que contenaient ces récits » [traduction] » (Hulko et al., 2021, p. 10).

Cette revue de la littérature précise aussi « ce dont on a besoin » et « ce que l'on voudrait » eu égard aux programmes de cours ou de formation aux dires des participants. On aimerait notamment que plus de temps soit alloué à ces cours ou à cette formation (Barnabe et al., 2021; Kerrigan et al., 2020; Sauvé et al., 2022; Shah & Reeves, 2015; Wheeler et al., 2022), que des formations de suivi et des mises à jour en ligne soient offertes (Kerrigan et al., 2020; Lin et al., 2023; Wheeler et al., 2022), que l'on propose de la formation à partir de cas, adaptée aux diverses spécialités, et des conseils pratiques connexes (Barnabe et al., 2021; Chapman et al., 2014; Kerrigan et al., 2020; Lin et al., 2023; Wheeler et al., 2022). En Australie, des médecins du milieu hospitalier ayant suivi une formation en sécurité culturelle ont dit souhaiter plus de temps, dans leur formation d'une journée, afin « d'éviter de se sentir submergé d'information et de pouvoir discuter et réfléchir » [traduction] (Kerrigan et al., 2020, p. 5). On a répondu à ce besoin en réalisant un balado sur l'éducation culturelle, lequel a permis de remédier aux

contraintes de temps et d'améliorer la capacité de ces professionnels à échanger et réfléchir sur le contenu proposé (Kerrigan et al., 2021). Le balado a été dirigé par des experts autochtones, qui répondaient, par le récit, aux questions les plus courantes posées par les médecins. Dans ce balado, ces experts lancent aussi, à l'intention des auditeurs, des appels à l'action et mentionnent des exemples de changements dans les comportements. En fait, les auditeurs ont fait état de changements positifs dans leurs connaissances, leur conscientisation et leur communication avec les patients autochtones (Kerrigan et al., 2021).

## Lacunes et autres considérations

Une importante lacune soulevée dans la présente analyse est le manque d'évaluations des programmes de cours ou de formation portant sur la sécurité culturelle autochtone propres à des spécialités en médecine particulières. Ce secteur a grand besoin d'être étudié davantage afin de voir si ces formations sont efficaces pour les diverses spécialités et compétences médicales et comment elles fonctionnent, ainsi que pour cerner les enseignements à tirer en fonction des diverses disciplines du secteur (Wylie et al., 2021). Certaines évaluations concernaient des spécialités médicales particulières, telles que le programme de cours pour les résidents en pédiatrie (Waldner et al., 2022) ou la formation pour les rhumatologues (Barnabe et al., 2021), mais les résultats de ces évaluations n'ont pas examiné les indicateurs propres à la spécialité.

On trouve aussi peu d'information sur la façon dont sont préparés les formateurs et animateurs non autochtones pour assumer ce rôle dans le cadre de formations sur la sécurité culturelle autochtone. Dans un programme de cours magistraux sur la santé autochtone destiné aux étudiants en médecine de l'Ontario, Jacklin et al. (2014) soulignent l'importance, pour le corps professoral, d'être « bien préparé » à offrir de tels programmes, lequel est tributaire, notamment, d'avoir suivi un cours ou une formation similaire en santé autochtone qui permettra d'assurer un « mentorat approprié en la matière » [traduction] (p. 149). On trouvera des exemples de préparation du corps professoral dans Neff et al. (2020), qui mentionnent

les discussions de groupe, la pratique de séances de formation et les lectures préalables comme moyen de se préparer à dispenser des programmes de cours sur les compétences structurelles aux médecins de famille résidents. On manque toutefois d'information sur la façon dont les enseignants et les animateurs non autochtones sont préparés et sur les moyens dont pourraient disposer les experts autochtones et les Autochtones recevant des soins pour vérifier si cette préparation est adéquate et efficace, et l'améliorer au besoin.

En outre, la présente étude doit tenir compte d'aspects importants, tels que les enjeux relatifs à la responsabilité et à la mise en

place de programmes de cours ou de formations obligatoires. Cette étude n'a pas défini de moyens quels qu'ils soient de veiller à ce que les apprenants soient responsables de transposer leurs apprentissages en pratiques sécuritaires sur le plan culturel. Les évaluations s'appuient largement sur les déclarations des apprenants, avec peu de preuves, voir aucune, que le programme de cours ou la formation concernés ont influencé réellement leur pratique ou leurs comportements. Cette limite correspond aux constatations de travaux de recherche connexes examinant les effets de la formation en sécurité culturelle (Hardy et al., 2023; Webb et al., 2023). Par ailleurs, les opinions divergent quant à l'imposition d'un programme



de cours ou une formation en sécurité culturelle obligatoire pour les étudiants en médecine ou les professionnels de la santé. Au Nunavut, les évaluateurs d'une appli sur l'orientation et la sécurité culturelles pour les professionnels de la santé ont fait part de tensions entre la formation obligatoire et les principes culturels. Dans ce cas précis, les évaluateurs ont eu de la difficulté à recevoir des commentaires de participants sur l'utilisation de l'appli, ce qui les aurait amenés à utiliser des incitatifs pour susciter des commentaires qui aideraient à promouvoir son utilisation. Les évaluateurs ont néanmoins souligné que l'obligation d'utiliser l'appli pour obtenir un incitatif « remettrait en question la

valeur inuite du *pijitsirniq* (le fait de donner sans rien attendre en retour) et viendrait donc porter ombrage aux valeurs profondément inuites » [traduction] que l'appli tente de véhiculer (Akearok et al., 2020, p. 698). L'imposition d'une formation obligatoire fait aussi craindre que cette formation devienne rebutante (Lin et al., 2023, p. 9), suscite des réactions négatives chez les médecins (Kerrigan et al., 2021) ou devienne une pratique visant simplement à cocher une case et perde toute signification (Wylie et al., 2021, p. 323). D'autres travaux sont nécessaires dans ce domaine pour définir la voie à suivre la plus appropriée, efficace et constructive. Les chapitres du CCNSA (2023)

sur la sécurité culturelle pourraient servir de tremplin pour approfondir ce sujet crucial, puisqu'ils livrent un aperçu des diverses avenues possibles en réunissant une large variété de pratiques exemplaires ou prometteuses pour la formation en sécurité culturelle autochtone et pour d'autres initiatives menées à travers le pays. Pour en savoir plus, consultez CCNSA (2023).



*...d'information sur la façon dont les enseignants et les animateurs non autochtones sont préparés et sur les moyens dont pourraient disposer les experts autochtones et les Autochtones recevant des soins pour vérifier si cette préparation est adéquate et efficace, et l'améliorer au besoin.*



---

*Les Autochtones, leurs familles et leurs communautés sont les seuls à pouvoir déterminer si leurs soins sont sécuritaires sur le plan culturel. Leurs perspectives doivent être incluses dans l'évaluation des programmes de cours et de la formation en sécurité culturelle.*

---

## Conclusion

Les éléments probants présentés dans cette analyse donnent à penser que les programmes de cours en sécurité culturelle offerts dans le cadre de la formation en médecine influencent réellement les connaissances, la conscientisation et, dans certains cas, les compétences des étudiants et des résidents en médecine en matière de sécurité culturelle. En élargissant la portée du présent examen, on pourrait dire la même chose de la formation offerte aux professionnels de la santé à ce sujet. Les lacunes signalées dans la littérature indiquent toutefois que nous devons en savoir plus sur l'expérience et les résultats des programmes de cours en sécurité culturelle autochtone propres à des spécialités en particulier, sur le processus d'orientation des enseignants et des formateurs non autochtones, sur les mesures qui permettront de responsabiliser les apprenants à la suite de leur formation en sécurité culturelle, et sur les théories de pensées entourant l'instauration de programmes de cours ou de formation obligatoires.

Or, selon les évaluations analysées dans cette étude, les personnes qui ont suivi un programme de cours ou de formation en sécurité culturelle ont grandement apprécié l'apprentissage par l'expérience et à l'aide des expériences vécues par les Autochtones eux-mêmes. Pour les étudiants et les résidents en médecine comme pour les professionnels de la santé, les résultats de cette formation sont notamment une amélioration des connaissances et de la conscientisation à l'égard de la santé autochtone, des pratiques traditionnelles et holistiques de guérison et des déterminants sociaux de la santé; un intérêt accru pour la défense d'une meilleure santé chez les Autochtones et pour l'élimination des inégalités; un meilleur dialogue et l'établissement de meilleures relations avec les patients autochtones et leurs familles grâce à de plus grandes compétences en communications. Les programmes de cours et de formation en sécurité culturelle ont également souvent incité les apprenants à faire part de leur empathie et les ont amenés à remettre en question les stéréotypes à l'égard des Autochtones, contrant ainsi les idées fausses qu'avaient de nombreux apprenants.

Ces résultats dépendent toutefois largement des observations formulées par les étudiants et les résidents en médecine et par les professionnels de la santé eux-mêmes et ne reflètent pas les changements de comportement ou les perspectives globales des patients autochtones. Les Autochtones, leurs familles et leurs communautés sont les seuls à pouvoir déterminer si leurs soins sont sécuritaires sur le plan culturel. Leurs perspectives doivent être incluses dans l'évaluation des programmes de cours et de la formation en sécurité culturelle. Il faudra plus d'évaluations et de connaissances axées sur le patient pour combler cette lacune indispensable à une réelle compréhension de l'effet que peuvent avoir les interventions sécuritaires sur le plan culturel sur les soins que reçoivent les patients autochtones et pour ébranler la « colonialité » et les déséquilibres de pouvoir enracinés dans la formation en médecine. Apprendre à partir des perspectives des patients autochtones aidera aussi à comprendre si une adoption et une mise en œuvre plus poussée des appels à l'action nos 23 et 24 de la CVR correspondent aux intentions initiales d'entraîner des changements dans l'enseignement de la médecine et dans les systèmes de prestation des soins de santé et d'amélioration de la qualité des soins pour tous les Autochtones.

## Bibliographie (en anglais seulement)

- Akearok, G. H., Tabish, T., & Cherba, M. (2020). Cultural orientation and safety app for new and short-term health care providers in Nunavut. *Canadian Journal of Public Health, 111*, 694-700.
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. The Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>
- Barnabe, C., Kherani, R. B., Appleton, T., Umaefulam, V., Henderson, R., & Crowshoe, L. (2021). Participant-reported effect of an Indigenous health continuing professional development initiative for specialists. *BMC Medical Education, 21*(116), 1-8.
- Brewer, K. M., McCann, C. M., & Harwood, M. L. N. (2020). Working with Māori adults with aphasia: An online professional development course for speech-language therapists. *Aphasiology, 34*(11), 1413-1431.
- Chapman, R., Martin, C., & Smith, T. (2014). Evaluation of staff cultural awareness before and after attending cultural awareness training in an Australian emergency department. *International Emergency Nursing, 22*, 179-184.
- Crowshoe, L., Han, H., Calam, B., Henderson, R., Jacklin, K., Walker, L., & Green, M. E. (2018). Impacts of educating for equity workshop on addressing social barriers of type 2 diabetes with Indigenous patients. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 38*(1), 49-59.
- de Leeuw, S., Larstone, R., Fell, B., Cross, N., Greenwood, M., Auerbach, K., & Sutherland, J. (2021). Educating medical students' "hearts and minds": A humanities-informed cultural immersion program in Indigenous experiential community learning. *International Journal of Indigenous Health, 16*(1), 87-107.
- Doucette, H. J., Maillet, P. J., Brillant, M. G., & Tax, C. L. (2014). Dental hygiene students' perceptions of a cultural competence component in a tobacco dependence education curriculum: A pilot study. *Journal of Dental Education, 79*(6), 680-685.
- Hardy, B.-J., Filipenko, S., Smylie, D., Ziegler, C., & Smylie, J. (2023). Systematic review of Indigenous cultural safety training interventions for healthcare professionals in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *British Medical Journal (BMJ) Open, 13*, e073320.
- Health Standards Organization. (2022). *British Columbia cultural safety and humility standard – HSO 75000:2022*. <https://healthstandards.org/standard/cultural-safety-and-humility-standard/>
- Hulko, W., Mahara, M. S., Emerita, P., Wilson, D., & Campbell-McArthur, G. (2021). Culturally safe dementia care: Building nursing capacity to care for First Nation Elders with memory loss. *International Journal of Older People Nursing, 16*(5), 12395.
- Jacklin, K., Strasser, R., & Peltier, I. (2014). From the community to the classroom: The Aboriginal health curriculum at the Northern Ontario School of Medicine. *Canadian Journal of Rural Medicine, 19*(4), 143-150.
- Kerrigan, V., Lewis, N., Cass, A., Hefler, M., & Ralph, A. P. (2020). "How can I do more?" Cultural awareness training for hospital-based healthcare providers working with high Aboriginal caseload. *BMC Medical Education, 20*(173), 1-11.
- Kerrigan, V., McGrath, S. Y., Herdman, R. M., Puruntatameri, P., Lee, B., Cass, A., Ralph, A. P., & Hefler, M. (2021). Evaluation of 'Ask the Specialist': A cultural education podcast to inspire improved healthcare for Aboriginal peoples in North Australia. *Health Sociology Review, 31*(2), 139-157.
- Liaw, S.-T., Hasan, I., Wade, V., Canalese, R., Kelaher, M., Lau, P., & Harris, M. (2015). Improving cultural respect to improve Aboriginal health in general practice: A multi-methods and multi-perspective pragmatic study. *American Family Physician, 44*(6), 387-392.
- Lin, I., Flanagan, W., Green, C., Lowell, A., Coffin, J., & Bessarab, D. (2023). Clinical yarning education: Development and pilot evaluation of an education program to improve clinical communication in Aboriginal health care – participant, and health manager perspectives. *BMC Medical Education, 23*(908), 1-13.
- Maar, M., Bessette, N., McGregor, L., Lovelace, A., & Reade, M. (2020). Co-creating simulated cultural communication scenarios with Indigenous animators: An evaluation of innovative clinical cultural safety curriculum. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 7*, 1-9.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2023). *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada - Chapter 1: Introduction*. <https://www.nccih.ca/docs/cultural/CS-CHPTS-01-Intro-EN-Web.pdf>

- Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N., Harvey, M. J., Langford, A., Carey-Simms, K. L., Minahan, N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J., & Nelson, N. (2020). Structural competency: Curriculum for medical students, residents, and interprofessional teams on the structural factors that produce health disparities. *The AAMC Journal of Teaching and Learning Resources*, 16, 10888.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023). *Common definitions on cultural safety – Chief Public Health Officer Health Professional Forum*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/chief-public-health-officer-health-professional-forum-common-definitions-cultural-safety/definitions-en2.pdf>
- Razack, S., Richardson, L., & Pillay, S. R. (2024). The violence of curriculum: Dismantling systemic racism, colonisation and Indigenous erasure within medical education. *Medical Education*, 2024, 1-10.
- Sauvé, A., Cappelletti, A., & Murji, L. (2022). Stand up for Indigenous health: A simulation to educate residents about the social determinants of health faced by Indigenous Peoples in Canada. *Academic Medicine*, 97(4), 518-523.
- Shah, C., & Reeves, A. (2015). The Aboriginal cultural safety initiative: An innovative health sciences curriculum in Ontario colleges and universities. *International Journal of Indigenous Health*, 10(2), 117-131.
- Smylie, J., Rotondi, M. A., Filipenko, S., Cox, W. T. L., Smylie, D., Ward, C., Klopfer, K., Lofters, A. K., O'Neill, B., Graham, M., Weber, L., Damji, A. N., Devine, P. G., Collins, J., & Hardy, B.-J. (2024). Randomized controlled trial demonstrates novel tools to assess patient outcomes of Indigenous cultural safety training. *BMC Medicine*, 22(3).
- Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). (2015). *Calls to Action*. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls\\_to\\_action\\_english2.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf)
- Waldner, R., Baydala, L., Tremblay, M., Pynoo, E., & Dreise, H. (2022). Clinical training within an Indigenous community: A qualitative description of pediatric residents' learning experiences. *Pediatrics & Child Health*, 27, 403-407.
- Webb, D., Stutz, S., Hiscock, C., Bowra, A., Butsang, T., Tan, S., Scott-Kay, B., & Mashford-Pringle, A. (2023). Indigenous cultural safety trainings for healthcare professionals working in Ontario, Canada: Context and considerations for healthcare institutions. *Health Services Insights*, 16, 1-8.
- Wheeler, A. J., Hu, J., Tadakamadla, S. K., Hall, K., Miller, A., & Kelly, F. (2022). Development and feasibility testing of a training programme for community pharmacists to deliver a culturally responsive medication review intervention. *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 51.
- Wylie, L., McConkey, S., & Corrado, A. M. (2021). It's a journey not a check box: Indigenous cultural safety from training to transformation. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 314-332.

