

Synthèse des données probantes

Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative

Geneveave Barbo, inf. aut., M. Sc. Inf., M. Sc. Cl. (1); Sharmin Alam, M.A. (2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Résumé

Introduction. Les Autochtones du Canada sont traités de façon négative lorsqu'ils ont accès à des soins de santé primaires. Malgré plusieurs comptes rendus qualitatifs de ces expériences, il n'y a toujours pas de revue qualitative sur ce sujet. Dans cette revue systématique qualitative, nous avons voulu explorer les expériences vécues par les Autochtones au Canada lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, caractériser les différences entre les régions urbaines et les régions rurales ou éloignées et dégager des recommandations portant sur l'amélioration de la qualité des soins.

Méthodologie. Cette revue a été guidée par la méthodologie du Joanna Briggs Institute concernant la revue systématique de données qualitatives. Nous avons consulté les bases de données MEDLINE, CINAHL, PubMed, PsycInfo, Embase et Web of Science, ainsi que la littérature grise et des sources ancestrales afin de trouver des articles pertinents. Les sources ancestrales ont été obtenues en examinant les références de tous les articles inclus afin d'identifier celles qui pourraient correspondre aux critères d'admissibilité. Deux évaluatrices indépendantes ont procédé au tri des articles puis au dépouillement du texte intégral, à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité des données. Une fois toutes les données recueillies, elles ont été synthétisées au moyen de l'approche de la méta-agrégation (PROSPERO CRD42020192353).

Résultats. Nos recherches nous ont permis de trouver 2 503 articles dans les bases de données universitaires et 12 articles provenant de la littérature grise et de sources ancestrales. Nous avons retenu au total 22 articles dans notre revue. Trois grandes constatations synthétisées se sont dégagées – les expériences satisfaisantes, les attitudes discriminatoires et les défis systémiques auxquels sont confrontés les patients autochtones – ainsi qu'une constatation synthétisée concernant leurs recommandations.

Conclusion. Les Autochtones tiennent à recevoir des soins sûrs, accessibles et respectueux. La discrimination et le racisme auxquels ils sont confrontés ont une incidence négative sur leur santé et leur bien-être. Il est donc essentiel de mettre en œuvre immédiatement des changements dans la pratique, les structures et les politiques en matière de soins de santé et d'amorcer sans délai une transformation systémique.

Mots-clés : Autochtones, soins de santé primaires, accessibilité des services de santé, revue systématique, Canada

Introduction

Selon la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptée en 1946, toute personne a le droit fondamental de

jouir du meilleur état de santé possible¹. Néanmoins, à ce jour, les inégalités en matière de santé persistent à l'échelle mondiale². Les inégalités en matière de santé sont des différences systématiques

dans l'état de santé de divers groupes de population causées par une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé qui désavantagent encore plus ceux qui sont déjà socialement vulnérables^{2,3}.

Rattachement des auteures :

1. College of Nursing, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada
2. Chercheure indépendante, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Geneveave Barbo, College of Nursing, University of Saskatchewan, Health Science Building – 1A10, Box 6, 107 Wiggins Road, Saskatoon (Saskatchewan) S7N 5E5; tél. : 306-966-6221; courriel : g.barbo@usask.ca

[Article de recherche](#) par Barbo G et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Points saillants

- Il s'agit de la première revue systématique qualitative visant à explorer les expériences des Autochtones en ce qui concerne les soins de santé primaires au Canada.
- Conformément à la méthodologie du Joanna Briggs Institute concernant la revue systématique de données qualitatives, nous avons inclus six bases de données universitaires et consulté la littérature grise et des sources ancestrales.
- Les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada ont été décrites comme étant empreintes de soutien et de respect dans certains cas, mais aussi très marquées par des attitudes discriminatoires et des difficultés systémiques.
- Les Autochtones vivant en milieu rural ou éloigné ont fait état de davantage de préoccupations en matière de protection de la vie privée, de confidentialité et d'accessibilité que ceux vivant en milieu urbain.

Selon l’OMS et d’autres défenseurs de la santé publique, il est important d’investir dans les soins de santé primaires pour remédier aux inégalités en matière de santé au sein de chaque pays^{4,5}.

Au Canada, les soins de santé primaires sont offerts à tous les résidents admissibles grâce à la couverture universelle publique en matière de santé, ce que l’on appelle l’assurance-maladie ou l’assurance-santé⁶. L’assurance-santé est régie par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui garantit la prestation de services de soins de santé (dont les soins de santé primaires) et le respect des cinq principes fondamentaux que sont la gestion publique, l’intégralité, l’universalité, la transférabilité et l’accessibilité⁷. En 2000, une réforme des soins de santé primaires a été approuvée et entamée par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, dans le but premier d’améliorer l’accès aux services, la qualité des services, l’équité en santé et la réceptivité aux besoins des patients et des collectivités^{6,8}. Pourtant, des problèmes liés à l’accès aux soins de santé primaires et à la qualité de ces soins persistent, en particulier chez les populations socialement marginalisées, comme le sont les Autochtones^{9,10}. La marginalisation sociale est souvent définie comme une exclusion sociale en raison d’un manque de pouvoir, de ressources et de statut qui limite les possibilités ou l’accessibilité¹¹.

De nombreuses études ont fait ressortir les obstacles auxquels se heurtent les Autochtones (qu’ils vivent en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné) lorsqu’ils veulent avoir accès à des soins de santé primaires, comme la discrimination, le racisme, des soins qui ne sont pas respectueux de leur culture et des soins inaccessibles¹²⁻¹⁵. Malgré plusieurs comptes rendus qualitatifs de ces expériences négatives, une recherche approfondie de la littérature révèle qu’il n’y a toujours pas de revue qualitative sur le sujet. En comblant cette lacune, il sera possible d’aider les décideurs, les gestionnaires de soins de santé, les professionnels de la santé et les chercheurs à cerner les principaux éléments sur lesquels agir pour améliorer l’accès aux soins de santé primaires et la qualité de ces soins dans l’ensemble du Canada.

Par conséquent, nous avons choisi d’explorer les questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les expériences et les perspectives des Autochtones en ce qui concerne les soins de santé primaires au Canada?
2. En quoi ces expériences et ces perspectives diffèrent-elles lorsqu’on compare les soins de santé primaires offerts en milieu urbain par rapport à ceux offerts en milieu rural ou éloigné?
3. Quelles sont les recommandations des Autochtones pour améliorer la qualité des soins de santé primaires offerts au Canada?

Méthodologie

Protocole et enregistrement

Cette revue systématique est enregistrée dans l’International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO CRD 42020192353).

Critères d’admissibilité et stratégie de recherche

Notre revue a été guidée par la méthodologie du Joanna Briggs Institute (JBI) concernant la revue systématique de données qualitatives¹⁶; les détails sur le protocole sont décrits ailleurs¹⁷. Nous avons retenu les articles de recherche reposant sur une méthodologie qualitative ou mixte, rédigés en anglais ou en français, qui portaient sur les expériences, vécues ou relatées, des Autochtones recevant des soins de santé primaires au Canada. Il n’y avait aucune restriction quant à l’année de publication des articles ou à l’âge, au genre, à l’état de santé ou à la localisation des participants.

Nous avons effectué des recherches préliminaires dans CINAHL et PubMed afin de trouver des mots-clés et des termes pertinents pour nos questions de recherche. Nous avons ensuite élaboré une stratégie de recherche complète et nous l’avons adaptée à chacune des bases de données suivantes : MEDLINE, CINAHL, PubMed, PsycInfo, Embase et Web of Science (tableau 1). Nous avons également consulté la littérature grise en faisant des recherches dans Google Scholar, le Bielefeld Academic Search Engine, ProQuest Dissertations and Theses et divers autres sites Web pertinents (comme ceux de la Native Health Database et du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone). De plus, nous avons vérifié la liste des références de chaque article retenu pour déterminer s’il fallait passer en revue

d’autres études afin d’obtenir des sources ancestrales.

Sélection des études

Après la recherche, toutes les citations identifiées ont été téléchargées sur Rayyan¹⁸. Ensuite, les deux auteures (GB et SA) ont vérifié indépendamment le titre et le résumé des articles en fonction des critères d’inclusion. Elles ont ensuite examiné, de façon indépendante également, l’intégralité des articles sélectionnés. Les raisons justifiant l’exclusion de certains articles ont été notées, et aucune divergence majeure n’a été constatée entre les deux évaluatrices, ce qui a rendu inutile l’aide d’un troisième évaluateur. Après avoir choisi les articles à retenir, elles ont effectué une évaluation indépendante de la qualité à l’aide de la liste de vérification du JBI pour l’évaluation critique de la recherche qualitative¹⁹.

Extraction et synthèse des données

Toutes les données pertinentes des études retenues ont été recueillies à l’aide de l’outil d’extraction de données du JBI¹⁶. Les données extraites sont les renseignements sur la méthodologie des études, la méthode d’analyse, le centre d’intérêt, l’emplacement géographique, les caractéristiques des participants, les résultats et les illustrations. Ces données ont ensuite été synthétisées selon l’approche de méta-agrégation du JBI : les constatations et les illustrations ont été classées dans diverses catégories puis regroupées de façon à former un ensemble complet de constatations synthétisées. Enfin, conformément à l’approche de Munn et ses collaborateurs²⁰, nous avons attribué un score ConQual aux constatations synthétisées afin de vérifier leur fiabilité et leur crédibilité.

Résultats

Les recherches nous ont permis d’obtenir 2 503 articles dans les bases de données universitaires et 12 articles provenant de la littérature grise et de sources ancestrales. Au total, nous avons retenu 22 articles dans notre revue.

La figure 1 illustre l’organigramme PRISMA des résultats des recherches et du processus de sélection des études²¹. La qualité méthodologique des articles retenus variait de modérée à élevée, ce qui fait qu’aucune

TABLEAU 1
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCIINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
1. content analysis.mp.	S1. TI content analysis* OR AB content analysis*	#1. content analysis[Title/Abstract]	1. content analysis.mp.	1. content analysis.mp.	1. TI=content analysis* OR AB=content analysis*
2. descriptive.mp.	S2. TI descriptive OR AB descriptive	#2. descriptive[Title/Abstract]	2. descriptive.mp.	2. descriptive.mp.	2. TI=descriptive OR AB=descriptive
3. discourse.mp.	S3. TI discourse OR AB discourse	#3. discourse[Title/Abstract]	3. discourse.mp.	3. discourse.mp.	3. TI=discourse OR AB=discourse
4. ethno*.mp.	S4. TI ethno* OR AB ethno*	#4. ethno*[Title/Abstract]	4. ethno*.mp.	4. ethno*.mp.	4. TI=ethno* OR AB=ethno*
5. exploratory.mp.	S5. TI exploratory OR AB exploratory	#5. exploratory[Title/Abstract]	5. exploratory.mp.	5. exploratory.mp.	5. TI=exploratory OR AB=exploratory
6. grounded theory.mp.	S6. TI grounded theory OR AB grounded theory	#6. grounded theory[Title/Abstract]	6. grounded theory.mp.	6. grounded theory.mp.	6. TI=grounded theory OR AB=grounded theory
7. interpretive.mp.	S7. TI interpretive OR AB interpretive	#7. interpretive[Title/Abstract]	7. interpretive.mp.	7. interpretive.mp.	7. TI=interpretive OR AB=interpretive
8. interview*.mp.	S8. TI interview OR AB interview	#8. interview*[Title/Abstract]	8. interview*.mp.	8. interview*.mp.	8. TI=interview OR AB=interview
9. mixed method*.mp.	S9. TI mixed method* OR AB mixed method*	#9. mixed method*[Title/Abstract]	9. mixed method*.mp.	9. mixed method*.mp.	9. TI=mixed method* OR AB=mixed method*
10. multi* method*.mp.	S10. TI multi* method* OR AB multi* method*	#10. multi* method*[Title/Abstract]	10. multi* method*.mp.	10. multi* method*.mp.	10. TI=multi* method* OR AB=multi* method*
11. narrative.mp.	S11. TI narrative OR AB narrative	#11. narrative[Title/Abstract]	11. narrative.mp.	11. narrative.mp.	11. TI=narrative OR AB=narrative
12. phenomenolog*.mp.	S12. TI phenomenolog* OR AB phenomenolog*	#12. phenomenolog*[Title/Abstract]	12. phenomenolog*.mp.	12. phenomenolog*.mp.	12. TI=phenomenolog* OR AB=phenomenolog*
13. qualitative.mp.	S13. TI qualitative OR AB qualitative	#13. qualitative[Title/Abstract]	13. qualitative.mp.	13. qualitative.mp.	13. TI=qualitative OR AB=qualitative
14. thematic*.mp.	S14. TI thematic* OR AB thematic*	#14. thematic*[Title/Abstract]	14. thematic*.mp.	14. thematic*.mp.	14. TI=thematic* OR AB=thematic*
15. theme*.mp.	S15. TI theme* OR AB theme*	#15. theme*[Title/Abstract]	15. theme*.mp.	15. theme*.mp.	15. TI=theme* OR AB=theme*
16. case studies.mp.	S16. TI case studies OR AB case studies	#16. case studies[Title/Abstract]	16. case studies.mp.	16. case studies.mp.	16. TI=case studies OR AB=case studies
17. focused group discussions.mp.	S17. TI focused group discussions OR AB focused group discussions	#17. focused group discussions[Title/Abstract]	17. focused group discussions.mp.	17. focused group discussions.mp.	17. TI=focused group discussions OR AB=focused group discussions
18. Empirical Research/	N/A	N/A	18. Empirical Research/	18. Empirical Research/	N/A
19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	S18. S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9 or S10 or S11 or S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17	#18. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17	19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	18. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17
20. attitude*.mp.	S19. TI attitude* OR AB attitude*	#19. attitude*[Title/Abstract]	20. attitude*.mp.	20. attitude*.mp.	19. TI=attitude* OR AB=attitude*
21. belief*.mp.	S20. TI belief* OR AB belief*	#20. belief*[Title/Abstract]	21. belief*.mp.	21. belief*.mp.	20. TI=belief* OR AB=belief*
22. experience*.mp.	S21. TI experience* OR AB experience*	#21. experience*[Title/Abstract]	22. experience*.mp.	22. experience*.mp.	21. TI=experience* OR AB=experience*

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
23. opinion*.mp.	S22. TI opinion* OR AB opinion*	#22. opinion*[Title/Abstract]	23. opinion*.mp.	23. opinion*.mp.	22. TI=opinion* OR AB=opinion*
24. perception*.mp.	S23. TI perception* OR AB perception*	#23. perception*[Title/Abstract]	24. perception*.mp.	24. perception*.mp.	23. TI=perception* OR AB=perception*
25. perspective*.mp.	S24. TI perspective* OR AB perspective*	#24. perspective*[Title/Abstract]	25. perspective*.mp.	25. perspective*.mp.	24. TI=perspective* OR AB=perspective*
26. satisfaction.mp.	S25. TI satisfaction OR AB satisfaction	#25. satisfaction[Title/Abstract]	26. satisfaction.mp.	26. satisfaction.mp.	25. TI=satisfaction OR AB=satisfaction
27. value*.mp.	S26. TI value* OR AB value*	#26. value*[Title/Abstract]	27. value*.mp.	27. value*.mp.	26. TI=value* OR AB=value*
28. view*.mp.	S27. TI view* OR AB view*	#27. view*[Title/Abstract]	28. view*.mp.	28. view*.mp.	27. TI=view* OR AB=view*
29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	S28. S19 or S20 or S21 or S22 or S23 or S24 or S25 or S26 or S27	#28. #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27	29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	28. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27
30. aborigin*.mp.	S29. TI aborigin* OR AB aborigin*	#29. aborigin*[Title/Abstract]	30. aborigin*.mp.	30. aborigin*.mp.	29. TI=aborigin* OR AB=aborigin*
31. First Nation*.mp.	S30. TI First Nation* OR AB First Nation*	#30. First Nation*[Title/Abstract]	31. First Nation*.mp.	31. First Nation*.mp.	30. TI=First Nation* OR AB=First Nation*
32. indigen*.mp.	S31. TI indigen* OR AB indigen*	#31. indigen*[Title/Abstract]	32. indigen*.mp.	32. indigen*.mp.	31. TI=indigen* OR AB=indigen*
33. Inuit*.mp.	S32. TI Inuit* OR AB Inuit*	#32. Inuit*[Title/Abstract]	33. Inuit*.mp.	33. Inuit*.mp.	32. TI=Inuit* OR AB=Inuit*
34. Metis.mp.	S33. TI Metis OR AB Metis	#33. Metis[Title/Abstract]	34. Metis.mp.	34. Metis.mp.	33. TI=Metis OR AB=Metis
35. native*.mp.	S34. TI native* OR AB native*	#34. native*[Title/Abstract]	35. native*.mp.	35. native*.mp.	34. TI=native* OR AB=native*
36. Indian*.mp.	S35. TI Indian* OR AB Indian*	#35. Indian*[Title/Abstract]	36. Indian*.mp.	36. Indian*.mp.	35. TI=Indian* OR AB=Indian*
37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	S36. S29 or S30 or S31 or S32 or S33 or S34 or S35	#36. #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35	37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	36. 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35
38. Canad*.mp.	S37. TI Canad* OR AB Canad*	#37. Canad*[Title/Abstract]	38. Canad*.mp.	38. Canad*.mp.	37. TI=Canad* OR AB=Canad*
39. Alberta*.mp.	S38. TI Alberta* OR AB Alberta*	#38. Alberta*[Title/Abstract]	39. Alberta*.mp.	39. Alberta*.mp.	38. TI=Alberta* OR AB=Alberta*
40. British Columbia.mp.	S39. TI British Columbia OR AB British Columbia	#39. British Columbia[Title/Abstract]	40. British Columbia.mp.	40. British Columbia.mp.	39. TI=British Columbia OR AB=British Columbia
41. Manitoba*.mp.	S40. TI Manitoba* OR AB Manitoba*	#40. Manitoba*[Title/Abstract]	41. Manitoba*.mp.	41. Manitoba*.mp.	40. TI=Manitoba* OR AB=Manitoba*
42. New Brunswick.mp.	S41. TI New Brunswick OR AB New Brunswick	#41. New Brunswick[Title/Abstract]	42. New Brunswick.mp.	42. New Brunswick.mp.	41. TI=New Brunswick OR AB=New Brunswick
43. Newfoundland and Labrador.mp.	S42. TI Newfoundland and Labrador OR AB Newfoundland and Labrador	#42. Newfoundland and Labrador[Title/Abstract]	43. Newfoundland and Labrador.mp.	43. Newfoundland and Labrador.mp.	42. TI=Newfoundland Labrador OR AB=Newfoundland Labrador
44. Nova Scotia.mp.	S43. TI Nova Scotia OR AB Nova Scotia	#43. Nova Scotia[Title/Abstract]	44. Nova Scotia.mp.	44. Nova Scotia.mp.	43. TI=Nova Scotia OR AB=Nova Scotia
45. Ontario.mp.	S44. TI Ontario OR AB Ontario	#44. Ontario[Title/Abstract]	45. Ontario.mp.	45. Ontario.mp.	44. TI=Ontario OR AB=Ontario
46. Prince Edward Island.mp.	S45. TI Prince Edward Island OR AB Prince Edward Island	#45. Prince Edward Island[Title/Abstract]	46. Prince Edward Island.mp.	46. Prince Edward Island.mp.	45. TI=Prince Edward Island OR AB=Prince Edward Island

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
47. Quebec*.mp.	S46. TI Quebec* OR AB Quebec*	#46. Quebec*[Title/Abstract]	47. Quebec*.mp.	47. Quebec*.mp.	46. TI=Quebec* OR AB=Quebec*
48. Saskatchewan.mp.	S47. TI Saskatchewan OR AB Saskatchewan	#47. Saskatchewan[Title/Abstract]	48. Saskatchewan.mp.	48. Saskatchewan.mp.	47. TI=Saskatchewan OR AB=Saskatchewan
49. Northwest Territories.mp.	S48. TI Northwest Territories OR AB Northwest Territories	#48. Northwest Territories[Title/Abstract]	49. Northwest Territories.mp.	49. Northwest Territories.mp.	48. TI=Northwest Territories OR AB=Northwest Territories
50. Nunavut.mp.	S49. TI Nunavut OR AB Nunavut	#49. Nunavut[Title/Abstract]	50. Nunavut.mp.	50. Nunavut.mp.	49. TI=Nunavut OR AB=Nunavut
51. Yukon.mp.	S50. TI Yukon OR AB Yukon	#50. Yukon[Title/Abstract]	51. Yukon.mp.	51. Yukon.mp.	50. TI=Yukon OR AB=Yukon
52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	S51. S37 or S38 or S39 or S40 or S41 or S42 or S43 or S44 or S45 or S46 or S47 or S48 or S49 or S50	#51. #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50	52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	51. 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50
53. primary care.mp.	S52. TI primary care OR AB primary care	#52. primary care[Title/Abstract]	53. primary care.mp.	53. primary care.mp.	52. TI=primary care OR AB=primary care
54. primary health care.mp.	S53. TI primary health care OR AB primary health care	#53. primary health care[Title/Abstract]	54. primary health care.mp.	54. primary health care.mp.	53. TI=primary health care OR AB=primary health care
55. primary healthcare.mp.	S54. TI primary healthcare OR AB primary healthcare	#54. primary healthcare[Title/Abstract]	55. primary healthcare.mp.	55. primary healthcare.mp.	54. TI=primary healthcare OR AB=primary healthcare
56. clinic*.mp.	S55. TI clinic* OR AB clinic*	#55. clinic*[Title/Abstract]	56. clinic*.mp.	56. clinic*.mp.	55. TI=clinic* OR AB=clinic*
57. outpatient*.mp.	S56. TI outpatient* OR AB outpatient*	#56. outpatient*[Title/Abstract]	57. outpatient*.mp.	57. outpatient*.mp.	56. TI=outpatient* OR AB=outpatient*
58. ambulatory.mp.	S57. TI ambulatory OR AB ambulatory	#57. ambulatory[Title/Abstract]	58. ambulatory.mp.	58. ambulatory.mp.	57. TI=ambulatory OR AB=ambulatory
59. community care.mp.	S58. TI community care OR AB community care	#58. community care[Title/Abstract]	59. community care.mp.	59. community care.mp.	58. TI=community care OR AB=community care
60. community health care.mp.	S59. TI community health care OR AB community health care	#59. community health care[Title/Abstract]	60. community health care.mp.	60. community health care.mp.	59. TI=community health care OR AB=community health care
61. community health services.mp.	S60. TI community health services OR AB community health services	#60. community health services[Title/Abstract]	61. community health services.mp.	61. community health services.mp.	60. TI=community health services OR AB=community health services
62. general practi*.mp.	S61. TI general practi* OR AB general practi*	#61. general practi*[Title/Abstract]	62. general practi*.mp.	62. general practi*.mp.	61. TI=general practi* OR AB=general practi*
63. family physician*.mp.	S62. TI family physician* OR AB family physician*	#62. family physician*[Title/Abstract]	63. family physician*.mp.	63. family physician*.mp.	62. TI=family physician* OR AB=family physician*
64. family doctor*.mp.	S63. TI family doctor* OR AB family doctor*	#63. family doctor*[Title/Abstract]	64. family doctor*.mp.	64. family doctor*.mp.	63. TI=family doctor* OR AB=family doctor*
65. Health Services, Indigenous/	S64. TI nurse practi* OR AB nurse practi*	#64. Primary Health Care/	65. Health Care Services/	65. health service/	64. TI=nurse practi* OR AB=nurse practi*

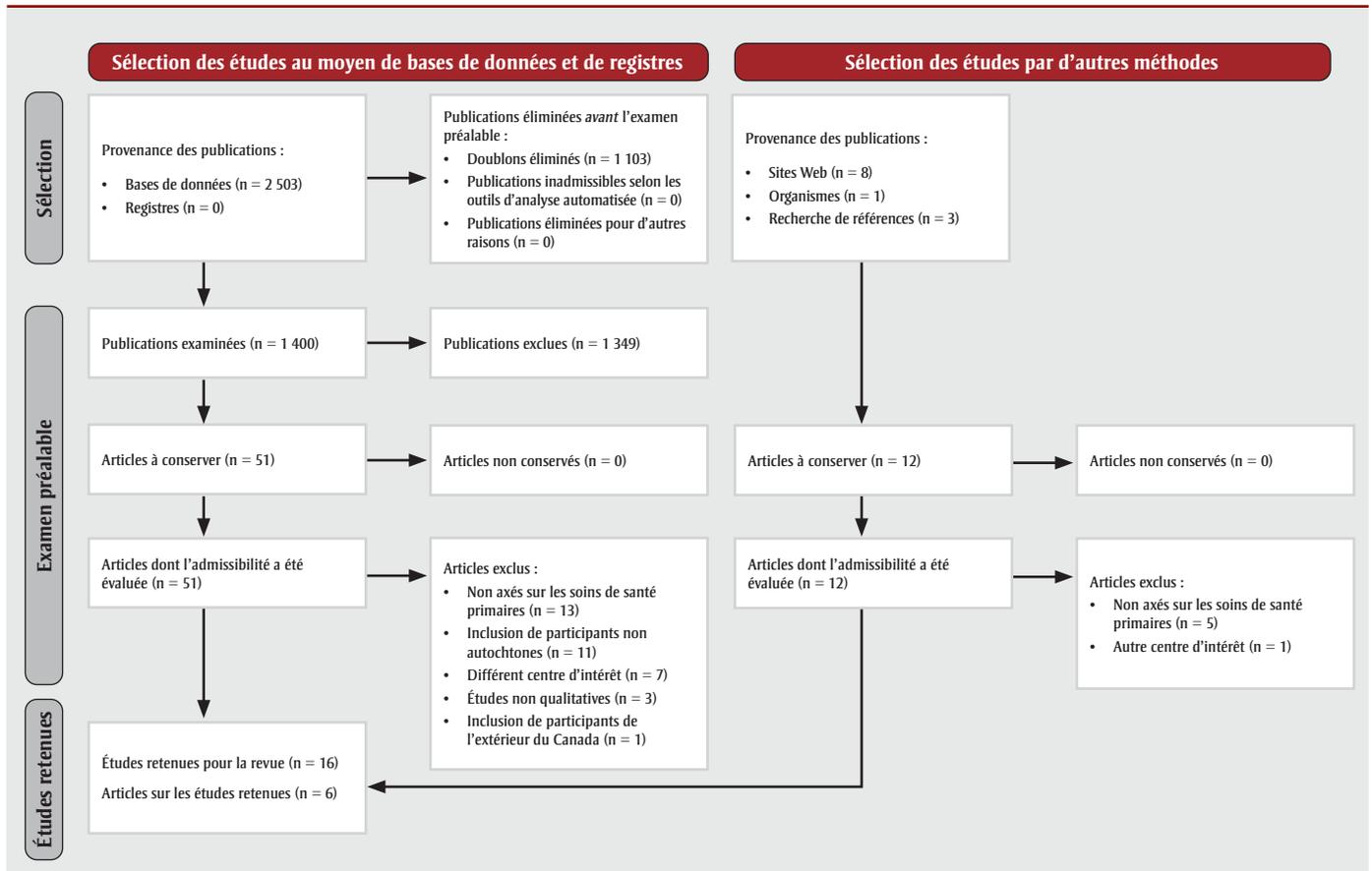
Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 ^e semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
66. Preventive Health Services/	S65. TI midwives OR AB midwives	#65. Community Health Services/	66. primary health care/	66. primary health care/	65. TI=midwives OR AB=midwives
67. nurse practi*.mp.	S66. TI midwife* OR TI midwife*	#66. Health Services, Indigenous/	67. nurse practi*.mp.	67. nurse practi*.mp.	66. TI=midwife* OR TI=midwife*
68. midwives.mp.	S67. TI pharmacist* OR AB pharmacist*	#67. Preventive Health Services/	68. midwives.mp.	68. midwives.mp.	67. TI=pharmacist* OR AB=pharmacist*
69. midwife*.mp.	S68. TI nurse OR AB nurse	#68. nurse practi*[Title/Abstract]	69. midwife*.mp.	69. midwife*.mp.	68. TI=nurse OR AB=nurse
70. pharmacist*.mp.	S69. TI nurses OR AB nurses	#69. midwives [Title/Abstract]	70. pharmacist*.mp.	70. pharmacist*.mp.	69. TI=nurses OR AB=nurses
71. nurse.mp.	S70. TI physiotherapist* OR AB physiotherapist*	#70. midwife*[Title/Abstract]	71. nurse.mp.	71. nurse.mp.	70. TI=physiotherapist* OR AB=physiotherapist*
72. nurses.mp.	S71. TI social worker* OR AB social worker*	#71. pharmacist*[Title/Abstract]	72. nurses.mp.	72. nurses.mp.	71. TI=social worker* OR AB=social worker*
73. physiotherapist*.mp.	S72. TI dietician* OR AB dietician*	#72. nurse[Title/Abstract]	73. physiotherapist*.mp.	73. physiotherapist*.mp.	72. TI=dietician* OR AB=dietician*
74. social worker*.mp.	N/A	#73. nurses[Title/Abstract]	74. social worker*.mp.	74. social worker*.mp.	N/A
75. dietician*.mp.	N/A	#74. physiotherapist*[Title/Abstract]	75. dietician*.mp.	75. dietician*.mp.	N/A
N/A	N/A	#75. social worker*[Title/Abstract]	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	#76. dietician*[Title/Abstract]	N/A	N/A	N/A
76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	S73. S52 or S53 or S54 or S55 or S56 or S57 or S58 or S59 or S60 or S61 or S62 or S63 or S64 or S65 or S66 or S67 or S68 or S69 or S70 or S71 or S72	#77. #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65 or #66 or #67 or #68 or #69 or #70 or #71 or #72 or #73 or #74 or #75 or #76	76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	73. 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72
77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	S74. S18 and S28 and S36 and S51 and S73	#78. #18 and #28 and #36 and #51 and #77	77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	74. 18 and 28 and 36 and 51 and 73
78. Filter: English and French	S75. Filter: English and French	#79. Filter: English and French	78. Filter: English and French	78. Filter: English and French	75. Filter: English and French

Abréviations : AB, résumé; A&HCI, Arts & Humanities Citation Index; APA, American Psychological Association; BKCI-S, Book Citation Index—Science; BKCI-SSH, Book Citation Index—Social Sciences & Humanities; CCR-EXPANDED, Current Chemical Reactions; CPCI-S, Conference Proceedings Citation Index—Science; CPCI-SSH, Conference Proceedings Citation Index—Social Science & Humanities; ESCI, Emerging Sources Citation Index; S.O., sans objet; SCI-EXPANDED, Science Citation Index Expanded; SSCI, Social Sciences Citation Index; TI, titre.

FIGURE 1
Organigramme PRISMA 2020²¹ pour les nouvelles revues systématiques



étude n'a été exclue après sa première sélection (tableau 2).

Caractéristiques des études retenues

Les caractéristiques détaillées des études retenues sont présentées dans le tableau 3. Les articles ont été publiés entre 2001 et 2020, et les études faisaient appel à diverses approches qualitatives : conception participative^{12,22-27}, méthodologies autochtones^{13,15,24,28-31}, ethnographie^{25,27,32,33}, phénoménologie^{34,35}, études de cas^{14,36}, description qualitative^{12,37}, théorie ancrée dans des données empiriques³⁸ ou méthodes mixtes³⁹. Onze des 22 études portaient sur des expériences vécues dans de grandes régions métropolitaines canadiennes, incluant Calgary^{25,38}, Edmonton³⁷, Ottawa²³, Toronto^{29,30,34}, Vancouver^{15,28} et Winnipeg^{13,31}, tandis que 10 études ont été menées dans des collectivités rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique^{26,27,39}, du Manitoba³³, de la Nouvelle-Écosse^{12,24}, de l'Ontario²⁴, du Québec¹⁴, du Nunavut²² et des Territoires du Nord-Ouest³². Enfin, un article comportait des résultats portant sur diverses

provinces et divers milieux, avec des participants de milieux urbains du sud de l'Alberta et des milieux ruraux de l'Alberta, des milieux urbains du nord de l'Ontario et des milieux éloignés du nord de l'Ontario ainsi que des milieux ruraux de la Colombie-Britannique³⁵. La catégorisation entre « milieu urbain », « milieu rural » et « milieu éloigné » repose sur les catégories utilisées dans les études en cause, en fonction de la définition des auteurs et de la densité de population⁴⁰ : les milieux urbains comptent au moins 400 hab./km² et les régions rurales ou éloignées comptent moins de 400 hab./km².

Les participants des études retenues étaient membres des Premières Nations, Métis ou Inuits et ils avaient au total entre 16 et 79 ans. Les raisons pour lesquelles ils souhaitaient obtenir des soins de santé primaires et leurs problèmes de santé préexistants étaient variables (cancer, arthrite, diabète, maladie cardiovasculaire, virus de l'immunodéficience humaine et troubles de santé mentale).

Observations synthétisées

Le tableau 4 présente un aperçu de chaque constatation de notre revue systématique. Trois grandes constatations synthétisées se sont dégagées en lien avec notre première et notre deuxième question de recherche et une autre constatation synthétisée relève de notre troisième question de recherche. Le tableau 5 présente le degré de fiabilité et de crédibilité de chaque constatation synthétisée, ainsi que le score ConQual (qui évalue le degré de confiance dans la qualité des données associées aux revues de travaux de recherche qualitative), dans le but d'en faciliter l'évaluation et l'intégration dans l'enseignement, la pratique et les politiques.

Première constatation synthétisée : expériences empreintes de soutien et de respect

La première constatation synthétisée montre que certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées

TABLEAU 2
Évaluation de la qualité méthodologique^a des études retenues

Référence	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Barnabe et al. ³⁸	N	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Bird et al. ³⁶	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Browne et Fiske ³²	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Bucharski et al. ³⁷	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Burns et al. ¹²	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Corosky et Blystad ²²	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O
Fontaine et al. ¹³	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Fraser et Nadeau ¹⁴	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ghosh ²³	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Goodman et al. ¹⁵	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Gorman ³⁴	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Hayden ³³	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O
Howard et al. ³⁹	N	O	O	O	N	O	N	O	O	O
Howell-Jones ²⁸	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Jacklin et al. ³⁵	N	O	O	O	O	N	N	O	O	O
MacDonald et al. ²⁴	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Monchalin et al. ³⁰	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Monchalin ²⁹	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Oelke ²⁵	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Russell et de Leeuw ²⁶	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Tait Neufeld ³¹	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Varcoe et al. ²⁷	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Proportion (%) de oui	68	100	100	100	95	64	50	100	95	100

Abréviations : N, non; O, oui; Q, question.

^a La liste de vérification du JBI pour l'évaluation critique de la recherche qualitative¹⁹ a été utilisée pour l'évaluation de la qualité des études retenues. Elle repose sur les questions suivantes :

- Q1. Y a-t-il concordance entre la perspective philosophique énoncée et la méthodologie de recherche?
- Q2. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la question ou les objectifs de recherche?
- Q3. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données?
- Q4. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la représentation et l'analyse des données?
- Q5. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats?
- Q6. Y a-t-il un énoncé indiquant où se situe le chercheur sur le plan culturel ou théorique?
- Q7. L'influence du chercheur sur la recherche et l'influence de la recherche sur le chercheur sont-elles prises en compte?
- Q8. Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?
- Q9. La recherche est-elle éthique d'après les critères actuels ou, dans le cas des études récentes, existe-t-il des preuves d'une approbation éthique par un organisme approprié?
- Q10. Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse ou de l'interprétation des données?

comme étant empreintes de soutien et de respect. Cette métasynthèse a été élaborée à partir de quatre catégories comprenant 15 constatations. Certains participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont indiqué qu'ils avaient eu des rencontres empreintes de soutien et de respect avec des fournisseurs de soins de santé primaires : ils s'étaient sentis en sécurité, écoutés et libres de s'exprimer sans jugement. Cette constatation a été confirmée par l'une des participantes des Premières Nations et des Métis vivant en milieu urbain lorsqu'elle a décrit les soins prénataux qu'elle a reçus : « Mon

omnipraticien est vraiment fantastique : il écoute vraiment ses patients. Il respecte le fait que ses patients en savent probablement autant que lui, sinon plus, sur ce qui se passe dans leur corps »³¹, p. 165 [traduction]. Une autre femme des Premières Nations vivant dans une collectivité éloignée a fait écho à cette expérience positive :

Lorsque mon mari est décédé, mon médecin [de famille] m'a téléphoné pour me dire de venir lui parler, pour qu'il puisse voir si j'étais bien et pour parler de ce qui s'était passé... et il

m'a expliqué cela très doucement; oui, ça arrive. Il était vraiment attentionné. C'est la meilleure chose qui me soit arrivée, qu'il m'ait téléphoné par lui-même pour me le dire³², p. 140. [traduction]

Les participants étaient également très reconnaissants lorsque les fournisseurs de soins de santé primaires ont offert leur soutien, étaient accessibles et ont consacré tout le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble de leurs préoccupations; des expériences similaires ont été décrites par

TABLEAU 3
Caractéristiques des études retenues

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Barnabe et al. ³⁸	Comprendre les expériences de patientes métisses et des Premières Nations vivant en milieu urbain qui ont recours au système de santé pour le traitement de l'arthrite inflammatoire	Mobilisation des patients et des collectivités, théorie ancrée dans des données empiriques	Groupes de discussion, entrevues semi-structurées, observations des participants et questionnaires	Femmes métisses et des Premières Nations (11)	Milieu urbain, Calgary (Alberta)	Un plus grand soutien à la prise de décisions concernant la pharmacothérapie est nécessaire pour optimiser la prise en charge de l'arthrite inflammatoire.
Bird et al. ³⁶	Explorer les expériences liées au diabète vécues par des participants inuits habitant dans une petite collectivité rurale	Étude de cas multiples	Entrevues semi-structurées et observations des participants	Hommes (3) et femme (1) inuits	Milieu éloigné, île de Baffin, Nunavut	L'accessibilité était une préoccupation en ce qui concerne les aliments, les connaissances en matière de santé, les services d'interprétation et les services de santé.
Browne et Fiske ³²	Mieux comprendre les expériences des femmes des Premières Nations en ce qui concerne les services de soins de santé réguliers	Approches ethnographiques critiques et féministes	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes des Premières Nations (10)	Milieu éloigné, Nord-Ouest du Canada	Les expériences des participantes ont révélé l'influence des stéréotypes liés à la race et au genre.
Bucharski et al. ³⁷	Découvrir la perspective des femmes autochtones sur les caractéristiques de ce qui constitue des services de counseling et de dépistage adaptés à la culture en matière d'infection à VIH	Recherche qualitative descriptive exploratoire	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	Femmes métisses et des Premières Nations (7)	Milieu urbain, Edmonton (Alberta)	Les principaux thèmes étaient les expériences de vie, les obstacles au dépistage, la situation idéale en ce qui concerne le dépistage de l'infection à VIH et les dimensions de ce qui constitue des services de counseling et de dépistage culturellement adaptés en matière d'infection à VIH.
Burns et al. ¹²	Explorer les expériences des femmes mi'kmaq recevant des soins prénataux dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse	Description qualitative et recherche-action participative	Entrevues semi-structurées	Femmes des Premières Nations (4)	Milieu rural, Nouvelle-Écosse	Les problèmes liés aux soins prénataux comprenaient des difficultés à organiser le transport et le manque d'équité en ce qui concerne les services offerts dans les collectivités mi'kmaq.
Corosky et Blystad ²²	Produire des données sur les expériences des jeunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs relativement à l'accès aux soins	Modèle de partenariat Piliriqatigiinniq pour la recherche en santé communautaire	Entrevues semi-structurées	Dirigeants des collectivités (6), jeunes hommes (9) et jeunes femmes (10) inuits	Milieu éloigné, Arviat (Nunavut)	Les obstacles à l'accès en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs comprennent la méfiance à l'égard des travailleurs de soutien dans la collectivité, la stigmatisation et les tabous, ainsi que le sentiment d'impuissance.
Fontaine et al. ¹³	Étudier l'expérience des femmes des Premières Nations en matière de santé cardiaque	Approche de décolonisation	Histoires et récits numériques	Femmes des Premières Nations (25)	Milieu urbain, Winnipeg (Manitoba)	Les problèmes de santé cardiaque des femmes des Premières Nations ont des racines historiques et sociales.

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Caractéristiques des études retenues

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Fraser et Nadeau ¹⁴	Explorer l'expérience des Inuits en matière de services de santé et de services sociaux dans une collectivité du Nunavik	Étude de cas (explicative)	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Aînés (3), femmes (10) et homme (1) inuits	Milieu éloigné, Nunavik (Québec)	Les expériences avec les services de santé et les services sociaux portaient sur des thèmes tels que la confiance, la protection de la vie privée et la crainte des conséquences d'une éventuelle divulgation de renseignements.
Ghosh ²³	Étudier les récits des Autochtones, des fournisseurs et des décideurs pour éclairer les stratégies actuelles de prévention du diabète de type 2	Recherche participative communautaire	Entrevues narratives	Utilisateurs de services des Premières Nations et des Métis (27), fournisseurs (6) et décideurs (7)	Milieu urbain, Ottawa (Ontario)	Les stratégies de prévention et de gestion du diabète chez les Autochtones vivant en milieu urbain doivent tenir compte de la diversité de leurs contextes historique, socioéconomique, spatial et juridique, de même que de leur admissibilité aux services de santé connexes.
Goodman et al. ¹⁵	Explorer comment les multiples formes de discrimination et d'oppression façonnent les expériences relatives aux soins de santé chez les Autochtones vivant dans une collectivité marginalisée	Méthode de recherche autochtone	Cercles de discussion et notes de terrain	Hommes (18) et femmes (12) autochtones (le groupe autochtone des participants n'est pas mentionné)	Milieu urbain, Vancouver (Colombie-Britannique)	Les professionnels de la santé doivent consacrer plus de temps à la compréhension des facteurs structurels et historiques qui ont une incidence sur les disparités et les attitudes personnelles des patients autochtones.
Gorman ³⁴	Explorer les expériences des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida	Phénoménologie exploratoire	Entrevues semi-structurées	Femmes des Premières Nations (16)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les participantes font preuve de résilience malgré les défis insurmontables auxquels elles sont confrontées en vivant avec le VIH/sida.
Hayden ³³	Explorer la perspective des personnes atteintes de diabète dans une petite collectivité isolée des Premières Nations et celle de leurs fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne les soins prodigués	Collaboration ethnographique	Entrevues semi-structurées et observations des participants	Des femmes (6) et des hommes (3) des Premières Nations, de même que des informateurs clés (8), à savoir des membres de la famille des participants, des fournisseurs de soins de santé et des administrateurs des soins de santé	Milieu éloigné et milieu urbain, Manitoba	Le fait de communiquer aux fournisseurs de soins de santé la compréhension qu'ont les patients des soins liés au diabète, tout en éliminant les obstacles institutionnels liés à la prestation des soins, peut conduire à une amélioration des soins liés au diabète et avoir une incidence positive sur l'évolution de la maladie.
Howard et al. ³⁹	Décrire les expériences des survivants du cancer en milieu rural recevant des soins médicaux et des soins de soutien après le traitement d'un cancer	Méthodes mixtes	Groupes de discussion et questionnaires	Femmes (7) et hommes (4) des Premières Nations, et femmes (34) et hommes (7) non autochtones	Milieu rural et éloigné, Colombie-Britannique	L'inaccessibilité des soins de soutien après le cancer est attribuable à des contraintes financières et géographiques.

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Caractéristiques des études retenues

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Howell-Jones ²⁸	Obtenir des descriptions de partenariats fructueux en matière de counseling entre des clients autochtones et des professionnels de la santé mentale non autochtones	Méthode de recherche autochtone et recherche narrative	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes (4) et hommes (3) des Premières Nations	Milieu urbain, Vancouver (Colombie-Britannique)	La capacité des professionnels à aider les clients à comprendre leur appartenance autochtone est l'un des principaux facteurs déterminants d'une bonne relation.
Jacklin et al. ³⁵	Examiner les expériences en matière de soins de santé des Autochtones atteints de diabète de type 2	Phénoménologie	Groupes de discussion séquentiels semi-structurés	Femmes (20) et hommes (12) métis et des Premières Nations	Milieu urbain et milieu rural en Alberta, milieu urbain et milieu éloigné en Ontario, et milieu rural en Colombie-Britannique	L'expérience des Autochtones a été classée selon quatre thèmes : l'héritage colonial des soins de santé, la perpétuation des inégalités, les obstacles structurels aux soins et le rôle des relations en matière de soins de santé dans l'atténuation des préjudices.
MacDonald et al. ²⁴	Explorer les expériences de femmes subissant un test de Papanicolaou dans deux collectivités rurales mi'kmaq	Recherche-action participative communautaire et principes autochtones	Cercles de discussion, entrevues semi-structurées et notes de terrain	Femmes des Premières Nations (16)	Milieu éloigné, est du Canada	Les résultats ont fait ressortir la nécessité pour les fournisseurs de soins de santé de comprendre le caractère unique de l'expérience vécue par chaque femme subissant un test de Papanicolaou. Un accent particulier a été mis sur la compréhension de l'incidence des traumatismes historiques, de la violence interpersonnelle et des soins tenant compte des traumatismes pour les Autochtones.
Monchalin et al. ³⁰	Étudier la perspective des femmes métisses sur leur identité et leur expérience en lien avec les services de santé à Toronto	Méthodologie autochtone	Entrevues semi-structurées	Femmes métisses (11)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les résultats montrent que les femmes métisses sont confrontées à une multitude d'obstacles lorsqu'elles reçoivent des services de santé et des services sociaux à Toronto. Des solutions pratiques visant à offrir des soins adaptés à la culture ont également été explorées.
Monchalin ²⁹	Explorer les expériences de racisme et de discrimination vécues par les femmes métisses lorsqu'elles reçoivent des services de santé et des services sociaux et lorsqu'elles travaillent dans ces domaines	Méthodologie autochtone et théorie féministe	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes métisses (11)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les femmes métisses sont exposées à de la discrimination raciale (elles sont témoins d'incidents racistes, intériorisent le racisme auquel elles sont exposées ou subissent du racisme) ainsi qu'à de la violence latérale lorsqu'elles ont recours à des services destinés aux autochtones.

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Caractéristiques des études retenues

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Oelke ²⁵	Comprendre les processus et les structures nécessaires pour améliorer la prestation de soins de santé primaires à la population autochtone en milieu urbain	Ethnographie, systèmes adaptatifs complexes, recherche-action participative et études de cas	Notes de réunion, entrevues individuelles et de groupe, observation des participants	Utilisateurs de services des Premières Nations et des Métis (158)	Milieu urbain, Calgary (Alberta)	Les conclusions font état des principales lacunes, soit le manque d'accès, le manque de collaboration entre les organisations, le manque de coordination et diverses lacunes liées à la prestation de services (prévention, promotion, santé mentale, enfants, jeunes).
Russell et de Leeuw ²⁶	Cerner les difficultés et les obstacles auxquels se heurtent les femmes autochtones recevant des soins de santé sexuelle liés au virus du papillome humain et au dépistage du cancer du col de l'utérus	Recherche participative communautaire et méthodologies féministe et antiraciste	Entrevues, questionnaires à questions ouvertes et expression par l'art	Femmes métisses (22)	Milieu éloigné, Colombie-Britannique	Les expériences de victimisation liée au genre, les sentiments de (dés) autonomisation, les circonstances de vie et le manque de sensibilisation étaient les quatre principaux thèmes qui ont eu une incidence sur l'accès des femmes autochtones aux services de santé sexuelle.
Tait Neufeld ³¹	Explorer les expériences des femmes autochtones; comprendre les causes, l'évolution, le traitement, l'apparition, la physiopathologie et la prévention du diabète gestationnel	Recherche autochtone exploratoire	Entrevues semi-structurées	Femmes métisses et des Premières Nations (29); fournisseurs de soins de santé et représentants communautaires (25)	Milieu urbain, Winnipeg, Canada	Les participants ont souligné l'accès limité et la qualité des soins prénataux ainsi que l'éducation sur le diabète.
Varcoe et al. ²⁷	Comprendre les expériences en matière de soins de maternité vécues par les femmes autochtones en milieu rural et les facteurs qui façonnent ces expériences	Approche ethnographique critique et cadre participatif	Observations des participantes, entrevues et groupes de discussion	Femmes (125) et dirigeants communautaires (9) des Premières Nations	Milieu éloigné, Colombie-Britannique	Les participantes ont expliqué que leurs expériences en matière de soins de maternité étaient affectées par la diminution des choix locaux, par le racisme et par des circonstances économiques difficiles

TABLEAU 4
Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Prestation de soins exceptionnels (SE)		
Relation (C)		
Vie avec le diabète (SE)	Sentiment de sécurité, être traité comme un membre de la famille	
Les femmes n'avaient pas toutes des préoccupations au sujet de la confidentialité ou de la protection de la vie privée (SE)		
Le rôle de la relation de soins dans l'atténuation des préjudices (SE)	Sentiment d'être écouté et capable de s'exprimer librement, sans jugement	
Soins collaboratifs et continus (SE)		Certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées comme étant empreintes de soutien et de respect
Importance de prendre le temps de s'engager (SE)		
Participation active aux décisions en matière de soins de santé (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont offert leur soutien, étaient toujours accessibles et ont pris tout le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des préoccupations.	
Soutien professionnel (SE)		
Commentaires positifs au médecin local (SE)		
Affirmation de l'identité personnelle et culturelle (SE)		
Prestation de soins culturellement sécuritaires (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont fait preuve de respect envers les clients, leur famille et leur identité culturelle	
Engagement (C)		
« Je pensais que le monde était mauvais » (C)		
Relations positives (SE)		
Réticence à demander des soins (SE)		
La discrimination est une menace pour l'accès continu aux médicaments (C)		
Éconduit par les fournisseurs de soins de santé (SE)		
Séréotypes racistes (SE)		
Insatisfaction à l'égard des services (SE)	Soins de santé primaires inadéquats ou de mauvaise qualité en raison de stéréotypes négatifs à l'égard des Autochtones	
Conséquences de multiples identités stigmatisées (SE)		
Croyances supplémentaires ayant influencé la décision de prescrire des analgésiques (SE)		
Manque d'empathie (SE)		
Soins équitables (SE)		
Opinions préjudiciables et subjectives (SE)		Les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de maltraitance qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés.
Exemples de racisme de la part des participants (SE)		
Expériences de racisme (SE)		
Questionnée deux fois de suite au sujet de son identité autochtone (SE)		
Prise pour une personne blanche (SE)		
Marginalisation (SE)		
Situations de vulnérabilité (SE)		
Commentaires racistes (SE)	Comportements discriminatoires	
Notions de supériorité raciale (SE)		
Perpétuation des inégalités (SE)		
Importance d'établir des relations significatives et respectueuses, empreintes de confiance (SE)		
Pas accueillant (SE)		
Racisme (SE)		
Regardaient les gens de haut (SE)		

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Insensibilité (SE)		
Être jugé (SE)		
Pas de compassion (SE)		
Être informé de façon inhumaine de son diagnostic (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont jugé les clients et ont manqué de compassion	
Valeurs religieuses du médecin (SE)		
Interactions cliniques brèves (SE)		
Victimisation et inconfort (SE)		
Estimait que ses besoins n'étaient pas satisfaits ou qu'elle n'était pas écoutée (SE)		
S'est sentie obligée de quitter sa collectivité (SE)	Sentiment d'être ignoré et besoins négligés	
Ce qu'ils voulaient ou ce dont ils avaient besoin n'a pas été pris en compte (SE)		
Mépris à l'égard de la situation personnelle (SE)		
Retards dans l'accès aux soins (SE)		
Connaissance des antécédents d'un client (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont des connaissances ou une expertise inadéquates	
Médecin non informé (SE)		
Devrait tenir compte du contexte des personnes, des familles et des collectivités (SE)		
Expériences négatives avec les services destinés aux Autochtones (SE)		
Se transformer pour avoir plus de crédibilité (SE)		
Peur de divulguer (SE)		
Crainte de discrimination (SE)		
Sentiment d'injustice (SE)		
Avantages de ne pas avoir à s'identifier comme une personne autochtone (SE)		
Atténuation des pratiques discriminatoires liées aux soins de santé (SE)		
Surmédication (SE)		
Problèmes de confiance avec les fournisseurs de soins de santé (SE)		
A attendu si longtemps que les symptômes étaient graves (SE)	Adoption de certaines stratégies d'adaptation pour faire face à un traitement discriminatoire ou négatif	
Manque de confiance et de femmes médecins (SE)		
Malaise avec son médecin (SE)		
Hésitation à demander l'aide d'un spécialiste (SE)		
Méfiance à l'égard du fournisseur de soins de santé local (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Impression d'un manque d'anonymat (SE)		
Atteinte à la vie privée (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Questions de confidentialité et de protection de la vie privée (SE)		
Confiance envers les fournisseurs de soins de santé de l'extérieur, qui arrivent en avion (SE)		

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Manque de communication entre les fournisseurs de soins de santé qui se trouvent dans les réserves et ceux qui viennent de l'extérieur (SE)		
La fréquentation d'une clinique sans rendez-vous a eu une incidence sur la continuité des soins reçus (SE)		
La mobilité de la population et la possibilité de consulter immédiatement en cas de besoin (SE)		
Développement d'une relation positive et durable avec un fournisseur de soins de santé (SE)	Continuité des soins limitée ou inexistante	
La mobilité du personnel de soutien (SE)		
Obstacles structurels aux soins (SE)		
Menace à l'égard de la continuité des soins (SE)		
Pénurie de médecins (SE)		
Haut taux de renouvellement du personnel (SE)		
Grande distance (SE)		
Manque de services de soins de santé (SE)		
Manque de ressources adéquates (SE)		
Impossibilité de se fier aux soins médicaux (SE)		
Lacunes dans les soins de santé primaires pour les enfants et les jeunes (SE)	Soins difficiles d'accès	
Manque de services de santé mentale (SE)		
Les efforts nécessaires pour que les Autochtones trouvent des services qui leur sont destinés et puissent s'en prévaloir (SE)		La structure et les pratiques du système de soins de santé primaires font en sorte que les Autochtones font l'expérience de soins inaccessibles et incomplets.
Davantage de fournisseurs de services de santé autochtones (SE)		
Courtes visites chez le médecin (SE)		
Course pour voir le plus de patients possible (SE)	Contraintes de temps constantes	
Contraintes de temps des médecins (SE)		
Longs temps d'attente (SE)		
Pas complètement compréhensif (SE)		
Écart entre les attentes et les services offerts (SE)		
Impression d'être perdu (SE)		
Très peu compréhensif (SE)		
Manque d'appui (SE)		
Manque de temps pour l'éducation (SE)		
Nombre limité de services de promotion de la santé (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ne communiquent pas suffisamment et ne font pas preuve de pédagogie en matière de santé	
Services de promotion de la santé (SE)		
Lacunes dans les services de promotion de la santé (SE)		
Financement et services liés aux problèmes des personnes blanches (SE)		
Scepticisme à l'égard des soins de santé et des étrangers (SE)		

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Développement de relations (SE)		
Divulgence appropriée (SE)		
Nécessité d'établir de bonnes relations (SE)	Les fournisseurs de soins de santé doivent faire preuve d'une plus grande empathie	
Offrir des choix (SE)		
Processus de dépistage de l'infection à VIH (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Dépistage de l'infection à VIH (SE)		
Manque général de respect (SE)		
Implication de la collectivité (SE)		
Connaissance de l'histoire (SE)	L'intégration des soins adaptés à la culture est primordiale	
Mobilisation de la collectivité (SE)		
Espaces plus visibles (SE)		Les patients autochtones ont recommandé de mettre davantage l'accent sur les soins adaptés à la culture et empreints d'empathie, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé autochtones, sur l'accessibilité ainsi que sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé
Importance du design intérieur (SE)		
Points de service destinés aux Métis ou dont le personnel est sensibilisé aux besoins des Métis (SE)		
Scepticisme à l'égard des soins de santé et des étrangers (SE)		
Manque de connaissances et de sensibilisation à l'égard de la culture (SE)	Préconiser le recrutement accru de fournisseurs de soins de santé et de membres du personnel autochtones	
Besoin de personnel autochtone (SE)		
Davantage de médecins autochtones (SE)		
Grande distance (SE)		
Pénurie de médecins (SE)	Grand besoin d'accessibilité en ce qui concerne les soins de santé primaires	
Importance d'avoir un médecin de famille (SE)		
Écart entre les attentes et les services offerts (SE)		
Aide de la part d'infirmières praticiennes (SE)		
Lacunes dans les services de promotion de la santé (SE)	Plus grand accent sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé	
Impression d'être perdu (SE)		
Nombre total de constatations = 130	Nombre total de catégories = 19	

Abréviations : C, crédible; SE, sans équivoque.

TABLEAU 5
Résumé des constatations

	Constatations synthétisées	Type de recherche	Fiabilité	Crédibilité	Score ConQual
1	Certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées comme étant empreintes de soutien et de respect	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
2	Les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de mauvais traitements qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
3	La structure et les pratiques du système de soins de santé primaires font en sorte que les Autochtones font l'expérience de soins inaccessibles et incomplets	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
4	Les patients autochtones ont recommandé de mettre davantage l'accent sur les soins adaptés à la culture et empreints d'empathie, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé autochtones, sur l'accessibilité et sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé

des personnes vivant dans des milieux urbains et par des personnes vivant dans des milieux ruraux ou éloignés. L'accès à des fournisseurs et à des renseignements fiables a fait une grande différence pour de nombreux participants : de nombreuses femmes des Premières Nations vivant en milieu rural ont déclaré que leurs infirmières en santé communautaire étaient toujours là pour les aider à répondre à leurs besoins en matière de santé¹².

De plus, les participants autochtones, qu'ils proviennent de milieux urbains ou de milieux ruraux ou éloignés, appréciaient les fournisseurs de soins de santé qui faisaient preuve de respect envers eux, leur famille et leur identité culturelle. Les participants s'attendaient à ce que les fournisseurs offrent des soins adaptés à la culture et à ce qu'ils aient reçu une formation et possèdent des connaissances sur l'histoire, les traditions, les coutumes et les défis des Autochtones. Lorsque ces qualités étaient présentes, les fournisseurs de soins de santé primaires ont été perçus comme étant plus serviables et authentiques. De façon générale, et dans l'ensemble des milieux (urbains, éloignés et ruraux), les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont reçu des soins de santé primaires empreints de soutien et de respect.

Deuxième constatation synthétisée : attitudes discriminatoires et maltraitance

La deuxième constatation synthétisée révèle que les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de maltraitance qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés. Six catégories et 58 constatations relèvent de cette métasynthèse.

De nombreux participants ont fait part d'expériences où des fournisseurs de soins de santé ont fait des commentaires ou ont eu des comportements discriminatoires. Ils présumaient immédiatement que les patients des Premières Nations, métis ou inuits, qu'ils vivent en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, avaient une dépendance au tabac ou à la drogue, étaient intoxiqués par l'alcool, avaient un partenaire violent ou maltrahaient leurs enfants, et ce, sans aucune justification ou preuve^{13-15,25,34,38}. Comme le rapporte une personne inuite exaspérée vivant dans

une collectivité éloignée : « La première chose que la médecin a voulu savoir à mon arrivée à la clinique, c'est si je fume. Est-ce normal? C'est comme si elle suppose que je fume parce que je suis une personne inuite. Je ne pense pas que ce soit juste »^{14, p. 293} [traduction]. Une femme des Premières Nations vivant en milieu urbain a également fait le commentaire suivant : « Oh, je ne recevrais pas de soins appropriés si j'en avais besoin, comme si j'avais de la douleur. Ils penseraient que je suis seulement là pour me "geler" »^{34, p. 122} [traduction].

Ces stéréotypes négatifs teintaient automatiquement les soins prodigués aux Autochtones, même s'ils ne s'appliquaient pas systématiquement à la situation précise de chaque patient. Par conséquent, ces patients ont été généralement éconduits et renvoyés à la maison sans avoir pu recevoir les soins médicaux dont ils avaient besoin, ce qui a provoqué des complications graves, voire le décès³².

De telles situations se sont produites à la fois en milieu urbain et en milieu rural ou éloigné. Comme l'a signalé une personne ayant participé à l'étude de Goodman et ses collaborateurs :

J'avais très mal du côté droit. J'ai consulté une clinique du DTES [Downtown Eastside], et la médecin m'a dit que ça finirait par passer. J'ai dormi, puis, au réveil, j'ai cru que j'allais mourir : j'avais une grande douleur à la poitrine. Un de mes poumons s'était affaibli. Je crois qu'elle pensait que je voulais des analgésiques, mais j'avais vraiment quelque chose.^{15, p. 90} [traduction]

Une autre personne membre des Premières Nations ayant participé à l'étude de Fontaine et ses collaborateurs a déclaré ce qui suit :

J'ai perdu [un membre de la famille]. Il buvait vraiment beaucoup. Quoi qu'il en soit, il est tombé malade, et chaque fois qu'il se rendait au poste de soins infirmiers, l'infirmier responsable lui disait : « Oh, tu as une bonne gueule de bois », sans l'examiner. Et il y est allé à peu près trois fois... au moins trois fois, peut-être quatre... je ne sais plus s'il y a eu une quatrième fois. Mais quoi qu'il en soit, on le renvoyait systématiquement à la maison. On lui disait : « Tu

n'as rien. Tu es juste... arrête de boire... tu as une gueule de bois ». En fin de compte, il est mort une nuit... chez lui.^{13, p. 5} [traduction]

Outre l'omission délibérée par certains fournisseurs de soins de santé primaires de prodiguer des soins de qualité à des patients autochtones, certains patients ont eu également l'impression que certains fournisseurs de soins avaient une attitude discriminatoire à leur égard. Dans certains cas, dès que des participants des Premières Nations, des Métis ou des Inuits mettaient les pieds dans une clinique, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, ils sentaient qu'ils n'étaient pas les bienvenus et qu'ils se faisaient juger, d'après la façon dont les fournisseurs de soins de santé et le personnel les regardaient et s'adressaient à eux. Cet élément a été abordé de façon plus détaillée dans les interactions subséquentes, comme l'a expliqué une personne frustrée ayant participé à l'étude de Goodman et ses collaborateurs :

Alors [l'infirmière] m'a montré comment [m'injecter], mais elle était tellement désagréable. Elle ne s'est pas montrée conciliante. Elle m'a dit que je devrais savoir comment le faire moi-même. J'ai été traité(e) comme de la merde, et je sais que c'est parce que je suis Autochtone. On le sait tous à cause du regard qu'ils nous jettent... oui, il y a « un regard ». Quand on a besoin de soins médicaux, on le supporte, mais on ne devrait pas avoir à le faire. Nous saignons comme tout le monde, nous accouchons comme tout le monde. Nous n'avons pas le choix...^{15, p. 89} [traduction]

Certains participants, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, ont pensé que les attitudes et les jugements négatifs des fournisseurs de soins de santé primaires découlaient de leur manque de compréhension ou de leur indifférence à l'égard des expériences de vie, de l'histoire, des antécédents et des circonstances socioéconomiques et politiques des Autochtones^{23,25,37}; toutefois, ce point a surtout été mentionné par les personnes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées. Dans certains cas, des femmes des Premières Nations vivant dans des réserves mais obligées de se rendre en ville parce qu'il n'y avait pas de services spécialisés ou d'outils de diagnostic dans

leur collectivité ont régulièrement reçu des amendes pour avoir été en retard ou avoir manqué leur rendez-vous en ville, et ce, même si la raison principale était qu'elles n'avaient pas les moyens de se payer un téléphone ou qu'il y avait des retards dus à la circulation en raison de la longue distance à parcourir³². Comme Browne et Fiske l'ont signalé, « l'embarras associé au fait d'être en retard ou de devoir payer une amende pour l'annulation d'un rendez-vous alors qu'elles n'avaient pas l'argent nécessaire a façonné l'expérience vécue par ces femmes et leur a donné l'impression d'être blâmées pour des circonstances sur lesquelles elles n'avaient aucune emprise »^{32, p. 138} [traduction libre].

En raison de ces interactions négatives avec les fournisseurs de soins de santé primaires et le système de santé, de nombreux patients autochtones choisissent de ne pas divulguer leur identité culturelle et leurs antécédents médicaux afin d'améliorer leur crédibilité, ou évitent simplement de demander des soins. Certains participants aux études de Goodman et ses collaborateurs¹⁵, de Monchalin et ses collaborateurs³⁰ et d'Oelke²⁵ ont révélé avoir omis de divulguer leur origine autochtone et certains aspects de leurs antécédents médicaux aux fournisseurs de soins de santé primaires, car ils croyaient que cette information ne serait pas bénéfique pour l'obtention des soins dont ils avaient besoin et, pire encore, que cela pourrait donner lieu à des actes discriminatoires. D'autres personnes choisissent de s'habiller ou de se comporter différemment devant les fournisseurs de soins de santé primaires pour obtenir plus de respect³². Par exemple, une personne vivant dans une collectivité éloignée des Premières Nations qui avait participé à l'étude de Browne et Fiske a expliqué ce qui suit :

C'est comme si je dois bien m'habiller chaque fois que je vais voir un médecin. Je dois avoir un comportement exemplaire et je dois parler de façon éduquée pour avoir la moindre forme de respect que ce soit... Si j'étais plus malade qu'un chien et que je ne voulais pas parler... que je ne me souciais pas de la façon dont je parlais ou de quoi que ce soit, on me traiterai... comme si j'étais moins que rien. Mais si je m'habille de façon appropriée et que je parle vraiment bien, comme je le fais habituellement, on me traite différemment... Mais pourquoi dois-je faire plus

d'efforts pour avoir le moindre respect? Pourquoi dois-je m'expliquer?^{32, p. 135} [traduction]

Dans certains cas, les patients autochtones ont repoussé au maximum le moment des soins afin d'éviter de vivre des expériences traumatisantes ou discriminatoires^{15,25}. Ils ont cherché à se faire soigner seulement lorsque leur maladie ou leurs symptômes étaient graves et qu'il n'y avait plus d'autre choix^{15,25}. De nombreux participants, à la fois en région urbaine en région rurale ou éloignée, ont admis ne pas faire confiance aux fournisseurs de soins de santé primaires^{13,24,26,34}. Par ailleurs, des patients inuits et des Premières Nations vivant dans des collectivités rurales ou éloignées ont exprimé des préoccupations importantes quant à savoir si les fournisseurs de soins protégeaient adéquatement leur vie privée et leur confidentialité^{14,22,24}.

Lorsque nous avons comparé les expériences des participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu urbain de ceux vivant en milieu rural ou éloigné en ce qui concerne les soins de santé primaires, nous avons constaté que les différences étaient très faibles. Comme on l'a vu, de façon analogue aux patients autochtones en milieu urbain, les participants vivant en milieu rural ou éloigné subissent également des attitudes discriminatoires et reçoivent des soins empreints de mépris et de jugement, ce qui les oblige à trouver des stratégies pour composer avec ces mauvais traitements. Il y a toutefois une différence importante sur le plan géographique : elle concerne la crainte d'une atteinte à la protection de la vie privée ou à la confidentialité. Si une participante de l'étude de Bucharski et ses collaborateurs³⁷, menée auprès de femmes des Premières Nations et des Métis vivant en milieu urbain, a exprimé des préoccupations au sujet de la protection de la vie privée et de la confidentialité, cette crainte a surtout été mentionnée par de nombreux participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu rural ou éloigné. Cette préoccupation semble être plus importante dans le cas des personnes vivant dans de petites collectivités très unies, comme c'est souvent le cas dans les milieux ruraux ou éloignés. Ces personnes ont parfois préféré des fournisseurs de soins de santé primaires qui n'étaient pas considérés comme des « locaux », car ceux-ci ne connaissaient aucun membre

de la collectivité ou ne travaillaient que temporairement dans la collectivité¹⁴.

Troisième constatation synthétisée : facteurs liés à la structure et aux pratiques

La troisième constatation synthétisée concerne les facteurs liés à la structure et aux pratiques du système de soins de santé primaires qui font en sorte que les Autochtones font parfois l'expérience de soins inaccessibles ou incomplets. Quatre catégories et 32 constatations relèvent de cette métasynthèse.

Notre revue nous a permis de constater qu'il y avait une importante pénurie de fournisseurs de soins de santé primaires au Canada. Dans les études que nous avons examinées, les participants autochtones, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, étaient confrontés à des difficultés dans la continuité des soins, à un manque d'accessibilité, à des visites de courte durée et à des lacunes dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé. De nombreux membres des Premières Nations et Métis vivant en ville n'ayant pas de médecin de famille, ils se rendent le plus souvent dans des cliniques sans rendez-vous, où plusieurs médecins se relaient pendant les heures d'ouverture, de sorte qu'ils ne voient pas nécessairement le même médecin à chaque visite^{25,35}. Lorsque les consultations sont si courtes, il peut se révéler impossible pour le médecin et le patient d'établir une véritable relation thérapeutique. Cette situation est encore plus problématique dans les collectivités rurales et éloignées, où la mobilité des fournisseurs de soins de santé primaires est importante et où leur recrutement et leur maintien en poste sont difficiles^{22,27,32,35}. Certaines personnes membres des Premières Nations ou métisses ayant participé à l'étude de Jacklin et ses collaborateurs « ont eu l'impression qu'une fois que les médecins avaient acquis de l'expérience, ils voulaient davantage d'argent pour rester et, sinon, ils allaient pratiquer ailleurs »^{35, p. 109-110} [traduction libre].

Par ailleurs, dans le cas des patients inuits et des Premières Nations vivant en milieu rural ou éloigné, l'accès à certains soins médicaux et services de prévention s'est révélé difficile^{12,14,34,39}. Le temps consacré à l'éducation à la santé ou à la promotion de la santé, surtout d'une manière adaptée à la culture, est demeuré minime, voire inexistant. En effet, comme l'a confirmé

une personne ayant participé à l'étude de Fraser et de Nadeau :

Si j'étais diabétique, par exemple, j'aurais besoin d'information sur ce que je peux manger et ce que je dois éviter. Dans le cas de ma grand-mère, on ne lui a jamais dit ce qu'elle pouvait manger et ce qu'elle devait éviter... Il faut donner des exemples aux patients, leur donner des recettes, leur dire de manger moins de sel et de sucre. Par exemple, leur expliquer comment faire du pain bannique, leur dire d'utiliser des spaghettis de blé entier, bref, ce genre d'information sur l'alimentation. Les gens ont besoin d'encouragement.^{14, p. 292} [traduction]

Bien qu'il existe du matériel destiné à la promotion de la santé, comme des brochures et des vidéos, les membres des Premières Nations et les Métis ayant participé à l'étude d'Oekle²⁵ ont souligné l'absence d'enseignements verbaux et visuels adaptés à leur culture. Comme l'a affirmé une autre personne : « Les services de prévention qui sont offerts aux membres des Premières Nations sont le reflet de ce qui est populaire auprès des Blancs. Alors si c'est un problème pour les Blancs, un problème en matière de prévention qui concerne les Blancs, eh bien ce sont les services qui sont offerts »^{25, p. 147} [traduction]. De plus, les patients métis et des Premières Nations ont dit de leurs consultations avec les fournisseurs de soins de santé primaires, que ce soit en milieu urbain ou un milieu rural ou éloigné, qu'elles étaient précipitées, qu'il n'y avait jamais assez de temps, qu'il semblait s'agir d'une course pour voir le plus de patients possible et que l'expérience était semblable celle d'une chaîne de montage^{23,31,33,35}. Pour cette raison, bon nombre d'entre eux étaient d'avis que leurs besoins et leurs préoccupations n'étaient pas entièrement pris en compte^{33,35}.

En ce qui concerne les autres considérations d'ordre géographique, malgré les différences entre les soins de santé primaires offerts en milieu urbain et ceux offerts en milieu rural ou éloigné, la structure et les pratiques relatives à ces soins dans les trois milieux ont eu une incidence similaire sur l'accessibilité des soins pour les Autochtones. Par exemple, en milieu rural ou éloigné, il n'y a pas nécessairement d'hôpitaux ou de soins spécialisés. Ainsi, les fournisseurs de soins de santé primaires

assument généralement un rôle élargi pour offrir des services supplémentaires à la collectivité, ce qui a toutefois ses limites, car certains outils de diagnostic et spécialistes ne sont disponibles que dans les grandes villes^{12,14}. Dans les milieux urbains, les membres des Premières Nations et les Métis sont confrontés à des défis comparables en matière d'accessibilité, notamment des lacunes en ce qui concerne les soins de santé primaires destinés aux enfants et aux jeunes et les soins de soutien en santé mentale²⁵.

Quatrième constatation synthétisée : recommandations

La quatrième constatation synthétisée concerne les recommandations des patients autochtones, qui souhaitent que l'on mette davantage l'accent sur la prestation de soins empathiques adaptés à la culture, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones, sur l'accessibilité et sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Cette dernière métasynthèse a été créée à partir de cinq catégories et de 25 constatations.

De nombreux participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont souligné l'importance de la sensibilité culturelle et de l'empathie et ils ont affirmé qu'il était primordial que les fournisseurs de soins de santé primaires et les membres du personnel connaissent l'histoire et les pratiques autochtones^{24,33,37}. Ils ont exprimé l'idée selon laquelle seule l'éducation permettrait aux fournisseurs et aux membres du personnel de commencer à faire preuve d'empathie et de respect envers les Autochtones^{13,37}. Par ailleurs, selon eux, la sensibilité culturelle ne devrait pas être limitée aux interactions entre les fournisseurs et les patients, mais devrait également être véhiculée par la conception des espaces physiques dans lesquels les soins de santé primaires sont prodigués. Les participants ont indiqué que la présence de symboles ou d'œuvres d'art autochtones sur les murs des cliniques permettrait aux patients de trouver l'environnement plus accueillant²⁹.

Les participants ont également proposé qu'un financement accru soit alloué au recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires et de membres du personnel, en particulier des personnes ayant des origines autochtones^{12,23,25,34-36}. Comme l'a expliqué un participant : « Je pense qu'il doit y avoir plus de médecins et d'infirmières

autochtones... pour que les Autochtones se sentent à l'aise... ou plus de personnes qui connaissent bien la culture autochtone. Ce serait bien si l'endroit était géré par nos gens. »^{23, p. 83} [traduction]

En outre, il existe un grand besoin de renforcer l'éducation à la santé et la promotion de la santé dans tous les milieux de soins de santé primaires^{14,25,33,35}. Pour être considérées comme bénéfiques, celles-ci doivent également tenir compte du contexte culturel et des difficultés des Autochtones²⁵.

Enfin, l'examen des différences géographiques entre les milieux urbains et les milieux ruraux ou éloignés a révélé des nuances mineures. Bien que les recommandations concernant des soins empathiques adaptés sur le plan culturel, le recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones, l'amélioration de l'accessibilité des soins et l'éducation en matière de santé aient été répandues chez les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, certaines recommandations ont été davantage mises de l'avant dans certains milieux. Par exemple, le besoin de soins empathiques adaptés à la culture et de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones a été souligné davantage par les membres des Premières Nations et les Métis vivant en milieu urbain que par ceux vivant dans des collectivités rurales ou éloignées, ces derniers ayant surtout formulé des recommandations concernant l'accessibilité des soins ainsi que l'éducation à la santé et la promotion de la santé.

Analyse

Cette revue systématique qualitative visait à examiner les expériences vécues par les Autochtones au Canada lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, à caractériser les différences entre les régions urbaines et les régions rurales ou éloignées et à dégager des recommandations portant sur l'amélioration de la qualité des soins. Trois grandes constatations synthétisées ont émergé – les expériences empreintes de soutien et de respect, les attitudes discriminatoires et les défis systémiques auxquels sont confrontés les patients autochtones – ainsi qu'une constatation synthétisée à propos des recommandations formulées.

Les expériences divergentes des participants des Premières Nations, des Métis et

des Inuits en matière de soins de santé primaires, caractérisées à la fois par des interactions empreintes de soutien et de respect, des attitudes discriminatoires et des obstacles systémiques, illustrent à quel point la situation est complexe et multiforme. Ces expériences divergentes s'expliqueraient par les diverses interactions qui s'exercent entre les facteurs systémiques, les facteurs institutionnels et les facteurs interpersonnels. Les traumatismes historiques et intergénérationnels causés par la colonisation, l'assimilation forcée et les pensionnats ont un effet durable sur le système de santé et contribuent à la discrimination systémique qui est enracinée dans les politiques et les structures du système de santé au Canada. Ces politiques et structures sont souvent le reflet de préjugés et de stéréotypes historiques qui découlent du colonialisme et des pensionnats. Ces préjugés se manifestent dans des politiques qui ne répondent pas adéquatement aux défis spécifiques en matière de santé auxquels sont confrontés les Autochtones, ce qui entraîne un accès inégal aux ressources et aux services de soins de santé.

En outre, les Autochtones sont peu représentés dans l'élaboration des politiques de santé et dans les instances dirigeantes. En raison de cette absence de perspective, le système de santé ne comprend souvent pas pleinement les besoins en matière de santé des collectivités autochtones et n'en fait pas une priorité, ce qui a pour effet d'éloigner encore davantage ces collectivités du système. Bien que, à l'échelle institutionnelle, certaines organisations aient investi dans des formations sur la sensibilité culturelle et la lutte contre le racisme destinées aux fournisseurs de soins de santé, ce qui est susceptible d'améliorer l'expérience des patients autochtones, il est possible que certains fournisseurs au sein de ces organisations aient conservé des préjugés conscients ou inconscients à l'égard des Autochtones, ce qui peut avoir une incidence négative sur la qualité des soins prodigués.

En somme, la divergence des expériences vécues par les collectivités autochtones en matière de soins de santé primaires découle d'un ensemble de conditions multidimensionnelles qui interagissent à divers niveaux. Bien que les problèmes systémiques, comme la discrimination et le racisme, puissent mener à des expériences négatives, les interventions ciblées et les relations personnelles peuvent parfois

mener à des interactions positives. Par conséquent, les efforts visant à améliorer la prestation de soins de santé primaires aux Autochtones du Canada doivent être exhaustifs, multidimensionnels et adaptés à la culture afin de remédier efficacement à cette situation complexe.

Notre étude révèle que les Autochtones tiennent à ce que les soins qui leur sont destinés soient sûrs, accessibles et respectueux, conformément à leurs droits fondamentaux tels qu'ils sont énoncés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones⁴¹ et dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁴². Au Canada, les gouvernements et les secteurs concernés sont loin de répondre à ces appels à l'action⁴³, en particulier dans le domaine de la santé. Au rythme actuel, il faudrait attendre jusqu'en 2065 pour répondre à l'ensemble des appels à l'action⁴³. Cette lacune est particulièrement évidente dans notre étude : en effet, la plupart des articles que nous avons retenus font état d'une discrimination, d'un racisme et de mauvais traitements considérables à l'encontre des Autochtones. Les deuxième et troisième constatations synthétisées font écho à ces expériences injustes auxquelles les patients autochtones ont été confrontés (et auxquelles ils contiennent potentiellement d'être confrontés).

Selon notre revue, la discrimination et le racisme que vivent les Autochtones ont une incidence négative sur leur bien-être et leur santé de façon globale. Lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, ils se sentent souvent mal à l'aise et jugés en raison des stéréotypes négatifs des fournisseurs de soins à leur égard. Les études que nous avons examinées montrent que ces attitudes, ainsi que le mépris et les mauvais traitements dont ils sont la cible, poussent les Autochtones à éviter de se faire soigner, ce qui a pour effet d'exacerber leurs symptômes et d'entraîner potentiellement des complications graves, voire le décès.

Des constatations semblables provenant d'autres études montrent que les Autochtones qui ont été victimes de discrimination et de racisme sont davantage susceptibles d'éviter de recevoir une assistance médicale, ce qui se traduit par des résultats défavorables sur le plan de la santé^{3,44}. À preuve, l'espérance de vie des Autochtones est inférieure de cinq ans à celle de la

population générale³. De plus, la prévalence des maladies infectieuses, des affections chroniques et des troubles de santé mentale ainsi que les taux de mortalité infantile sont considérablement plus élevés chez les Autochtones du Canada que chez les Canadiens non autochtones³. Ces disparités ont été exacerbées pendant la pandémie, en particulier chez les Autochtones vivant dans une collectivité rurale ou éloignée, qui ont contracté la COVID-19 à des taux de trois à quatre fois plus élevés que la moyenne nationale, et même à des taux de sept à huit fois plus élevés pendant certaines semaines⁴⁵.

Dans le cadre de notre revue, nous avons constaté que les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu rural ou éloigné étaient également plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements et de mépris ou d'avoir des problèmes liés au respect de la vie privée et de la confidentialité et à l'accessibilité^{12-15,22,24,34}. Ces problèmes particuliers sont vraisemblablement attribuables au fait que les petites collectivités sont très unies et aux obstacles structurels découlant de la rareté des infrastructures de soins de santé dans ces régions. Même si nous avons recensé 10 études portant sur des régions rurales et éloignées, les constatations concernant les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires dans ces régions demeurent limitées, de sorte qu'il s'est avéré impossible de réaliser une analyse approfondie des considérations d'ordre spatial. En revanche, l'inclusion de participants provenant de divers contextes géographiques a ajouté une couche de complexité et de richesse aux résultats, ce qui nous permet de comprendre de manière plus nuancée la façon dont le lieu de résidence peut influencer sur les expériences en matière de soins de santé. Par conséquent, il convient de mener davantage de travaux de recherche sur les expériences en matière de soins de santé primaires des Autochtones vivant dans des collectivités rurales ou isolées pour comprendre pleinement les défis auxquels ils sont confrontés.

Dans l'ensemble, les constatations synthétisées présentées dans notre étude soulignent la nécessité urgente de s'attaquer à la discrimination et au racisme qui perdurent, et militent en faveur de la mise en œuvre de changements durables pour éviter que la vie des Autochtones au Canada ne soit davantage menacée.

Recommandations

Les patients autochtones ont souligné de nombreux problèmes liés aux soins de santé primaires, ce qui a mené à des appels à des changements dans la pratique, les structures et l'élaboration des politiques. Ils ont notamment recommandé de mettre l'accent sur la culture autochtone dans les formations, d'améliorer la communication interculturelle et de prioriser l'éducation pour réduire les expériences négatives, recommandations qui concordent avec les appels à l'action 23 et 24 de la Commission de vérité et réconciliation^{42,46}. Malgré une augmentation des formations sur les compétences culturelles et la lutte contre le racisme⁴⁷, il demeure nécessaire d'accroître la rigueur méthodologique et la normalisation de ces formations et d'examiner leurs effets à long terme tout en mettant l'accent sur les partenariats avec les collectivités autochtones^{46,48}. Les fournisseurs de soins de santé devraient également pratiquer une certaine forme d'autoréflexion, comme tenir un journal ou méditer, afin d'observer leurs préjugés⁴⁹. Cette approche, alignée sur les principes de l'humilité culturelle, apprend aux fournisseurs de soins à considérer leurs clients comme des experts de leur propre culture, ce qui crée un environnement plus sûr, exempt de jugement, où la voix des patients autochtones est au premier plan⁴⁹.

Cela dit, le changement ne doit pas viser uniquement les pratiques en matière de soins de santé et les fournisseurs. La transformation systémique, en particulier l'augmentation du financement et du soutien aux collectivités autochtones, doit se faire simultanément pour qu'il y ait une impulsion significative en faveur de l'amélioration des soins aux patients. Il y a une pénurie nationale de fournisseurs de soins de santé primaires et de membres du personnel d'origine autochtone, et il faut s'en préoccuper immédiatement. Cela a déjà été souligné dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation : « Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé [et] de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones... »^{42, p. 164}. Ces acteurs clés sont indispensables dans tous les secteurs de la société, que ce soit en première ligne, dans le milieu universitaire, en recherche

ou dans le domaine de l'élaboration de politiques⁴⁹. À ce stade, l'inclusion des Autochtones dans tous les secteurs de la société devrait être la norme et non seulement une réflexion que l'on fait après coup.

Points forts et limites

Cette revue qualitative est la première à porter sur les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada. Elle constitue un guide précieux pour les décideurs et les fournisseurs de soins de santé, car elle leur permettra de cerner les domaines où des améliorations sont possibles. Ce n'est qu'en intégrant la voix des utilisateurs de services dans les processus liés à l'élaboration des politiques et les interventions en matière de santé que les soins de santé primaires et le système de santé dans son ensemble pourront fournir des services qui répondent véritablement et de manière significative aux besoins des patients et des collectivités. Cependant, les analyses qualitatives ont notamment pour inconvénient de regrouper des résultats qui relèvent de contextes différents, ce qui peut réduire le poids de certains facteurs contextuels importants. Néanmoins, grâce à la méthodologie que nous avons choisie (la méta-agrégation), les pratiques habituelles en matière de recherche qualitative ont été préservées, car le contexte de chaque étude a été conservé et les résultats ont été regroupés en un tout¹⁶. Nos conclusions s'en trouvent renforcées, de sorte qu'elles pourront mieux guider les décideurs et les fournisseurs de soins de santé.

Conclusion

Malgré certaines rencontres empreintes de soutien et de respect avec des fournisseurs de soins de santé primaires, la plupart des expériences des Autochtones se sont révélées inadéquates, injustes et caractérisées par des attitudes et des comportements discriminatoires. Il reste certainement du travail à faire avant que le Canada soit en mesure de respecter les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*⁷, qui sont à la base de notre système de santé et devraient s'appliquer à tous les Canadiens sans égard à leur âge, à leur genre, à leur race ou à leurs antécédents culturels⁷. Par conséquent, il incombe aux gouvernements, aux secteurs concernés et aux citoyens de veiller à ce que les Autochtones reçoivent les soins de santé qu'ils méritent.

Remerciements

Nous remercions M^{me} Anita Kiafar pour ses idées et commentaires au cours de la phase initiale de conceptualisation de cette revue systématique. Bien que M^{me} Kiafar n'ait pas participé à la rédaction de l'article, ses commentaires pendant les discussions ont été appréciés.

Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteures et avis

Conception : GB, SA.

Analyse formelle : GB, SA.

Administration de projet : GB.

Conception graphique : GB, SA.

Rédaction de la première version du manuscrit : GB.

Relectures et révisions : GB, SA.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Droits humains [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2022 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
2. World Health Organization (WHO). Health inequities and their causes [Internet]. Geneva (CH) : WHO; 2018 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
3. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. 2^e édition. Oshawa (Ont.) : Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech; 2020.

4. Cookson R, Mondor L, Asaria M, Kringos DS, Klazinga NS, Wodchis WP. Primary care and health inequality: difference-in-difference study comparing England and Ontario. *PLoS ONE*. 2017;12(11):e0188560. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188560>
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé primaires [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2021 [modification le 15 nov. 2023; consultation le 4 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Gouvernement du Canada. Le système des soins de santé du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
7. Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé* : rapport annuel 2020-2021. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2020-2021/canada-health-act-annual-report-2020-2021-fra.pdf>
8. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. 2011;89(2):256-288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>
9. Yangzom K, Masoud H, Hahmann T, Centre de la statistique et des partenariats autochtones. Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 8 déc. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-fra.htm>
10. Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone. L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone; 2019.
11. Jenson J. Thinking about marginalization: what, who and why. Ottawa (Ont.) : Canadian Policy Research Networks, Inc; 2000 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/15746_en.pdf
12. Burns L, Whitty-Rogers J, MacDonald C. Understanding Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care in rural Nova Scotia. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(2):139-155. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000248>
13. Fontaine LS, Wood S, Forbes L, Schultz AS. Listening to First Nations women's expressions of heart health: mite achimowin digital storytelling study. *Int J Circumpolar Health*. 2019;78(1):1630233. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1630233>
14. Fraser SL, Nadeau L. Experience and representations of health and social services in a community of Nunavik. *Contemp Nurse*. 2015;51(2-3):286-300. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1171728>
15. Goodman A, Fleming K, Markwick N, et al. "They treated me like crap and I know it was because I was Native": the healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Soc Sci Med*. 2017;178:87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.053> Erratum dans : *Soc Sci Med*. 2017;184:187. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.050>
16. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide (AU): Joanna Briggs Institute; 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
17. Barbo G, Sharmin A, Kiafar A. Experiences of Indigenous peoples in Canada with primary health care services: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2021;19(9):2398-2405. <https://doi.org/10.1124/JBIES-20-00389>
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
19. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Healthc*. 2015;13(3):179-187. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000062>
20. Munn Z, Porritt K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14(1):108. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108>
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Corosky GJ, Blystad A. Staying healthy "under the sheets": Inuit youth experiences of access to sexual and reproductive health and rights in Arviat, Nunavut, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2016;75:31812. <https://doi.org/10.3402/ijch.v75.31812>
23. Ghosh H. Diversity, disparity and diabetes: voices of urban First Nations and Métis people, health service providers and policy makers [thèse de doctorat en ligne]. Ottawa : Université d'Ottawa; 2013. En ligne à : https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/24246/4/Ghosh_Hasu_2013_thesis.pdf
24. MacDonald C, Martin-Misener R, Steenbeek A, Browne A. Honouring stories: Mi'kmaq women's experiences with Pap screening in eastern Canada. *Can J Nurs Res*. 2015;47(1):72-96. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2476>
25. Oelke ND. A participatory case study of primary healthcare for Aboriginal Peoples in an urban setting [thèse de doctorat en ligne]. [Calgary]: University of Calgary; 2010. En ligne à : <http://hdl.handle.net/1880/104600>
26. Russell VL, de Leeuw S. Intimate stories: Aboriginal women's lived experiences of health services in northern British Columbia and the potential of creative arts to raise awareness about HPV, cervical cancer, and screening. *Int J Indig Health*. 2012;8(1):18-27. <https://doi.org/10.18357/ijih81201212385>

27. Varcoe C, Brown H, Calam B, Harvey T, Tallio M. Help bring back the celebration of life: a community-based participatory study of rural Aboriginal women's maternity experiences and outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:26. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-26>
28. Howell-Jones GE. Counselling First Nations: experiences of how Aboriginal clients develop, experience, and maintain successful healing relationships with non-Aboriginal counsellors in mainstream mental health settings, a narrative study [thèse de doctorat en ligne]. [Vancouver]: University of British Columbia; 2005. En ligne à : <http://hdl.handle.net/2429/18446>
29. Monchalin R. Digging up the medicines: urban Métis women's identity and experiences with health and social services in Toronto, Ontario [thèse de doctorat en ligne]. Toronto : University of Toronto; 2019. En ligne à : <https://hdl.handle.net/1807/97587>
30. Monchalin R, Smylie J, Nowgesic E. "I guess I shouldn't come back here": racism and discrimination as a barrier to accessing health and social services for urban Métis women in Toronto, Canada. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;16(4):323-331. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00653-1>
31. Tait Neufeld H. Misconceived expectations: Aboriginal women's experiences with gestational diabetes mellitus in the urban context of Winnipeg, Manitoba [thèse de doctorat en ligne]. [Winnipeg]: University of Manitoba; 2010. En ligne à : <http://hdl.handle.net/1993/4141>
32. Browne AJ, Fiske JA. First Nations women's encounters with mainstream health care services. *West J Nurs Res*. 2001;23(2):126-147. <https://doi.org/10.1177/019394590102300203>
33. Hayden LG. Investigating the experience of diabetes care in a First Nations community on the Canadian Prairies [mémoire de maîtrise en ligne]. [Winnipeg]: Université du Manitoba; 2004. En ligne à : https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/7862/Hayden_Investigating_the.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Gorman E. "HIV...AIDS...It's a piece of cake compared to what I have been through as a woman": toward an understanding of Aboriginal women's experiences with HIV/AIDS [thèse de doctorat en ligne]. Toronto : University of Toronto; 2009. En ligne à : https://central.bac-lac.gc.ca/?item?id=NR52612&op=pdf&app=Library&is_thesis=1&oclc_number=720807474
35. Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, Walker LM, Calam B, Crowshoe LJ. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*. 2017;189(3):E106-E112. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161098>
36. Bird SM, Wiles JL, Okalik L, Kilabuk J, Egeland GM. Living with diabetes on Baffin Island: Inuit storytellers share their experiences. *Can J Public Health*. 2008;99(1):17-21. <https://doi.org/10.1007/BF03403734>
37. Bucharski D, Reutter LI, Ogilvie LD. "You need to know where we're coming from": Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care Women Int*. 2006;27(8):723-747. <https://doi.org/10.1080/07399330600817808>
38. Barnabe C, Miller J, Teare S, et al. Solution model for enhancing the experiences of urban First Nations and Métis patients accessing and navigating the health system for inflammatory arthritis care. *Int Indig Policy J*. 2019;10(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.2.3>
39. Howard AF, Smillie K, Turnbull K, et al. Access to medical and supportive care for rural and remote cancer survivors in northern British Columbia. *J Rural Health*. 2014;30(3):311-321. <https://doi.org/10.1111/jrh.12064>
40. Statistique Canada. Classification des centres de population et des régions rurales 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 23 nov. 2023]. En ligne à : <https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets/norme/ccpr/2016/introduction>
41. Ministère de la Justice Canada. Déclaration des Nations Unies sur les Droits des peuples autochtones. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020. En ligne à : https://www.justice.gc.ca/fra/declaration/un_declaration_FR1.pdf
42. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. En ligne à : https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf
43. Jewell E, Mosby I, editors. Calls to action accountability: a 2022 status update on reconciliation. Toronto (Ont.) : Yellowhead Institute; 2022. En ligne à : <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/12/TRC-Report-12.15.2022-Yellowhead-Institute-min.pdf>
44. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto (Ont.) : The Wellesley Institute; 2015. En ligne à : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSC-Updated.pdf>
45. Jewell E, Mosby I. Calls to action accountability: a 2021 status update on reconciliation. Toronto (ON): Yellowhead Institute; 2021. En ligne à : <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/03/trc-2021-accountability-update-yellowhead-institute-special-report.pdf>
46. Shepherd SM. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 2019;19:14. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
47. Brooks-Cleator LA, Giles AR. A post-colonial discourse analysis of community stakeholders' perspectives on supporting urban Indigenous older adults to age well in Ottawa, Canada. *Int Indig Policy J*. 2020;11(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2020.11.1.9443>

-
48. Kurtz DL, Janke R, Vinek J, Wells T, Hutchinson P, Froste A. Health sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: a literature review. *Int J Med Educ.* 2018;9:271-285. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bc7.21e2>
 49. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado Y. The impact of unconscious bias in healthcare: how to recognize and mitigate it. *J Infect Dis.* 2019;220(Suppl 2):S62-S73. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>