

NCIME
THE NATIONAL CONSORTIUM
FOR INDIGENOUS MEDICAL EDUCATION



CNFMSA
LE CONSORTIUM NATIONAL
POUR LA FORMATION MÉDICALE EN SANTÉ AUTOCHTONE

Sécurité culturelle, anti-racisme et résultats graduant dans les cadres de
curriculum d'éducation médicale

2024



Sécurité culturelle, anti-racisme et résultats graduant dans les cadres de curriculum
d'éducation médicale

© Copyright 2024 le Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone

ISBN # ##### #

Auteurs: Alexandra Nychuk*, Barbara Hill & Darlene Kitty*

Collaborateurs: Hill, B., Mandawe, E., Nowgesic, M., Green, M., Nakoochee, M., Budgell, R.,
Helmer, J., Anderson, C., McKinney, V., Roach, P., Adams, E., Roberge, J. and Kitty, D.

CNFMSA veut remercier notre équipe pour leur support dans la production de ce document.

Ce produit devrait être cité comme :

Nychuk, A., Hill, B. et Kitty, D. (2024). *Sécurité culturelle, anti-racisme et résultats graduant
dans les cadres de curriculum d'éducation médicale*. Consortium national pour la formation
médicale en santé autochtone.

L'ancien Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone (CNFMSA) a
reçu financement du Programme des politiques et des stratégies en matière de soins de
santé. Santé Canada. Avec le leadership et support du CNFMSA, les organisations d'éducation
médicale nationaux satisfaites leurs responsabilités à répondre à la Commission royale sur les
peuples autochtones, les Appels à l'action de la Commission de la vérité et réconciliation, et
l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées dans la
formation médicale autochtone par supportant le leadership Indigène; alignant et collaborant
sur priorités; et maximiser les ressources disponibles.

Copies of this report in English are accessible at www.ncime.ca

Des exemplaires de ce rapport en français sont accessibles à www.cnfmsa.ca

Le Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone (CNFMSA)

Une organisation virtuelle

www.cnfmsa.ca

www.ncime.ca

Courriel: info@ncime.ca



Notre logo

Le logo est basé sur des cercles concentriques valorisant le bien-être dans les quatre sens (physique, mental, émotionnel et spirituel), les pratiques de récolte des Inuit et des Métis pour nourrir et transmettre aux jeunes générations les pratiques des gardiens des savoirs des peuples médecins, des locuteurs de la langue et des aînés. Ses mains en plumes pleines de Mushkiki protègent, nourrissent et guident la sécurité culturelle dans les soins, en améliorant la sophistication de l'application des connaissances des Premières Nations, des Inuit et des Métis et des pratiques de guérison basées sur la terre afin d'enrichir la formation biomédicale. L'Ulu est le centre du feu qui doit être entretenu avec intégrité, responsabilité et dévouement pour créer des environnements joyeux et centrés sur la communauté. L'entretien du feu est a une grande valeur dans nos communautés urbaines et territoriales.

Les plantes représentées dans l'imagerie de la main à plumes de gauche et de droite sont le ginseng, le saule, le plantain, le cresson, la prêle fritillaire et l'amélanchier.

Table des matières

Préambule	5
Contexte	5
Méthodologie	8
Lacunes et obstacles actuels	9
Figure 1.....	10
Voix indigènes (engagement communautaire).....	11
Intégrer les études indigènes, la science et la santé	13
Intégration dans le continuum d'apprentissage	19
Formation médicale de premier cycle	19
Formation médicale post-universitaire.....	20
Formation médicale continue	21
Conclusion	22
Références	23

Préambule

Le Consortium national pour la formation médicale autochtone (CNFMSA) est le résultat d'un partenariat entre l'Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC), le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC), l'Association des Médecins Indigènes du Canada (AMIC), le Conseil Médical du Canada (CMC) et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC).

CNFMSA a six mandats: :

- Politiques, processus et soutien à la mise en œuvre de la lutte contre le racisme
- Évaluation des études indigènes, de la sécurité culturelle et de l'antiracisme
- Amélioration de la sécurité culturelle dans les programmes d'études
- Admissions et transitions des étudiants autochtones
- Recrutement et rétention des professeurs autochtones
- Bien-être des médecins autochtones et joie au travail

Chacun de ces six axes correspond à un groupe de travail qui a dirigé la création de rapports et d'autres produits contenant des recommandations relatives à l'axe en question. Bien que chaque groupe de travail représente une composante individuelle, ils travaillent ensemble pour faire progresser l'enseignement médical indigène.

Contexte

Les facultés de médecine de ce que nous appelons aujourd'hui le Canada ont intégré, à des degrés divers, un programme d'études sur la santé et la sécurité

culturelle des indigènes. La publication en 2015 des 94 appels à l'action de la Commission de Vérité et de Réconciliation du Canada (CVR) (en particulier les appels 18 à 24) a incité de nombreuses écoles de médecine à commencer à intégrer le programme d'études sur la santé autochtone (Pitama et al., 2018). Si l'investissement actuel dans la réconciliation se concentre sur la Commission Vérité et Réconciliation, il faut également faire une place aux travaux antérieurs tels que la Commission Royale sur les Peuples Autochtones (CRPA) et la Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones (DNUDPA), qui ont élaboré des recommandations politiques et juridiques pour les peuples autochtones. Dans le même ordre d'idées, le ^{41e} appel à l'action de la CVR demandait une "enquête publique sur les causes de la victimisation disproportionnée des femmes et des filles autochtones et sur les moyens d'y remédier" (CVR, 2015, p. 4), qui a donné lieu à l'Enquête Nationale sur les Femmes et les Filles Autochtones Disparues et Assassinées en 2015 (Gouvernement du Canada, 2016). Le rapport final, *Récupérer le pouvoir et la place : Le rapport final de l'Enquête Nationale sur les Femmes et les Filles Autochtones Disparues et Assassinées (NIMMIWG)*, a été publié en juin 2019. Il comprenait plusieurs volumes en plus des 231 appels à la justice, dont sept appels relatifs à la santé et au bien-être destinés aux pouvoirs publics et neuf appels destinés aux prestataires de services de santé et de bien-être.

Bien que la CRPA, la Commission Vérité et Réconciliation, l'UNDRIP et le NIMMIWG aient souligné la nécessité d'offrir des soins de santé culturellement sûrs aux populations autochtones, le décès de Joyce Echaquan au cours de la pandémie de COVID-19 a démontré la nécessité évidente de démanteler le racisme systémique au sein du secteur de la santé. Si l'enregistrement des mauvais traitements qu'elle a subis a permis de sensibiliser l'opinion publique, sa mort est le résultat d'un racisme ancré dans les stéréotypes relatifs à la

santé des autochtones. L'héritage de Joyce Echaquan a donné naissance à une stratégie fédérale de lutte contre le racisme autochtone dans les systèmes de santé, qui comprend la co-crédation d'une législation contre le racisme autochtone (Gouvernement du Canada, 2021). En vertu de cette législation, le CNFMSA a été financé par le Programme Politiques et Stratégies en Matière de Soins de Santé de Santé Canada.

L'élaboration d'un programme complet de santé autochtone et de sécurité culturelle en médecine est essentielle pour créer un système de soins de santé sûr. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une entreprise nouvelle, les leaders autochtones de la médecine universitaire cherchent depuis longtemps à combler les lacunes du programme d'enseignement médical en matière de santé autochtone et de sécurité culturelle. L'une des ressources les plus influentes élaborées avant la CVR est [Les compétences essentielles en matière de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : Un cadre pédagogique pour la formation médicale de premier cycle](#), qui a été initialement publié en avril 2009. Rédigé par le sous-comité du programme d'études en santé autochtone de l'AMIC et de l'AFMC peu après la publication de son document d'accompagnement, le [kit de mise en œuvre du programme d'études en santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis](#). Ces instruments ont fourni des compétences au niveau du premier cycle en corrélation avec chaque rôle de CanMED, fournissant une norme que chaque école de médecine peut utiliser dans le développement du programme d'études. Dix ans plus tard, l'Engagement Conjoint de l'AFMC en faveur de la santé autochtone (JCAIH) a été publié en 2019 et a fourni une feuille de route pour la responsabilité des institutions de répondre aux appels à l'action de la Commission Vérité et Réconciliation et, plus important encore, aux mandats de responsabilité sociale qui doivent défendre la santé autochtone. À la suite du JCAIH, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens et le Collège des

Médecins de Famille du Canada, les entités responsables de la formation médicale postsecondaire, ont publié le document *La santé autochtone dans la formation médicale postdoctorale spécialisée : Guide pédagogique et le supplément CanMEDs-Médecine familiale sur la santé autochtone*.

Respectivement, catalysant le programme d'études postdoctorales en santé autochtone et, plus largement, la formation médicale continue. Malgré ces efforts ciblés pour combler les lacunes du programme d'études en santé autochtone, celles-ci persistent (Bessette et al., 2023).

Il est nécessaire de veiller à ce que le programme d'enseignement de la santé autochtone dans la formation médicale inclue d'importantes perspectives historiques, culturelles, sociales, politiques et autres qui aident les médecins et les apprenants à comprendre leur expérience vécue, leurs réalités et leurs forces (Bryant et al., Hyett et al., 2019). Une adhésion stricte à la biomédecine, dépourvue d'études indigènes, ne permet pas de cultiver la compétence culturelle, les perspectives de santé holistiques et l'engagement communautaire chez les futurs professionnels de la santé. Les approches actuelles des programmes d'études indigènes doivent inclure les études indigènes, la lutte contre le racisme, l'engagement éthique de la communauté et l'apprentissage par l'expérience. En enrichissant le programme d'études de diverses perspectives indigènes, l'intégration des études indigènes contribue à lutter contre les disparités en matière de santé, à encourager l'innovation et à former des diplômés mieux équipés pour faire face aux complexités des environnements de soins de santé multiculturels.

Méthodologie

Le groupe de travail sur le curriculum du CNFMSA s'est réuni au cours d'une série de réunions pour identifier les lacunes actuelles du curriculum dans l'enseignement médical, ce qui a servi de base à l'élaboration de ce document.

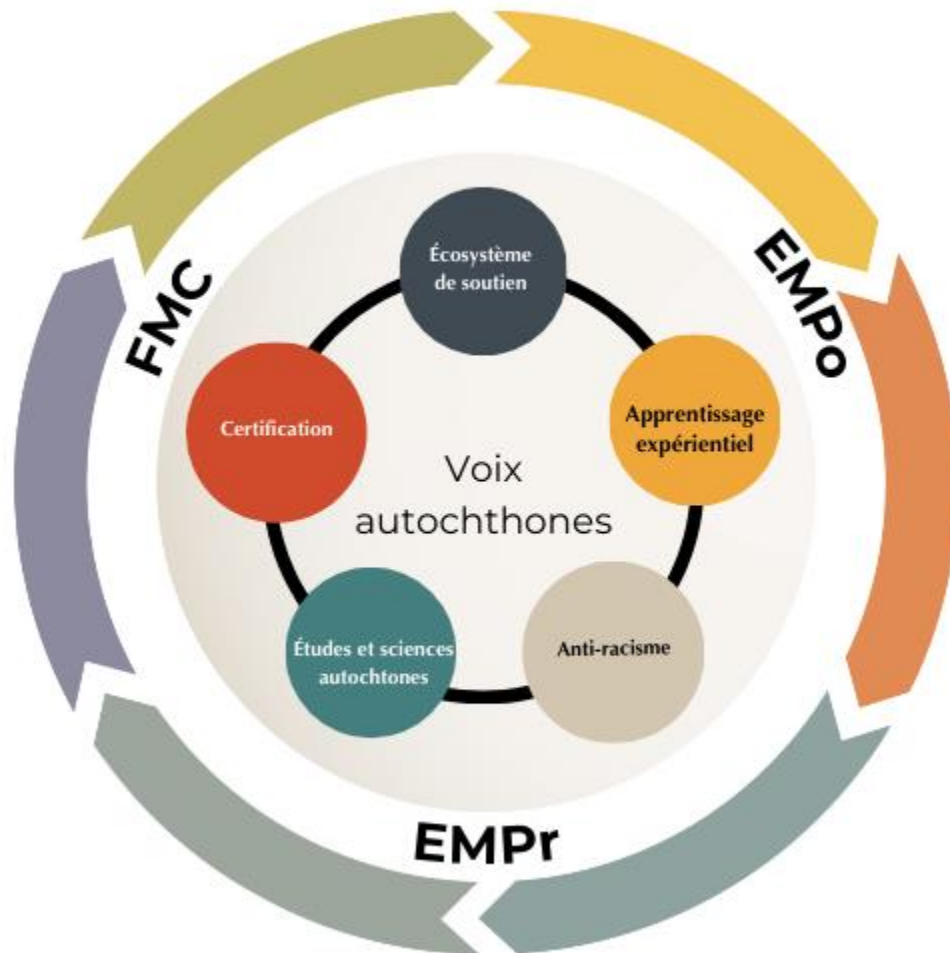
Le groupe de travail sur le programme d'études a créé quatre sous-groupes chargés de se concentrer sur l'Enseignement Médical de Premier Cycle (EMPO), l'Enseignement Médical Post-universitaire (EMPR), l'Enseignement Médical Continu (FMC) et les Voix Indigènes, afin d'identifier les lacunes en matière de santé indigène dans chacun de ces domaines et de déterminer les besoins pour renforcer les résultats des diplômés qui démontrent une acquisition des connaissances et des soins culturellement sûrs pour les peuples indigènes.

Lacunes et obstacles actuels

Une revue systématique complète menée par Pitama et al. (2018) a examiné des études menées en Australie, à Aotearoa (Nouvelle-Zélande), au Canada et aux États-Unis sur les programmes d'études médicales indigènes et a identifié des ressources telles que le programme obligatoire ou facultatif, l'allocation de temps et le leadership et le personnel indigènes comme influençant la conception et l'efficacité des programmes d'études. Ce document se concentre spécifiquement sur les lacunes identifiées par le groupe de travail de CNFMSA, tout en décrivant des approches et des méthodes spécifiques qui permettront d'améliorer l'enseignement de la santé indigène dans le cadre de la formation médicale. Il fournira également un bref aperçu des lacunes particulières au niveau du premier cycle, du troisième cycle et de la formation continue de l'enseignement médical. Pour étayer ce document, la figure 1 a été élaborée afin de fournir une représentation visuelle de ce qu'un programme d'études en santé autochtone solide dans l'enseignement médical comprendrait.

Figure 1

La nécessité d'un programme d'études solide sur la santé autochtone dans le cadre de la formation médicale



Cette figure décrit les éléments nécessaires pour soutenir un solide programme d'études sur la santé autochtone dans l'enseignement médical. Le cercle central, voix indigènes, est nécessaire pour informer tous les aspects du programme d'études sur la santé autochtone, même s'il rayonne aux niveaux de l'enseignement médical (EMPo, EMPr et FMC). Les cercles plus

petits que l'on retrouve dans l'espace Voix autochtones sont les éléments nécessaires pour un programme d'études solide sur la santé autochtone dans l'enseignement médical (Écosystème favorable, Apprentissage par l'expérience, Antiracisme, Études et sciences autochtones et Accréditation). Les flèches colorées à l'extérieur indiquent les nombreuses micro-transitions qui se produisent dans le cadre du programme d'enseignement médical.

Voix indigènes (engagement communautaire)

Comme le montre la figure 1.1, l'engagement éthique et respectueux des voix indigènes est au cœur de tous les programmes d'études en santé indigène. Les intervenants des programmes canadiens d'éducation médicale doivent également tenir compte de la diversité des voix indigènes qui existent. Cela comprend l'utilisation d'une approche fondée sur les distinctions qui respecte la diversité entre les Premières Nations, les Inuit et les Métis et au sein de ceux-ci (Glademan et al., 2015). Les facultés de médecine, les programmes et les organes directeurs doivent également réfléchir spécifiquement à leur responsabilité vis-à-vis des nations sur le territoire desquelles leur institution est implantée. L'établissement et le maintien de relations avec ces pays sont essentiels. De solides relations communautaires permettront de s'assurer que chaque niveau et module du programme d'études et des évaluations est soutenu par des membres du corps professoral et de la communauté indigènes approuvés par la communauté et possédant les connaissances appropriées (Chando et al., 2021). Cette approche de l'engagement communautaire soutient un mouvement plus large vers une Formation Médicale Distribuée (DME), qui suggère que la formation médicale doit refléter les communautés distinctes qui composent l'écosystème canadien des soins de santé (Ellaway & Bates, 2018).

L'inclusion des voix indigènes est cruciale pour créer une approche globale et culturellement sûre du programme d'études sur la santé indigène. L'engagement auprès des communautés indigènes (aînés indigènes, leaders, érudits, gardiens du savoir, personnes ressources culturelles, etc.) est primordial à tous les niveaux de l'enseignement de la santé indigène (Chando et al., 2021). Leur expérience vécue et leurs connaissances enrichissent les informations didactiques (histoire, politique, culture, forces, traditions et réalités actuelles des autochtones). L'engagement éthique comprend la participation de la communauté indigène à l'élaboration des programmes d'études, à l'évaluation et aux outils de recrutement des enseignants indigènes. Les avantages d'un engagement global des communautés indigènes sont doubles : 1) il garantit que le programme de santé reflète correctement les croyances culturelles et sanitaires de chaque nation indigène (Lewis, 2020 ; Chando et al., 2021) ; et 2) une exposition positive à la médecine et aux soins de santé crée des opportunités pour un plus grand nombre d'indigènes d'entrer dans le domaine médical. Les établissements d'enseignement médical doivent également contribuer à l'engagement éthique de la communauté indigène. Une attention particulière doit être accordée à la sécurité des membres de la communauté, en particulier à leur sécurité psychologique et émotionnelle, car le partage et la participation à ce travail peuvent être épuisants sur le plan émotionnel et psychologique, ce qui oblige souvent les facultés de médecine à fournir un soutien plus large. En voici deux exemples : 1) tout enseignant ou membre du personnel participant à la diffusion de contenu sur la santé autochtone doit également suivre une formation spécifique sur les réactions de spectateurs et les microagressions afin de les préparer correctement à désamorcer la situation en cas de besoin (Vass & Adams, 2020) ; et 2)

garantir des modèles de rémunération appropriés pour le temps et l'expertise des membres de la communauté.

Intégrer les études indigènes, la science et la santé

Contrairement à d'autres groupes structurellement opprimés, les Premières nations, les Inuit et les Métis (FNIM) sont reconnus par la Constitution et possèdent leur propre souveraineté et autodétermination. Cela distingue les initiatives autochtones des autres initiatives en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (Tuck, E., & Yang, 2012). Chacun des groupes autochtones reconnus par le gouvernement fédéral a reçu un traitement distinct à la suite de la colonisation, ce qui a entraîné des relations différentes (de nation à nation, d'Inuit à la Couronne et de gouvernement à gouvernement) entre les FNIM, la Couronne et le Canada, créant des différences juridiques et juridictionnelles qui ont une incidence sur l'accès aux soins de santé et la prestation de ces derniers (Tait, 2023). Les études indigènes, en tant que discipline, critiquent le processus de colonisation et son impact non seulement sur la vie indigène historique et contemporaine, mais aussi sur les connaissances et les avenir (Université de Saskatchewan, 2021). Elle va au-delà de l'étude des peuples indigènes du passé pour développer un ensemble solide de méthodologies de recherche (Smith, 2021 ; Kovach, 2021 ; Absolon, 2011). Le colonialisme est une structure que l'on confond généralement avec un événement. Elle fonctionne de manière insidieuse car elle cherche simultanément à supprimer les idéologies, les cultures et les identités traditionnelles et à les remplacer par celles du colonisateur (Hyett et al., 2019 ; Wolfe, 2006). Le colonialisme de peuplement est l'idéologie qui sous-tend les structures historiques, politiques, sociétales et économiques qui œuvrent à la mise en œuvre de l'agenda colonial et ont donc un impact sur la santé des indigènes au Canada (Czyzewski, 2011). C'est pourquoi l'utilisation d'un cadre de référence des déterminants sociaux de la santé est importante pour les apprenants indigènes contextuels. Le colonialisme de peuplement est défini comme une

forme de colonialisme qui "vise à déplacer une population d'une nation (souvent des peuples indigènes) et à la remplacer par une nouvelle population de colons (Cornell, n.d.). Il s'agit d'une distinction essentielle qui est largement négligée par la société qui a été largement conditionnée à comprendre le colonialisme comme quelque chose du passé, et seulement en association avec les pensionnats indiens (McCallum & Perry, 2018). Ces deux conceptions étroites du colonialisme ont des effets néfastes sur la santé des indigènes. Les étudiants en médecine doivent donc comprendre le colonialisme pour saisir les complexités de la santé des indigènes.

Les effets persistants et omniprésents du colonialisme sur les peuples autochtones de ce que nous appelons le Canada continuent d'avoir des effets dévastateurs sur la santé des autochtones. Bien que le Canada soit presque systématiquement classé parmi les meilleurs systèmes de santé au monde (Lavallee & Harding, 2022), les populations autochtones du Canada continuent de voir leur espérance de vie diminuer et de connaître des taux disproportionnés de maladies, de maladies mentales, de violences, de handicaps et de dépendances, ce qui remet en question ces classements (Hayward et al., 2021 ; Reading, 2018 ; Walker et al., 2017). Les conceptions contemporaines de la santé sont intrinsèquement liées aux systèmes de soins de santé ; cependant, elles sont moins souvent considérées en relation avec les structures sociales, judiciaires, économiques et de gouvernance qui informent le système de soins de santé et interagissent régulièrement avec lui. Si les approches actuelles de l'enseignement de la santé autochtone dans la formation médicale tendent à se concentrer sur les disparités mentionnées ci-dessus, elles n'abordent souvent pas de manière adéquate la politique et les structures qui ont créé et reproduisent les obstacles à la santé autochtone. Il est absolument nécessaire de corriger cette approche de l'enseignement de la santé autochtone en utilisant des approches basées sur les forces. En

négligeant d'intégrer ces obstacles structurels dans le programme d'études sur la santé des indigènes, les écoles de médecine canadiennes risquent de recréer l'héritage de l'hypothèse du gène économe", qui continue d'affecter la fourniture de soins de santé aux peuples indigènes du Canada (Hay, 2018). Il est donc nécessaire que la théorie critique de la race informe l'enseignement du programme de santé autochtone dans la formation médicale, qui est souvent négligé en raison de l'utilisation d'un modèle strictement biomédical (Reading, 2018).

Les programmes de santé indigène doivent également être enseignés dans une optique axée sur les forces, qui joue un rôle important dans la lutte contre un discours axé sur les déficits (Byrant et al., 2021 ; Hyett et al., 2019). Il est essentiel de comprendre que la culture, la langue et l'appartenance favorisent le bien-être des populations autochtones (Byrant et al., 2021 ; Hackett et al., 2016). Les approches autochtones de la guérison comprennent la médecine traditionnelle et les cérémonies. En outre, les conceptions indigènes de la santé sont holistiques et tiennent compte de la relation entre les différentes dimensions de la santé personnelle (y compris physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) et de la santé communautaire. Il est également important d'adopter ce que les universitaires appellent la manière dont les entités non humaines, telles que les animaux et l'environnement, contribuent également à la santé (Campbell, 2007 ; Greenwood, de Leeuw et Lindsay, 2018). Il est également essentiel que le programme d'études indigène transmette à l'apprenant la diversité des nations indigènes, en créant un espace pour une multiplicité de compréhensions et d'approches de la connaissance, de l'être et de l'action.

Racisme anti-autochtone

"L'antiracisme désigne le processus actif d'identification et d'élimination du racisme par la modification des systèmes, des structures organisationnelles, des politiques, des pratiques et des attitudes, de sorte que le pouvoir soit redistribué et partagé équitablement." (Gouvernement du Canada, 2023, para. 12 ; Groupe de Travail Anti-racisme du CNFMSA, 2023). Plus précisément, le racisme anti-indigène émerge du colonialisme et de la politique coloniale en cours, se référant à une "forme de discrimination basée sur la race, de stéréotype, de discrimination ou d'injustice subie par les peuples indigènes ... fondée et perpétuée par la croyance erronée que les peuples indigènes, leurs cultures et leurs connaissances sont inférieurs" (CNFMSA, 2024). Alors que les approches de l'enseignement de l'antiracisme sont souvent considérées comme une formation unique, les efforts en faveur de l'antiracisme doivent être cohérents et continus, ce qui nécessitera une intégration à tous les niveaux de l'enseignement médical (EMPO, EMPR et FMC). Deuxièmement, de nombreuses évaluations de la formation à la lutte contre le racisme utilisent des méthodes d'auto-évaluation qui négligent de prendre en compte les impacts sur les patients indigènes (Hardy et al., 2023). L'absence de formation obligatoire à la lutte contre le racisme continue de mettre en péril la sécurité physique des patients autochtones et la sécurité psychologique des étudiants autochtones. Le groupe de travail sur la lutte contre le racisme, les politiques, les processus et la mise en œuvre du CNFMSA a élaboré trois documents complets : les éléments fondamentaux des politiques et des processus de lutte contre le racisme, le module d'apprentissage des politiques et des processus de lutte contre le racisme et le guide de mise en œuvre des politiques et des processus de lutte contre le racisme qui aidera les écoles de médecine dans la mise en œuvre et la formation.

Apprentissage par l'expérience

L'apprentissage expérientiel est décrit comme un "processus par lequel des personnes, individuellement et ... avec d'autres, s'engagent dans une rencontre directe et réfléchissent, valident, transforment, donnent un sens personnel et cherchent à intégrer leurs différents modes de connaissance" (McGill & Weil, 1989, cités dans De Leeuw et al., 2021, p. 90). En outre, il est nécessaire de veiller à ce que , tant au niveau de l'EMPO que de la EMPR, il y ait des possibilités d'apprentissage expérientiel obligatoires spécifiques aux indigènes, qui pourraient inclure des rotations spécifiques dans des communautés indigènes, des cliniques spécifiques aux indigènes ou des environnements qui desservent principalement les populations indigènes.

L'immersion dans les communautés indigènes permet d'interrompre les hypothèses médicales des apprenants sur les peuples indigènes par le biais d'une auto-réflexion critique et d'une humilité culturelle accrue (Sauvé et al., 2022 ; De Leeuw et al., 2021). Cela peut également se faire par le biais d'expériences de recherche en santé communautaire autochtone avec des chercheurs autochtones expérimentés qui peuvent enseigner aux étudiants l'engagement éthique de la communauté autochtone (Singh et al., 2023). Il est nécessaire de s'assurer que les apprenants en médecine, tout au long du continuum, réfléchissent de manière critique à la façon dont leurs apprenants peuvent acquérir cette expérience précieuse.

Créer un écosystème favorable au programme d'études sur la santé autochtone

La mise en œuvre d'un programme d'études solide sur la santé et la sécurité culturelle des indigènes ne peut se faire de manière isolée. Cela nécessite l'intégration de nombreux changements structurels et d'investissements dans le développement et le maintien du corps enseignant et du personnel

indigènes (voir le *document sur le développement du corps enseignant* du CNFMMSA et les plans à court et à long terme pour atteindre les masses critiques).

En outre, les facultés de médecine doivent également examiner la manière dont elles soutiennent la recherche sur la santé autochtone menée de manière éthique, qui : 1) peut éclairer le contenu du programme ; et 2) explore et évalue l'efficacité des approches pédagogiques en matière de santé autochtone et de sécurité culturelle. Actuellement, une grande partie de la recherche sur la santé autochtone au Canada adopte une approche pan-autochtone. Morriveau (2022) met en garde : " La recherche pan-autochtone aplatit des cultures, des communautés, des réalités et des données diverses en un seul identifiant "autochtone"... ce qui mène à des conclusions erronées et à des interventions possiblement nuisibles qui risquent de perpétuer les inégalités en matière de santé " (p. 551). Si les FNIM partagent des expériences similaires, leurs droits sociaux, politiques et législatifs diffèrent. Le manque de littérature basée sur les distinctions, en particulier en ce qui concerne les Inuit et les Métis, continue d'être un obstacle à l'application correcte du programme d'études sur la santé autochtone. En outre, il existe un besoin critique d'études longitudinales qui évaluent les pratiques pédagogiques les plus efficaces pour améliorer la capacité des médecins à fournir des soins culturellement sûrs (Singh et al., 2023), en tenant compte des cours magistraux, des simulations et des opportunités d'immersion.

Accréditation

Bien que de nombreuses facultés de médecine au Canada aient cherché à intégrer un contenu sur la santé autochtone, l'absence de normes d'accréditation formelles et complètes spécifiques à la santé autochtone au niveau de l'EMPO continue d'entraîner des lacunes dans les connaissances de

base au moment de l'entrée dans la formation professionnelle supérieure. Cet écart est encore exacerbé par le fait que seuls certains établissements ont commencé à exiger des crédits d'études autochtones dans le cadre du processus d'admission à l'EMPo, afin d'accroître les connaissances des nouveaux étudiants et, par conséquent, d'accroître les attentes en matière de contenu autochtone aux niveaux d'enseignement suivants. En ne créant pas de normes claires pour les programmes d'études en santé autochtone, les diplômés en médecine continueront d'avoir des degrés variables de compétence en matière de contenu autochtone et d'expérience avec les patients et les communautés autochtones.

Intégration dans le continuum d'apprentissage

La formation médicale s'inscrit dans un continuum qui comprend l'EMPo, l'EMPr et la FMC, comme le montre la figure 1.

Formation médicale de premier cycle

Presque tous les programmes de formation médicale de premier cycle ont intégré, avec un certain succès, une variante du programme d'études sur la santé autochtone. Cependant, il existe d'importantes variations dans la manière dont la santé autochtone est enseignée, dans les personnes qui enseignent, dans le contenu donné, dans le nombre d'heures et dans les méthodes d'évaluation (Vogel, 2018). Les approches actuelles d'enseignement du contenu sur la santé autochtone s'appuient souvent sur des données statistiques fondées sur la race ou l'origine ethnique, ce qui a donné lieu à des stéréotypes qui négligent de s'engager dans une compréhension plus complète des obstacles structurels et systémiques, tels que les politiques qui perpétuent de moins bons résultats de santé pour les peuples autochtones (Jones et coll., 2019 ; Ly et Crowshoe, 2015). Alors que certains établissements ont consacré des heures de cours à l'ensemble de leurs programmes ou ont rendu la santé autochtone obligatoire pour les apprenants, d'autres

continuent de proposer la santé autochtone dans le cadre de l'Unité de Santé Mondiale ou ne la proposent que comme option (Rasid et al., 2023). Ce manque de cohérence entre les programmes est partiellement attribué à l'absence de normes relatives aux thèmes de la santé indigène élaborées par les organismes d'accréditation (Yeung et al., 2018 ; Rasid et al., 2023). Une étude menée auprès d'étudiants en médecine de première année a montré qu'il était nécessaire que les étudiants reçoivent une formation adéquate sur les sujets liés à la santé indigène et sur la santé indigène actuelle (Yeung et al., 2018).

Formation médicale post-universitaire

L'absence de normes d'accréditation de l'EMPO a également affecté le programme de santé autochtone de la EMPR, car les étudiants qui entrent dans les programmes de résidence ont des niveaux variables de contenu en santé autochtone de l'EMPO. Actuellement, la majorité des formations médicales postdoctorales n'intègrent pas de contenu autochtone dans leur programme de base, et proposent souvent ce matériel en option ou sous forme condensée dans le cadre de la santé mondiale (Rasid et al., 2023).

Comme indiqué précédemment dans le cadre de l'EMPO, le besoin de normes a également contribué à l'incapacité des programmes de EMPR à disposer d'une base de contenu indigène pour les résidents qui obtiennent leur diplôme. Actuellement, la majorité des formations médicales postdoctorales n'intègrent pas de contenu autochtone dans leur programme de base, et proposent souvent ce matériel en option ou sous forme condensée dans le cadre de la santé mondiale (Rasid et al., 2023). Toutefois, les comités sur la santé autochtone du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC) et du Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) ont tous deux formulé des recommandations fermes à l'adresse. En 2017, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a recommandé que la santé

autochtone devienne une composante obligatoire de la formation médicale postdoctorale, y compris du programme d'études, de l'évaluation et de l'agrément (Richardson et al., 2021, p. 3). De même, en 2020, le CMFC a mis à jour ses normes d'accréditation Redbook afin d'inclure la santé indigène dans la formation des résidents et le développement du corps professoral. Les comités de santé indigène des deux collèges ont également créé des documents qui décrivent les compétences spécifiques nécessaires pour prodiguer des soins culturellement sûrs aux populations indigènes, à l'intention des stagiaires en médecine, des médecins et des enseignants.

Formation médicale continue

De l'école de médecine à la pratique, en passant par l'internat, les possibilités d'apprentissage du contenu de la santé indigène diminuent. Des opportunités de Formation Médicale Continue (FMC) se présentent lors de conférences, de modules en ligne, de webinaires et d'articles publiés. Le contenu relatif à la santé indigène apparaît à des niveaux variables selon la spécialité et est plus important en médecine familiale et rurale. Il faut mettre davantage l'accent sur la conception d'un contenu sur la santé des indigènes qui soit accessible à toutes les spécialités. Dans les régions où les populations indigènes sont plus nombreuses, l'impact de cette formation FMC sera probablement plus important en termes de sécurité des soins. Il est également important de comprendre que l'état actuel de la formation médicale est largement informé et influencé par des médecins qui ont une formation minimale en matière de santé autochtone. Cette situation est particulièrement alarmante si l'on considère qu'une étude récente a révélé que 10 à 25 % des médecins exerçant dans la province de l'Alberta ont des préjugés anti-indigènes explicites (Roach et al., 2023). Cela souligne la nécessité de proposer davantage d'activités d'apprentissage, telles que des présentations formelles, des sessions interactives et des expériences cliniques de soins aux patients, aux familles et aux communautés indigènes, et d'envisager une obligation de formation

continue pour un certain nombre d'unités relatives à la santé et à la sécurité culturelle des indigènes au cours d'une période de référence. Les médecins indigènes, leurs alliés et les organisations médicales doivent réfléchir au contenu des programmes de santé indigène actuellement disponibles, quelle que soit la spécialité, et collaborer pour en proposer davantage dans le cadre de la FMC afin de contribuer à la sécurité culturelle, à la lutte contre le racisme et à l'amélioration des résultats en matière de santé.

Conclusion

La mise en œuvre du Programme de Santé Autochtone s'est considérablement développée au cours de la dernière décennie. Toutefois, les populations autochtones continuent de se heurter à un racisme anti-autochtone lorsqu'elles accèdent aux soins de santé, ce qui a des conséquences désastreuses. Ce document identifie un certain nombre de domaines qui devraient être inclus dans le programme de santé autochtone et de sécurité culturelle des facultés de médecine Canadiennes afin de s'assurer qu'il réduit les préjudices subis par les peuples autochtones. Les établissements d'enseignement médical tournés vers l'avenir peuvent également envisager la manière dont les technologies innovantes peuvent être utilisées pour soutenir le programme de santé autochtone (Sauvé et al., 2022).

Références

Absolon, K. (2011) *Kaandossiwin = comment nous apprenons à connaître*. Fernwood Pub.

Bryant, J., Bolt, R., Botfield, J. R., Martin, K., Doyle, M., Murphy, D., Graham, S., Newman, C. E., Bell, S., Treloar, C., Browne, A. J. et Aggleton, P. (2021). Au-delà du déficit : « approches basées sur les forces » dans la recherche en santé autochtone", *Sociologie de la santé et de la maladie*, 43(6), 1405-1421.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13311>

Association des facultés de médecine du réseau Canadien de santé autochtone. (2019). *Engagement commun à agir en faveur de la santé des populations autochtones*. https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/AFMC_Position_Paper_JCAIH_EN.pdf

Bessette, N., Reade, M., McGregor, L., Berti, J., Naokwegijig, B., & Maar, M. (2023). Pratiques culturellement sécuritaires dans la co-création de programmes d'études médicales avec des animateurs autochtones : Résultats d'un cercle d'apprentissage indigène. *Journal de la formation médicale et du développement des programmes d'études*, 10.
<https://doi.org/10.1177/23821205231219430>

Campbell, M. (novembre 2007). Il faut revenir aux principes de Wahkotowin. *Eagle Feather News*, 5.

Chando, S., Tong, A., Howell, M., Dickson, M., Craig, J. C., DeLacy, J., Eades, S. J. et Howard, K. (2021). Perspectives des parties prenantes sur la mise en œuvre et l'impact des interventions sanitaires indigènes : Une revue systématique des études qualitatives « *Expectations en matière de santé: Revue internationale de la participation du public aux soins de santé et aux politiques de santé*, 24(3), 731-743. <https://doi.org/10.1111/hex.13230>

École de droit de Cornell (s.d.). Le colonialisme de peuplement, à l'Institut d'Information Juridique. Consulté le 24 avril 2024, à l'adresse suivante : https://www.law.cornell.edu/wex/settler_colonialism

Czyzewski. (2011). Le colonialisme en tant que déterminant social plus large de la santé. *Revue internationale de politique autochtone*,2(1), 5-
<https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>

De Leeuw, S., Larstone, R., Fell, B., Cross, N., Greenwood, M., Auerbach, K. et Sutherland, J. (2021). Former les "cœurs et les esprits" des étudiants en médecine : Un programme d'immersion culturelle fondé sur les sciences humaines dans le cadre de l'apprentissage communautaire expérimental autochtone. *Revue internationale de la santé autochtone*, 16(1), 87-107.
<https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33078>

Ly, A. et Crowshoe, L. (2015) " Stereotypes are reality " : addressing stereotyping in Canadian Aboriginal medical education ",*Medical education*,49(6), 612-622 .
<https://doi.org/10.1111/medu.12725>

Ellaway, R. et Bates, J. (2018). L'éducation médicale distribuée au Canada", *Revue canadienne d'éducation médicale*,9(1), e1-e5.

Gladman, J., Ryder, C. et Walters, L. K. (2015). Mesurer le climat culturel autochtone au niveau organisationnel pour adapter les stratégies de sécurité culturelle. *Santé rurale et éloignée*, 15(4), 3050.

Gouvernement du Canada. (2022). *Co-élaboration d'une législation sur la santé autochtone fondée sur les distinctions*. Récupéré de : <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611843547229/1611844047055>.

Greenwood, de Leuw, S. et Lindsay, N.M. *Déterminants de la santé des peuples autochtones : au-delà du social* (2^e éd., pp. 3-17). La Presse Savante Canadienne Inc.

Hackett, C., Feeny, D. et Tompa, E. (2016). Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of epidemiology and community health*, 70(11), 1096–1105. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207380>

Hardy, B. J., Filipenko, S., Smylie, D., Ziegler, C. et Smylie, J. (2023). Systematic review of Indigenous cultural safety training interventions for healthcare

professionals in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *BMJ open*, 13(10), e073320. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073320>

Hay T. (2018). Commentaire : L'invention du diabète chez les autochtones : le rôle de l'hypothèse du gène économe dans la prestation des soins de santé au Canada. *Origine ethnique et maladie*, 28 (Suppl 1), 247-252. <https://doi.org/10.18865/ed.28.S1.247>

Hayward, A., Wodtke, L., Craft, A., Robin, T., Smylie, J., McConkey, S., Nychuk, A., Healy, C., Star, L. et Cidro, J. (2021). Répondre au besoin de méthodes de recherche quantitatives autochtones et décolonisées au Canada. *SSM - santé de la population*, 15, 100899. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100899>

Hyett, S. L., Gabel, C., Marjerrison, S. et Schwartz, L. (2019). Recherche sur la santé autochtone basée sur le déficit et stéréotypes à l'égard des peuples autochtones. *Revue canadienne de bioéthique = Revue Canadienne de Bioéthique*, 2(2), 102-109. <https://doi.org/10.7202/1065690ar>

Jones, R., Crowshoe, L., Reid, P., Calam, B., Curtis, E., Green, M., Huria, T., Jacklin, K., Kamaka, M., Lacey, C., Milroy, J., Paul, D., Pitama, S., Walker, L., Webb, G., & Ewen, S. (2019). Éduquer pour l'équité en santé des Autochtones : une déclaration de consensus international. *Médecine universitaire : journal de l'Association des facultés de médecine Américaines*, 94(4), 512-519. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000002476>

Kovach, M. (2021). *Méthodologies autochtones : caractéristiques, conversations et contextes* (deuxième édition.). Presses de l'Université de Toronto.

Lavallee, B., Harding, B. (2022). Comment le racisme spécifique aux autochtones est intégré dans le système de santé. Dans Gebhard, A., McLean, S., & St. Denis, V (Eds.). *Bienveillance blanche : racisme et violence coloniale dans les métiers d'aide* (pp.51-68). Fernwood Publishing.

Lewis M. E. (2020). Les effets d'un programme d'études en santé autochtone pour les étudiants en médecine. *Éducateur en sciences médicales*, 30(2), 891-903. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-00971-8>

McCallum, M. et Perry, A. (2018). *Structures de l'indifférence : une vie et une mort autochtones dans une ville canadienne*. Presses de l'Université du Manitoba.

McGuire-Adams, T. (2021). Les alliés des colons sont faits, pas autoproclamés : conversations troublantes pour les chercheurs et les éducateurs non autochtones impliqués dans la santé autochtone. *Journal d'éducation sanitaire*, 80(7), 761-772. <https://doi.org/10.1177/00178969211009269>

Morriseau, T. S. (2022). Déterminants du bien-être : une perspective sur le diabète et la santé des Autochtones. *Revue Canadienne du diabète*, 46(6), 551-552. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2022.06.008>

Pitama, S. G., Palmer, S. C., Huria, T., Lacey, C. et Wilkinson, T. (2018). Mise en œuvre et impact des programmes de santé autochtones : une revue systématique. *Éducation médicale*, 52(9), 898-909. <https://doi.org/10.1111/medu.13613>

Rame, A., Kelly-Turner, K., Roze des Ordon, A., de Groot, J., Keegan, D., Crowshoe, L., Henderson, R., & Roach, P. (2023). Informer l'éducation à la santé indigène critique par la réflexion critique : Une étude qualitative de consensus. *Health Education Journal*, 82(5), 569-582. <https://doi.org/10.1177/00178969231174872>

Rashid, M., Nguyen, J., Foulds, J. L., Dennett, L., Cardinal, N. et Forgie, S. E. (2023). Un examen approfondi du contenu du programme d'études sur la santé indigène dans la formation médicale supérieure. *Journal de formation médicale supérieure*, 15(1), 24-36. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00180.1>

Reading, C. (2018). Les déterminants structurels des peuples autochtones. Dans Greenwood, M., de

Roach, P., Ruzycski, S. M., Hernandez, S., Carbert, A., Holroyd-Leduc, J., Ahmed, S. et Barnabe, C. (2023). Prévalence et caractéristiques des préjugés anti-autochtones chez les médecins albertains : une enquête transversale et une

analyse cadre", *BMJ Open*, 13(2), e063178-e063178.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063178>

Sauvé, A., Cappelletti, A. et Murji, L. (2022). Défendons la santé des Autochtones : une simulation pour éduquer les résidents sur les déterminants sociaux de la santé auxquels sont confrontés les peuples autochtones du Canada. *Médecine académique*, 97(4), 518-523.
<https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004570>

Singh, I., Gill, P. et Dhillon, J. (2023). Lutter contre les préjugés implicites envers les peuples autochtones dans les soins de santé au Canada grâce à l'éducation médicale canadienne. *Revue canadienne d'éducation médicale*, 14(3), 140-142.
<https://doi.org/10.36834/FMCj.75664>

Smith, L. T. (2012). *Méthodologies de décolonisation : recherche et peuples autochtones* (2e éd.). Zed Books.

Tait C. L. (2023). Les droits et intérêts des Premières Nations, des Métis et des Inuit dans les débats sur la législation relative à la présomption de consentement pour le don d'organes après une personne décédée au Canada : appels à l'action. *Lancet régional de santé. Americas*, 18, 100414.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100414>

Réseau anti-oppression. (n.d.). Allship.
<https://theantioppressionnetwork.com/allyship/>.

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Commission de vérité et de réconciliation du Canada : Appels à l'action.
https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenouspeople/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf

Tuck, E. et Yang, K. W. (2012). La décolonisation n'est pas une métaphore. *Décolonisation : indigénité, éducation et société*, 1(1).

Université de la Saskatchewan. (2021). Bienvenue sur le site des études indigènes. Extrait de <https://artsandscience.usask.ca/indigenoustudies/>

Vass, A. et Adams, K. (2021). Perceptions des éducateurs sur l'enseignement de la santé indigène : Racism, privilege and self-reflexivity ", *Medical Education*, 55(2), 213-221. <https://doi.org/10.1111/medu.14344>

Vogel, L. (2018). Les programmes de résidence sont aux prises avec les nouvelles exigences de formation en matière de sécurité culturelle autochtone », *Journal de l'Association médicale Canadienne (JAMC)*, 190(25), E778-E779. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5616>

Young, K., Punnett, A. et Suleman, S. (2020). Un peu, ça fait beaucoup de mal : Explorer l'impact des microagressions dans l'enseignement médical pédiatrique", *Pédiatrie (Evanston)*, 146 (1), e20201636-. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1636>

Walker, J., Lovett, R., Kukutai, T., Jones, C. et Henry, D. (2017). Données sur la santé autochtone et chemin vers la guérison. *The Lancet (édition britannique)*, 390 (10107), 2022-2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32755-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32755-1)

Warnock, T. S., Sivananthajothy, P., Ereyi-Osas, W. et Roach, P. (2023). Diriger le changement de l'intérieur : des réformes menées par les étudiants pour faire progresser la lutte contre le racisme au sein de l'enseignement médical. *Perspectives sur l'enseignement médical*, 12(1), 411-417. <https://doi.org/10.5334/pme.1076>

Wolfe, P. (2006). Le colonialisme de peuplement et l'élimination des autochtones", *Journal de recherche sur le génocide* ,8(4), 387-409. <https://doi.org/10.1080/14623520601056240>