

**NCIME**  
THE NATIONAL CONSORTIUM  
FOR INDIGENOUS MEDICAL EDUCATION



**CNFMSA**  
LE CONSORTIUM NATIONAL  
POUR LA FORMATION MÉDICALE EN SANTÉ AUTOCHTONE

Les compétences essentielles en matière de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis :  
un cadre de programmes d'études  
Deuxième édition  
2024



Les compétences essentielles en matière de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : Un cadre de programme d'études deuxième édition

© Copyright 2024 Le Consortium National pour la Formation Médicale Autochtone

ISBN # ##### #

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

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. et Kitty, D.

Le NCIME souhaite remercier son équipe pour le soutien qu'elle a apporté à la production de ce document.

Ce produit doit être cité comme :

Nychuk, A., Hill, B. et Kitty, D. (2024). *Compétences essentielles en matière de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : un cadre de programmes d'études deuxième édition*. Le Consortium National pour la Formation Médicale Autochtone.

L'ancien Consortium National pour la Formation Médicale Autochtone (NCIME) a reçu un financement du Programme des politiques et stratégies de soins de santé de Santé Canada. Grâce au leadership et au soutien de CNFMSA, les organisations nationales de formation médicale s'acquittent de leurs responsabilités en répondant à la Commission royale sur les peuples autochtones, aux appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation et à l'enquête sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées dans la formation médicale autochtone en soutenant le leadership autochtone, en s'alignant et en collaborant sur les priorités stratégiques, et en maximisant les ressources disponibles.

Des copies de ce rapport en anglais sont disponibles à l'adresse suivante : [www.ncime.ca](http://www.ncime.ca)

Des exemplaires de ce rapport en français sont accessibles à [www.cnfmsa.ca](http://www.cnfmsa.ca)

Le Consortium National de la Formation Médicale Autochtone (CNFMSA)

Un organisme virtuel

[www.CNFMSA.ca](http://www.CNFMSA.ca)

[www.cnfmsa.ca](http://www.cnfmsa.ca)

Courriel : [info@ncime.ca](mailto: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. Il a des mains de plumes Mushkiki qui protègent, nourrissent et guident la sécurité culturelle dans les soins, élevant la sophistication de l'application des connaissances des Premières Nations, des Inuit et des Métis et des pratiques de guérison basées sur la terre pour enrichir l'éducation biomédicale. L'ulu atteint le centre du feu qui doit être entretenu avec intégrité, responsabilité et dévouement pour créer des environnements joyeux et axés sur la communauté. L'entretien du feu est à une grande valeur dans nos communautés urbaines et territoriales.

Les plantes représentées dans l'imagerie de la main gauche/droite sont le ginseng, le saule, le plantain, le cresson, les fritillaires de la prêle et l'amélanchier.

## Remerciements

Le groupe de travail du Consortium national pour la formation médicale autochtone visant à améliorer la sécurité culturelle dans les programmes d'études et ses membres sont responsables de la création et de la publication du document intitulé Compétences de base en santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : un cadre de programmes d'études, deuxième édition.

On veut remercier et à honorer les médecins indigènes, les apprenants en médecine, les aînés, les gardiens du savoir, les éducateurs et les membres de la communauté qui ont contribué à ce document par leur sagesse, leurs connaissances et leurs expériences vécues. Leurs conseils et leur leadership ont été essentiels pour façonner le rapport et s'assurer qu'il reflète les réalités de l'enseignement médical Canadien des Peuples Autochtones au Canada. Vos idées et vos points de vue ont été d'une valeur inestimable pour façonner les recommandations et veiller à ce qu'elles soient fondées sur des données probantes.

On remercie également ses alliés non autochtones qui ont participé au groupe de travail. La collaboration et l'engagement à apprendre, à écouter, à offrir une perspective et à prendre des mesures pour améliorer le programme de santé Autochtone et démanteler le racisme systémique sont essentiels pour créer un changement significatif.

Enfin, le groupe de travail Améliorer la sécurité culturelle dans les programmes d'études tient à remercier le programme Politiques et stratégies en matière de soins de santé de Santé Canada pour le soutien qu'il a apporté à ce travail. Votre investissement dans la santé Autochtone et les initiatives de

lutte contre le racisme témoigne de votre engagement à créer une société plus équitable et plus juste.

On espère que ce rapport servira d'outil aux enseignants en médecine et aux décideurs politiques, aux prestataires de soins de santé et à tous ceux qui s'engagent à fournir des soins culturellement sûrs et à lutter contre le racisme anti-indigène dans les écoles de médecine au Canada. Que l'esprit de collaboration continue à favoriser un avenir où les peuples autochtones sont respectés, valorisés et traités avec dignité et équité.

## Table des matières

Préambule .....	7
Introduction .....	13
Terminologie.....	15
Raison d'être .....	18
Recommandations.....	23
Compétences de base .....	25
1. Expert médical.....	26
2. Communicateur .....	30
3. Collaborateur.....	33
4. Leader .....	35
5. Défenseur de la santé.....	37
6. Boursier.....	40
7. Professionnel .....	43
Références.....	45
Annexe A : Membres et contributeurs du groupe de travail .....	50

## Préambule

Le Consortium National pour la formation médicale autochtone (CNFMSA) a pour but d'harmoniser les travaux relatifs à l'éducation médicale Autochtone entre l'Association des Médecins Indigènes du Canada (AMIC), l'Association des Facultés de Médecine (AFMC), le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC), le Conseil Médical du Canada (CMC) et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC). C'est grâce à ce partenariat stratégique que le NCIME s'efforce de faire progresser les domaines suivants au moyen de groupes de travail ciblés :

- Réviser et mettre à jour l'évaluation et la formation des médecins en matière de santé Autochtone.
- Développement et mise en œuvre continus de programmes de lutte contre le racisme et de ressources en matière de sécurité culturelle.
- Créer des outils et des ressources de lutte contre le racisme, y compris, mais sans s'y limiter, des lignes directrices et des modules de formation qui soutiennent les politiques et les processus de lutte contre le racisme.
- Soutenir le recrutement et la fidélisation des médecins et des professeurs de médecine autochtones.
- Soutenir l'intégration de la joie et du bien-être dans le travail des médecins et des apprenants indigènes.
- L'élaboration de boîtes à outils pour guider l'admission et les transitions des étudiants Indigènes.

Le groupe de travail du CNFMSA sur l'Amélioration de la sécurité culturelle dans les programmes d'études (ci-après dénommé le groupe de travail sur les programmes d'études) est composé de médecins indigènes et d'experts en la matière provenant de tout le Canada et possédant des connaissances et une

expérience variées dans le domaine de la santé Indigène et du monde universitaire. Dans l'esprit de l'original, les auteurs de *Les compétences de base en santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : Un cadre de programme d'études pour la formation médicale de premier cycle* reconnaissent que le processus est "un effort d'apprentissage continu". Cette deuxième édition propose des mises à jour déterminées par les membres du groupe de travail qui vont au-delà de l'EMPr pour inclure l'ensemble du cycle de vie du médecin, y compris la Formation Médicale Post-universitaire (EMPo), la Formation Médicale Continue (FMC) et le Développement du Corps professoral (DCP).

*Les compétences de base en matière de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : Un cadre de programme d'études pour la formation médicale de premier cycle* a été publié en avril 2009 par le sous-comité du programme d'études en santé autochtone de l'AMIC et de l'AFMC. L'édition 2009 a été financée par la Direction Générale de la Santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) du Gouvernement du Canada. Il a été élaboré par un groupe diversifié de parties prenantes, notamment des aînés, des médecins autochtones, des médecins universitaires, des organismes professionnels, des chercheurs autochtones, des organisations autochtones et des instances dirigeantes Autochtones. En outre, la première édition s'appuyait principalement sur les recommandations présentées au Conseil des Doyens de l'AFMC en 2005 par le Groupe de Travail sur la Santé des Autochtones de l'AFMC, coprésidé par la Dre Marcia Anderson et la Dre Lynden (Lindsay) Crowshoe.

La deuxième édition du Consortium national pour la formation médicale autochtone (CNFMSA) cherche à s'appuyer sur l'excellence de la première édition pour refléter le paysage actuel de l'éducation médicale, notamment :



- Le rapport de la Commission Royale sur les Peuples Autochtones (1996) et ses recommandations.
- La Déclaration des Nations Unies sur les droits des Peuples Autochtones (UNDRIP 2007), en particulier les articles 21, 23 et 24, qui traitent des droits et de l'autodétermination des peuples autochtones en ce qui concerne leur santé et les soins de santé.
  - Article 21
    - Les peuples Autochtones ont droit, sans discrimination, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.
  - Article 23
    - Les peuples Autochtones ont le droit de déterminer et d'élaborer des priorités et des stratégies pour exercer leur droit au développement. En particulier, les peuples Autochtones ont le droit de participer activement à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et des autres programmes économiques et sociaux qui les concernent et, dans la mesure du possible, d'administrer ces programmes par l'intermédiaire de leurs propres institutions.
  - Article 24
    - Les peuples Autochtones ont le droit de disposer de leurs médecines traditionnelles et de maintenir leurs pratiques sanitaires, y compris la conservation de leurs plantes

médicinales, de leurs animaux et de leurs minéraux vitaux. Les individus Autochtones ont également le droit d'accéder, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

- Les individus Autochtones ont également le droit d'accéder, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé. Les États prennent les mesures nécessaires pour assurer progressivement le plein exercice de ce droit.
- Mises à jour du cadre de compétences CanMEDS (2015).
- La Convention de Règlement relative aux Pensionnats Indiens et le Rapport de la Commission de Vérité et de Réconciliation et ses 94 appels à l'action, en particulier dans le domaine de la santé (2015) :

18. Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones de reconnaître que l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques antérieures du gouvernement Canadien, y compris les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en œuvre les droits des Autochtones en matière de santé, tels qu'ils sont définis dans le droit international, le droit constitutionnel et les traités.

19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples Autochtones, de fixer des objectifs mesurables pour identifier et combler les écarts en matière de santé entre les communautés Autochtones et non autochtones, de publier des rapports annuels sur les progrès accomplis et d'évaluer les tendances à long terme. Ces efforts se concentreraient sur des indicateurs tels que la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, les toxicomanies, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé des nourrissons et des enfants, les maladies chroniques,

l'incidence des maladies et des blessures, et la disponibilité de services de santé appropriés.

20. Afin de résoudre les conflits de compétence concernant les Autochtones qui ne résident pas dans les réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître, de respecter et de répondre aux besoins de santé distincts des Métis, des Inuit et des Autochtones vivant hors des réserves.

21. Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement durable aux centres de guérison autochtones existants et nouveaux afin de traiter les préjudices physiques, mentaux, émotionnels et spirituels causés par les pensionnats, et de veiller à ce que le financement des centres de guérison au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest soit une priorité.

22. Nous demandons à ceux qui peuvent faire évoluer le système de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et de les utiliser dans le traitement des patients autochtones, en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones, à la demande des patients Autochtones.

23. Nous appelons tous les niveaux de gouvernement à :

- i. AEMPrnter le nombre de professionnels Autochtones travaillant dans le domaine de la santé.
- ii. Assurer le maintien des prestataires de soins de santé Autochtones dans les communautés Autochtones.
- iii. Fournir une formation sur les compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

24. Nous demandons aux écoles de médecine et de soins infirmiers du Canada d'exiger de tous les étudiants qu'ils suivent un cours sur les questions de santé autochtone, y compris l'histoire et l'héritage des pensionnats, la Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones, les Traités et les Droits des Autochtones, ainsi que les enseignements et les pratiques Autochtones. Cela nécessitera une formation axée sur les compétences interculturelles, la résolution des conflits, les droits de l'homme et la lutte contre le racisme.

- Hors de vue : Un résumé des événements qui ont conduit à la mort de Brian Sinclair et de l'enquête qui l'a examinée, ainsi que les recommandations provisoires du groupe de travail sur Brian Sinclair (Browne, Hill, Lavallee, Lavoie & Logan McCallum 2017).
- Rapport de l'Enquête Nationale sur les Femmes et les Filles Autochtones Disparues et Assassinées (MMIWG) Récupérer le pouvoir et les appels à la justice du lieu(2019)
- Le rapport "Au vu de tous" du Gouvernement de la Colombie-Britannique : lutter contre le racisme et la discrimination à l'égard des autochtones dans les soins de santé en Colombie-Britannique. (2020)
- Principe de Joyce (le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw 2020).

Si la nature des décès de Sinclair et d'Echaquan a sensibilisé le public à l'existence d'un racisme anti-indigène dans les soins de santé, elle ne pouvait que laisser entrevoir la prévalence et l'omniprésence de ce racisme. La publication des rapports et des recommandations susmentionnés a fait passer le besoin de sécurité culturelle au premier plan de la conscience politique de la société, ce qui s'est traduit par l'élaboration de normes et de lois provinciales, fédérales et éducatives en matière de soins de santé qui mettent

l'accent sur la lutte contre le racisme anti-Indigène (Gouvernement du Canada 2021 ; Organisation des Normes de Santé 2022).

## Introduction

Ce document s'appuie sur les travaux antérieurs de nombreux experts Autochtones de l'ensemble de ce que nous appelons aujourd'hui le Canada. Dès 2005, le groupe de travail de l'AFMC sur la santé autochtone, composé d'experts en santé autochtone et en éducation médicale, a produit une liste de cinq recommandations. Plus tard dans l'année, les recommandations ont été présentées au Conseil des Doyens de 2005, qui les a approuvées à l'unanimité :

Toutes les écoles de médecine devraient :

- S'engager à adapter le contenu des programmes d'études de premier cycle en ce qui concerne la santé des Autochtones.
- S'efforcer de mettre en place des programmes d'études sur la santé des Autochtones qui respectent les principes de la compétence culturelle et mettent particulièrement l'accent sur les thèmes liés aux compétences et aux attitudes.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme d'études de base et à option qui comporte à la fois des éléments distincts et intégrés et qui s'inscrit dans le cadre de l'enseignement des cours et de l'enseignement clinique.
- Reconnaître que la santé autochtone est un domaine spécialisé et qu'il faut des experts tels que des professeurs Autochtones, des membres de la communauté Autochtone locale et des ressources Autochtones nationales pour élaborer et enseigner un contenu et un contexte de programme d'études Autochtones culturellement appropriés ; et

- Utiliser des méthodes d'enseignement appropriées, telles que l'expérience et l'interactivité, pour faciliter la compétence culturelle.

Ces recommandations, en partenariat avec le Cadre National du Programme d'Etudes en Santé Autochtone de l'AFMC, ont servi de base à l'élaboration de la première version du cadre des compétences de base de la PNIM en 2009. Le Sous-comité du Programme d'Etudes du Groupe de Travail de l'AFMC sur la santé des Autochtones, dirigé par les Drs. Alan Neville et Barry Lavallee, a été réalisée par le Groupe de Travail AMIC-AFMC sur la Santé des Autochtones. La première itération se concentre sur les enseignants en médecine de premier cycle qui fournissent un large éventail de domaines nécessaires pour s'engager avec les patients, les familles et les communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis (PNIM) de manière respectueuse et efficace. La mise en œuvre de ce document a également nécessité une stratégie comprenant des ateliers de développement du corps professoral et l'élaboration du programme de base du PNIM Kit de mise en œuvre destiné à aider les écoles de médecine à intégrer la santé autochtone dans leurs programmes d'études.

Le cadre des compétences de base de la PNIM a été un outil essentiel pour de nombreuses facultés de médecine dans l'avancement de l'EMPr au Canada et a été cité en référence au niveau international, en particulier par d'autres nations coloniales qui cherchent à intégrer la santé de leurs populations indigènes respectives dans les programmes d'études médicales.

Toutes les écoles de médecine du Canada proposent des programmes d'études sur la santé et la sécurité culturelle des indigènes, dans des proportions et sous des formes variables. Malgré cela, des études récentes menées auprès d'étudiants en médecine au Canada ont révélé que la majeure partie de ce programme se déroule pendant la formation médicale

préclinique (Ley, Castleden, Martin 2021 ; Burm et al. 2022) et se concentre sur l'apprentissage didactique plutôt que sur la formation pratique ou basée sur les compétences, ce qui entraîne un manque d'application des soins culturellement sûrs (Rasid et al. 2023 ; Robinson, Anika Saiva, & Shanmuganathan 2017). La plupart des étudiants non Autochtones de l'EMPr estiment qu'ils ont besoin de plus de temps pour suivre le programme indigène pendant leurs études de médecine (Ley, Castleden, Martin 2021). De plus, les données d'un sondage du CMFC sur les programmes de médecine familiale indiquent que les possibilités de développement continu du corps professoral en santé Autochtone sont limitées (données non publiées, 2021/2023). La mise en œuvre de programmes d'études sur la santé autochtone dans le cadre de l'EMPr n'est pas suffisante pour que la formation clinique, qui inclut les soins aux patients Autochtones, consolide les connaissances acquises en matière de santé Autochtone. Ce parcours éducatif doit se poursuivre dans le cadre de la résidence, de la pratique et du développement de la faculté. Une approche pluriannuelle est nécessaire pour renforcer le contenu indigène tout au long de la formation médicale. C'est pourquoi la deuxième édition adopte une approche axée sur le cycle de vie du médecin, reconnaissant la nécessité d'intégrer le programme de santé Autochtone tout au long de la formation médicale et dans la formation médicale continue.

Le CNFMSA reconnaissent la paternité du document Compétences de Base en matière de Santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis : Un cadre pédagogique pour la formation médicale de premier cycle (cadre de compétences de base de la PNIM) et expriment leur gratitude pour avoir pu fournir une deuxième édition mise à jour.

## Terminologie

Le terme "Autochtone" est fréquemment utilisé dans la société canadienne pour décrire les peuples des Premières Nations, des Inuit et des Métis (PNIM), les nations et les communautés ayant une continuité historique avec les sociétés pré-coloniales (Nations Unies 2007). Dans le contexte Canadien, le terme "indigène" est un terme global qui désigne les Premières Nations (indiennes), les Inuit ( <sup>1</sup> ) et les Métis, car ces groupes sont reconnus comme "Autochtones" dans la Constitution Canadienne, en vertu de l'article 35.

PNIM: est utilisé tout au long de ce document pour souligner la distinction entre ces groupes. Il convient également de noter qu'au sein de chaque groupe, il existe une diversité d'identités et de représentations culturelles. Chaque école de médecine, programme de résidence et organisation médicale doit s'inspirer des voix indigènes locales et régionales, des connaissances culturelles et historiques spécifiques et des ressources de la communauté. Les écoles de médecine, les programmes de résidence et les organisations médicales doivent accorder une attention particulière aux nations PNIM dont la représentation est réduite en raison de l'emplacement urbain de nombreuses écoles de médecine au Canada (par exemple, il n'y a actuellement aucune école de médecine sur le territoire traditionnel des Inuit, ce qui nécessite une attention particulière pour tenir compte de leur contexte de santé spécifique, comme indiqué dans l'Appel à la Justice 16.8).

L'allié: "une pratique active, cohérente et ardue de dés-apprentissage et de réévaluation, dans laquelle une personne en position de privilège et de pouvoir cherche à agir en solidarité avec un groupe marginalisé" (Réseau Anti-oppression n.d., para 1).

---

<sup>1</sup> Le terme "Indien" est utilisé pour désigner les Premières nations dans l'article 35 de la Constitution Canadienne. Le terme "Premières Nations" ou le nom spécifique du groupe des Premières nations est préféré, par exemple Cree ou Anishinaabe.



Antiracisme : le gouvernement du Canada a défini l'antiracisme comme "le processus actif d'identification et d'élimination du racisme en changeant les systèmes, les structures organisationnelles, les politiques, les pratiques et les attitudes, de sorte que le pouvoir soit redistribué et partagé équitablement". (Gouvernement du Canada 2023 ; Groupe de Travail Antiraciste du NCIME 2023).

Le racisme anti-indigène est défini comme la discrimination permanente, les stéréotypes négatifs et l'injustice dont sont victimes les peuples indigènes au Canada. Il comprend des idées et des pratiques qui établissent, maintiennent et perpétuent des déséquilibres de pouvoir, des barrières systémiques et des résultats inéquitables qui découlent de l'héritage des politiques et pratiques coloniales au Canada, qui perdurent aujourd'hui. Le racisme systémique anti-indigène est évident dans les politiques fédérales discriminatoires telles que la loi sur les Indiens et le système des pensionnats. Cela se manifeste également par la surreprésentation des peuples Autochtones dans les systèmes provinciaux de justice pénale et de protection de l'enfance, ainsi que par des résultats inéquitables en matière d'éducation, de bien-être et de santé (Gouvernement du Canada 2023 ; Groupe de travail Antiracisme du NCIME 2023).

Le colonialisme de peuplement : il s'agit de la colonisation violente de pays qui ne s'arrête pas. Ainsi, le colonialisme de peuplement devient une structure qui modifie de manière permanente et négative la vie, la politique, la culture, l'économie et les ressources des peuples indigènes au profit des populations de peuplement. (Tuck & Yang 2012). Dans de nombreux cas, le colonialisme de peuplement est un processus de déplacement permanent des populations Autochtones au profit des populations de peuplement, de leurs institutions et

de leurs cadres moraux. (Gouvernement du Canada 2023 ; Groupe de Travail Antiraciste du NCIME 2023).

Suprématie blanche : "les systèmes sociaux, économiques et politiques qui permettent collectivement aux Blancs de conserver le pouvoir sur les personnes d'autres races" (Merriam-Webster n.d.).

Humilité culturelle : "un processus d'auto-réflexion visant à comprendre les préjugés personnels et systémiques conditionnés, et à développer et maintenir des processus et des relations respectueux fondés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme un apprenant permanent lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui" (Régie de la Santé des Premières Nations 2021, p.5).

Sécurité culturelle: "est un résultat basé sur un engagement respectueux qui reconnaît et s'efforce de résoudre les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de soins de santé. Il en résulte un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé". (Régie de la Santé des Premières Nations 2021, p.5).

## Raison d'être

Les membres des Premières nations, Métis et Inuit continuent de subir des disparités disproportionnées en matière de santé par rapport à la population Canadienne, en particulier en ce qui concerne les maladies chroniques (Hahmann & Kumar 2022). En outre, la population autochtone est celle qui connaît la plus forte croissance au Canada, avec un taux de croissance deux

fois supérieur à celui de la population non Autochtone (Statistique Canada 2023),

- Pendant la pandémie de COVID-19, les PNIM (Premières Nations - 11 %, Métis - 8 % et Inuit - 19 %) ont subi un taux de discrimination dans l'accès aux soins de santé deux à cinq fois supérieur à celui de la population non Autochtone (Statistique Canada 2023).
- Au Canada, les membres des Premières Nations vivant hors réserve (20,3 %), les Métis (17,9 %) et les Inuit (56,5 %) ont déclaré ne pas être suivis par un prestataire de soins de santé régulier, contre 14,5 % des non-autochtones au Canada. (Statistique Canada 2023).
- Les peuples FNMI (Premières Nations vivant hors réserve - 32 %, Métis - 30 %, et Inuit - 19 %) ont au moins un handicap qui limite leurs activités quotidiennes (Hahmann, Badets, & Hughes 2019).
- Le taux de mortalité infantile des Inuit est de 12,3 pour 1 000 enfants, contre 4,4 pour 1 000 pour les non-autochtones vivant au Canada (Inuit Tapiriit Kanatami 2018).
- On estime que le nombre de décès par suicide chez les Premières Nations est cinq fois supérieur à celui de la population non autochtone (Assemblée des Premières Nations, 2023).
- Les Métis du Manitoba (24,1 pour 1000) ont un taux d'amputation des membres inférieurs plus élevé chez les personnes diagnostiquées diabétiques que chez les autres habitants de la province (16,2 pour 1000) (Martens et al. 2010).

Comme le montrent ces statistiques, il est urgent que les écoles de médecine et leurs partenaires de formation continue au Canada accordent la priorité aux programmes d'études sur la santé Autochtone qui faciliteront la prestation de soins culturellement sûrs aux populations Autochtones.

Bien que le gouvernement Canadien ne le reconnaisse pas, ces disparités sont attribuées à la nature omniprésente des déterminants distaux de la santé, tels que le colonialisme, le racisme et la suprématie blanche (Czyzewski 2011 ; Reading 2018 ; Statistique Canada 2023 ; Paradies et al. 2015). Ensemble, ces facteurs se combinent, affectant les déterminants proximaux ou plus visibles de la santé (c'est-à-dire le revenu, la sécurité alimentaire, l'emploi et le logement) et les déterminants intermédiaires (tels que des soins de santé opportuns, accessibles et culturellement pertinents) (Czyzewski 2011 ; Reading 2018 ; Conseil médical du Canada 2021). La pandémie de COVID-19 a mis en lumière ces disparités pour les PNIM et certaines des structures d'indifférence qui les perpétuent (Power et al. 2020 ; Richardson & Crawford 2020). Le programme d'études sur la santé autochtone doit aller au-delà de l'apprentissage de la prévalence des maladies pour tenir compte des effets permanents et intergénérationnels du colonialisme et des obstacles qu'il crée pour la santé des populations Autochtones.

La prévalence de la maladie et l'absence de marqueurs de santé ont tendance à être au cœur de l'enseignement médical et de la recherche sur la santé, ce qui crée une tendance à la marginalisation et aux stéréotypes, en particulier chez les personnes PNIM (Hyett et al. 2019). En revanche, les approches fondées sur les points forts qui mettent l'accent sur les aspects positifs de la santé ont le pouvoir de recadrer et de démanteler les stéréotypes et le racisme dans la prestation des soins de santé et de nous montrer comment l'identité, la guérison traditionnelle, la participation communautaire, la langue et la culture ont un impact positif sur la santé des Premières Nations et des Inuit (Centre de Gouvernance de l'Information des Premières Nations 2018 ; Murkle et al. 2020 ; Rasid et al. 2023 ; Hyett et al. 2019) :

- 36,6 % des adultes des Premières nations ont déclaré que les activités culturelles ou traditionnelles avaient un impact positif sur leur état de

santé général (Centre de Gouvernance de l'Information des Premières Nations, 2018).

- Les adultes des Premières Nations qui partagent des aliments traditionnels avec leur ménage ont déclaré être près de deux fois plus susceptibles d'être plus actifs que ceux qui ne mangent pas d'aliments traditionnels (Centre de Gouvernance de l'Information des Premières Nations, 2018).
- 93 % des Nunavimmiut (Inuit du Nunavik, également connu comme les rives de la baie d'Ungava) ont reconnu que le fait d'aller sur le terrain (pour chasser, pêcher ou cueillir des baies) était une activité importante dans leur vie (Murkle et al. 2020).

Il est essentiel de comprendre les peuples des Premières Nations et des Inuit en fonction des distinctions, car chaque nation et chaque communauté possède des droits, des langues, des croyances, des lois, des histoires et des priorités qui lui sont propres (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2023). Contrairement à d'autres groupes structurellement opprimés, les PNIM sont constitutionnellement reconnus comme possédant leur propre souveraineté et autodétermination. Le traitement distinct de chaque groupe qui s'en est suivi a donné lieu à des relations différentes (de nation à nation, d'Inuit à la Couronne et de gouvernement à gouvernement) entre les PNIM, la Couronne et le Canada, créant des différences juridiques et juridictionnelles qui ont une incidence sur l'accès aux soins de santé et leur prestation (Tait, 2023). Ces différences juridictionnelles entre les PNIM appellent également à ce que les futures recherches en matière de santé soient menées dans une optique de distinction. En outre, comme la souveraineté de certaines nations PNIM continue d'être reconnue, elles ont pu prendre en charge la gestion et la prestation de leurs services de santé (Convention de la Baie James et du Nord québécois 1975 ; Nation Nishanawne Aski 2023 ; Gouvernement du Yukon 2023).

En 2020, le décès de Joyce Echaquan a sensibilisé le public au racisme et à la discrimination dont sont victimes les peuples PNIM lorsqu'ils accèdent aux soins de santé. Le Gouvernement du Canada a organisé trois dialogues nationaux qui ont rassemblé des praticiens de la santé et des apprenants autochtones, des dirigeants des PNIM, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des dirigeants du système de santé, afin d'aborder la question du racisme anti-autochtone dans les soins de santé. La première session s'est concentrée sur une séance de vérité sur les expériences des PNIM en matière d'accès aux soins de santé. En revanche, les deux dernières s'attaquent aux obstacles systémiques et aux possibilités d'action collective (Gouvernement du Canada 2021a). Ces dialogues ont permis de mettre en évidence cinq lacunes dans des domaines prioritaires :

**Formation et apprentissage** : qui intègre la sécurité culturelle en tant que résultat essentiel pour les professionnels de la santé et au sein des systèmes de santé en général. En outre, il est nécessaire d'augmenter le nombre de professionnels de la santé Autochtones dans l'ensemble du système.

**Accès** : à des soins de santé de haute qualité, culturellement adaptés et sûrs, ce qui nécessite des changements au niveau du financement, de la législation et de la politique.

**Responsabilité** : pour le système de santé et ses acteurs, par la création d'un mécanisme permettant de dénoncer le racisme de manière sûre et efficace.

**Données** : approches de collecte et de suivi pour lutter contre le racisme anti-indigène dans les systèmes de santé.

**Transformation de la santé :** par l'adoption d'un cadre fondé sur les distinctions qui reconnaît les besoins uniques des peuples PNIM et la nécessité de l'autodétermination dans la conception, la prestation et la gestion de leurs services de santé.

En conséquence, le Gouvernement du Canada a annoncé l'élaboration conjointe d'une législation Autochtone fondée sur les distinctions et a financé le CNFMSA.

Les facultés de médecine du Canada ont une responsabilité unique et essentielle dans la lutte contre le racisme anti-indigène dans les soins de santé, en veillant à ce que les étudiants en médecine qui sortent de leurs établissements soient en mesure de fournir des soins culturellement sûrs. Cette démarche est soutenue par le programme d'études sur la santé Autochtone et les compétences CANMED adaptées. Cela nécessite également d'accorder une attention particulière aux apprenants en médecine PNIM qui peuvent avoir vécu des expériences de racisme anti-indigène et des effets persistants du colonialisme. Veiller à ce que les médecins aient les compétences nécessaires pour dispenser des soins de santé culturellement sûrs aux peuples PNIM permet également d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés à d'autres communautés et populations structurellement opprimées.

## Recommandations

Le groupe de travail du CNFMSA sur l'amélioration de la sécurité culturelle dans les programmes d'études formule quelques recommandations pour soutenir la mise en œuvre des compétences de base, car les programmes d'études sur la santé et la sécurité culturelle des Indigènes devraient être obligatoires :

- Que le Comité d'Accréditation des Facultés de Médecine du Canada (CACMS) utilise les compétences de base en santé Autochtone ci-dessous pour élaborer des normes supplémentaires qui serviront de référence pour le programme d'études en santé Autochtone et la sécurité culturelle.
- Que les normes d'accréditation incluent spécifiquement la santé Autochtone, les droits Autochtones (c'est-à-dire la déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones, les Traités, le Rapport et les Recommandations de la Commission Royale sur les Peuples Autochtones (1996)), la Loi sur les Indiens et son impact, les pensionnats et d'autres événements historiques et actuels, l'épistémologie, l'axiologie et les points de vue autochtones sur la santé et le bien-être, la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme et les soins tenant compte des traumatismes dans les programmes d'études de médecine.
- Fournir des lieux sûrs aux étudiants en médecine indigènes lorsqu'ils doivent s'informer sur les traumatismes coloniaux, afin de favoriser la guérison et les liens culturels.
- Les facultés de médecine s'assureront que tous les étudiants en médecine ont suivi une formation complète sur la sécurité culturelle avant de s'engager dans des rotations cliniques qui desservent des populations ou des communautés indigènes.
- Au minimum, tous les enseignants et éducateurs en médecine auront suivi une formation à la sécurité culturelle avant de s'engager dans des fonctions d'enseignement et de préceptorat.
- Chaque faculté de médecine utilisera les produits du groupe de travail sur l'évaluation du CNFMSA pour s'assurer qu'elle évalue correctement les compétences du PNIM.



- Chaque école de médecine développera et proposera des expériences communautaires indigènes en tenant compte du contexte distinct de chaque école de médecine (c'est-à-dire urbain, rural et éloigné). Ces expériences seront obligatoires pour tous les apprenants et permettront de consolider les connaissances acquises en matière de santé Autochtone et d'oppression systémique plus large. Cela devrait impliquer une consultation respectueuse des communautés ou organisations Autochtones concernées.
- Les meilleures pratiques devraient tenir compte des diverses expériences des communautés indigènes, en reconnaissant que ces communautés ne sont pas homogènes. Le groupe de travail de CNFMSA encourage les écoles de médecine à explorer des moyens créatifs d'intégrer cette recommandation.

## Compétences de base

Les compétences de base, comme le document précédent, sont structurées en fonction des sept rôles CanMEDS. De plus, le Supplément *CanMEDS- Médecine Familiale sur la Santé Autochtone du Collège des Médecins de Famille du Canada*, les Objectifs en matière de Santé Autochtone du Conseil Médical du Canada (CMM) tirés des *misés à jour des objectifs des examens d'aptitude* et les Études Autochtones du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *la Santé dans la Formation Médicale Postdoctorale Spécialisée : Guide Pédagogique* ont été utilisés pour éclairer ce document.

Alors que les rôles CanMEDS ont été créés pour compartimenter les différentes dimensions du métier de médecin, le CNFMSA apprécie la relation entre tous les rôles, l'un ne pouvant exister sans les autres. En outre, en tant qu'apprenants et praticiens de la médecine, il faut reconnaître qu'en fin de

compte, ce sont les patients indigènes qui déterminent si les soins sont sûrs. Il faudra pour cela s'ouvrir à la possibilité de changements structurels qui intègrent le retour d'information bilatéral et la responsabilité.

## 1. Expert médical

### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins praticiens et les enseignants seront capables de faire preuve de compassion, de sécurité culturelle et de soins centrés sur la relation avec les patients des Premières nations, des Inuit et des Métis, leurs familles et leurs communautés.

### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

1.1. Décrire le lien entre les pratiques gouvernementales historiques et actuelles qui ont un impact sur les Premières Nations, les Inuit et les Métis, y compris, mais sans s'y limiter, la colonisation, les Femmes et les Filles Autochtones Disparues et Assassinées, les pensionnats, la géographie, les traités, les actes législatifs, les revendications territoriales et d'autres événements, et les résultats intergénérationnels qui en découlent en matière de santé.

1.2. Établir des objectifs définis par le patient, qui incluent la collaboration avec la famille et la communauté dans le cadre du plan de soins.

1.3. Décrire les divers services sociaux et de santé offerts aux Premières nations, aux Inuit et aux Métis, ainsi que les influences multi-juridictionnelles qui dictent les ressources et les prestations.

1.3.1. Décrire comment les services de santé multi-juridictionnels peuvent créer des risques d'erreurs ou d'omissions de médicaments, des complications dans le transfert médical (c'est-à-dire la continuité des soins), des événements indésirables, des barrières administratives, et des stratégies pour atténuer ces risques.

1.3.2. Identifier les différences entre les Premières Nations, les Inuit et les Métis reconnus par le gouvernement fédéral et s'enquérir de manière appropriée de l'identification d'un patient ou reconnaître son auto-identification.

1.3.2.1. Démontrer une compréhension des prestations de santé non assurées pour les Premières nations et les Inuit, y compris les critères d'admissibilité pour la liste des médicaments et des pharmacies, la liste des fournitures médicales et de l'équipement, les conseils en santé mentale et la couverture des soins dentaires, ainsi que les critères de transport médical.

1.3.3. Démontrer une compréhension du principe de Jordan et de l'Initiative l'Enfant Inuit d'Abord et être capable d'accéder

à des informations sur sa couverture ou sur d'autres prestations complémentaires qui peuvent être disponibles.

1.4. Identifier la diversité des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis dans votre région en termes d'histoire, de perspectives, d'attitudes, de croyances et de comportements.

1.5. Expliquer comment les conceptions holistiques de la santé (physique, émotionnelle, spirituelle et mentale, c'est-à-dire psychosociale) des Premières nations, des Inuit ou des Métis sont déterminées par des déterminants plus larges de la santé et du bien-être.

1.5.1. Identifier les façons dont l'oppression structurelle et le racisme systémique opèrent et affectent la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

1.6. Identifier et décrire l'éventail des pratiques de guérison et de bien-être (traditionnelles et non traditionnelles) présentes dans les communautés locales des Premières Nations, des Inuit et des Métis (rurales, éloignées ou urbaines). Il s'agit notamment de reconnaître et d'apprécier la rigueur des connaissances des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

1.6.1. Identifier, discuter et démontrer les possibilités de collaboration en matière de prestation de soins de santé

dans le respect des pratiques de santé traditionnelles et occidentales.

1.6.2. Respecter le choix que peut faire un patient Indigène de recourir à la médecine traditionnelle, à la médecine occidentale ou aux deux dans le cadre de son plan de traitement.

1.7. Définir et démontrer la capacité à pratiquer l'humilité culturelle.

1.7.1. Démontrer comment leurs propres expériences vécues influencent leur point de vue et, par conséquent, reconnaître que chacun est un expert dans sa propre vie.

1.7.2. Démontrer la capacité à réfléchir sur les expériences personnelles, les cultures et les perspectives des Premières Nations, des Inuit et des Métis, ainsi que sur leur relation avec la colonisation et le racisme.

1.7.3. En tant que stagiaire en médecine, médecin praticien ou membre de la faculté, il faut être capable d'identifier et de refléter les lacunes en matière de connaissances sur la santé Indigène et de s'engager dans des actions visant à combler ces lacunes.

1.8. Démontrer la capacité à fournir des soins tenant compte des traumatismes et de la violence.

1.8.1. Expliquer comment les traumatismes et les événements indésirables de l'enfance ont affecté la santé du patient, ce qui peut maintenant être apparent.

1.8.2. Reconnaître l'impact des traumatismes intergénérationnels dans le contexte des Peuples Indigènes et la façon dont ils se manifestent dans les soins de santé.

1.8.3. Expliquer ces expériences et comment elles peuvent contribuer à une adaptation inadaptée et comment apporter un soutien, c'est-à-dire une approche basée sur la force, au patient et à sa famille pour y remédier.

## 2. Communicateur

### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins praticiens et les enseignants feront preuve d'une communication efficace et culturellement sûre avec les patients Inuit, métis et des Premières Nations, leurs familles et leurs communautés.

### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

2.1. Décrire la lutte contre le racisme, les différentes formes de racisme (interpersonnel, institutionnel, structurel/systémique) et la manière dont cela affecte la santé et le bien-être des Peuples Indigènes.

2.1.1. Démontrer la prestation de soins de santé antiracistes.

2.1.2. Démontrer une compréhension des préjugés inconscients et de la manière dont ils affectent la prestation des soins.

2.2. Comprendre et formuler la nécessité des initiatives d'IDE et la manière dont elles sont liées et différentes des droits et initiatives Indigènes.

2.3. Décrire la sécurité culturelle et préciser qui la définit.

2.3.1. Démontrer la prestation de soins culturellement sécuritaires aux patients des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

2.4. Identifier et reconnaître la différence de pouvoir entre les patients et les médecins des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

2.4.1. Démontrer la capacité à s'abstenir d'utiliser un langage oppressif et autoritaire.

2.4.2. Démontrer la capacité à fournir des exemples et des stratégies pour réduire la différence de pouvoir entre les patients indigènes et les médecins, afin de contrer les effets persistants du colonialisme et du paternalisme.

2.5. Identifier la centralité de la communication (principalement l'écoute des patients) dans la fourniture de soins culturellement sûrs et s'engager dans une communication culturellement sûre avec les patients, les familles et les communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

2.5.1. Faire preuve d'un niveau de langue approprié et indiquer si le recours à un interprète est nécessaire.

2.5.2. Démontrer la capacité à contextualiser l'information sur la santé et les plans de traitement dans le cadre des réalités sociales et culturelles des patients des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

2.5.3. Expliquer l'importance de la famille et de la communauté dans la prestation des soins de santé aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis.

2.6. Démontrer la capacité de développer des relations thérapeutiques positives et collaboratives avec les patients des



Premières nations, Inuit et métis et leur famille, axées sur la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie.

2.6.1. Démontre une communication efficace et culturellement sûre grâce à la collaboration avec la communauté et à l'apprentissage par l'expérience.

2.6.2. Démontre un engagement réussi dans les contextes locaux et régionaux.

### 3. Collaborateur

#### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins praticiens et les enseignants démontreront les compétences nécessaires à une collaboration efficace avec les professionnels de la santé Indigènes et non Indigènes, les peuples/guérisseurs de médecine traditionnelle et les autres membres du personnel concernés par la prestation de soins de santé efficaces aux patients, aux familles et aux communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

#### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

3.1. Identifier les principes clés pour développer des relations de collaboration et d'éthique.

3.1.1. Être capable d'identifier et de collaborer avec les organisations Indigènes, les autorités sanitaires, les communautés, les établissements de santé et les administrateurs, etc. de la région afin de fournir des soins appropriés et d'orienter les patients, le cas échéant.

3.1.1.1. Identifier et différencier les environnements éloignés, ruraux et urbains et orienter les patients vers les organisations indigènes et les établissements médicaux appropriés pour la fourniture de services.

3.1.1.2. Identifier et réduire, si possible, les différents obstacles rencontrés par les populations Autochtones dans les régions isolées, rurales et urbaines, y compris la disponibilité des services, les ressources, les déplacements nécessaires, les considérations financières, etc.

3.1.2. Démontrer la capacité à établir des relations de travail collaboratives avec les communautés ou les organisations des PNIM.

3.1.2.1. Reconnaître la diversité des rôles et des perspectives et l'importance d'une prise de décision partagée dans le cadre de ces relations thérapeutiques et administratives.

3.2. Démontrer la capacité à collaborer avec les guérisseurs traditionnels et les praticiens de la médecine pour fournir des

soins de santé aux patients des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

3.2.1. Décrire les types de guérisseurs indigènes, de praticiens de la médecine traditionnelle et de professionnels de la santé travaillant dans les communautés locales ou régionales des Premières Nations, des Inuit et des Métis, et expliquer comment ils fournissent des services dans leur communauté.

3.3. Expliquer comment demander de manière appropriée si un patient des Premières Nations, inuit ou métis prend des herbes ou des médicaments traditionnels pour traiter son affection et comment intégrer ces connaissances dans leurs soins.

3.4. Démontrer la capacité à s'allier avec les populations et les communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

#### 4. Leader

##### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les internes, les médecins praticiens et les enseignants seront en mesure de décrire les approches visant à optimiser la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis en allouant les ressources de santé, en équilibrant l'efficacité, l'efficacité et l'accès, en utilisant la médecine fondée sur des données probantes et les meilleures pratiques Indigènes.

##### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

- 4.1. Discerner les concepts d'autodétermination, de développement communautaire, d'appropriation, de consultation, d'autonomisation, de renforcement des capacités, de réciprocité et de respect, fondés sur les forces, en relation avec la prestation de soins de santé dans et par les communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis.
- 4.2. Reconnaître les cas de racisme anti-indigène et de soins culturellement dangereux et identifier une (des) action(s) ou une (des) solution(s) appropriée(s) pour traiter l'incident.
- 4.3. Reconnaître l'importance d'accorder un espace équitable ou plus généreux pour s'assurer que les voix des Premières Nations, des Inuit et des Métis sont entendues et qu'un dialogue thérapeutique collaboratif a lieu.
- 4.4. Décrire les approches réussies mises en œuvre pour améliorer la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis, au niveau local, régional ou national.
  - 4.4.1. Décrire les approches et les initiatives de l'EMPr, de l'EMPo, de la CME et de la DF visant à accroître les connaissances et les expériences afin d'améliorer la santé et le bien-être des patients, des familles et des communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

## 5. Défenseur de la santé

### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les internes, les médecins praticiens et les enseignants seront capables d'identifier les déterminants de la santé des populations indigènes et d'utiliser ces connaissances pour promouvoir la santé des patients des Premières Nations, des Inuit et des Métis et de leurs communautés.

### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

5.1. Décrire le concept d'inégalité d'accès aux soins de santé et à l'information sur la santé pour les Premières nations, les Inuit et les Métis, ainsi que les facteurs fondés sur les distinctions qui y contribuent.

5.1.1. Évaluer l'impact du racisme sur l'accès aux soins de santé, en tenant compte des différents points d'accès (médicaments, interventions d'urgence, soins primaires, procédures, etc.)

5.1.2. Reconnaître que cela inclut la politique, le différentiel de pouvoir, l'autodétermination et les impacts continus sur la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

5.2 Identifier les moyens de remédier à l'inégalité d'accès aux soins de santé et à l'information sur la santé pour les patients et les populations des Premières Nations, des Inuit et des Métis. Cela inclut les politiques, les différences de pouvoir, l'autodétermination et les impacts actuels sur la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

5.3 Expliquer d'où viennent les recommandations politiques telles que les appels à l'Action de la Commission Royale sur les Peuples Autochtones, de la Commission Vérité et Réconciliation, les Appels à la Justice de la Commission Nationale d'Enquête sur les MMIWG et la Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones (UNDRIP). Identifier où les documents peuvent être trouvés et comment leurs recommandations peuvent être mises en œuvre pour améliorer les résultats en matière de santé des Indigènes.

5.3.1 Démontrer une compréhension du principe de Joyce et être capable d'accéder aux informations sur ses origines.

5.3.2 Décrire l'objectif principal de l'UNDRIP.

5.3.2.1 Être capable d'identifier le droit à l'autodétermination, le droit à l'identité culturelle, le droit au consentement préalable, libre et éclairé, et le droit à la non-discrimination, et d'expliquer comment ces éléments ont un impact sur la santé des PNIM.

5.4 Démontrer une compréhension des expériences vécues et de l'impact de l'intersectionnalité (comme les peuples autochtones qui s'identifient comme 2SLGBTQIA+, les personnes handicapées, les femmes, etc. Ce faisant, elle contribue à des soins antiracistes et culturellement sûrs.

5.5 Souligner les différences entre les manières Indigènes et non Indigènes de connaître, d'être et de faire, de sorte qu'un système de connaissance ne domine pas ou n'affaiblisse pas les contributions de l'autre.

5.5.1 Utiliser le cadre des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008) pour décrire les répercussions sur la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis des politiques historiques et contemporaines appliquées aux résultats.

5.5.1.1 Déterminer comment les déterminants de la santé suivants affectent la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

- La famille, la communauté, la parenté, la culture, la terre, la gestion de l'environnement et l'autodétermination. L'éducation, le logement, le genre, la famille et la protection de l'enfance sont également abordés.

5.6 Reconnaître l'importance de la collaboration avec les individus, les communautés et les organisations des Premières Nations, des Inuit et des Métis en matière de défense des intérêts.

5.6.1 Utiliser le concept "Rien pour nous sans nous" comme cadre pour la défense des intérêts de la santé Autochtone.

5.6.1.1 L'établissement de relations avec les personnes, les communautés et les organisations des PNIM doit être la base et doit se faire conformément aux protocoles et aux politiques des nations ou des organisations distinctes.

5.6.1.2 Comprendre l'importance de la continuité et de la confiance dans le processus d'établissement des relations.

5.6.1.3 Décrire comment développer la responsabilité vis-à-vis des individus et de la communauté et son importance pour le plaidoyer.

## 6. Boursier

### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les résidents et les médecins praticiens seront en mesure de contribuer au développement, à la diffusion et à l'évaluation critique des connaissances/pratiques et de la diffusion liée à l'amélioration de la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis au Canada.

### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les enseignants sont en mesure de :

- 6.1. Décrire les stratégies appropriées et culturellement sûres pour collaborer avec la population des Premières Nations, des Inuit et des Métis dans le cadre d'une recherche visant à identifier les questions sanitaires et sociales, les résultats, les besoins et les solutions.



6.1.1. Donner des exemples de visions du monde, de valeurs et de croyances des Premières Nations, des Inuit et des Métis, qui peuvent permettre d'apprécier les perspectives culturelles et spirituelles.

6.2. Identifier l'importance de divers protocoles éthiques tels que <sup>PCAP®</sup> (propriété, contrôle, accès et possession), les principes de la recherche métisse, les principes de l'Inuit Qaujimajatuqangit, le chapitre 9 : Recherche avec les Premières Nations, les Inuit et les Métis du Canada de l'Énoncé de Politique des Trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Cand le cadre de souveraineté des données Autochtones du NCIME.

6.3. Identifier les différences entre les paradigmes de recherche Autochtones et les paradigmes de recherche occidentaux dominants.

6.3.1. Comprendre la validité de l'observation, de la recherche qualitative, de la recherche narrative (avec un accent particulier sur la narration) et de la recherche artistique.

6.3.2. Évaluer la recherche et la littérature pour la recherche participative indigène et/ou les méthodes de recherche communautaire.

6.4. Utiliser des stratégies efficaces pour partager et promouvoir l'information sur la santé auprès des patients/populations des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

6.5. Décrire les différentes manières d'acquérir respectueusement des informations (de manière transparente) sur les populations des Premières Nations, des Inuit et des Métis, qui impliquent des organisations ou des communautés indigènes en tant que partenaires.

6.6. Évaluer de manière critique les points forts et les limites des données disponibles utilisées comme indicateurs clés de la santé des Premières nations, des Inuit et des Métis au Canada (en accordant une attention particulière à la nécessité d'une recherche fondée sur les points forts et aux populations urbaines des Premières Nations, des Inuit et des Métis).

6.6.1. Comprendre le manque de données sur la santé des peuples métis et ses implications.

6.6.2. Comprendre le manque de données sur la santé des Inuit et ses implications.

6.6.3. Comprendre le manque de données relatives à la santé des peuples des Premières Nations non-inscrits et ses implications.

6.6.4. Comprendre que la disponibilité des données sanitaires concernant le statut des Premières Nations varie selon qu'elles résident dans une réserve ou hors réserve.

## 7. Professionnel

### Compétence clé

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins praticiens et les enseignants seront en mesure de démontrer leur engagement à engager un dialogue respectueux et à établir des relations efficaces avec les Premières Nations, les Inuit et les Métis afin d'améliorer la santé grâce à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension des peuples, des cultures et des pratiques de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

### Compétences habilitantes (objectifs)

Les étudiants en médecine, les résidents, les médecins en exercice et les professeurs seront en mesure de faire ce qui suit :

7.1. Identifier, reconnaître et analyser sa propre réaction émotionnelle aux nombreuses histoires et à l'environnement contemporain des Premières Nations, des Inuit et des Métis, et exprimer ses opinions avec respect.

7.1.1. Identifier, articuler et atténuer les formes existantes de racisme et la manière dont elles s'entrecroisent avec les soins de santé des peuples Indigènes.

- 7.2. Reconnaître et analyser les limites de ses propres connaissances et perspectives et intégrer de nouvelles façons de voir, de valoriser et de comprendre les pratiques de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis.
- 7.3. Décrire des exemples de façons de s'engager respectueusement dans un échange réciproque de connaissances avec les communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis en tant qu'apprenant en médecine, médecin praticien ou membre du corps enseignant.
- 7.4. Faire preuve d'un comportement moral et éthique guidé par l'authenticité, le soutien et l'inclusion dans tous les échanges avec les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis, les travailleurs de la santé et les communautés.
- 7.5. Démontrer la capacité à s'engager dans une pratique réflexive qui facilite l'humilité culturelle et des relations thérapeutiques respectueuses.
- 7.6. Participer à la responsabilisation des pairs qui favorise la cocréation d'environnements cliniques et d'apprentissage sûrs, y compris les politiques de soutien au professionnalisme qui s'appliquent aux écoles de médecine, aux programmes de résidence et aux facultés de médecine.

## Références

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. 2020. *Rapport "Au vu de tous" : Racisme systémique dans les soins de santé en Colombie-Britannique*. <https://engage.gov.bc.ca/addressingracism/>

Browne, A.J., E. Hill, B. Lavalley, J. Lavoie, et M.J. Logan McCallum. 2017. "Hors de vue : Un résumé des événements qui ont conduit à la mort de Brian Sinclair et de l'enquête qui l'a examinée, ainsi que les recommandations provisoires du groupe de travail sur Brian Sinclair". Groupe de travail de Brian Sinclair. Septembre. Consulté en novembre 2022. <https://www.dropbox.com/s/wxf3v5uh2pun0pf/Out%20of%20Sight%20Final.pdf?dl=0>.

Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. 2020. Principe de Joyce.

[https://principedejoyce.com/sn\\_uploads/principe/Joyce\\_s\\_Principe\\_brief\\_\\_Eng.pdf](https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Joyce_s_Principe_brief__Eng.pdf)

Autorité sanitaire des Premières nations. 2021. Cadre de travail sur l'antiracisme, la sécurité culturelle et l'humilité.

<https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-FNHC-FNHDA-Anti-Racism-Cultural-Safety-and-Humility-Framework.pdf>

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2018. *Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, Phase 3 : Volume Deux* .

[https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/53b9881f96fc02e9352f7cc8b0914d7a\\_FNIGC\\_RHS-Phase-3-Volume-Two\\_EN\\_FINAL\\_Screen.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/53b9881f96fc02e9352f7cc8b0914d7a_FNIGC_RHS-Phase-3-Volume-Two_EN_FINAL_Screen.pdf)

Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J., éditeurs. *Cadre de compétences des médecins CanMEDS 2015*. Ottawa : Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Gouvernement du Canada. 2021. *Le Gouvernement du Canada rend hommage à l'esprit et à l'héritage de Joyce Echaquan*.

<https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2021/09/government-of-canada-honours-joyce-echaquans-spirit-and-legacy.html>

Gouvernement du Canada. 2024. Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme anti-indigène dans les systèmes de santé. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611863352025/1611863375715>

Gouvernement du Canada. 2021. Co-élaboration d'une législation sur la santé autochtone fondée sur les distinctions. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611843547229/1611844047055>

Hahmann T., Kumar, M., 2022. Besoins non satisfaits en matière de soins de santé pendant la pandémie et conséquences pour les membres des Premières nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit. Statistique Canada [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-eng.pdf?st=72p\\_Fkrm](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-eng.pdf?st=72p_Fkrm)

Hahmann, T., Badets, N., Hughes, J. 2019. Les Autochtones handicapés au Canada : Les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit âgés de 15 ans et plus. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-653-x/89-653-x2019005-eng.pdf?st=la45GyMR>

Organisation des normes sanitaires (HSO) 2022. Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique. <https://www.mnbc.ca/media/2525>

Comité directeur de la santé autochtone dans la formation médicale postdoctorale spécialisée. 2021. La santé Autochtone dans la formation médicale post-universitaire spécialisée : Guide de l'éducation.

Inuit Tapiriitt Kanatami. 2018. *Profil statistique des Inuit 2018*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/20191125-Inuit-Statistical-Profile-revised-1.pdf>

Kamel, G. 2021. "Rapport d'enquête : Loi sur la recherche des causes et circonstances de la mort pour la protection de la vie humaine concernant la mort de Joyce Echaquan 2020-00275". Bureau du coroner Québec. 8 septembre. Consulté en novembre 2022. [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes\\_publicques/2020-06375-40\\_002\\_1\\_sans\\_logo\\_anglais.pdf](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-06375-40_002_1_sans_logo_anglais.pdf).

Martens, P et coll. 2010. *Profil de l'état de santé et de l'utilisation des soins de santé des Métis au Manitoba : une étude basée sur la population*. [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis\\_Health\\_Status\\_Full\\_Report\\_\(WEB\)\\_update\\_aug11\\_2011.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_update_aug11_2011.pdf)

Conseil médical du Canada. 2021. Mise à jour des objectifs du CMC pour les examens de qualification. <https://mcc.ca/wp-content/uploads/Updates-to-the-MCC-Objectives-for-the-Qualifying-Examinations-April-2021.pdf>

Merriam-Webster. (n.d.) "Suprématie blanche". Dans *ledictionnaire Merriam-Webster.com*.

Nation Nishanawbe Aski. 2023. *Rapport annuel*.  
[https://www.nan.ca/app/uploads/2023/08/AnnualReport\\_2022\\_2023.pdf](https://www.nan.ca/app/uploads/2023/08/AnnualReport_2022_2023.pdf)

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. 2015. Le racisme en tant que déterminant de la santé : Une revue systématique et une méta-analyse, *PloS One* 10(9) : e0138511-e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque Bearskin, L., Millender, E. et Lowe, J. 2020. COVID-19 et les peuples Autochtones : Un impératif d'action. *Journal des soins infirmiers cliniques* 29(15-16) : 2737–2741 .  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15320>

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 l'éducation médicale supérieure* 15(1) : 24–36 .<https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00180.1>

Reading, C. 2018. "Déterminants structurels des peuples Autochtones". Dans Greenwood, M., de Leuw, S. et Lindsay, N.M. *Déterminants de la santé des peuples Autochtones : au-delà du social* (2e éd., pp. 3-17). La Presse savante Canadienne Inc.



Richardson, L. et Crawford, A. 2020. COVID-19 et la décolonisation de la santé publique Autochtone. *Journal de l'Association médicale Canadienne (JAMC)* 192(38) : E1098–E1100 .<https://doi.org/10.1503/cmaj.200852>

Robinson, D., Saiva, C. A., & Shanmuganathan, P. 2017. Approches de l'intégration de la santé Autochtone dans le programme des facultés de médecine Canadiennes. *Journal médical de l'Université Western Ontario* 86(2) : 57–59 .<https://doi.org/10.5206/uwomj.v86i2.2039>

Statistique Canada. 2023. *Santé des Canadiens Déterminants de la santé*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section4-eng.htm>

Statistique Canada. 2023. *Mois national de l'histoire Autochtone 2023... En chiffres*. [https://www.statcan.gc.ca/en/dai/smr08/2023/smr08\\_273](https://www.statcan.gc.ca/en/dai/smr08/2023/smr08_273)

Tait, C. L. 2023. "Les droits et les intérêts des Premières Nations, des Métis et des Inuit dans les débats sur la législation relative au consentement présumé pour le don d'organes par des personnes décédées au Canada : Appels à l'action". *Lancet Santé régionale - Amériques (en ligne)* 18: 100414-100414. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100414>

Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ). s.d. <https://caid.ca/AgrJamBayNorQueA1975.pdf>

Réseau anti-oppression. s.d.. *Allyship*. <https://theantioppressionnetwork.com/allyship/>

Tuck E. et Yang K. W. 2012 "Decolonization is not a Metaphor". *Décolonisation : Autochtone, éducation et société* 1(1):1-40.

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et l'Organisation Mondiale de la Santé. 2008, *Comblé le fossé en une génération : L'équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la*

Commission des déterminants sociaux de la santé. Organisation Mondiale de la Santé.

Yangzom, K., Masoud, H., Hahmann, T. 2023. *Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020.* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-eng.htm>

Yukon. 2023. *Les Premières Nations du Yukon et les systèmes de santé orientent le développement de la santé et du bien-être au Yukon et donnent la priorité aux gens .* <https://yukon.ca/en/news/yukon-first-nations-and-health-system-partners-guide-development-health-and-wellness-yukon-and-putting-people-first>

Qanuilirpitaa ? 2017. *Déterminants socioculturels de la santé et du bien-être : Enquête de santé 2017.* [https://nrhss.ca/sites/default/files/health\\_surveys/Sociocultural\\_Determinant\\_of\\_Health\\_and\\_Wellness\\_infographics\\_en.pdf](https://nrhss.ca/sites/default/files/health_surveys/Sociocultural_Determinant_of_Health_and_Wellness_infographics_en.pdf)

## **Annexe A : Membres et contributeurs du groupe de travail**

Barbara Hill, aînée

Dre Darlene Kitty, Présidente du groupe de travail

Dr Evan Adams, Coprésident du groupe de travail

Christy Anderson, Éducatrice Clinique, santé Autochtone, Collège des Médecins de Famille du Canada

Richard Budgell, Professeur Adjoint, Université McGill

Dr Michael E. Green, Département de Médecine Familiale, Université Queen's

Joyce Helmer, Sciences Cliniques, Spécialiste du Programme d'Etudes, École de Médecine du Nord de l'Ontario

Dre Veronica McKinney, directrice des services médicaux du Nord, Université de la Saskatchewan

Marissa Nakoochee, Coordinatrice de la Formation en Santé, Programme de santé Autochtone, Université de l'Alberta

Marilee Nowgesic, Directrice Générale, Association des Infirmières et Infirmiers Autochtones du Canada

**Anciens membres :**

Pamela Roach, Ph. D, Professeure Adjointe, Université de Calgary

Dre Jillian Roberge, Ancienne Coprésidente, CRMCC

Dr Erik Mandawe, Ancien Coprésident