

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



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

## Bien-être et satisfaction au travail des médecins autochtones

2024



Bien-être et satisfaction au travail des médecins autochtones

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

ISBN # ##### #

Auteurs : Chase McMurren\*, Syexwáliya (Ann Whonnock)\*, Cornelia (Nel) Wieman\* & Michael Dumont

\*Ce travail était complète en collaboration avec l'Association de médecins autochtones du Canada qui ont dirigé le **groupe de travail de Bien-être et satisfaction au travail des médecins autochtones pour développer ce rapport et les outils résultants.**

Collaborateurs: McMurren, C., Syexwáliya (Whonnock, A.), Wieman, C., Giroux, R., Knapman, A., Pennington, J., Osmack, M., Gautam, M., Albuquerque, J. Clark, W, John, A. and Dumont, M.

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

Ce produit devrait être cité comme :

McMurren, C., Syexwáliya (Whonnock, A., Wieman, C & Dumont, M. (2024). *Bien-être et satisfaction au travail des médecins autochtones*. 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 nationales 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 Autochtone; alignant et collaborant sur priorités; et maximiser les ressources disponibles.

Copies of this report in English are accessible at [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 pour la formation médicale en santé autochtone (CNFMSA)

Une organisation virtuelle

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

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

Courriel: [info@ncime.ca](mailto:info@ncime.ca)

## Table des matières

Préface.....	4
Nommer notre intention.....	4
Introduction .....	6
La contemplation du bien-être et de la joie.....	10
Méthodologie.....	16
Le cadre .....	27
Objectifs.....	27
1. Lancer des appels à l'action aux institutions (coloniales) (écoles de médecine, ministères de la santé, systèmes hospitaliers, collèges de réglementation, CMPA, etc.) pour s'engager avec les médecins autochtones et les soutenir, en mettant l'accent sur la réciprocité et le respect des droits des peuples autochtones.....	27
2. Permettre aux praticiens autochtones d'exprimer, d'intégrer et de célébrer leur culture dans leur espace clinique avec sécurité et soutien.....	30
3. Reconnaître comment l'écosystème des soins de santé affecte les peuples autochtones qui pratiquent la médecine, se trouvent dans une situation d'intersectionnalité complexe, et qui peuvent se déplacer entre des contextes culturels très différents .....	35
4. Offrir des conseils et partager des pratiques sages avec les communautés et les organisations autochtones en ce qui concerne l'investissement dans la santé des peuples autochtones qui pratiquent la médecine.....	37
5. Reconnaître le poids de l'impôt des minorités et plaider pour une rémunération équitable du travail, de l'expertise et des capacités uniques que les populations autochtones apportent à l'écosystème (ou aux écosystèmes) dans lequel elles exercent.....	39
Conclusion.....	45
Du groupe de travail.....	46
Références.....	52
Appendice A – Membres du groupe de travail .....	57

## Préface

Le Consortium national pour la formation médicale autochtone (CNFMSA) est un partenariat entre l'Association des médecins autochtones du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil médical du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le CNFMSA a été créé pour mettre en œuvre des axes de travail dirigés par des autochtones qui transformeront l'enseignement médical autochtone et contribueront à la fourniture de soins culturellement sûrs.

Le CNFMSA a mis en place des groupes de travail et des plans de travail axés sur les améliorations à apporter dans les domaines d'action prioritaires suivants :

- Évaluation des études autochtones, de la sécurité culturelle et de la lutte contre le racisme
- Antiracisme, politiques, processus et soutien à la mise en œuvre
- Admissions et transitions des étudiants autochtones
- Recrutement et maintien en poste des enseignants autochtones
- Améliorer la sécurité culturelle dans les programmes d'études
- Bien-être des médecins autochtones et joie au travail

## Nommer notre intention

Pour commencer, nous reconnaissons et honorons les relations aimables et affectueuses qui nous ont permis de partager cette

sagesse et ces conseils avec vous en tant que lecteur. Puissiez-vous être soutenu, nourri & et honorer les relations aimables et aimantes qui nous ont permis de partager cette sagesse et ces conseils avec vous en tant que lecteur. Que vous soyez soutenus, nourris et inspirés en recevant ces mots.

Nous remercions la terre et nos relations : les minéraux, l'eau, les plantes, les animaux, ceux qui nagent, ceux qui volent, ceux qui rampent sur la terre et les êtres célestes. Nous remercions nos ancêtres qui nous ont permis d'être ici & ses relations : les minéraux, l'eau, les plantes, les animaux, ceux qui nagent, ceux qui volent, ceux qui rampent sur la terre, et les êtres célestes. Nous remercions nos ancêtres, qui nous ont permis d'être ici et de participer à ce travail.

Nous saluons et remercions les personnes qui pratiquent la médecine à travers le temps - et remercions les personnes qui pratiquent la médecine à travers le temps - celles qui nous ont précédées, celles qui sont présentes aujourd'hui et celles qui suivront nos traces à l'avenir.

Nous exprimons notre respect et notre reconnaissance aux médecins autochtones qui ont formé et pratiqué la médecine (d) dans ce que l'on appelle aujourd'hui le Canada et qui ont jeté les bases de notre travail d'aujourd'hui. Nous reconnaissons les immenses sacrifices qu'ils ont faits et qu'ils continuent de faire pour servir les autres dans un écosystème complexe et souvent fracturé. Dans ce que nous partageons, nous reconnaissons les expériences uniques de chaque médecin autochtone ; ce que

nous partageons peut ne pas résonner pour tous, reconnaître les expériences uniques de chaque médecin autochtone ; ce que nous partageons peut ne pas résonner pour tous ou refléter adéquatement la nuance et l'expertise de l'expérience des individus qui vivent à travers le Canada.

## Introduction

Tout au long du cadre de référence, nous parlons des médecins autochtones, qui peuvent inclure les apprenants, les stagiaires et les praticiens autochtones de la médecine. En décrivant les soins médicaux actuels dans ce que l'on appelle le Canada comme une "biomédecine coloniale", on tente de souligner que les racines de la pratique médicale actuelle sont coloniales et que la biomédecine a tendance à se concentrer sur la santé physique et les praticiens de la médecine et à leur donner la priorité. En décrivant les soins médicaux actuels dans ce que l'on appelle le Canada comme une "biomédecine coloniale", on tente de souligner que les racines de la pratique médicale actuelle sont coloniales et que la biomédecine a tendance à se concentrer et à donner la priorité à la santé physique et à des moyens quantifiables de comprendre la maladie.

La protection et la priorisation prudentes et habiles de la joie dans le processus de mise en œuvre des efforts antiracistes/anti-oppressifs, l'accueil des apprenants autochtones dans une formation médicale plus sûre sur le plan culturel, le recrutement et la rétention des enseignants autochtones, et l'évaluation des progrès de ces efforts nécessitent une prise de conscience et un

engagement. Praticiens autochtones, communautés autochtones, académiques et institutions des soins de santé, organismes réglementaires et gouvernement ont raison pour investir dans ce processus. Au centre de cet initiative est le besoin de reconnaître et de fournir les ressources uniques et spécifiques requis pour élever les praticiens dans des manières tangibles et respectueux, reconnaissant que les pressions complexes peuvent affecter leur santé et capacité de rester et s'épanouir dans la pratique.

Être un médecin autochtone au Canada est un acte anticolonial et antigénocidaire impressionnant. Comme l'indique l'*Encyclopédie Canadienne*,

Une personne perdait son statut [d'Indien] si elle était diplômée de l'université, si elle épousait une personne non inscrite (s'il s'agissait d'une femme) ou si elle devenait ministre du culte Chrétien, médecin ou avocat. C'est ce qu'on appelle l'émancipation. L'article 112 de la *Loi sur les Indiens*, connu sous le nom de "compulsory enfranchisement", n'a été supprimé qu'en 1961.

L'administration du statut était un outil d'assimilation et de destruction culturelle (Henderson, 2006).

L'émancipation a eu un coût important. Nous pouvons réfléchir aux expériences humaines (comme le deuil) dont ont pu être privées les personnes qui ont choisi de poursuivre une formation coloniale. Bien que cette section de la *Loi sur les Indiens* ait été supprimée en 1961, les effets d'entraînement persistent. Les

binarismes auxquels peuvent être confrontés les autochtones qui poursuivent des études supérieures coloniales sont susceptibles de créer des obstacles au bien-être et à la joie. Parmi les binômes possibles, on peut citer : urbain/rural urbain/rural, autochtone/colonisateur, éduqué/"non éduqué". Pour certains, ces expériences éventuellement contradictoires peuvent créer un isolement social, une déconnexion, voire une aliénation des amis, de la famille et de la communauté.

L'admission dans une école de médecine Canadienne est un processus compétitif et complexe. Si l'on considère les données de l'Ontario, par exemple : Il y avait 6 672 candidats et 960 inscrits dans les facultés de médecine de l'Ontario en 2018 (Ontario Universities' Universities Application Centre, 2018). Il n'est pas rare d'entendre parler de médecins autochtones qui, plus tôt dans leur vie, ont été détournés des filières universitaires et professionnelles par des enseignants, & qui ont été confrontés à des défis importants ou à des expériences de vie qui ont interrompu une voie toute tracée vers la médecine. Par exemple, "[l]orsque [feu le Dr] Thomas Dignan était en huitième année, son professeur a dit à ses parents qu'il n'arriverait pas à grand-chose lui a recommandé de fréquenter une école de commerce " (école) " (Fitterman, 2021). Atteindre l'université est un accomplissement important, sans parler de la complexité de l'admission dans une école de médecine en raison du racisme systémique. Minthorn et. al. note que

Moins de fonds de recherche sont consacrés à l'étude des étudiants autochtones, et leurs intérêts sont souvent laissés



de côté dans des projets qui prétendent par ailleurs traiter de la diversité dans l'enseignement supérieur." (Minthorn et al, (2018).

Comme Quinn Ohler l'a partagé dans un article de Global News en 2018, "[a]près le recensement de 2016 de Stat Canada, sur les 93 985 spécialistes et médecins généralistes au Canada, moins d'un pour cent (760) s'identifie comme autochtone, mais les peuples autochtones représentent plus de 4,5 pour cent de la population" (Ohler 2018). Suzanne Stewart, Directrice du Waakebiness-Bryce Institut pour la Santé Autochtone à la Faculté de Santé Publique Dalla Lana de l'Université de Toronto (U of T), a indiqué lors d'une table ronde que moins de 1% des enseignants de l'Université de Toronto sont autochtones, ce qui représente, selon elle, une vingtaine de personnes dans l'ensemble de l'université. Lors du débat, Mme Stewart a déclaré qu'"il n'est pas équitable que moins de dix autochtones fassent tout ce travail de changement", ce qui, a-t-elle ajouté, constitue une "charge de travail écrasante qui entrave la promotion [universitaire]" parce qu'elle ne correspond pas aux méthodes conventionnelles de promotion universitaire. "

Les groupes de travail du CNFMSA exploreront ces complexités et proposeront des pistes pour aller de l'avant, nous ; nous voulons nommer à la fois la guérison potentielle qui se produit pour les apprenants autochtones dans leur parcours d'apprentissage ainsi que les dommages potentiels qui découlent de la marche au sein des cultures/sous-cultures universitaires et des cultures/sous-cultures de soins de santé. Il

est possible que les médecins autochtones quittent leur formation médicale blessés par l'expérience et avec des messages contradictoires sur ce que signifie être en bonne santé et éprouver de la joie. En tant qu'êtres humains, il est également probable que de nombreux étudiants autochtones arrivent à l'école de médecine déjà blessés.

## La contemplation du bien-être et de la joie

Parmi les nombreuses communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada, il existe des conceptualisations communes du bien-être qui mettent l'accent sur la plénitude et l'interconnexion avec la communauté, et les communautés métisses du Canada, des conceptualisations communes du bien-être qui mettent l'accent sur la plénitude, l'interconnexion avec la communauté et notre relation réciproque avec le monde naturel qui nous entoure.

Bien que le dialogue suivant entre le Dr Robin Wall Kimmerer et Krista Tippett ait porté sur la relation avec la terre et l'utilisation des ressources naturelles, le thème de la réciprocité est étroitement lié à notre conceptualisation du bien-être et de la joie des médecins autochtones :

Tippett : La "durabilité" est le langage que nous utilisons à propos du monde dans lequel nous vivons ou devons vivre. J'ai l'impression, d'après vos écrits et surtout d'après votre tradition autochtone, que le terme "durabilité" n'est vraiment pas assez large et qu'il pourrait même s'agir d'une

dérobade. Je veux dire que vous n'avez pas utilisé ce langage, mais vous parlez en fait d'une vision beaucoup plus généreuse et expansive de la relation entre les humains et les mondes naturels et de ce que nous voulons créer.

Kimmerer : Je le suis. Je suis d'accord avec vous pour dire que le langage de la durabilité est assez limité. Pour qu'une chose soit durable, il faut que sa capacité à subvenir à nos besoins ne soit pas compromise à l'avenir. Et c'est une bonne chose. Mais au fond, la durabilité telle que nous la concevons est ancrée dans cette vision du monde selon laquelle nous, en tant qu'êtres humains, sommes propriétaires de ce que nous appelons les ressources, et que nous voulons que le monde puisse continuer à conserver - que les êtres humains puissent continuer à prélever et à consommer.

La notion de réciprocité est vraiment différente de cela. Il s'agit d'une extension de ce principe, car il dit que notre rôle en tant qu'êtres humains n'est pas seulement de prendre à la Terre, et que le rôle de la Terre n'est pas seulement de subvenir aux besoins de notre seule espèce. La réciprocité élargit donc cette notion pour dire que non seulement la Terre nous soutient, mais que nous avons la capacité et la responsabilité de la soutenir en retour. Il élargit donc la notion de personne humaine, et pas seulement de consommateur. Il y a une telle joie à pouvoir faire cela, à s'épanouir mutuellement au lieu de la définition plus

étroite de la durabilité qui nous permet de continuer à prendre...".

(Projet sur l'être, 2022).

Lorsque les médecins autochtones sont également considérés comme des êtres humains avec des intersections uniques de multiples positions de sujets, leur capacité à être en bonne santé peut s'étendre.

Le Groupe de recherche sur le bien-être des autochtones de Pewaseskwan écrit que

Au Canada, la plupart des recherches sur la santé sont axées sur une maladie ou un déficit, qu'il s'agisse de concevoir, de tester ou de mettre en œuvre des interventions, des traitements ou des mesures préventives. Le projet de développement des connaissances autochtones est axé sur le bien-être, c'est-à-dire sur la promotion, le maintien et le rétablissement du bien-être, en soi ou dans le contexte d'une variété de conditions ou de circonstances de vie auxquelles les Premières Nations, les Inuits et les Métis peuvent être confrontés.

De nombreuses connaissances et sagesses autochtones en matière de santé et de bien-être n'ont pas encore été réveillées et, en fait, ne peuvent pas être bien soutenues dans nos structures et conceptualisations colonisées actuelles (Groupe de recherche sur le bien-être des populations autochtones, n.d.).

En décrivant le cadre de promotion de la vie autochtone qu'elle a élaboré, le Dr Judith Bartlett, Médecin Métisse, explique que

La promotion de la vie consiste à équilibrer les aspects spirituels, émotionnels, physiques et intellectuels de la personne à tous les stades de la vie, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un jeune, d'un adulte ou d'une personne âgée", explique-t-elle. Elle va bien au-delà du système de santé fondé sur la maladie pour inclure la vie dans son ensemble et s'intéresse à la manière dont nous vivons en tant qu'individus, familles, communautés et nations à différents niveaux culturels, sociaux, économiques et politiques" (Mary Jane MacLennan, 2020).

L'Association Médicale Canadienne (AMC) a publié une déclaration sur la santé et le bien-être des médecins en 2019, qui propose des "principes directeurs et des engagements pour une profession dynamique".

L'AMC note que

[Dans le passé, les questions relatives à la santé des médecins étaient souvent axées sur des problèmes individuels. Aujourd'hui, notre compréhension englobe l'éventail complexe des facteurs individuels, **socioculturels**, professionnels et systémiques et comprend des efforts visant à développer des mesures préventives et des traitements pour répondre à ces questions. Cette nouvelle compréhension nous permet d'examiner la santé des médecins de manière plus large afin de prendre en compte, et de chercher à traiter, l'ensemble des facteurs

qui influencent la formation et la pratique médicales (Association Médicale Canadienne, 2019).

La déclaration reconnaît également que

[Il est de plus en plus reconnu que l'éventail complexe des facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être doit être traité à la fois au niveau individuel et au niveau systémique. Si les initiatives destinées aux médecins individuels restent pertinentes, il convient de mettre davantage l'accent sur les initiatives au niveau professionnel et **systémique** et sur la collaboration entre les parties prenantes et les médecins pour produire des changements significatifs et durables, dans un modèle de responsabilité partagée (Association Médicale Canadienne, 2019).

La définition et l'expérience du "bien-être" et de la "joie" varient. La question de savoir si nous pensons mériter d'éprouver de la joie est probablement influencée par ce que nous avons vu, entendu et ressenti. Les traumatismes historiques et intergénérationnels peuvent avoir un impact profond sur la façon dont les gens perçoivent leur valeur. Billy-Ray Belcourt, Écrivain et Universitaire de la Nation Crie de Driftpile, écrit dans *A History of My Brief Body* que "...nous habitons des corps en péril dans un monde qui se rétrécit et dans lequel nous ne savons plus comment coexister sans entraver l'épanouissement collectif" (Belcourt, 2020, p. 4). L'identité d'un médecin est complexe et porte en elle un bagage historique (et actuel) aux niveaux personnel, interpersonnel et communautaire. Les peuples autochtones qui étudient et pratiquent la biomédecine

coloniale peuvent se sentir isolés et aliénés lorsqu'ils se déplacent entre des mondes où leur expérience peut ne pas être reconnue ou appréciée. Shramko et al. et al. proposent une définition de l'intersectionnalité basée sur les travaux de Collins et Bilge et Crenshaw. Ils suggèrent que "[l']intersectionnalité met en évidence la façon dont nos expériences sont façonnées par les intersections de nos emplacements sociaux, et les privilèges et oppressions qui en résultent (par exemple, le racisme, le sexisme, le capacitisme, le classisme, et plus encore), qui opèrent à la fois aux niveaux micro et macro (Collins & Bilge, 2016 ; Crenshaw, 1989, 1991)" (Shramko et al., 2019).

Cependant, les médecins autochtones occupent souvent un espace intermédiaire où ils ont un privilège relatif par rapport aux autres membres de leur communauté. Cependant, elles sont également marginalisées dans des contextes et des rôles où elles ont été historiquement exclues.

Le thème "La joie au travail" fait écho aux "Engagements pour une profession dynamique" de l'AMC. Le dynamisme exige de l'espace, de la flexibilité, de l'agilité et une certaine sécurité pour expérimenter et échouer. La définition de la joie varie selon l'enseignement autochtone. Souvent, la joie peut être considérée comme une relation entrelacée avec le deuil, avec la reconnaissance du fait qu'être en vie inclut une large gamme d'expériences et d'émotions. Les médecins peuvent recevoir le message qu'ils ne peuvent pas s'épanouir ou trouver de la joie dans leur travail là où la souffrance et l'inégalité sont omniprésentes. Les praticiens autochtones, en particulier,

peuvent être encore plus mal à l'aise lorsqu'il s'agit de faire l'expérience de la joie alors qu'il est difficile d'ignorer les disparités et le désespoir. Les émotions, y compris la joie, sont rarement ressenties avec une singularité soutenue, ce qui ajoute à la complexité de l'expérience. L'expérience d'une personne en matière d'émotions peut également être liée à ses valeurs personnelles ; alors que la tristesse peut souligner la valeur d'une personne pour le lien, ou la colère pour l'équité, la joie peut être associée à la curiosité et à la créativité.

## Méthodologie

L'objectif 2021/22 de notre groupe de travail était de définir le bien-être et la joie au travail pour les médecins autochtones. Nos progrès ont été présentés lors du Forum de Développement du Corps Professoral Autochtone 2022 du Congrès des Médecins Autochtones de la Région du Pacifique (PRIDoC) et ont reçu des commentaires qui ont été soigneusement intégrés dans la construction itérative et collaborative du cadre. Le Forum de Développement de la Faculté Autochtone a été créé afin de créer un espace de soutien pour les professeurs autochtones, leur permettant de se réunir, de créer une communauté et d'acquérir les compétences nécessaires pour mener à bien une carrière universitaire. Les objectifs 2022/23 de notre groupe de travail sont d'élaborer notre cadre final et de créer un projet de plan de mise en œuvre.

Au cours de nos discussions, le désir de donner la priorité à une approche fondée sur les forces et l'appréciation, tout en



identifiant les obstacles au bien-être et à la joie, est apparu clairement.

Avec les conseils de l'Aînée Syexwáliya (Ann Whonnock) de la Nation Squamish, nous avons établi un lien entre le bien-être général des médecins autochtones et leur capacité à éprouver de la joie dans leur travail et les aspects équilibrés (et subjectifs) de l'existence humaine : l'esprit, la pensée, le corps et le cœur d'une personne, conformément aux enseignements de la roue de la médecine qui existent dans diverses épistémologies autochtones, mais pas dans toutes. Ces enseignements accompagnent les quatre directions (nord, sud, est et ouest), les quatre étapes de la vie (petite enfance, enfance, âge adulte, âge avancé), ainsi que les quatre étapes de la vie de médecin : l'apprentissage en tant qu'étudiant en médecine, le développement de compétences ciblées en tant que résident/boursier, la pratique en tant que médecin et (éventuellement) le rôle de chef de file/mentor médical.

Nous avons commencé ce cadre par une exploration de la signification des termes "bien-être du médecin" et "joie au travail" du point de vue d'une personne autochtone qui exerce la profession de médecin ; nous avons également noté toutes les idées connexes qui nous sont venues à l'esprit et au cœur au cours de ce processus. Il est apparu clairement que ces deux concepts sont profondément liés. La complexité, la solitude potentielle et les contraintes liées à l'exercice de la médecine en tant que personne s'identifiant à la médecine autochtone ; nous avons également noté toutes les idées connexes qui nous sont

venues à l'esprit et au cœur au cours du processus. Il est apparu clairement que ces deux concepts sont profondément liés. La complexité, la solitude potentielle et les contraintes liées à l'exercice de la médecine en tant qu'autochtone sont devenues de plus en plus évidentes.

À partir de cette exploration, nous avons ensuite consulté un cabinet de graphisme pour nous aider à créer une représentation visuelle ou un emblème afin de synthétiser et d'articuler les différents thèmes émergents (voir la figure 1 ci-dessous). Nous espérons que l'emblème mettra en évidence les éléments qui, selon nous, permettent le bien-être et offrent des possibilités de se nourrir et de se réjouir, même dans le contexte de la souffrance.



Figure 1 : Bien-être et joie au travail des médecins autochtones :  
Un emblème.

Les thèmes liés à chaque élément de l'emblème sont décrits ci-dessous. Ces thèmes ont été identifiés et explorés par le groupe de travail tout au long de l'élaboration du cadre.



### Tortue/Coquille

Île tortue, la terre des Inuit, Métis et Premières Nations

Maison

Connaissance

Fondation

Protection

Vérité

Création

Eau (oeil)



Personne/soleil/coiffure

Les personnes - Inuit, Métis et Premières Nations

Bien-être mental

Connection

Réflexion

13 phases de la lune

Étapes d'apprentissage



## Arbres/montagnes

Nature, écosystème

Paysage

Croissance

Apprentissage

Honnêteté

7 enseignements de grand-père

Regard à deux-yeux

Cycle de vie- bébé, enfant, adulte, aîné

Étages de médecin – étudiant, résident, médecin, dirigeant

Défis, obstacles



Baies/medicine

Medicine

Sagesse

7 enseignements de grand-père

Alimentation

Coeur

Tradition

Partager

Bluet, Fraise



Floral/plantes

Culture

Histoire

Croissance

Communauté

Respect

Aspects de vie autochtone

Prospérité

Graines

Broderie, ouvrage de perles

Pollinisation croisée



Dans son chapitre intitulé « Les Indiens dans le placard », la violence latérale et l'indigénisation de l'Académie », la Dre Renée E. Mzinegiizhigo-kwe Bédard offre la sagesse du Dr Leroy Little Bear, un chercheur Pieds-Noirs de la Première Nation Kainai :

[Leroy] Little Bear conseille que l'histoire et la narration facilitent la transcendance, le changement de forme, la transformation et la métamorphose de la connaissance qui, pour les victimes de la colonisation (c'est-à-dire de la violence latérale), permet la guérison. Par conséquent, grâce aux récits des autochtones, les universitaires autochtones peuvent apprendre à contextualiser notre place dans ce monde et commencer à situer nos expériences quotidiennes dans le cadre d'une vision du monde, d'une éthique et d'enseignements autochtones. À partir de là, nous pouvons apprendre à comprendre et à naviguer dans les interactions au sein de l'université [et du système de santé] en utilisant notre système de connaissances comme moyen d'ancrer notre identité autochtone et notre intégrité culturelle (Bédard, 2018, p. 96).

Nous voulons raconter une histoire qui célèbre et valorise le travail et l'amour que les médecins autochtones investissent dans leur travail. Cette histoire comprend également une reconnaissance de la manière dont le système de santé actuel expose ce petit groupe, pourtant solide, à la tension, à la détresse et à l'épuisement lorsqu'un soutien adéquat (en particulier sous la forme d'une communauté, d'une reconnaissance, de temps, d'argent et d'espace) n'est pas disponible ou n'est pas accordé.

La nécrologie du Dr Thomas Dignan, publiée dans le *Globe and Mail* en février 2021, souligne le rôle du mentorat et du soutien par les pairs pour les praticiens autochtones :

"Tom savait qu'il ne servirait à rien de se contenter d'accuser le système d'être défectueux. Au contraire, il voulait l'étendre", a déclaré le Dr Karen Hill, médecin mohawk des Six Nations, pour qui le Dr Dignan a été un mentor. "C'est ce que Tom a fait. Il m'a montré qu'il ne fallait pas avoir peur de parler quand je voyais quelque chose qui devait être dit et de défendre ce que je suis dans le système : une autochtone, une femme et un médecin qualifié".

C'est ce que voulait le Dr Dignan : former des médecins des Premières nations qui savaient instinctivement comment allier la science à la culture et à la tradition, et qui soignaient leurs patients d'une manière qui permettait à leurs familles de comprendre clairement ce qui se passait (Fitterman, 2021).

Par le biais de ce cadre, nous invitons les communautés et les institutions à s'engager à créer et à maintenir les conditions permettant aux médecins autochtones de vivre des relations réciproques eux-mêmes, entre, les personnes avec lesquelles ils travaillent et celles qu'ils servent, et entre personnes de leur communauté et les institutions où ils exercent.

## Le cadre

Document séparé.

## Objectifs

Les thèmes clés suivants ont émergé au cours des multiples réunions du groupe de travail. Ils ont évolué au cours de cycles itératifs d'exploration et informeront le développement des résultats proposés.

- 1. Lancer des appels à l'action aux institutions (coloniales) (écoles de médecine, ministères de la santé, systèmes hospitaliers, collèges de réglementation, CMPA, etc.) pour s'engager avec les médecins autochtones et les soutenir, en mettant l'accent sur la réciprocité et le respect des droits des peuples autochtones.**

Les résultats [d'une étude sur les médecins néo-écossais en 2019] ont révélé que la majorité des médecins qui ont répondu se sentaient débordés, désengagés, inefficaces et/ou complètement épuisés et que la détresse des médecins était plus directement liée à l'organisation du travail qu'à des facteurs personnels tels que des **soins** personnels inadéquats ou de mauvaises pratiques de travail (Leiter, 2017).

Il convient de noter qu'il n'existe pas de données officielles sur le bien-être des peuples autochtones exerçant la profession de médecin dans ce que l'on appelle actuellement le Canada. Cela dit, des données informelles issues de conversations font écho à

l'étude de Leiter citée plus haut. Outre les facteurs de stress quotidiens auxquels sont confrontés les médecins (avant la pandémie, et a fortiori pendant et dans la pandémie de COVID-19 en évolution), les médecins autochtones sont confrontés à des facteurs de stress supplémentaires liés au racisme systémique, à la sous-représentation et aux degrés plus élevés de complexité et de chronicité des maladies dont souffrent les populations autochtones qu'ils soignent.

Par exemple, d'après les recherches de Smylie et al. et al, "la population autochtone de Toronto est environ 2 à 4 fois plus importante que les estimations de Statistique Canada", ce qui a un impact profond sur le financement. D'après les informations recueillies dans le cadre de l'étude Notre Santé Compte, seul un autochtone sur trois ayant répondu à l'enquête dispose d'un prestataire de soins primaires, tandis que 38 % d'entre eux souffrent de deux maladies chroniques ou plus (contre 15 % des adultes au Canada) et que 87 % vivent en dessous de l'indice du seuil de faible revenu (SFR) (Smylie et al.) (Smylie et al., 2022).

Les appels à l'action auprès des institutions peuvent expliciter la nécessité de fournir des niveaux supplémentaires de soutien aux praticiens autochtones qui exercent dans un système qui les a historiquement exclus et qui continue à négliger les besoins des peuples autochtones du Canada en matière de soins de santé.

Lors du Forum de développement des professeurs autochtones du PRIDoC 2022, l'aînée Roberta Price a parlé du « remaniement bureaucratique colonial ». Même si l'idéal serait de réduire le

"brassage colonial bureaucratique", il est important de disposer de ressources pour atténuer et surmonter le degré de "paperasserie" qui empêche les populations autochtones de participer facilement à des soins efficaces et respectueux de leur culture, ainsi qu'à des changements dans le système.

Les principaux moyens d'aider les médecins autochtones sont le soutien financier et administratif pour tenir compte du temps supplémentaire souvent nécessaire pour exercer de manière sûre et efficace. La Reconnaissance de l'approche de la santé et soutien administratif pour tenir compte du temps supplémentaire souvent nécessaire pour exercer de manière sûre et efficace. La reconnaissance de l'approche de la santé et de la perspective unique offerte par les praticiens autochtones doit être une priorité.

Un autre moyen d'améliorer la situation des populations autochtones dans le contexte de la médecine universitaire est l'engagement des facultés de médecine à valoriser les activités non traditionnelles dans la promotion universitaire, y compris l'apprentissage et l'enseignement culturels, le mentorat autochtone et les efforts en matière de justice sociale, etc. Valoriser explicitement les épistémologies, les ontologies et les méthodologies de recherche autochtones nécessite de reconnaître le racisme épistémique au sein de la biomédecine coloniale et la réalité des institutions de formation eurocentriques.

Le racisme épistémique est lié à la manière dont "la domination

des systèmes de connaissance occidentaux produit et encourage les croyances selon lesquelles les cultures racialisées sont inférieures à la culture occidentale", selon Charlotte Reading dans Comprendre le Racisme, publié par le Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone (Reading, 2013). Les médecins autochtones sont formés et exercent dans un milieu qui souvent ne tient pas compte des épistémologies autochtones et les remet en question.

## **2. Permettre aux praticiens autochtones d'exprimer, d'intégrer et de célébrer leur culture dans leur espace clinique avec sécurité et soutien.**

Comme mentionné précédemment, le racisme épistémique est une réalité omniprésente au sein des institutions coloniales, y compris la biomédecine clinique. Les médecins régis par certains collèges au Canada peuvent se sentir effrayés et menacés lorsqu'ils envisagent la possibilité d'intégrer les méthodologies et les médecines autochtones dans leur pratique de la biomédecine coloniale.

Ce n'est qu'en 1951 que les peuples autochtones ont été légalement autorisés à pratiquer à nouveau des cérémonies : La loi [sur les Indiens] [...] interdisait aux peuples des Premières nations de pratiquer des cérémonies religieuses et divers rassemblements culturels. En 1884, le potlatch a été interdit et, en 1895, "tout festival, danse ou autre cérémonie indienne ", ce qui inclut les pow-wow et la danse du soleil, ont également été interdits. Un autre amendement, en 1914, a interdit la danse hors des réserves et, en 1925, la danse a été totalement interdite

(Henderson, 2006).

Bédard écrit que

Les universités Canadiennes ont une longue histoire d'espace peu accueillant pour les peuples autochtones, et bien qu'elles soient effectivement motivées pour changer, je me demande si ce changement sera celui qui nous demandera, en tant que peuples autochtones, de renoncer une fois de plus à ce que nous sommes pour nous adapter à un système étranger et aliénant qui reflète les politiques de colonisation. L'un des dangers de l'environnement universitaire peut être la réaction potentielle lorsque la bureaucratie institutionnelle est confrontée à des problèmes de racisme systémique. Dans son post de blog "La culpabilité blanche est en fait du narcissisme blanc", Emma Lindsay avertit ceux d'entre nous qui sont confrontés au narcissisme que nous ne devrions pas nous attendre à ce que "les gens qui agissent par narcissisme blanc" aient de l'empathie pour les personnes qui ont subi la violence du racisme et de l'intolérance (Lindsay, 2015, n.p.). Elle nous prévient que notre présence même, sans parler de nos appels radicaux au changement, "déclenchera une réponse immunitaire massive" et, pour nous en tant qu'universitaires autochtones, conduira à de nouveaux obstacles à l'indigénisation, perpétuant en fin de compte la douleur émotionnelle, la discrimination et l'assimilation forcée. (Bédard, 2018, p. 93)

Les institutions, en particulier les écoles de médecine et les

programmes de formation post-universitaire, doivent trouver des moyens de permettre aux étudiants autochtones de participer à des activités culturelles, qui peuvent durer plusieurs jours et nécessiter des déplacements. La participation à des événements religieux et culturels, tels que des activités funéraires et d'autres cérémonies, peut nécessiter l'absence d'activités académiques et cliniques. Permettre aux apprenants de participer à des activités culturelles peut nécessiter d'ajouter des couches de soutien et de flexibilité. Le fait d'attendre des programmes qu'ils adoptent une approche visant à faciliter équitablement la pratique religieuse doit devenir un facteur d'accréditation des programmes, avec des actions spécifiques pour atténuer les réactions négatives éventuelles des autres apprenants et du corps enseignant.

Actuellement, la médecine fondée sur les preuves (EBM), qui considère les essais contrôlés randomisés (ECR) comme "l'étalon-or", ne valorise pas toujours les formes de recherche moins quantifiables et ne les accepte pas volontiers. La pratique de ce que l'Aîné mi'kmaw Albert Marshall appelle *Etuaptmumk*, ou vision à deux yeux, est une tâche importante pour les apprenants en médecine autochtone et les praticiens qui tentent de répondre à une norme de soins existante (coloniale, biomédicale). La vision à deux yeux est "une façon de comprendre l'intégration des visions du monde ou des formes de connaissance autochtones et occidentales" (Conners, n.d.). Les modes de connaissance autochtones doivent avoir une place spécifique et être reconnus dans la hiérarchie de la médecine fondée sur des données probantes.



Dans leur article intitulé "Humaniser l'Engagement des Peuples Autochtones dans les Soins de Santé", Sylliboy et Hovey (2020) traitent d'un décalage entre les façons de savoir et d'être qui peut créer de la détresse chez les peuples autochtones, en mettant en avant la voix de Marie Battiste :

Traditionnellement, les connaissances occidentales en matière de santé sont "principalement façonnées par des approches scientifiques conventionnelles", vigoureusement cliniques et fondées sur des données. Elle peut remettre en question la crédibilité des approches non cliniques, véhiculant le principe selon lequel "tout ce qui échappe au raisonnement scientifique est considéré comme non concluant". Marie Battiste, Universitaire de Mi'kmaw, décrit cette attitude dédaigneuse comme une "manipulation cognitive", qu'elle qualifie "d'impérialisme cognitif". Les connaissances autochtones sont souvent considérées comme mystiques et traditionnelles, alors que Battiste affirme qu'il s'agit d'un "système de connaissances complet [...] de concepts d'épistémologie, de philosophie, de langage, de validation scientifique et logique" (Sylliboy, 2020).

Dans le processus de formation à la pratique et de pratique de la biomédecine coloniale, les peuples autochtones peuvent être confrontés à de fréquents conflits dans la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes et le monde. La capacité à pratiquer la vision à deux yeux peut être compromise par des pressions extérieures visant à ce que l'on arrive et que l'on soit performant.

Le Dr James Makokis, dans un chapitre coécrit avec sa nikawiy | Mom, écrit que :

Bien que les facultés de médecine tentent d'intégrer dans leurs programmes les qualités humanistes souhaitées par les médecins, il est difficile de le faire lorsque vous devez désactiver ces mêmes qualités comme un mécanisme de survie pour traverser le programme émotionnellement intact. En tant qu'étudiant en médecine autochtone, cela a été plus difficile car j'étais loin de ma famille, de ma communauté et de mon réseau de soutien cérémoniel. Pour maintenir ces liens et rassembler les forces dont j'avais besoin pour terminer le programme, je me rendais fréquemment de l'Ontario à l'Alberta pour participer à nos *cihcikewinah* (cérémonies). En maintenant ce lien et grâce aux prières de nos *kihtehyak*, de notre famille et de notre communauté, j'ai pu achever mon parcours de six ans pour devenir médecin de famille (Makokis & Makokis, 2018).

Nous demandons aux institutions d'investir dans la création d'espaces qui invitent, respectent et soutiennent les populations autochtones pour qu'elles expriment, intègrent et célèbrent leur culture dans leur apprentissage et leur pratique cliniques. Ce travail nécessitera la reconnaissance du racisme épistémique et un engagement à respecter, à faire preuve d'humilité et à soutenir les peuples autochtones dans l'expression, l'intégration et la célébration de leur culture dans leur apprentissage et leur pratique cliniques. Ce travail nécessitera la reconnaissance du racisme épistémique et un engagement en faveur du respect, de l'humilité et de la confiance.

**3. Reconnaître comment l'écosystème des soins de santé affecte les peuples autochtones qui pratiquent la médecine, se trouvent dans une situation d'intersectionnalité complexe, et qui peuvent se déplacer entre des contextes culturels très différents.**

Ce thème est lié à l'importance de créer des appels à l'action pour les institutions. Les peuples autochtones qui pratiquent la médecine peuvent se retrouver à marcher entre deux mondes et expérimenter de multiples positions de sujets.

Comme le souligne Bédard, " les universitaires autochtones qui travaillent dans les universités ont des interactions qui peuvent être teintées de racisme, de sexisme, de classisme, d'âgisme et d'hétérosexisme " (Bédard, 2018, p. 76--77). Il est probable que les médecins autochtones du Canada aient des interactions similaires.

L'identité d'un médecin est complexe et porte en elle un bagage historique (et actuel) aux niveaux personnel, interpersonnel et communautaire. Les peuples autochtones qui étudient et pratiquent la médecine peuvent se sentir isolés et aliénés lorsqu'ils passent d'un monde à l'autre où leur expérience n'est pas toujours reconnue ou appréciée. Shramko et al. et al. proposent une définition de l'intersectionnalité basée sur les travaux de Collins, Bilge et Crenshaw. Ils suggèrent que "[l]intersectionnalité met en évidence la façon dont nos expériences sont façonnées par les intersections de nos emplacements sociaux, et les privilèges et oppressions qui en

résultent (par exemple, le racisme, le sexisme, le capacitisme, le classisme, et plus encore), qui opèrent à la fois aux niveaux micro et macro (Collins & Bilge, 2016 ; Crenshaw, 1989, 1991)" (Shramko et al., 2019).

Les institutions doivent garantir l'accès et les ressources nécessaires pour encourager le mentorat et le soutien des pairs et des aînés. Un exemple spécifique qui est ressorti des discussions du groupe de travail est la valeur possible d'un modèle "aîné sur appel" où les apprenants et les praticiens médicaux peuvent facilement accéder à un aîné autochtone ou à un gardien du savoir pour une consultation et à des ressources dédiées pour encourager le mentorat et le soutien de la part des pairs et des aînés. Un exemple spécifique qui a été soulevé lors des discussions du groupe de travail est la valeur possible d'un modèle "aîné sur appel" où les étudiants en médecine et les praticiens peuvent facilement accéder à un aîné autochtone ou à un gardien du savoir pour une consultation et un soutien.

Brittany Penner, médecin Métisse, parle de son expérience du sentiment d'être "partagée entre deux mondes", ce qui souligne le fait que de nombreux peuples autochtones qui pratiquent la biomédecine coloniale ont des expériences vécues uniques qui comprennent des dons puissants et des blessures possibles qui nécessitent une reconnaissance, des soins et du respect :

J'ai passé la majeure partie de mon temps en médecine, depuis le début de mes études jusqu'à ma pratique actuelle, en passant par mon internat, à me sentir partagé

entre deux mondes. J'ai souvent l'impression d'avoir un pied dans les horaires de garde, dans l'enseignement aux résidents et dans la mise à jour des lignes directrices de la pratique. Mon autre pied, malgré les innombrables heures d'insomnie et un certain degré de cynisme qui semblent liés à ce travail, reste fermement ancré du côté de l'hébergement des patients vulnérables (lire : résilients).

Pendant des années, j'ai craint que ce sentiment m'empêche de devenir le modèle d'un bon médecin de famille. Ce sentiment a été en grande partie influencé par ce que j'ai vu et entendu tout au long de ma formation et - probablement le plus fort - par le fait qu'aucune personne que j'ai rencontrée n'avait une histoire comme la mienne. Je me sentais déchirée lorsque les membres de l'équipe exprimaient leur frustration à l'égard de certains patients (souvent des autochtones) qui semblaient incapables de répondre à leurs besoins médicaux les plus élémentaires, alors que je pouvais facilement comprendre de nombreux aspects de l'histoire de ces patients. Le sentiment de ne pas être à sa place persistait, même dans ce monde dont j'avais travaillé si dur pour en faire partie (Penner, 2021).

#### **4. Offrir des conseils et partager des pratiques sages avec les communautés et les organisations autochtones en ce qui concerne l'investissement dans la santé des peuples autochtones qui pratiquent la médecine.**

Pour les peuples autochtones, entrer dans le monde de la formation médicale, imprégné d'un curriculum caché et d'un système social distinct et souvent insulaire, représente un risque

d'aliénation et de séparation d'avec leur système social préexistant.

Les effets de la colonisation et des tentatives de génocide ont des répercussions complexes sur la façon dont les communautés interagissent. L'aînée Cynthia White a partagé son point de vue lors d'un cours destiné aux étudiants en médecine, l'aînée Cynthia White a déclaré que "nous ne pouvons pas être des héros dans notre ville natale", ce qui met en évidence la dynamique compliquée des communautés.

Les traumatismes historiques et intergénérationnels peuvent avoir un impact profond sur la façon dont les gens perçoivent leur valeur (voir O. Neill et al. et al. et & Menzies pour plus de détails). (Billy-Ray Belcourt, écrivain et universitaire de la nation crie de Driftpile, écrit dans *A History of My Brief Body* que "...nous habitons des corps en péril dans un monde qui se rétrécit et dans lequel nous ne savons plus comment coexister sans entraver l'épanouissement collectif" (Belcourt, 2020, p. 4).

Certains praticiens autochtones parlent de leur expérience de la violence latérale.

McKenna, Smith, Poole et Coverdale (2003, p. 23) définissent la violence horizontale comme une forme de "harcèlement psychologique, qui crée de l'hostilité, par opposition à l'agression physique". Ce harcèlement implique des violences verbales, des menaces, des intimidations, des humiliations, des critiques excessives, des insinuations, des exclusions, des refus d'accès à

des opportunités, du désintérêt, du découragement et de la rétention d'informations". (McKenna et. al., p. 92).

Nous proposons que les institutions investissent dans la création et la mise en œuvre de ressources et de stratégies dirigées par les autochtones, qui éduquent et permettent aux communautés et aux organisations autochtones de soutenir et d'améliorer les médecins autochtones. Cet effort consistera probablement à dissiper les mythes, à soutenir la transparence, à engager les anciens à guider et à aider le processus de transformation de la violence latérale en gentillesse latérale.

**5. Reconnaître le poids de l'impôt des minorités et plaider pour une rémunération équitable du travail, de l'expertise et des capacités uniques que les populations autochtones apportent à l'écosystème (ou aux écosystèmes) dans lequel elles exercent.**

Dans leur article intitulé "Addressing disparities Disparities in academic medicine: what of the minority tax ?" (Lutter contre les disparités dans la médecine universitaire : qu'en est-il de la taxe sur les minorités ?) Rodríguez et al. définissent la taxe sur les minorités comme "le fardeau des responsabilités supplémentaires imposées aux professeurs issus des minorités au nom de la diversité". Cette taxe est en réalité très complexe et constitue une source majeure d'inégalité dans la médecine universitaire". Dans leur analyse, ils suggèrent que " [l]'impôt sur les minorités est mieux décrit comme une disparité de responsabilité des facultés pour les minorités sous-représentées en médecine (URMM) ". Cette disparité est évidente dans de

nombreux domaines : efforts de diversité, racisme, isolement, mentorat, responsabilités cliniques et promotion" (Rodríguez et al., 2015). Les institutions doivent reconnaître les réalités uniques et les pressions exercées sur les peuples autochtones qui pratiquent la médecine, que ce soit dans un contexte universitaire ou dans d'autres secteurs du système de santé.

Dr. Renée E. Mzinegiizhigo-kwe Bédard partage que

Une grande partie de la littérature produite dans cette période post-CTR [Commission Vérité et Réconciliation] se concentre sur la nécessité d'embaucher des professeurs autochtones, d'augmenter les taux d'inscription des autochtones, d'intégrer un contenu autochtone dans les programmes d'études, ainsi que de soutenir davantage les chercheurs autochtones et les initiatives de recherche. Cependant, il y a peu de discussions sur les besoins croissants des professeurs autochtones dans le cadre des efforts d'indigénisation de l'académie. Pour que l'indigénisation soit authentique, les enseignants autochtones ont besoin d'une communauté d'enseignants autochtones, d'aînés et de membres de la communauté pour les guider, d'un financement, d'un personnel de soutien, d'un espace, d'une aide financière, et surtout, l'ouverture d'esprit du personnel universitaire non autochtone, de la faculté et de l'administration.

Le projet d'indigénisation peut être source d'isolement lorsqu'il est entouré de personnes qui rejettent les changements du statu quo ou qui perçoivent une perte de pouvoir ou



d'importance au sein de la bureaucratie universitaire. En outre, le débat se poursuit sur la manière de résoudre les difficultés passées et présentes auxquelles sont confrontés les enseignants autochtones travaillant au sein d'institutions universitaires ancrées dans des paradigmes coloniaux et des structures de gouvernance patriarcales euro-canadiennes. La question que je me pose est de savoir si l'indigénisation fait partie de la décolonisation ou s'il s'agit d'une assimilation ? (Bédard, 2018, p. 91).

Bien que le Dr Bédard parle spécifiquement du milieu universitaire, ses commentaires sont pertinents pour de nombreux médecins autochtones au Canada.

La reconnaissance du temps, de l'énergie et des consultations communautaires nécessaires pour offrir des services liés à la santé autochtone, que ce soit sous la forme de soins cliniques, d'enseignement, de consultation institutionnelle, de mentorat, etc. est un moyen important de réduire la taxe sur les minorités imposée aux médecins autochtones. Lorsque ce type de service est considéré comme périphérique aux soins cliniques, par exemple, les efforts peuvent être minés et conduire au ressentiment, à l'épuisement, au temps, à l'énergie et à la consultation communautaire nécessaires pour offrir des services liés à la santé autochtone, que ce soit en soins cliniques, en enseignement, la consultation institutionnelle, le mentorat, etc. constituent un moyen important de réduire l'impôt minoritaire imposé aux médecins autochtones. Lorsque ce type de service est considéré comme périphérique aux soins cliniques, par

exemple, les efforts peuvent être sapés et conduire au ressentiment, à l'épuisement et à l'épuisement professionnel.

L'élaboration concertée de modèles de paiement permettant une prise en charge globale des personnes souffrant d'affections complexes est une étape nécessaire pour rendre plus accessibles aux peuples autochtones des soins plus sûrs et respectueux de leur culture, sans compromettre la santé des praticiens.

Il est nécessaire d'identifier et d'éliminer délibérément les obstacles systémiques à la santé et au bien-être des populations autochtones qui exercent la médecine. Dans une étude à méthodes mixtes explorant l'impact des facteurs du système de santé rural sur l'épuisement professionnel des médecins, qui comprenait un sondage en ligne et des entretiens qualitatifs avec des médecins exerçant au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Yukon en 2019, Hansen et al. et al. notent que

Les médecins ont largement critiqué l'incapacité du système à fournir des soins culturellement sûrs et à répondre aux besoins des patients autochtones : "Le système de santé alimente le système colonial de méfiance, ce qui entraîne une aliénation considérable des patients autochtones. Les participants ont fait remarquer qu'ils ne disposaient pas des ressources et du soutien nécessaires pour établir des relations conformes aux valeurs autochtones. Les participants ont cité des caractéristiques organisationnelles telles que les rendez-vous de quinze minutes, le manque d'éducation sur les cultures, l'histoire et les expériences autochtones, et la représentation minimale

des autochtones au sein du personnel de santé comme contribuant aux échecs systémiques. En outre, les participants ont noté que la communication par l'intermédiaire d'interprètes peut aider à surmonter les barrières linguistiques, mais ne permet pas d'approfondir l'interprétation des expériences des patients (Hansen et al., 2021).

Cette petite étude n'a pas précisé si l'un des 57 médecins interrogés s'identifiait comme autochtone. Il est pertinent de noter que les peuples autochtones sont également des invités dans les communautés autochtones.

Hansen et al. et al. ajoutent que

S'il a été démontré que l'insensibilité culturelle a un impact négatif sur l'expérience des patients, nos résultats suggèrent qu'elle est également un facteur important de l'épuisement professionnel des médecins. Les systèmes de santé dans le Nord sont conçus et régis par des connaissances et des valeurs qui reflètent rarement celles des communautés autochtones qu'ils sont censés servir. Plusieurs études ont montré que les populations autochtones des territoires sont victimes d'un racisme interpersonnel et systémique dans le système de santé. Les médecins du Nord du Canada témoignent régulièrement de la douleur et de la frustration de leurs patients face au racisme institutionnel du système de santé, bien que leur profession, en tant que partie intégrante de ce système, reste intrinsèquement complice de la propagation de ces inégalités. Des résultats similaires en Australie ont montré

que les professionnels de la médecine des addictions portaient une charge émotionnelle énorme lorsque leurs patients autochtones partageaient leurs expériences du racisme et de la stigmatisation. Le refus du système de répondre aux besoins culturels des patients autochtones contrecarre directement les efforts des médecins pour fournir des soins adaptés à leur culture. En outre, l'exclusion délibérée des voix des autochtones et des médecins de la prise de décision administrative empêche tout progrès et contribue à ce que les médecins se sentent complices d'un système défectueux qu'ils sont incapables de changer (Hansen et al., 2021).

Cependant, cette étude explore spécifiquement l'expérience des médecins non autochtones du Nord Canadien. Cependant, nous pouvons imaginer les niveaux de détresse supplémentaires pour les médecins autochtones qui travaillent dans le même système restrictif, que ce soit en milieu rural et éloigné ou en milieu urbain, où le racisme systémique prospère également.

Il est impératif de déployer des efforts pour réduire la tension et l'épuisement de tous les praticiens, et pas seulement des médecins autochtones, au service des peuples et des communautés autochtones. Comme mentionné ailleurs, le fardeau de la maladie et la prévalence de multiples conditions chroniques dans certaines communautés peuvent être très élevés, avec des symptômes de traumatisme psychologique qui peuvent interférer avec les relations thérapeutiques et des alliances solides. Outre un solide soutien financier, les praticiens

peuvent bénéficier d'un soutien en matière de liaison/navigation culturelle ainsi que d'une collaboration étroite avec les guérisseurs autochtones locaux dans le cadre d'un partenariat renforcé par un soutien institutionnel prévisible (y compris un temps protégé et une rémunération prévisible pour tous les praticiens participant aux soins d'une personne).

## Conclusion

Le groupe de travail espère que l'effort de bien-être et de joie au travail des médecins autochtones sera considéré comme une tâche essentielle et un fondement de la carrière et de la vie d'un médecin.

Nous pensons que c'est possible, à condition qu'il y ait une coopération, une collaboration et une communication permanentes entre les praticiens autochtones, les communautés autochtones, la communauté des praticiens, les établissements universitaires et de soins de santé, les organismes de réglementation et les pouvoirs publics. Une compréhension commune et une approche compatissante sont nécessaires pour améliorer et soutenir l'étudiant en médecine et le médecin autochtone de manière respectueuse et durable, ainsi que les institutions de soins de santé, les organismes de réglementation et le gouvernement. Une compréhension commune et une approche compatissante sont nécessaires pour élever et soutenir l'apprenant en médecine et le médecin autochtone de manière respectueuse et durable.

Le bien-être et la santé peuvent fluctuer au cours de la vie d'une

personne. Toute personne sera un jour ou l'autre malade et aura besoin de soins. Reconnaître notre personnalité en plus d'être des guérisseurs permet au médecin autochtone de respecter son être, de prendre le temps de guérir, de recevoir des soins en cas de besoin et de comprendre comment l'écosystème complexe de la biomédecine coloniale dans sa forme actuelle peut compromettre sa santé et sa capacité à rester et, à un moment donné, à être malade et à nécessiter des soins. Reconnaître notre personnalité en plus d'être des guérisseurs permet au médecin autochtone de respecter son être, de prendre le temps de guérir, de recevoir les soins nécessaires et de comprendre comment l'écosystème complexe de la biomédecine coloniale dans sa forme actuelle peut compromettre sa santé et sa capacité à rester et à s'épanouir dans la pratique.

## Du groupe de travail

- Syeḡwáliya Ann Whonnock est une porteuse de savoir et une Aînée de la Nation Squamish qui possède une solide vision du monde autochtone, des connaissances ancestrales et des enseignements traditionnels.
- Dr. Michael Dumont (Président actuel)  
"En tant qu'Anishinaabe pratiquant la médecine, je trouve de la joie à soutenir les familles et les communautés dans leur cheminement vers la guérison d'une manière qui honore l'expression la plus complète de leurs croyances, de leurs valeurs et de leurs enseignements. Il m'est plus difficile d'atteindre le même objectif dans ma vie

professionnelle, car je travaille dans un système de santé qui exerce des pressions uniques sur ses rares médecins autochtones, célébrant et méprisant à la fois notre influence croissante et notre voix collective. J'espère que ce travail contribuera à faire avancer nos efforts pour créer des espaces sûrs, à la fois pour nos patients et pour nous-mêmes."

- Dr. Chase McMurren (co-président)

"Je me sens honoré et honoré de pouvoir me connecter et collaborer avec autant de personnes sages et gentilles qui reconnaissent la complexité et l'importance cruciale d'être bien dans un système malade. Il est nourrissant d'imaginer des moyens d'aller de l'avant qui élèvent et célèbrent les peuples autochtones qui pratiquent la médecine et de cultiver l'espoir que ces conversations et ces appels à l'action auront des effets d'entraînement curatifs dans toutes les directions pour les générations à venir - les générations futures. En tant que Métisse, ce travail a amplifié à la fois les dons et la solitude d'être entre deux mondes et la nécessité de nommer les difficultés que les médecins autochtones endurent souvent."

- Ariel John (Chef de projet)

"En tant qu'*Inuvialuk* et *Nehiyaw* bispirituelle ayant fait l'expérience de la recherche du bien-être et de la joie dans ma propre vie, je ne cherche qu'à encourager et à soutenir mes parents autochtones dans leur recherche et leur défense de la même chose.

- Dr. Joy Albuquerque

"Travailler avec des médecins autochtones a renforcé ma

conviction que mon expérience personnelle de la santé ne peut jamais être séparée de mon histoire, qui comprend le fait d'avoir grandi dans une famille de médecins et d'infirmières formés à la biomédecine. Je me suis profondément engagée à considérer ma santé comme quelque chose qui va au-delà de toute mesure standardisée, et qui devient plutôt une expression de liberté, une occasion de me connecter à ma communauté, à mes traditions et à la terre qui les a rendues possibles en premier lieu".

- Dr. Ashley Blais

"Avant d'entrer à l'université, l'amour et le soutien que m'ont apportés mes enseignants et mentors autochtones ont déjà transcendé les traumatismes auxquels j'étais et serais confrontée. Dès le début de ma formation universitaire, la joie et le bien-être transmis par la pratique de nos cérémonies culturelles m'ont paru évidents. La joie et le bien-être s'en sont suivis. Ensuite, j'ai suivi une formation médicale.

Réflexion faite, la médecine moderne occidentale est un environnement traumatisant. L'éducation et la pratique de celle-ci. C'est un véritable cadeau que de pouvoir accompagner nos patients dans ce voyage, en leur permettant de nous faire confiance. Cette chance de guérir se présente souvent pour le patient, mais le guérisseur est absent dans ce western, tant en termes d'éducation que de pratique. C'est un véritable cadeau que de pouvoir accompagner nos patients dans ce voyage, en



leur permettant de nous faire confiance. Cette chance de guérir est souvent offerte au patient, mais le guérisseur n'est pas pris en compte dans cette approche occidentale.

En raison des difficultés que nous avons tous rencontrées en pratiquant la médecine occidentale, nous espérons développer un cadre et avoir une stratégie pour apporter de la joie et du bien-être sur le lieu de travail."

- Dr. Mamta Gautam

"J'ai constaté très tôt dans ma carrière que le système de santé ne s'occupait pas de la santé de ses prestataires de soins et j'ai consacré ma carrière médicale à remédier à ce problème. Mon expérience personnelle en tant que femme médecin de couleur m'a fait prendre davantage conscience de l'impact de l'intersectionnalité et de l'intersectionnalité et j'ai approfondi mon engagement à défendre une culture médicale saine et le bien-être de tous les médecins qui y travaillent".

- Dr. Ryan Giroux

"En tant que pédiatre métis en début de carrière, je peux réfléchir aux difficultés que j'ai rencontrées tout au long de ma formation médicale, mais aussi à l'amour et au soutien que mes enseignants et mentors autochtones m'ont apportés tout au long de mon parcours. Nous donnons souvent beaucoup à nos patients et à nos communautés parce qu'il y a beaucoup de besoins, mais notre besoin de prendre soin de nous-mêmes et de nos propres cercles est parfois perdu alors que nous travaillons à améliorer la

santé de nos communautés. Je me sens très liée à ce travail en raison des difficultés que j'ai rencontrées lors de la transition vers une pratique indépendante, et j'espère que d'autres après moi disposeront d'une stratégie pour leur bien-être et leur joie de vivre."

- Dr. Jason Pennington

"En tant que chirurgien général communautaire d'origine huronne-wendat, j'ai été confronté à de nombreux défis au cours de ma formation médicale, qu'il s'agisse d'être le seul étudiant identifié dans une école de médecine comptant près de 1 000 étudiants ou de devoir endurer la rareté des programmes d'études sur la santé autochtone, présentés d'une manière paternaliste et axée sur les déficits. Enfin, il y a eu l'expérience traumatisante de la "formation" chirurgicale. Toutes ces expériences m'ont amené à essayer d'offrir un meilleur environnement d'apprentissage et de pratique à ceux qui me suivent. J'essaie toujours de trouver la joie".

- Melanie Osmack

"En tant que directeur de l'Association des médecins autochtones du Canada, mon rôle principal est de soutenir les médecins, les résidents et les étudiants en médecine autochtones. Je vois directement comment nos membres sont surchargés de demandes pour leur temps, leur expertise et comment nos membres sont surchargés de demandes pour leur temps, leur expertise et leurs expériences vécues, tout en apprenant et en pratiquant dans des environnements souvent peu sûrs sur le plan culturel. Elle n'est pas durable. J'utilise mon poste pour

créer des changements systémiques afin de réduire le racisme anti-autochtone et pour reconnaître et rémunérer équitablement les médecins et les apprenants en médecine autochtones pour leur travail. J'espère que ces actions contribueront à améliorer le bien-être et l'espace de joie au travail".

#### Anciens membres

- Dr. Nel Wieman (Présidente passée)
- Wayne Clark (Membre passé)

## Références

Bédard, R. E. M. (2018). "L'Indien dans le placard" Violence latérale et indigénisation de l'académie.y. En *explorant la toxicité de la violence latérale et des microagressions : Le poison dans le refroidisseur d'eau*. Palgrave Macmillan.

Billy-Ray Belcourt. (2020). *Une Histoire de Mon Corps Bref*. Two Dollar Radio.

Association Médicale Canadienne, "La santé et le bien-être des médecins au Canada : Faire le lien entre les comportements et les facteurs de stress professionnels et les résultats psychologiques", 2019.

Connors, E. (n.d.). *La Vision à Deux Yeux*. Centre d'Information et d'Education sur les Traumatismes du Manitoba. Consulté le 8 septembre 2022, à l'adresse suivante  
<https://trauma-informed.ca/trauma-and-first-nations-people/two-eyed-seeing/>

Deloria, V., Jr. (2004). "Marginal et Submarginal. " Dans D. A. Miheusuah & A. C. Wilson (Eds.), *L'indigénisation de l'académie : transformer l'enseignement et renforcer les communautés* (pp. 16-30). Lincoln : University of Nebraska Press.

Médecins Nouvelle-Écosse. (2021). *Restaurer la joie dans l'exercice de la médecine : un cadre d'action pour le bien-être des médecins*.

<https://doctorsns.com/sites/default/files/2021-05/Restoring-the-Joy-Practice-of-Medicine.pdf>

Fitterman, L. (2021, 15 février). "Le médecin mohawk Thomas

Dignan était un champion des soins de santé autochtones. *The Globe and Mail*.

<https://www.theglobeandmail.com/canada/article-mohawk-physician-was-a-champion-of-indigenous-health-care/>

Hansen, N., Jensen, K., Macniven, I., Pollock, N., D'hont, T. et Chatwood, S. (2021). "Exploration de l'impact des facteurs du système de santé rural sur l'épuisement professionnel des médecins : Une étude à méthodes mixtes dans le nord du Canada". *Recherche sur les services de santé BMC*, 21.

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06899-y>

Henderson, W. B. (2006, 7 février). *Loi sur les Indiens* | *L'Encyclopédie Canadienne*.

Thecanadianencyclopedia.ca ; L'Encyclopédie Canadienne.<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-act>

Groupe de recherche sur le bien-être des autochtones. (n.d). *miyo-pimâtisiwin - pewaseskwan*. Pewaseskwan.

Consulté le 4 septembre 2022 sur le site

<https://indigenousandwellness.ca/projects/miyo-pimatisiwin/>

Leiter, M. "Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins", 2017. [en ligne]. Disponible :

<http://doctorsns.com/newsevents/surveys/physician-burnout>.

Makokis, J. et Patricia Makokis (2018). "miyo-pimâtisiwin : Pratiquer "la bonne façon de vivre"".

du "Lit d'Hôpital à la Terre Nourricière". Dans *Déterminants de la santé des peuples autochtones : au-delà du social* Santé : au-delà du social (pp. 257-273). Chercheurs Canadiens.

Mary Jane MacLennan. (2020, 30 septembre). *Dr. Judith Bartlett - Réalisations de toute une vie.*

Université du Manitoba. <https://news.umanitoba.ca/daa-judith-bartlett/>

McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J. et Coverdale, J. H. (2003). "La violence horizontale : Expériences des infirmières diplômées au cours de leur première année d'exercice". *Revue des soins infirmiers avancés*, 42(1) :, 90-96.

Menzies, P. (2010). "Les traumatismes intergénérationnels du point de vue de la santé mentale." *Journal du travail social autochtone*, 63--85.

Minthorn, R. S., Shotton, H. J. et Brayboy, B. M. (2018). *Récupérer la recherche autochtone dans l'enseignement supérieur.* Rutgers University Press.

Ohler, Q. (2018, 17 décembre). *L'accès aux médecins autochtones : une lutte pour la population autochtone.* Nouvelles mondiales. <https://globalnews.ca/news/4769750/access-aboriginal-doctors-struggle-indigenous-population/>

O'Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A. et McDonald, V. (2016). "Fardeaux cachés : examen des traumatismes intergénérationnels, historiques et complexes et implications pour les familles autochtones". *Journal des traumatismes adolescents*, 11(2) :, 173-186.

<https://doi.org/10.1007/s40653-016-0117-9>

Centre de Candidature des universités de l'Ontario. (2018, 18 décembre). *Statistiques sur les demandes d'admission dans les facultés de médecine*. Centre de Candidature des Universités de l'Ontario. <https://www.ouac.on.ca/statistics/omsas-application-statistics/>

Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. 2017. Cadre de l'IHI pour l'amélioration de la joie au travail. Livre blanc de l'IHI. Cambridge, Massachusetts : Institut pour l'amélioration des soins de santé, 2017. (Disponible sur [ihi.org](http://ihi.org))

Penner, B. (2021). Une division entre deux mondes. *Le Médecin de Famille Canadien*, 67(2), 141-142.

<https://doi.org/10.46747/cfp.6702141>

Reading, C. (2013). *Comprendre le racisme*. Centre de Collaboration Nationale pour la Santé Autochtone.

Rodríguez, J. E., Campbell, K. M. et Pololi, L. H. (2015). Lutter contre les disparités en médecine universitaire : qu'en est-il de la taxe sur les minorités ? *Éducation Médicale BMC*, 15(1).

<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0290-9>

Shaheen-Hussain, Samir. (2020). *Se battre pour avoir une main ferme : Faire face au colonialisme médical contre les enfants autochtones au Canada*. McGill-Queen's/McGill-Queen's University Press.

Shramko, M., Pfluger, L. et Harrison, B. (2019, décembre).

*Intersectionnalité et*

*applications fondées sur les traumatismes pour la recherche et l'évaluation en matière de santé maternelle et infantile) : Une première synthèse de la littérature.* Université du Minnesota et Département de la Santé du Minnesota.

<https://www.health.state.mn.us/docs/communities/titled/itiappmchresearcheval.pdf>

Sylliboy, J. R. et Honey, R. B. (2020). Humaniser l'engagement des peuples autochtones dans les soins de santé. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 192(3) :, E71--72.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.190754>

Smylie, J., McConkey, S, Blais, G., C. Bourgeois, M. Rotondi. (2022.) Estimations de la population autochtone pour la ville de Toronto en 2021.

Le projet sur l'être. (2022, 12 mai). *Robin Wall Kimmerer - L'intelligence des plantes.* Sur l'être avec Krista Tippett.

<https://onbeing.org/programs/robin-wall-kimmerer-the-intelligence-of-plants-2022/?eTyp>

[e=EmailBlastContent&eld=239b40af-27cc-43de-84e9-96b2498a6b8b](https://onbeing.org/programs/robin-wall-kimmerer-the-intelligence-of-plants-2022/?eTyp)



## Appendice A – Membres du groupe de travail

Le groupe de travail du Bien-être et satisfaction au travail des médecins autochtones du CNFMMSA est compris des membres suivants :

Elder Syexwáliya (Ann Whonnock)

Dr. Michael Dumont (Président)

Dr. Chase McMurren (Co-président)

Ariel John (Gestionnaire du projet)

Dr. Joy Albuquerque

Dr. Ashley Blais

Dr. Mamta Gautam

Dr. Ryan Giroux

Dr. Jason Pennington

Melanie Osmack

Membres passés :

Dr. Cornelia (Nel) Wieman (Présidente passée)

Wayne Clark (Membre passé)