

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone



CanMEDS-Médecine familiale

Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

© 2020 Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Ce document est adapté de :

Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éd. *CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.

Pour citer ce document

Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Oeuvres d'art par James Wedzin

Sommaire



- ii | Remerciements
- 1 | Introduction
- 5 | Glossaire des principaux termes
- 12 | Expert en médecine familiale
- 19 | Communicateur
- 24 | Collaborateur
- 30 | Leader
- 35 | Promoteur de la santé
- 40 | Érudit
- 47 | Professionnel
- 50 | Annexes
- 52 | Citations

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada remercie le Groupe de travail sur la santé autochtone ainsi que les réviseurs et contributeurs externes qui ont collaboré à l'élaboration du présent document.

Groupe de travail sur la santé autochtone

D^{re} Darlene Kitty, coprésidente
D^{re} Sarah Funnell, coprésidente
D^r Lynden (Lindsay) Crowshoe
D^{re} Ojistoh Horn
D^{re} Veronica McKinney
D^{re} Amanda Sauvé
D^{re} Leah Seaman
M. Simon Brascoupé

Réviseurs externes

D^{re} Mandy Buss
D^{re} Melinda Fowler
D^r Rob Tremblay

Contributeur externe

D^{re} Madeleine Cole (texte narratif sur le rôle de leader)

Pour citer les rôles individuels

Expert en médecine familiale

Seaman L. Expert en médecine familiale. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Communicateur

Crowshoe L. Communicateur. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Collaborateur

Sauvé A. Collaborateur. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Leader

Funnell S et Cole M. Leader. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Promoteur de la santé

Horn O. Promoteur de la santé. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Érudit

Kitty D. Érudit. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Professionnel

Crowshoe L. Professionnel. Dans : Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Introduction

Nous nous engageons à adopter la sécurité culturelle, l'humilité et le courage, à offrir des soins avec compassion à nos patients autochtones, à leurs familles et à leurs communautés partout au Canada et nous interpelons tous nos collègues à en faire de même.

Aperçu

Le fardeau de la mauvaise santé des populations autochtones demeure disproportionné en comparaison à la population canadienne en général. En réponse, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) milite pour des résultats équitables en santé pour les populations autochtones en encourageant une bonne compréhension des besoins et des forces de ces communautés, en portant une attention particulière à ces éléments dans tout le continuum de la formation et en militant au nom des patients pour répondre aux besoins des populations vulnérables¹.

Le document d'accompagnement au référentiel de compétences CanMEDS-Médecine familiale 2017 sur la santé autochtone aidera les médecins de famille à prodiguer des soins de qualité, adaptés aux besoins et à la situation des populations autochtones au Canada. Ce document décrit les connaissances et les compétences essentielles requises pour assurer des interactions thérapeutiques efficaces et la prestation de soins culturellement sécuritaires aux patients autochtones, à leurs familles et à leurs communautés. Suivant le format de base de CanMEDS-MF, chaque compétence est axée sur des situations pertinentes pour les Autochtones et sur le savoir fondamental requis pour acquérir ces manifestations (compétences habilitantes).

Ce document s'adresse aux responsables de la formation médicale prédoctorale, postdoctorale et continue; il représente une ressource qui peut leur être utile pour concevoir des programmes, du contenu, des méthodes pédagogiques et des modes d'évaluation des résidents. Les compétences présentées ici jettent les bases qui aideront les médecins de famille, les stagiaires en médecine et les éducateurs à mieux s'impliquer dans la prestation de soins qui respectent véritablement les peuples autochtones, leurs contextes culturel, historique, politique et social. En définitive, ceci mènera à la prestation de soins de meilleure qualité et culturellement sécuritaires aux populations autochtones.

Contexte

Partout au Canada, les peuples autochtones sont confrontés au quotidien à de nombreux défis qui nuisent à leur santé et à leur bien-être, comme font foi les statistiques sur le mauvais état de santé et les problèmes sociaux. Cependant, leurs cultures, leurs forces, leur résilience et leur motivation sont tous des facteurs qui peuvent aider à améliorer leur santé globale. Pour les populations autochtones, les médecins de famille sont d'importants points de contact avec le système de soins de santé. Pour cette raison, la relation thérapeutique doit être basée sur le partenariat, le respect et la connaissance.

Dans leur travail auprès de peuples autochtones, les médecins de famille sont appelés à utiliser une approche qui tient compte des traumatismes et qui est centrée sur la guérison. Les soins qui tiennent compte des traumatismes reconnaissent que la colonisation continue d’avoir des répercussions sur la santé et le vécu des peuples autochtones. Cette approche encourage le soutien et le traitement de la personne dans son ensemble plutôt que de se concentrer sur les symptômes individuels et des comportements spécifiques^{2,3}. De la même façon, l’approche centrée sur la guérison est également une démarche holistique. Toutefois, cette approche cherche les causes profondes et s’appuie sur la culture, la spiritualité, l’action civique et la guérison collective³. À l’aide de ces approches, les médecins de famille peuvent aborder les traumatismes de la colonisation qui persistent toujours, tout en mettant en valeur les forces des peuples et des communautés autochtones.

Les inégalités en santé sont des disparités entre groupes de populations — elles sont largement systémiques, évitables et injustes⁴. Pour les populations autochtones, le lourd fardeau social se manifeste par une pauvreté omniprésente et une exposition à l’adversité psychosociale intergénérationnelle perpétuée dans la société par la violence structurelle et le racisme. Les antécédents et l’héritage de la colonisation maintiennent les inégalités sociales, qui à leur tour perpétuent les inégalités en santé. Le manque de ressources sociales, le traumatisme social ainsi que la nature et la qualité des soins de santé comptent parmi les nombreux facteurs qui mènent aux inégalités en santé⁵.

Pour remédier aux inégalités, il faut s’impliquer dans les grands mouvements sociaux (importants pour l’application dans la pratique clinique), ce qui, en fin de compte, nécessite un plaidoyer multisectoriel. Pour remédier aux inégalités, les médecins de famille doivent s’interroger sur leur approche clinique — sur la nature et la qualité des soins qu’ils prodiguent — pour s’assurer qu’ils ne perpétuent pas la violence structurelle et systémique. Ce qui suit témoigne de la nécessité absolue d’améliorer les soins dispensés :

« [Un] système de soins de santé industriel moderne peut être un déterminant de la mauvaise santé, en particulier là où il est culturellement non sécuritaire. Présentement, les soins de santé pour les peuples autochtones au Canada ne sont pas culturellement sécuritaires compte tenu de la mesure dans laquelle le droit, les politiques et les pratiques en matière de santé continuent d’éroder les identités culturelles autochtones »⁶.

Le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC) et les sept appels à l’action se rapportant aux séquelles des pensionnats sur la santé (18–24) sont d’importantes ressources que les médecins de famille peuvent utiliser pour développer des approches cliniques qui répondent aux besoins des patients autochtones^{7,8}. Individuellement et collectivement en tant que membres du Collège, nous devons tous agir. La réponse à la CVRC commence par le développement du savoir — lire et réfléchir aux récits et aux principes décrits dans ce rapport, et bien comprendre ce que chacun des sept appels à l’action signifie dans la pratique clinique.

L'application des directives de la CVRC demande à chacun de maintenir un espace clinique sécuritaire et éthique qui respecte les patients autochtones et qui fait participer le corps, l'esprit, le cœur et l'âme.

Élaboration du document d'accompagnement sur la santé autochtone

Ce document a été élaboré avec rigueur selon une approche consensuelle et itérative, profondément ancrée dans les méthodes de recherche en santé autochtone. La méthode globale a été préalablement discutée, examinée et approuvée par le Comité sur la santé autochtone. Les membres du Comité suivants ont pris en main l'élaboration de chacun des rôles :

- Expert en médecine de famille, D^{re} Leah Seaman
- Communicateur, D^r Lynden (Lindsay) Crowshoe
- Collaborateur, D^{re} Amanda Sauvé
- Leader, D^{re} Sarah Funnell
- Promoteur de la santé, D^{re} Ojistoh Horn
- Érudit, D^{re} Darlene Kitty
- Professionnel, D^r Lindsay Crowshoe

Répété pour chaque rôle, le processus comportait les étapes suivantes :

Étape 1	Examen et réflexion préalables à la discussion par chaque membre du Comité sur les contextes autochtones inhérents au rôle CanMEDS-MF 2017 dont il était responsable
Étape 2	Première discussion virtuelle en groupe menée par l'auteur principal pour établir le contexte et les éventuelles orientations
Étape 3	Rédaction par l'auteur principal d'une version préliminaire du rôle intégrant tous les commentaires des membres du Comité
Étape 4	Distribution de la version préliminaire aux membres du Comité pour examen
Étape 5	Cercle de discussion sommative virtuelle pour obtenir la rétroaction qui sera utilisée par l'auteur principal pour la révision de la version finale
Étape 6	Examen et rétroaction concernant le document par des médecins de famille autochtones non membres du Comité sur la santé autochtone. Les commentaires ont été intégrés à la version finale.

Pour l'élaboration et le développement de chacun des rôles, les auteurs ont passé en revue les documents existants sur les compétences autochtones. Ils ont aussi, à dessein, invité tous les membres du Comité à se pencher sur les concepts inhérents à chaque rôle. Notons que les discussions virtuelles avaient pour objectif de faire participer le reste du Comité à la discussion et obtenir la rétroaction. Le protocole de cercle de discussion autochtone a été utilisé pour assurer à tous les membres du Comité l'espace et la possibilité de contribuer. Le récit est une tradition au

cœur de la culture autochtone: un récit narratif a donc été incorporé dans la description de chaque rôle pour faciliter sa conceptualisation.

Thèmes communs

La description de chaque rôle reflète les principaux thèmes communs qui ont émergé au cours du processus d'élaboration. Ces thèmes présentent des approches pour la prestation de soins de grande qualité et culturellement sécuritaires aux patients autochtones :

- Travailler avec les patients autochtones, leurs familles et leurs communautés, et intégrer les perspectives et les valeurs des familles et des communautés dans les soins centrés sur le patient
- Aborder le racisme, la discrimination et les déséquilibres de pouvoir inappropriés dans le contexte clinique, en commençant par dissiper les idées reçues et les suppositions des médecins et autres personnes à l'égard des peuples autochtones
- Comprendre les séquelles du colonialisme sur la santé actuelle et sur les milieux des soins de santé
- Apprendre et pratiquer des soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence et l'engagement centré sur la guérison
- Respecter et valoriser le savoir autochtone et les méthodes traditionnelles se rapportant à la santé, au bien-être et à la guérison
- Préserver la bonne santé de la main-d'œuvre dans les communautés autochtones et assurer le bien-être des médecins

Glossaire des principaux termes

Compte tenu de la complexité des milieux de soins en santé autochtone, les médecins de famille doivent répondre à une importante question : comment réussir à dispenser des soins appropriés, de grande qualité et culturellement sécuritaires qui répondent aux besoins précis d'une population de patients autochtones souvent diversifiée? Le présent document d'accompagnement fournit aux médecins de famille de tous les niveaux un guide pratique et chacun des concepts qui suivent offre une perspective distincte pour travailler avec les patients autochtones.

Par exemple, une perspective qui n'est pas axée sur les faiblesses perçues d'un groupe ou d'une personne (non-déficitaire) peut rendre plus facile l'acceptation des renseignements reçus des peuples autochtones comme étant pertinents et importants. Utiliser une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé peut permettre de dresser un tableau plus complet des problèmes de santé d'un patient autochtone. Une perspective axée sur la décolonisation peut donner un autre regard sur l'apprentissage des cultures, des communautés et des réalités autochtones. Ces deux perspectives offrent différentes façons de comprendre, de penser et d'en apprendre sur les points de vue autochtones concernant les défis historiques, sociaux, politiques et actuels.

Autochtone, Première Nation ou Indigène - Autochtone est un terme utilisé dans les **lois constitutionnelles du Canada** pour décrire les Indiens, les Inuits et les Métis. **Première Nation** est le terme à privilégier pour décrire les nations ou groupes d'« Indiens », même si le mot « Indien » n'est plus utilisé. Il est préférable d'utiliser le nom de la Première Nation, comme Cri ou Ojibwé; le Canada compte présentement plus de 600 communautés de Premières Nations. De plus en plus d'Autochtones, d'Inuits et de Métis vivent en milieu urbain. **Indigenous*** est un terme utilisé par les Nations Unies pour désigner des peuples qui se définissent ou définissent leur groupe en fonction des caractéristiques suivantes :

- le sentiment d'appartenance à un groupe autochtone ou tribal au niveau individuel et l'acceptation par la communauté comme membre de celle-ci
- la situation de continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures aux invasions sur leur territoire
- un fort lien avec les territoires et les ressources naturelles qui les entourent
- des systèmes sociaux, économiques et politiques qui leur sont propres

* Forum permanent des Nations Unies sur les questions autochtones. *Indigenous People, Indigenous Voices: Fact sheet*. New York, NY: Nations Unies; 2016. Dans : www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf. Date de consultation: Le 19 février 2020. Au Canada, le terme indigène est péjoratif: nous privilégions le terme *Autochtone*.

- une langue, une culture et des croyances qui leur sont propres
- des groupes non dominants dans la société
- une détermination à préserver et à reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et communautés distincts

Anti-racisme — Un processus de changement actif et cohérent visant à éliminer le racisme individuel, institutionnel et systémique⁹. (*Anti-racism*)

Approche à double perspective – Un cadre théorique qui intègre des visions autochtone et occidentale du monde. Introduit par les aînés mi'kmaq Albert et Murdena Marshall, cette approche invite les médecins de famille à apprendre à tenir compte de multiples perspectives lorsqu'ils enrichissent et développent les connaissances existantes, de manière à apprendre à adopter une double perspective, sans que l'une des « perspectives » soit absorbée ou dominée par l'autre¹⁰. (*Two-eyed seeing*)

Approche centrée sur le patient – Les soins centrés sur le patient sont une valeur fondamentale de la médecine de famille. Ces soins élargissent l'approche médicale conventionnelle de manière à inclure le patient en tant que participant actif aux soins qu'il reçoit et encouragent le partenariat médecin-patient. Trois valeurs fondamentales définissent l'approche centrée sur le patient : prendre en considération les besoins, les volontés, les points de vue et les expériences du patient ; offrir au patient des occasions de donner son avis et de participer aux soins qu'il reçoit ; améliorer le partenariat et la compréhension de la relation patient-médecin¹¹. (*Patient-centered approach*)

Approche narrative – Une méthode culturellement appropriée pour recueillir des informations au moyen de récits. L'hypothèse sous-jacente à cette méthode est que pour les personnes, raconter des histoires est la façon la plus efficace de comprendre le monde qui les entoure. Cette approche est souvent utilisée parce que de nombreuses cultures autochtones possèdent une tradition narrative orale. C'est également une méthodologie relationnelle qui respecte l'épistémologie autochtone et les systèmes de connaissance par la co-construction et la coparticipation au processus narratif¹². (*Narrative approach*)

Colonialisme – Le processus par lequel les peuples autochtones ont été dépossédés de leurs terres et de leurs ressources, assujettis à un contrôle extérieur et ciblés pour l'assimilation, voire l'extermination¹³. C'est un phénomène continu par lequel les colonisateurs ou la société dominante continuent d'exercer une incidence négative aux plans politique, économique et culturel sur les peuples autochtones au Canada. (*Colonialism*)

Compétence culturelle – L'harmonisation des savoirs, des comportements et des agissements de manière à respecter et à honorer les croyances d'autrui¹⁴. (*Cultural competency*)

Compétence structurelle — « [La] capacité acquise à discerner comment une foule de problèmes que l'on définit cliniquement comme des symptômes, attitudes ou maladies (p. ex. dépression, hypertension, obésité, tabagisme, non-observance thérapeutique, traumatisme, psychose) représentent également les répercussions en aval de décisions prises en amont concernant des questions comme les systèmes de soins de santé et d'approvisionnement alimentaire, les règlements de zonage, les infrastructures rurales et urbaines, la médicalisation, voire la définition même de la maladie et de la santé »¹⁵. Ce concept peut guider les médecins de famille dans la prestation de soins qui ont trait à de grandes causes sociales en amont des problèmes de santé. (*Structural competency*)

Contextualisation et partage du savoir – Ces concepts positionnent le locuteur et son message dans des contextes relationnels, sociaux, politiques et culturels plus larges¹⁶. (*Knowledge contextualization and exchange*)

Décolonisation – Résister aux influences de la colonisation et les renverser, et rétablir une identité en tant que Nation autochtone. Cette approche est enracinée dans les valeurs, les philosophies et le savoir autochtones. C'est une façon de faire les choses différemment, qui remet en question l'influence coloniale en accordant de la place aux perspectives autochtones marginalisées¹⁷. (*Decolonizing*)

Engagement centré sur la guérison – Une approche holistique et centrée sur les forces qui propose une vision collective de la guérison et repositionne la culture au centre du bien-être. Cet engagement ne voit pas le traumatisme comme une expérience individuelle isolée : il considère que les traumatismes et la guérison sont des expériences collectives. Elle élargit la façon d'aborder le traumatisme et offre une façon plus holistique de favoriser le bien-être³. (*Healing-centered engagement*)

Équité – La capacité d'offrir à tous et à toutes les mêmes possibilités tout en reconnaissant la spécificité de chacun et en éliminant les obstacles systémiques¹⁸. (*Equity*)

Éthique autochtone – Les principes éthiques autochtones, qui sont fondamentaux dans leurs épistémologies, proposent des orientations générales pour faciliter la cohésion sociale dans un contexte collectiviste. Le relationalisme, l'un des points centraux de l'éthique autochtone, suppose une reconnaissance de l'importance de respecter et de faciliter les relations appropriées dans les dimensions sociales, physiques et spirituelles. Axé sur la non-ingérence et la réciprocité, ce concept est présent dans l'approche narrative autochtone qui est au cœur de la tradition orale¹⁹. (*Indigenous ethics*)

Espace éthique – Un espace éthique est créé lorsque deux sociétés, avec des visions du monde différentes, s'appêtent à s'engager dans une conversation interculturelle. L'engagement au sein de l'espace éthique est basé sur un dialogue et des interactions qui explorent de nouvelles façons de penser, un esprit de collaboration et une sensibilité quant à la façon dont les préjugés propres aux milieux culturels ont façonné nos comportements²⁰. (*Ethical space*)

Humilité culturelle – L’humilité culturelle est un processus d’auto-réflexion permettant de comprendre ses préjugés personnels ou les préjugés systémiques, de créer et maintenir des processus respectueux et des rapports fondés sur le respect mutuel. L’humilité culturelle sous-entend un engagement à se percevoir humblement comme un apprenant afin de comprendre l’expérience de l’autre²¹. (*Cultural humility*)

Inclusion – La responsabilité des professionnels de la santé de faire participer les patients et les communautés autochtones à la prise des décisions concernant leurs soins et de soutenir le développement de la capacité des patients de s’auto-représenter²². (*Inclusiveness*)

Modélisation axée sur les faiblesses – Souligner les moins bons résultats d’un groupe en matière de santé par rapport à un autre. Cela peut perpétuer les schémas narratifs basés sur les *problèmes* qui contribuent à la stigmatisation et au stéréotypage. Par contre, reformuler les approches en mettant l’accent sur les forces et les solutions permet d’habiliter les personnes et les communautés au moyen d’approches traditionnelles et culturelles familières en matière de santé et de soins de santé²³. (*Deficit modelling*)

Non-ingérence – Une approche non intrusive d’apprentissage imitatif qui favorise l’autonomie et les relations interpersonnelles en décourageant toute forme de coercition.¹⁸ (*Non-interference*)

Pensionnats autochtones – Un système scolaire qui a existé pendant plus de 100 ans au Canada et qui avait pour but de séparer les enfants autochtones de leur famille afin de limiter et d’affaiblir les liens familiaux et culturels et d’endoctriner les enfants dans une nouvelle culture, à savoir la culture dominante sur le plan juridique de la société canadienne euro-chrétienne. Les écoles étaient en grande partie administrées par des institutions religieuses. L’établissement et le fonctionnement des pensionnats ont été un élément central de la politique de génocide culturel des peuples autochtones du Canada. Les enfants qui fréquentaient ces écoles étaient abusés physiquement et sexuellement, et des milliers sont morts. Le gouvernement fédéral a estimé à 150 000 le nombre d’enfants des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui seraient passés par les pensionnats. Le dernier pensionnat administré par le gouvernement fédéral a été fermé à la fin des années 1990⁷. (*Residential schools*)

Programme des services de santé non assurés — Offre aux clients admissibles des Premières nations et des collectivités inuites une couverture pour une gamme de prestations de santé qui ne sont pas couvertes par d’autres programmes sociaux, régimes d’assurance privés et régimes d’assurance maladie provinciaux ou territoriaux. Le programme offre une couverture pour les soins de la vue, les soins dentaires, le counseling en santé mentale, l’équipement médical et les fournitures médicales, les prescriptions et les médicaments en vente libre et le transport pour raison médicale²⁴. (*Non-Insured Health Benefers Program*)

Racisme systémique – L'héritage des politiques coloniales qui légitimaient l'idée que les peuples autochtones étaient une race distincte et inférieure. Au Canada, il prend la forme d'une société dans laquelle un groupe social a un accès disproportionné au pouvoir et aux ressources de la société, ce qui entraîne des inégalités et du racisme systémique à l'endroit des peuples autochtones. Ce déséquilibre de pouvoir et de ressources est maintenu à cause du traitement inéquitable en vertu de la loi, et des politiques et règlements injustes. Il se manifeste couramment par l'exclusion sociale ou l'isolement qui limitent ou empêchent la participation politique, économique et sociale, ou l'accès et la participation à d'autres systèmes sociaux, comme l'éducation et la santé. Le racisme interpersonnel ou relationnel, de même que les hypothèses erronées basées sur des stéréotypes négatifs, y compris dans les milieux de soins, contribuent à la perpétuation du racisme systémique²⁵.
(*Systemic racism*)

Sécurité culturelle – Un concept qui peut être considéré comme la raison d'être et le but d'entretenir de bonnes interactions thérapeutiques avec les patients, les familles et les communautés autochtones et de devenir un érudit en santé autochtone. Selon l'Autorité sanitaire des Premières nations, la sécurité culturelle est « un résultat basé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoirs dans le système de santé et s'efforce de les corriger. Il en résulte un contexte sans racisme ou discrimination, où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé. »¹² (*Cultural safety*)

Soins qui tiennent compte des traumatismes – Cette approche reconnaît à quel point les traumatismes sont courants et comment ils affectent tous les aspects de la vie des gens, y compris leurs interactions avec les prestataires de services. Pour un médecin de famille, adopter une approche de soins qui tient compte des traumatismes implique de créer un espace sécuritaire pour les patients autochtones et de reconnaître comment la colonisation continue de se répercuter sur leurs expériences de vie et leurs déterminants sociaux de la santé. Plutôt que de revivre les expériences traumatiques vécues ou de réfléchir sur celles-ci, cette approche des soins met l'accent sur les forces développées en survivant au traumatisme et sur la manière dont la résilience peut favoriser la guérison. Éviter une telle approche de soins peut retraumatiser le patient, et lui laisser le sentiment qu'il n'a pas de soutien ou qu'on le blâme. Ceci peut le décourager de chercher des soins et des services connexes dans l'avenir². (*Trauma-informed care*)

Soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence – Cette approche élargit le concept de soins qui tiennent compte des traumatismes et souligne les liens entre traumatisme et violence. Elle reconnaît les liens entre les traumatismes, la violence et leurs répercussions négatives sur la santé et les comportements. Elle rehausse la sécurité, le contrôle et la résilience pour les personnes qui recherchent des services liés à des expériences de violence ou qui ont des antécédents de violence. Cette approche est basée sur les politiques et principes de pratique suivants : comprendre les traumatismes et la violence ainsi que leurs répercussions sur la vie et le comportement des

personnes ; créer des environnements psychologiquement et physiquement sûrs ; favoriser des possibilités de faire des choix, de collaborer et d'établir des rapports ; et offrir une approche basée sur les forces et le renforcement des capacités requises pour appuyer l'acceptation et la résilience des clients²⁶. (*Trauma and violence informed-care*)

Tradition orale — Désigne l'ensemble des paroles qui sont transmises de génération en génération au sein d'une culture. Cette tradition peut comprendre des poèmes épiques, des prières, des discours, des enseignements spirituels, des chansons, des récits et des histoires. Les cultures des Inuits et des Premières Nations sont ancrées dans leurs traditions orales, par lesquelles ils transmettent leur histoire, leurs coutumes, leurs valeurs et leurs compétences pratiques. Dans la tradition orale, les enseignements sont souvent indirects et métaphoriques. Ceux qui les écoutent ont la responsabilité de réfléchir aux récits racontés et de former leurs propres décisions et plans d'action. Partager une tradition orale renforce les relations interpersonnelles et les liens sociaux²⁷. (*Oral tradition*)

Violence structurelle – Les structures et mécanismes sociaux qui causent des préjudices, restreignent les droits de la personne, limitent l'intervention humaine et/ou empêchent certaines personnes ou certains groupes populationnels de disposer des ressources nécessaires pour réaliser leur plein potentiel. La violence structurelle est insidieuse et silencieuse, c'est pourquoi elle est invisible pour beaucoup et acceptée parce que « c'est comme ça »²⁸. (*Structural violence*)



Expert en médecine familiale

Définition

En tant que généraliste compétent, le médecin de famille a un haut niveau de connaissances et de compétences qui lui permettent d'offrir des soins de proximité, de grande qualité et adaptés aux besoins de la communauté autochtone au Canada, peu importe où elles sont situées. Le médecin de famille s'engage à dispenser des soins respectueux, complets et globaux, et adaptés aux besoins, qui tiennent compte du contexte des patients autochtones. Tous les praticiens sont appelés à se familiariser avec l'histoire et les traumatismes toxiques, comme les expériences vécues dans les pensionnats, les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, la communauté LGBTQ2+, les effets des incidents environnementaux et industriels et les situations actuelles qui ont une incidence sur la santé des personnes et des communautés (p. ex., une crise suicidaire ou une série de noyades). Les Autochtones et les non Autochtones sont appelés à protéger la Terre. La santé physique, mentale et spirituelle de tous en dépend²⁹.

En tant qu'expert en médecine de famille, le médecin de famille est appelé à faire preuve de courage clinique dans sa pratique, à prodiguer les soins avec compassion, à faire participer les patients et leurs communautés, à jouer tous les rôles décrits dans le présent document³⁰. En tant qu'expert en médecine de famille, le médecin de famille travaille avec les Autochtones, qu'il exerce en milieu urbain ou rural ou en région éloignée. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivent en groupes populationnels homogènes et diversifiés dans tous ces types de milieux.

L'expert en médecine de famille doit voir sa carrière médicale comme un cheminement, s'engager dans une démarche d'apprentissage permanent, et élargir et cibler ses connaissances et ses compétences en fonction des besoins des Autochtones et de leurs communautés. Sa pratique doit être centrée sur le patient, collaborative, respectueuse de tous et s'appliquer à toutes les étapes de la vie.

Description

Le rôle d'expert en médecine de famille englobe tous les autres rôles décrits dans le présent document. Il est du devoir du médecin de famille de maîtriser l'art et la science de la médecine. Comme point de départ, il utilise les quatre principes de la médecine de famille qui sous-tendent ses valeurs et son travail dans le système de soins de santé. Il fonde sa pratique sur les rôles, les concepts et les compétences CanMEDS-MF et les adapte selon les besoins et contextes des peuples autochtones du Canada.

Pour bon nombre d'Autochtones, la culture est un facteur déterminant de la résilience — reconnaître le contexte culturel contribue à des résultats de santé positifs³¹. En tant qu'expert en médecine de famille, le médecin de famille s'engage à apprendre de ses patients autochtones, à participer à la vie

communautaire et à réfléchir profondément sur ses propres valeurs et attitudes, et ce, sur une base continue. L'humilité est un élément essentiel de son travail. Chacun doit collaborer pour instaurer un environnement antiraciste dans les milieux de soins de santé où il exerce. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, reconnaître et corriger les micro-agressions et les manifestations de racisme flagrant, qu'elles soient de son fait ou de celui de ses collègues. Il doit également plaider fortement auprès des systèmes dans lesquels il travaille pour modifier les processus et politiques racistes.

Pour répondre aux besoins des patients autochtones et de leur communauté, l'expert en médecine de famille doit appliquer une approche qui tient compte des traumatismes et adopter une perspective centrée sur la guérison. Il doit aussi connaître les déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur la santé des patients afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires^{2,32}. Son service repose sur une relation thérapeutique équitable et collaborative.

Simon a pris rendez-vous pour obtenir des conseils concernant des instructions complexes rédigées en anglais pour un test de dépistage qu'il a reçu par la poste. Il a apporté les documents avec lui. En raison de la confiance et du respect que vous lui avez témoigné depuis qu'il a quitté son milieu métis rural pour déménager en ville, il vous avoue n'avoir jamais appris à lire l'anglais. Il a toujours parlé sa langue maternelle, le Michif. Même s'il parle anglais couramment, il vous demande de l'aider à bien comprendre les instructions. Vous les passez en revue avec lui et répondez à ses questions pour vous assurer qu'il a bien compris. Au moment de quitter la clinique, il vous demande un rendez-vous de suivi pour discuter d'autres problèmes de santé non urgents.

Reconnaître l'importance de la confiance dans ce rôle pour la prestation de services aux patients autochtones et à leurs communautés est une valeur fondamentale. La relationalité est un aspect important du bien-être des Autochtones. Elle exige que le médecin de famille soit dévoué, qu'il s'engage à travailler dans les communautés autochtones et à établir au fil du temps des relations mutuellement respectueuses avec les personnes et les communautés.

En tant que médecins de famille, nous devons reconnaître et éliminer le déséquilibre de pouvoir qui existe entre nous et nos patients. Nous devons démontrer notre humanité, agir comme modèles en prenant soin de nous-mêmes et en adoptant des comportements respectueux.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. Dans les limites de notre champ d'activité professionnelle, pratiquer une médecine de nature généraliste de grande qualité, ancrée dans le contexte des populations autochtones que nous servons.

- 1.1 Exercer avec humilité, d'une manière engagée et basée sur les relations. S'efforcer de réduire les déséquilibres de pouvoir entre les patients autochtones et le médecin en tant qu'expert en médecine de famille.
- 1.2 Reconnaître et intégrer les rôles qui font partie intégrante du cadre de compétences CanMEDS-MF[†], dont les rôles qui ont été étoffés dans le présent document d'accompagnement.
- 1.3 S'efforcer de dispenser des soins dans un vaste et complexe éventail de soins médicaux : promotion de la santé, prévention des maladies, diagnostic et traitement. Cela inclut les complexités des maladies mortelles, les maladies aiguës et chroniques et les soins palliatifs. Dans le cadre de ce travail, l'expert en médecine de famille démontre qu'il est sensible aux valeurs et pratiques de la médecine traditionnelle du patient autochtone et qu'il est conscient de la diversité qui existe parmi les Autochtones du Canada. Le médecin de famille manifeste une volonté d'apprendre de ses patients et de les inclure, ainsi que leur famille et leur communauté, dans la planification de leurs soins ; il participe également à la planification et à la mise en œuvre des services de santé, en utilisant les ressources cliniques et culturelles appropriées.
- 1.4 Faire preuve de courage clinique face à plusieurs demandes conflictuelles. En prévision de ses interactions avec les patients autochtones, l'expert en médecine de famille adopte une démarche qui favorise la conscience de soi et l'autoréflexion.
- 1.5 Le médecin de famille est appelé à faire le pont entre la médecine occidentale conventionnelle (« le système ») et les croyances et pratiques traditionnelles des patients autochtones, tel qu'ils les perçoivent. Si un patient autochtone choisit les pratiques traditionnelles, le médecin de famille doit respecter ce choix.

[†] Les Rôles CanMEDS : expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit, professionnel.

2. La prestation de soins centrés sur le patient autochtone peut comprendre sa famille, sa communauté et/ou sa Nation, selon ses volontés

- 2.1 Établir des relations avec les patients autochtones et leur famille, y compris dans les situations d'urgence; ces relations aident à définir et fixer les priorités pour l'évaluation et la prise en charge
- 2.2 Utiliser une approche narrative plutôt qu'une approche directe sous forme de liste de vérification lorsqu'il obtient l'anamnèse de la plupart de ses patients autochtones. Plusieurs rôles entrent en jeu, dont ceux de collaborateur, de leader, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel.
- 2.3 Établir les objectifs des soins collaboratifs, mais aussi en tenant compte de la communauté et du contexte culturel. Intégrer une approche holistique dans son travail avec les patients autochtones comprend pour le praticien l'utilisation thérapeutique de soi, y compris un engagement intellectuel, physique, émotionnel et spirituel^{31,33}.
- 2.4 Lorsqu'il travaille au sein d'une communauté autochtone, le médecin de famille collabore avec le patient, sa famille et tout autre membre approprié de l'équipe. Le médecin de famille utilise toutes ses connaissances, ses compétences et sa compassion lors de la consultation. Il peut participer à des événements importants dans la communauté, comme des funérailles et des festins communautaires, et goûter à la « nourriture traditionnelle ».
- 2.5 Synthétiser l'anamnèse, l'examen physique, les investigations, l'état de santé actuel et passé et le contexte social et culturel, car tous ces éléments éclairent les décisions cliniques et la prise en charge.
- 2.6 Utiliser ses connaissances cliniques, sa connaissance des problèmes sociaux et de la santé pertinents qui touchent les Autochtones, et son expérience afin d'impliquer le patient dans la prise des décisions les plus appropriées concernant ses soins.

3. Les plans de traitement sont élaborés en collaboration avec les patients autochtones. Le médecin de famille reconnaît l'existence du déséquilibre de pouvoir entre le praticien et le patient, et tente de l'éliminer. Il prend en considération les volontés du patient comme étant éclairées par le contexte autochtone. Il présente ses conseils d'une manière culturellement sécuritaire. Le médecin de famille s'engage à faire preuve de transparence et à communiquer les processus de réflexion qui l'ont mené à élaborer ses conclusions, le diagnostic différentiel et les traitements recommandés.

- 3.1 Déterminer les traitements, les procédures et les thérapies qui conviennent le mieux, et s'ils ne sont pas disponibles dans la communauté du patient, faciliter l'accès à l'établissement de soins approprié le plus près. Ceci est lié au rôle de Promoteur de la santé. Le médecin de famille fait preuve de créativité dans sa façon de penser; il peut par exemple réunir une équipe pour transporter un patient en phase terminale dans sa communauté isolée et fournir l'expertise, le leadership et le soutien requis au personnel du centre de santé, aux aidants et aux membres de la famille.
 - 3.2 Expliquer le pourquoi du traitement, de la procédure et de la thérapie et obtenir le consentement éclairé d'une façon culturellement appropriée, transparente et informative, en soulignant les risques et les avantages des traitements. Vérifier respectueusement que le patient a bien compris.
 - 3.3 Prendre des décisions diagnostiques et thérapeutiques exemptes de préjugés.
 - 3.4 S'assurer que les traitements sont effectués en priorité et en temps opportun.
- 4. La continuité des soins, qui est importante dans tous les domaines de la médecine, est particulièrement importante pour les patients autochtones; il est presque certain qu'elle influe sur l'état de leur santé³⁴.**
- 4.1 Comprendre comment la colonisation, le racisme et les traumatismes affectent les patients autochtones. Le médecin de famille doit être à l'écoute des vérités de ces patients et apprendre d'eux afin de dispenser des soins complets et globaux.
 - 4.2 Utiliser une approche fondée sur les données probantes, holistique et culturellement sécuritaire tout en tenant compte du contexte du patient autochtone.
- 5. Il est nécessaire de connaître, de comprendre et de mettre en œuvre les normes et lignes directrices cliniques actuelles pour favoriser l'amélioration continue de la qualité (ACQ). Dans sa pratique, le médecin de famille garde ces normes et lignes directrices à l'esprit, évalue constamment leur efficacité pour améliorer la santé des patients autochtones. Il adopte une approche axée sur la sécurité, l'humilité culturelle et l'évaluation continue. Les patients autochtones, leurs familles et leurs communautés participent à cette évaluation.**

6. Le médecin de famille est appelé à prodiguer des soins respectueux, centrés sur le patient, inclusifs et culturellement sécuritaires. Il interagit avec humilité et ouverture avec les patients autochtones et leur culture. L'expert en médecine de famille souhaite apprendre de ses patients et démontre des comportements coopératifs, s'efforçant consciemment de réduire les inégalités de pouvoir dans la relation thérapeutique. Il s'implique dans la communauté, par exemple en envoyant ses enfants à l'école dans la communauté où il travaille et dispense des services.

6.1 Solliciter l'opinion du patient relativement à sa santé et demander s'il utilise ou souhaite utiliser les pratiques traditionnelles en matière de santé. Son opinion est reçue avec ouverture et sans jugement.

6.2 Se familiariser avec les concepts autochtones en matière de santé et de bien-être.

6.3 Il est indispensable pour le médecin de famille qui travaille auprès de patients autochtones d'adopter une attitude qui tient compte des traumatismes et qui est centrée sur la guérison. On s'attend à ce qu'il connaisse l'histoire des pensionnats autochtones, le travail de la CVRC et les appels à l'action qui en ont ressorti. On s'attend également à ce qu'il contribue à concrétiser les appels à l'action dans sa pratique quotidienne. Il doit aussi être au courant des questions relatives aux femmes et aux filles autochtones disparues ou assassinées et à la communauté LGBTQ2+, à l'ENFFADA et aux appels à la justice qui en ont découlé. Le médecin de famille doit se familiariser avec la situation familiale, l'histoire de la communauté et le contexte actuel de ses patients.

7. Le médecin de famille s'engage à travailler avec les personnes et les groupes autochtones en tenant compte des complexités des effets continus de la colonisation et de l'impact des traumatismes passés et présents. Avec humilité, il tente de s'informer et d'obtenir le point de vue des patients. Il garde l'esprit ouvert et est prêt à apporter des ajustements à son travail et à son comportement. Le médecin de famille s'engage sur la voie de l'apprentissage continu.



Communicateur

Définition

La rencontre avec un patient autochtone comporte les mêmes tâches communicationnelles (comme l'établissement de relations, la collecte d'informations, l'explication et la planification) que la rencontre avec un patient non autochtone. Cependant, pour communiquer efficacement avec les patients autochtones, il faut également adapter la rencontre en fonction d'une gamme additionnelle de contextes culturels (patient et médecin) et sociétaux (découlant de la colonisation).

Description

La culture définit les normes de communication³⁵. Si l'on peut définir la communication comme un processus de partage d'information au moyen d'un ensemble de règles communes, ces règles et leur signification peuvent être différentes dans un contexte interculturel^{‡,36}. Avant d'explorer les concepts culturels autochtones liés à la communication, nous devons, en tant que médecins, reconnaître l'influence de notre culture d'origine et de notre culture médicale et y réfléchir. Notons qu'il est impossible d'obtenir une liste de tous les traits culturels qui peuvent influencer la communication en raison de la grande diversité des peuples autochtones du Canada[§]. Une telle liste risquerait de perpétuer les généralisations. À la place, des thèmes éthiques distincts, définis en tant que règles de conduite exprimant des valeurs sociales et culturelles basées sur le point de vue des communautés autochtones, fournissent des pratiques de base sur lesquelles le médecin de famille peut s'appuyer durant la rencontre clinique^{37,38}.

La **non-ingérence** est une notion importante qui s'applique à la rencontre médicale¹⁸. Modelée selon cette notion, l'interaction guide le médecin pour qu'il puisse offrir au patient l'espace approprié et du temps ininterrompu pour expliquer son point de vue à toutes les étapes de la rencontre. Contrairement à l'approche directive, cette éthique repose sur l'utilisation d'un mode indirect de communication pour annoncer et expliquer le diagnostic et planifier les soins, pour lesquels une approche narrative convient mieux¹⁸. Partager nos propres expériences médicales et les résultats se rapportant à des situations cliniques similaires et utiliser des métaphores qui conviennent au point de vue du patient sont des exemples de comportements qui contribuent à l'établissement de relations qui facilitent la prise de décisions par le patient, contrairement à une approche trop directive.

[‡] La théorie générale de la communication interculturelle et ses notions de base sont pertinentes pour communiquer avec les patients autochtones, mais une évaluation inclusive dépasse le cadre de la présente description.

[§] Les lecteurs sont invités à examiner les preuves des contextes culturels et sociaux propres aux Autochtones pour étoffer leur base de connaissances.

Ancré dans les valeurs inhérentes à la tradition orale autochtone, l'exemple susmentionné présente une approche narrative de l'entretien³⁹. La contextualisation et l'échange des connaissances positionnent le locuteur et son message dans un contexte relationnel, social, politique et culturel plus vaste¹⁹. Une approche qui incarne cette éthique suscite le dialogue sur le point de vue du patient et permet de parvenir à une compréhension commune par l'échange de récits narratifs³⁹. Cette éthique, qui est au cœur de la collecte d'information, brosse un tableau éloquent de l'univers du patient autochtone. Pour établir des relations, cette éthique aide le médecin à répliquer en parlant de son propre contexte social dans le cadre d'une stratégie importante pour établir de bons rapports avec les patients³⁹.

L'influence sociétale qui s'introduit dans la communication avec les patients autochtones lors de la prestation de soins de santé a ses origines dans les antécédents de la colonisation. La colonisation a créé un racisme continu à l'endroit des peuples autochtones⁴⁰. Dans le système de santé, les patients autochtones sont confrontés à la perpétuation d'inégalités qui découlent de l'héritage colonial et qui renforcent des relations historiques fondées sur le racisme soutenu⁴¹. Les stéréotypes et des préjugés bien présents dans les soins de santé donnent lieu à une disparité dans leurs traitements et aggravent leur état de santé¹⁹.

En tant que médecins de famille, nous devons être conscients que, dans les interactions cliniques, il est possible que nous renforçons les inégalités dans les services de santé par l'oppression, les préjugés, les stéréotypes et la perpétuation du déséquilibre de pouvoir. Le médecin doit d'abord et avant tout développer une conscience critique de la colonisation et de ses répercussions sur la santé et des soins de santé des Autochtones. Une réflexion personnelle sur ses points de vue et possibles stéréotypes à l'endroit des Autochtones est essentielle. Prendre conscience du déséquilibre de pouvoir entre le médecin et les patients autochtones est un autre aspect essentiel. Le langage est un puissant intermédiaire d'oppression, et on nous conseille de porter grande attention à nos messages et approches afin de nous assurer d'utiliser une approche centrée sur les forces. Pour égaliser le pouvoir dans la relation clinique, nous devrions adopter des approches verbales et non verbales et faire preuve d'humilité.

Par souci de maintenir un rythme de travail raisonnable dans la clinique, D^r McIntosh avait demandé à Jenny (une résidente de 2^e année en médecine de famille rurale) de s'assurer que le prochain rendez-vous soit bref, car la patiente, Rose, une Autochtone de 74 ans, avait tendance à parler beaucoup. Rose a récemment été hospitalisée pour une pneumonie qu'elle avait contractée dans la communauté et venait à la clinique pour un suivi. Elle a également des antécédents de diabète, d'hypercholestérolémie et d'hypertension qui sont bien maîtrisés, car elle est généralement active et fait attention à son alimentation.

Durant la consultation, Rose n'a pas apprécié les interruptions fréquentes de Jenny souvent quand elle essayait de répondre à ses questions. Quand Jenny lui a posé une question sur son usage du tabac, Rose a indiqué qu'elle avait cessé de fumer il y a de nombreuses années. Au moment où elle commençait à expliquer comment elle utilise le tabac dans le cadre de cérémonies, Jenny lui a rapidement coupé la parole, lui indiquant que c'était également un comportement à haut risque et qu'elle devrait cesser immédiatement. Rose a cessé de participer la conversation, se contentant de hocher la tête quand Jenny a mis fin au rendez-vous en lui remettant un plan de soins.

Comme Jenny était nouvelle, Rose essayait de lui fournir le contexte approprié afin qu'elle comprenne mieux. Rose trouvait dérangeant et irrespectueux qu'on lui coupe ainsi la parole lorsqu'elle essayait de répondre. Elle trouvait aussi blessants et moralisateurs les commentaires et les questions de Jenny au sujet de l'utilisation du tabac, et elle avait l'impression de subir un interrogatoire, d'être réprimandée. Rose ne voulait pas se disputer avec Jenny qui comprenait mal l'utilisation traditionnelle du tabac. Elle n'a donc pas essayé de défendre sa position ou d'en discuter. Elle se sentait impuissante, un peu comme lorsqu'elle était au pensionnat, et elle a décidé de se replier sur elle-même. Elle n'était pas certaine de vouloir d'autres rendez-vous avec Jenny ou le D^r McIntosh.

Suite à la section « Rôle de professionnel »

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. Veiller à ce que les interactions ne perpétuent pas les inégalités.

- 1.1 Développer une compréhension approfondie de l'influence de la colonisation, du racisme et de l'oppression dans l'entrevue clinique.
- 1.2 Réfléchir à notre culture personnelle et au point de vue des Autochtones relativement au racisme et à la colonisation.

- 1.3 Aborder les déséquilibres de pouvoir dans la relation thérapeutique.
 - 1.4 S'abstenir d'utiliser un langage oppressif et autoritaire.
- 2. Développer des liens de confiance et des relations thérapeutiques éthiques avec les patients et leur famille.**
- 2.1 Utiliser des approches basées sur la réciprocité des contextes.
 - 2.2 Allouer suffisamment d'espace et de temps au récit du patient.
- 3. Recueillir et synthétiser l'information pertinente du patient, en tenant compte de sa perspective ainsi que de celle de ses proches.**
- 3.1 Explorer sans préjugé les contextes social et culturel du patient en lien avec la raison de sa visite.
 - 3.2 Brosser un tableau complet du monde du patient.
- 4. Informer le patient et sa famille quant aux soins de santé qui lui sont prodigués.**
- 4.1 Contextualiser les connaissances en fonction des réalités sociales et culturelles du patient.
 - 4.2 Utiliser un mode de communication indirect pour communiquer l'information, le diagnostic et les recommandations en utilisant des récits narratifs et des métaphores appropriés pour le patient.
 - 4.3 Favoriser une compréhension commune, et faciliter la capacité du patient à prendre des décisions.
 - 4.4 Expliquer les renseignements médicaux et les plans de soins en fonction du niveau de scolarité et de la capacité du patient autochtone et de sa famille de comprendre ; éviter le jargon médical.
 - 4.5 Offrir l'occasion d'apporter des clarifications et de répondre aux questions.



Collaborateur

Définition

Le médecin de famille travaille en collaboration avec le patient, sa famille et ses proches, sa communauté et les autres professionnels de la santé. Du point de vue des Autochtones, le médecin de famille fait preuve d'humilité culturelle dans ses démarches pour établir et maintenir des relations inclusives avec les organisations dirigées par des Autochtones (p. ex. programmes sociaux et de santé destinés aux Autochtones, centres d'amitié), les communautés, les familles et les personnes afin de dispenser des soins culturellement sécuritaires, équitables et centrés sur les relations.

Description

La collaboration est essentielle à la prestation de soins de grande qualité, sécuritaires et centrés sur le patient. Le rapport publié en 2018, *Favoriser la réconciliation dans les soins de santé au Canada : Des pratiques judicieuses pour les leaders en santé*, réclame des changements transformateurs à l'échelle des systèmes et des organisations pour améliorer la santé des populations autochtones du Canada et souligne que « les leaders en santé sont guidés par les chefs et les organisations autochtones locales, provinciales et nationales et qu'ils collaborent avec eux. À défaut de cette collaboration, ils risquent de recréer les structures coloniales existantes dans le système de santé »⁴². Pour être des collaborateurs efficaces en santé autochtone, nous devons comprendre et intégrer les points de vue des Autochtones en santé afin d'aider les personnes et les communautés à obtenir des résultats de santé équitables.

En matière de santé autochtone, les collaborateurs reconnaissent le principe autochtone de l'inclusivité. L'inclusivité focalise l'attention sur la responsabilisation du patient et sur la responsabilité des professionnels de la santé de faire participer les patients et les communautés autochtones aux décisions afin de soutenir le développement de la capacité des patients à défendre leurs intérêts¹⁷. En raison de notre rôle dans l'établissement de relations longitudinales basées sur la confiance, nous faisons preuve de compétence et jouons un rôle de premier plan dans l'établissement de relations éthiques avec les patients, les familles et les organisations autochtones. En établissant des relations de collaboration, nous reconnaissons la dominance des connaissances scientifiques occidentales, tout en intégrant et priorisant des façons tout aussi valables de comprendre la santé, qui englobent les points de vue autochtones.

Le concept d'espace éthique favorise des partenariats, établis dans un esprit de coopération, entre les populations autochtones et les institutions occidentales, qui généreront de nouveaux courants de pensée et laisseront pour compte les modes d'interaction archaïques¹⁶. Selon le principe autochtone de l'approche **à double perspective**, « il existe diverses façons de comprendre le monde,

et en reconnaissant et respectant la diversité des points de vue (sans perpétuer la dominance de l'un sur l'autre), nous pouvons en arriver à une compréhension de la santé qui permet de corriger certains des enjeux les plus pressants auxquels sont confrontées les populations et les communautés autochtones en ce qui a trait à la santé »²⁸. Nous cherchons à établir des relations éthiques avec les patients, les familles, les organisations et les chefs autochtones en prônant la création d'espaces non compétitifs qui permettent la prise de décisions et le leadership partagés, et ce, dans un but commun : soutenir le bien-être des Autochtones.

Un médecin qui travaille dans une clinique de médecine de famille urbaine se rend compte que bon nombre de ses patients autochtones ont indiqué que leurs prestations de santé provenaient du programme des services de santé non assurés (SSNA). Il fait donc des recherches sur l'admissibilité et les services couverts par le programme et appelle le bureau régional pour obtenir de plus amples renseignements. Il a téléchargé la plus récente *Liste des médicaments du programme des SSNA* et la consulte désormais régulièrement lorsqu'il prépare des ordonnances pour ses patients. En s'occupant d'une jeune patiente enceinte, il apprend que les vitamines prénatales, un médicament en vente libre, sont couvertes par le programme du moment que les patientes ont une ordonnance de leur médecin. Il lui en remet donc une avec plaisir. Il connaît bien les divers cours prénatals et groupes d'éducation familiale dans sa région. Toutefois, ses patientes avouent qu'elles se sentent souvent stigmatisées et craintives lorsqu'elles participent à ces groupes parce que l'histoire personnelle ou familiale de bon nombre d'entre elles, qui ont grandi en famille d'accueil, est jalonnée d'expériences traumatiques. Il va rencontrer un coordonnateur des ressources dans un centre d'amitié autochtone local pour savoir s'il existe, dans la région, des programmes prénatals et d'éducation familiale dirigés par des Autochtones et adaptés à leur culture. Au centre, il établit des relations avec un aîné/gardien des connaissances autochtones qui l'informe de l'existence d'un programme culturel axé sur le territoire. Il a commencé à visiter le centre régulièrement pour en apprendre davantage sur les points de vue traditionnels des Autochtones concernant le bien-être, l'histoire coloniale et les barrières sociales et raciales permanentes auxquelles ils se heurtent. Il apprécie ces nouvelles connaissances et il continue de nouer des relations avec les organisations autochtones locales afin de pouvoir mieux servir ses patients.

À titre de collaborateur en santé autochtone, le médecin de famille incarne l'antiracisme⁴³. Intégrer l'antiracisme dans le domaine des soins de santé nous incite à réfléchir à notre propre position de privilège et de pouvoir, et à nous efforcer de modifier les politiques coloniales qui continuent de désavantager systématiquement les Autochtones dans le système de soins de santé canadien.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. Respecter l'inclusivité en démontrant sa capacité à établir et entretenir des relations éthiques et collaboratives avec les populations, les organisations et les communautés autochtones.

- 1.1 Favoriser les relations basées sur la non-concurrence et l'interdépendance avec les intervenants en santé autochtone pour échanger des connaissances et renforcer les capacités d'offrir des soins aux Autochtones¹⁷.
- 1.2 Respecter la diversité des rôles et des points de vue et reconnaître l'importance de la prise de décision partagée dans la prestation de soins aux Autochtones¹⁷.
- 1.3 Accorder la priorité aux points de vue autochtones sur les soins de santé afin d'obtenir par la collaboration des résultats qui correspondent aux besoins des patients et des communautés autochtones, dans le respect du droit à l'autodétermination des peuples autochtones.
- 1.4 Faire preuve de souplesse dans ses rôles ; par exemple, démontrer sa volonté et sa capacité à occuper, sur demande, des postes de direction, mais aussi à faire partie d'une équipe sous la direction d'intervenants autochtones afin de s'assurer que les points de vue des Autochtones sur la santé et la guérison sont adéquatement représentés¹⁷.
- 1.5 Décrire son rôle personnel et ceux des autres intervenants dans les services de santé aux Autochtones, ce qui inclut non seulement les professionnels paramédicaux formés aux approches occidentales, mais aussi ceux qui pratiquent les approches valorisées dans les modèles de soins autochtones (comme les praticiens de la médecine traditionnelle, les aînés, les gardiens du savoir, les familles, les communautés).
- 1.6 Prendre en compte les diverses visions du monde occidentales et autochtones et leur accorder une importance égale de sorte que l'une d'elles ne domine pas ou ne compromette pas les apports de l'autre²⁸.

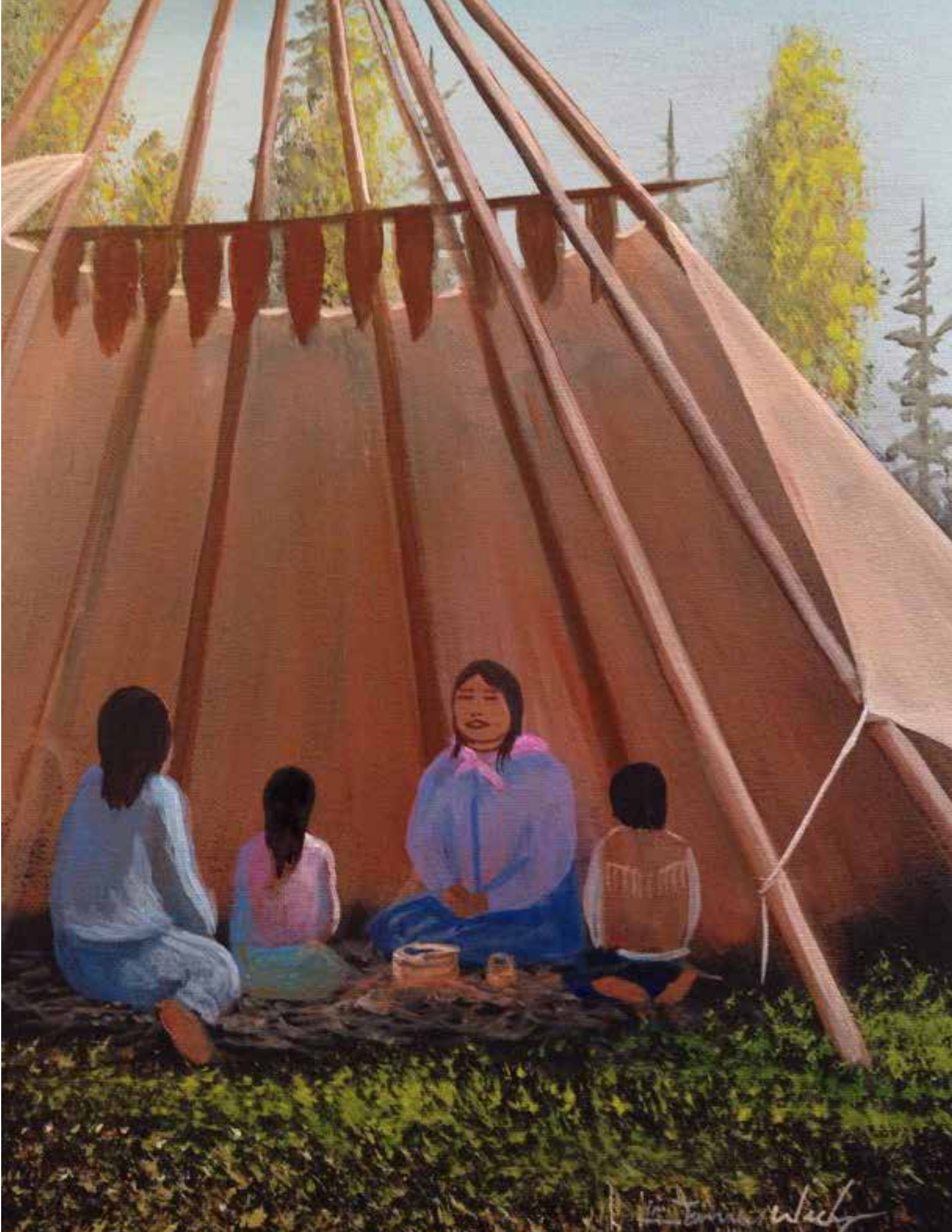
2. Créer et maintenir des milieux de soins culturellement sécuritaires en intégrant les principes de l'antiracisme dans les rôles cliniques, éducatifs, administratifs et de recherche.

- 2.1 Reconnaître et faire un retour sur sa position de privilège et de pouvoir conférés par la profession, la race, le genre et la scolarité.

- 2.2 Plaider pour une représentation équitable des Autochtones dans les équipes de soins de santé, y compris dans divers comités : clinique, éducation, recherche, gouvernance et leadership.
 - 2.3 Plaider pour une plus grande représentation et une meilleure rétention des médecins, des membres autochtones du personnel infirmier et paramédical, et des membres de la communauté, dans tous les domaines des soins et s'assurer que les opinions autochtones sont valorisées⁴².
 - 2.4 Reconnaître les stéréotypes discriminatoires conscients et inconscients à l'égard des Autochtones, incluant ses propres raisonnements et comportements ainsi que ceux d'autrui, qui empêchent les patients, les familles, les collègues et les organisations autochtones de vivre des expériences sécuritaires et équitables dans les milieux de soins de santé.
 - 2.5 Chercher à obtenir des connaissances et à améliorer sa compréhension des expériences du racisme systémique et épistémologique passées et présentes dont font face les Autochtones en raison des politiques coloniales⁴⁴.
 - 2.6 S'impliquer dans le dialogue et participer à des activités avec les collègues, organisations et organismes sanitaires dans le but de modifier les comportements, les politiques et les ressources qui empêchent la participation égale des Autochtones à la planification en santé et à l'affectation des ressources.
- 3. Reconnaître l'importance de la continuité des soins, faciliter la transition de patients lorsque c'est nécessaire, et participer aux soins collaboratifs, à la transition des patients et/ou au transfert des soins impliquant des collègues et des organisations autochtones et non autochtones afin d'assurer la prestation de soins sécuritaires et culturellement appropriés.**
- 3.1 Afin d'assurer la prestation de soins sécuritaires et coordonnés, communiquer de façon explicite (verbalement et par écrit) avec les patients, les familles, les professionnels de la santé et les organisations autochtones concernant les responsabilités individuelles et/ou partagées liées aux soins.
 - 3.2 Connaître les organisations autochtones et entretenir avec elles des relations dans leur domaine de pratique et faciliter les références appropriées vers d'autres services pour les patients autochtones.

4. Comprendre les obstacles auxquels se heurtent les patients autochtones pour accéder aux services et fournitures sanitaires, incluant les déterminants sociaux de la santé et les facteurs territoriaux qui nuisent à l'accès aux soins, et travailler afin de coordonner les références des patients vers d'autres services conformément aux besoins des patients autochtones.

- 4.1 Comprendre l'impact des déterminants sociaux sur l'accès aux services de santé du point de vue des patients autochtones (p. ex. emplacement géographique, langue, revenu, emploi, statut, race, etc.) et faciliter les références appropriées vers les programmes ou organisations communautaires.
- 4.2 Comprendre la différence entre les populations autochtones du Canada reconnues par le gouvernement fédéral (Premières Nations [inscrites ou non inscrites], Métis et Inuits) et obtenir de l'information sur le groupe auquel appartient le patient afin d'assurer la coordination des services appropriés (p. ex. accès aux services couverts par le programme des SSNA pour les Premières Nations et les Inuits).
- 4.3 Posséder les connaissances et les habiletés nécessaires pour obtenir des services de santé en temps voulu pour les enfants des Premières Nations en vertu du Principe de Jordan et les enfants inuits en vertu de l'Initiative Les enfants inuits d'abord^{45,46}.



John James Audubon

Leader

Définition

En appliquant ses solides compétences en leadership aux approches communautaires et centrées sur le patient, le leader en médecine de famille joue un rôle important dans l'amélioration de la santé des Autochtones et plaide pour l'équité en santé à tous les échelons du système de soins. Le rôle de leader ne se limite pas à gérer les gens et les organisations — le médecin de famille démontre son leadership en adhérant à des valeurs éthiques et morales élevées dans son travail⁴⁷.

Historiquement dans les sociétés autochtones, le leadership s'appuie sur une notion de pouvoir qui leur est propre : les chefs mettent de côté leurs besoins individuels et deviennent la voix de la collectivité. L'idée d'un « aidant » est au cœur de l'exercice du leadership : celui qui a le plus d'expérience éclaire la voie, mais les membres de la communauté s'entendent sur les décisions à prendre. Lorsque nous travaillons auprès d'Autochtones, nous résistons à la tentation de faire preuve de paternalisme et cherchons à faire passer les besoins des patients, des familles et des communautés autochtones avant les nôtres⁴⁸. Le leader en médecine de famille fait preuve d'humilité et remet en question les concepts de pouvoir et de hiérarchie dans la prestation de ses services aux Autochtones.

Comme toutes les cultures autochtones, la culture inuite n'est pas monolithique et la notion de leadership fait l'objet de croyances variées et évolutives. À une époque pas très lointaine, le chef d'une communauté ou d'un groupe familial était le chasseur le plus apte à subvenir aux besoins du groupe. Cependant, dans cette culture moins individualiste et davantage axée sur le partage que la culture canadienne non autochtone, on pouvait avoir différents leaders en même temps, chacun ayant son domaine d'expertise. La cueillette, le travail des peaux, la couture et l'éducation des enfants étaient des activités aussi importantes que la chasse pour la survie. Les Aînés respectés, femmes et hommes qui ne pouvaient peut-être plus chasser ou cueillir, et les Angakkuut (shamans ou leaders spirituels) occupaient souvent des rôles de leadership. Les Aînés ont un rôle important dans le processus décisionnel, car ils possèdent plus de connaissances et ont acquis l'expérience de la vie, ce qui leur confère de l'expertise ; ils sont très respectés. Il n'y a pas de cadre hiérarchique comme le cadre hiérarchique occidentalisé.

Pour en savoir plus sur les valeurs sociétales inuites et sur les principes Inuit Qaujimagatuqangit, voir https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/iq_brochure_draft_1.pdf

Description

Le médecin de famille joue un rôle de premier plan dans la promotion de la santé des Autochtones au niveau des personnes, de la pratique et de la communauté. Nous respectons la conception du monde des Autochtones et collaborons avec leurs communautés afin d'améliorer leur santé. Aux niveaux individuel et communautaire, le médecin de famille agit en tant qu'aïdant, qui a toujours joué un rôle important dans les sociétés autochtones⁴⁹.

Au niveau micro

En tant qu'aïdants, nous agissons comme des intervenants pivots, tout en dispensant aux Autochtones des soins de santé de qualité, sécuritaires et exempts de racisme et de discrimination. Les leaders en médecine de famille recherchent des façons de se familiariser avec les approches qui tiennent compte des traumatismes, centrées sur la guérison, antiracistes et culturellement sécuritaires. Nous démontrons leur importance, pas seulement en paroles, mais aussi en actions. Nous remettons en question nos préjugés par l'autoréflexion et cherchons des occasions de nous améliorer. Nous comprenons l'importance de veiller au maintien de notre santé et de notre bien-être et savons quand nous devons demander de l'aide.

Au niveau méso

Les leaders en médecine de famille reconnaissent que le racisme systémique existe dans le domaine des soins de santé au Canada et dans leurs propres cliniques. Nous mettons au défi nos collègues qui ont des pratiques non sécuritaires sur le plan culturel. Nous encourageons nos collègues et les institutions à adopter des pratiques antiracistes, centrées sur la guérison et qui tiennent compte des traumatismes.

Au niveau macro

Le médecin de famille qui travaille principalement avec des patients autochtones est souvent appelé à assumer des rôles de leadership à l'intérieur et à l'extérieur de nos organisations pour épauler les efforts visant à améliorer la santé autochtone. En tant qu'aïdants, nous plaidons pour les communautés autochtones et remettons en question les structures qui empêchent les Autochtones d'avoir une vie saine et active.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. En tant qu'aidant, le médecin de famille démontre un leadership humble qui respecte autant les points de vue et la vision du monde des Autochtones que ceux des Occidentaux, afin de réduire les inégalités en santé des populations autochtones.

- 1.1 Appliquer des concepts de leadership fondés sur l'humilité, le respect, la transparence et l'honnêteté afin d'améliorer la santé des Autochtones.
- 1.2 Écouter attentivement et allouer autant, voire davantage de temps aux points de vue autochtones.
- 1.3 Instaurer une culture qui respecte la vision du monde des Autochtones.
- 1.4 Agir en tant que navigateur au sein du système de soins afin d'améliorer l'accès aux services de santé.
- 1.5 Reconnaître les capacités des autres et offrir des possibilités de mentorat.
- 1.6 Collaborer avec les patients et les communautés autochtones afin de trouver des façons d'améliorer leur santé, en évitant les modèles hiérarchiques et paternalistes de prise de décision.

2. Les leaders en médecine de famille s'engagent dans une démarche d'auto-amélioration.

- 2.1 Pratiquer l'autoréflexion afin de comprendre ses propres préjugés.
- 2.2 Reconnaître l'importance de prendre soin de soi et savoir quand demander de l'aide.
- 2.3 S'engager dans des activités de développement professionnel continu afin de mieux comprendre les concepts essentiels des soins qui tiennent compte des traumatismes, de l'approche centrée sur la guérison, de la sécurité culturelle et de l'antiracisme.
- 2.4 Reconnaître ses lacunes en matière de compétences et de connaissances et solliciter l'aide d'autrui.

3. Les leaders en médecine de famille s'opposent au racisme systémique et encouragent autrui à faire de même.

- 3.1 S'assurer que les pratiques cliniques offrent des soins de qualité et culturellement sécuritaires aux Autochtones.
- 3.2 Mettre en œuvre des processus pour améliorer les pratiques et intégrer des mécanismes pour recueillir les commentaires des patients autochtones.
- 3.3 Exprimer son désaccord aux collègues qui ont des comportements culturellement non sécuritaires, incluant des propos et des comportements racistes.

4. Les leaders en médecine de famille repoussent les limites de leur pratique afin de réduire les inégalités en santé vécues par les Autochtones.

- 4.1 Reconnaître que des changements systémiques sont requis pour améliorer la santé des Autochtones.
- 4.2 Travailler avec les populations, les communautés et les organisations autochtones afin de mieux comprendre leurs besoins et aider à améliorer leur santé.
- 4.3 Habilitier les personnes, les communautés et les organisations autochtones à défendre leurs propres intérêts.



Tamara Widy

Promoteur de la santé

Définition

En tant que promoteur de la santé autochtone efficace, le médecin de famille travaille en partenariat avec les patients, les familles et les communautés. Il met à profit son expertise et son influence et respecte l'expertise et l'influence des membres de la communauté afin d'améliorer la santé grâce à une meilleure compréhension des valeurs culturelles, des forces et des besoins et en mobilisant les ressources uniques, complexes et limitées.

Description

Le médecin de famille doit connaître les politiques qui régissent les espaces cliniques et les déterminants sociaux de la santé propres à la communauté. Son plaidoyer doit inclure la communication et la collaboration avec la culture sociale et traditionnelle propre à la communauté.

Parce que les médecins, les agents des Indiens, les avocats, les entreprises, les sociétés et les chercheurs parlent souvent « au nom des » communautés et des Autochtones; le point de vue et l'expérience autochtones s'en trouvent dilués et absents de la plupart des plateformes. Une relation précaire existe entre les organismes non autochtones et les Autochtones dont ils tentent de défendre les droits.

Traditionnellement, les Autochtones désignaient une personne pour parler en leur nom. Ce porte-parole avait toujours à ses côtés un mentor plus jeune, prêt à le remplacer au besoin. Cette source était reconnue et pouvait exprimer informations et idées dans un style narratif — un format qui permet de se souvenir plus facilement du contexte. En tant que promoteurs de la santé, nous devons reconnaître notre rôle dans la narration de l'histoire de la santé dans les communautés autochtones où nous travaillons. À ce titre, nous interagissons explicitement avec les membres de la communauté dans un contexte non clinique où il n'y a pas de déséquilibres de pouvoir.

« En contaminant notre chaîne alimentaire, incluant le lait maternel, avec des composés toxiques comme les BPC, les dioxines, le DDT et autres, la société corporatiste nous a privés de notre capacité de nous nourrir, de nourrir nos familles et nos communautés... L'exposition aux contaminants toxiques dans l'environnement (air, eau, sols, produits alimentaires locaux, poissons, faune et lait maternel) a suscité des changements épidémiologiques chez les Autochtones. »

Katsi Cook, sage-femme, Akwesasne

Le promoteur de la santé utilise de façon stratégique son pouvoir, ses privilèges et sa plateforme pour soutenir les initiatives communautaires locales. Les programmes axés sur la culture, la langue et le territoire de même que les efforts visant à soutenir le développement économique sont des moyens de favoriser la résilience et la santé.

Dans la communauté Haudenosaunee d’Akwesasne, une cérémonie visant à renforcer la résilience des adolescents par un rituel basé sur le territoire offre aux promoteurs de la santé autochtone des occasions d’appuyer ces efforts qui sont déployés dans la communauté. Appelé Ohero:kon (sous les feuilles de maïs), ce rite de passage réunit des familles dans le cadre d’un programme axé sur le territoire dont le point culminant est un jeûne spirituel sous supervision médicale. Les promoteurs de la santé autochtone ont un rôle d’appui important à jouer dans cette expression intentionnelle des façons historiques qu’ont les Autochtones d’entrer en relation avec le territoire.

En 2018, *The Lancet* rapportait que les changements climatiques représentaient la plus grande menace à la santé humaine⁵⁰. Prendre fait et cause pour la Terre parce qu’elle ne peut parler pour elle-même fait partie intégrante de la vision du monde des Autochtones. Les idées occidentales émergentes sur la pleine conscience et l’équilibre, la conviction que l’inclusion sociale est un facteur de protection de la santé et les liens récemment établis entre la santé et les changements climatiques correspondent à l’approche holistique. En tant que médecins, nous avons une voix et nous pouvons plaider activement, de façon créative, collaborative, respectueuse et complémentaire, en faveur de la Terre et de la santé autochtone.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. Étudier le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, les appels à l’action de la Commission de vérité et réconciliation et les appels à la justice de l’Enquête sur les femmes et les filles autochtones assassinées et disparues est essentiel, car ce sont des documents importants pour les rapports sous le thème du plaidoyer^{7,10,51}.

1.1 Plaider pour une augmentation du nombre d’étudiants autochtones en médecine dans les programmes des professions de la santé.

1.2 Identifier les milieux d’apprentissage à la fois sécuritaires et adaptés à la culture autochtone pour les étudiants en médecine et les résidents autochtones d’aujourd’hui et de demain. Une fois ces milieux identifiés, plaider pour leur soutien et pour en assurer la durabilité.

- 1.3 Plaider pour la reconnaissance des pratiques de la médecine traditionnelle et collaborer avec les Aînés et les praticiens de la médecine traditionnelle.
- 1.4 Plaider pour une formation sur les compétences culturelles pour tous les étudiants et professionnels du domaine de la santé.

2. Comprendre les différences entre les paradigmes autochtones et les paradigmes occidentaux dominants.

- 2.1 Reconnaître l'investigation observationnelle, qualitative et appréciative.
- 2.2 Reconnaître la validité et l'importance de l'expertise et de l'expérience autochtones.
- 2.3 Définir des stratégies de plaidoyer collaboratif pour optimiser les ressources.
- 2.4 Encourager le mentorat, l'apprentissage expérientiel et le renforcement des capacités qui correspondent aux normes culturelles de la communauté autochtone.
- 2.5 Comprendre que l'intendance du territoire est une responsabilité formatrice et centrale pour les Autochtones, conforme à leurs traditions culturelles et aux stratégies visant à atténuer les effets des changements climatiques.

3. Comprendre le paysage actuel de l'infrastructure et des politiques en santé propres à la communauté autochtone.

- 3.1 Comprendre les déterminants de la santé historiques, économiques, environnementaux, sociaux et politiques propres à la communauté.
- 3.2 Connaître les ressources en santé complexes fournies par les gouvernements fédéral et provinciaux et/ou territoriaux et administrées par les conseils de bande des Premières Nations et les organismes de santé des Inuits.
- 3.3 Comprendre le formulaire et les services du PSSNA de Santé Canada.
- 3.4 Comprendre l'impact de la législation touchant les Autochtones (p. ex. la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*, et les diverses lois provinciales sur les sages-femmes)⁵².
- 3.5 Plaider pour des stratégies de facturation qui reflètent le transfert de services de soutien médical vers les communautés qui disposent de peu de ressources.

- 3.6 Plaider pour des stratégies de facturation qui tiennent compte des entretiens cliniques avec les clients autochtones et leurs familles plus complexes et plus longs.
- 3.7 Plaider pour des stratégies de facturation qui reconnaissent l'approche narrative souvent utilisée avec les clients autochtones.

4. Contribuer à l'élaboration continue d'une politique de santé publique pour les Autochtones.

- 4.1 Reconnaître qu'il manque, au niveau fédéral, une politique de santé publique globale pour les Autochtones.
- 4.2 Donner la priorité à la recherche participative (p. ex. inviter les chercheurs de la communauté comme coauteurs et diffuser les recherches) en utilisant des principes semblables aux Principes PCAP^{®53} (propriété, contrôle, accès et possession).
- 4.3 Mettre en évidence les résultats fondés sur les forces. Penser aux implications d'un langage basé sur la culture par rapport à un langage basé sur le territoire pour les programmes.
- 4.4 Reconnaître la perte de données résultant de la dissolution d'organismes de défense des droits (p. ex. Organisation nationale de la santé autochtone) et plaider pour la préservation des données et des recherches sur la santé autochtone.

Pour de plus amples renseignements, voir l'Annexe 1.



Érudit

Définition

Le médecin de famille doit posséder une vaste gamme de connaissances cliniques et de compétences pratiques fondées sur des données probantes pour offrir des soins aux patients, y compris en médecine d'urgence. Pour les patients, les familles et les communautés autochtones, le médecin de famille doit développer ses connaissances sur l'épidémiologie, la santé et les questions sociales pertinentes pour cette population de patients ainsi que sur les contextes historique, politique et social des populations inuites, métisses et des Premières nations. Même s'il y a de plus en plus d'études fondées sur les données probantes en santé autochtone, le médecin doit également se familiariser avec les sources autres que celles qui sont issues des universités, par exemple, les chefs autochtones, les guérisseurs traditionnels, les personnes-ressources culturelles ou les gardiens du savoir.

Description

Par l'éducation médicale et la formation clinique, le médecin de famille doit acquérir et maintenir ses connaissances et ses compétences en médecine de famille, en particulier en tenant compte de l'évolution de la littérature médicale et des nouveaux traitements. Pour sa part, la prestation des soins aux populations autochtones exige des efforts supplémentaires pour que le médecin de famille se familiarise avec les contextes, les capacités et les ressources dans le cadre d'un processus qui vise la sécurité et l'humilité culturelles. Même s'il est important de lire et de comprendre la littérature et l'épidémiologie sur la santé autochtone, le médecin de famille doit également évaluer ces ressources de façon critique en s'appuyant sur l'éthique et les perspectives contextuelles.

Le médecin de famille et les apprenants auront de meilleures connaissances des cultures et de l'histoire autochtones (incluant l'expérience des pensionnats), des traumatismes multigénérationnels et des déterminants sociaux de la santé qui ont des répercussions sur la santé et le contexte social autochtones. En améliorant ses connaissances des approches qui tiennent compte des traumatismes et de la violence et en appliquant l'approche centrée sur la guérison, nous pouvons créer un espace éthique où les patients autochtones participent activement et créer des relations thérapeutiques de confiance dans lesquelles les patients se sentent en sécurité. Par l'autoréflexion et au fur et à mesure que cette base de connaissances se développera, nous enrichirons notre expérience de la prestation des soins aux Autochtones pour en arriver à des soins culturellement sécuritaires.

De nombreuses ressources sont à la disposition du médecin de famille pour l'aider à se familiariser avec la santé autochtone, en particulier en ce qui concerne les cultures des Premières Nations, des Métis et des Inuits, leurs histoires, leurs contextes communautaires, leurs antécédents sociaux et politiques et leurs enjeux actuels. En plus des sources documentaires académiques pertinentes, il

existe des rapports et documents similaires produits par les communautés et organismes de santé autochtones, ainsi que les connaissances historiques et culturelles et autres savoirs contextuels des chefs et des personnes-ressources dans les communautés autochtones. Par exemple, le rapport de la Commission de vérité et réconciliation publié en 2015 documente les expériences vécues par les survivants des pensionnats autochtones et leurs familles comme étant un facteur majeur des problèmes de santé et de bien-être qui affectent encore profondément toutes les communautés⁷. Cette connaissance peut être élargie par la participation aux réunions de la communauté et l'intégration dans les activités culturelles autochtones, comme les rassemblements et les célébrations communautaires.

Une médecin de famille qui travaille dans une petite communauté rurale avait décidé de tenir une clinique hebdomadaire dans la communauté des Premières Nations voisine. Elle a commencé par se renseigner sur la culture crie et sur l'histoire de cette communauté dont de nombreuses personnes âgées ont fréquenté un pensionnat situé à 300 km. La clinique de santé disposait de statistiques sur l'état de santé local, mais ces données étaient très limitées. Elle connaissait les problèmes de santé courants, comme le diabète, l'hypertension et l'obésité, mais elle souhaitait en apprendre davantage sur les problèmes sociaux. Elle a donc prévu une rencontre avec le travailleur social. Elle s'est rendu compte qu'il y avait dans la communauté des familles dysfonctionnelles ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, des problèmes relationnels ou autres qui pouvaient être reliés à des traumatismes intergénérationnels et à des événements indésirables durant l'enfance. Au cours de ses premiers mois de travail, elle a beaucoup appris, mais a réalisé qu'elle avait encore beaucoup à apprendre de ses patients, de l'équipe de soins de santé et des membres de la communauté. Elle a également rencontré des femmes cries lors des cercles de partage hebdomadaires et en discutant avec elles, elle a pu se faire une meilleure idée du vécu des familles, ce qui l'aide dans ses interactions avec les patients. Elle a appris que la culture des Cris, leur résilience, leurs traditions et leurs liens à leurs terres ont une très grande valeur et les aident à guérir.

Les connaissances et l'expérience que le médecin de famille acquiert dans l'exercice de ce rôle amélioreront d'autres compétences, en particulier celles du rôle de promoteur de la santé. Le médecin de famille doit également participer à des activités d'apprentissage continu, enseigner aux stagiaires en médecine et à d'autres professionnels de la santé, peut-être soutenir ou réaliser des recherches en santé autochtone et faire du travail administratif. Par exemple, le médecin de famille qui travaille auprès des Premières Nations doit se familiariser avec le Programme SSNA, ce qui exige une certaine connaissance des droits issus des traités et de l'assurance maladie complémentaire. Surtout, cette base de connaissances plus solide et fiable s'ajoutera aux efforts du médecin de famille et des stagiaires en médecine pour dispenser des soins culturellement sécuritaires et poursuivre la démarche de réconciliation.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

- 1. Comprendre l'humilité culturelle et ce faisant, reconnaître qu'il faut comprendre la santé autochtone au sens large pour développer la compétence et la capacité de dispenser des soins culturellement sécuritaires aux patients autochtones, à leur famille et à leurs communautés**
- 2. Participer activement à des activités de formation continue et améliorer ses connaissances en santé autochtone par l'apprentissage et des activités expérientielles.**
 - 2.1 Prendre connaissance de la littérature basée sur des données probantes en santé autochtone et apprendre aux côtés d'experts, de personnes-ressources et de guérisseurs traditionnels autochtones. Pour enrichir leurs connaissances sur la santé, les conditions sociales et l'épidémiologie des populations autochtones, le médecin de famille et les apprenants en médecine de famille doivent adopter une perspective éthique et culturellement sécuritaire lors du transfert de ces connaissances.
 - 2.2 Utiliser un esprit critique pour évaluer et intégrer les connaissances acquises, justifiées et contextualisées. Les connaissances pertinentes dans le contexte autochtone s'étendent aux domaines culturel et social et sortent du cadre universitaire. Elles peuvent aussi être utiles dans certaines situations, comme lors des cérémonies traditionnelles qui entourent l'accouchement et le deuil.
 - 2.3 Comprendre que le concept de santé des Premières Nations, des Inuits ou des Métis est différent de celui de la société en général et qu'il est basé sur une approche holistique de la santé et de la vie. En appliquant ce concept à l'état de santé, le médecin de famille apprendra comment utiliser ces connaissances pour établir des relations et donner de meilleurs soins cliniques grâce à cette approche holistique. Il est important de comprendre et de respecter les points de vue des Autochtones, ce que la santé signifie pour eux et l'impact de la maladie sur la personne, sa famille et sa communauté.
 - 2.4 Reconnaître que le savoir autochtone est important, valide, précieux et justifié, au même titre que le savoir académique ou occidental. Le médecin de famille doit trouver d'autres moyens d'obtenir accès au savoir autochtone, dont le récit narratif, l'histoire ou l'enseignement oral, la participation active, le partage et les façons traditionnelles de communiquer l'information ou d'enseigner, p. ex. lorsqu'un Aîné enseigne à un jeune comment être un parent.

3. Encadrer les pairs, les étudiants en médecine, les résidents et les membres de l'équipe de soins dans leur apprentissage des problèmes sociaux et de santé des Autochtones, le faire ensemble au besoin, pour finalement en arriver à des soins culturellement sécuritaires. L'apprentissage et l'enseignement aux autres (humilité), qui font partie des valeurs clés et de l'éthique des Autochtones, aident tout le monde à y parvenir.

- 3.1 Contribuer à la création et au maintien d'un milieu favorable à l'apprentissage qui intègre la sécurité culturelle.
- 3.2 Considérer les lacunes dans les connaissances comme des occasions d'apprentissage, ce qui inclut la collaboration avec les stagiaires en médecine et les membres de l'équipe de soins.
- 3.3 Chercher des sources pertinentes d'information sur la santé autochtone et les questions sociales et communautaires qui touchent ces populations; ces sources peuvent provenir des professionnels de la santé autochtones, des gardiens du savoir et des dirigeants communautaires. S'il connaît ces différentes sources d'information et les exploite, le médecin de famille peut se concentrer sur l'information qui contribue à son apprentissage, qui l'aidera dans sa pratique; il ne perpétue pas la pensée axée sur les problèmes ou le racisme épistémique.
- 3.4 Organiser des activités d'apprentissage pour les stagiaires en médecine et les membres de l'équipe de soins dans une perspective autochtone : p. ex. discussions de cas, séances d'enseignement clinique, réunions sur la morbidité et la mortalité, qui favorisent l'acquisition de connaissances, l'apprentissage et la modification de la pratique ou des traitements et soutiennent l'intégration des points de vue culturels dans les soins.
- 3.5 Reconnaître que les enjeux actuels définissent le contexte pour ce qui se passe dans les communautés autochtones, par exemple, les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, les soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, les enjeux qui touchent les femmes autochtones, les défis qui se posent dans la protection des enfants autochtones et le racisme systémique.
- 3.6 L'autoréflexion par le médecin de famille, les stagiaires et autres membres de l'équipe de soins déterminera les prochaines étapes dans l'apprentissage et la consolidation du savoir pour établir une pratique culturellement sécuritaire.

4. Participer à des activités d'éducation des patients ou d'enseignement qui favorisent la culture, la langue, le contexte communautaire et les capacités des patients autochtones et des membres de leur famille.

- 4.1 Fournir des informations adaptées à leur langue, à leur contexte clinique et à leur niveau de scolarité.
- 4.2 Offrir des occasions de répondre aux questions et de clarifier l'information au besoin.
- 4.3 Fournir des ressources pertinentes en format écrit, électronique ou en ligne pour encourager la participation des patients et les aider à comprendre.
- 4.4 En enseignement, utiliser des ressources et profiter des occasions qui se présentent dans la communauté, p. ex. émissions de radio ou réunions sur des sujets reliés à la santé, selon les besoins.
- 4.5 Favoriser la prise de décisions appropriées et éclairées, de concert avec les patients autochtones et leur famille relativement à leur état clinique et aux traitements proposés.

5. Contribuer à la production de connaissances sur la santé, entre autres, qui renforcent les capacités de l'équipe de soins et de la communauté autochtone d'améliorer la santé.

- 5.1 Soutenir, effectuer et/ou intégrer la recherche sur les Autochtones, s'il y a lieu.
- 5.2 Effectuer, selon les besoins, une recherche documentaire pour trouver des approches de soins basées sur les données probantes qui appuient les pratiques exemplaires en santé autochtone et faire des recherches dans d'autres sources d'information locales ou régionales pertinentes.
- 5.3 Utiliser les principes reconnus en matière d'éthique de la recherche, incluant les principes PCAP® et les lignes directrices des trois Conseils des IRSC, pour produire des connaissances pertinentes aux Autochtones dans le cadre d'activités de recherche. Respecter l'éthique autochtone^{53,54}.
- 5.4 Créer ou soutenir des ententes de recherche à la fois transparentes et collaboratives.

- 5.5 Créer, diffuser ou utiliser les savoirs et autres connaissances sur la santé autochtone, comme les indicateurs de santé, les résultats de recherche et les données, pour soutenir les activités d'ACQ qui, au bout du compte, contribuent à l'amélioration des services et des ressources en santé dans les communautés autochtones.
- 5.6 Reconnaître les limites de la recherche et de la collecte des données sur les milieux autochtones, soutenir ou encourager l'amélioration de la collecte des données et la recherche, selon les besoins.
- 5.7 Intégrer les connaissances acquises (l'information non académique acquise dans les domaines culturel, social, historique et politique ou dans un contexte plus large) au moyen du transfert et de l'échange des connaissances, ce qui contribue au développement professionnel du médecin de famille, des stagiaires en médecine et des autres membres de l'équipe de soins.



The Yarns and Art

Professionnel

Définition

Le rôle de professionnel demande au médecin de famille d'incorporer les dimensions culturelle, sociale et éthique des soins avec la diversité de patients et des populations autochtones. Définir la compétence dans la pratique médicale auprès de patients autochtones établit les responsabilités à l'égard des patients, des collègues, de la communauté et de la profession. Ces responsabilités nous enjoignent d'agir sur les dynamiques culturelles, structurelles et systémiques qui ont un impact sur la santé des Autochtones et sur leurs expériences des soins de santé.

Description

Comme dans le cadre CanMEDS-MF général, le médecin de famille joue un rôle sociétal essentiel dans les milieux autochtones. Le médecin de famille s'implique auprès des communautés et des personnes en amont, dans des contextes sociaux, culturels et politiques qui favorisent la santé et le bien-être. Son travail exige que le médecin de famille comprenne comment la colonisation et la culture influencent nettement la santé. Pour dispenser des soins efficaces, le médecin de famille intègre ces concepts distincts dans une approche clinique. Cette intégration de connaissances complexes et de compétences propres à la santé autochtone nécessite une approche fondée sur l'apprentissage permanent.

Les relations professionnelles visent à mettre fin à l'exclusion des Autochtones dans la société et dans les soins de santé qui persiste en raison des antécédents de la colonisation. Nous sommes appelés à prendre pleinement conscience de l'oppression, du déséquilibre de pouvoir et du racisme qui souvent se répercutent dans les soins de santé, et de les combattre. Dans notre travail avec les autres, nous nous efforçons de maintenir des approches collaboratives et non compétitives, de valoriser l'interdépendance et d'aplatir la hiérarchie pour combattre l'oppression et les déséquilibres de pouvoir. Nous facilitons la prestation de soins efficaces et collaboratifs, dispensés en équipe.

Les principes éthiques autochtones — dont l'inclusivité (des personnes et des points de vue), les relations et la valorisation de l'interdépendance — sont à la base du professionnalisme dans les interactions avec les patients autochtones. Pour le médecin de famille, cela signifie respecter l'importance de la famille et de la communauté au regard des besoins et de l'autonomie du patient et du contexte collectiviste dans lequel il évolue, par opposition au mode occidental davantage axé sur l'individualisme. L'on s'attend à ce que le médecin de famille soit informé et compétent, mais sans se comporter en expert ou perpétuer la hiérarchie face à nos connaissances ou à notre position dans la relation. L'honnêteté et l'humilité offrent un moyen d'éliminer les déséquilibres de pouvoir inappropriés entre le médecin et le patient. Établir une relation d'aidant auprès du patient

pour améliorer la santé et le bien-être, cadre avec les approches autochtones, contrairement au comportement de l'expert qui ne fait qu'évaluer et de diriger les soins sans compassion.

L'autoréflexion sur nos points de vue qui relèvent de notre culture, de notre position sociale et de notre profession est fondamentale pour développer la conscience de soi : ceci est un élément fondamental du professionnalisme. Pour éliminer les inégalités systémiques en matière de soins de santé que connaissent les Autochtones en raison des antécédents de la colonisation, nous devons prendre conscience du pouvoir et du privilège qui sont les nôtres en vertu de notre profession et de notre position dans la société. L'autoréflexion et l'humilité nous permettent de remettre en question, de respecter et de maintenir dans nos relations les différences entre nous et nos patients pour ne pas reprendre ou imposer nos points de vue et nos valeurs, ou perpétuer les inégalités systémiques.

Suite de la section Rôle de communicateur...

En faisant un retour sur la façon dont elle a été traitée lors de son dernier rendez-vous, Rose a raconté à sa fille Gail ce qui s'était passé.

Gail a demandé à sa mère ce qui l'avait le plus bouleversée lors de cette consultation, supposant que c'était la mauvaise interprétation et le jugement du médecin concernant l'utilisation traditionnelle du tabac.

Rose a fait une pause puis a dit : « C'est quand j'ai réalisé qu'elle n'était pas intéressée à me voir ou à m'écouter en tenant compte de mon contexte global. Oui, je suis une personne, mais je suis aussi profondément liée à la famille, à la communauté, à l'endroit où je vis et dans le temps. Il m'est difficile de m'extraire des récits que nous devons raconter pour respecter ces relations et ça me semble très égocentrique d'agir autrement. »

« Ce serait bien si les médecins prenaient le temps de comprendre nos façons de faire. Ça les aiderait à établir des relations de confiance et à mieux communiquer avec nous », a répondu Gail.

« Oui, ajoute Rose. Ce serait aussi fantastique s'ils reconnaissaient que tous ces liens, bons et mauvais, nous influencent. La colonisation nous a fait vivre des choses très difficiles. Nous sommes encore en processus de guérison et de rétablissement. Je suis fatiguée qu'on me dise de "passer à autre chose" et de "me prendre en main". »

"T'as raison Maman, ce serait vraiment bien", a répondu Gail.

Capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes)

1. Démontrer un engagement envers l'excellence clinique, en s'efforçant de ne pas perpétuer la colonisation.

- 1.1 Intégrer le contexte culturel et les contextes sociaux et politiques en amont afin d'offrir des soins qui favorisent la santé et le bien-être.
- 1.2 S'engager dans un processus d'apprentissage continu sur la colonisation et sur son influence dans tous les aspects de la santé et des soins de santé.
- 1.3 Reconnaître les manifestations du racisme et de l'oppression et les déséquilibres de pouvoir dans les approches et les relations cliniques, et y remédier.

2. Dans nos approches cliniques, démontrer un engagement envers les concepts éthiques autochtones.

- 2.1 Faciliter la prestation de soins efficaces par une équipe interdépendante en encourageant la collaboration et les approches non concurrentes, qui aplanissent la hiérarchie.
- 2.2 Maintenir une approche inclusive qui sollicite, considère et respecte les points de vue autochtones.
- 2.3 Aborder les soins des patients en valorisant l'importance des liens et des relations entre la personne, le savoir et l'expérience.
- 2.4 Aborder les soins des patients avec humilité, d'une position d'aidant au patient, de sorte à faciliter la guérison et le bien-être, et non de la position d'un expert qui perpétue la hiérarchie.

3. Démontrer un engagement envers la pratique réflexive.

- 3.1 Tenter de comprendre et démontrer ces connaissances de l'influence des identités individuelle, familiale, et sociale et médico-culturelle sur le patient autochtone.
- 3.2 Identifier et examiner les suppositions erronées à l'égard des Autochtones, en comprendre les origines et les répercussions sur les patients ainsi que sur les interactions et la santé.
- 3.3 Déterminer les différences entre soi-même et le patient pour s'assurer de ne pas lui imposer les suppositions à l'égard des patients autochtones et nos propres points de vue et valeurs.

Annexe 1 : Informations additionnelles

concernant le rôle de promoteur de la santé

Les politiques législatives qui régissent tous les aspects de la vie des Autochtones au Canada sont encadrées dans la *Loi sur l'Amérique du Nord britannique*, la *Loi sur les Indiens* et la *Loi sur les terres indiennes*^{55,56,57}. En 1974, le rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail* indiquait qu'il y a des éléments de la santé, comme la génétique, l'environnement et le mode de vie, qui sont distincts du système médical et appelés déterminants sociaux de la santé⁵⁸. En 1986, la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* reconnaissait ces déterminants et introduisait le concept de politique en matière de santé publique⁵⁹.

La politique en matière de santé publique est un modèle qui permet de comprendre, de financer et de coordonner les composantes des environnements sains à caractère unique et d'inscrire ces modèles dans les programmes stratégiques de tous les paliers de gouvernement. Présentement, aucune politique en matière de santé publique, ni fédérale ni provinciale, ne soutient la santé et le bien-être des Autochtones du Canada. Dans ses recommandations, la Commission de vérité et réconciliation inclut le soutien à la recherche effectuée dans les communautés autochtones pour créer une politique de santé publique. Les efforts de plaidoyer exigeraient que ces recherches suivent les principes de la recherche participative.

Le document *Guidé par nos valeurs L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final* attribue à la mauvaise gestion générale du financement et à des systèmes de prestation des soins de médiocre qualité⁶⁰ les causes des inégalités en santé autochtone. La solution pour corriger ces inégalités exige que tous les paliers de gouvernement, y compris les communautés, soient impliqués.

L'Accord de Kelowna de 2005 incluait cinq organisations autochtones nationales bien ancrées dans la communauté qui se sont engagées à collaborer avec le gouvernement fédéral afin de corriger les inégalités en éducation, logement et emploi⁶¹. Le gouvernement suivant n'ayant pas appuyé l'Accord et malgré la création du Conseil canadien de la santé pour superviser ces engagements, l'Accord a été relégué aux oubliettes et toutes les organisations de défense des droits des Autochtones participantes ont fini par être démembrées et leurs mandats ont été absorbés par d'autres organisations.

Par conséquent, il n'y a pas de coordination de l'engagement communautaire avec les gouvernements locaux, provinciaux, territoriaux et fédéral ni aucune stratégie à long terme, par exemple l'élaboration d'une politique de santé autochtone. Sans données qui s'appliquent aux Autochtones en particulier, de nombreuses décisions cliniques sont basées sur des anecdotes plutôt que sur une médecine fondée sur les données probantes.

Annexe 2 : Ressources additionnelles

Indigenous Relationship and Cultural Safety Courses

Action Cancer Ontario

<https://elearning.cancercare.on.ca/course/index.php?categoryid=2>

Finding Your ACE Score

National Council of Juvenile and Family Courts

<https://www.ncjfcj.org/wp-content/uploads/2006/10/Finding-Your-Ace-Score.pdf>

Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada

Collège des médecins de famille du Canada

https://portal.cfpc.ca/ResourceDocs/uploadedFiles/Resources/PDFs/SystemicRacism_ENG.pdf

What is a SPOR unit?

Hotì ts'eeda Northwest Territories SPOR Support Unit

<https://nwtspor.ca/about/what-spor-support-unit>

Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits

Gouvernement du Canada

<https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1572537161086/1572537234517>

Inuit Qaujimagatuqangit

Gouvernement du Nunavut

https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/iq_brochure_draft_1.pdf

Les mesures du CMFC liées aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada

Collège des médecins de famille du Canada

https://portal.cfpc.ca/ResourceDocs/uploadedFiles/Health_Policy/Truth_Reconciliation_one-pager_FINAL.pdf

Les principes PCAP® des Premières Nations

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

<https://fnigc.ca/ocap>

Citations

- 1 Collège des médecins de famille du Canada. *Plan stratégique de 2017 à 2022 du CMFC*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans: https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Publications/CFPCStratPlan_FRENCH_REV18_1-5.pdf. Date de consultation: le 18 février 2020.
- 2 Association des femmes autochtones du Canada. *Transformer notre réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive*. 2019. Dans: <https://www.nwac.ca/resource/fact-sheet-transforming-our-response-to-sexual-and-reproductive-health-fr/>. Date de consultation: le 1^{er} janvier 2020
- 3 Ginwright S. The Future of Healing: Shifting From Trauma Informed Care to Healing Centered Engagement. *Medium*. 31 mai 2018. Dans: <https://medium.com/@ginwright/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c>. Date de consultation: le 19 février 2020.
- 4 Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106. doi:10.3402/gha.v8.27106
- 5 Krieger N. Introduction: Embodiment, Inequality, and Epidemiology: What Are the Connections? Dans: Krieger N, éd., *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives*. Amityville, NY: Baywood Publishing Company. 2005: 2-3.
- 6 Matthews R. The cultural erosion of Indigenous people in health care. *CMAJ*. 2017;189(2):E78-E79. doi:10.1503/cmaj.160167
- 7 Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir - Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Winnipeg, MB: Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. Dans: http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Exec_Summary_web_revised.pdf. Date de consultation: le 19 février 2020.
- 8 Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Winnipeg, MB: Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. Dans: http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf. Date de consultation: le 19 février 2020.
- 9 Fondation canadienne des relations raciales. Site Web du glossaire de la FCRR. 2019. <https://www.crrf-fcrr.ca/fr/bibliotheque/glossaire-fr-fr-1>. Date de consultation: le 10 janvier 2020.
- 10 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Gatineau, QC: Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées; 2019. Dans: <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>. Date de consultation: le 22 avril 2020.
- 11 Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Keith L. Cheminer ensemble: *Renforcer la compétence culturelle autochtone dans les organismes de santé*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2017. Dans: https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/documents/indigenous-cultural-competency-primer-f.pdf?sfvrsn=be0ad444_2. Date de consultation: le 13 janvier 2020.
- 12 First Nations Health Authority. Site Web sur l'humilité culturelle. www.fnha.ca/wellness/cultural-humility. Date de consultation: le 2 mai 2018.
- 13 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. *Nos femmes et nos filles sont sacrées : rapport provisoire*. Vancouver, C.-B: Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées; 2017. Dans: https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-321.pdf. Date de consultation: le 22 avril 2020.
- 14 Hyett SL, Gabel C, Merjerrison S, Schwartz L. Deficit-Based Indigenous Health Research and the Stereotyping of Indigenous Peoples. *Can J Bioeths*. 2019;2(2):102-109.
- 15 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. *Trousse à outils sur l'équité*. Ottawa, ON: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; 2019. Dans: https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2019/12/CFNU_Toolkit_web_f.pdf. Date de consultation: le 22 avril 2020.
- 16 Ermine W. The Ethical Space of Engagement. *Indigenous Law Journal*. 2007;6(1):193-203.
- 17 Alberta Health Services. *Aboriginal Health Program: Cultural Competency Framework. Final Report*. Edmonton, AB: Alberta Health Services; 2009.
- 18 Brant CC. Native ethics and rules of behaviour. *Can J Psychiatry*. 1990;35(6):534-539.
- 19 Crowshoe L, Henderson R, Jacklin K, Calam B, Walker L, Green ME. Cadre de soins fondé sur l'éducation pour l'équité. *Le Médecin de famille canadien*. 2019;65 (1):25-33. Dans: www.cfp.ca/content/65/1/25. Date de consultation: le 22 avril 2020.
- 20 Stewart SL. Promoting Indigenous mental health: Cultural perspectives on healing from Native counsellors in Canada. *Int J Health Promot Educ*. 2008;46(2):49-56.
- 21 Gouvernement du Canada. À propos du programme des services de santé non assurés. Services aux Autochtones Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553>. Date de consultation: le 13 janvier 2020.

- 22 Gouvernement de l'Alberta. Oral Tradition. Walking Together: First Nations, Métis and Inuit Perspectives in Curriculum website. www.learnalberta.ca/content/aswt/index.html. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 23 Collège des médecins de famille du Canada. *Guide conseil pratique : Les soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille*. Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2014. Dans: http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_PatCentre_FRE_Oct.10.2014_FINAL.pdf. Date de consultation : le 13 janvier 2020.
- 24 Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126-133.
- 25 Gerlach AJ, Browne AJ, Sinha V, Elliott D. Navigating Structural Violence with Indigenous Families: The Contested Terrain of Early Childhood Intervention and the Child Welfare System in Canada. *The International Indigenous Policy Journal*. 2017;8(3).
- 26 Collège des médecins de famille du Canada. *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Dans: https://portal.cfpc.ca/ResourcessDocs/uploadedFiles/Resourcess/PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf. Date de consultation : le 13 janvier 2020.
- 27 Agence de la santé publique du Canada. Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securete-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>. 2018. Date de consultation : le 18 février 2020.
- 28 Martin, DH. Two-eyed seeing: a framework for understanding Indigenous and non-Indigenous approaches to Indigenous health research. *Can J Nurs Res*. 2012;44(2):20-42.
- 29 Redvers JM. "Land-based Practice for Indigenous Health and Wellness in Yukon, Nunavut, and the Northwest Territories." Thèse de maîtrise non publiée. Calgary, AB: Université de Calgary; 2016. Dans: <https://prism.ucalgary.ca/handle/11023/2996>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 30 Wootton J. President's message. Clinical courage. *Can J Rural Med*. 2011;16(2):45. Dans: <https://srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol16n2/pg45.pdf>. Date de consultation : le 18 février 2020.
- 31 Knibb-Lamouche J. "Culture as a Social Determinant of Health." Présenté à la Roundtable on Promotion of Health Equity and the Elimination of Health Disparities, Seattle, WA, 14 novembre 2012. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201298/. Date de consultation : le 10 janvier 2020.
- 32 Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, EQUIP Research Team. EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *Int J Equity Health*. 2015;14:152.
- 33 Barba B, Fitzsimmons S. The role of therapeutic use of self in the application of nonpharmacological interventions. *J Gerontol Nurs*. 2014;40(8):9-12.
- 34 Stewart R. No glass ceiling in the bush: ACCRRM president reflects on culture, connection and rural practice. Croakey. 28 octobre 2016. Dans: <https://croakey.org/no-glass-ceiling-in-the-bush-accrm-president-reflects-on-culture-connection-and-rural-practice/>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 35 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La culture et la langue, déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. Prince George, C.-B.: Université du Nord de la Colombie-Britannique; 2016. Dans: <http://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-CultureLangue-SDOH-FNMI-FR.pdf>. Date de consultation : le 19 février 2020.
- 36 Northouse LL, Northouse PG. *Health Communication: Strategies for health professionals*, 3rd ed. New York, NY: Appleton and Lange; 1997.
- 37 Castellano MB. Ethics of Aboriginal Research. *Int J Indig Health*. 2004;1(1):98-114.
- 38 Ellerby JH, McKenzie J, McKay S, Gariépy GJ, Kaufert JM. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *CMAJ*. 2000;163(7):845-850.
- 39 Struthers R, Peden-McAlpine, C. Phenomenological research among Canadian and United States Indigenous populations: Oral tradition and quintessence of time. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1264-1276.
- 40 Allan B, Smylie J. *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON: The Wellesley Institute; 2015.
- 41 Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, Walker LM, Calam B, Crowshoe LJ. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*. 2017;189(3):E106-E112.
- 42 Richardson L, Murphy T. *Favoriser la réconciliation dans les soins de santé au Canada : Des pratiques judicieuses pour les leaders en santé*; 2018. Dans: https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/FR/TRCC_FR.pdf?target=blank. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 43 Alberta Civil Liberties Research Centre. What is Anti-Racism? website. 2011. www.aclrc.com/antiracism. Date de consultation : le 19 février 2020.
- 44 Loopie C. Le racisme anti-autochtone au Canada : un déterminant social de la santé [webinaire]. Octobre 2015. Dans: <http://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/WEBINAR-Racism-Loopie-FR.pdf>. Date de consultation : le 19 février 2020.

- 45 Gouvernement du Canada. Site Web du Principe de Jordan. 2020. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396042341/1568396159824>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 46 Gouvernement du Canada. Site Web Soutenir les enfants inuits. 2020. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1536348095773/1536348148664>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 47 Dickman RL. Family medicine and medical ethics—a natural and necessary union. *J Fam Prac*. 1980;10(4):633-637.
- 48 Jones R, Crowshoe L, Reid P, Calam B, Curtis E, Green M, et al. Educating for Indigenous Health Equity: An International Consensus Statement. *Acad Med*. 2019;94(4):512-519.
- 49 Fondation autochtone de guérison. The Healer/Helper [affiche]. 2007. www.ahf.ca/downloads/healer-helper.pdf. Date de consultation : le 2 décembre 2019.
- 50 Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Berry H. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *Lancet*. 2018;392(10163):2479-2514. doi: 10.1016/S0140-6736 (18) 32594-7
- 51 Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 1996. Dans : <https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>
- 52 Loi canadienne sur la protection de l'environnement, 1999 (S. C. 1999, c. 33) Dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-15.31/>. Date de consultation : le 12 mai 2020.
- 53 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Site Web de PCAP®. 2016. <https://fnigc.ca/fr/pcap>. Date de consultation : le 19 février 2020.
- 54 Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Chapitre 9: Recherche impliquant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada. Dans : *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa, ON: Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche; 2014: 109-137. Dans : <http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC+2+%282018%29.pdf/ccc06995-115c-4c23-bb8b-264c6a097f56>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 55 Loi de 1867 sur l'Amérique du Nord britannique -Texte n° 1. Dans : www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/constitution/lawreg-loireg/p1t11.html. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 56 Loi sur les Indiens (L.R.C. (1985), ch. I-5). Dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 57 The Indian Lands Act, 1924. S.O. 1924, c. 15. Dans : <http://caid.ca/IndLanAct1924.pdf>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 58 Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail*. Ottawa, ON: Approvisionnement et Services Canada; 1981. Dans : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 59 Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa – Promotion de la santé, 1986*. Copenhague, DK: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 1986. Dans : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 60 Romanow RJ. *Guidé par nos valeurs L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Saskatoon, SK: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Dans : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>. Date de consultation : le 22 avril 2020.
- 61 Patterson LL. *De la table ronde Canada-Autochtones à l'Accord de Kelowna : Négociations stratégiques avec les Autochtones en 2004 et 2005*. Ottawa, ON: Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement; 2006. Dans : <https://lop.parl.ca/conten t/lo p/research publications/prb0604-f.pdf>. Date de consultation : le 22 avril 2020.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA