

Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones

Le 23 mai 2019

Tel qu'approuvé par le Conseil d'administration de l'AFMC

**Rapport préparé par
le groupe de travail au nom
du Réseau sur la santé des Autochtones**

D^{re} Marcia Anderson

D^{re} Lynden Crowshoe

M^{me} Linda Diffey

D^r Mike Green

D^{re} Darlene Kitty

D^r Barry Lavallee

D^r Kent Saylor

D^{re} Lisa Richardson

Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones

CONTEXTE

Le perfectionnement de la main-d'œuvre médicale autochtone, largement conceptualisé comme la formation d'un plus grand nombre de médecins autochtones ainsi que la formation de médecins pour fournir des soins de santé équitables aux peuples autochtones, se fait sur nos terres natales depuis des siècles, grâce à l'initiative des peuples autochtones. Au début des années 1800, John Bunn a été envoyé à l'Université d'Édimbourg pour y étudier, puis il est retourné exercer la profession de chirurgien d'abord à Moose Factory en 1819, puis à plusieurs postes de la Compagnie de la Baie d'Hudson et au navire de la compagnie, avant de s'établir dans la colonie de la rivière Rouge en 1824.ⁱ Il est à noter que le D^r Bunn, le premier chirurgien métis, avait de « sérieuses réticences » à l'idée d'envoyer des médecins sans qualification complète dans le désert de la Terre de Rupert. Près de 200 ans plus tard, reconnaissant que l'éducation médicale ne prépare toujours pas des médecins pleinement qualifiés pour répondre aux besoins des peuples autochtones, la CVR nous a expressément demandé de former davantage de médecins des Premières nations, métis et inuits et de nous assurer de former des médecins qui peuvent offrir des services de haute qualité, antiracistes et adaptés à la culture des peuples autochtones.ⁱⁱ

Les facultés de médecine du Canada ont formé des médecins comme Percy E. Moore qui ont participé à des expériences médicales sans le libre consentement des parties intéressées dans les pensionnats indiens et les communautés des Premières nationsⁱⁱⁱ. Nous avons également formé des médecins comme le D^r Peter Henderson Bryce qui a écrit sur les conditions de vie dans les pensionnats indiens, qualifiant la situation de crime national^{iv}. C'est maintenant notre responsabilité collective de veiller à ce que nous décernions leur diplôme à des médecins qui ressemblent davantage à ce dernier : des experts médicaux qui comprennent le rôle des déterminants de la santé des peuples autochtones et sont de courageux défenseurs du changement.

Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action

23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

- i. de veiller à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
- ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;
- iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

Les bases de ce travail ont été jetées au milieu des années 2000 lorsque l'AFMC a fait de la santé des Autochtones une priorité dans le cadre de l'initiative de responsabilisation sociale. Un Groupe de travail sur la santé des Autochtones (GTSA) a été formé en partenariat avec l'Association des médecins autochtones du Canada (AMAC), initialement présidé par les D^{rs} Lynden Crowshoe et Marcia Anderson. Le GTSA a fait plusieurs recommandations au Conseil

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

d'administration de l'AFMC lors de la Conférence canadienne sur l'éducation médicale de 2005 à Saskatoon. Ces recommandations comprenaient :

- la création de soutiens structurels pour l'éducation médicale des Autochtones dans chaque faculté de médecine;
- l'élaboration de normes pour le contenu des programmes d'études en santé des Premières nations, des Métis et des Inuits;
- l'élaboration d'outils qui aideraient les facultés de médecine à accroître le nombre d'étudiants en médecine des Premières nations, métis et des inuits.

Au cours des années suivantes, l'AMAC et l'AFMC ont continué de travailler de concert avec l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone du gouvernement fédéral pour élaborer une série de documents et de trousse d'outils pour appuyer les facultés de médecine. Ces documents comprenaient :

- Un cadre de compétences essentielles en santé des Premières nations, des Inuits et des Métis pour l'EMPr
- Une trousse d'outils pour la mise en oeuvre du programme d'études sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis
- Un outil de réflexion critique sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis
- Une liste de pratiques exemplaires pour le recrutement d'étudiants autochtones adultes en médecine
- Une trousse de pré-admission pour les étudiants en médecine des Premières nations, inuits et métis^v

Pour diverses raisons, dont l'absence d'une norme d'agrément qui exigeait la mise en œuvre des recommandations du GTSA par chaque faculté de médecine, l'utilisation de ces documents d'appui pour atteindre les objectifs d'éducation médicale autochtone a été variable. Les soutiens structurels pour l'éducation médicale autochtone vont de l'absence de soutien à des instituts de santé autochtones établis et financés, avec de nombreux médecins et experts en santé autochtones qui dirigent le travail. De même, les mesures de soutien à l'admission vont de l'absence totale de mesures de soutien à des politiques et processus d'admission facilitée qui tentent d'atténuer le désavantage structurel et les préjugés auxquels sont confrontés les demandeurs autochtones. Il existe une gamme de programmes d'études obligatoires allant d'un minimum d'heures à des cours longitudinaux de quatre ans. Même dans les facultés de médecine où les initiatives d'éducation médicale autochtone sont les plus avancées, les apprenants autochtones subissent encore des micro-agressions raciales et du racisme en classe

et en milieu d'apprentissage clinique. Cette variabilité dans les approches de l'éducation médicale autochtone ne crée pas une main-d'œuvre médicale également qualifiée pour contribuer à combler les lacunes en santé autochtone, comme nous sommes appelés à le faire en vertu de la CVR.

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

À mesure que nous progressons, nous devons remettre en question la pensée qui a guidé nos approches passées en matière de santé autochtone. D'abord et avant tout, nous devons cesser de considérer la santé autochtone comme un sujet facultatif, laissé à la discrétion et à la bonne volonté des dirigeants de chaque faculté. Nous avons l'obligation de répondre aux appels à l'action de la CVR, d'honorer et de respecter le droit des peuples autochtones au meilleur état de santé possible et à l'autodétermination. Nous devons former une main-d'œuvre médicale au Canada qui peut contribuer de façon significative à combler les lacunes en santé autochtone, par tous les rôles CanMEDS et dans chaque domaine du travail des médecins. Pour ce faire, nous devons nous concentrer sur l'atteinte de résultats significatifs. Les sections suivantes, accompagnées de mesures à prendre et d'indicateurs, fourniront le cadre d'action individuel et collectif pour les dix-sept facultés de médecine du Canada. Cela complétera et appuiera le travail accompli par d'autres organismes nationaux comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada.

MÉTHODES

Après l'édition 2017 de la CCEM où l'AFMC a pris un engagement public envers la santé des Autochtones, un réseau de santé des Autochtones a été mis sur pied. Conformément aux protocoles habituels de l'AFMC, des lettres d'invitation ont été envoyées aux 17 doyens pour leur demander de nommer un membre du réseau. De plus, des invitations ont été envoyées à des organismes partenaires clés, dont l'Association des médecins autochtones du Canada, la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada et Médecins résidents du Canada. Une première réunion en personne du Réseau sur la santé des Autochtones a eu lieu à l'automne 2017, ce qui a permis aux membres du Réseau de participer à l'élaboration de la vision et à la séance de remue-méninges pour le présent document. Les membres du Réseau se sont entendus sur un format d'engagement à l'action conjoint, avec des énoncés de mesures à prendre spécifiques ainsi que des indicateurs de progrès mesurables. Il a été noté que les indicateurs de progrès devraient être négociés entre chaque faculté et ses partenaires communautaires afin de s'assurer qu'ils correspondent également aux priorités et aux objectifs communautaires.

Après la réunion du Réseau, sa présidente (la D^{re} Marcia Anderson) a convoqué un groupe de travail composé d'éminents professeurs de médecine autochtones pour participer à l'élaboration de l'engagement conjoint à agir au nom du Réseau. Les membres du groupe de travail comprenaient les personnes suivantes :

- le D^r Lynden Crowshoe
- M^{me} Linda Diffey (candidate au PhD)

- le D^r Barry Lavallee
- la D^{re} Lisa Richardson
- le D^r Mike Green
- la D^{re} Darlene Kitty
- le D^r Kent Monkman

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

Chaque membre du Groupe de travail, selon sa disponibilité, a participé à de multiples téléconférences, a dirigé la rédaction d'une section du document, a aidé à planifier l'ordre du jour de la réunion en personne du 27 avril 2018 et a facilité la réunion en personne.

Outre le Réseau sur la santé des Autochtones, le Groupe d'intérêt spécial sur la santé des Autochtones de l'Association canadienne pour l'éducation médicale (ACÉM) et le Cercle national des sciences de la santé autochtone ont été invités à assister à la réunion du 27 avril, reconnaissant leur savoir, leurs contributions et leurs partenariats importants dans ce travail.

Avant la réunion, on a distribué des documents de référence, y compris de brefs documents expliquant les principaux domaines thématiques et les énoncés de mesures à prendre possibles. Une technique de groupe nominal modifiée^{vi} a ensuite été utilisée pour faciliter les discussions en petits groupes et recueillir des commentaires significatifs des participants. Au cours de ce processus, les participants ont pu choisir trois petits groupes pour participer de façon séquentielle aux thèmes suivants :

- Responsabilité sociale et engagement communautaire
- Infrastructure et culture organisationnelle
- Admissions
- Programme d'études
- EMPo

Au cours des discussions, les participants ont eu l'occasion de partager toute idée qu'ils pensaient pouvoir contribuer à des mesures significatives en rapport avec ce thème. À la fin de chaque ronde de discussion, les participants ont classé les idées principales de la discussion.

Après trois séries de discussions en petits groupes, une liste maîtresse des énoncés classés par ordre de priorité a été dressée en fonction des classements. En grand groupe, environ 25 énoncés ont ensuite été examinés. Un classement final a été effectué, chaque participant choisissant ses cinq mesures à prendre les plus importantes et leur attribuant une valeur de 1 à 5 correspondant au niveau d'importance. Cela a été fait sur des fiches.

Les fiches ont ensuite été analysées et regroupées en Énoncés de mesures à prendre et classées selon le nombre total de points obtenus. Cette liste est présentée au tableau 1. Seuls les 10 premiers énoncés sont inclus dans le tableau ; les énoncés qui ont reçu le moins de votes n'ont pas été retenus.

Le Groupe de travail a ensuite examiné les Énoncés de mesures à prendre, en y apportant certaines modifications pour plus de clarté et en suggérant d'ordonner et de clarifier le contenu à inclure dans le texte d'accompagnement.

Le reste du présent document est consacré aux **thèmes clés et aux Énoncés de mesures à prendre classés par ordre de priorité** qui ont découlé de ce travail. On y trouve également des indicateurs potentiels pour chaque domaine thématique. Il est recommandé que les facultés de médecine utilisent les indicateurs potentiels comme point de départ pour discuter d'indicateurs significatifs avec les dirigeants autochtones internes ainsi qu'avec les communautés autochtones qu'ils servent. Dans quelques années, on pourrait envisager d'élaborer un ensemble d'indicateurs nationaux de base pour que les facultés de médecine puissent faire rapport régulièrement.

RELATIONS AVEC LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Selon la CVR, le premier principe de réconciliation est que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) constitue le cadre de la réconciliation^{vii}. La DNUDPA comporte plusieurs thèmes clés qui sont pertinents pour guider la façon dont les facultés de médecine établissent et entretiennent des relations avec les communautés autochtones qu'elles desservent. La DNUDPA affirme le droit collectif des peuples autochtones à l'autodétermination, au leadership et à l'autorité décisionnelle sur les questions qui les concernent et sur leurs droits.^{viii} De plus, les peuples autochtones ont un droit égal au meilleur état de santé possible, au droit de participer à la détermination et à l'élaboration des programmes de santé qui les touchent et d'être à l'abri du racisme. Comme les facultés de médecine travaillent sur les piliers de l'éducation, de la recherche et des services cliniques qui sont pertinents à ces droits et qui les concernent, il est impératif qu'elles établissent des relations avec les communautés autochtones qu'elles desservent de manière à créer un espace pour l'autodétermination autochtone et à la soutenir.

Cet impératif est conforme à la fois aux appels à l'action de la CVR énumérés ci-dessus et au mandat de responsabilité sociale des facultés de médecine. L'OMS a défini la responsabilité sociale des facultés de médecine comme « l'obligation d'orienter leurs activités d'éducation, de recherche et de services vers les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et/ou de la nation qu'elles ont pour mandat de servir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et le public. »^{ix} Dans le discours qu'il a prononcé dans le contexte de la CCEM en 2017, le D^r Brian Postl, doyen du Collège de médecine Max Rady de l'Université du Manitoba, a déclaré ce qui suit :

« La première responsabilité des facultés de médecine dans le cadre de leur mandat de responsabilité sociale est de combler les lacunes persistantes en matière de santé que connaissent les peuples autochtones. »

Les peuples autochtones du Canada comprennent les Premières nations, les Métis et les Inuits. Chacun a sa propre façon de s'organiser politiquement et socialement. Les communautés sont présentes dans les régions urbaines, rurales et éloignées et les facultés de médecine peuvent

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

desservir une grande diversité de communautés. Il est impératif que les cadres supérieurs, le corps professoral et les étudiants des facultés de médecine soient au courant des communautés qu'ils desservent, y compris le statut de nation, les langues parlées et les mécanismes déjà établis pour l'engagement ou l'établissement de relations.

Énoncés de mesures à prendre

1. Les facultés de médecine se concentrent sur le développement de relations significatives avec les communautés autochtones qu'elles desservent en utilisant des approches fondées sur les droits pour la co-crédation des conditions de la relation. Cela comprend l'élaboration de mécanismes de reddition de comptes. Les communautés autochtones sont reconnues comme des ressources expertes pour la faculté de médecine et ont la possibilité et les ressources nécessaires pour participer à tous les aspects du processus d'admission, de l'enseignement, de l'accueil des apprenants, de la recherche et des bourses et du perfectionnement professionnel.
2. Les facultés de médecine s'acquittent de leur mandat en matière de responsabilité sociale à l'égard des communautés autochtones en élaborant conjointement des objectifs précis en matière de santé autochtone et en faisant rapport régulièrement sur les progrès réalisés dans les facultés de médecine et aux communautés autochtones qu'elles desservent.

Indicateurs potentiels

- Chaque faculté de médecine a rédigé un rapport narratif ou une description des communautés autochtones qu'elle dessert.
- Nombre de réunions et d'événements organisés avec les communautés autochtones.
- Nombre d'ententes de partenariat signées avec les communautés autochtones desservies par la faculté de médecine.
- Rapport annuel fondé sur les commentaires des communautés autochtones sur les progrès réalisés en vue d'atteindre des objectifs communs et sur la qualité des relations à l'aide des outils existants (par exemple, l'échelle de participation des citoyens^x) ou d'un nouvel outil élaboré.

LE MILIEU D'APPRENTISSAGE

Racisme institutionnel : la différence d'accès aux biens, aux opportunités et aux services de la société selon la race.

Racisme épistémique : la supériorité présumée d'un système de connaissances sur un autre, et/ou l'utilisation du système de connaissances supérieur considéré pour prouver l'infériorité de l'autre racialisé.

Racisme à médiation personnelle : comportement discriminatoire ou actions contre une autre personne racialisée.

Comme le souligne l'encadré ci-dessus, les appels à l'action de la CVR orientent les facultés de médecine vers la formation d'un effectif de médecins ayant les compétences clés pour fournir des soins efficaces et équitables aux populations autochtones. Malheureusement, de nombreuses facultés de médecine n'ont pas actuellement les bases ou les ressources nécessaires pour répondre à ces appels. Cela peut se refléter dans des initiatives d'éducation à la santé autochtone qui manquent de ressources et qui ne sont pas stratégiquement positionnées pour soutenir des impacts éducatifs généraux dans tous les domaines de l'apprentissage. De plus, il se peut que les facultés manquent de personnes et de points de vue autochtones dans l'ensemble de la faculté de médecine, y compris les apprenants, le personnel administratif, le corps professoral et les dirigeants. Par conséquent, de nombreuses facultés de médecine ont de la difficulté à mettre sur pied et à maintenir des initiatives efficaces d'éducation en santé autochtone qui répondent aux appels à l'action en matière d'éducation médicale.

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

La philosophie d'un établissement¹, certains pourraient dire la culture organisationnelle, anime (et est guidé par) les politiques, les priorités et les valeurs de l'éducation. Une disparité dans les ressources éducatives en santé autochtone, indiquant un manque d'investissement, fait allusion aux valeurs et aux attitudes de l'établissement à l'égard des peuples autochtones et à la priorité accordée à la santé autochtone. Le sentiment anti-autochtone au sein de la faculté de médecine reflète des actes de racisme non contrôlés de nature institutionnelle, épistémique et personnelle à l'égard des peuples autochtones et de leur perspective. La philosophie de l'établissement détermine donc la nature d'un programme officiel (ou non) de santé autochtone et d'un puissant programme d'études « caché ».² Un milieu défini par les contextes ci-dessus est culturellement dangereux pour les peuples autochtones et perpétue les processus de colonisation qui persistent dans la société canadienne. Le manque de sécurité culturelle entravera les progrès vers la réalisation des objectifs de l'éducation médicale autochtone et, par conséquent, limitera la capacité des facultés de médecine à contribuer à combler les écarts en matière de santé des peuples autochtones.

Le milieu de la faculté de médecine, qui englobe les domaines physique, social et psychologique, influence ce qui est enseigné et appris.^{xi} Le racisme anti-autochtone dans l'un ou l'autre des domaines environnementaux mine les intentions d'un programme officiel en santé autochtone. Les exemples incluent les stéréotypes sur les peuples autochtones qui perpétuent un modèle déficitaire de ces derniers dans les études de cas; le racisme à l'égard des étudiants et du corps professoral autochtones par les pairs; le personnel et les étudiants qui minimisent l'importance des perspectives et du contenu autochtones; la violence structurelle envers les peuples autochtones dans le contexte de la formation clinique; le manque de financement des processus et outils évaluatifs en santé des Autochtones.

¹ Philosophie : Principe général sur lequel se fondent la réalisation, le fonctionnement d'un système, d'un mécanisme. *Le Petit Robert*.

² Programme d'études caché : Les leçons, les valeurs et les perspectives non écrites, non officielles et voulues ou non, que les étudiants apprennent en classe. (traduction) *The Glossary of Education Reform*.

S'attaquer au sentiment anti-autochtone au sein de la faculté de médecine implique des actions stratégiques dans chacun des domaines environnementaux, avec une attention particulière pour modifier les valeurs fondamentales de l'établissement et la politique éducative de manière transparente et visible pour tous ceux qui y travaillent et apprennent. Cela comprend la création d'une infrastructure de soutien, une représentation structurée au sein des comités ayant une influence et un pouvoir décisionnel, et l'affectation de ressources importantes et suffisantes. L'infrastructure de soutien comprend un bureau ou une structure officielle qui appuie les activités de santé autochtone et qui est dirigée par des médecins et des experts en santé autochtones. Il faudra du temps pour développer cette main-d'œuvre médicale autochtone, idéalement avec le soutien du développement du leadership et du mentorat, à mesure que les universitaires autochtones exerceront des rôles influents en santé autochtone et d'autres rôles supérieurs dans les programmes d'études, les admissions et les affaires étudiantes.

Les mesures suivantes visent à favoriser un milieu fondé sur le respect et l'équité envers les peuples autochtones en supprimant les obstacles institutionnels et les préjugés à l'égard des peuples autochtones et des systèmes de connaissances.

Énoncés de mesures à prendre

3. Les facultés de médecine investissent dans le développement d'une masse critique de membres du corps professoral et d'employés autochtones avec une infrastructure de soutien appropriée pour diriger tous les aspects de l'éducation médicale autochtone, y compris les admissions, le recrutement et la rétention des étudiants, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'études, et avec une présence structurée au sein des principaux comités décisionnels de la faculté de médecine.
4. Les facultés de médecine consacrent suffisamment de ressources pour permettre la pleine réalisation de leurs objectifs en matière de santé autochtone. Les besoins en ressources devraient être définis avec les communautés autochtones, le corps professoral, le personnel et les étudiants et devraient soutenir l'action dans les trois domaines de la recherche, de l'éducation et des services.
5. Les facultés de médecine disposent de politiques et de processus solides pour identifier et combattre le racisme et les sentiments anti-autochtones vécus par les apprenants, le personnel et le corps enseignant autochtones en classe et en milieu clinique. Cela

comprend les mesures institutionnelles de l'efficacité de la politique qui font régulièrement l'objet de rapports.

6. Les facultés de médecine s'engagent à créer un milieu de travail et d'apprentissage sécuritaire pour les apprenants, le corps professoral et le personnel autochtone en appuyant le leadership et le changement du corps professoral par des activités de perfectionnement professionnel ciblées et stratégiques fondées sur la lutte contre le racisme, la sécurité culturelle et la décolonisation. Cela comprendra un accent particulier sur les précepteurs cliniques dans tous les lieux d'apprentissage clinique.

Indicateurs potentiels

- Les facultés de médecine ont élaboré un plan de perfectionnement de la main-d'œuvre autochtone.
- Les facultés de médecine font rapport chaque année sur le nombre de professeurs et de membres du personnel autochtones en utilisant une approche fondée sur les distinctions³ et en incluant une représentation aux comités décisionnels et aux postes de direction supérieurs.
- Les facultés de médecine ont élaboré une politique de lutte contre le racisme et un processus connexe de déclaration qui comprend des boucles de rétroaction transparentes. Cela comprend un partenariat avec les autorités compétentes pour répondre aux plaintes dans l'environnement d'apprentissage clinique.
- Les facultés de médecine font rapport annuellement sur le nombre de plaintes liées au racisme anti-autochtone, ainsi que sur le nombre et le type de différents types de règlement des plaintes (p. ex. lettres disciplinaires, médiation, perfectionnement professionnel, retrait des fonctions d'enseignement, renvoi).
- Les facultés de médecine font rapport chaque année sur le nombre et le type d'activités de perfectionnement professionnel en matière de lutte contre le racisme, de sécurité culturelle et de décolonisation.
- Les facultés de médecine se fixent un objectif et rendent compte chaque année des progrès réalisés en vue de l'atteindre en ce qui concerne le pourcentage du corps professoral et du personnel qui participent aux activités de perfectionnement professionnel, y compris la répartition entre les départements et les lieux d'enseignement clinique.
- Les facultés de médecine ont amélioré les évaluations des apprenants, les évaluations annuelles du rendement ou d'autres outils semblables pour inclure l'évaluation de la sécurité culturelle et de la lutte contre le racisme.

³Approche fondée sur les distinctions : rapports distincts selon le statut des Premières nations, des Métis et des Inuits.

ADMISSIONS

Les appels à l'action de la CVR à l'intention des facultés de médecine contiennent des directives précises pour former davantage de médecins autochtones. En l'absence de données de qualité contenant des renseignements précis de chaque faculté de médecine sur le nombre d'étudiants des Premières nations, métis et inuits qui présentent une demande, qui sont interviewés et qui sont finalement admis à la faculté de médecine, il est difficile de savoir avec certitude où nous en sommes comparativement à il y a 10 à 20 ans. Il y a une tendance générale ou une impression générale de l'admission d'un plus grand nombre d'étudiants autochtones, en particulier dans les facultés de la moitié occidentale du pays. Cela dit, le manque d'étudiants en médecine des Premières nations et inuits dans l'ensemble du pays, que ce soit dans les collectivités urbaines, rurales ou éloignées, continue de susciter des préoccupations.

Les travaux antérieurs de l'AMAC et de l'AFMC sur les admissions ont décrit certains des obstacles auxquels font face les apprenants autochtones et qui constituent un désavantage structurel dans le processus d'admission des facultés de médecine. Ces obstacles comprennent le fait d'être plus susceptible de vivre dans une situation de faible revenu, d'être le premier membre de leur famille à fréquenter l'université ou la faculté de médecine, et l'utilisation d'outils d'évaluation dans le processus d'admission dont les études ont démontré les préjugés raciaux, notamment la moyenne générale, le MCAT, les MEM et CASPer.

Les tentatives antérieures visant à atténuer le désavantage structurel auquel sont confrontés les peuples autochtones et qui les met sur un pied d'égalité lorsqu'ils tentent d'accéder à l'éducation médicale ont souvent donné lieu à des stéréotypes sur les apprenants autochtones. Il n'est pas rare que des étudiants autochtones entendent des messages indiquant qu'ils ne sont pas également qualifiés pour exercer la médecine ou que le processus d'admission leur est injustement avantageux.^{xii} Ainsi, parallèlement aux stratégies visant à atténuer le désavantage structurel qui a entraîné une représentation insuffisante des apprenants autochtones, les facultés de médecine doivent utiliser des messages délibérés qui garantissent que les apprenants autochtones sont également qualifiés, et que l'atténuation du désavantage ne peut être assimilée à un avantage.

Étant donné que les processus d'admission reposent en grande partie sur des outils fondés sur les préjugés raciaux, il est important que les facultés de médecine envisagent des stratégies plus larges qui aideront à déterminer les qualifications des étudiants autochtones qui ne sont pas évaluées adéquatement avec les mécanismes actuels. Il peut s'agir d'examen holistiques des dossiers qui permettent aux évaluateurs de situer la MPC dans le contexte social de la personne, de déterminer les forces et les stratégies dont la personne a fait preuve dans les systèmes de navigation afin d'être admissible à présenter une demande, de contribuer aux collectivités autochtones et d'établir des liens avec elles, et de mettre à la disposition de la personne apprenante des réseaux de soutien. Ces stratégies devraient s'accompagner d'une

solide collecte de données et d'accords de gérance des données appropriés afin de permettre l'élaboration de procédures d'admission fondées sur des données probantes pour les peuples autochtones. Des principes similaires devraient être appliqués tout au long du parcours éducatif de l'apprenant, en particulier lors de sa transition vers la résidence. On sait actuellement peu de choses sur les trajectoires professionnelles des apprenants autochtones en ce qui concerne les pourcentages d'étudiants qui correspondent à quelles spécialités ou l'impact des places non jumelées sur les apprenants autochtones.

La CVR demande également aux facultés de médecine de former des médecins capables de fournir des soins de haute qualité et culturellement sûrs aux peuples autochtones. À l'heure actuelle, les facultés offrent une variété de cours ou d'examens préalables, comme le MCAT, qui évaluent les connaissances de base minimales en sciences, en analyse critique et en raisonnement. Cependant, aucun outil n'assure une connaissance de base du contenu essentiel à l'apprentissage de la santé autochtone, y compris l'histoire et l'héritage des pensionnats et autres politiques coloniales. L'Appel à l'action 18 de la Commission Vérité et Réconciliation nous invite à comprendre la santé des Autochtones en raison de la politique gouvernementale antérieure. L'enseignement de toute l'histoire coloniale ne relève pas de la faculté de médecine et il est donc raisonnable de s'attendre à ce que tous les étudiants entrent à la faculté de médecine avec quelques connaissances de base. Une fois à la faculté de médecine, le programme d'études peut alors se concentrer sur les effets de la colonisation, de la lutte contre le racisme et des pratiques culturellement sûres sur la santé.

Énoncés de mesures à prendre

7. Les facultés de médecine s'efforceront d'admettre chaque année un nombre minimal d'étudiants des Premières nations, métis et inuits en utilisant des approches fondées sur les distinctions et en procédant à un examen holistique des dossiers. Une solide collecte de données, assortie d'ententes appropriées de gérance des données, permettra d'examiner les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs au niveau de la faculté, de la province et de l'ensemble du pays.
8. Les facultés de médecine ajouteront l'évaluation des connaissances sur les études autochtones, la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme ou une discipline connexe à l'admission de tous les candidats au moyen de cours préalables, de la création de nouveaux outils ou de la modification des outils existants, comme les stations de MEM qui sont conçues et évaluées par des Autochtones.

Indicateurs potentiels

- Les facultés de médecine ont travaillé avec des partenaires communautaires autochtones pour déterminer le nombre minimum d'étudiants des Premières nations, métis et inuits admis chaque année.
- Les facultés de médecine ont élaboré et mis en œuvre, en collaboration avec des partenaires communautaires autochtones, un processus d'examen holistique des dossiers des candidats autochtones.
- Les facultés de médecine offrent aux candidats la possibilité de s'identifier comme membres des Premières nations, Métis ou Inuits au cours du processus d'admission.
- Les facultés de médecine font rapport annuellement sur le nombre d'étudiants des Premières nations, métis et inuits qui présentent une demande, qui sont interviewés et qui sont admis dans les facultés de médecine.
- Les facultés de médecine font le compte rendu de chaque cycle d'admission avec leurs partenaires communautaires autochtones en mettant l'accent sur les forces et les leçons apprises, et en font rapport annuellement.
- Les facultés de médecine ont ajouté et maintiennent une condition préalable à l'admission de tous les candidats en études autochtones, dans les domaines de la sécurité culturelle, de la lutte contre le racisme ou d'autres disciplines connexes.

PROGRAMME D'ÉTUDES

L'Appel à l'action 24 détaille ce que les commissaires de la CVR croient que les futurs médecins devraient apprendre sur la santé autochtone dans les facultés de médecine. Il comprend l'histoire et l'héritage des pensionnats indiens, les traités et les droits des Autochtones, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (DNUDPA) et les enseignements et pratiques autochtones. De plus, les commissaires précisent que les étudiants auront besoin d'une formation axée sur les compétences en compétence interculturelle, en résolution de conflits, en droits de la personne et en lutte contre le racisme. Pour répondre à cet appel, les facultés de médecine canadiennes sont confrontées à un certain nombre de défis, allant de l'élaboration de programmes d'études qui abordent les questions de santé nationale et régionale des Autochtones, à la mobilisation des ressources et à l'élimination des obstacles à la mise en œuvre de ce changement au programme.

Ly et Crowshoe suggèrent que l'enseignement sur le racisme et les stéréotypes dans l'éducation médicale bénéficierait d'une collaboration interdisciplinaire et d'une approche souple qui s'inspire de divers cadres pédagogiques afin de répondre aux besoins et défis spécifiques du milieu particulier dans lequel ces questions sont enseignées.^{xiii} Idéalement, un programme cadre devrait inclure des stratégies pédagogiques pour lutter contre le racisme à plusieurs niveaux :

1. Interpersonnel : remettre en question les stéréotypes et les préjugés personnels

2. Systémique : considérer le racisme comme un problème structurel au sein de la société et interroger le pouvoir et les privilèges
3. Épistémique : remettre en question la domination des visions du monde eurocentriques et créer un espace pour le savoir autochtone.

Les principes de la compétence culturelle ont servi de modèle pour l'enseignement des différences raciales et ethniques dans l'éducation sanitaire.^{xiv} Bien que cette approche ait d'abord mis l'accent sur l'apprentissage des croyances en matière de santé qui peuvent être en désaccord avec le modèle biomédical occidental, elle a évolué pour inclure des questions de préjugés inconscients, de stéréotypes et de développement de compétences cliniques qui tiennent mieux compte de la complexité des interactions interculturelles.^{xv} Néanmoins, la compétence culturelle a été fortement critiquée parce qu'elle perpétue une vision essentialiste de la culture, qu'elle ne tient pas suffisamment compte des facteurs structurels et qu'elle évite des sujets plus difficiles comme le racisme.^{xvi}

Dans le domaine de l'éducation à la santé, et en particulier des soins infirmiers, il existe de plus en plus de documents qui examinent le postcolonialisme en tant que cadre d'enseignement. Le postcolonialisme (aussi connu sous le nom d'anticolonialisme) s'intéresse aux processus et aux pratiques qui découlent de l'héritage du colonialisme, y compris les formes continues et nouvelles du colonialisme, ou néocolonialisme. Il offre une perspective critique pour examiner les déséquilibres de pouvoir qui résultent du passé colonial et du présent néocolonial.^{xviii} La sécurité culturelle est un concept qui a d'abord été proposé par des infirmières maories en Nouvelle-Zélande comme moyen de traduire le postcolonialisme en formation et en pratique infirmières en offrant une perspective permettant d'examiner de façon critique les interactions cliniques. Parce que le postcolonialisme expose et critique les processus et les structures sociales injustes qui sont à l'origine des inégalités en matière de santé vécues par les peuples autochtones, ce cadre peut aider les fournisseurs de soins de santé à reconnaître comment les institutions, politiques et pratiques peuvent perpétuer l'oppression coloniale. Conformément à l'objectif de changement structurel du postcolonialisme, la sécurité culturelle cherche également à apporter des changements dans le système de soins de santé et appuie les étudiants dans leurs efforts.

Le cadre pédagogique antiraciste a vu le jour au début des années 1980 dans le domaine de l'éducation et n'a que récemment attiré l'attention de la littérature dans les domaines liés à la santé. George Sefa Dei, éminent spécialiste canadien de la lutte contre le racisme, définit l'éducation antiraciste comme « une stratégie axée sur l'action pour un changement institutionnel et systémique visant à lutter contre le racisme et les systèmes interdépendants d'oppression sociale ».^{xxi} Les questions de race et de différence sociale sont explicitement identifiées comme des questions de pouvoir et d'équité dans ce cadre, et non comme des questions culturelles ou ethniques. Tout comme le postcolonialisme, le cadre antiraciste peut être utilisé pour exposer et remettre en question les mécanismes structurels de l'oppression sociale fondée sur la race, et offre une vaste gamme d'outils pour examiner les privilèges et le pouvoir des Blancs. Toutefois, il est important de prendre note des limites de l'application de ce

cadre dans le contexte du racisme anti-autochtone.^{xxii} L'antiracisme tend à essentialiser le racisme en ne différenciant pas la façon dont il est vécu parmi les groupes racialisés. L'incapacité de considérer la colonisation comme un élément fondamental de la lutte contre le racisme au Canada a fait en sorte que les peuples autochtones ne peuvent pas se voir et voir leurs expériences pleinement à l'intérieur de ce cadre théorique.^{xxiii} Toutefois, la lutte contre le racisme peut être décolonisée en intégrant une compréhension du Canada en tant qu'État colonialiste, y compris un examen critique du rôle des colons non européens dans le projet colonial en cours, et en abordant les questions de souveraineté autochtone, y compris la revendication des terres.^{xxiv}

Il est évident que ces trois cadres offrent des outils utiles pour l'enseignement de la santé autochtone et qu'aucun cadre ne correspond parfaitement au contexte particulier de l'éducation médicale au Canada. Bien que la compétence culturelle ait évolué pour inclure une perspective plus critique, sa tendance à se concentrer sur le niveau interpersonnel et l'utilisation d'un cadre culturel limitent son utilité dans l'enseignement du colonialisme des colons. L'antiracisme et le postcolonialisme fournissent tous deux les outils nécessaires pour examiner le fonctionnement du racisme et pour le situer dans le contexte socio-historique du Canada. En s'inspirant de ces deux cadres, les facultés de médecine disposeraient d'une base solide pour répondre aux appels à l'action de la CVR.

Le cadre des programmes de premier cycle de l'AMAC et de l'AFMC reflète l'état de la pédagogie de la santé autochtone et la volonté des établissements d'inclure ce type de contenu au moment de son élaboration. En tant que tel, le cadre maintient une orientation vers les principes de la compétence culturelle, et l'utilisation explicite du terme « racisme » est limitée à la section Justification et ne se retrouve pas dans les compétences de base elles-mêmes. De même, la colonisation est abordée de façon minimale et surtout dans la section Justification, avec une seule apparition dans la section Compétences essentielles. Bien que la sécurité culturelle soit présentée comme un principe directeur central, la définition et la discussion sur le concept ont tendance à se concentrer sur la dynamique patient-fournisseur et non sur le niveau systémique. Les concepts qui forment le noyau de la pédagogie antiraciste/anti-coloniale, tels que le privilège, la dynamique systémique du pouvoir, le fait d'être blanc, le colonialisme et l'oppression sont absents du cadre.

Jusqu'à présent, la mise en œuvre du cadre de l'AMAC-AFMC a été variable, et des incidents de racisme anti-autochtone sous de multiples formes persistent, même dans les facultés les plus avancées. On ne dispose pas de données sur l'état actuel des programmes d'études en santé autochtone dans les facultés de médecine du Canada et sur les obstacles qui ont été rencontrés et qui ont pu limiter leur capacité de mettre en œuvre le cadre des programmes de premier cycle. Au fur et à mesure que les facultés s'appêtent à répondre aux appels à l'action de la CVR, il pourrait être utile d'examiner ce que l'on sait de la documentation universitaire sur le processus d'adoption d'approches antiracistes de l'enseignement. Un résumé des résultats d'une étude méthodique récente identifiant les facteurs qui facilitent ou entravent l'application

de la pédagogie antiraciste dans l'éducation sanitaire est inclus à la fin de ce document (voir Tableau 2).

Avec des ressources appropriées, le travail de collaboration à l'échelle nationale pourrait mettre à jour le cadre des programmes d'études de l'AMAC et de l'AFMC, mettre en œuvre un cadre antiraciste et anticolonial et élargir la portée des objectifs. D'autres outils, comme des lignes directrices pour l'évaluation des cours et des étudiants, et la mise en place de mesures de soutien appropriées pour le corps professoral et les étudiants, étant donné les défis connus de la mise en œuvre de l'éducation antiraciste, seraient utiles.

Énoncé de mesure à prendre

9. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer et à mettre en œuvre un programme d'études longitudinales en santé autochtone dont les approches pédagogiques de base sont l'antiracisme et l'anticolonialisme.

Indicateurs potentiels

- Les facultés de médecine font rapport annuellement sur le nombre d'heures consacrées à diverses modalités d'enseignement, y compris les cours magistraux, l'apprentissage par cas, les séances en petits groupes et les séances cliniques par année d'apprentissage.
- Les facultés de médecine rendent compte de l'élaboration et de la mise en œuvre de divers outils d'évaluation des étudiants, y compris des examens écrits, oraux, examens au moyen de patients normalisés et de type ECOS.
- Les facultés de médecine rendent compte chaque année du rendement des étudiants en matière d'évaluation de l'apprentissage en santé autochtone.
- Les facultés de médecine font rapport chaque année sur le nombre de concepteurs de programmes d'études, d'animateurs, d'Autochtones et de non-Autochtones qui participent au cours longitudinal sur la santé autochtone.
- Les facultés de médecine rendent compte chaque année de l'expérience des animateurs qui enseignent le cours longitudinal sur la santé autochtone à l'aide d'un outil d'enquête établi ou nouvellement élaboré.

FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

La formation prédoctorale n'est que la première étape de la formation médicale. Tout progrès dans les programmes d'études, les admissions d'étudiants autochtones et le développement de milieux d'apprentissage et cliniques culturellement sûrs devra être renforcé et complété par des progrès parallèles dans l'enseignement médical postdoctoral. Bien que les normes d'agrément dans ce domaine relèvent des ordres professionnels (CRMCC et CMFC), les facultés

de médecine membres de l'AFMC jouent un rôle important à titre d'agents principaux dans la conception et la prestation des programmes éducatifs requis pour atteindre ces normes. Les deux collègues ont reconnu indépendamment l'importance de la santé autochtone et ont mis sur pied des groupes de travail internes pour faire avancer les questions liées à la prestation de soins de santé aux peuples autochtones ainsi que les aspects éducatifs de la santé autochtone dans la formation postdoctorale. La résolution n° 2017/11-21 du CRMCC appuie la nécessité de reconnaître la santé autochtone comme une composante obligatoire de la formation médicale postdoctorale. De même, le CMFC a appuyé l'amélioration et la modification de ses normes d'agrément du « Livre rouge » et des compétences attendues des diplômés qui traitent spécifiquement des questions de santé autochtone.

Au cours des récentes mises à jour des normes d'agrément effectuées par l'entremise du Comité d'agrément des programmes de résidence (CAPR) du Canada, il a été reconnu que l'expérience des résidents autochtones (par exemple, les expériences de racisme dans le milieu d'apprentissage) nécessitait également l'amélioration des normes centrales des programmes.

L'importance d'inclure la formation postdoctorale dans toute réponse aux appels à l'action de la CVR a été reconnue par de nombreux établissements individuels qui ont soit lancé, soit complété leurs propres réponses locales.

Tel que décrit précédemment, la plupart des travaux antérieurs dans le domaine de l'admission des étudiants autochtones à des programmes d'éducation médicale ont porté sur les voies menant à l'admission initiale à une formation médicale prédoctorale. Alors qu'un nombre croissant d'étudiants autochtones passeront par le système, il sera également important d'élargir ce point de vue pour inclure les programmes de résidence et les bourses d'études. Des modèles de rôle et des professeurs autochtones sont nécessaires dans tous les domaines de la médecine; il est donc important que cette question soit abordée dans tous les programmes.

Le programme d'études de la formation médicale postdoctorale est en grande partie la responsabilité des collègues (pour établir les attentes à l'égard des résultats et des compétences des diplômés) et des programmes locaux de formation médicale postdoctorale (pour y donner suite). Ce travail devrait s'appuyer sur les cadres AMAC-CRMCC qui ont déjà été élaborés et sur le travail du GTSA du CMFC pour les mettre à jour et les adapter au cadre CanMEDS-MF. Le rôle de l'AFMC et de ses facultés membres sera d'appuyer les efforts des facultés et des programmes et de travailler ensemble pour s'assurer qu'un programme d'études cohérent couvrant l'EMPr et l'EMPo est en place. Comme les facultés membres de l'AFMC accueillent les programmes de formation médicale postdoctorale et mobilisent le corps professoral impliqué dans la prestation de ces programmes, elles peuvent aussi contribuer directement à s'assurer que les ressources appropriées du corps professoral et du personnel de soutien sont affectées à l'avancement et à la prestation du programme de santé autochtone.

La formation médicale postdoctorale se déroule le plus souvent en milieu clinique, notamment dans les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires, les établissements de santé

non hospitaliers et les cabinets de médecins communautaires. Bien que de nombreuses conditions dans ces milieux ne soient pas sous le contrôle ou la responsabilité directe des établissements membres de l'AFMC, ils conservent la responsabilité de veiller à ce que ces milieux de formation offrent une expérience d'apprentissage appropriée et sécuritaire pour les apprenants, les professeurs et les patients. Dans le contexte des discussions sur la santé autochtone, cela signifie que les principes fondamentaux entourant la sécurité comprennent la sécurité culturelle et le racisme. Les apprenants autochtones ont clairement indiqué qu'ils sont souvent confrontés personnellement à ces problèmes et qu'ils n'ont souvent pas reçu un soutien adéquat. En plus de cet impact négatif sur les apprenants autochtones, ces environnements servent souvent à défaire l'apprentissage prédoctoral par le biais du programme d'études caché.

Il est important de noter que les Énoncés de mesures à prendre ci-dessus (1-9) sont propres à l'EMPo et devraient s'appliquer non seulement aux programmes d'EMPo, mais aussi aux programmes d'interprétation et d'application de l'EMPo dans les facultés de médecine.

Énoncé de mesure à prendre

10. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer un programme d'études médicales postdoctorales et des outils connexes en santé autochtone axés sur la sécurité culturelle, la lutte contre le colonialisme et le racisme. Ce programme s'appuiera sur le programme de premier cycle en santé autochtone et préparera les médecins à la pratique indépendante antiraciste et culturellement sécuritaire.

Indicateurs potentiels

- Les facultés de médecine ont évalué l'éducation actuelle en santé autochtone au niveau de l'EMPo.
- Les facultés de médecine ont élaboré et mis en place les éléments de base d'un programme commun de formation médicale postdoctorale ainsi que d'un programme d'études spécifique.
- Les facultés de médecine font rapport annuellement sur le nombre d'heures d'enseignement de la santé autochtone au niveau de l'EMPo, y compris le nombre de programmes et d'apprenants participants.
- Les facultés de médecine mettent en œuvre des méthodes d'évaluation de l'apprentissage des résidents en santé autochtone, notamment des rapports d'évaluation en cours de formation (RECF) durant les stages.
- Les facultés de médecine rendent compte chaque année du rendement des résidents dans le cadre d'évaluations de la santé des Autochtones comme les rapports d'évaluation en cours de formation (RECF), les examens cliniques complets ou d'autres évaluations qui pourraient être réalisées.

CONCLUSION

Ce rapport, qui comprend une contribution substantielle de la part des principaux professeurs de médecine autochtones du pays, fournit une feuille de route pour un changement institutionnel concret qui permettra aux facultés de médecine de mieux répondre aux appels à l'action de la CVR et de remplir leur mandat de responsabilité sociale en matière de santé autochtone. Il est clair qu'il y a un besoin continu de travail collaboratif et bien financé à l'échelle nationale pour soutenir les facultés de médecine dans la mise en œuvre de ces mesures. Ces mesures fourniront une base solide qui permettra aux facultés de médecine de faire leur part pour combler les écarts injustes et injustes en matière de santé que connaissent les peuples autochtones.

Nous espérons que chaque faculté de médecine s'engagera pleinement dans la mise en œuvre de ces mesures.

1. Les facultés de médecine se concentrent sur le développement de relations significatives avec les communautés autochtones qu'elles desservent en utilisant des approches fondées sur les droits pour la co-crédation des conditions de la relation. Cela comprend l'élaboration de mécanismes de reddition de comptes. Les communautés autochtones sont reconnues comme des ressources expertes pour la faculté de médecine et ont la possibilité et les ressources nécessaires pour participer à tous les aspects du processus d'admission, de l'enseignement, de l'accueil des apprenants, de la recherche et des bourses et du perfectionnement professionnel.
2. Les facultés de médecine s'acquittent de leur mandat en matière de responsabilité sociale à l'égard des communautés autochtones en élaborant conjointement des objectifs précis en matière de santé autochtone et en faisant rapport régulièrement sur les progrès réalisés dans les facultés de médecine et aux communautés autochtones qu'elles desservent.
3. Les facultés de médecine investissent dans le développement d'une masse critique de membres du corps professoral et d'employés autochtones avec une infrastructure de soutien appropriée pour diriger tous les aspects de l'éducation médicale autochtone, y compris les admissions, le recrutement et la rétention des étudiants, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'études, et avec une présence structurée au sein des principaux comités décisionnels de la faculté de médecine.
4. Les facultés de médecine consacrent suffisamment de ressources pour permettre la pleine réalisation de leurs objectifs en matière de santé autochtone. Les besoins en ressources devraient être définis avec les communautés autochtones, le corps professoral, le personnel et les étudiants et devraient soutenir l'action dans les trois domaines de la recherche, de l'éducation et des services.

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

5. Les facultés de médecine disposent de politiques et de processus solides pour identifier et combattre le racisme et les sentiments anti-autochtones vécus par les apprenants, le personnel et le corps enseignant autochtones en classe et en milieu clinique. Cela comprend les mesures institutionnelles de l'efficacité de la politique qui font régulièrement l'objet de rapports.
6. Les facultés de médecine s'engagent à créer un milieu de travail et d'apprentissage sécuritaire pour les apprenants, le corps professoral et le personnel autochtone en appuyant le leadership et le changement du corps professoral par des activités de perfectionnement professionnel ciblées et stratégiques fondées sur la lutte contre le racisme, la sécurité culturelle et la décolonisation. Cela comprendra un accent particulier sur les précepteurs cliniques dans tous les lieux d'apprentissage clinique.
7. Les facultés de médecine s'efforceront d'admettre chaque année un nombre minimal d'étudiants des Premières nations, métis et inuits en utilisant des approches fondées sur les distinctions et en procédant à un examen holistique des dossiers. Une solide collecte de données, assortie d'ententes appropriées de gestion des données, permettra d'examiner les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs au niveau de la faculté, de la province et de l'ensemble du pays.
8. Les facultés de médecine ajouteront l'évaluation des connaissances sur les études autochtones, la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme ou une discipline connexe à l'admission de tous les candidats au moyen de cours préalables, de la création de nouveaux outils ou de la modification des outils existants, comme les stations de MEM qui sont conçues et évaluées par des Autochtones.
9. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer et à mettre en œuvre un programme d'études longitudinales en santé autochtone dont les approches pédagogiques de base sont l'antiracisme et l'anticolonialisme.
10. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer un programme d'études médicales postdoctorales et des outils connexes en santé autochtone axés sur la sécurité culturelle, la lutte contre le colonialisme et le racisme. Ce programme s'appuiera sur le programme de premier cycle en santé autochtone et préparera les médecins à la pratique indépendante antiraciste et culturellement sécuritaire.

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

Tableau 1 : Énoncés de mesures à prendre classés par ordre d'importance en fonction du vote

Énoncé	Nombre total de votes
1. Les facultés de médecine s'acquittent de leur mandat en matière de responsabilité sociale à l'égard des communautés autochtones en élaborant conjointement des objectifs précis en matière de santé autochtone et en faisant rapport régulièrement sur les progrès réalisés dans les facultés de médecine et aux communautés autochtones qu'elles desservent.	72
2. Les facultés de médecine consacrent suffisamment de ressources pour permettre la pleine réalisation de leurs objectifs en matière de santé autochtone. Les besoins en ressources devraient être définis avec les communautés autochtones, le corps professoral, le personnel et les étudiants et devraient soutenir l'action dans les trois domaines de la recherche, de l'éducation et des services.	48
3. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer et à mettre en œuvre un programme d'études longitudinales en santé autochtone dont les approches pédagogiques de base sont l'antiracisme et l'anticolonialisme.	37
4. Les facultés de médecine investissent dans le développement d'une masse critique de membres du corps professoral et d'employés avec une infrastructure de soutien appropriée pour diriger tous les aspects de l'éducation médicale autochtone, y compris les admissions, le recrutement et la rétention des étudiants, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'études, et avec une présence structurée au sein des principaux comités décisionnels de la faculté de médecine.	36
5. Les facultés de médecine s'engagent à créer un milieu de travail et d'apprentissage sécuritaire pour les apprenants, le corps professoral et le personnel autochtone en appuyant le leadership et le changement du corps professoral par des activités de perfectionnement professionnel ciblées et stratégiques fondées sur la lutte contre le racisme, la sécurité culturelle et la décolonisation. Cela comprendra un accent particulier sur les précepteurs cliniques dans tous les lieux d'apprentissage clinique.	35
6. Les facultés de médecine se concentrent sur le développement de relations significatives avec les communautés autochtones qu'elles desservent en utilisant des approches fondées sur les droits pour la co-création des conditions de la relation. Cela comprend l'élaboration de mécanismes de reddition de comptes. Les communautés autochtones sont reconnues comme des ressources expertes pour la faculté de médecine et ont la possibilité et les ressources nécessaires pour participer à tous les aspects du processus d'admission, de	32

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

l'enseignement, de l'accueil des apprenants, de la recherche et des bourses et du perfectionnement professionnel.	
7. Les facultés de médecine disposent de politiques et de processus solides pour identifier et combattre le racisme et les sentiments anti-autochtones vécus par les apprenants, le personnel et le corps enseignant autochtones en classe et en milieu clinique. Cela comprend les mesures institutionnelles de l'efficacité de la politique qui font régulièrement l'objet de rapports.	29
8. Les facultés de médecine s'engagent à élaborer un programme d'études médicales postdoctorales et des outils connexes en santé autochtone axés sur la sécurité culturelle, la lutte contre le colonialisme et le racisme. Ce programme s'appuiera sur le programme de premier cycle en santé autochtone et préparera les médecins à la pratique indépendante antiraciste et culturellement sécuritaire.	23
9. Les facultés de médecine s'efforceront d'admettre chaque année un nombre minimal d'étudiants des Premières nations, métis et inuits en utilisant des approches fondées sur les distinctions et en procédant à un examen holistique des dossiers. Une solide collecte de données, assortie d'ententes appropriées de gestion des données, permettra d'examiner les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs au niveau de la faculté, de la province et de l'ensemble du pays.	23
10. Les facultés de médecine ajouteront une condition préalable à l'admission de tous les candidats en études autochtones, en sécurité culturelle, en lutte contre le racisme ou dans une discipline connexe.	13

Remarque : Ce ne sont là que les 10 principaux énoncés. Quinze autres déclarations n'ont pas été suffisamment priorisées pour être incluses.

Tableau 2 : Facteurs qui appuient ou limitent la pédagogie antiraciste dans l'éducation sanitaire.^{xxv}

Sphère/niveau	Facteurs favorables	Facteurs restrictifs
Instructeurs	<ul style="list-style-type: none"> • S'engager dans des pratiques d'autoréflexion • Considérer le développement des compétences comme un cheminement à long terme • Enseignement des partenariats entre groupes sociaux • Former des communautés de pratique • Habileté à réagir à la défensive 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de connaissances et de formation en matière de lutte contre le racisme • Travail intense sur le plan affectif pour les instructeurs des groupes opprimés par des motifs raciaux. • Échec intégré par l'embauche d'instructeurs non qualifiés • Une lourde charge de travail universitaire, ce qui entraîne un

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

	et aux conflits	manque d'énergie pour s'engager dans la lutte contre le racisme.
Salle de classe/étudiants	<ul style="list-style-type: none"> • L'écriture autoréflexive aide les étudiants à traiter leurs émotions. • L'engagement a été renforcé lorsque les étudiants : <ul style="list-style-type: none"> ○ avaient reçu une formation préalable en matière de lutte contre le racisme; ○ pouvaient voir la pertinence relativement à l'application en milieu professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Le privilège est difficile à affronter pour les étudiants et a tendance à réagir avec résistance/hostilité. • Les étudiants ont tendance à s'auto-ségréger pour se sentir en sécurité, ce qui amène les autres à se sentir aliénés. • Les étudiants peuvent se sentir obligés d'être d'accord avec les autres membres de leur groupe racialisé. • Les étudiants plus jeunes ou ceux qui ont été culturellement isolés ont tendance à éprouver plus de difficultés à s'informer sur le racisme.
Au sein de l'établissement d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • L'introduction de l'antiracisme à une époque de changement du programme éducatif. • Le climat institutionnel est favorable et prêt au changement • L'établissement a rendu obligatoires des cours et des politiques de lutte contre le racisme. • L'université a mis en place des plans stratégiques concernant la lutte contre le racisme • Il existe des possibilités de mentorat dans le domaine de l'enseignement antiraciste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominance liée au fait d'être blanc et perspective biomédicale • Résistance de la direction et des collègues • Pressions pour se concentrer sur des sujets « positifs » • Remettre en question la légitimité du contenu antiraciste • Manque de diversité au sein du corps professoral • Autres membres du corps professoral qui transmettent des attitudes négatives aux étudiants au sujet de l'enseignement et du contenu antiracistes. • Manque de compréhension commune sur la façon d'enseigner la race
À l'extérieur de	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute/engagement avec les 	<ul style="list-style-type: none"> • Les tensions raciales dans la

Engagement conjoint de l'AFMC à agir pour la santé des Autochtones

l'établissement	intervenants de la communauté <ul style="list-style-type: none">• Normes réglementaires professionnelles en matière de lutte contre le racisme• Changement du climat sociopolitique pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé• Collaboration étroite avec les lieux d'apprentissage et le personnel hors campus	société contribuent aux conflits en classe <ul style="list-style-type: none">• Les administrateurs craignent des réactions négatives de la part de groupes d'intérêts externes.• Les agences de placement sur le terrain peuvent ne pas appuyer l'enseignement antiraciste.
------------------------	--	--

RÉFÉRENCES

ⁱH. C. Klassen, "BUNN, JOHN," in Dictionary of Canadian Biography, vol. 9, University of Toronto/Université Laval, 2003–, source consultée le 30 janvier 2018, http://www.biographi.ca/en/bio/bunn_john_9E.html.

ⁱⁱCommission de vérité et réconciliation du Canada (2015). Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action

ⁱⁱⁱI. Mosby. Administering Colonial Science: Nutrition Research and Human Biomedical Experimentation in Aboriginal Communities and Residential Schools, 1942-1952. Social History; 46(91) May 2013: 145-72.

^{iv}First Nations Child and Family Caring Society of Canada (2016). Dr. Peter Henderson Bryce: A Story of Courage. Disponible ici : <https://fncaringsociety.com/sites/default/files/Dr.%20Peter%20Henderson%20Bryce%20Information%20Sheet.pdf>

^vDocuments AMAC-AFMC disponibles ici : <https://afmc.ca/medical-education/indigenous-health-needs>.

^{vi} CDC. Gaining Consensus Among Stakeholders Through the Nominal Group Technique. 2006. Disponible ici : <https://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief7.pdf>.

^{vii} Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015) Ce que nous avons retenu : Les principes de la vérité et de la réconciliation. Disponible ici : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Principles_2015_05_31_web_o.pdf.

^{viii}Nations Unies. (2007) Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Disponible ici : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf.

^{ix} Citation de l'OMS sur la responsabilité sociale : Une vision pour les facultés de médecine canadiennes. Santé Canada. 2001. Disponible ici : https://afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf

^x Arnstein Sherry. A Ladder of Citizen Participation. JAIP; 1969. 35(4): 216-24.

^{xi} Karani, R. (2015). Enhancing the Medical School Learning Environment: A Complex Challenge. AND Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 73(4), 403-407.

- ^{xii} Anderson M, Woods A, Lavallee B, and Cook C. Unsafe learning environments: Indigenous medical students' experiences of racism. *LIME Good Practice Case Studies*; 2017. 4: 18-25.
- ^{xiii} Ly, A., & Crowshoe, L. (2015). 'Stereotypes are reality': Addressing stereotyping in canadian aboriginal medical education. *Medical Education*, 49(6), 612-622. doi:10.1111/medu.12725
- ^{xiv} Betancourt, J. R. (2006). Cultural competence and medical education: Many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*, 81(6), 499-501.
- ^{xv} Kumaş-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., Macleod, A., & Frank, B. (2007). Measures of cultural competence: Examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), 548-557. doi:10.1097/ACM.0b013e3180555a2d AND Kumagi, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond cultural competence: Critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine*, 84(6), 782-787. doi:10.1097/ACM.0b013e3181a42398
- ^{xvi} Wear, D., Kumagai, A. K., Varley, J., & Zarconi, J. (2012). Cultural competency 2.0: Exploring the concept of "difference" in engagement with the other. *Acad Med*, 87(6), 752-758. doi:10.1097/ACM.0b013e318253cef8
- ^{xvii} McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S., & Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*, 21(3), 179-191. doi:10.1111/nin.12042 AND Stansfield, D., & Browne, A. J. (2013). The relevance of indigenous knowledge for nursing curriculum. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 143-151. doi:10.1515/ijnes-2012-0041
- ^{xviii} Anderson, J., Perry, J., Blue, C., Browne, A., Henderson, A., Khan, K. B., . . . Smye, V. (2003). "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: Toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 196-214.
- ^{xix} Smye, V., Rameka, M., & Willis, E. (2006). Indigenous health care: Advances in nursing practice. *Contemporary Nurse*, 22(2), 142.

- ^{xx} Anderson, J. M., Rodney, P., Reimer-Kirkham, S., Browne, A. J., Khan, K. B., & Lynam, J. (2009). Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice: Contextual knowledge for the global priorities ahead. *Advances in Nursing Science*, *32*(4), 282-294. AND Beavis, A. S. W., Hojjati, A., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R., & Nixon, S. A. (2015). What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: Perspectives on postcolonialism and the health of aboriginal peoples in Canada. *BMC Medical Education*, *15*, 155-165. doi:10.1186/s12909-015-0442-y. AND McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S., & Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*, *21*(3), 179-191. doi:10.1111/nin.12042
- ^{xxi} Dei, G. J. S. (1996). *Anti-racism education: Theory and practice*. Halifax: Fernwood Publishing.
- ^{xxii} Kubota, R. (2014). Race and language learning in multicultural Canada: Towards critical antiracism. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, *36*(1), 3-12. doi:10.1080/01434632.2014.892497
- ^{xxiii} Lawrence, B., & Dua, E. (2005). Decolonizing antiracism. *Social Justice*, *32*(4), 120-143.
- ^{xxiv} Simpson, J. S., James, C. E., & Mack, J. (2011). Multiculturalism, colonialism, and racialization: Conceptual starting points. *Review of Education, Pedagogy, and Cultural Studies*, *33*(4), 285-305. doi:10.1080/10714413.2011.597637
- ^{xxv} Diffey, L., & Mignone, J. (2017). Implementing anti-racist pedagogy in health professional education: A realist review. *Health Education and Care*, *2*(1). doi:10.15761/hec.1000114