Les Compétences Essentielles

en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations

Un cadre de programme d'enseignement produit par l'AMIC et l'AFMC
pour la formation médicale prédoctorale

Révisé en avril 2009

Association des Médecins Indigènes du Canada

Indigenous Physicians Association of Canada

AFMC

L'Association des facultés de médecine du Canada

The Association of Faculties of Medicine of Canada

Table des matières

Remerciements 2

Introduction 4

Raison d'être 7

Définition pratique de la sécurité culturelle 9

Compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations produites par l'AMIC et l'AFMC

1. Expert médical 11

2. Communicateur 12

3. Collaborateur 13

4. Gestionnaire 14

5. Promoteur de la santé 15

6. Érudit 16

7. Professionnel 17

Droit d'auteur © 2009 détenu par l'Association des Médecins Indigènes du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada. Tous droits réservés. On peut télécharger et imprimer ce matériel en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales publiques seulement. Pour toutes les autres utilisations, il faut obtenir la permission écrite de l'Association des Médecins Indigènes du Canada et de l'Association des facultés de médecine du Canada.

Ce document se trouve aussi en français et en anglais dans les sites Web de l'AMIC et de l'AFMC (www.ipac-amic.org; http://www.afmc.ca/social-aboriginal-health-f.php).

Remerciements

Le Sous-comité du programme d'enseignement en matière de santé des Autochtones de l'AMIC-AFMC a élaboré ce cadre de compétences essentielles à la suite d'un vaste processus de consultation. Les contributions individuelles et collectives des personnes et organisations suivantes sont vivement appréciées. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada a subventionné l'élaboration de ce cadre de compétences essentielles.

RÉDACTEURS

Barry Lavallée, MD, Hope Center Health Clinic, professeur adjoint, Faculté de médecine, Université du Manitoba

Alan Neville, MD, vice-doyen, Programme de médecine, Université McMaster

Marcia Anderson, MD, FRCPC, présidente, Association des médecins indigènes du Canada, professeure adjointe, Départements des sciences de la santé communautaire et de médecine interne, Université du Manitoba

Barbie Shore, gestionnaire de projet, Association des facultés de médecine du Canada

Linda Diffey, associée à la recherche, Centre de recherche en santé des Autochtones, Université du Manitoba

SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'AMIC ET DE L'AFMC SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES – en mars 2007

Barry Lavallée, MD, coprésident du Groupe de travail provisoire sur le programme d'enseignement de l'AMIC, Hope Center Health Clinic, professeur adjoint, Faculté de médecine, Université du Manitoba

Alan Neville, MD, coprésident du Groupe de travail provisoire sur le programme d'enseignement de l'AFMC, vice-doyen, Programme de médecine, Université McMaster

Marcia Anderson, MD, FRCPC, coprésidente du Groupe de travail de l'AMIC, présidente de l'AMIC, professeure adjointe, Départements des sciences de la santé communautaire et de médecine interne, Université du Manitoba

Evan Adams, MD, Division de la santé des Autochtones, Université de la Colombie-Britannique

James Andrew, coordonnateur des programmes à l'intention des Autochtones, Université de la Colombie-Britannique

Francis Chan, PhD, coprésident sortant du Groupe de travail de l'AFMC, vice-doyen, Université Western Ontario

Lorne Clearsky, MD, médecin-hygiéniste adjoint et directeur médical, Clinique des Autochtones, Région sanitaire de Calgary

Lynden Crowshoe, MD, Groupe de recherche et de développement en soins primaires, Université de Calgary

Blye Frank, PhD, directeur, Perfectionnement professoral, Université Dalhousie

Pat Griffin, IA, PhD, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Karen Hill, MD, coordonnatrice, Bureau des sciences de la santé des Autochtones, Université McMaster

Dan Hunt, MD, Campus Dean West, vice-doyen, Éducation médicale prédoctorale, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario

Malcolm King, PhD, Comité des carrières en sciences de la santé à l'intention des Autochtones, Université de l'Alberta

Rosella Kinoshameg, IA, B.Sc.N, présidente, Aboriginal Nurses Association of Canada

Thomas Marrie, MD, doyen, Faculté de médecine et d'art dentaire, Université de l'Alberta

Susan Maskill, directrice, Administration, Association des facultés de médecine du Canada

Conrad Prince, coordonnateur par intérim, Association des médecins autochtones du Canada

Barbie Shore, gestionnaire de projet, Association des facultés de médecine du Canada

Alexandra Smith, étudiante en médecine, cohorte de 2009, Université de Toronto

Danielle Soucy, agente principale de recherche, Organisation nationale de la santé autochtone

May Toulouse, gestionnaire de projet, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Stanley Vollant, MD, directeur, Programme des Autochtones, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

COLLABORATEURS ET ORGANISATIONS COMMANDITAIRES

Assemblée des Premières Nations
Linda Diffey, associée à la recherche, Centre de recherche en santé des Autochtones, Université du Manitoba
Deborah Danoff, MD, directrice, Bureau de l'éducation, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Thomas Dignan, MD, médecin en santé publique, Association des médecins autochtones du Canada
Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé, Association des femmes autochtones du Canada
David Gregory, PhD, Comité exécutif, Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Eric Mang, MD, Collège des médecins de famille du Canada
Richard MacLachlan, MD, Département de médecine familiale, Université Dalhousie
Fondation nationale des réalisations autochtones
Gwen Thirlwall-Wiebe, coordonnatrice principale de projet, Inuit Tapirit Kanatami
Angela Towle, PhD, vice-doyenne, Éducation médicale prédoctorale, Université de la Colombie-Britannique
Eduardo Vides, gestionnaire, Capacité nationale en matière de santé, Ralliement national des Métis
Cornelia Wieman, MD, FRCPC, codirectrice, Programme de recherche et de développement en santé des Autochtones, Université de Toronto
Shirley Williams, aînée du clan des Ojibway, Premières nations des Odawa
Erin Wolski, coordonnatrice, Programme des politiques en matière de santé, Congrès des Peuples Autochtones
Debra Wright, Programme des politiques en matière de santé, Congrès des Peuples Autochtones

Introduction

Le Groupe de travail sur la santé des Autochtones de l'AFMC (maintenant appelé Groupe de travail sur la santé des Autochtones de l'AMIC et de l'AFMC), coprésidé alors par le Dr Linden Crowshoe et la Dre Marcia Anderson, a présenté des recommandations au Conseil des doyens de l'AFMC à l'occasion de son assemblée de mai 2005.

Ces recommandations portaient principalement sur des questions d'éducation (contenu des programmes d'enseignement et de perfectionnement professoral en matière de santé des Autochtones) et les ressources humaines (admissions au programme d'études en médecine et appui aux étudiants autochtones). Les membres du groupe de travail représentent un large éventail d'expérience en santé des Autochtones et en formation médicale.

Voici les recommandations présentées et approuvées à l'unanimité à l'assemblée du Conseil des doyens en 2005 :

« Que toutes les facultés de médecine :

a. s'engagent à enrichir le contenu du programme d'enseignement prédoctoral en matière de santé des Autochtones;

b. aspirent à ce que leurs programmes d'enseignement en matière de santé des Autochtones respectent les principes de la compétence culturelle et insistent particulièrement sur les thèmes de la compétence axée sur les habiletés et les attitudes;

c. élaborent, mettent en œuvre et évaluent des programmes d'enseignement de base et optionnels qui comportent à la fois des éléments distincts et intégrés qui se démarquent dans l'enseignement didactique et clinique;

d. reconnaissent que la santé des Autochtones est un domaine spécialisé qui exige des experts, comme des enseignants autochtones, des membres de la collectivité autochtone locale et des ressources autochtones nationales pour élaborer et enseigner le contenu et le contexte du programme d'enseignement adaptés à la culture autochtone;

e. utilisent des méthodes pédagogiques appropriées, par exemple des méthodes expérientielles et interactives, pour faciliter l'acquisition de la compétence culturelle.

Et que l'Association des facultés de médecine du Canada appuie l'élaboration d'un cadre national de programme d'enseignement en matière de santé des Autochtones, en collaboration avec de multiples intervenants, qui servira de plan directeur pour les programme d'enseignement en matière de santé des Autochtones dans chaque faculté de médecine. » (Traduction libre)

Les recommandations reposent, entre autres, sur le principe d'une élaboration en partenariat significatif entre les collectivités Inuites, Métisses et des Premières nations de la région et chaque faculté de médecine et programme de résidence pour intégrer les valeurs indigènes locales.

C'est à la lumière de ces principes et recommandations que l'actuel Sous-groupe du programme d'enseignement du Groupe de travail sur la santé des Autochtones, dirigé par les Drs Alan Neville et Barry Lavallée, a

commencé à concevoir un ensemble national de compétences essentielles recommandées en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations à l'intention des 17 facultés de médecine, qui se conforme au modèle CanMEDS[1].

La définition de ces compétences essentielles a pour but de procurer aux enseignants en médecine au niveau prédoctoral des domaines thématiques généraux gravitant autour des connaissances, des habiletés et des attitudes en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations (I/M/PN) leur permettant d'adopter des approches centrées à la fois sur le patient et sur la collectivité dans la prestation des soins de santé avec et pour les I/M/PN.

L'amélioration des actuels programmes d'enseignement concernant la santé des I/M/PN pourrait aussi avoir des répercussions favorables sur l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine chez les I/M/PN, puisque des milieux d'apprentissage sécurisant sur le plan culturel favoriseront des environnements d'apprentissage en collaboration pour tous les étudiants, les enseignants et les praticiens.

Nous encourageons toutes les facultés de médecine à se rallier aux collectivités, aux travailleurs et aux dirigeants des Inuits, des Métis et des Premières nations afin de promouvoir des milieux où règne le respect dans le travail avec ceux dont la santé sera influencée par ces compétences essentielles. Le Groupe de travail de l'AMIC et de l'AFMC sur la santé des Autochtones croit que l'apprentissage est bidirectionnel, en ce sens que les facultés de médecine devront accroître leur savoir et leur compréhension des collectivités des I/M/PN dans leur région en tant qu'activité continue et essentielle à la réussite de la mise en œuvre des compétences dans le programme d'enseignement.

Reconnaissant les difficultés que pourrait poser la mise en œuvre des compétences essentielles dans certaines facultés de médecine, le Groupe de travail de l'AMIC et de l'AFMC sur la santé des Autochtones a identifié certaines stratégies pour faciliter la présentation de ce programme d'enseignement novateur dans tous les curriculums prédoctoraux.

Pour commencer, des ateliers de « perfectionnement professoral » seront organisés en même temps que les conférences nationales sur l'éducation médicale. Une « trousse à outils » pour la mise en œuvre du programme d'enseignement en matière de santé des Autochtones sera produite et servira de guide stratégique général que pourront utiliser les facultés de médecine en partenariat avec les collectivités locales des I/M/PN. Ces outils offriront un fondement sur lequel reposeront des milieux d'apprentissage uniformes dans chaque faculté de médecine. De plus, on formera un groupe de travail national permettant d'échanger et d'appuyer les pratiques exemplaires et les expériences dans la mise en œuvre du programme d'enseignement; on a aussi l'intention de rassembler les ressources d'apprentissage sur la santé des I/M/PN sous forme de répertoire en ligne de sources d'information. Nous envisageons que ce site pourrait aussi, avec le temps, servir de forum pour faire connaître les réussites et les défis.

Les professeurs et les facultés de médecine qui ont des programmes de soutien établis à

1 Frank, JR. (Rédacteur). 2005. Le cadre des competences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa: Le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

l'intention des étudiants des I/M/PN sont bien placés pour travailler en collaboration dans le but de promouvoir les compétences essentielles. Pour que se propage cette réussite, les universités qui ont peu de soutien structurel sont encouragées à travailler avec les collectivités des I/M/PN de leur région pour élaborer des programmes de soutien aux étudiants des I/M/PN et mettre en œuvre le programme d'enseignement.

Le Groupe de travail sur la santé des Autochtones et le Sous-comité du programme d'enseignement envisagent la mise en œuvre de ce cadre comme un projet d'apprentissage continu. Au fur et à mesure des progrès dans le processus, le Sous-comité sollicitera la rétroaction des enseignants en médecine, des apprenants et des collectivités des I/M/PN.

Pour exprimer vos commentaires et vos questions : info@ipac-amic.org

Terminologie

À l'Association des Médecins Indigènes du Canada, nous utilisons le terme Indigènes pour désigner les collectivités, les peuples et les nations qui, ayant eu une continuité historique avant l'invasion et la colonisation par les sociétés qui se sont développées sur leurs territoires, se considèrent eux-mêmes distincts des autres secteurs de la société qui prévalent maintenant sur ces territoires ou parties de ces territoires. Ils forment, à l'heure actuelle, des secteurs non dominants de la société et sont déterminés à préserver, développer et transmettre aux générations futures leurs territoires ancestraux et leur identité ethnique, comme fondement de leur existence continuelle en tant que peuples, conformément à leurs propres pratiques culturelles, institutions sociales et systèmes de justice[2].

Dans la Constitution canadienne, les peuples Autochtones sont désignés sous le nom d'Autochtones et ils incluent les Inuits, les Métis et les Premières nations.

2 http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/PFII%202004%20WS.1%203%20Definition.doc - The Concept of Indigenous Peoples; Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies. Accédé le 7 février 2008, traduction libre.

Raison d'être

Les écarts qui existent en matière de santé entre les peuples inuits, métis et des Premières nations et le reste de la population canadienne persistent toujours. L'histoire du Canada, ponctuée par la colonisation des peuples des I/M/PN et le racisme, la discrimination et la marginalisation qui en ont découlé, continue d'avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être de nombreuses collectivités[3].

En tant que premiers peuples du Canada, ces collectivités se distinguent par la diversité de leurs langues, de leurs croyances, de leur histoire et de leurs pratiques de santé. Même si la diversité linguistique, historique et en matière de santé s'applique aussi aux groupes culturels qui ont immigré au Canada, les peuples des I/M/PN ne forment pas un groupe culturel au Canada. Ils sont au contraire des peuples distincts, reconnus par la Constitution, qui ont des droits ancestraux et issus des traités.

Un bref survol de certains des écarts persistants dans l'état de santé des peuples des I/M/PN par rapport à l'ensemble de la population met dramatiquement en évidence l'urgente nécessité d'accorder la priorité à la santé et au bien-être de ces collectivités dans les programmes d'enseignement des facultés de médecine[4].

- L**'espérance de vie** des peuples des Premières nations était estimée à 68,9 ans chez les hommes et à 76,6 ans chez les femmes, soit une différence de 7,4 et 5,2 ans respectivement par rapport au reste de la population canadienne.
- Près de la moitié des décès sont attribuables à des **maladies circulatoires** possibles à prévenir (23 % de tous les décès) et à des **blessures** (22 % de tous les décès).
- Chez les membres des Premières nations âgés de 1 à 44 ans, **les blessures et l'empoisonnement** étaient les causes les plus fréquentes de décès. Chez les moins de 10 ans, la principale cause de décès était classée comme non intentionnelle (accident).
- Les taux de **suicide** chez les jeunes Autochtones sont de cinq à sept fois plus élevés que la moyenne nationale[5]. Les hommes Inuits de 15 à 24 ans sont 20 fois plus à risque de commettre **un suicide réussi** en comparaison du reste de la population québécoise[6]. Le suicide compte parmi les principales causes de décès par accident chez les peuples Autochtones au Canada.
- **Les maladies infectieuses** continuent d'alimenter les écarts actuels, notamment au chapitre des taux de coqueluche (2,2 fois plus élevés) de rubéole (7 fois plus élevés), de tuberculose (6 fois plus élevés) et de dysenterie bacillaire (2,1 fois plus élevés) que le reste de la population en 2000.
- **Les années potentielles de vie perdues en raison de blessures** à elles seules étaient plus nombreuses que pour toutes les autres causes de décès et près de 3,5 fois plus élevées que dans l'ensemble de la population.

3 Ministère des Approvisionnements et Services (1996). Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa, Ontario

4 http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/stats_profil_e.html - Statistical profile on the health of First Nations in Canada; Santé Canada. Accédé le 10 janvier 2008.

5 http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/fnsocec/abhl_e.html - Fiche d'information sur la santé des Autochtones, Affaires indiennes et du Nord Canada. Accédé le 10 janvier 2008.

6 Completed Suicides Among the Inuit of Northern Québec, 1982-1996, A Case Control Study. Canadian Medical Association Journal, 18 septembre 2001; 165 (6).

Des barrières systémiques continuent de miner l'importance de travailler à des solutions collectives qui favoriseront la santé et le bien-être des peuples des I/M/PN. L'Accord de Kelowna en témoigne. Cet accord est une collection de documents, intitulés collectivement « *Premiers ministres et dirigeants Autochtones nationaux - Renforcer les relations et combler l'écart*». C'était le point culminant de tables rondes de discussion entre les dirigeants des Inuits, des Métis et des Premières nations et le gouvernement du Canada.

L'exercice avait pour but de régler les problèmes de disparité dans l'état de santé des peuples des I/M/PN grâce à de meilleures conditions de logement, d'emploi et de santé et à un investissement important de fonds et de ressources. Puisque l'élaboration de l'initiative avait misé sur la coopération et des consultations auprès de toutes les parties concernées, les dirigeants des I/M/PN considéraient l'Accord de Kelowna comme un pas dans la bonne direction. Par ailleurs, sans plan précis de mise en œuvre, les stratégies énoncées dans le document de travail n'ont jamais été mises en place.

Qu'est-ce que tout ceci a à voir avec le système de santé et ses professionnels?

Les I/M/PN sont souvent en présence de médecins qui ne reconnaissent peut-être pas les obstacles avec lesquels leurs patients sont aux prises pour améliorer leur santé et qui, par le fait même, n'essaient pas de régler cesentraves[7].

Lorsque les médecins sont formés et soutenus, ils sont davantage en mesure de surmonter les obstacles comme la langue, les problèmes sociaux et le racisme institutionnel et de reconnaître et de perfectionner les habiletés nécessaires pour défendre les intérêts de ces patients et travailler en collaboration avec eux, leurs collectivités et d'autres membres des équipes interdisciplinaires dans l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé.

Parallèlement, les peuples des I/M/PN ont fait preuve d'une grande résilience face à ces défis et ont une riche collection de savoir et de traditions à faire connaître. Le savoir et les pratiques de guérison traditionnels continuent d'être mis à contribution par les guérisseurs, les sages-femmes et les praticiens de la médecine rituelle qui forment un important système de prestation de soins de santé aux I/M/PN.

Les facultés de médecine sont bien placées pour travailler avec les collectivités des I/M/PN et leurs systèmes de santé actuels dans l'atteinte de l'objectif d'améliorer leur santé et leur bien-être. Il y a d'amples possibilités de préparer et de soutenir les médecins dans leur travail avec les collectivités des I/M/PN pour surmonter ces problèmes. L'acquisition des habiletés voulues pour donner des soins sécurisant sur le plan culturel aux peuples des I/M/PN bénéficie aussi de manière générale aux autres collectivités et populations desservies par les médecins canadiens.

7 Ministère des Approvisionnements et Services (1996). Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa, Ontario

La réussite de la mise en œuvre des compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations, produites par le Sous-comité du programme d'enseignement du Groupe de travail sur la santé des Autochtones de l'AMIC et de l'AFMC et des représentants des collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations exigera des enseignants en médecine d'avoir une connaissance pratique et une définition de la *sécurisation culturelle*.

La sécurisation culturelle désigne un état selon lequel un professionnel épouse l'habileté de l'autoréflexion comme moyen de faire avancer une rencontre thérapeutique avec les peuples des Métis, des Inuits et des Premières nations et d'autres collectivités, y compris, sans s'y limiter, les minorités visibles, les communautés gaies, lesbiennes et transsexuelles et les personnes aux prises avec des difficultés. L'autoréflexion, dans ce cas, est étayée par une compréhension de l'écart entre les pouvoirs. Pour les collectivités Métisses, Inuites et des Premières nations, ce déséquilibre des pouvoirs est inégal et peut être considéré comme un élément résiduel de la colonisation et faire obstacle aux efforts pour favoriser la santé et la guérison des citoyens Métis, Inuits et des Premières nations au Canada. Les professionnels devraient être en mesure de comprendre leurs propres partis-pris et préjugés et comment le racisme pourrait jouer un rôle dans la prestation de soins à ces diverses collectivités.

L'adoption d'une perspective de *sécurisation culturelle* crée pour les enseignants et les apprenants en médecine des conditions favorables au perfectionnement des connaissances, des habiletés et des attitudes significatives nécessaires pour dispenser des soins de santé efficaces aux collectivités diversifiées des Inuits, des Métis et des Premières nations dans l'ensemble du Canada.

C'est un domaine en pleine évolution associé à différentes expressions dont la connaissance culturelle, la compétence culturelle, la sécurisation culturelle et l'humilité culturelle. Nous avons choisi d'utiliser dans ce document l'expression *sécurisation culturelle* parce qu'elle englobe l'habileté additionnelle de l'autoréflexion. Pour les praticiens et les enseignants des sciences de la santé, l'habileté à l'autoréflexion est essentielle à la relation entre le patient et le médecin. Cette habileté est une extension de l'approche centrée sur le patient enchâssée dans bon nombre de programmes d'enseignement au Canada. Le concept de la *sécurisation culturelle* nous vient des Māoris d'Aotearoa (Nouvelle-Zélande)[8].

La *sécurisation culturelle* va au-delà de :

- la connaissance culturelle, la reconnaissance d'une différence;
- la sensibilité culturelle, la reconnaissance de l'importance de respecter la différence;
- la compétence culturelle, qui insiste sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens[9].

Ces trois approches ont contribué à nous faire comprendre la nécessité de nous préoccuper de la culture d'un patient, mais elles comportent toutes des limites bien réelles

On a récemment mis en évidence les problèmes associés à la compétence culturelle, notamment les suivants :

- la réduction de la culture à des habiletés techniques pour lesquelles on peut former des cliniciens à en acquérir la maîtrise;
- une série de choses « à faire » et « à ne pas faire » qui définit comment traiter un patient selon ses antécédents culturels ou ethniques;

8 Ramsden, I. (1990) Cultural safety. New Zealand Nursing Journal 83 (décembre): 18-19

9 http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod1/index.htm - Cultural Safety, Module 1 – Peoples' Experience of Colonization. University of Victoria, School of Nursing; Initiatives in Indigenous Nursing. Accédé le 14 février 2007.

- l'idée que les collectivités culturelles sont des sociétés isolées avec les mêmes significations culturelles homogènes;
- le fait que les facteurs culturels ne sont pas toujours au cœur des soins médicaux[10].

De plus, les relations de pouvoir, la problématique homme-femme, la sexualité, les croyances spirituelles et la situation socioéconomique peuvent demeurer « invisibles » aux yeux des dispensateurs qui se concentrent simplement sur la compétence culturelle et les différences culturelles. La *sécurisation culturelle* repose sur une compréhension des différences de pouvoir inhérentes à la prestation des services de santé et sur le redressement de ces inégalités grâce à des processus de formation[11].

L'adoption d'une approche de sécurisation culturelle dans le redressement de ces inégalités permet aux médecins et aux autres professionnels de la santé d'améliorer l'accès des patients, des collectivités et des populations à la santé; de reconnaître que nous sommes tous porteurs d'une culture; d'exposer le contexte social, politique et historique des soins de santé; et de mettre un terme aux relations caractérisées par un déséquilibre des pouvoirs[12].

La sécurisation culturelle repose sur le principe fondamental que c'est le patient qui définit ce que signifie pour lui « un service sécuritaire »[13]. Cette avenue ouvre des possibilités d'apprentissage au sujet de l'histoire unique, des défis et des réussites actuels des collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations pour en arriver à un degré de santé et de bien-être comparable à celui de nombreux citoyens non Autochtones. De plus, les médecins sont incités à demander aux patients (aux membres de la famille et aux collectivités, le cas échéant) ce qui leur importe le plus dans leur expérience de la maladie et de son traitement. Lorsque les dispensateurs de soins s'engagent dans une telle relation avec le patient, ils peuvent ainsi devenir plus centrés sur le patient Inuit, Métis ou des Premières nations.

Il importe d'être au courant que les patients Inuits, Métis et des Premières nations vivent peut-être déjà dans leurs propres systèmes de santé et que les médecins doivent travailler en parallèle avec ces systèmes ou à l'intérieur de ceux-ci. Ces systèmes peuvent être vastes et inclure des membres de la famille, des services communautaires et des professionnels de la santé dans des équipes interdisciplinaires de première ligne, notamment d'autres médecins, des organismes non gouvernementaux et gouvernementaux.

Si la sécurisation culturelle est examinée ici dans le contexte des compétences essentielles en matière de santé des Inuits, Métis et des Premières nations présentées dans ce cadre, tous les patients, y compris ceux des minorités visibles, les immigrants et les nouveaux Canadiens, les personnes ayant des incapacités et ceux d'orientations sexuelles différentes, en bénéficient aussi.

L'adhésion au principe de la sécurisation culturelle renforcera le domaine comportemental de l'éducation médicale. En tant que composante des habiletés en communication, elle devrait être aisément intégrée à la plupart des possibilités d'apprentissage que partagent les enseignants et les étudiants en médecine.

10 Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. Plos Medicine 2(10): 1673-1676. Voir aussi http://www.plosmedicine.org

11 Spence, D. (2001). Hermeneutic notions illuminate cross cultural nursing experiences. Journal of Advanced Nursing 35(4): 624-630.

12 Varcoe, C. (2004). Context/culture. Segment non publié du Collaborative Nursing Program in BC curriculum guide. Vancouver. Collaborative Nursing Program in British Columbia.

13 Varcoe, C., & McCormick, J. (2006). Racing around the classroom margins: Race, racism and teaching nursing. Dans L.E. Young & Paterson, B. (rédacteurs) Teaching nursing: Developing a student-centred learning environment (p. 437-466). Philadelphie, PA: Lippincott, Williams & Williams.

1. Expert médical

Compétence principale

L'étudiant diplômé démontre sa capacité de prodiguer des soins empathiques, sécurisant sur le plan culturel, et centrés sur la relation aux patients Inuits et Métis et des Premières nations, à leur famille ou à leurs collectivités.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

1.1 Décrire les liens entre les pratiques gouvernementales historiques et actuelles envers les Inuits, les Métis et les Premières nations (y compris, sans s'y limiter, la colonisation, les pensionnats, les traités et les revendications territoriales) et les résultats intergénérationnels qui en ont découlé en matière de santé.

1.2 Décrire les divers services de santé offerts aux Inuits, aux Métis et aux Premières nations, ainsi que le fondement historique de ces systèmes en ce qui a trait à ces collectivités.

1.3 Identifier la diversité entre les collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations de la région qui se traduit par une variété de points de vue, d'attitudes, de croyances et de comportements. Décrire au moins trois exemples de cette diversité culturelle.

1.4 Décrire comment les déterminants médicaux, sociaux et spirituels de la santé et du bien-être des Inuits, des Métis et des Premières nations influencent leur santé[14].

1.5 Identifier et décrire les diverses pratiques de guérison et de bien-être (traditionnelles et non traditionnelles) qui existent dans les collectivités locales des Inuits, des Métis et des Premières nations[15].

14 et 15 Le savoir indigènes est différent mais égal au savoir occidental. En apprenant à propos du savoir et des pratiques indigènes, les étudiants en médecine auront la possibilité de reconnaître et de respecter cette vérité.

2. Communicateur

Compétence principale

L'étudiant diplômé sait communiquer de manière efficace et sécurisant sur le plan culturel avec les patients Inuits, Métis et des Premières nations, leur famille et leurs pairs.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

2.1 Décrire la sécurisation culturelle en ce qui a trait aux patients Inuits, Métis et des Premières nations.

2.2 Identifier la centralité de la communication dans la prestation de soins sécurisants sur le plan culturel et communiquer de manière sécurisante sur le plan culturel avec les patients, les familles et les collectivités Inuits, Métis et des Premières nations.

2.2 Démontrer la capacité d'établir une relation thérapeutique positive avec les patients Inuits, Métis et des Premières nations et leur famille, caractérisée par la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie[16].

16 Les enseignements dans ce domaine devraient inclure, sans s'y limiter, la compréhension de l'influence que peuvent avoir la tradition orale et la culture sur la volonté des patients Inuits, Métis et des Premières nations de discuter librement de problèmes de santé.

3. Collaborateur

Compétence principale

L'étudiant diplômé fait preuve des habiletés en collaboration efficace avec les professionnels de la santé Autochtones et non Autochtones, les chamans et les guérisseurs traditionnels dans la prestation de soins de santé efficaces aux patients et aux populations Inuits, Métis et des Premières nations

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

3.1 Identifier les grands principes de l'établissement de relations éthiques et de collaboration.

3.2 Décrire les types de guérisseurs et de chamans Autochtones traditionnels et des professionnels de la santé qui travaillent dans les collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations de la région et la façon dont ils sont considérés dans la collectivité.

3.3 Démontrer qu'ils savent s'enquérir de manière appropriée si un patient Inuit, Métis et des Premières nations prend des herbes médicinales ou des médicaments traditionnels pour traiter leur problème et comment intégrer cette information dans leurs soins[17].

17 L'intégration de cette information dans les soins aux patients peut être attendue de l'étudiant au niveau postdoctoral.

4. Gestionnaire

Compétence principale

L'étudiant diplômé est capable de décrire des approches pour optimiser la santé des collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations par une attribution équitable des ressources en soins de santé, et en faisant un juste équilibre entre l'efficacité, l'efficience et l'accès et en se servant des pratiques exemplaires indigènes et fondées sur des données probantes.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

4.1 Faire la distinction entre les concepts du développement communautaire, de l'appartenance, de la consultation, de l'autonomisation, de l'édification des capacités, de la réciprocité et du respect en ce qui a trait à la prestation des soins de santé dans et par les collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations.

4.2 Identifier les principales sources d'information et structures d'entraide communautaires dans la prestation de soins efficaces aux patients Inuits, Métis et des Premières nations.

4.3 Décrire des exemples d'approches fructueuses mises en œuvre pour améliorer la santé des peuples Inuits, Métis et des Premières nations sur le plan local, régional ou national.

5. Promoteur de la santé

Compétence principale

L'étudiant diplômé est capable d'identifier les déterminants de la santé des populations Autochtones et d'utiliser ce savoir pour promouvoir la santé des Inuits, des Métis et des Premières nations sur une base individuelle et collective.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

5.1 Expliquer le concept de l'inégalité qui existe dans l'accès aux soins et aux renseignements en matière de santé par les Inuits, les Métis et les Premières nations, ainsi que les facteurs qui y contribuent[18].

5.2 Identifier des moyens pour remédier à l'inégalité dans l'accès aux soins et aux renseignements en matière de santé par les patients et les populations Inuits, Métis et des Premières nations[19].

18 et 19 Les enseignements devraient inclure, sans s'y limiter, la compréhension des pouvoirs possibles que procurent l'autonomie gouvernementale et l'autodétermination et de l'impact véritable qu'ont ces forces politiques sur l'amélioration de la santé des peuples Inuits, Métis et des Premières nations.

6. Érudit

Compétence principale

L'étudiant diplômé est capable de contribuer à l'élaboration, à la diffusion et à l'évaluation critique des connaissances ou pratiques reliées à l'amélioration de la santé des Inuits, des Métis et des Premières nations au Canada.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

6.1 Décrire des stratégies de travail appropriées avec les populations Inuits Métis et des Premières nations dans le but d'identifier les problèmes et les besoins en matière de santé[20].

6.2 Entreprendre des stratégies efficaces pour transmettre l'information en matière de santé aux patients et aux populations Inuits, Métis et des Premières nations et en faire la promotion[21].

6.3 Décrire divers moyens d'obtenir des renseignements de manière respectueuse (transparente) à propos des populations Inuites, Métisses et des Premières nations qui font intervenir les collectivités en tant que partenaires[22].

6.4 Évaluer de manière critique les forces et les limites des données disponibles utilisées comme indicateurs clés de la santé des Autochtones canadiens.

6..5 Démontrer des façons de reconnaître et de valoriser le savoir Indigène[23].

20, 21 et 22 Les enseignements devraient inclure, sans s'y limiter, l'importance du partenariat, de l'appartenance, de la consultation et de l'action en participation dans l'élaboration de stratégies fructueuses de surveillance de la santé, de recherche et de communication avec les collectivités des Inuits, des Métis et des Premières nations. Les questions relatives à la recherche sont délicates dans certaines collectivités en raison d'expériences antérieures avec des universités qui ont fait des recherches dans ces collectivités et ne leur ont jamais par la suite communiqué les résultats.

23 On insiste ici sur la reconnaissance des moyens non scientifiques / empiriques de savoir qui revêtent une valeur équivalente aux valeurs occidentales de l'érudition.

7. Professionnel

Compétence principale

L'étudiant diplômé fait preuve de son engagement à entamer le dialogue et à établir une relation avec les populations Inuites, Métisses et des Premières nations dans le but d'améliorer la santé grâce à une connaissance et à une prise de conscience plus grandes des Inuits, des Métis et des Premières nations, de leurs cultures et de leurs pratiques en matière de santé.

Objectifs spécifiques

Les étudiants peuvent...

7.1 Identifier, reconnaître et analyser leurs propres valeurs culturelles ou réactions émotionnelles présumées aux nombreux faits historiques et à l'environnement contemporain des populations Inuites, Métisses et des Premières nations et donner leurs opinions avec respect[24].

7.2 Reconnaître et analyser les limites de leurs propres connaissances et perspectives et intégrer de nouvelles façons de voir, valoriser et comprendre les pratiques en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations.

7.3 Décrire des exemples de façons pour un étudiant en médecine d'échanger réciproquement avec les collectivités Inuites, Métisses et des Premières nations[25].

7.4 Faire preuve d'authenticité et d'un comportement encourageant et inclusif dans les échanges avec les personnes, les professionnels de la santé et les collectivités Inuits, Métis et des Premières nations[26].

24 Cette compétence importante ouvre la voie à une réflexion possible (personnelle/professionnelle) pour examiner les concepts difficiles du préjugé, de la discrimination et du racisme.

25 Cette compétence met en évidence l'importance de la réciprocité et de l'échange avec les collectivités Inuites, Métisses et des Premières nations sur lesquels repose l'édification de la relation.

26 On insiste ici sur la démonstration d'un comportement éthique, tel que défini par la culture Inuite, Métisse et des Premières nations.