COMPÉTENCES ESSENTIELLES en matière de santé des Inuits, ses Métis et des Premières Nations

Trousse à outils de mise en œuvre du programme d'enseignement

pour la formation médicale prédoctorale

Avril 2010

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

Remerciements

L'élaboration de cette trousse à outils fait suite à un vaste processus de consultation, entrepris par le Projet de mise en œuvre du programme d'enseignement des compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations de l'AMIC et l'AFMC. La trousse à outils a pour but de faciliter l'atteinte de l'objectif du projet, notamment la prestation de services de santé culturellement sécurisants aux peuples indigènes au Canada.

La trousse à outils est l'une des trois ressources produites pour supporter ces travaux (voir aussi le Cadre des compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations et l'Outil de réflexion critique pour la mise en œuvre du programme d'enseignement). Ces documents peuvent être consultés, en version française et en version anglaise, sur les sites Web de l'AMIC et de l'AFMC à : www.ipac-amic.org/publications.php ou www.afmc.ca/social-aboriginal-health-f.php.

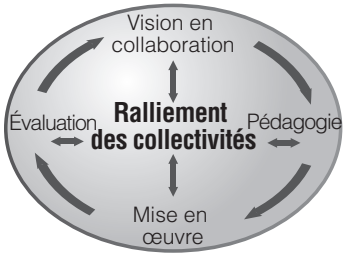
Près de 60 personnes représentant diverses collectivités, facultés de médecine et organisations de toutes les régions du Canada ont participé à l'élaboration de cet outil de référence. Nous les remercions d'avoir ainsi partagé leur sagesse. Nous souhaitons remercier particulièrement la **Dre Danièle Behn-Smith**, membre du Conseil d'administration de l'Association des Médecins Indigènes du Canada et professeure adjointe à la Faculté de médecine de l'Université de l'Alberta. qui a joué un rôle prépondérant dans la synthèse des contributions collectives en une vision d'ensemble cohérente. Masi cho! (Grands mercis!). Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada pour les fonds et le soutien accordés à ce projet.

COMITÉ DE DIRECTION DU PROJET DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT PRODUIT PAR L'AMIC ET L'AFMC

Marcia Anderson, MD, MPH, FRCPC, ancienne présidente, Association des Médecins Indigènes du Canada; professeure adjointe, Départements des sciences de la santé communautaire et de la médecine interne, Université du Manitoba
Barry Lavallee, MD, président, Association des Médecins Indigènes du Canada
Kandice Léonard, directrice générale, Association des Médecins Indigènes du Canada
Sue Maskill, vice-présidente, Éducation et Projets spéciaux, Association des facultés de médecine du Canada
Alan Neville, MD, vice-doyen du Programme de formation prédoctorale, Faculté de médecine Michael G. DeGroote, Université McMaster
Alex McComber, coordonnateur de projets, Association des Médecins Indigènes du Canada
Barbie Shore, gestionnaire de projets, Association des facultés de médecine du Canada

Droit d'auteur © 2010 détenu par l'Association des Médecins Indigènes du Canada et L'Association des facultés de médecine du Canada. Tous droits réservés. Ce document peut être téléchargé et imprimé en totalité à des fins éducatives, personnelles ou publiques non commerciales uniquement. Pour toutes autres utilisations, une permission écrite de l'Association des Médecins Indigènes du Canada et de L'Association des facultés de médecine du Canada doit être obtenue.

Renseignements ou commentaires : info@ipac-amic.org ou indigenoushealth@afmc.ca



COLLABORATEURS

Lily Amagoalik, infirmière en urgence, gouvernement du Nunavut
Valérie Arnault-Pelletier, conseillère en soins infirmiers aux Autochtones, Université de la Saskatchewan
Penny Arsenault, coordonnatrice de projet, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Marie Carole Boucher, MD, professeure, Faculté de médecine, Université de Montréal
Peter Butt, MD, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan
Valerie Capstick, MD, professeure agrégée, Département d'obstétrique et gynécologie, Université de l'Alberta
Chef Clifford Cardinal, MSc, professeur adjoint, Université de l'Alberta
Mildred Ruby Casey-Campbell, étudiante en médecine, Université de Montréal
Lorne Clearsky, MD, médecin-hygiéniste, Régie régionale de la santé de Calgary
Neasa Coll, chercheure, Faculté de médecine, Université de Calgary
Catherine Cook, MD, directrice, Éducation en santé des Autochtones, Université du Manitoba
Cheri Corbiere, présidente, Organisation nationale des représentants autochtones et inuits en santé communautaire
Lynden Crowshoe, MD, Groupe de recherche et développement en soins primaires, Université de Calgary
Nina Desjardins, professeure adjointe, Faculté de médecine Schulich, Université de Western Ontario
Linda Diffey, associée de recherche, Centre for Aboriginal Health Research
Debbie Dolson, conseillère en relations avec les Autochtones, Faculté de médecine, Université de Western Ontario
Arlington Dungy, MD, doyen associé, directeur du programme autochtone, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
Kowesa Etitiq, adjointe de projet, L'Association des facultés de médecine du Canada
Holly Graham, instructrice, Santé et guérison des Autochtones, Université de la Saskatchewan
Michael Green, professeur adjoint, Collège des médecins de famille du Canada
David Gregory, PhD, professeur, Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Mark Hanson, PhD, doyen associé, Admissions en formation prédoctorale et Finances des étudiants, Faculté de médecine, Université de Toronto
Karen Hill, MD, coordonnatrice, Bureau des sciences de la santé des Autochtones, Université McMaster
Rick Hill, membre du corps professoral, Six Nations Technical Institute
Dila Provost, Aîné, Peigan Nation, Alberta
Leane Kelly, infirmière en santé communautaire, Tsewulhtun Health Center
Malcolm King, PhD, chercheur principal, Alberta ACADRE Network, Université de l'Alberta
Rosella Kinoshameg, I.A., B.Sc.inf, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Kristen Jacklin, PhD, professeure adjointe, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
Michael Jong, MD, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université Memorial, Terre-Neuve
Margaret Lavallée, Aînée, Première Nation de Sagkeeng, Manitoba
Crystal Lennie, coordonnatrice des politiques de la santé, Inuvialuit Regional Corporation
Carol Ann Levi, infirmière en santé communautaire et superviseure clinicienne, Elsipogtog Health and Wellness Centre
Debbie Lipscombe, membre du groupe de référence autochtone, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
Marion Maar, professeure adjointe, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
Daniel McKennitt, étudiant en médecine, Université de l'Alberta
Ann Macaulay, MD, professeure de médecine familiale, directrice, Recherche en participation à McGill, Faculté de médecine, Université McGill
Richard MacLachlan, MD, professeur, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université Dalhousie
Ian McDowell, professeur, Épidémiologie et Médecine communautaire, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
Amelia McGregor, Aînée, territoire des Mohawks de Kahnawake, Québec
Veronica McKinney, MD, directrice du centre, Programme de résidence autochtone, Université de la Colombie-Britannique
Shawna O'Hearn, directrice, Bureau de la santé internationale, Université Dalhousie
Ian Peltier, directeur par intérim, Affaires autochtones, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
Lana Potts, étudiante en médecine, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
Chantelle Richmond, professeure adjointe, Département de géographie, Université de Western Ontario
Annette Alix Roussin, coordonnatrice de programmes, Centre for Aboriginal Health Education
Lora Sanderson, coordonnatrice, Assemblée des Chefs du Manitoba
Chandrakant Shah, MD, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Toronto
Marjolaine Siouï, gestionnaire des opérations, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Danielle Soucy, agente de recherche principale, Organisation nationale de la santé autochtone
Renée Turcotte, MD, professeure clinicienne, Université de Sherbrooke
May Toulouse, agent principal de programme, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Gail Turner, directrice des Services de santé du gouvernement du Nunatsiavut
Isabelle Verret, agente de programme, IRRHSA, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Leah Walker, directrice associée, Division de la santé des Autochtones, Université de la Colombie-Britannique
Erin Wolski, conseillère en politiques sur la santé, Congrès des Peuples Autochtones

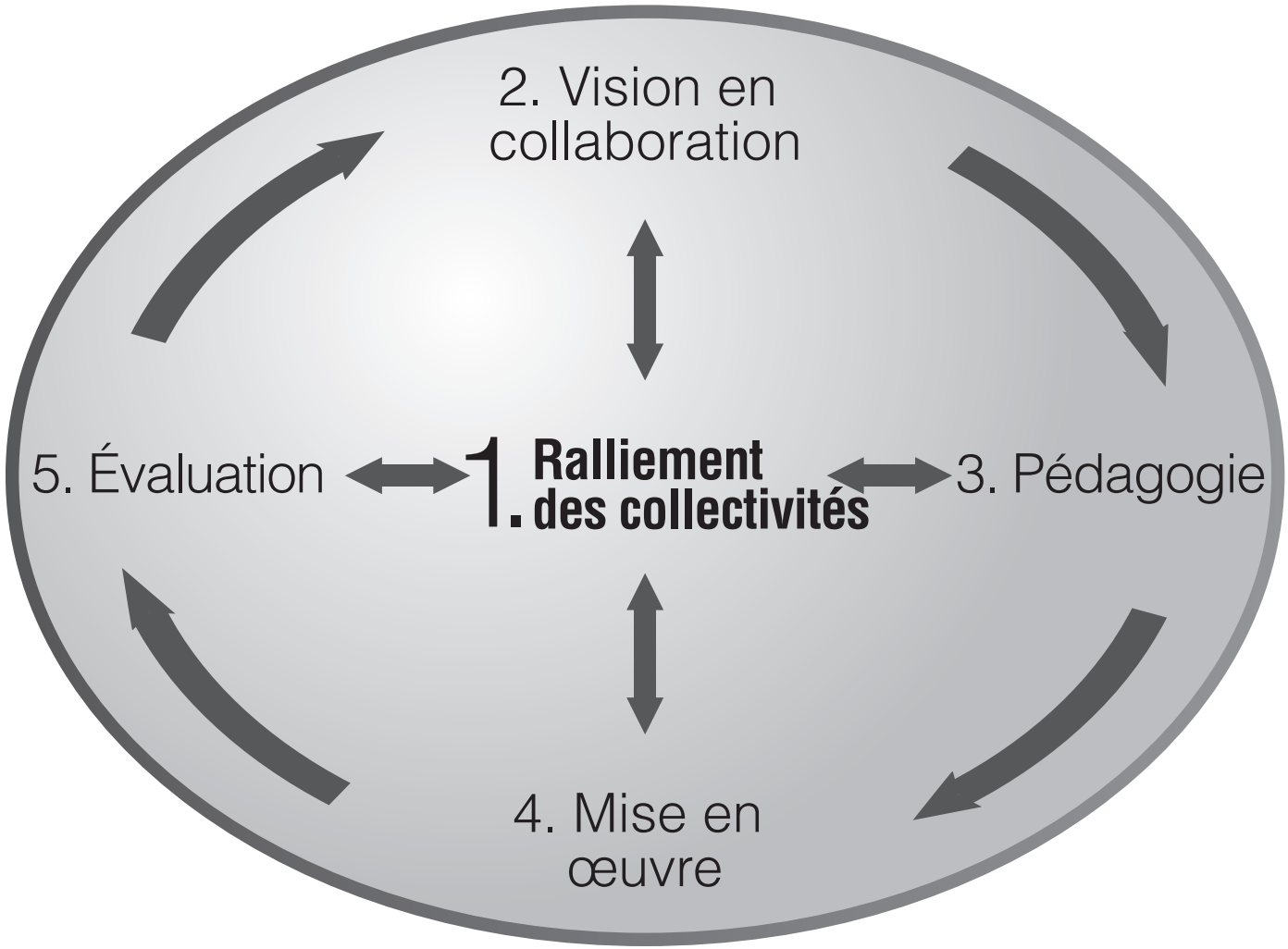
Introduction

La trousse à outils de mise en œuvre du programme d'enseignement produite par l'AMIC et l'AFMC a pour but d'aider les facultés de médecine du Canada à promouvoir les Compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations (I/M/PN) ; il s'agit d'un programme d'enseignement pour la formation médicale prédoctorale. L'AMIC et l'AFMC reconnaissent qu'il peut être complexe de répondre aux besoins en matière de santé et de guérison des diverses collectivités multiculturelles inuites, métisses et des Premières Nations. La transposition des compétences essentielles en matière de santé des I/M/PN exigera le recours à des ressources anciennes et nouvelles, à des approches variées dans l'enseignement, à une évaluation rigoureuse et soutenue et à la participation équitable des personnes concernées par ces changements.

Cette trousse à outils se fonde donc sur le principe de la collaboration avec les diverses collectivités I/M/PN desservies par les facultés de médecine. Elle est structurée en fonction du cercle, un symbole sacré pour de nombreux peuples : une reconnaissance de la nature cyclique du développement, du changement et de la révision. Les facultés de médecine et les collectivités des I/M/PN devront faire preuve de patience dans cet exercice; il faudra du temps, des efforts et des investissements.

Nous vous invitons à exprimer vos commentaires à :
info@ipac-amic.org – ou – indigenoushealth@afmc.ca

Algorithme de la mise en œuvre



Ralliement des collectivités - Raison d'être

L'établissement de relations avec les collectivités desservies par votre institution représente la pierre angulaire sur laquelle repose la réussite du processus d'élaboration et de mise en œuvre d'un programme d'enseignement en harmonie avec les valeurs distales et proximales des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations. Le ralliement des collectivités favorise ce qui suit :

1. Décolonisation - Bon nombre des disparités auxquelles les I/M/PN sont soumis dans le domaine de la santé sont attribuables à la colonisation. Afin d'éviter la répétition de cette dynamique néfaste, il est impératif de placer au premier rang les requêtes des I/M/PN concernant leur propre santé et leur bien-être.

2. Reconnaissance du savoir des I/M/PN - Les collectivités des I/M/PN sont riches en expérience et en savoir dans le domaine de la santé et de la guérison. Les croyances, les valeurs et les pratiques traditionnelles sont sacrées. Elles peuvent comporter des éléments inhabituels dans le modèle biomédical (exemple : l'Esprit). La valeur de la vision unique et de la pédagogie des collectivités des I/M/PN que vous desservez doit être reconnue à juste titre et respectée rigoureusement.

3. Représentation exacte - Malheureusement, le racisme et la discrimination envers les peuples des I/M/PN existent toujours au sein du système de santé. Le ralliement des collectivités permettra de modifier cette déplorable perception qui renforce les stéréotypes. Les peuples des I/M/PN seront alors perçus selon une perspective plus représentative de leurs forces. Le travail en partenariat avec les collectivités mettra en évidence leur résilience, leurs capacités et leurs points forts.

4. Modèles de comportement - Le ralliement des collectivités permet au corps professoral de personnifier les compétences essentielles dans un contexte différent. L'établissement d'une relation égalitaire et coopérative avec les collectivités des I/M/PN démontre aux étudiants en médecine la nécessité de travailler en partenariat.

Ralliement des collectivités - Processus

Le processus de ralliement des collectivités est unique à chaque faculté selon les populations desservies. C'est un exercice complexe qui exigera beaucoup de temps et d'attention. Voici des suggestions et des exemples pour vous guider lors de cette étape cruciale :

1. Réflexion - Il importe de commencer par identifier toutes les collectivités desservies par votre faculté. L'Institut canadien de recherche en santé définit une collectivité comme étant un groupe de personnes partageant un sentiment d'appartenance. L'Institut indique aussi que les collectivités des I/M/PN ne sont pas homogènes et, selon les influences historiques, peuvent ou non être situées dans leur territoire d'origine. C'est pourquoi il est important d'inclure tous les groupes desservis par votre faculté dans ce processus – urbains, réserves, régions arctiques, etc.

2. Ressources locales - Si votre établissement emploie des professeurs et du personnel I/M/PN, il serait bénéfique de les impliquer le plus tôt possible dans le processus. Bien qu'une personne, à elle seule, ne puisse représenter adéquatement les intérêts diversifiés de toutes les collectivités aux fins de cet exercice, elle peut toutefois aider à établir les premiers contacts de manière culturellement sécurisante. Nous vous encourageons fortement à accroître le nombre de professeurs I/M/PN dans votre faculté de médecine ainsi qu'à assurer une collaboration transdisciplinaire avec d'autres professeurs I/M/PN.

3. Premiers contacts - Il incombe à la faculté de médecine d'initier le partenariat. Des relations formelles ou informelles existent peut-être déjà entre votre établissement et les organisations des collectivités que vous desservez. Voyez si tel est le cas et, si oui, contactez-les. Prenez conseil auprès des groupes ayant déjà établi des partenariats avec les collectivités. Ces premiers contacts n'impliqueront probablement pas toutes les collectivités et les organisations I/M/PN concernées mais, au fur et à mesure qu'évoluera le processus, ces groupes vous aideront à identifier d'autres partenaires.

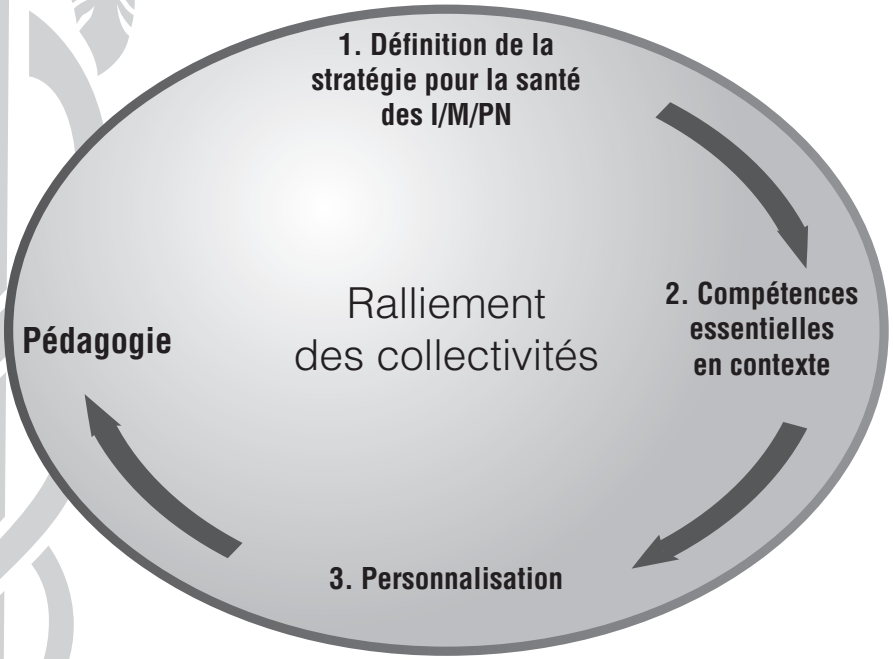
4. Protocole de respect - La dynamique du partenariat dépendra en grande partie de la manière dont vous aurez abordé les représentants des organisations des collectivités que vous desservez. Il importe de faire preuve de respect envers les traditions locales. Si vous n'êtes pas familier avec les coutumes en usage, il serait sage de vous enquérir auprès de vos premiers contacts du protocole à respecter.

5. Groupe de référence - Lorsque toutes les collectivités desservies par votre faculté auront été identifiées et invitées à participer au processus, il serait utile de former un groupe de référence. Ce groupe sera composé des principaux intervenants des collectivités. Pour assurer la réussite et la pertinence de l'exercice, les collectivités doivent guider le processus. La formation d'un groupe de référence est l'une des façons de faciliter l'atteinte de l'objectif.

6. Réflexion continue - Le processus de ralliement des collectivités est en constante évolution. Le partenariat doit être soutenu et alimenté pour demeurer viable. Nous devons examiner rigoureusement notre partenariat afin d'assurer l'équilibre du pouvoir. Tous les membres doivent avoir la possibilité de contribuer de manière significative et doivent jouir du même respect. La communication doit être constante et bilatérale. Travailler ensemble exigera de la patience et du tact. L'amélioration de la santé des I/M/PN récompensera cet investissement. La Faculté de médecine du Nord de l'Ontario et les collectivités métisses et des Premières Nations de l'Ontario servent d'exemple dans la réussite d'un tel partenariat.

Vision en collaboration

Définir conjointement la vision de votre groupe concernant la santé des I/M/PN permettra de coordonner et d'orienter vos efforts tout en maintenant l'imputabilité tout au long du processus.



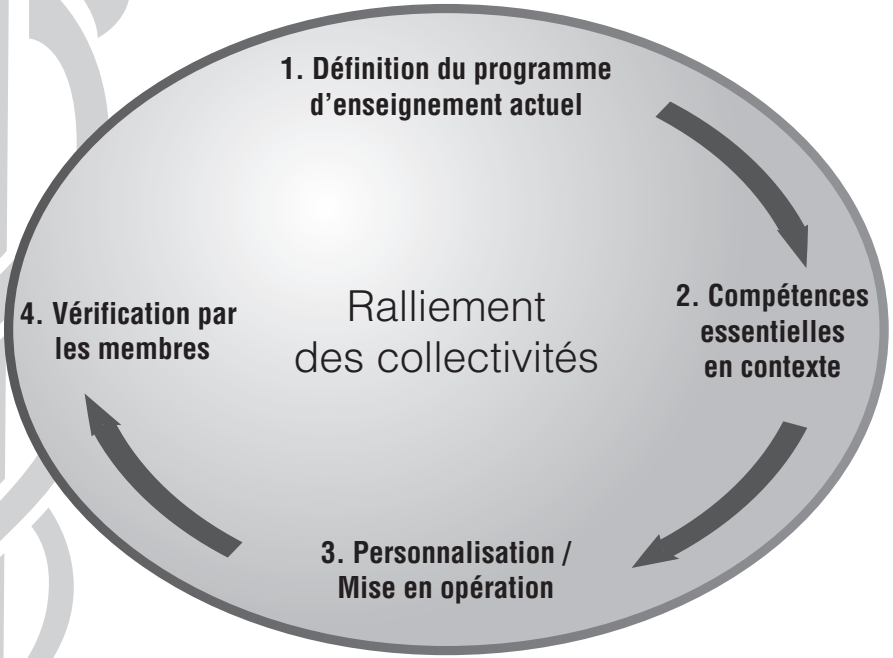
1. Définition de la stratégie pour la santé des I/M/PN - En tant que groupe, vous devez formuler clairement votre objectif général et bien le détailler. Cette stratégie peut et devrait comporter davantage que la simple adoption des compétences essentielles en matière de santé des I/M/PN. Pour assurer un juste équilibre entre les participants, vous pourriez avoir recours à un animateur impartial spécialisé en planification stratégique.

2. Compétences essentielles en contexte - Dans le contexte de la stratégie inclusive pour la santé des I/M/PN que vous venez de définir, vous devez maintenant revoir chacune des compétences essentielles. Réfléchissez aux liens qui existent entre les compétences essentielles et votre stratégie globale, puis, spécifiquement, à leur signification pour le groupe de référence des I/M/PN. Chaque groupe interprétera différemment les compétences essentielles et aura une idée distincte de la façon dont un praticien devrait prouver sa compétence. Précisez dès le début le profil recherché du praticien culturellement sécurisant pour les membres des collectivités que vous desservez.

3. Personnalisation - Pour que votre stratégie devienne opérationnelle, chaque participant doit comprendre clairement comment apporter sa contribution. Prenez le temps de réfléchir à la signification du processus pour les participants. Demandez-vous comment ils conçoivent la réalisation de l'objectif commun. Un expert en animation saurait faciliter grandement l'exécution de cette étape.

Pédagogie

La pédagogie est l'art, la science ou la profession d'enseigner. En respectant les distinctions entre les pédagogies non I/M/PN et les pédagogies I/M/PN et en assurant un juste équilibre des contributions de tous les participants, vous ferez en sorte que le processus d'enrichissement du programme d'enseignement soit culturellement sécurisant. Visez à promouvoir l'enseignement dans la culture et non pas la culture dans l'enseignement.



1. Définition du programme d'enseignement actuel - Examinez votre programme d'enseignement actuel pour cerner les thèmes liés à la santé des I/M/PN qui y sont déjà inclus. À l'aide du groupe, faites ressortir les points forts de votre programme dans le domaine de la santé des I/M/PN. Travaillez à les préserver et à les améliorer. Identifiez aussi les lacunes du programme d'enseignement. Déterminez quelles composantes pourraient être enrichies en fonction de votre stratégie pour la santé des I/M/PN.

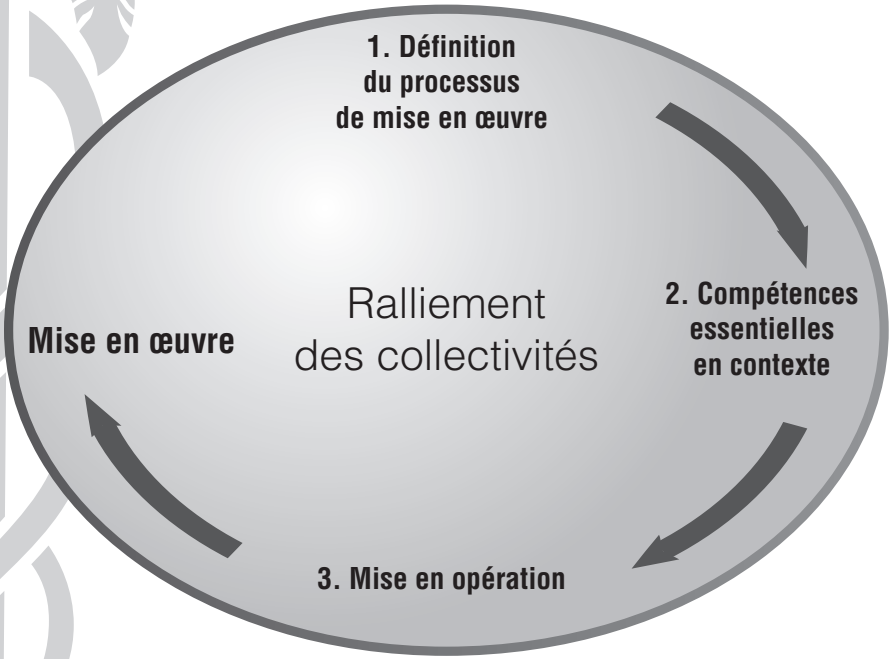
2. Compétences essentielles en contexte - Décelez les endroits dans le schéma du programme d'enseignement où il faudrait intégrer les compétences essentielles. Sachant que le temps consacré à la modification du programme d'enseignement est très précieux, nous vous suggérons d'adopter une approche d'amélioration. Selon cette approche, vous modifierez le programme existant pour tenir compte des perspectives des I/M/PN plutôt que de le reprendre entièrement. Le champ des compétences essentielles est vaste et complexe. Les intégrer à l'enseignement exigera des méthodes multiples (apprentissage par problèmes (APP), apprentissage didactique, apprentissage expérientiel, etc.) et une ouverture d'esprit à l'endroit des pédagogies des I/M/PN.

3. Personnalisation /Mise en opération - À cette étape, les membres de votre groupe ayant de l'expertise en élaboration de programmes d'enseignement peuvent travailler à la création du contenu qui, nous le souhaitons, aura fait l'objet d'un consensus. Si aucun membre de votre faculté ne possède cette expertise, vous pourriez envisager l'embauche d'un expert, idéalement, une personne ayant déjà démontré sa capacité à respecter et à entériner les pédagogies des I/M/PN. Rappelez-vous que certains éléments du savoir des I/M/PN (exemple : l'Esprit) ne peuvent s'enseigner dans un cours magistral. Par conséquent, il importe que les membres de votre groupe travaillent en étroite collaboration avec les Aînés des I/M/PN pour inculquer ces enseignements de manière respectueuse et appropriée.

4. Vérification par les membres - Un engagement significatif auprès des collectivités exigera un échange bilatéral constant de l'information. Il faudra veiller à ce que le programme d'enseignement en évolution continue de refléter les objectifs généraux du groupe. Nous vous recommandons de présenter, dès que possible, aux membres du groupe tout le matériel de cours, les lectures, les scénarios d'APP et les enseignements expérientiels afin qu'ils puissent en examiner le contenu. Bien que ce travail exige beaucoup de temps, le programme d'enseignement qui en résultera sera plus riche et mieux ancré dans la culture.

Mise en œuvre

Réussir à transposer le savoir et à utiliser sciemment les compétences essentielles requiert une diversité de stratégies de mise en œuvre. Nous suggérons, à la fois, des approches parallèles et intégratives. À l'image des étapes précédentes, il est fondamental que les voix des collectivités demeurent au cœur du processus.



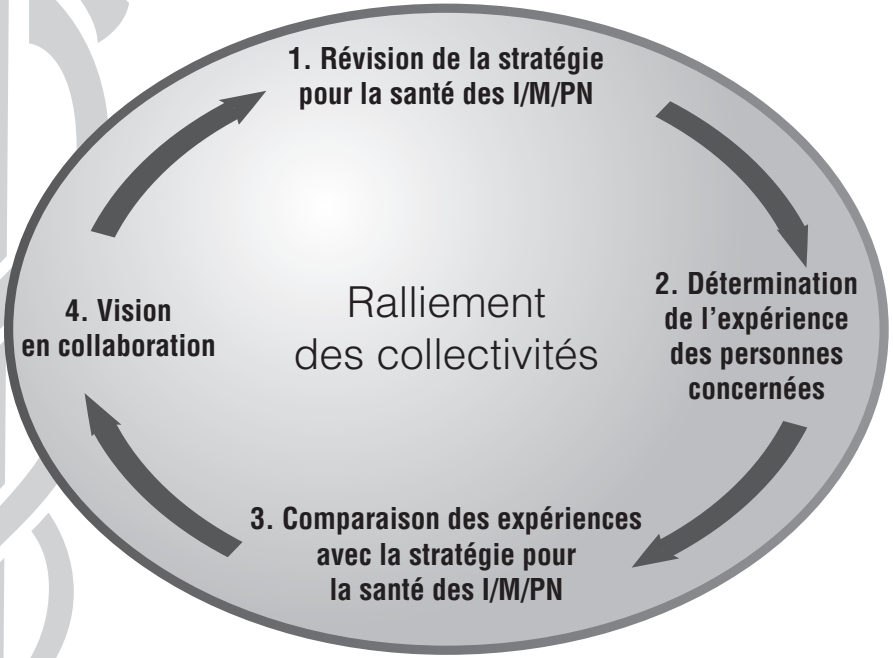
1. Définition du processus de mise en œuvre - Chaque faculté aura son propre processus de changement du programme d'enseignement. Passez en revue ce processus et précisez les étapes nécessaires. Assurez-vous qu'une personne directement impliquée dans les décisions entourant le programme d'enseignement médical prédoctoral fait partie de votre équipe. Le programme d'enseignement sur la santé des I/M/PN sera unique. Essayez d'identifier, dans votre processus actuel, ce qui pourrait compromettre la mise en œuvre du programme d'enseignement. Par exemple, existe-t-il un précédent où un membre d'une collectivité des I/M/PN aurait enseigné le programme? Est-ce que l'enseignement est, et a toujours été, exercé exclusivement par le corps professoral médical?

2. Compétences essentielles en contexte - À cette étape-ci, le groupe de référence des I/M/PN sera très familier avec les changements à venir. D'autres personnes concernées doivent être préparées aux changements apportés au programme d'enseignement. Les professeurs et les étudiants devront être informés des motifs qui sous-tendent les changements proposés. Les étudiants doivent connaître le contexte de ces enseignements avant qu'un Aîné ou un membre d'une collectivité ne puisse leur enseigner. Ils doivent être avisés qu'ils vivront une expérience éducative différente. La mise en contexte des changements préparera les étudiants et les professeurs en leur faisant comprendre la nécessité des révisions au programme d'enseignement.

3. Mise en opération - En raison de la nécessité d'enchâsser le programme d'enseignement amélioré dans l'ensemble de l'expérience des étudiants en médecine et d'adopter des méthodes multiples, les exigences sur le plan administratif seront considérables. Les expériences intégratives basées dans les collectivités exigeront des ressources importantes tant sur le plan financier qu'humain. L'objectif de former des médecins diplômés sachant dispenser des soins culturellement sécurisants est permanent. Il faut donc assurer un financement stable et durable. Comme vous le verrez dans l'étape de l'Évaluation, le cycle de la promotion de la santé des I/M/PN est continu. C'est pourquoi nous vous recommandons fortement d'y accorder un financement de base.

Évaluation

L'évaluation est une autre étape importante dans la mise en œuvre des compétences essentielles en matière de santé des I/M/PN. Il est essentiel d'analyser les résultats des changements au programme d'enseignement. Le seul fait d'avoir modifié le programme ne doit pas être considéré comme une réussite. Les changements visent la réalisation des objectifs de votre stratégie pour la santé des I/M/PN. C'est pourquoi la réflexion doit porter sur l'ensemble.



1. Révision de la stratégie pour la santé des I/M/PN - Commencez votre évaluation par un examen de la stratégie pour la santé des I/M/PN qui a été acceptée par votre groupe dans les étapes initiales du processus. Cet exercice devrait être bref puisqu'il s'agit de ce qui a orienté vos efforts jusqu'ici. À cette étape, tous devraient posséder une bonne connaissance de l'objectif général.

2. Détermination de l'expérience des personnes concernées - Les changements au programme d'enseignement susciteront diverses expériences. Vous voudrez savoir en quoi cela aura influencé les étudiants, les professeurs et, avant tout, les membres des collectivités des I/M/PN desservies par votre établissement. Il est impératif de savoir si les étudiants ont le sentiment d'avoir accru leurs connaissances dans le domaine de la santé des I/M/PN. De même, il est nécessaire de savoir si les patients I/M/PN soignés par ces étudiants estiment que les soins reçus ont été prodigués de façon culturellement sécurisante. Rappelez-vous que « l'expérience » des soins culturellement sécurisants avait été définie conjointement au début du processus, à l'étape de la vision en collaboration. Vous pourriez faire appel à un professeur expérimenté en recherche qualitative/méthodes mixtes pour l'élaboration des outils nécessaires à la cueillette de ces données.

3. Comparaison des expériences avec la stratégie pour la santé des I/M/PN - Lorsque vous aurez recueilli les données sur les répercussions des changements au programme d'enseignement, vous pourrez examiner les résultats et créer des liens entre ces données et votre stratégie pour la santé des I/M/PN. Est-ce que les résultats des changements au programme d'enseignement vous rapprochent de l'atteinte des objectifs de votre stratégie pour la santé des I/M/PN? Si la réponse est négative, expliquez-en la raison. Et dans l'affirmative, dites-nous si vous croyez que les résultats sont suffisants ou s'il y a place à amélioration.

4. Vision en collaboration - Comme vous pouvez le constater, à la fin du cycle initial de ce processus, vous vous retrouvez tout naturellement à l'étape de l'élaboration en collaboration de la vision. Ensemble, vous pouvez réfléchir à l'expérience vécue tout au long de ce processus, aux façons de l'améliorer et aux moyens à prendre pour continuer à promouvoir la santé des I/M/PN.

Partage des expériences et des ressources

Les programmes d'enseignement mis en œuvre dans les diverses régions du Canada seront uniques à chaque faculté de médecine et à chaque collectivité desservie. Par ailleurs, il peut se révéler très utile de partager les expériences vécues et les ressources à l'échelle nationale et internationale.

L'AMIC et l'AFMC ont apporté leur soutien à un groupe national sur l'éducation en santé des Indigènes. Ce groupe était formé d'enseignants de chaque faculté de médecine et, dans la mesure du possible, de leurs partenaires des collectivités des I/M/PN. Au moment où nous amorçons cette prochaine étape de la mise en œuvre du programme d'enseignement, l'AMIC et l'AFMC offrent **en ligne une collaboration sur l'éducation en santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations** au sein de la Collaboration pour l'éducation en santé au Canada (CESC), dans le but de permettre les discussions et les échanges.

Pour vous joindre à nous, allez à *First Nations, Inuit & Métis Health Education - Éducation en santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations*, sous la section des collaborations, du site de la CESC à : http://www.chec-cesc.ca

Les étudiants sont d'importants catalyseurs de changements des programmes d'enseignement. Certaines facultés de médecine comptent déjà des groupes d'intérêt en santé des Autochtones dirigés par des étudiants. Pour permettre à ces groupes de prendre contact et d'échanger à l'échelle nationale, le site de la CESC offre une collaboration en ligne.

Nous envisageons avec plaisir l'échange entre les nombreuses ressources par l'intermédiaire de la bibliothèque de la CESC, y compris *le Elders Handbook* élaboré par la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario. Ce dernier explique comment une faculté de médecine peut s'engager auprès des Aînés autochtones et travailler en partenariat avec eux. Pour en savoir davantage, visitez son site Web à : http://www.normed.ca/communities/aboriginal_affairs/general.aspx?id=3850