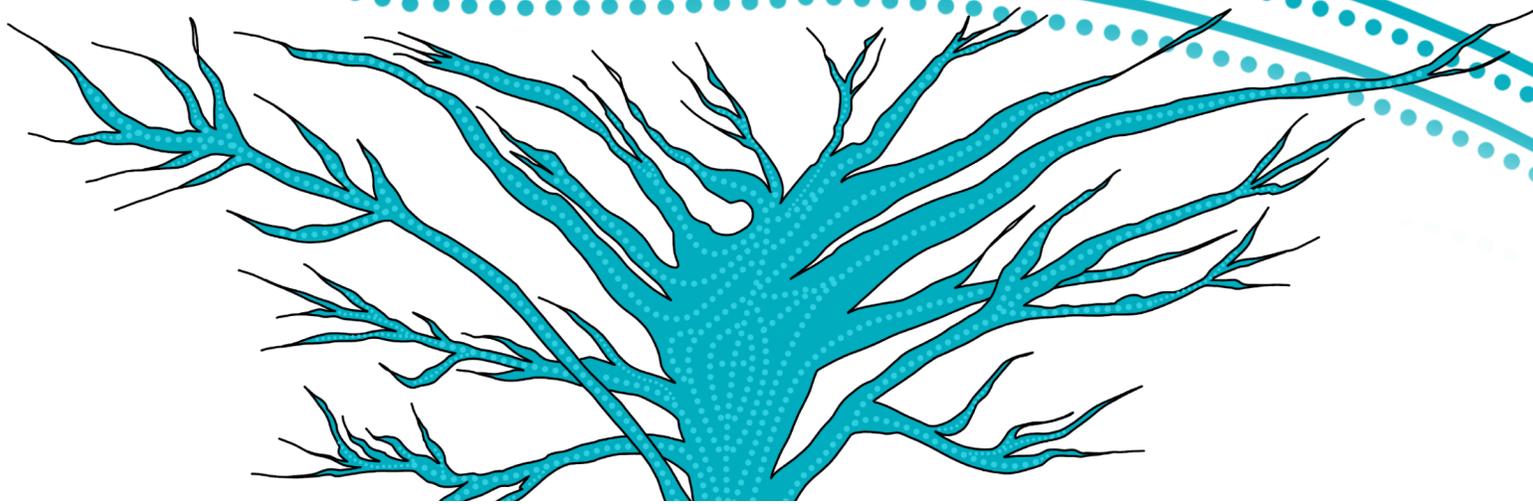


ÉNONCÉ DES VALEURS ET DES PRINCIPES EN MATIÈRE DE SANTÉ DES AUTOCHTONES

Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal

June 2019



Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones

Deuxième édition

Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal et le Bureau de la recherche, des politiques de la santé et de la défense des intérêts

Le 21 juin 2019

Art visual : Selena Mills (ROAR Creative Agency)

Préambule

Le racisme est inacceptable, tant dans la formation médicale que dans l'exercice de la médecine. L'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones tient lieu de complément aux enseignements contre le racisme. La première édition (4 juillet 2013) a défini de façon claire et concise des convictions et des idéaux sur la santé des Autochtones afin d'aider le Collège royal à en faire la promotion. Elle faisait suite à de vastes consultations auprès des membres du Comité sur la santé des Autochtones (CSA) du Collège royal et à des entretiens avec des intervenants, des éducateurs et des organismes autochtones de soins de santé.

La deuxième édition explore aussi les valeurs en santé autochtone, les relie au référentiel CanMEDS et à des principes applicables pour que les soins soient adaptés à la culture. Nous espérons que cet énoncé favorisera la réflexivité et l'adoption de mesures écartant le racisme et l'oppression, afin de corriger des aspects du système et d'agir fermement en présence de comportements racistes.

Le Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal (CSA) conseille le Collège royal sur des enjeux en santé autochtone. Il est coprésidé par Tom Dignan, OOnt, MD, FRCPSC (Hon), et Lisa Richardson, MD, FRCPC, et compte des médecins, des érudits, des décideurs, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé qui représentent les communautés autochtones de tout le pays.

L'énoncé vise à susciter des changements de comportement afin de dénoncer le racisme dans les soins aux Autochtones, d'adopter des pratiques adaptées à la culture et de créer un environnement favorable pour les communautés qui risquent d'être victimes d'oppression. Il affirme que les comportements racistes sont inacceptables et non professionnels, nuisent à la santé des populations autochtones et entachent l'intégrité de ceux qui en font preuve.

Même si les valeurs et les principes de l'énoncé initial n'ont pas beaucoup changé, plusieurs événements importants nous ont amenés à actualiser le contexte dans cette deuxième édition – la publication des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, le référentiel CanMEDS 2015 et La compétence par conception du Collège royal – afin d'évaluer de façon plus efficace les

compétences des médecins et les appels de plus en plus urgents des leaders autochtones et de leurs alliés face aux écarts en soins de santé.

Le Collège royal a pris des mesures pour contribuer à réduire ces écarts. En octobre 2017, son Conseil a approuvé une recommandation du CSA afin d'intégrer la santé des Autochtones au titre du contenu obligatoire de la formation médicale postdoctorale, dont les programmes d'études, l'évaluation et l'agrément.

Nous avons reformulé le principe directeur ainsi que les rôles d'expert médical et de leader en fonction de ces contextes et afin de préciser notre engagement en matière de santé des Autochtones.

Nous nous excusons de toute perspective épistémologique ayant pu se glisser au moment de la rédaction. Nous comptons être vigilants à cet égard et écarter les préjugés liés au colonialisme, en tant qu'alliés des peuples autochtones.

Table des matières

<i>Préambule</i>	i
1. Introduction	1
2. Tableau synthèse — Valeurs et principes en matière de santé des Autochtones ..	3
3. Approche adoptée dans la préparation de l'énoncé.....	6
4. Lexique	8
5. Le contexte de la santé des Autochtones au Canada en 2018.....	12
6. Valeurs	16
7. Principes.....	21
8. Mise en œuvre	25
9. Conclusion	27
Endnotes.....	28
Bibliographie.....	30
Annex 1 – CanMEDS 2015.....	34
Annex 2 – Considérations liées aux mesures stratégiques à prendre pour appliquer les valeurs et les principes	36
Annex 3 – Liste d'acronymes	42

1. Introduction

Selon le Recensement de la population de 2016 diffusé par Statistique Canada, on comptait 1,6 million d'Autochtones au pays, ce qui représente 4,9 pour cent de la population totale. On aura probablement sous-estimé ce nombre, car certaines personnes peuvent ne pas s'identifier comme étant Autochtones¹, comme en témoigne la croissance de la population de plus de 20 pour cent observée depuis le recensement de 2011; dans ce dernier, les Autochtones représentaient quatre pour cent de la population du Canada ou 1,4 million de personnes².

Il a été clairement démontré qu'il existe des inégalités raciales en santé au Canada³. Le racisme ne peut pas être ignoré. Les Autochtones font face à un fardeau démesuré de disparités en santé au cours de leur vie, tant au niveau individuel que communautaire, et à des maladies aiguës et chroniques. De façon générale, les Autochtones présentent le pire état de santé du pays⁴. Comme le Canada l'a récemment affirmé en appuyant la Déclaration de Nations Unies sur les droits des peuples autochtones⁵, ceux-ci ont droit à la pleine reconnaissance de leur identité et à la santé.

Pour concrétiser la vision du Collège royal, « Le leader mondial en formation médicale et soins spécialisés », et réaliser sa mission, « Être au service des patients, des diverses populations et de nos Associés en établissant les normes de la formation médicale spécialisée et de l'apprentissage à vie, et en assurant l'avancement de la pratique professionnelle et des soins de santé »⁶, le plan stratégique du Collège royal 2018-2020 décrit clairement le but que s'est donné l'organisation de collaborer avec les peuples autochtones et des partenaires afin d'atteindre l'objectif commun d'améliorer la santé des Autochtones. Le 26 octobre 2017, le Conseil du Collège royal a approuvé une recommandation importante de son Comité sur la santé des Autochtones, c'est-à-dire d'intégrer la santé des Autochtones au titre du contenu obligatoire de la formation médicale postdoctorale, dont les programmes d'études, l'évaluation et l'agrément.

Les valeurs et les principes présentés dans cet énoncé, qui reposent sur le *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins* et donnent suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁷, constituent un fondement visant à soutenir des mesures concrètes en formation médicale, en développement professionnel et en sécurisation culturelle. Ces mesures contribueront à corriger les écarts et les inégalités par rapport à la qualité de la santé et des soins chez les populations autochtones, peu importe où elles vivent au Canada.

Le principe directeur qui rend l'essence du professionnel de la santé dont les soins sont adaptés à la culture selon les rôles CanMEDS :

« Les soins de santé prodigués à une personne autochtone cadrent dans les dimensions de qualité en matière de soins de santé axés sur le patient et s'inscrivent dans son contexte culturel et ses valeurs à toutes les étapes de sa vie. Le médecin doit recourir à des pratiques adaptées à la culture, des approches réflexives, des mesures pour combattre le racisme, et faire preuve d'empathie, d'ouverture d'esprit et de compréhension face aux enjeux liés à l'exclusion délibérée des Autochtones, issue du colonialisme, et aux déterminants de la santé qui contribuent au piètre état de santé des patients autochtones. Le Path to First Nations Information Governance définit le processus décisionnel qui reconnaît la valeur de l'autodétermination des Autochtones par l'entremise des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, de même que des avantages liés à la possibilité de faire des choix libres et éclairés pour promouvoir l'équité et la viabilité des services de santé. »

2. Tableau synthèse — Valeurs et principes en matière de santé des Autochtones

(Prière de consulter les descriptions détaillées - sections 6 et 7 et Annexe 1)

RÔLES CANMEDS	VALUERS	PRINCIPES
Expert médical	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation culturelle • Consensus 	<p>Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture est un professionnel de la santé chevronné qui reconnaît le savoir/la science autochtones et l'existence d'un racisme interpersonnel et structurel. Il est conscient des répercussions des traumatismes historiques/intergénérationnels sur la santé et le bien-être du patient autochtone, et prend des mesures pour lutter contre le racisme.</p>
Communicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence • Respect • Responsabilisation 	<p>Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture établit un dialogue clair, franc et respectueux sur les questions de santé, et considère que l'atteinte de résultats communs en matière de santé constitue une responsabilité réciproque entre lui et le patient/la communauté autochtone.</p>
Collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat • Accessibilité • Confiance • Autonomie 	<p>Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît que la relation entre le patient autochtone et le médecin est exempte de hiérarchie ou de rapport de force. Ce partenariat favorise l'accès aux soins de santé et aux ressources</p>

RÔLES CANMEDS

VALUERS

PRINCIPES

Leader

- Autodétermination
- Économie
- Durabilité
- Équité

nécessaires à la santé et au mieux-être de la personne, de la famille et de la communauté. Il aide également le médecin à travailler efficacement avec les institutions communautaires afin d'aider le patient.

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture dispose des outils, des connaissances, de la formation et de l'expérience nécessaires pour répondre aux normes les plus élevées éclairées par des données factuelles en matière de compétences professionnelles. L'humilité culturelle ainsi que la sécurisation culturelle sont intégrés à sa pratique et toute forme de racisme est évitée.

Promoteur de la santé

- Holisme
- Reconnaissance

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît que l'identité autochtone constitue la plateforme pour promouvoir la santé sous un angle holistique et encourager la participation active des peuples autochtones, de concert avec les médecins et les autres professionnels de la santé, comme « agents du changement pour la santé ».

Érudit

- Continuité
- Ouverture
- Spécificité
- Approche factuelle
- Collaboration en recherche

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture comprend que la santé des Autochtones fait partie intégrante de la recherche médicale, de l'apprentissage, de la formation et de la pratique, et que cette recherche repose sur des données empiriques, sur l'évaluation critique de documents pertinents bénéfiques pour les patients, sur des pratiques exemplaires autochtones et non autochtones, de même que sur l'apprentissage à vie adaptable permettant de mieux servir les patients

RÔLES CANMEDS

VALUERS

PRINCIPES

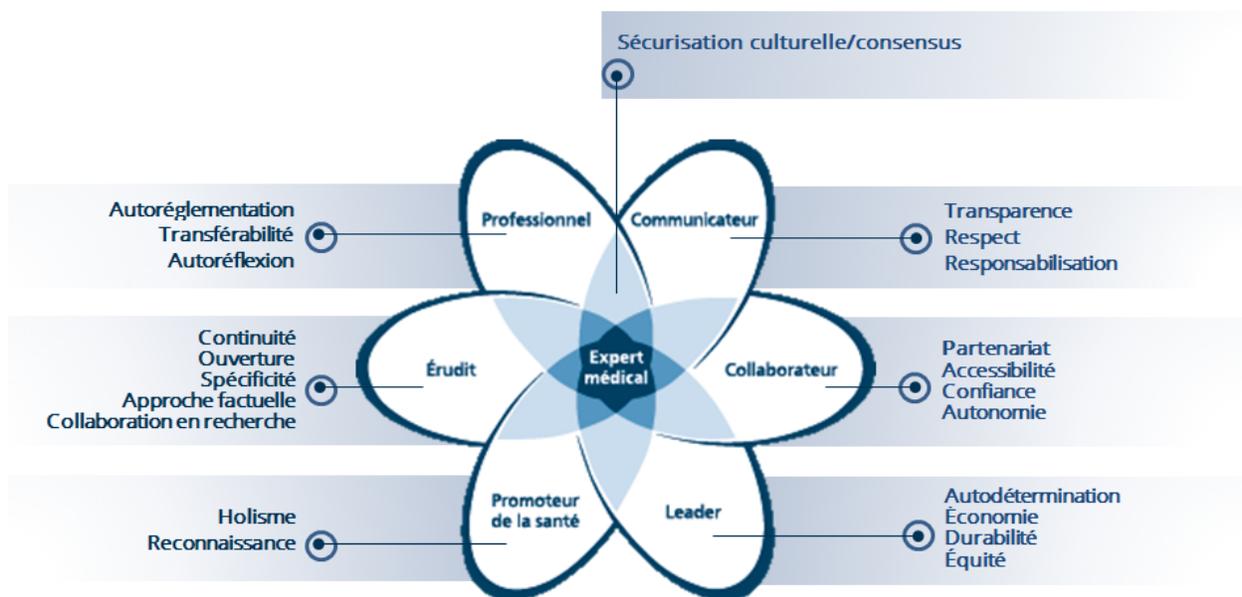
Professionnel

- Autoréglementation
- Transférabilité
- Autoréflexion

autochtones. La pratique réflexive accroît les compétences du médecin dans le cadre de la relation de collaboration qui s'établit entre lui et le patient.

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture s'engage à veiller au mieux-être des patients autochtones, de leur famille, de leur collectivité et de leurs cultures en adoptant des comportements éthiques, de même qu'en faisant preuve de compassion, d'intégrité et de respect mutuel et en s'investissant dans des compétences cliniques favorisant la santé des Autochtones.

Valeurs en matière de santé des Autochtones dans le contexte du référentiel CanMEDS



*Schéma « (c) Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>. Reproduit avec autorisation. »

3. Approche adoptée dans la préparation de l'énoncé

Les renseignements et les éléments factuels sur lesquels repose ce document proviennent, en majeure partie, de médecins, d'intervenants et de chercheurs autochtones. Les documents consultés portaient sur la mise en application de valeurs et de principes visant à promouvoir la santé des Autochtones, et ont été actualisés lorsque sont survenus deux événements historiques marquants au Canada, l'adoption de la Déclaration des Nations-Unies sur les droits des peuples autochtones⁸ et la publication des Appels à l'action issus de la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁹.

Pour veiller à ce que les perspectives autochtones soient bien présentes dans ces valeurs et principes, le Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal, principalement constitué de chercheurs et de médecins autochtones, en a guidé l'élaboration, en collaboration avec le Conseil.

Le présent document vise à déterminer la portée de l'enjeu et à créer une compréhension commune de l'importance de la transformation des valeurs et des principes en actions. Il s'amorce par les théories fondamentales que recèlent les valeurs et les principes et repose sur l'information parcourue sur les travaux des groupes autochtones, les documents de politiques publiques et les pratiques probantes en matière de promotion de la santé des Autochtones au Canada et à l'étranger.

Il reconnaît les travaux antérieurs menés entre autres par le Collège royal, l'Association des médecins indigènes du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada en matière d'élaboration de compétences essentielles en formation médicale visant la santé des Autochtones.

Les rôles CanMEDS transversaux offrent le cadre sur lequel portent les valeurs et les principes. CanMEDS est un [référentiel](#) visant à améliorer la formation des médecins et, par le fait même, les soins prodigués aux patients. Ce référentiel, créé par le Collège royal au cours des années 1990 (on l'appelait alors « cadre CanMEDS »), vise à définir les compétences nécessaires dans tous les domaines de l'exercice de la médecine et à établir des fondements généraux pour la formation médicale au Canada.

Depuis son adoption officielle par le Collège royal en 1996, il est devenu le cadre de compétences des médecins le plus largement reconnu et adopté dans le monde. Il reflète les travaux de centaines d'Associés et de bénévoles du Collège royal, et s'appuie sur des recherches empiriques, des principes éducatifs rigoureux et de vastes consultations auprès d'intervenants. Le renouvellement est la clé du succès du référentiel CanMEDS; il y a eu deux mises à jour jusqu'à maintenant, en 2005 et en 2015¹⁰.

En alignant les valeurs liées à la santé autochtone à chacun des rôles, nous pouvons élaborer des principes qui sauront mieux guider le Collège royal en ce qui a trait à la création d'outils à l'intention des médecins, des enseignants et des apprenants.

4. Lexique

Il importe de définir certains termes et expressions ainsi que l'évolution des soins de santé adaptés à la culture.

Lutte contre le racisme (antiracisme)

En présence d'enjeux liés au racisme, elle fait partie intégrante des soins adaptés à la culture. Cette expression s'est élargie et reflète une volonté de fournir des soins adaptés à la culture en ayant recours à des mesures pour contrer le racisme.

Colonisation

L'exploitation, la subjugation et le génocide des peuples autochtones et de leur culture au moyen d'instruments de pouvoir, dont les politiques gouvernementales, économiques et sociales, à des fins de déshumanisation, d'oppression et de contrôle.

Communautés menacées

Il convient de remplacer l'expression « populations défavorisées » par « communautés menacées » en faisant référence aux populations autochtones, car la première les situe comme victimes plutôt que de se centrer sur les facteurs en amont, comme le racisme, l'oppression et autres déterminants de la santé.

Décolonisation

Le processus qui vise à réparer les préjudices de la colonisation en rétablissant l'équilibre des pouvoirs, en misant sur la sécurisation culturelle en ayant recours à des mesures pour contrer le racisme et en réformant les systèmes afin de considérer les peuples autochtones comme des égaux qui possèdent des atouts indéniables, plutôt que des insuffisances.

Compétence culturelle

Même si plusieurs sont d'avis que la compétence culturelle est le remède contre tous les maux, elle a ses limites. Elle peut être définie comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques conformes au sein d'un système, d'un organisme, ou chez des professionnels, qui permettent à ceux-ci de travailler de

façon efficace lors de situations interculturelles (U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Elle illustre l'atteinte ou l'application de connaissances et de habiletés, mais ne mène pas nécessairement aux résultats souhaités dans la relation patient-fournisseurs de soins si une relation de confiance n'a pas été établie.

Sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle va au-delà de la compétence culturelle en améliorant la santé des Autochtones; elle analyse le déséquilibre des pouvoirs, la discrimination institutionnelle, la colonisation et les relations issues du colonialisme dans le domaine de la santé, des soins et de la formation en santé. Les soins adaptés à la culture exigent une réflexion critique et une autoréflexion sur le pouvoir, les privilèges et le racisme dans les milieux éducatifs et cliniques. C'est le patient et l'étudiant qui déterminent si la sécurisation culturelle est assurée dans le cadre d'une relation.

Humilité culturelle

L'humilité culturelle s'ajoute à la sécurisation culturelle, donne lieu à la contrition sincère visant à réparer des préjudices, à faire preuve de respect et d'humilité face à d'autres façons d'être. Elle reflète une relation basée sur le respect véritable, la confiance, et le démantèlement des structures de pouvoir.

Épistémologie

La branche de la philosophie qui analyse la nature et l'origine du savoir, y compris ses limites et sa validité; en santé autochtone, elle examine les racines des perspectives culturelles (coloniales) dominantes.

Disparités en santé*

Indicateurs qui témoignent du fardeau démesuré en santé sur une population particulière.

Inégalités en santé**

Les inégalités en santé soulignent les causes sous-jacentes des disparités en santé.

Autochtones***

Dans le but d'assurer la cohérence terminologique en tenant compte des dimensions des diversités culturelles et des exactitudes historiques, de même qu'en veillant au respect des peuples dont ce document vise le mieux-être, on parlera ici « d'Autochtones », plutôt que « d'Amérindiens », de « Premières Nations », « d'Inuits » et de « Métis ». En effet, selon le glossaire et la terminologie qui ont cours au sein de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), le terme « autochtone » signifie « natif de l'endroit ». En ce sens, selon la terminologie de l'ONSA, les Premières Nations sont véritablement des « Autochtones » de l'Amérique du Nord. Le terme « autochtone » reconnaît aussi la propriété du territoire avant la colonisation.

Science autochtone

La science autochtone est le « savoir autochtone », exempt du colonialisme. Elle accorde de l'importance à la sagesse autochtone et en reconnaît la légitimité, au même titre que les autres sciences; elle est une forme de respect et de reconnaissance qui élève la culture, l'histoire et les traditions autochtones au-delà de la subjugation.

Racisme****

Le racisme est fondé sur la croyance qu'une race est supérieure à une autre, une discrimination qui découle d'une politique ou carrément de la haine ou de l'intolérance. Le racisme est lié à la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources qui contrôlent les déterminants sociaux de la santé. Le racisme revêt diverses formes; toutes sont destructrices et ont des effets négatifs sur la santé des personnes, des familles et des communautés.

Réconciliation

Il s'agit du mouvement visant à remédier aux séquelles laissées par les pensionnats indiens par des appels à l'action. Ce processus fait suite à la commission d'enquête dirigée par le juge Murray Sinclair sur le racisme historique à l'endroit des communautés autochtones, et a mené à 94 appels à l'action afin d'amorcer le processus de guérison.

Réflexivité

Il s'agit d'une croyance ou d'un préjugé qui se manifeste dans les activités ou le comportement d'une personne.

*Disparités en santé¹¹.

**Il a été clairement démontré qu'il existe des inégalités raciales en santé au Canada¹².

***Le terme est également employé par les Nations Unies, au sein de ses groupes de travail et dans l'appellation de sa Décennie internationale des peuples autochtones¹³. Il est aussi couramment employé par l'Organisation mondiale de la santé : « Les populations autochtones sont des communautés qui vivent dans des habitats traditionnels géographiquement distincts ou sur des territoires ancestraux, ou qui en relèvent, qui s'identifient comme faisant partie d'un groupe culturel distinct et comme descendants de groupes présents dans la région avant la création d'États modernes et l'établissement des frontières actuelles. Ils conservent habituellement une identité culturelle et sociale, ainsi que des institutions sociales, économiques, culturelles et politiques distinctes de celles de la culture majoritaire ou dominante [traduction] »¹⁴. Le Collège royal reconnaît et respecte également la diversité au sein des populations autochtones au Canada.

****Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013)¹⁵

5. Le contexte de la santé des Autochtones au Canada en 2018

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁶. Cette définition est conforme au concept de la santé chez les Autochtones, qui englobe les dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle de l'être et qui suppose une relation harmonieuse avec la famille, la communauté, la nature et l'environnement.

La colonisation a miné l'état de santé des peuples, communautés et populations autochtones¹⁷. La perte des territoires, la suppression de l'autonomie et des moyens de subsistance ainsi que la législation ayant une incidence sur l'accès aux soins de santé sont des événements historiques dont les répercussions se font sentir à long terme.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones établit un « cadre universel de normes minimales pour la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones du monde et elle élabore sur les normes existantes des droits de la personne et des libertés fondamentales dans leur application à la situation particulière des peuples autochtones¹⁸. » Le système de pensionnats, mis en place pour assimiler les enfants à la société dominante en éliminant leurs liens culturels, n'existe plus, mais les descendants des survivants souffrent encore des séquelles qu'il a laissées en matière de santé et de bien-être. Le racisme structurel et individuel, l'oppression constante, les bagages historiques et les politiques gouvernementales exercent un effet profond sur la perpétuation de l'état de santé des Autochtones et des soins de santé qui leur sont prodigués.

Selon Statistique Canada, les Premières Nations, les Métis et les Inuits ont tendance à subir un plus lourd fardeau de morbidité et de mortalité que les Canadiens non autochtones. Cette situation pourrait tenir, en partie, à des taux plus élevés de désavantage socioéconomique chez les populations autochtones¹⁹. En 2009, l'UNICEF a publié les résultats d'un rapport sur la santé des peuples autochtones au Canada. Les recherches ont été menées avec le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Le rapport conclut que « les inégalités observées entre les enfants inuits, métis ainsi que des Premières Nations et les moyennes nationales en matière de santé constituent l'un des enjeux les plus significatifs auxquels fait

face notre pays concernant les droits des enfants²⁰ ». De nombreuses études confirment la prévalence accrue des maladies chroniques associées à des conditions de vie précaires.

Approches fondamentales pour remédier aux inégalités en santé

La bonne qualité des soins de santé pour les peuples autochtones exige de solides valeurs fondamentales guidées par les principes essentiels auxquels les fournisseurs de soins de santé adhèrent et contribuent, qu'ils véhiculent et qui leur appartiennent en partenariat²¹. Il incombe aux professionnels de la santé, aux enseignants et aux apprenants de prendre conscience de l'état de santé largement condamné des peuples autochtones et d'en comprendre les causes persistantes, sous l'angle historique, sociologique, politique et économique, et de prendre des mesures pour atténuer les effets de ces causes en passant plus facilement de la compétence culturelle à la sécurisation culturelle et, à terme, l'humilité culturelle dans la formation à la pratique.

La sécurisation culturelle fait ressortir la vérité sur le pouvoir, sans honte, et désigne le racisme et l'oppression comme les principales causes des inégalités de la santé. L'auto-réflexion est une valeur qui alimente la sécurisation culturelle. Le fournisseur de soins de santé arrive mieux à comprendre les obstacles en amont (p. ex., racisme culturel, lois discriminatoires, bagages historiques, inégalité de la répartition des perspectives économiques, etc.) et leur lien avec les effets en aval (p. ex., racisme véhiculé de personne à personne, préjugé de classe, cycle de la pauvreté, etc.) qui influencent la santé et la guérison des personnes définies comme étant menacées.

Plus importants encore, l'auto-réflexion facilite l'amélioration continue du fournisseur de soins de santé en créant un environnement de soutien où il se sent habilité à prendre des risques et à se porter à la défense du changement par la « conscientisation » — le processus de développement d'une conscience critique de sa propre réalité sociale par la réflexion et l'action²². Cela permet au professionnel de la santé de puiser dans ses forces personnelles afin de surmonter les défis et de favoriser des comportements positifs envers les patients qui sont sous la menace du racisme, de l'oppression et d'autres déterminants de la santé. Son défi consiste à migrer de l'idéologie aux mesures concrètes et de convertir l'espoir en une réalité dans laquelle l'étude de la santé des Autochtones sera inculquée dans le cadre des programmes d'enseignement de la médecine, les évaluations, la formation médicale postdoctorale, le développement professionnel continu et la pratique. À

cet égard, ce document présente également des stratégies de mise en œuvre reposant sur des cas de réussite et ouvrant la voie à d'autres innovations en ce qui a trait aux travaux du Collège royal.

Il est essentiel de comprendre le contexte historique, social, politique et éthique des disparités en santé. Le Canada reconnaît qu'elles sont profondes. En 2004, un groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les disparités en santé a fait savoir que l'identité autochtone est l'un des facteurs les plus importants qui contribuent à ces disparités²³.

En 2015, le juge Murray Sinclair, président de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, a déposé un rapport détaillé en vue de remédier aux séquelles laissées par les pensionnats indiens. Plusieurs appels à l'action y sont lancés en santé (nos 18 à 24), qui impliquent la formation :

- 18) Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.
- 19) Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.
- 20) Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones visant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.
- 21) Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale,

émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

- 22) Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.
- 23) Nous demandons à tous les ordres de gouvernement i. de voir 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.

6. Valeurs

Les valeurs sont des croyances fondamentales qui favorisent un « sens collectif du devoir et de la cohésion »²⁴.

Roy Romanow, C.R., commissaire responsable du rapport sur l'avenir des soins de santé au Canada, a amorcé son message à l'intention des Canadiens en invoquant les valeurs essentielles qui se situent au cœur du système de soins de santé, en l'occurrence, l'équité, la justice et la solidarité²⁵. D'autres exemples contribuent à définir en quoi consistent les valeurs.

Dans la foulée des principes de justice réparatrice relevant des dossiers criminels, le ministère de la Justice insiste sur une valeur sous-jacente : le respect, qui représente la dignité pour toutes les personnes touchées par le crime²⁶. L'Association canadienne de santé publique table aussi sur des valeurs fondamentales — dignité, respect, bien commun, justice sociale et économie — pour orienter ses principes stratégiques et se fixer des champs d'action prioritaires²⁷.

Les valeurs réfléchies et appropriées captent l'attention, trouvent écho et revêtent un aspect directionnel. Tous comprennent ce qu'elles représentent. Une valeur significative est un nom ou un axiome résumé avec précision et précédé de la formulation « la valeur de... ».

L'importance des valeurs ne saurait être surestimée. Les valeurs puissantes constituent des critères fondamentaux en ce qui a trait à la pertinence des politiques et des programmes. Une compréhension mutuelle des valeurs favorise une collaboration efficace. Des principes directeurs en émanent.

Les organismes qui sont culturellement sécuritaires épousent des valeurs qui trouvent écho auprès des gens, des familles, des communautés, du secteur de la prestation des services, des décideurs et des administrateurs²⁸. L'expérience des services et des soins de santé en est une dans laquelle les personnes, les familles, les communautés sont traitées avec respect et ne se heurtent pas à des comportements et à des structures racistes. La sécurisation culturelle est une expérience, « qui résorbe les inégalités et permet aux médecins de même qu'aux autres professionnels de la santé d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour les patients et les communautés. Elle reconnaît les autres cultures, expose les contextes social, politique et historique des soins de santé, et remédie aux relations de pouvoir inégales²⁹. L'humilité culturelle comprend un engagement soutenu

envers la conscience, l'apprentissage et la réflexion critiques, surtout en ce qui a trait au déséquilibre des pouvoirs dans la société, et aux partenariats de sensibilisation.

Pour être véritablement éthiques, les valeurs doivent transcender des concepts institutionnels reposant sur des pouvoirs. Elles doivent reconnaître les croyances des Autochtones. Idéalement, éthiquement et moralement, le médecin faisant preuve d'humilité culturelle comprend le déséquilibre des pouvoirs entre le système de soins de santé et les patients autochtones³⁰. Les valeurs des Autochtones insistent sur le maintien de la qualité de la vie mentale, physique, émotionnelle et spirituelle³¹.

Description des valeurs en santé Autochtone

Expert médicale

- (1) **Sécurisation culturelle** : une expérience adaptée aux réalités culturelles prend racine dans une compréhension des croyances des Autochtones. La sécurisation culturelle reconnaît le déséquilibre des pouvoirs entre les professionnels de la santé et les patients, de même que le bagage historique de la colonisation, qui perpétuent les écarts, les inégalités, le racisme, les dépendances sociales et les mauvais choix en matière de santé³². La sécurisation culturelle démontre une compréhension des déterminants socioculturels et environnementaux qui continuent d'exacerber les problèmes médicaux et les difficultés de santé des Autochtones, ainsi que de miner le mieux-être de ceux-ci.
- (2) **Consensus** : le consensus est conciliatoire. Il renforce la compréhension entre les patients et les professionnels de la santé afin de leur permettre d'avancer ensemble, plutôt que de se décourager dans la résignation et le désespoir.

Communicateur

- (3) **Transparence** : le dialogue est ouvert et franc en ce qui a trait au diagnostic, au déroulement du traitement et aux résultats escomptés.
- (4) **Respect** : écouter activement les patients, répondre à leurs préoccupations, reconnaître leurs suggestions en toute franchise et donner son opinion (en respectant les lignes directrices de la confidentialité) constituent le fondement d'une communication respectueuse. Le respect englobe la sensibilité.

- (5) **Responsabilisation** : l'enrichissement de la relation entre le médecin et le patient repose sur des attentes et des responsabilités bien définies et comprises par les deux parties.

Collaborateur

- (6) **Partenariat** : en partageant la même route, on partage les risques, les gratifications et les résultats. L'inclusivité peut toutefois comporter une connotation négative et perpétuer une association dominant-subordonné qui revêt un aspect condescendant.
- (7) **Accessibilité** : cette dimension fondamentale de la qualité est particulièrement pertinente pour les communautés autochtones de tout le Canada³³. La vaste répartition et les différents cadres de vie des gens comportent des défis qui se répercutent sur la rapidité d'intervention et la qualité des soins.
- (8) **Confiance** : la confiance est le lien résultant d'une relation de franchise et d'ouverture.
- (9) **Autonomie** : les croyances culturelles représentent une liberté de choix — un droit sacré qui doit être respecté. En reconnaissant la culture d'une personne, le collaborateur fait preuve de respect et préserve la dignité du patient tout en étant conscient des circonstances particulières que cela suppose.

Leader

- (10) **Autodétermination** : la prise de décisions responsables et avisées par les patients et les professionnels favorisent l'autonomie et l'indépendance. Elle reconnaît les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP[®]) appliqués à la recherche. Ces principes sont une puissante réponse politique autochtone formulée par le Comité directeur de l'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations à l'endroit des approches coloniales en matière de gestion de l'information³⁴.
- (11) **Économie** : l'autodétermination peut difficilement être soutenue lorsque ce sont les bailleurs de fonds qui détiennent le pouvoir. Les valeurs doivent supposer le contrôle structural et systémique des ressources contribuant à la santé et à la durabilité des soins de santé sans pour autant taxer celles des générations à venir³⁵. La race et la classe se répercutent sur la situation socioéconomique. La mauvaise santé des Métis, par exemple, s'explique en grande partie par un taux de pauvreté beaucoup plus élevé au sein de cette population³⁶.

- (12) **Durabilité** : l'importance accordée au degré d'atteinte des résultats de santé souhaités dans l'application de thérapies et de traitements actifs repose sur l'utilisation optimale des ressources rares³⁷. Cela suppose également une forme de « sagesse » liée à l'utilisation judicieuse de ces ressources.
- (13) **Équité** : équité et impartialité sont les caractéristiques distinctives d'une gestion équilibrée et efficace.

Promoteur de la santé

- (14) **Holisme** : le maintien de la qualité de la vie mentale, physique, émotionnelle et spirituelle est l'objectif ultime en matière de soins de santé pour les Autochtones.
- (15) **Reconnaissance** : le pluralisme reconnaît le caractère unique des cultures autochtones au sein du tissu des nationalités canadiennes, de même que le patrimoine commun des Autochtones en tant que « premiers peuples ». Cette valeur suppose également que les Autochtones sont aussi des promoteurs de la santé; elle sert à la dispersion de comportements et de pratiques paternalistes.

Érudit

- (16) **Continuité** : le fil conducteur de la compréhension de la santé des Autochtones devrait être mis de l'avant dès la formation médicale, pour se perpétuer au cours de la formation médicale postdoctorale et, par la suite, dans la vie professionnelle. Cette valeur met également en évidence l'importance des pratiques exemplaires et mise sur les travaux existants dans le domaine de la formation médicale.
- (17) **Ouverture** : la médecine autochtone traditionnelle renforce l'approche holistique en matière de santé et de mieux-être épousée par les cultures autochtones. Les pratiques de guérison autochtones, le mieux-être spirituel et les traitements naturels sont reconnus par le patient, qui décide si les pratiques médicales occidentales sont globales, complémentaires, bénéfiques, holistiques ou intégratives.
- (18) **Spécificité** : éviter la tendance aux comparaisons avec d'autres groupes minoritaires permet de mettre en évidence les enjeux particuliers auxquels se heurtent les peuples autochtones, ce qui jette un éclairage sur les torts causés par l'ambiguïté, l'assimilation, la généralisation et la colonisation.

- (19) **Approche factuelle** : les décisions en matière de santé et les choix de vie sains reposent sur des renseignements qualitatifs et quantitatifs accessibles, spécifiques et bien délimités³⁸. Cela suppose des connaissances sur la médecine autochtone traditionnelle et sa valeur dans la formation des étudiants de médecine, des résidents et des médecins en exercice.³⁹
- (20) **Collaboration en recherche** : des recherches significatives et éthiques doivent être réalisées en partenariat avec les Autochtones pour promouvoir la santé de ceux-ci et les constatations sont divulguées moyennant un accord mutuel.

Professionnel

- (21) **Autoréglementation** : la conduite professionnelle et éthique est un trait intrinsèque qui se manifeste dans la liberté d'exercer à l'intérieur de frontières privilégiées.
- (22) **Transférabilité** : les ressources, l'enseignement et la formation rendent les médecins aptes à transférer les principes de santé des Autochtones dans une pratique médicale élargie qui améliore et maintient la santé.
- (23) **Autoréflexion** : exercer la médecine sans préjugés, sans racisme, sans discrimination, sans stéréotypes et sans généralisation suppose d'abord une compréhension de ses propres forces, défis et biais en tant que médecin. Cette connaissance de soi est un processus qui accompagne le professionnel toute sa vie. Elle doit s'amorcer durant la formation. On est alors amené à considérer le patient autochtone comme professeur de même qu'à comprendre les histoires, les connaissances et les pratiques de guérison autochtones. L'adoption de pratiques adaptées aux réalités culturelles exige un degré de connaissance dans le contexte de tous les domaines : mental, émotionnel, spirituel et physique, afin de comprendre ce que signifie la santé autochtone dans le contexte canadien. Cette valeur suppose que l'on fait preuve d'un engagement envers le patient, la profession et la société par la pratique éthique tout en réfléchissant à sa propre santé, à sa propre carrière, à la durabilité de sa pratique et à sa vie personnelle ainsi qu'en veillant à l'équilibre de ces dimensions.⁴⁰

7. Principes

Les principes définissent la façon de faire⁴¹. Ils guident le comportement et veillent à ce que les stratégies et les gestes soutiennent la vision et s'alignent avec la mission. De bons principes entraînent des actions. Les principes efficaces émanent de valeurs solides et universellement soutenues qui prônent la collaboration, l'engagement, la participation et la transparence. Selon Flemons et coll.⁴², les décisions et les mesures reposant sur des principes favoriseront davantage la qualité et la sécurité, surtout dans les situations de demandes concurrentes. Les exemples suivants illustrent ces éléments.

La mission et les objectifs du Collège des médecins de famille du Canada reposent sur « quatre principes de médecine familiale », qui englobent les caractéristiques suivantes : clinicien compétent, médecine familiale, population à risque et relation médecin-patient⁴³.

En 2002, New South Wales Health, en Australie, a élaboré un ensemble de principes révolutionnaires pour l'amélioration des pratiques liées à la promotion de la santé des Autochtones. Les participants ont reconnu l'importance des grandes directives génériques de promotion de la santé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), de la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle (1997) et de la Déclaration de Mexico (2000)⁴⁴. Voici certains principes stratégiques tirés de ces instances qui englobent le principe de la collaboration :

- renforcer l'action communautaire;
- Promote access to education and information in achieving effective pa
promouvoir l'accès à l'éducation et à l'information en amenant les gens et les communautés à participer activement et à se prendre en main;
- accroître la capacité de la communauté et amener la personne à s'affirmer davantage sur les questions de santé.

D'autres exemples démontrent que les principes peuvent être aménagés selon plusieurs niveaux :

- Le National Institute for Health and Clinical Excellence, au Royaume-Uni, utilise des principes pour élaborer ce qu'il appelle « conseils » pour favoriser l'excellence⁴⁵. Ses principes d'encadrement suivent une hiérarchie définie par trois grands principes (c.-à-d. la bioéthique, les opérations fondamentales et les décisions fondées sur des données probantes). Chacun de ces grands

principes est relié à des principes secondaires par des ramifications (c.-à-d. moral, procédural) et certains ont même un troisième niveau (c.-à-d. respect de l'autonomie, non-malfaisance).

- Les principes directeurs en matière de santé des Autochtones élaborés par le comité des doyens des facultés de médecine de l'Australie établissent la philosophie sous-jacente et les « déclarations consensuelles » liées à l'élaboration des programmes de base et à partir desquelles ce comité élabore 10 principes pédagogiques. Chacun de ces principes est enrichi de stratégies, d'exemples et de mises en garde à des fins d'enseignement et de mise en œuvre⁴⁶. Le deuxième principe sert à insister sur l'importance de l'intégration d'un volet d'études autochtones en formation médicale : *La santé autochtone fait partie intégrante de la formation médicale*.

De nombreux cas de réussite lors de projets de santé publique pour les Autochtones souscrivent à des principes directeurs fondamentaux comme le respect envers l'autogouvernance, le soutien à l'endroit de l'autosuffisance de la communauté et la promotion du contrôle et de la responsabilisation⁴⁷. Quelle qu'en soit la nature, les principes visant à favoriser la santé des Autochtones doivent être communaux, holistiques et souples, de sorte à pouvoir s'appliquer à toutes les étapes de la vie d'une personne autochtone et de son développement, de la naissance au décès et du plus jeune âge à la vieillesse.

Descriptions des principes en matière de santé des Autochtones

Ces principes associent sept rôles CanMEDS à 23 valeurs en santé autochtone. Ils favorisent une formation qui lutte contre le racisme et qui se traduit par des gestes adaptés à la culture.

Principe directeur

Les soins de santé prodigués à une personne autochtone cadrent dans les dimensions de qualité¹ en matière de soins de santé axés sur le patient et s'inscrivent dans son contexte culturel et ses valeurs à toutes les étapes de la vie de cette personne. Le médecin doit recourir à des pratiques adaptées à la culture, des approches réflexives, des mesures pour contrer le racisme, et faire preuve

¹ Les dimensions de qualité en matière de soins de santé axés sur le patient, reconnues par le Collège royal, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne sont les suivantes : sécurité, accessibilité, acceptabilité, pertinence, compétence du professionnel, efficacité, efficience et résultats.

d'empathie, d'ouverture d'esprit, de volonté de consensus et de compréhension face aux enjeux liés à l'exclusion délibérée des Autochtones, issue du colonialisme, et aux déterminants de la santé qui contribuent au piètre état de santé des patients autochtones. Un processus décisionnel qui reconnaît la valeur de l'autodétermination des Autochtones par l'entremise des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP)⁴⁸ et des avantages liés à la possibilité de faire des choix libres et éclairés favorise la santé durable et l'équité.

Expert médical

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture est un professionnel de la santé accompli qui adopte le savoir/la science autochtones, et reconnaît l'existence du racisme et comment le traumatisme historique/intergénérationnel touche la santé et le bien-être du patient autochtone. Il prend aussi des mesures pour contrer le racisme.

Communicateur

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture établit un dialogue clair, franc et respectueux sur les questions de santé, et considère que l'atteinte de résultats communs constitue une responsabilité réciproque entre lui et le patient/la communauté autochtone.

Collaborateur

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît que la relation entre le patient autochtone et le médecin est exempte de hiérarchie ou de rapport de force. Ce partenariat favorise l'accès aux soins de santé et aux ressources nécessaires à la santé et au mieux-être de la personne, de la famille et de la communauté. Il aide également le médecin à travailler efficacement avec les institutions communautaires afin d'aider le patient.

Leader

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture dispose des outils, des connaissances, de la formation et de l'expérience nécessaires pour répondre aux normes les plus élevées éclairées par des données factuelles en matière de compétences professionnelles, intégrer l'humilité culturelle à sa pratique ainsi que la sécurisation culturelle et éviter toute forme de racisme.

Promoteur de la santé

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît que l'identité autochtone constitue la plateforme pour promouvoir la santé sous un angle holistique et encourager la participation active des peuples autochtones de concert avec les médecins et les autres professionnels de la santé, comme « agents du changement pour la santé ».

Érudit

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture comprend que la santé des Autochtones fait partie intégrante de la recherche médicale, de l'apprentissage, de la formation et de la pratique, et que cette recherche repose sur des preuves de sources empiriques, sur l'évaluation critique de documents pertinents bénéfiques pour les patients, sur des pratiques exemplaires autochtones et non autochtones, de même que sur l'apprentissage à vie adaptable permettant de mieux servir les patients autochtones. La pratique réflexive accroît les compétences des médecins dans le cadre de la relation de collaboration qui s'établit entre lui et le patient.

Professionnel

Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture s'engage à veiller au mieux-être des patients autochtones, de leur famille, de leur collectivité et de leurs cultures en adoptant des comportements éthiques, de même qu'en faisant preuve de compassion, d'intégrité et de respect mutuel et en s'investissant dans des compétences cliniques favorisant la santé des Autochtones.

8. Mise en œuvre

Le défi lié à la mise en œuvre est de faire passer les principes et valeurs en matière de santé des Autochtones de la théorie à la pratique. Leurs liens avec le référentiel CanMEDS est une façon d'y arriver. Les plans d'action, de marketing et de communication visant à étendre l'utilité de ce document à la formation et la pratique devraient être « évolutifs », adaptés aux nouvelles priorités, aux obstacles et aux besoins changeants des collectivités.

Cependant, les appels à l'action de la Commission vérité et réconciliation, surtout en santé, donnent une orientation claire quant aux résultats souhaités.

Dans le contexte de l'effet de levier que doivent avoir les valeurs et les principes, plusieurs domaines stratégiques ont été cernés en 2013, qui s'appliquent toujours :

- Donner vie aux valeurs et aux principes par l'entremise d'histoires et de capsules qui permettront d'entrevoir les résultats de leur respect ou de leur violation; recueillir des exemples auprès d'étudiants, de récents diplômés, de médecins en exercice, de patients, d'autres professionnels de la santé et de communautés autochtones.
- Élaborer des programmes clés en main sur la santé des Autochtones pouvant être remis aux directeurs de programme à des fins d'utilisation immédiate (p. ex., trousse d'outils pour la pratique).
- Intégrer ces valeurs et ces principes à l'agrément, aux programmes d'études et à l'évaluation.

Compte tenu de ces considérations stratégiques, le Collège royal s'emploie à conclure des partenariats avec des organismes professionnels, comme l'Association des médecins indigènes du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. L'objectif consiste à remédier aux écarts en santé et dans les soins observés entre les communautés autochtones et l'ensemble de la population en donnant suite aux appels à l'action en matière de santé de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

Trois mesures conjointes possibles permettent de préciser le cadre contextuel afin d'élargir l'application des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones dans la formation médicale et l'exercice de la médecine :

1. Poursuivre les discussions avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada au sujet d'un soutien financier afin de

créer des ressources éducatives et cliniques, et un service central d'archives de connaissances connexes.

2. Approfondir les possibilités d'intégrer la formation en matière de compétences culturelles à la formation médicale postdoctorale et au développement professionnel continu.
3. Travailler avec des intervenants clés afin de lutter contre les comportements oppressifs (racistes) des médecins qui ne respectent pas les normes professionnelles liées à la prestation des soins.

L'Annexe 2 donne un aperçu des considérations stratégiques liées à l'application de l'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones du Collège royal.

9. Conclusion

Cet énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones prend appui sur les rôles CanMEDS. Ceux-ci offrent d'excellentes directives pour structurer les valeurs et les principes en catégories que les médecins comprennent, et permettent de mieux saisir les besoins des communautés autochtones et leurs pratiques actuelles. Cet exercice a permis de dégager 23 valeurs. Le lien de chacune de ces valeurs avec un rôle CanMEDS donné pourrait faire l'objet de discussions et certaines pourraient migrer au sein du référentiel CanMEDS, mais le corollaire le plus important est le caractère exhaustif de l'ensemble de valeurs, colligées à partir de preuves empiriques tirées d'ouvrages, de délibérations avec le Conseil^{49,50}, la Direction de la formation spécialisée et le Comité consultatif sur la santé des Autochtones, de même que d'éléments factuels émanant d'organisations progressives qui prônent avec succès la santé des Autochtones.

Cela permet l'évolution d'un principe directeur qui englobe un médecin accompli qui exerce la sécurisation culturelle dans le respect de sept principes correspondant aux sept rôles CanMEDS. Le ton des principes traduit une certaine dualité, dans la mesure où la relation entre le médecin et le patient tend vers l'égalité et vers le démantèlement des structures de pouvoir traditionnelles entre les patients autochtones et les médecins. Le lien entre ces principes et CanMEDS a pour effet d'attirer davantage l'attention sur la santé des Autochtones, de faciliter la transférabilité des connaissances vers l'exercice de la profession et d'orienter les actions stratégiques. Ces principes doivent surtout évoluer en collaboration avec les gens auxquels ils s'adressent.

Un document d'accompagnement du Collège royal, intitulé *Disparities in health outcomes and the inequities in the quality of health care services for Aboriginal Peoples*,⁵¹ renferme une riche synthèse des enjeux que les principes cherchent à résoudre.

Préparé par

Comité consultatif sur la santé des Autochtones du Collège royal
Bureau de la recherche, des politiques de la santé et de la défense des intérêts

Endnotes

1. Statistique Canada, *Les peuples autochtones au Canada*, 2017, 1
2. Affaires autochtones et du Nord Canada, *Peuples et collectivités autochtones*, 2017, 1
3. American Journal of Public Health. Health Disparities United States Canada, 2006, 1
4. Comité consultatif sur la santé des Autochtones du Collège royal. *Feuille de renseignements sur la santé des Autochtones*, 2012, 1
5. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, 2007, 1
6. Collège royal, 2017, Plan stratégique (provisoire) 2018-2020, 5
7. CVR, Appels à l'action de la CVR (2015), 1
8. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, 2007, 1
9. CVR, Appels à l'action de la CVR (2015), 1
10. Collège royal, *À propos de CanMEDS*, 2017, 1
11. Adelson N, *The embodiment of inequity*, S45, 2005
12. American Journal of Public Health. *Health Disparities United States Canada*, 2006, 1
13. Organisation nationale de la santé autochtone. Glossaire et terminologie de l'ONSA, 2012, 2
14. Organisation mondiale de la santé. *Thèmes de santé, peuples autochtones*, 2012, 1
15. Reading C, *Understanding Racism*, 2013. 1
16. Organisation mondiale de la santé. *Définition de la santé de l'OMS*, 2003, 1
17. Canadian Medical Association Journal, *Addressing inequities in access*, 2008, 1
18. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, 2007, 1
19. Statistique Canada, *Inégalités en matière de santé*, 2006, 1
20. UNICEF, *Le rapport d'UNICEF Canada sur la santé des enfants autochtones*, 2009, 1
21. Institute for Research and Innovation in Social Services. *Shared principles and values*, 2009, 1
22. Freire. *Pedagogy of the oppressed*, 2005, 1
23. Health Disparities Task Group, *Reducing Health Disparities Policy*, 2004, 2
24. Business improvement architects. *Optimize strategy and leadership*, 2012, 1
25. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs*, 2002, xvi
26. Ministère de la Justice du Canada. *Justice réparatrice – principes et valeurs*, 2012, 1
27. Association canadienne de santé publique. *Énoncé d'action pour la promotion de la santé*, 2012, 1
28. Brascoupé et Waters. *Cultural safety*, 2009, 18
29. Hellson et coll. *Unpacking the backpack*, 2012, 13
30. AMIC et Collège royal. *Compétences en formation médicale continue*, 2009, 9
31. Ellerby et coll., *Bioethics for clinicians Aboriginal*, 2000, 1
32. Brascoupé et Waters. *Cultural safety*, 2009, 19
33. Collège royal. *Énoncé de position pour des soins de santé de grande qualité*, 2012, 5
34. Organisation nationale de la santé autochtone. *Ownership, control, access and possession*, 2005, 1
35. Collège royal. *Disparities in Health Outcomes*, 2012, 2
36. Bourassa. *Métis health: invisible problem*, 2011, 2
37. Collège royal. *10 principes qui favorisent l'amélioration de la qualité*, 2012, 6
38. Consensus de Sydney. *Principles for better practice*, 2004, 6
39. Collège royal. *Disparities in Health Outcomes*, 2012, 5
40. Collège royal. *Professionnel CanMEDS*, 2012, 1
41. Flemons et coll. *Building safety quality culture*, 2011, 46
42. Flemons et coll. *Building safety quality culture*, 2011, 46
43. CMFC. *Principes de la médecine familiale*, 2012, 1
44. Consensus de Sydney. *Principles for better practice*, 2004, 4
45. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Social value judgements principles*, 2008, 8
46. CDAMS. *Indigenous health curriculum framework*, 2004, 7

-
47. Collège royal. *Disparities in Health Outcomes*, 2012, 2
 48. First Nations, *Ownership, Control, Access, Possession*, 2014, 1
 49. Collège royal. Séance du Conseil sur la santé des Autochtones, 2012, 1
 50. Collège royal. Rétroactions regroupées des membres du Conseil, 2012, 1
 51. Royal College, 2012, *Disparities in health outcomes*, 1

Bibliographie

Bourassa C. *Métis health: The “invisible” problem*. Ottawa : J Charlton Publishing Ltd., 2011.

Brascoupe S and C Waters. 2009. *Cultural safety. Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness*. Journal of Aboriginal Health. 34 p.

Business improvement architects. 2012. *Optimize strategy and leadership*.
Site Web : www.bia.ca/developing-organizational-valuse.htm

Association canadienne de santé publique. 1996. *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*. Site Web : <https://www.cpha.ca/fr/enonce-daction-pour-la-promotion-de-la-sante-au-canada>

Collège des médecins de famille du Canada. 2012. Site Web :
<http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/category.aspx?id=885&langType=3084>

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*.
Site Web : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

Committee of Deans of Australian Medical Schools. 2004. *CDAMS Indigenous health curriculum framework*. University of Melbourne Design and Print Centre. 31 p.

Ministère de la Justice du Canada. 2012. *Valeurs et principes de la justice réparatrice en matière pénale*. Site Web : <http://www.justice.gc.ca/eng/> (en anglais seulement)

Ellerby J.H., J. McKenzie, S. McKay, G.J. Gariépy et J.M. Kaufert. 2000. *Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures*. Canadian Medical Association Journal. **163** (7): 845 – 850.

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP™)*. 2014. Site Web :
http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf

Université des Premières Nations du Canada. 2012. *Indigenous Health Studies*.
Department of Inter-disciplinary Programs draft course outlines.

Flemons, W.W., T.E. Feasby et B. Wright. 2011. *Building a safety and quality culture in healthcare: where it starts*. Healthcare Papers. **11** (3): 41 – 47.

Hellson C., M.A. DeCoteau et B. Lavallée. 2012. *Unpacking the backpack: Cultural safety and Indigenous health in medical education*. Présentation PowerPoint. 18 diapositives.

Affaires autochtones et du Nord Canada. 2017. *Peuples et collectivités autochtones*, 2017 Site Web : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>

Association des médecins indigènes du Canada et Association des facultés de médecine du Canada. 2009. *First Nations, Inuit, Métis health core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education*. 17 p.

Association des médecins indigènes du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2009. *First Nations, Inuit, Métis health core competencies: A curriculum framework for continuing medical education*. 17 p.

Association des médecins indigènes du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2009. *First Nations, Inuit, Métis health core competencies: A curriculum postgraduate medical education*. 18 p.

Institute for Research and Innovation in Social Services. 2009. *Shared principles and values: Effective engagement in social work education*. Site Web : www.serviceusercarergoodpractice.org.uk

Organisation nationale de la santé autochtone. 2012. *Terminology of First Nations, Native, Aboriginal and Métis: NAHO Glossary & terms*. Site Web : http://www.aidp.bc.ca/terminology_of_native_aboriginal_metis.pdf

Organisation nationale de la santé autochtone. 2012. *NAHO category conferences*. Site Web : <http://www.naho.ca/blog/category/conferences/>

Organisation nationale de la santé autochtone. 2005. *Ownership, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities*. Site Web : <http://www.naho.ca/documents>

National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. *Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance*. Site Web : www.nice.org.uk

Autorité provinciale des services de santé (Colombie-Britannique). 2012. *PHSA Indigenous Cultural Competency Training*. Correspondance interne.

Reading C. 2013. *Understanding racism*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. University of Northern British Columbia. 8 p.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. Fiche d'information sur la santé des Autochtones. *Bureau des politiques de la santé et des communications*. 2 p.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017. *À propos de CanMEDS* : Site Web : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Séance du Conseil sur la santé des Autochtones, 2012*. Note d'information, 4 juillet 2012. Bureau des politiques de la santé : 2 p.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. *Rétroaction des membres du Conseil, 19 juin 2012. Séance sur la santé des Autochtones*. Correspondance interne. 27 juillet.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Disparities in health outcomes and inequities in the quality of health care services for Aboriginal Peoples, 2012*. Comité consultatif sur la santé des Autochtones et Bureau des politiques de la santé. 8 p.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. *Énoncé de position. L'art et la science des soins de santé de grande de qualité : 10 principes qui alimentent l'amélioration de la qualité*. Comité des politiques publiques et de la santé et Bureau des politiques de la santé. 12 p.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. Prix Dr Thomas Dignan en santé des Autochtones du Collège royal. Site Web : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/awards-grants/awards/royal-college-dr-thomas-dignan-Indigenous-health-award-f>

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017. *Planification stratégique 2018–2020*. Présentation PowerPoint (ébauche interne).

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. *L'objectif qui importe le plus. Plan stratégique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. 10 p.

Comité consultatif du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada sur l'amélioration de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis par l'enrichissement des programmes de formation médicale postdoctorale et de formation médicale continue, 2007. *Rapport final*.

Statistique Canada. 2017. *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*. Site Web : <http://www.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>

The Sydney Consensus Statement NSW Health. 2004. *Principles for better practice in Aboriginal health promotion*, 2004. 8 p.

Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015. *Appels à l'action*. Site Web : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf

Nations Unies, 2007. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. Site Web : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf

Faculté de médecine de l'Université de Toronto, 2010. *Five years of the resident exit survey: 2005 – 06 to 2009 – 10 postgraduate medical education*. 24 p.

Organisation mondiale de la santé, 2012. *Health topics Indigenous populations*. Site Web : http://www.who.int/topics/health_services_Indigenous/en/

Organisation mondiale de la santé, 2003. *Définition de santé*. Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York, du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 (Documents officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948. Site Web : <http://www.who.int/about/mission/fr/>

Annex 1 – CanMEDS 2015

Le plan stratégique du Collège royal se veut la feuille de route de notre vision et de notre mission. Même si ce sont des principes reposant sur des valeurs durables qui orienteront l'élaboration des plans d'action détaillés, il importe d'explorer les rôles CanMEDS, appelés à servir de catalyseurs aux fins de leur conception.

L'objectif global de CanMEDS est d'améliorer les soins aux patients. CanMEDS est un référentiel éducatif axé sur les compétences.² Il décrit les connaissances fondamentales, les compétences et les capacités des médecins spécialistes; il définit sept rôles transversaux menant à une santé et à des résultats de soins de santé optimaux : expert médical (rôle central), communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. CanMEDS constitue un fondement idéal pour l'élaboration de valeurs et de principes destinés à promouvoir la santé des Autochtones.

Rôles CanMEDS transversaux

Expert médical —Le rôle d'expert médical est le rôle pivot du médecin. En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs valeurs professionnelles pour assurer la prestation de soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur le patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins.

Communicateur —En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants, ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.

Collaborateur —En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur le patient.

Leader —En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.

2. Royal College, 2012, *Disparities in health outcomes*, 1

Promoteur de la santé —En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.

Érudit —En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.

Professionnel —En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.

Pour plus de détails sur

CanMEDS : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>.

Annex 2 – Considérations liées aux mesures stratégiques à prendre pour appliquer les valeurs et les principes

Contexte

La santé et le mieux-être des peuples autochtones constituent une priorité pour le Collège royal, qui, dans son plan stratégique en cours, cherche à améliorer l'état de santé de ces populations. Bien que les Autochtones présentent le pire état de santé au Canada en raison de traumatismes intergénérationnels, de préjudices causés par les pensionnats indiens et d'une oppression constante, ils ne représentent pas le seul groupe gravement touché par la maladie au pays.

Les plans d'action en santé autochtone, qui visent l'avancement de la sécurisation culturelle afin de pallier les inégalités en santé au sein des communautés autochtones, peuvent aussi s'appliquer à d'autres populations à risque (p. ex., nouveaux immigrants, personnes vivant dans la pauvreté, personnes GLBTQI).

Il importe de reconnaître les contributions significatives de nombreuses organisations (dont la Fondation autochtone de guérison et l'Organisation nationale de la santé autochtone, qui ont, depuis, perdu le soutien qui leur était accordé par le gouvernement fédéral) dans le but d'améliorer la santé des Autochtones. Sans égard à son degré de collaboration avec d'autres organisations, le Collège royal doit faire preuve de courage politique dans sa détermination d'améliorer la santé des Autochtones et aller de l'avant. Trois domaines d'activité sont essentiels pour la médecine spécialisée : la formation, l'exercice de la profession et la promotion/la mise en œuvre de politiques. Ces activités devraient permettre d'atteindre les grands objectifs suivants :

- Reconnaître le racisme et l'oppression en tant que déterminants de la santé.
- Intégrer la sécurisation culturelle et la compréhension de la santé autochtone à la formation postdoctorale.

- Doter les médecins en exercice d'outils sur la sécurisation culturelle et afin d'assurer leur développement professionnel.

L'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones de 2013 comprenait trois stratégies. Nous les avons adaptées en fonction du contexte actuel en santé autochtone au pays.

Stratégie 1 : Miser sur l'expérience établie et sur le mandat du Collège royal en matière de formation médicale postdoctorale (FMPD).

Mesures à envisager

- Inculquer aux médecins en formation des bases et des connaissances solides en ce qui a trait aux contextes historique, culturel, politique et éthique contribuant à la santé des Autochtones :
 - Intégrer les valeurs et les principes en matière de santé des Autochtones aux politiques et aux activités du Collège royal.
 - Accélérer le processus d'établissement de normes d'agrément générales et de normes spécifiques d'agrément propres aux spécialités.
 - Définir des compétences essentielles en matière de sécurisation culturelle.
 - Intégrer la santé des Autochtones dans les programmes et les évaluations.
 - Déployer le matériel didactique se rapportant à la santé des Autochtones.

- Bâtir une base solide pour la recherche en formation médicale et le soutien à l'enseignement :
 - Établir des ressources facilement accessibles et actualisées en matière de recherche et de formation dans le domaine de la santé des Autochtones, y compris le soutien découlant de stages de perfectionnement et de bourses.

Considérations stratégiques

- I. Étant donné les efforts d'harmonisation des normes d'agrément entre le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal, tout rehaussement de ces normes devra s'avérer pertinent pour toutes les spécialités. Une collaboration précoce avec les responsables de la formation du CMFC et l'administration du Collège royal nous aidera à centrer les propositions liées à l'élaboration de nouvelles normes.
- II. Faire équipe avec d'autres organismes et d'autres spécialistes afin d'élaborer et de diffuser des ressources de formation en matière de santé des Autochtones.

- III. Faire participer les Associés et d'autres intervenants à la consignation de pratiques exemplaires et constituer un service d'archives sur la santé des Autochtones.

Lignes directrices

- a) La santé des Autochtones fait partie intégrante de la recherche médicale, de l'apprentissage, de la formation et de la pratique, et cette recherche repose sur des preuves de sources empiriques, sur l'évaluation critique de documents pertinents bénéfiques pour les patients, sur des pratiques exemplaires autochtones et non autochtones, de même que sur l'apprentissage à vie adaptable permettant de servir adéquatement les patients autochtones.
- b) Le médecin dont les soins sont adaptés à la culture reconnaît le savoir/la science autochtone et l'importance de la culture autochtone en santé, démontrant ainsi une véritable compréhension des répercussions du bagage historique sur les Autochtones.

Stratégie 2 : Outiller les médecins en exercice pour les sensibiliser à une pratique adaptée à la culture et aux répercussions du racisme sur les patients autochtones.

Mesures

- Concevoir des ressources axées sur la pratique (p. ex., modules en ligne portant sur la sécurisation culturelle et axés sur les causes profondes, historiques et coloniales du racisme, de l'oppression et des pratiques discriminatoires, et communications réalisées au moyen de capsules et d'histoires « muettes » interprétables à la première personne).
- Créer des cours de formation médicale continue dans le domaine de la santé des Autochtones.
- Collaborer continuellement avec les associations nationales de spécialistes et les autres organisations afin de mieux outiller les médecins en exercice pour la prestation de soins adaptés à la culture.

Considérations stratégiques

- I. Les facteurs qui se répercutent sur le continuum de la santé des Autochtones doivent être clairement expliqués.
- II. Des pratiques cliniques exemplaires pour l'avancement de la santé des Autochtones doivent être facilement accessibles et les outils et les renseignements doivent être pratiques pour les médecins.
- III. Le développement professionnel continu dans le domaine de la santé des Autochtones devrait s'accompagner de mesures incitatives pour attirer les médecins.

Lignes directrices

- a) Les médecins s'engagent à veiller au mieux-être des patients autochtones, de leur famille, de leur collectivité et à respecter leurs cultures en adoptant des comportements éthiques, en faisant preuve de compassion, d'intégrité et de respect, et en s'investissant dans des compétences cliniques favorisant la santé des Autochtones.
- b) Les médecins disposent des outils, des connaissances, de la formation et de l'expérience nécessaires pour améliorer les soins de santé, réduire les écarts et les inégalités à cet égard et promouvoir le maintien de la santé des populations autochtones.

Stratégie 3 : Militer contre le racisme structurel et l'oppression et œuvrer à redresser les inégalités de la santé pour les peuples autochtones de tout le Canada.

Mesures

- Élaborer un énoncé du Collège royal dénonçant le racisme personnel et structurel comme étant moralement, éthiquement et professionnellement inacceptable pour ses Associés, pour les autres spécialistes et pour tous les

autres professionnels de la santé (ce document constituera le fondement des positions publiques et des démarches de protection). Il s'agit là d'une mesure prioritaire et fondamentale.

- Collaborer avec les partenaires clés afin de corriger les iniquités qui créent des écarts persistants en matière de santé.
- Favoriser l'avancement du développement du personnel médical autochtone.
- Faire reconnaître que le racisme structurel et l'oppression sont des facteurs déterminants de la santé.
- Attirer l'attention sur les normes d'admission dans les écoles de médecine afin de promouvoir la réussite des candidats autochtones.

Considérations stratégiques

- I. Compte tenu de la complexité des défis, il s'avère nécessaire de prioriser et de déterminer les mesures à prendre.
- II. Les mesures doivent être soigneusement pondérées pour déterminer la portée et le degré de protection nécessaires dans un contexte de ressources limitées et dans le cadre du mandat du Collège royal.
- III. La création d'une campagne de défense des droits reposant sur un processus structuré, encadrée par des objectifs et la mesure des résultats comporte des défis.
- IV. Faire équipe avec d'autres organisations médicales et d'autres organismes de la santé pour se donner un bon élan et une voix forte.

Lignes directrices

- a) L'identité autochtone constitue la plateforme pour promouvoir la santé sous un angle holistique et encourager la participation active des peuples autochtones de concert avec les médecins et les autres professionnels de la santé, comme « agents du changement pour la santé ».
- b) La relation entre le patient autochtone et le médecin est sacrée et exempte de hiérarchie ou de rapport de force. Ce partenariat favorise l'accès aux soins de santé et aux ressources nécessaires à la santé et au mieux-être de la personne, de la famille et de la communauté. Il aide également le médecin à travailler efficacement avec les institutions communautaires afin d'aider le patient.

Annex 3 – Liste d’acronymes

CanMEDS — Créé par le Collège royal, CanMEDS est un référentiel qui décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux à qui ils prodiguent des soins.

CDAMS — Committee of Deans of Australian Medical Schools

CMFC — Collège des médecins de famille du Canada

FRCPC — Associé du Collège royal des médecins du Canada

FRCPSC (Hon) — Associé honoraire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

FRCSC — Associé du Collège royal des chirurgiens du Canada

CSA — Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal

GTSA — Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada

CCNSA — Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

PCAP® — Propriété, contrôle, accès, possession

O. Ont. — Ordre de l’Ontario

Collège royal — Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

CVR — Commission de vérité et réconciliation du Canada

UNICEF — Fonds des Nations unies pour l’enfance