

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



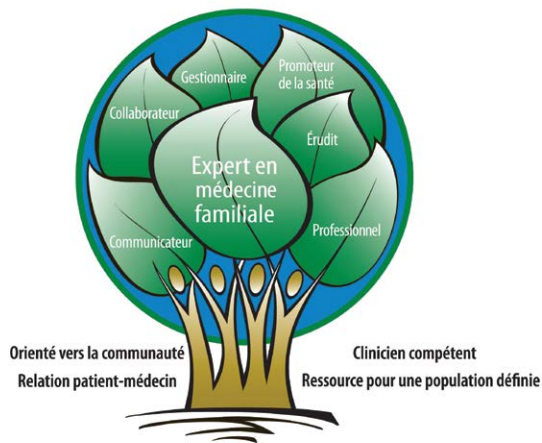
LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CanMEDS–Médecine familiale

Compendium d'études de cas sur la santé autochtone

Deuxième édition



CanMEDS-Médecine familiale

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

© 2024 Le Collège des médecins de famille du Canada

Première édition publiée en 2023

Deuxième édition publiée en 2024

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

Pour citer ce document :

Comité sur la santé autochtone. *CanMEDS-Médecine familiale : Compendium d'études de cas sur la santé autochtone*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2024.

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) remercie le Comité sur la santé autochtone d'avoir rédigé et révisé ce document.

Groupe de rédaction et de révision

Le présent document a été rédigé par le Comité sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada. Les personnes collaboratrices sont citées en ordre alphabétique ci-dessous.

D^{re} Darlene Kitty, présidente

D^{re} Mandy Buss

D^{re} Sarah Funnell

D^{re} Ojstoh Horn

D^{re} Veronica McKinney

D^{re} Amanda Sauvé

D^{re} Leah Seaman

Les œuvres d'art sur la page couverture et la page 17 sont reproduites avec l'autorisation de Sheldon Louis. Les œuvres d'art sur les pages III, 4, 8, 11, 15, 19, 23, 25 sont reproduites avec l'autorisation de James Wedzin.



Sommaire

1	Introduction	23	Leader
3	Guide d'animation pour le Compendium d'études de cas	27	Promoteur de la santé
12	Expert en médecine familiale	30	Érudit
16	Communicateur	33	Professionnel
19	Collaborateur	36	Annexes
		38	Références

Introduction

Pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, la communication narrative honore la tradition orale tout en étant une méthode importante de transmission des connaissances.

La communication narrative permet de transmettre les expériences d'une génération à l'autre de façon mémorable ou métaphorique. Cette méthode de transmission innovatrice du savoir a été récemment reconnue dans le domaine de la « médecine narrative ».¹ Ce recueil d'études de cas du Document d'accompagnement sur la santé autochtone CanMEDS-MF de 2020² a été créé pour améliorer la compréhension et promouvoir des soins de haute qualité qui soutiennent le droit des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis à obtenir des soins de santé de la plus haute qualité.³

La communication narrative, également appelée étude de cas ou récit, est un moyen puissant d'aider les spécialistes de la santé à apprendre et à réfléchir sur les préjugés personnels ou systémiques qui peuvent influencer leur pratique. Les études de cas présentées dans ce guide fournissent de l'information sur les rencontres dans le système de soins de santé du point de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les détails fournis permettent aux lecteurs et lectrices de passer à l'autoréflexion et au dialogue entourant les récits présentés.

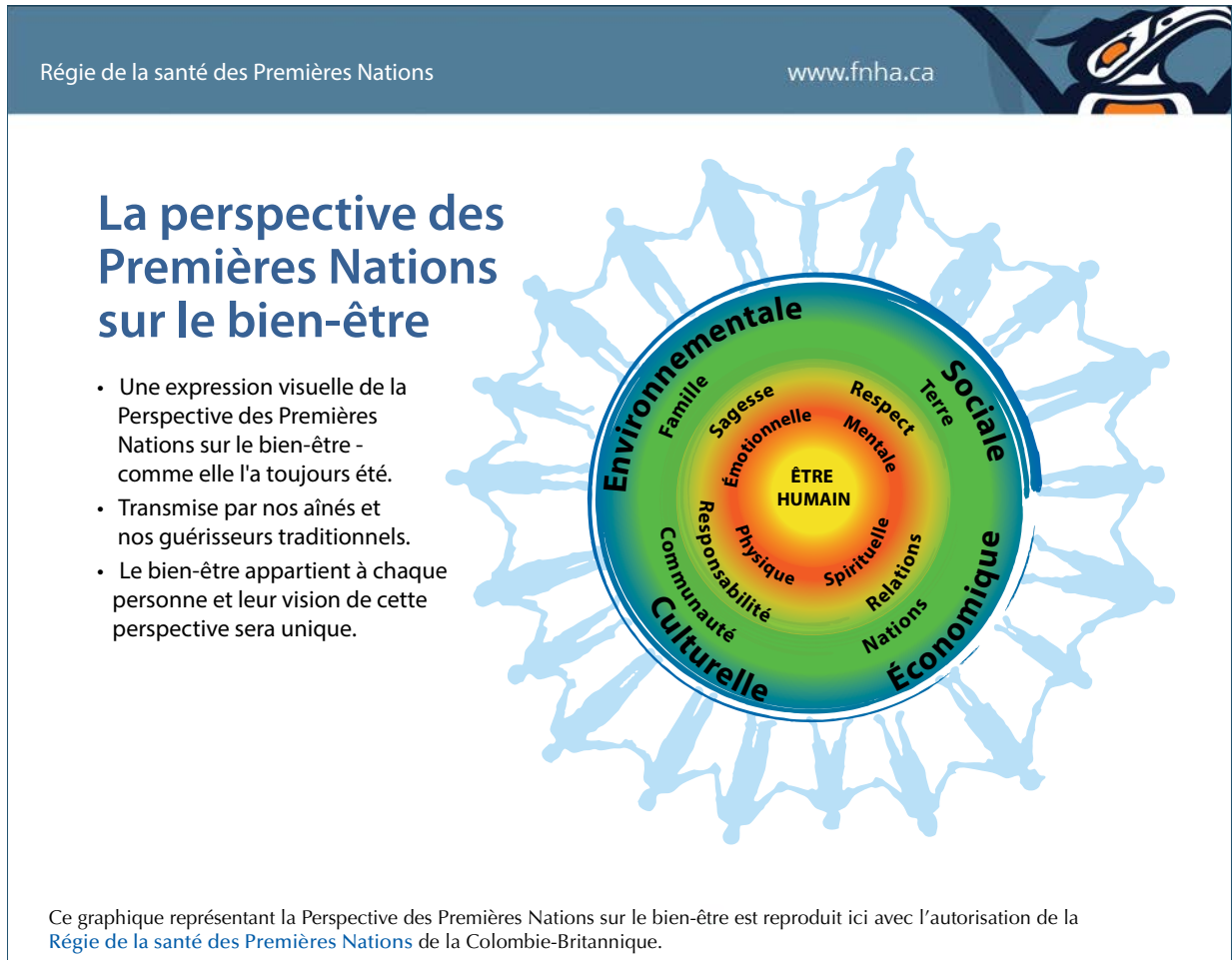
Les lecteurs et lectrices noteront qu'une évaluation psychosociale est proposée pour chaque cas. Les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis ont en commun une perspective holistique en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, ainsi que ceux de leur famille. Lorsqu'ils envisagent la santé, les peuples autochtones tiennent compte des aspects du mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel. Les praticiennes en médecine de famille tiennent compte du contexte psychosocial lorsqu'ils s'occupent de patients et patientes tout au long de leur vie et s'alignent ainsi sur les perspectives autochtones en matière de santé et de mieux-être.

Finalité d'apprentissage

L'information contenue dans ce recueil est conçue pour démontrer et reconnaître les soins peu culturellement sécuritaires qui existent dans l'ensemble du système de soins de santé et pour fournir des points d'apprentissage afin d'élargir la base des connaissances des médecins de famille, des apprenants en médecine et des enseignants et enseignantes pour mieux s'engager dans des soins qui respectent de façon authentique le droit des peuples autochtones à la justice en santé et qui tiennent compte de leurs contextes culturels, historiques, politiques et sociaux.

Alors que ce ne sont pas tous les peuples autochtones qui utilisent la roue de la médecine, il existe de nombreuses similitudes entre les groupes en ce qui concerne la prise en compte de la personne dans son ensemble (corps, âme, esprit et émotions) lors de l'évaluation du bien-être. Le recours à cette approche avec la patientèle autochtone peut démontrer une compréhension approfondie de la perspective autochtone en matière de santé et de mieux-être. Pour une représentation visuelle du modèle holistique largement utilisé par la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, voir la **figure 1**.

Figure 1 Régie de la santé des Premières Nations, Perspective des Premières Nations sur la santé et le mieux-être



Pour chaque cas présenté dans ce recueil, des renseignements sur le patient ou la patiente autochtone ou sa famille sont inclus pour aider à comprendre les expériences de recherche et d'obtention de soins dans un système de soins de santé.

Des points à retenir sont proposés pour favoriser la discussion et l'autoréflexion sur les détails du cas. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une liste exhaustive des résultats d'apprentissage pour chaque cas, de nombreux points reflètent les compétences clés qui figurent dans le Document d'accompagnement sur la santé autochtone CanMEDS-MF de 2020.

Outre le Document d'accompagnement sur la santé autochtone CanMEDS-MF, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) a publié des renseignements visant à mieux comprendre la perspective autochtone en santé. *L'Énoncé de valeurs et de principes sur la santé autochtone*⁴ associe chacun des sept rôles CanMEDS aux valeurs et principes autochtones afin d'approfondir la prise de conscience. Un tableau (voir l'annexe A), créé pour ce recueil d'études de cas, relie les rôles CanMEDS aux valeurs et principes du Collège royal, en plus des compétences clés énumérées pour chacun des sept rôles, telles qu'elles figurent dans le Document d'accompagnement sur la santé autochtone CanMEDS-MF. Les lecteurs et lectrices peuvent utiliser ce tableau comme un guide de référence rapide pour favoriser l'apprentissage d'une perspective de santé autochtone pour chaque rôle.

Guide d'animation pour le Compendium d'études de cas

Appel à l'action

En tant que personne invitée qui vit, travaille et se divertit sur les territoires traditionnels des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et en tant que médecin de famille, vous avez la responsabilité de travailler dans le respect de la culture et de la lutte contre le racisme. En tant que médecins de famille, il nous incombe de travailler auprès des peuples autochtones et d'utiliser une approche tenant compte des traumatismes et qui est centrée sur la guérison. Les soins qui tiennent compte des traumatismes reconnaissent que la colonisation continue d'avoir des répercussions sur la santé et le vécu des peuples autochtones. Cette approche encourage le soutien et le traitement de la personne dans son ensemble plutôt que de se concentrer sur les symptômes individuels et des comportements spécifiques. Les inégalités en santé sont des disparités entre groupes de populations qui sont largement systémiques, évitables et injustes. Les médecins de famille peuvent aborder les traumatismes de la colonisation qui persistent toujours, tout en mettant en valeur les forces des peuples et des communautés autochtones.

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

CanMEDS–Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone¹

Les appels continus au changement pour combattre la discrimination à l'égard des populations en quête d'équité, en particulier pour lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones au sein du système de santé canadien, montrent clairement que nous n'en sommes qu'aux premiers stades de ce travail. Des documents appuyés par des données probantes, tels que les rapports *In Plain Sight*² et *First Peoples, Second Class Treatment*³, révèlent que « le racisme envers les peuples autochtones dans le système de santé est si profondément enraciné que les personnes concernées anticipent ce racisme et élaborent des stratégies pour y faire face » avant même de solliciter des soins, ou, « dans certains cas, renoncent totalement à se faire soigner ». **Nous pensons que nous avançons dans la bonne direction, cependant nous ne constatons pas encore les changements qui s'imposent pour remédier aux inégalités en matière de santé.**

En tant qu'apprenants et praticiens en médecine de famille, vous devez souvent mener une réflexion et fournir ou recevoir des commentaires sur les interactions relatives aux soins respectueux de la culture. Cet exercice peut prendre la forme d'un apprentissage mutuel entre vous, d'autres médecins et les apprenants avec qui vous collaborez. **Pour induire un changement systémique, il est essentiel de viser une responsabilité accrue, tant de notre part que de celle de nos collègues et du système.**

Contexte

Conscient de la nécessité d'explorer des approches novatrices pour soutenir l'apprentissage continu en matière d'agilité culturelle en médecine de famille, le Comité sur la santé autochtone (CSA) du CMFC a publié en 2020 le *Document d'accompagnement CanMEDS–Médecine familiale sur la santé autochtone*¹. En 2023, le Comité a enrichi cette démarche en publiant un recueil de récits (cas) visant à approfondir la compréhension des compétences décrites dans le document d'accompagnement. Nous vous encourageons à consulter d'abord le document d'accompagnement et à vous imprégner de son contenu. Cette étape est indispensable avant d'entamer la consultation de ce compendium de cas.

Lorsqu'ils enseignent un cours, les formateurs sont amenés à prendre toute une série de décisions : quel matériel pédagogique faut-il utiliser, faut-il ou non rattacher le matériel pédagogique aux pratiques sociales, et comment situer les étudiants dans l'environnement dans lequel ils évoluent. L'enseignement des soins aux populations en quête d'équité, tout en intégrant la sécurité culturelle et l'humilité, peut être étayé par l'utilisation de scénarios ou d'études de cas, car cette démarche permet d'explorer les nombreuses subtilités inhérentes à cette mission. Ce guide d'animation offre une approche réfléchie pour la planification et une expérience d'apprentissage réussie tant pour les participants que pour les animateurs. Les ponts suivants peuvent servir de rappels avant de concevoir une expérience éducative :

- Il est fortement recommandé de favoriser l'apprentissage en groupe. Nous encourageons les participants à engager des discussions sur les compétences présentées dans le Document d'accompagnement avec leurs superviseurs ou leurs collègues.
- Pour enrichir notre compréhension et pratiquer des soins respectueux de la culture, il est essentiel d'aborder les possibilités de formation et d'expérience avec un esprit ouvert, mais surtout, avec une ouverture de cœur.
- Cet apprentissage peut s'avérer difficile : il est essentiel de veiller à son bien-être, tant avant qu'après le processus d'apprentissage. En tant que médecin de famille, il est de notre devoir de réfléchir à nos pratiques et à notre approche de manière ouverte et sincère.
- Veillez à impliquer les apprenants autochtones, pour qui certains des thèmes et des expériences abordés dans les études de cas peuvent être familiers.

Rappels

- Encouragez à suivre le contenu, même si le processus semble inconfortable.
- N'abandonnez pas en cas d'erreur.
- L'autoréflexion constitue un aspect essentiel de cet apprentissage.
- Faites constamment preuve de réflexion, d'humilité et de persévérance dans l'apprentissage.
- La réconciliation est un processus permanent — **il ne s'agit pas d'un apprentissage ponctuel.**

- L'éducation à la sécurité culturelle est une formation qui vise à soutenir les praticiens. L'absence de sécurité culturelle peut causer des préjudices, voire entraîner la mort des personnes que nous soignons.
- La formation à la lutte contre le racisme est un apprentissage indispensable pour combattre et éradiquer le racisme ainsi que la discrimination au sein du système de santé d'aujourd'hui.

Description

Durée totale : Une heure à une heure et demie par cas

Lecture préalable : Le *Document d'accompagnement CanMEDS–Médecine familiale sur la santé autochtone*, du Comité sur la santé autochtone et *Reflexive Questions for Educators and Facilitators*⁴.

Remarque : Cet apprentissage s'appuie sur des approches progressives qui reflètent le caractère continu de l'acquisition des connaissances tant pour les participants que pour les formateurs.

En fonction du niveau d'expérience et de l'engagement des participants dans les domaines de la santé et du bien-être des peuples autochtones, les animateurs peuvent ajuster le plan de cours en conséquence en s'appuyant sur des approches d'apprentissage de référence, de développement ou d'approfondissement.

La réflexivité, la réflexion critique et l'autoréflexion sont des compétences essentielles chez les éducateurs impliqués dans l'enseignement médical, car elles enrichissent la conception et la mise en œuvre des programmes d'études. « Le processus de formation est rythmé par des phases de prise de décision ancrées dans des valeurs, que ce soit dans la conception des programmes, la sélection des conférenciers invités, le contenu, l'enseignement ou les choix pédagogiques. La formulation de questions réflexives peut éclairer certaines des valeurs et des hypothèses implicites qui guident nos choix. » Les lectures préalables recommandées aux animateurs de cette séance comprennent un guide de questions réflexives destiné aux éducateurs et animateurs visant à enrichir leur pratique de l'animation dans ce domaine.

Objectifs d'apprentissage

- Démontrer et reconnaître l'existence de soins culturellement dangereux dans l'ensemble du système de soins de santé.
- Fournir des éléments d'apprentissage pour enrichir les connaissances des médecins de famille, des apprenants en médecine et des éducateurs.
- Promouvoir un engagement renforcé en faveur de soins qui respectent véritablement le droit des peuples autochtones à la justice en matière de santé, tout en intégrant leurs contextes culturels, historiques, politiques et sociaux.

Documentation : Copie, ou copies, du *Compendium d'études de cas sur la santé autochtone de CanMEDS–Médecine familiale*⁵ (le « Compendium »). Si vous ne disposez pas de copies imprimées, vous pouvez ouvrir la copie électronique et la projeter à l'aide d'un écran et d'un projecteur.

Configuration de l'espace : Chaises en cercle, tournées vers l'intérieur (avec des copies imprimées du Compendium). Chaises disposées en demi-cercle face à l'écran (si vous utilisez la version électronique du Compendium). Cet apprentissage peut avoir lieu n'importe où : une table de cuisine, une salle communautaire, etc.

Configuration de l'espace virtuel : Séance plénière ouverte pour commencer, possibilité de créer des salles de discussion en petits groupes.

Animateurs :

- Base : Le responsable doit être bien familiarisé avec le Document d'accompagnement et maîtriser les principes ainsi que les approches de la lutte contre le racisme.
- Développement : Le responsable doit avoir de l'expérience dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'un programme d'enseignement médical qui intègre la santé autochtone.
- Approfondissement : Modèle d'animation conjointe impliquant des enseignants autochtones et non autochtones, ainsi qu'une bonne connaissance de l'intégration de la santé autochtone dans le programme d'enseignement médical.

Compendium d'études de cas du CMFC — Modèle de plan de cours

Durée (minutes)	Description
15	<p>Accueil et mot de bienvenue</p> <p>Base : Accueillez les participants et prononcez un discours de reconnaissance des terres ancestrales sur lesquelles se déroule la séance.</p> <p>Développement : Proposez, si c'est à votre portée, un exercice de connexion à la terre. Invitez les participants à se reconnecter à eux-mêmes et à la terre. Partagez une chose pour laquelle vous ressentez de la gratitude envers la terre sur laquelle se déroule l'apprentissage.</p> <p>Approfondissement : Établissez des normes de groupe ou des valeurs communes tout au long de l'expérience d'apprentissage.</p> <p>Voici quelques exemples de valeurs communes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement à faire preuve de respect • Ouverture à de nouveaux concepts • Association du travail à l'idée que nous agissons au nom des peuples autochtones et, dans cette optique, pour sept générations à partir d'aujourd'hui <p>Ce travail nécessite une connexion profonde avec soi-même et avec les autres, ainsi que de prêter attention à des choses auxquelles nous ne portons habituellement pas attention. Il s'agit d'un travail émanant du cœur plutôt que d'une simple démarche intellectuelle. Ce processus est exigeant. Nous devons faire preuve d'une concentration et d'une conscience de soi accrues alors que nous découvrons ensemble le concept d'équité en matière de santé.</p> <p>Développement : Invitez un enseignant, un membre de la communauté ou un aîné autochtone à ouvrir la séance de manière constructive, dans un cadre où cette personne se sent à l'aise et en sécurité pour s'exprimer.</p>
De 15 à 20 minutes, voire plus en fonction du nombre de participants dans la salle	<p>Présentations</p> <p>Allouez environ deux minutes par personne. Invitez les participants à se présenter, à évoquer leurs origines et leur ascendance (s'ils en ont connaissance) et à partager un aperçu de qui ils sont comme personne, sans mettre l'accent sur leur rôle. Prendre ce temps pour chacun et chacune des participants favorise un sentiment d'appartenance à une équipe. Dans le domaine de la santé, personne ne travaille seul ; il est donc essentiel de valoriser la collaboration et le travail d'équipe.</p>
5	<p>Présentez le Compendium en tant que ressource.</p> <p>Faites apparaître la couverture du Compendium à l'écran ou distribuez des copies imprimées.</p> <p>Mettez l'accent sur le fait que le Compendium a pour objectif d'enrichir l'apprentissage lié au Document d'accompagnement et aux compétences qui en découlent, afin d'offrir des soins culturellement respectueux aux peuples autochtones.</p> <p>La familiarisation avec ce document avant la séance est indispensable pour les participants à cet apprentissage.</p>
2	<p>Choisissez le récit que vous allez proposer.</p> <p>Demandez à une personne de lire à haute voix la section « Définition » du rôle décrit dans l'étude de cas (récit).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulignez que, bien que chaque cas mette en lumière l'un des sept rôles CanMEDS, il est souvent difficile de les isoler, car ces rôles tendent à se chevaucher et à se compléter. • Encouragez les participants à penser au rôle présenté, mais aussi à réfléchir aux sept autres rôles qui figurent ou non dans le récit.
5	<p>Questions de réflexion autour de la définition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous interpelle le plus dans la définition que vous venez de lire ? Pourquoi ? • Y a-t-il un élément de la définition qui vous semble « nouveau » ?
2	<p>Demandez à une personne de lire le récit à haute voix, ainsi que la section « Historique » du cas.</p>
5	<p>Questions de réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base : Que relate le récit ? • Développement : Comment le rôle principal a-t-il été illustré, ou non, dans ce récit jusqu'à présent ? • Approfondissement : Quels points forts ont été mis en lumière par le patient ou sa famille ?

Durée (minutes)	Description
8	<p>Demandez à chaque personne de faire une lecture silencieuse de la section sur « Évaluation » et d'y réfléchir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement : Pourquoi pensez-vous que l'évaluation est structurée en quatre domaines différents : physique, mental, spirituel et émotionnel ? • Approfondissement : L'importance de la spiritualité. Nous pouvons considérer celle-ci comme ce à quoi la personne se connecte et qui lui apporte de l'espoir. Elle n'est pas toujours associée à une religion. Réfléchissez à la manière dont cela diffère de votre propre expérience de la spiritualité.
8	<p>Demandez à une personne de lire la mise à jour du récit.</p> <p>Questions de réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les autres rôles de CanMEDS qui, selon vous, s'appliquent à ce cas ? Pourquoi ? • Selon vous, que doit-il se passer maintenant ?
2	<p>Demandez à une autre personne de lire la section « Points de vue autochtones — expériences de recherche et de réception de soins. »</p>
8	<p>Réflexions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base : Qu'est-ce qui vous interpelle le plus en entendant parler des points de vue autochtones ? • Développement : Pouvez-vous identifier les obstacles à l'accès aux soins pour le patient ? • Approfondissement : Dans quelle mesure les déterminants sociaux de la santé jouent-ils un rôle dans ce récit ?
10	<p>Demandez à chaque personne de lire la section sur les éléments d'apprentissage. En utilisant le tableau à la fin de ce document, demandez aux participants de réfléchir à chacun des rôles de CanMEDS et à comment ils figurent ou non dans le cas.</p>
5	<p>Discussion finale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En tant que médecin de famille, comment pouvez-vous envisager de mettre en œuvre ces rôles dans votre pratique ? • Comment les rôles présents dans ce cas pourraient-ils être utilisés de manière plus réfléchie lorsque vous travaillez auprès de patients autochtones ?
10	<p>Approfondissement : Aîné — réflexions finales</p>
Annexe	<p>Créez un espace tout au long de la séance pour recueillir les questions éventuelles concernant les approches discutées ou le cas en question. Si, à l'issue de l'étude de cas, certaines questions restent sans réponse, utilisez les instructions suivantes pour orienter les apprenants dans leurs recherches d'informations.</p> <p>Réfléchissez à la manière dont les réponses peuvent être recherchées à l'aide des questions d'autoréflexion suivantes, et en confiant la responsabilité aux apprenants plutôt qu'en sollicitant l'aide des collègues des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Ces questions s'inspirent des travaux des D^{res} Daniele Behn Smith et Kate Jongbloed et ont été élaborées pour leur initiative de deux ans intitulée « Désapprendre et démanteler la suprématie blanche systémique », en collaboration avec le Bureau du médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique. Apprenez-en plus en visitant le site : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/unlearning-undoing-project</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles recherches avons-nous effectuées et quel engagement avons-nous pris, mon équipe et moi-même, pour mieux connaître les peuples autochtones des terres sur lesquelles nous travaillons ? Que savons-nous des préjudices coloniaux qu'ils ont subis et qu'ils continuent de vivre ? • Quelles recherches avons-nous effectuées et quel engagement avons-nous pris, mon équipe et moi, pour mieux comprendre nos obligations en matière de réconciliation, qui sont spécifiques à notre domaine d'activité ? (c'est-à-dire les appels à l'action du Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation) • Quelles mesures prenons-nous pour faire avancer la réconciliation, et comment nous assurons-nous d'être imputables tout en respectant nos obligations professionnelles ? • Comment l'étude des réponses aux questions ci-dessus pourrait-elle orienter mon rôle en tant que médecin de famille ?

Réflexions sur les rôles du Compendium d'études de cas CanMEDS

À compléter par les participants après discussion d'une étude de cas :

- Pouvez-vous identifier les manifestations du racisme systémique dans ce récit?
- Pouvez-vous identifier certains des points forts du patient?

Rôle CanMEDS	Comment ce rôle a-t-il été mis en évidence ou non dans ce récit?
Leader	
Collaborateur	
Professionnel	
Promoteur de la santé	
Érudit	
Communicateur	
Expert en médecine de famille	

Références

1. Kitty D, Funnell S, éd. *Document d'accompagnement CanMEDS-Médecine familiale sur la santé autochtone*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Date de consultation : Le 21 août 2024. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/CanMEDS-IHS-FRE-web.pdf>
2. Allan B, Smylie J. *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto (ON) : Wellesley Institute; 2015. Date de consultation : Le 21 août 2024. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPST-Updated.pdf>
3. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. Victoria (C.-B.) : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2020. Date de consultation : Le 21 août 2024. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
4. Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education *Reflexive Questions for Educators & Facilitators*. Toronto (ON) : Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education; 2024. Date de consultation : Le 21 août 2024. <https://ipe.utoronto.ca/sites/default/files/assets/files/cache-reflexive-questions-educators.pdf>
5. Comité sur la santé autochtone *CanMEDS-Médecine familiale : Compendium d'études de cas sur la santé autochtone*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2023. Date de consultation : Le 21 août 2024. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Indigenous-Health/CanMEDS-Indigenous-Health-2023-FR.pdf>
6. Loppie C, Wien F. *Understanding Indigenous health inequities through a social determinants model*. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2022. https://www.nccih.ca/495/Understanding_Indigenous_Health_Inequalities_through_a_Social_Determinants_Model.nccih?id=10373
7. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Introduction to Unlearning & Undoing White Supremacy and Racism in the Office of the Provincial Health Officer*. Date de consultation : Le 1^{er} septembre 2024. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/unlearning-undoing-project>

Avertissement concernant le contenu de nature sensible

Le contenu des récits présentés dans ce document peut susciter des sentiments désagréables et des souvenirs d'expériences négatives. L'expression de la vérité est un élément important de la réconciliation. Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui liront ces récits pourront ressentir un certain malaise, car ces récits peuvent faire état de leur propre expérience ou de celle de leur famille en ce qui concerne les préjudices subis dans le système de soins de santé. Les lecteurs et lectrices allochtones peuvent également ressentir un certain malaise à la lecture de ces récits. Nous demandons à l'ensemble des lecteurs et lectrices de témoigner des expériences de racisme systémique qui sont souvent cachées. Ces récits ont pour but de reconnaître que des soins peu culturellement sécuritaires existent dans le système de soins de santé et sont présentés ici dans l'intention d'exposer ce racisme et de fournir des points d'apprentissage pour aider à y remédier. Si vous avez besoin de soutien, n'hésitez pas à vous adresser à un ami ou une amie, à un mentor ou une mentore ou à un conseiller ou une conseillère de confiance.

Expert en médecine familiale

Autres mots clés :

Collaborateur, communicateur, leader, promoteur de la santé, érudit

Définition

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



En tant qu'expert en médecine de famille, le médecin de famille est appelé à faire preuve de courage clinique dans sa pratique, à prodiguer les soins avec compassion, à faire participer les patients et patientes et leur communauté et à jouer tous les rôles décrits dans le Document d'accompagnement sur la santé autochtone CanMEDS-MF de 2020.² En tant qu'expert en médecine de famille, le médecin de famille travaille avec les Autochtones, qu'il exerce en milieu urbain ou rural ou en région éloignée. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivent en groupes populationnels homogènes et diversifiés dans tous ces types de milieux.

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

Récit

Tommy, un jeune garçon inuvialuit, se présente à vous signalant des maux de tête et de fréquents maux d'estomac. Tommy a 12 ans et vit avec sa mère célibataire et ses quatre frères et sœurs, dans une maison avec ses grands-parents et deux autres membres de la famille.

Antécédents

Tommy ne réussit pas bien à l'école. Il dit qu'il n'aime pas l'école, car il a de la difficulté. Il dit qu'il a des maux de tête lorsqu'il se sent sous pression. Il est souvent inquiet. Il parle des difficultés de vivre dans une maison surpeuplée et des difficultés financières de sa famille.

Tommy fréquente d'autres préadolescents qui ont une influence négative sur lui. Il a commencé à fumer. Il mange de la malbouffe et ne prend qu'un seul repas par jour. Il affirme avoir commencé à boire la fin de semaine.

Évaluation psychosociale

Plan physique : Les signes vitaux et l'évaluation physique, y compris l'examen neurologique, sont normaux.

Plan mental : Faibles notes, risque d'échec scolaire. N'est pas motivé. Un enseignant à l'école l'abaisse.

Plan émotionnel : Tommy s'inquiète pour sa mère et tout ce qu'elle doit faire pour s'occuper du foyer. Il se sent parfois déprimé, se sent seul et n'a pas beaucoup d'amis proches. Il a perdu deux amis qui se sont suicidés au cours des deux dernières années.

Plan spirituel : Il aime aller à la chasse et à la pêche avec son grand-père.

Mise à jour narrative

Vous revoyez Tommy encore quelques fois. Il s'ouvre à vous et vous dit qu'il est parfois triste, qu'il se sent souvent seul et qu'il ne s'entend pas toujours avec sa mère et ses frères et sœurs.

Vous l'encouragez à passer du temps avec sa mère et à parler de ce qui le dérange. Vous l'encouragez à cesser de fumer et de boire. Il a trouvé de nouveaux amis et des influences plus positives au centre de jeunesse.

Pendant votre journée de congé, vous allez à la pêche avec une famille inuvialuit et en apprenez davantage sur la culture et les traditions.

Perspectives autochtones – expériences de recherche et d'obtention de soins

Tommy se rend au premier rendez-vous parce que sa mère s'inquiète pour lui. Il ne fait pas confiance aux médecins. Beaucoup de médecins qui travaillent au centre de santé ne sont là que pour une courte période et ne sont pas du tout en contact avec les membres de la communauté. Tout comme pour l'enseignant qui vient du « sud », Tommy croit que le médecin n'a pas la moindre idée de ce qu'est

la vie dans la communauté et des problèmes auxquels lui et sa famille sont confrontés. Le médecin travaillera probablement ici jusqu'à la fin de son mandat, puis retournera dans le sud.

Tommy pense que ce médecin est différent. Il ne semble pas pressé et prend le temps de poser des questions sur l'école, la famille et les amis de Tommy. Il a demandé à Tommy s'il souhaitait le revoir pour discuter. Personne n'avait jamais proposé directement à Tommy de participer aux décisions concernant sa santé. Tommy est curieux de revoir ce médecin et accepte d'y retourner.

Lors du rendez-vous suivant, le médecin a demandé à Tommy ce qui le rendait heureux et s'est intéressé au fait que Tommy parle d'être en nature avec son grand-père. Le médecin lui a dit qu'il aimerait venir pêcher un jour. Lorsque Tommy a parlé de la perte de ses amis qui s'étaient suicidés, le médecin a dit qu'il était désolé pour ses amis. Le médecin connaît l'existence du groupe de jeunes du centre culturel et a demandé si Tommy y était déjà allé. Tommy n'y est jamais allé, mais après que le médecin lui donne quelques informations sur le groupe, il accepte d'y aller.

Tommy voit le médecin lors d'une journée de pêche communautaire. Le médecin est resté après la pêche pour partager un repas avec la communauté et a amené sa famille avec lui. Le lendemain, la famille de Tommy a parlé du médecin à la maison, car elle était heureuse de voir qu'il avait amené sa famille au rassemblement. Il n'est pas très fréquent que des professionnels de la santé du sud participent à des événements communautaires.

Lors du rendez-vous suivant, le médecin dit qu'il était heureux de voir Tommy à l'événement et a noté à quel point il avait l'air heureux lorsqu'il pêchait avec son grand-père. Tommy s'est senti privilégié de savoir que le médecin a pu constater qu'il passait du temps en nature avec son grand-père, car c'est important pour lui. Lorsque le médecin l'a interrogé sur le comportement à risque que la mère de Tommy lui avait signalé, Tommy a pu s'ouvrir au médecin et lui expliquer pourquoi il consomme du tabac et de l'alcool. Tommy se sent prêt à rester en contact avec le programme pour les jeunes du centre culturel.

Points à retenir

- Tommy est un Inuvialut. Il est important de connaître les différentes nations et sous-groupes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, parfois en fonction du contexte géographique ou des territoires traditionnels.
- L'établissement d'une relation avec les patients et patientes autochtones et leur famille, y compris dans les situations d'urgence, contribue à identifier et à fixer les priorités en matière d'évaluation et de prise en charge
 - Dans le cas de Tommy, cela nécessitera probablement plus d'une visite. Il est important qu'il se sente en sécurité afin qu'il fasse davantage part de ses inquiétudes.
 - Une fois la confiance et une bonne relation thérapeutique établie, il peut être plus facile d'explorer les comportements à risque de Tommy (alcool et tabagisme).
- Comme nous le savons, le surpeuplement peut avoir une incidence sur la santé et le bien-être social. Le logement est un déterminant social de la santé.

- Pour tous les patients, et en particulier pour les Autochtones, le soutien de la famille est important. Nous nous efforçons de mobiliser les membres de la famille dans le soutien au mieux-être du patient.
 - Pour Tommy, solliciter et impliquer sa mère et ses grands-parents, car vous avez découvert au cours de vos conversations que Tommy est proche d'eux.
- Comme le rôle de collaborateur est l'un des rôles CanMEDS, nous sommes appelés à collaborer avec les patients et patientes, leur famille et tout autre membre approprié de l'équipe lorsque nous travaillons dans les communautés autochtones. Les médecins de famille utilisent toutes leurs connaissances, leurs compétences et leur compassion lors de la consultation.
 - Le personnel du centre de jeunesse peut orienter Tommy vers des activités et des ressources.
 - Un conseiller pour les jeunes peut aider Tommy à s'exprimer sur sa situation familiale et à renforcer sa relation avec sa mère.
 - Une collaboration avec l'infirmière ou l'infirmier de l'école, peut fort bien mettre Tommy en contact avec un tuteur ou une tutrice ou lui trouver un mentor ou une mentore (un plus âgé, par exemple) pour l'encourager à aller à l'école.
 - Établir une familiarité avec la communauté pour favoriser les relations, la compréhension et la confiance
- Écouter le patient. Chercher à connaître leurs idées sur leur santé et à savoir s'ils pratiquent ou souhaitent avoir recours à des pratiques de santé autochtone traditionnelles. Ces idées sont reçues ouvertement et sans jugement.
 - Encourager Tommy à envisager des moyens positifs de faire face au stress—marcher, faire du sport, aller en nature avec ses grands-parents;
 - Se renseigner sur les ressources disponibles auprès des gouvernements régionaux, provinciaux ou territoriaux; par exemple, l'Inuvialuit Regional Corporation et SportNorth, comme moyen de connexion pour Tommy.
- Nous sommes encouragés à participer à des événements importants, comme des funérailles, et à des activités communautaires, comme des événements sportifs, les récoltes ou les rassemblements
 - N'hésitez pas à manifester votre intérêt ou à demander si vous pouvez assister à des événements, tout en sachant que certains événements ne sont pas ouverts aux non-membres de la communauté.

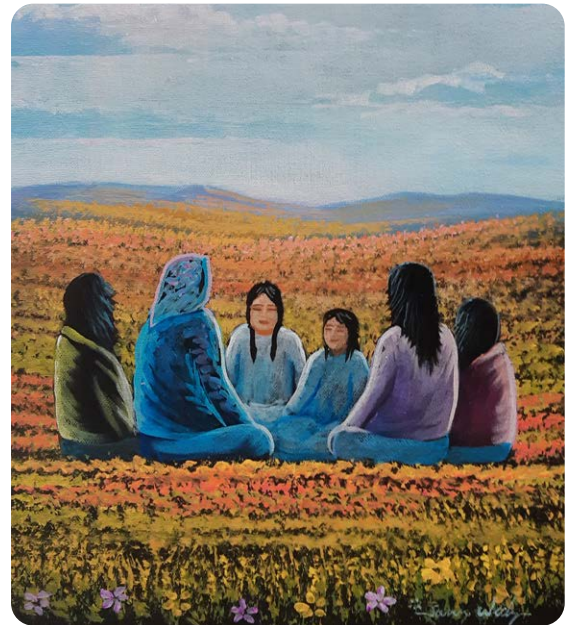
Communicateur

Autres mots clés :

Leader, promoteur de la santé, professionnel, collaborateur

Définition

La consultation avec un patient ou une patiente autochtone comporte les mêmes tâches communicationnelles (comme l'établissement de relations, la collecte d'informations, l'explication et la planification) que la consultation avec un patient allochtone. Cependant, pour communiquer efficacement avec les patients et patientes autochtones, le médecin de famille communicateur doit également adapter la consultation en fonction d'une autre gamme de contextes culturels (patient et médecin) et sociétaux (découlant de la colonisation).



Récit

Matthew est un homme cri de 72 ans qui se présente à la clinique pour un suivi systématique de son diabète. Matthew est un ferronnier retraité qui se rend souvent dans une cabane sur sa concession de piégeage pour pêcher ou chasser pour sa famille. Il est un survivant des pensionnats et parle sa langue native. La glycémie (HbA1c) de Matthew s'est considérablement améliorée au cours de l'année écoulée. Lorsqu'il se présente à la clinique pour son rendez-vous, vous entendez chuchoter le responsable de la clinique : « Au moins, il s'est présenté cette fois-ci. »

Antécédents

Matthew a reçu un diagnostic de diabète au cours des dix dernières années, mais il est probable qu'il ait été diabétique pendant des années auparavant, car il a reçu des soins primaires sporadiques pendant la majeure partie de sa vie. Il souffre d'hypertension, d'insuffisance rénale et d'ostéo-arthrite aux deux genoux. Il a contracté la tuberculose lorsqu'il était enfant dans un pensionnat. Lorsque sa femme est décédée il y a deux ans, il a emménagé avec son fils et sa famille. Il est très actif dans sa communauté et aime passer du temps en nature. Il boit une bière ou deux en regardant le hockey à la télévision, il marche tous les jours et il mange souvent des plats traditionnels.

Évaluation

Plan physique : Tension artérielle (TA) de 140/95, pouls de 60 battements par minute (BPM), examen physique sans particularité, hémoglobine A_{1c} (HbA_{1c}) de 7,9 (en baisse par rapport à 10,3 l'année dernière), lipides à la bonne cible (sous statine), créatinine récente de 160, débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) de 40. Prend ses médicaments régulièrement.

Plan mental : Aime passer du temps en famille et participe souvent à des activités communautaires.

Plan émotionnel : Échange avec les jeunes et d'autres membres de la communauté sur son expérience du pensionnat. Il semble bien s'adapter à son traumatisme passé et à la perte de sa femme. Sa famille le soutient beaucoup.

Plan spirituel : Matthew est souvent en nature et dans sa cabane autant que possible. Il y est actif, il coupe du bois et il marche. Il va à l'église.

Mise à jour narrative

Après la visite de Matthew, vous vous adressez au responsable de la clinique pour lui demander les raisons du commentaire qu'il a fait au moment où Matthew arrivait. Le responsable de la clinique vous indique que Matthew a manqué un rendez-vous avec le ou la spécialiste en néphrologie il y a quelques mois alors qu'il était parti pêcher. Le responsable de la clinique et vous décidez de revoir la façon dont les rappels sont effectués pour vous assurer que les patients connaissent les dates de leurs prochains rendez-vous. Vous vous souvenez également d'une séance de formation à laquelle vous avez assisté il y a quelques années et qui mentionnait que les « rendez-vous manqués » pouvaient être une indication que les patients autochtones ne se sentaient pas en sécurité sur le plan culturel.

Matthew se porte bien et vous pouvez constater l'effet positif sur sa santé des liens qu'il entretient avec sa famille, sa culture et l'activité physique. Vous soupçonnez que ce qu'il connaît de son état rénal est limité, mais lorsque vous examinez ses résultats de laboratoire, il déclare : « Je me sens bien. » Un traducteur aide souvent les patients de la clinique à comprendre les diagnostics complexes. Vous demandez à Matthew s'il aimerait que le traducteur soit présent lors d'une réunion de suivi pour mieux comprendre le trouble rénal. Il accepte. Le rendez-vous suivant se déroule très bien et donne lieu à quelques ajustements supplémentaires de ses médicaments et à une orientation vers un ou une néphrologue.

Vous remarquez qu'un nombre important de patients souffrant d'une maladie rénale chronique viennent à la clinique et ont besoin d'une consultation ou d'un suivi avec un ou une néphrologue. Vous organisez une réunion pour explorer la possibilité de faire venir un ou une néphrologue dans la communauté tous les trois mois.

La prochaine fois que vous voyez Matthew à la clinique, il se porte très bien; sa tension est passée à 128/90. Il vous parle de son expérience dans les pensionnats pour que vous puissiez comprendre ce que lui et d'autres ont vécu.

Perspectives autochtones – expériences de recherche et d'obtention de soins

Matthew : « En tant que survivant des pensionnats, où l'on nous faisait subir des choses sans consentement ni explication, entrer dans une « institution » (comme une clinique) me rend anxieux. J'ai été mal accueilli par le personnel de la clinique locale qui me traite de la même manière que les religieuses au pensionnat. Il m'abaisse. Je n'aime pas venir à la clinique, mais je sais qu'en raison de mon état de santé, je dois passer des examens réguliers et qu'il n'y a pas d'autre endroit où aller pour obtenir

des soins. Ma femme avait l'habitude de m'accompagner à mes rendez-vous. Elle comprenait mieux que moi ce que disaient les médecins, car je suis très angoissé quand je suis à la clinique. Depuis qu'elle est décédée, j'ai de la difficulté à comprendre ce que les médecins me disent de faire.

Lorsque ce médecin m'a proposé l'aide à la traduction de la part d'un membre de la communauté que je connais, ça m'a fait du bien. Avec son aide, j'ai eu une tout autre conversation avec le médecin et j'ai mieux compris ce qu'il me disait, traduit dans ma langue. Je pense que le médecin a peut-être aussi parlé au personnel, car la fois suivante, je n'ai pas eu de regard désapprobateur et je n'ai pas entendu de remarques blessantes de leur part. Ce médecin souhaite en savoir plus sur mes expériences de vie. J'ai l'impression que je peux lui raconter des anecdotes sur ma vie pour l'aider à comprendre. Il est prêt à écouter et je suis prêt à lui faire part de mon récit. »

Points à retenir

- L'état de santé des patients autochtones est très varié. Ce ne sont pas tous les patients autochtones qui ont de la difficulté à prendre en charge leur santé, même en présence de traumatisme intergénérationnel ou d'expériences négatives pendant l'enfance.
- Nous veillons à ce que nos interactions aplanissent la différence de pouvoir entre la personne soignante et le patient ou la patiente
 - Remarquer et expliquer au patient ou à la patiente les mesures bénéfiques qui améliorent la santé et le bien-être, la force, le courage et la résilience;
- Le racisme, qu'il soit subtil, caché, manifeste, intentionnel, involontaire, systémique ou individuel, est inacceptable. La tolérance zéro entre collègues concernant les commentaires racistes favorise un environnement exempt de discrimination et permet à tous les patients de se sentir bienvenus et en sécurité lorsqu'ils cherchent et obtiennent des soins.
- Il est important de reconnaître et de défendre votre patient ou patiente autochtone lorsqu'un incident ou un commentaire inapproprié ou inacceptable se produit.
- La continuité des soins est essentielle pour favoriser l'adhésion au plan de traitement d'une manière culturellement sécuritaire.
- Une approche multidisciplinaire est une composante essentielle des soins dispensés par les médecins de famille. Dans ce cas, une consultation plus précoce avec le ou la spécialiste en néphrologie aurait peut-être permis de réduire la progression de la maladie.
- En tant que communicateurs en médecine familiale, nous communiquons les renseignements et les plans de santé aux patients et à leur famille.
 - Matthew est privilégié d'avoir sa famille à ses côtés pour le soutenir.
- Nous nous efforçons de développer la confiance, le rapport et des relations thérapeutiques éthiques avec les patients et leur famille.
 - Écouter un patient ou une patiente autochtone communiquer des renseignements de nature sensible est essentiel à son soutien.

Collaborateur

Autres mots clés :

Promoteur de la santé, professionnel

Définition

Le médecin de famille travaille en collaboration avec le patient, sa famille et ses proches, sa communauté et les autres professionnels de la santé. Le médecin de famille fait preuve d'humilité culturelle dans ses démarches pour établir et maintenir des relations inclusives avec les organisations dirigées par des Autochtones (p. ex., programmes sociaux et de santé destinés aux Autochtones, centres d'amitié, intervenants-pivots autochtones), les communautés, les familles et les personnes afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires, équitables et centrés sur les relations. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent valoriser les perspectives autochtones (histoire, culture, état de santé, enjeux sociaux, etc.) lorsqu'ils travaillent ensemble pour aider les peuples autochtones.



Récit

Tanya, une femme haïda de 28 ans qui vit loin de sa communauté d'origine, mais qui est toujours en lien avec sa nation, se présente à votre cabinet pour demander de l'aide afin de faire un essai d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) pour sa quatrième grossesse. Vous confiez ses soins à une obstétricienne qui propose l'AVAC.

Après une visite chez l'obstétricienne, Tanya a senti qu'elle avait besoin d'un soutien mental et social plus important et a commencé à consulter une sage-femme autochtone. La sage-femme lui a offert de longues visites à domicile et un soutien culturel et social, que Tanya a bien accueillis et jugé bénéfiques. En raison de problèmes de transport, Tanya a manqué deux rendez-vous prévus avec l'obstétricienne.

Lorsque Tanya a appelé pour prendre rendez-vous pour son troisième trimestre, elle a été informée qu'elle avait été retirée de la liste de patientes de l'obstétricienne, car son dossier porte désormais la mention « défaut de s'être présentée » après avoir manqué deux rendez-vous.

Antécédents

- Dépression, mais en bonne santé, prend des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des vitamines prénatales;
- Sur ses trois grossesses, les deux premières se sont déroulées par voie vaginale et la troisième par césarienne; malheureusement, le troisième bébé est mort-né au moment de l'accouchement.

Évaluation

Plan physique : Étant donné les multiples facteurs en jeu dans l'augmentation des complications de la grossesse, une surveillance étroite est importante. La patiente prend régulièrement des vitamines prénatales. Elle est en bonne santé dans l'ensemble. Elle accompagne ses enfants à pied à la garderie chaque jour.

Plan mental : La patiente s'en sort bien avec les médicaments ISRS, bien qu'elle déclare vivre des périodes de tristesse.

Plan social : Les parents vivent à proximité. Le conjoint de Tanya a un emploi et travaille souvent à l'extérieur, ce qui fait qu'elle n'a pas accès à un véhicule.

Plan émotionnel : Elle est encore en deuil pour la perte de son enfant mort-né. Tanya a exprimé le souhait d'être mise en lien avec des ressources de soutien culturel.

Mise à jour narrative

Alors qu'elle attendait d'être réorientée vers des services obstétricaux, Tanya a développé une prééclampsie à l'approche de sa date d'accouchement et a dû subir une césarienne. Lors d'un rendez-vous de suivi avec vous après la naissance du bébé, elle exprime sa frustration de se faire « bousculer dans le système » pendant sa grossesse et est déçue de ne pas avoir pu accoucher par voie vaginale.

Perspectives autochtones – expériences de recherche et d'obtention de soins

- Après avoir vécu une perte difficile à l'accouchement d'un enfant mort-né précédant la grossesse actuelle, Tanya a fait tout ce qu'elle pouvait pour être en bonne santé physique, émotionnelle, spirituelle et mentale pour cette grossesse.
- Après en avoir parlé à sa famille, elle a cherché à obtenir le soutien du système médical pour un AVAC. Il est important pour elle d'essayer d'accoucher par voie vaginale afin de favoriser la guérison mentale et émotionnelle de l'accouchement d'un nourrisson mort-né et d'éviter un nouveau traumatisme.
- Elle espérait pouvoir bénéficier des soins de son médecin de famille, avec lequel elle entretient une relation de confiance. Elle a été déçue d'apprendre que ses soins devraient être transférés à un autre médecin qu'elle ne connaissait pas. En raison d'expériences négatives antérieures avec des professionnels de la santé et de la difficulté à s'ouvrir à quelqu'un de nouveau, en particulier dans le contexte de courts rendez-vous avec des spécialistes, elle craint d'avoir à raconter à nouveau l'histoire traumatisante de son accouchement à quelqu'un avec qui elle n'a pas encore de relation de confiance.
- Elle ne sait pas très bien qui elle devait contacter pour les rendez-vous manqués. Elle a essayé d'appeler son médecin de famille pour l'informer qu'elle ne pourrait pas se rendre au rendez-vous avec l'obstétricienne, mais elle n'a pas réussi à la rejoindre ou à lui laisser un message. Elle n'avait pas les coordonnées de l'obstétricienne.

- Son conjoint était censé être de retour de son camp de travail avant le deuxième rendez-vous avec l'obstétricienne, mais à la dernière minute, son employeur avait besoin de lui plus longtemps que prévu. Lorsque Tanya a rappelé le cabinet de son médecin de famille, le personnel lui a dit d'appeler l'obstétricienne et lui a donné le numéro de son cabinet. Elle a pu laisser un message à ce moment-là, mais n'a pas eu de réponse concernant le report du rendez-vous.
- Il n'y a pas eu de communication pour l'informer que deux rendez-vous manqués signifiaient qu'elle n'était plus suivie par l'obstétricienne.

Points à retenir

- La patiente présente de multiples facteurs de risque d'issue défavorable pour cette grossesse; suivi plus étroit, collaboration, défense des intérêts et communication avec d'autres fournisseurs de soins auraient pu mieux soutenir la patiente et éventuellement améliorer les résultats.
- Reconnaître l'importance de la continuité des soins, faciliter les transitions nécessaires dans les soins, et participer aux soins collaboratifs, au transfert des soins impliquant des collègues et des organisations de soins de santé autochtones et allochtones afin d'assurer la prestation de soins sécuritaires et culturellement appropriés.
 - Lors du transfert des soins à l'obstétricienne, le fait d'indiquer que la patiente pourrait consulter une sage-femme traditionnelle en même temps aurait été une information utile et aurait pu encourager la collaboration de l'obstétricienne avec la sage-femme.
 - Une meilleure communication et collaboration aurait pu permettre à la patiente d'obtenir non seulement le soutien culturel et psychologique dont elle avait besoin, mais aussi les soins obstétricaux sûrs dont elle avait besoin.
 - Une collaboration plus étroite avec le cabinet de l'obstétricienne aurait pu vous permettre de plaider que cette patiente ne soit pas exclue de son registre en raison de rendez-vous manqués.
 - En tant que praticiens, nous pouvons devoir faire des appels supplémentaires pour aider les patients à naviguer dans le système.
 - Rassurez votre patiente en lui disant qu'en tant que son médecin, vous continuerez à prendre part à ses soins et à vous tenir au courant de l'évolution de sa grossesse et de ses besoins, et que vous la suivrez après l'accouchement.
- Communiquer à la patiente qu'il était important pour elle de continuer à consulter l'obstétricienne même si elle voyait également la sage-femme, afin d'insister sur ce point et de s'assurer que la patiente le comprenne.
- Comprendre l'incidence des déterminants sociaux sur l'accès aux services de santé du point de vue des patients et patientes autochtones (p. ex., la situation géographique, la langue, le revenu, l'emploi, le statut, l'éducation, la race, etc.) et faciliter l'orientation appropriée vers des programmes ou des organisations communautaires.
 - Offrir de l'information sur le soutien au transport pour les soins et les consultations médicales par l'intermédiaire du centre d'amitié afin d'aider la patiente à se rendre à ses rendez-vous chez l'obstétricienne.

- Rechercher des aînés ou des doulas communautaires qui font des visites à domicile.
 - Mettre la patiente en contact avec un intervenant-pivot autochtone pour l'aider à s'orienter dans le système de santé et à défendre ses intérêts, afin de s'assurer qu'elle n'a pas été perdue de vue.
 - Communiquer avec le cabinet de l'obstétricienne, une fois que vous avez reçu la note d'absence, que le déterminant social du transport peut être un défi pour cette patiente et qu'elle peut avoir besoin d'aide pour prendre un nouveau rendez-vous.
 - Sensibiliser le personnel et les collègues à propos de l'utilisation d'un langage péjoratif et d'attitudes désobligeantes.
- Ce cas démontre que nous, praticiens en médecine familiale, devons jouer un rôle dans les sept rôles CanMEDS et nous attendre à ce que des heures supplémentaires soient parfois nécessaires pour pratiquer d'une manière centrée sur le patient ou la patiente qui s'étend sur tout le cycle de vie.

Leader

Autres mots clés :

Érudit, professionnel, promoteur de la santé, expert

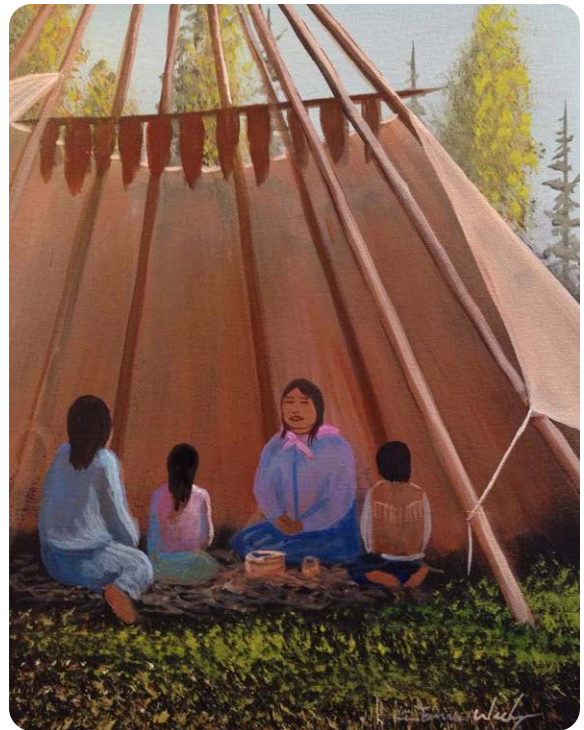
Définition

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

Dans les sociétés autochtones traditionnelles, le leadership s'appuie sur une notion de pouvoir qui leur est propre : les leaders mettent de côté leurs besoins individuels et deviennent la voix de la collectivité. L'idée d'un « aidant » est au cœur de l'exercice du leadership : la personne qui a le plus d'expérience éclaire la voie, mais les membres de la communauté s'entendent sur les décisions à prendre. Lorsque le médecin de famille leader travaille auprès d'Autochtones, il doit résister à la tentation de faire preuve de paternalisme et d'idéologie coloniale et chercher à faire passer les besoins des patients, des familles et des communautés autochtones avant les siens. Le leader en médecine de famille fait preuve d'humilité et remet en question les concepts de pouvoir et de hiérarchie dans la prestation de ses services aux Autochtones.

Récit

Vous êtes médecin et fournissez des soins primaires complets et globaux dans une communauté rurale avec une grande population autochtone, y compris un centre de l'Aîné (établissement de soins de longue durée) dont vous êtes le principal fournisseur de soins. La communauté autochtone recherche un financement durable pour mettre en place une unité de soins pour les personnes atteintes de démence. Au cours des dernières années, on a constaté une augmentation du nombre d'aînés atteints de démence. Ces services comprennent un personnel formé, une surveillance étroite, la sécurité et le soutien des patients. Ces aînés ont dû être relogés dans des maisons éloignées de la communauté ou attendent une place dans l'hôpital le plus proche. Les pressions exercées par la pandémie de COVID-19 sur les services sociaux et sanitaires de la communauté ont mis en évidence l'importance d'offrir ces services locaux. Les chefs des Premières Nations vous ont invité à jouer un rôle de premier plan dans la préparation d'une proposition de financement, étant donné que vous êtes un médecin de famille respecté dans la communauté. D'après l'expérience que vous avez acquise en travaillant dans cette communauté au fil des ans, vous avez remarqué des tendances inquiétantes chez les aînés atteints de démence et vous évaluez la situation d'un point de vue holistique.



Évaluation

Plan physique : Auparavant considérée comme une population jeune avec une espérance de vie plus courte. Nous constatons aujourd'hui que les aînés vivent plus longtemps et représentent une proportion plus importante de cette population. Par conséquent, les taux de démence augmentent dans la population autochtone.

Plan mental : Nous savons que le fait d'être éloigné de son environnement familial peut aggraver les symptômes de la démence. Une meilleure connaissance de la démence, de son évolution, de l'épuisement des aidants familiaux et du soutien permettra aux aidants familiaux et aux membres de la famille de mieux gérer la démence de leurs proches.

Plan social : Malgré l'excellence du soutien en soins à domicile et l'existence d'un établissement de soins de longue durée culturellement approprié, le manque de soins spécialisés pour les aînés atteints de démence pèse sur l'ensemble de la communauté en raison des déplacements et des coûts liés à des soins fournis loin de la communauté.

Plan émotionnel : Le fait de déraciner les aînés de leur communauté pour les envoyer dans des établissements éloignés peut les traumatiser à nouveau s'ils sont des survivants des pensionnats, s'ils ont passé du temps dans le système de protection de l'enfance ou s'ils ont passé du temps en prison.

Mise à jour narrative

Alors que vous travaillez toute la journée dans votre clinique et que vous êtes de garde après les heures de travail pour le centre de l'Aîné, vous trouvez à peine le temps de rédiger la proposition de financement les soirs et les fins de semaine. Vous commencez à vous demander si vous n'atteignez pas le point de l'épuisement professionnel. Un collègue dans la communauté constate que vous avez de la difficulté et vous recommande de parler à l'un des gardiens du savoir respecté. Vous vous adressez à cet aîné, qui vous guide dans l'élaboration d'un plan de mieux-être culturel pour vous-même, tout en vous suggérant des moyens de mener à bien la proposition de financement avec une équipe de membres de la communauté. Lorsque vous présentez cette proposition aux dirigeants de la communauté, vous invitez l'aîné en tant que coprésentateur. Les dirigeants sont heureux que vous ayez fait appel à la communauté dans la préparation de la proposition. Vous reconnaissez que vous êtes mieux préparé à faire face aux exigences de votre rôle de médecin leader dans la communauté et que vous n'êtes jamais seul. Vous avez également appris que la culture est un facteur de guérison.



Perspectives autochtones – expériences de recherche et d’obtention de soins

- Considérer la santé et le cycle de vie comme holistiques est une pratique importante chez les peuples autochtones. La prise en charge des aînés au sein de la communauté est d’une importance vitale, tout comme le fait de disposer des soins appropriés pour favoriser la santé et le bien-être. Il est entendu que les enfants et les aînés sont les plus proches du Créateur dans leur cheminement. Les soins qui permettent aux aînés de jouir d’une qualité de vie optimale et d’une participation significative à la vie de la communauté constituent un aspect essentiel du mieux-être.
- Le soutien culturel aux aînés est un facteur de protection. Le déracinement des aînés vers des foyers de soins où les pratiques culturelles, l’environnement familial et les locuteurs de leur langue maternelle ne sont pas présents peut avoir un effet débilisant sur leur bien-être et leurs fonctions cognitives.
- Lors de la construction ou de l’amélioration des établissements de soins, il convient de prendre en compte les environnements qui reflètent la culture, la langue et la Terre¹.
- L’engagement communautaire et la consultation avec les aînés et d’autres gardiens du savoir sont importants lorsqu’il s’agit d’aborder les services sociaux et sanitaires actuels et nécessaires.

¹ La majuscule est intentionnelle dans ce cas. Le lien avec la terre est un élément fondamental des façons autochtones de comprendre et d’être.

Points à retenir

- Importance des approches centrées sur la communauté et fondées sur le travail d'équipe; lorsque les chefs de la communauté vous ont demandé de vous occuper de la proposition, ils ne voulaient pas dire que vous deviez le faire tout seul.
- Conscience de ses propres limites et de la façon d'identifier le besoin d'aide; les perspectives holistiques sur la santé peuvent également bénéficier aux autochtones.
- Le médecin de famille leader doit veiller à son propre bien-être pour réussir.
- Le développement de partenariats avec des services de santé secondaires ou tertiaires peut être envisagé; par exemple, l'établissement d'un lien avec un(e) gériatre ou un(e) autre spécialiste pourrait aider à faire progresser ce travail dans la prise en charge des patients atteints de démence.

Renseignements supplémentaires

D'ici 2031, on s'attend à ce que la proportion des aînés autochtones de plus de 65 ans soit multipliée par 3,4 fois par rapport à 2006.⁶

Le rapport de 2007 du médecin hygiéniste de la Colombie-Britannique sur la santé et le bien-être des peuples autochtones de la province indique que les taux de démence (bien que cette maladie soit rare chez les peuples autochtones^{7,8}) ajustés selon l'âge chez les membres des Premières Nations, dans les réserves et hors réserve, étaient comparables à ceux du reste de la province, mais que la maladie se déclarait à un âge plus précoce.⁹

Une étude plus récente réalisée en Alberta montre que les taux de démence ajustés selon l'âge chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves ou hors réserve dans cette province sont en hausse. Les taux de prévalence en 1998 étaient inférieurs à ceux des Albertains non membres des Premières Nations, mais ils les ont dépassés en 2009. L'étude réalisée en Alberta a également montré que les membres des Premières Nations sont diagnostiqués à un âge plus précoce et que les hommes sont touchés de manière disproportionnée.¹⁰

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer le rôle de facteurs tels que la nutrition, la culture, la consommation de substances et les toxicomanies dans l'apparition précoce de la démence chez les aînés autochtones.

Promoteur de la santé

Autres mots clés :

Expert, collaborateur, professionnel, communicateur

Définition

En tant que promoteur de la santé autochtone efficace, le médecin de famille travaille en partenariat avec les patients, les familles et les communautés. Il met à profit son expertise et son influence et respecte l'expertise et l'influence des membres de la communauté afin d'améliorer la santé grâce à une meilleure compréhension des valeurs culturelles, des forces et des besoins et en mobilisant les ressources uniques, complexes et limitées. Le médecin de famille doit connaître les politiques qui régissent les espaces cliniques et les déterminants sociaux, politiques et environnementaux de la santé propres à la communauté. Son plaidoyer doit inclure la communication et la collaboration avec la culture sociale et traditionnelle propre à la communauté.

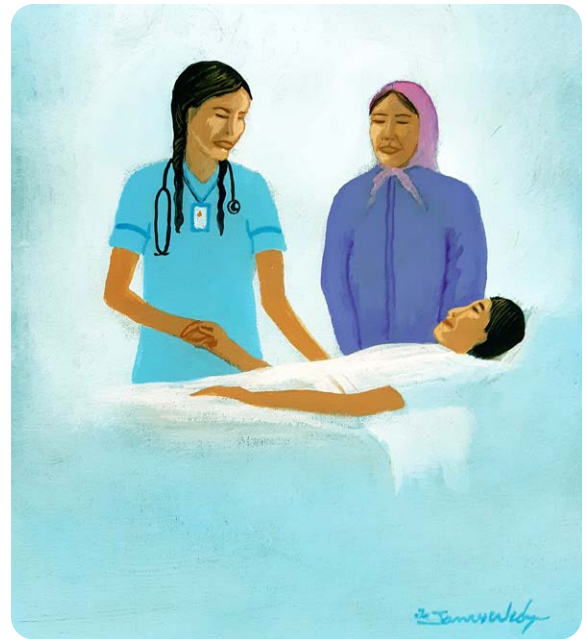
Récit

Rose est une femme dénée de 28 ans qui a contracté la grippe de type B. Elle est totalement dépendante, alitée et ne peut s'exprimer en raison d'un état neurologique progressif. Elle a été hospitalisée dans un petit hôpital rural, mais son état s'est détérioré. Elle a évolué vers une insuffisance respiratoire et a été intubée. Elle a été évacuée par avion vers l'unité de soins intensifs de quatre lits de l'hôpital régional, puis l'équipe soignante et la famille ont décidé de lui prodiguer des soins palliatifs au sein de sa communauté. Quelques jours plus tard, elle a été extubée et incapable de maintenir sa fonction respiratoire. Sa sœur (et tutrice légale) a demandé aux médecins traitants d'intuber à nouveau Rose et de lui donner le temps de la transférer à nouveau dans sa communauté et de poursuivre les soins de confort.

Antécédents

Les parents de Rose sont décédés dans la cinquantaine quelques années auparavant. Le décès de sa mère à domicile a été traumatisant, car elle semblait mal à l'aise alors qu'elle luttait pour respirer à la fin de sa vie. La famille souhaitait que, contrairement à sa mère, Rose ait une bonne mort, sans douleur ni anxiété, entourée de sa famille et de ses amis, et bien soutenue.

Le médecin de la communauté, conscient de l'expérience du décès de la mère de Rose, se rendait par avion dans cette communauté isolée depuis deux ans et entretenait une relation de confiance avec la famille. Le médecin avait même donné naissance à la nièce de Rose il y a plusieurs années. Connaissant la communauté, la famille et l'infrastructure sanitaire, le médecin a défendu les souhaits de la famille de Rose pour l'aider à verser son dernier souffle dans de bonnes conditions.



Évaluation

Plan physique : La patiente souffre de maladies chroniques complexes. Elle est alitée, ne s'exprime pas et est incapable de respirer seule. Son pointage de performance palliative est très faible, indiquant la nécessité de soins de confort.

Plan mental : La famille a vécu une expérience palliative négative lors du décès de la mère et s'est sentie traumatisée et sans soutien.

Plan social : Rose est bien soignée par sa sœur. La communauté nordique isolée dispose d'un soutien médical limité. Le personnel infirmier en place dans la communauté peut être en mesure d'aider aux soins palliatifs à domicile.

Plan émotionnel/spirituel : Rose fait partie d'un bon système de soutien culturel qui attend son retour à la maison. La famille de Rose est également religieuse et il y a deux religieuses semi-retraitées dans la communauté qui sont connues de la famille de Rose.

Mise à jour narrative

La sœur de Rose demande qu'on la ramène chez elle. À cette fin, on doit la transporter en toute sécurité et confortablement pendant qu'elle est intubée, puis l'extuber à la maison et continuer à lui offrir des soins de confort.

En l'absence de précédent pour ce type de soins dans la communauté, le médecin propose de réunir l'équipe nécessaire pour répondre aux souhaits de la famille. Cette équipe comprend le centre de santé, deux infirmières et le médecin de garde. L'équipement médical, y compris un lit d'hôpital et un concentrateur d'oxygène, est installé à la maison.

Le médecin fait appel à la [ligne d'assistance pour les médecins en soins palliatifs de la Colombie-Britannique](#), qui l'aide à estimer les quantités de médicaments pour les soins de confort. Un pharmacien de l'hôpital régional accepte d'assembler et d'emballer ces médicaments et, conformément au protocole relatif aux médicaments à usage restreint, de les envoyer par avion jusqu'à la communauté isolée.

L'équipe régionale de médecine d'urgence se réunit pour préparer le vol de Rose vers la maison, et l'extuber à son arrivée à la maison. Sa sœur est son accompagnatrice non médicale pour le voyage.

De retour dans la communauté, la maison a été préparée et les joueurs de tambour locaux chantent à l'extérieur pendant que Rose est extubée et installée. Rose, qui bougeait rarement, tourne la tête vers les tambours. L'envoi d'un deuxième lot de médicaments, si nécessaire, ne pose aucun problème. Lorsque Rose était en détresse, le personnel infirmier, de concert avec le médecin de garde et à l'aide de la technologie vidéo, a pu la calmer. Rose s'est éteinte paisiblement le sixième jour.

Perspectives autochtones – expériences de recherche et d'obtention de soins

- S'informer sur les pratiques et traditions particulières entourant les naissances et les décès, qui sont propres à chaque culture ou groupe (Premières Nations, Inuits et Métis);

- Lorsque la mère de Rose s'est éteinte à la maison, le soutien palliatif était limité. La famille avait assumé le rôle principal sans répit et n'était pas en mesure d'apaiser la douleur et l'anxiété. Cette situation a été très traumatisante pour la famille, qui ne voulait pas que Rose souffre comme sa mère.
- Rose aimait participer à des activités culturelles ; la cérémonie de mise en place a été très bien appréciée.
- Les membres de la famille de Rose demeurent reconnaissants pour les soins et le soutien qu'elle et eux ont reçu pendant ses derniers jours.
- La sœur de Rose a créé une organisation sans but lucratif pour apporter un soutien culturel et logistique aux Autochtones qui reçoivent des soins médicaux loin de chez eux.
- La communauté, en témoignant du soutien que Rose a reçu, a amélioré sa confiance dans le système de santé.

Points à retenir

- Identifier des stratégies de collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé et des mesures de soutien communautaires afin d'optimiser les ressources.
- Comprendre le paysage actuel de l'infrastructure et des politiques en santé de la communauté autochtone. Il s'agit notamment de la communication et des ressources humaines de la communauté.
- Établir des relations de confiance avec les patients ; en tant que médecins de famille prenant part aux soins longitudinaux, nous avons cette possibilité. Dans les communautés nordiques éloignées, les soins sont transitoires, car les fournisseurs effectuent des stages ou des remplacements, mais ne restent pas assez longtemps pour nouer des relations. S'efforcer d'établir des liens avec la communauté, même pour de courts séjours, peut améliorer les conditions de vie des patients qui nous consultent.
- Améliorer les résultats grâce à la continuité des soins ;
- Soutenir les souhaits de la famille. Dans le passé, les médecins, les responsables gouvernementaux, les avocats, les entreprises, les sociétés et les chercheurs ont parlé « au nom » des communautés et des peuples autochtones, sans donner une place à la voie et à l'expérience autochtones et sans en tenir compte dans la plupart des plates-formes.
- Rechercher et soutenir des résultats fondés sur la force pour le patient ou la patiente et sa famille ;
- Essayer de toujours penser aux moyens d'améliorer les capacités des communautés, par exemple les doulas de naissance et de décès, le personnel infirmier en santé communautaire et les sages-femmes.

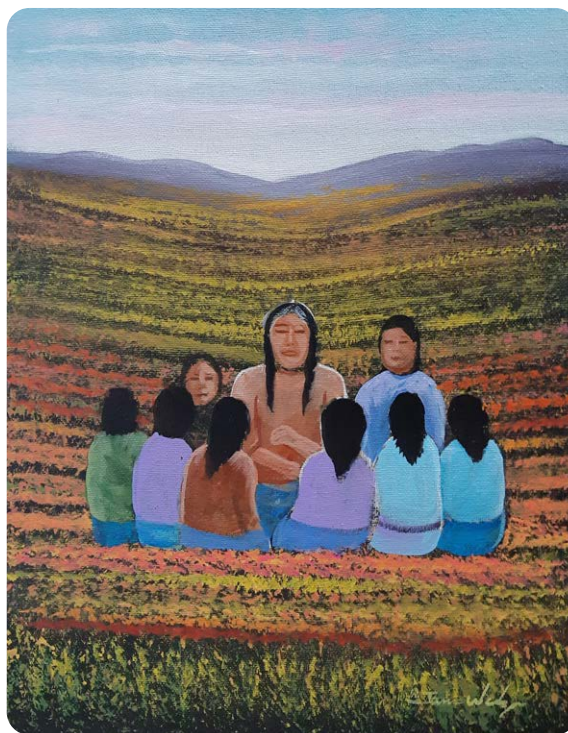
Érudit

Autres mots clés:

Promoteur de la santé, collaborateur, communicateur, leader, expert

Définition

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



Récit

Amber, une jeune fille de 15 ans d'une communauté des Premières Nations d'une région voisine, est amenée à votre clinique par sa mère, Bernice, qui s'inquiète d'elle. Au cours des derniers mois, Amber s'est repliée sur elle-même; elle ne passe plus autant de temps avec ses amies et s'absente fréquemment de l'école. La famille a déménagé à Winnipeg au printemps en raison des inondations dans sa communauté d'origine et vit maintenant dans un hôtel du centre-ville de Winnipeg. Elle ne sait pas quand, ou même si elle pourra retourner dans la maison familiale, qui a été gravement endommagée par l'inondation. On pense que la réserve pourrait être déplacée de façon permanente vers un nouveau site.

Antécédents

Les parents d'Amber travaillaient à temps plein dans la réserve, mais ils n'ont pas réussi à trouver du travail en ville. Bernice vous dit que la vie à Winnipeg a été difficile pour les membres de sa famille. On les traite d'opportunistes et ils sont menacés de violence. Bernice raconte que la meilleure amie d'Amber s'est suicidée l'année dernière.

Évaluation

Plan physique : L'examen physique est normal.

Plan mental : Amber dit qu'elle se sent déprimée et qu'elle ne veut pas sortir en raison des insultes raciales qu'elle a subies dans son quartier, et qu'elle ne supporte pas bien de vivre dans une grande ville.

Plan social : La famille connaît des difficultés financières depuis qu'elle a déménagé en ville. Elle dépend mensuellement de la banque alimentaire, car les parents n'ont pas d'emploi. Dans leur communauté d'origine, ils auraient un régime alimentaire riche en aliments traditionnels. Le père est chasseur et pêcheur, mais il n'a pas pu retourner sur son territoire pour chasser depuis qu'il a déménagé en ville.

Plan émotionnel : Amber raconte qu'elle a été victime d'intimidation à sa nouvelle école.

Mise à jour narrative

Lors d'un rendez-vous de suivi, Bernice nous apprend qu'Amber participait à un programme pour les jeunes dans sa communauté d'origine et qu'elle était en contact avec des aînés qui l'aidaient à faire face à la perte de sa meilleure amie. Cependant, depuis qu'elle a déménagé, Amber n'a plus accès à ce programme. Bernice voulait l'inscrire à des séances de counseling, mais la famille ne peut pas se le permettre en ce moment. L'intimidation à l'école semble s'intensifier et Bernice n'arrive pas à persuader Amber d'aller à l'école. Bernice a récemment assisté à des activités culturelles au Centre d'amitié et pense pouvoir entrer en contact avec un aîné qui travaille avec les jeunes. Elle espère pouvoir encourager Amber à l'accompagner au Centre.

Perspectives autochtones — expériences de recherche et d'obtention de soins

- Les liens avec la terre, la communauté et la famille élargie font partie intégrante de la santé et du mieux-être de cette famille. La déconnexion à tous ces éléments est extrêmement difficile. Cette situation a eu un effet sur sa sécurité alimentaire, ses liens familiaux, ses traditions culturelles et ses pratiques spirituelles. Elle subit également le niveau de racisme auquel de nombreux Autochtones ont fait état.
- Il peut être difficile de s'y retrouver dans les différents systèmes de santé. Dans la réserve, on était familier avec les ressources de soutien au mieux-être disponibles. Lorsque l'on vit loin de chez soi, l'accès aux soins de santé et le soutien semblent fragmentés. Il est difficile de savoir où aller et ce qui est couvert ou non par le programme de [Services de santé non assurés](#) (SSNA).
- Anxiété à l'idée de chercher et de recevoir des soins. L'incertitude et la peur sont présentes lorsqu'on s'adresse à un nouveau fournisseur de soins. Est-ce qu'on nous croira? Nos inquiétudes seront-elles ignorées? Va-t-on nous prescrire un médicament ou nous recommander du soutien en counseling que nous ne pouvons pas nous permettre? Serons-nous victimes de racisme lorsque nous chercherons à obtenir des soins?

Points à retenir

- Connaître et se familiariser avec le programme des SSNA, qui exige une certaine connaissance des droits issus des traités et de la couverture médicale complémentaire pour que Amber ait accès à certains services de santé mentale :
 - Questions de compétence (p. ex., accès aux services couverts par la province, aux SSNA ou à des soins privés)
 - Sensibilisation au [principe de Jordan](#)
- Conscience de l'impact de la relocalisation sur la santé et le bien-être social;
- Conscience de l'impact de la délocalisation du territoire et de la perte d'autonomie;
- Être au courant de l'épidémie de suicide chez les jeunes des Premières Nations, Inuits et Métis, y compris les taux, les facteurs, la prévention et les répercussions sur les communautés;
- S'informer sur les approches tenant compte des traumatismes et de la violence et y faire appel, ainsi que prendre un engagement axé sur la guérison;
- Création d'un espace éthique pour commencer un dialogue avec les patients autochtones et créer une relation thérapeutique confiante et sûre;
 - Renforcement positif de la mobilisation dans des facteurs de protection (p. ex., assister à des séances axées sur la culture à un Centre d'amitié ou à des activités pour les jeunes autochtones);
 - Se renseigner auprès du centre ou de la clinique autochtone locale sur les ressources disponibles pour les jeunes et les familles autochtones;
- Faire face au racisme et à la discrimination
 - Veiller à ce que la patiente et sa famille soient vues et entendues;
 - Utiliser des expressions comme « Je suis désolé(e) que vous viviez cette situation » ou « On ne devrait pas vous traiter ainsi »;
 - Insister sur le fait que les paroles, les comportements et les actes racistes sont répréhensibles et néfastes;
 - Envisager de porter plainte auprès de la police, si la patiente le souhaite ou si elle se sent à l'aise;
- S'informer des ressources communautaires et des activités culturelles autochtones;
- Connaître le système est essentiel. Rechercher des soutiens supplémentaires, tels que des intervenants-pivots autochtones, pour vous aider, vous et vos patients.

Professionnel

Autres mots clés :

Promoteur de la santé, communicateur, collaborateur

Définition

Le rôle de professionnel demande au médecin de famille d'incorporer les dimensions culturelle, sociale et éthique des soins avec divers patients et diverses populations autochtones. Définir la compétence médicale auprès de patients autochtones établit les responsabilités à l'égard des patients, des collègues, de la communauté et de la profession. Ces responsabilités nous enjoignent d'agir sur les dynamiques culturelles, structurelles et systémiques qui ont un impact sur la santé des Autochtones et sur leurs expériences des soins de santé. Les relations professionnelles visent à mettre fin à l'exclusion des Autochtones dans la société et dans les soins de santé qui persiste en raison des antécédents de la colonisation. Les médecins de famille sont appelés à prendre pleinement conscience de l'oppression, du déséquilibre de pouvoir et du racisme qui souvent se répercutent dans les soins de santé, et de les combattre. Dans son travail avec les autres, le médecin de famille s'efforce de maintenir des approches collaboratives et non compétitives, de valoriser l'interdépendance et d'aplanir la hiérarchie pour combattre l'oppression et les déséquilibres de pouvoir. Le rôle de professionnel facilite la prestation de soins efficaces et collaboratifs, dispensés en équipe.



Récit

Agnès, une femme haudenosaunee de 73 ans, enseigne les langues dans sa communauté. Elle se présente à la clinique locale avec des douleurs abdominales et reçoit un diagnostic de cirrhose biliaire primitive et de lésions hépatiques. Tout au long de son parcours au centre de soins local, de l'accueil à la clinique jusqu'au diagnostic par son médecin, de nombreux professionnels de la santé lui posent des questions répétées sur sa consommation d'alcool. Agnès a un mode de vie très traditionnel. Elle ne boit pas, ne fume pas et mange une grande variété d'aliments traditionnels.

Honteuse de son diagnostic, Agnès ne parle à personne de son état de santé. Elle craint que les gens pensent qu'elle est une alcoolique inavouée.

Évaluation

Plan physique : Les analyses sanguines révèlent un excès de bilirubine et d'enzymes qui indique des lésions hépatiques importantes. Agnès signale un gonflement au niveau des jambes, des pieds et de l'abdomen, ainsi que des nausées.

Plan mental : Agnès déclare qu'elle a récemment eu des difficultés à se concentrer et qu'elle se sent souvent confuse.

Plan social : Agnès a de bonnes relations dans sa communauté et est connue comme protectrice de l'eau et activiste. De nombreuses industries sont présentes dans sa communauté et aux environs et polluent l'air, l'eau et le sol avec des métaux lourds.

Plan émotionnel : Agnès est très émotive lorsqu'elle apprend son diagnostic. Elle en veut au médecin et est dans un état d'incrédulité lorsqu'elle s'écrie : « Je ne bois même pas d'alcool ! Ce n'est pas possible ! » Agnès semble avoir des troubles d'élocution et est impolie avec le personnel en sortant de la clinique.

Mise à jour narrative

Agnès, tellement embarrassée par son diagnostic et son association perçue avec la consommation d'alcool, décide de ne pas revenir pour obtenir d'autres soins. Elle n'a pas accepté l'offre de soins à domicile, car « tout le monde se mettrait à potiner... »

Moins d'une semaine plus tard, un ami proche l'amène au service des urgences, dans un état de détresse médicale évident. Il n'y a plus rien à faire. Des soins palliatifs et de confort sont mis en place et elle meurt seulement 12 heures plus tard à l'hôpital. Sa famille s'interroge maintenant sur son diagnostic et sur les raisons pour lesquelles on n'a pas fait plus pour la soutenir.

Perspectives autochtones — expériences de recherche et d'obtention de soins

Agnès : « J'ai vécu ma vie en honorant mes ancêtres. Je défends la terre et l'eau. Je suis une grand-mère qui dit ce qu'elle pense. J'ai de bons principes de vie et je transmets les enseignements et la langue de ma communauté aux plus jeunes. Je ne bois pas d'alcool et je mange des plats traditionnels aussi souvent que possible.

Les stéréotypes et le racisme que j'ai ressentis dans le système de santé ont une incidence sur mes soins. Je sais que les membres de ma communauté ne vont pas au centre de santé, de crainte d'être mal traités. Je sais que certaines personnes pensent que l'ensemble des Autochtones sont alcooliques. Me faire dire que j'ai une maladie hépatique ne me semble pas correct. Je mène une bonne vie et je ne bois pas. Si j'accepte le diagnostic et les soins à domicile, les gens potineront. »

Points à retenir

- En tant que médecins de famille, nous reconnaissons et abordons le racisme, l'oppression et le déséquilibre de pouvoir dans les approches et les relations cliniques
- Nous maintenons une approche inclusive qui respecte, suscite et explore les perspectives autochtones
 - Si Agnès avait senti qu'on reconnaissait qu'elle n'était pas une « alcoolique », elle aurait peut-être accepté sa maladie, reçu de l'aide et vécu une mort plus confortable.

- Nous reconnaissons les préjugés implicites des professionnels de la santé concernant la consommation d'alcool perçue (stéréotypes) et le diagnostic
 - Agnès a grandi dans un foyer traditionnel, où elle mangeait beaucoup de poisson. La rivière où sa communauté pêche est en aval de nombreuses industries qui polluent l'eau, l'air et le sol avec des métaux lourds.
 - Les taux de maladies auto-immunes et de néoplasies dans les communautés autochtones du Canada sont élevés.
 - Le mercure a des effets neurologiques sur les colonnes rachidiennes de la moelle épinière et du cervelet, qui se traduisent cliniquement par un semblant d'intoxication chez les patients.
 - La cirrhose biliaire primitive est considérée comme une maladie liée à l'antigène leucocytaire humain (HLA) et est présente chez les peuples autochtones; on dénote très peu de recherches à ce sujet.
 - La cirrhose attribuable à la stéatohépatite non alcoolique est aussi fréquente et est associée à des facteurs environnementaux importants.
 - Poser des questions **répétitives** à un patient sur sa consommation d'alcool ne l'aide guère et peut même lui nuire.
- Lorsque l'on pose des questions sur la consommation d'alcool, il faut toujours le faire de façon positive, avec compassion et en expliquant pourquoi on pose ces questions.
- La situation tragique d'Agnès souligne la nécessité de faire de la continuité des soins une priorité dans toutes nos pratiques, même si nous sommes des remplaçants ou des résidents à court terme. En choisissant de vivre dans les communautés où nous travaillons et en promouvant la vie dans cette communauté, nous diminuons la probabilité que de telles situations se produisent.
- Si nous vivions là, nous saurions probablement qu'Agnès était une leader qui menait une vie sobre. Nous nous considérerions mutuellement comme des personnes à part entière, capables de collaborer sur un pied d'égalité pour résoudre ses problèmes de santé et déterminer ce qui peut être fait pour l'aider, d'une façon qui favorise la confiance.
- Nous suggérons aux apprenants — en fait à tous les médecins — de s'informer à propos de « tout ce qui a trait » à leurs patients. Par exemple, nous devons apprendre quelles sont les causes du dysfonctionnement cérébelleux autres que celles liées à la consommation d'alcool, ce que l'on trouve dans la recherche sur les facteurs environnementaux et génétiques, et nous rappeler de garder l'esprit ouvert en ce qui concerne les diagnostics différentiels et les étiologies possibles.
- Lorsque nos patients ne se présentent pas aux rendez-vous de suivi ou n'adhèrent pas aux conseils thérapeutiques fournis, il est impératif de chercher à comprendre leur histoire et les facteurs qui rendent leur engagement auprès de nous difficile. Il y a souvent des raisons pour lesquelles les gens ne se présentent pas à leurs rendez-vous ou ne suivent pas leurs ordonnances. Nous devons faire preuve de compassion, de souplesse et d'ouverture pour connaître leurs expériences.

Annexe A

Rôles CanMEDS	Compétences clés et habilitantes CanMEDS (Comité sur la santé autochtone du CMFC)	Valeurs en santé des Autochtones (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)	Principes en santé autochtone (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)
Expert médical	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les limites de notre champ d'activité professionnelle, nous pratiquons une médecine de nature généraliste de grande qualité, ancrée dans le contexte des populations autochtones que nous servons • La prestation de soins centrés sur le patient et patiente autochtone peut comprendre sa famille, sa communauté et/ou sa Nation, selon les volontés • Les plans de traitement sont élaborés en collaboration avec les patients et patientes autochtones. Le médecin de famille reconnaît l'existence du déséquilibre de pouvoir entre le praticien et le patient, et tentent de l'éliminer. Il prend en considération les volontés du patient comme étant éclairées par le contexte autochtone. Il donne des conseils d'une manière culturellement sécuritaire. Le médecin de famille s'engage à faire preuve de transparence et à communiquer les processus de réflexion qui l'ont mené à élaborer ses conclusions, le diagnostic différentiel et les traitements recommandés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité culturelle • Consensus 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire est un fournisseur de soins de santé complets et globaux qui adopte les connaissances et la science autochtones, comprend et accepte l'existence du racisme et la façon dont les traumatismes intergénérationnels affectent la santé et le bien-être de la patientèle autochtone. Il prend des mesures pour favoriser les interventions antiracistes.
Communicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Nous veillons à ce que les interactions ne perpétuent pas les inégalités • Nous développons des liens de confiance et des relations thérapeutiques éthiques avec les patients et leur famille. • Nous écoutons, recueillons des commentaires et synthétisons l'information pertinente des patients, en tenant compte de leurs perspectives ainsi que de celle de leurs proches. • Nous informons les patients et leur famille quant aux soins de santé qui leur sont prodigués 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence • Respect • Responsabilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire communique au moyen de dialogue clair, honnête et respectueux sur des enjeux de santé, et considère qu'il existe une responsabilité mutuelle entre lui et la patientèle/ communauté autochtone pour obtenir des résultats communs en matière de santé.
Collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> • Nous respectons l'inclusivité en démontrant la capacité à établir et entretenir des relations éthiques et collaboratives avec les populations, les organisations et les communautés autochtones • Nous respectons l'inclusivité en démontrant la capacité à établir et entretenir des relations éthiques et collaboratives avec les populations, les organisations et les communautés autochtones. • Nous cultivons et maintenons des milieux de soins culturellement sécuritaires en intégrant les principes de l'antiracisme dans les rôles cliniques, éducatif, administratifs, et de recherche. • Nous reconnaissons l'importance de la continuité des soins, facilitons les transitions nécessaires dans les soins, et participons aux soins collaboratifs, au transfert des soins et à l'orientation des soins impliquant des collègues et des organisations autochtones et allochtones afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires et appropriés. • Nous comprenons les obstacles auxquels se heurte la patientèle autochtone pour accéder aux services et fournitures sanitaires, y compris les déterminants sociaux de la santé et les facteurs territoriaux qui nuisent à l'accès aux soins, et travaillons afin de coordonner les références des patients vers d'autres services conformément aux besoins des patients autochtones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat • Accès • Confiance • Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire reconnaît que la relation patient(e)-médecin est sacrée et sans hiérarchie ni domination. 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. Ceci facilite aussi sa capacité à travailler efficacement avec les institutions communautaires pour aider les patients.

Rôles CanMEDS	Compétences clés et habilitantes CanMEDS (Comité sur la santé autochtone du CMFC)	Valeurs en santé des Autochtones (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)	Principes en santé autochtone (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)
Leader	<ul style="list-style-type: none"> • En tant qu'aïdant, le médecin de famille démontre un leadership humble qui respecte autant les points de vue et la vision du monde des Autochtones que ceux des Occidentaux, afin de réduire les inégalités en santé des populations autochtones. • Le leader en médecine de famille s'engage dans une démarche d'autoamélioration. • Le leader en médecine de famille s'oppose au racisme systémique et encourage les autres à faire de même. • Le leader en médecine de famille repousse les limites de sa pratique afin de réduire les inégalités en santé vécues par les Autochtones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autodétermination • Économie • Viabilité • Équité 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire se dote des outils, des connaissances, de la formation et de l'expérience nécessaires pour atteindre le plus haut niveau de compétences professionnelles, fondées sur des données probantes, tout en pratiquant avec une humilité culturelle, en favorisant un environnement de sécurisation culturelle et en poursuivant de façon proactive les interventions antiracistes.
Promoteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • En tant que promoteurs de la santé, nous tenons compte du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et les appels à la justice de l'Enquête sur les femmes et les filles autochtones assassinées et disparues, qui sont des documents essentiels. • Nous comprenons la différence entre les paradigmes autochtones et les paradigmes occidentaux dominants. • Nous nous efforçons de comprendre le paysage actuel de l'infrastructure et des politiques en santé propres à la communauté autochtone. • Nous contribuons à l'élaboration d'une politique de santé publique pour les Autochtones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé holistique • Reconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire considère l'identité autochtone comme la plateforme qui favorise la santé holistique et encourage la participation active des populations autochtones, de concert avec les médecins et les autres professionnels de la santé, en tant qu'agents de changement pour la santé.
Érudit	<ul style="list-style-type: none"> • Nous comprenons l'humilité culturelle et de ce fait, nous reconnaissons les aspects de la santé autochtone au sens large afin de faire progresser les compétences et les capacités pour fournir des soins culturellement sécuritaires aux patients et patientes autochtones, à leur famille et à leur communauté • Nous comprenons l'humilité culturelle et de ce fait, nous reconnaissons les aspects de la santé autochtone au sens large afin de faire progresser les compétences et les capacités pour fournir des soins culturellement sécuritaires aux patients et patientes autochtones, à leur famille et à leur communauté. • Nous participons activement à des activités de formation continue et améliorons nos connaissances en santé autochtone par l'apprentissage et des activités expérientielles. • Nous encadrons les pairs, les étudiant(e)s en médecine, les résident(e)s et les membres de l'équipe soignante dans leur apprentissage des enjeux sociaux et sanitaires des Autochtones, y compris le faire ensemble au besoin, pour finalement en arriver à des soins culturellement sécuritaires. L'apprentissage et l'enseignement aux autres (humilité), qui font partie des valeurs clés et de l'éthique des Autochtones, aident tout le monde à y parvenir. • Nous participons à des activités de sensibilisation des patients ou d'enseignement qui favorisent la culture, la langue, le contexte communautaire et les capacités des patient(e)s autochtones et des membres de leur famille. • Nous contribuons à la production de connaissances sur la santé, entre autres, qui renforcent les capacités de l'équipe soignante et de la communauté autochtone afin d'améliorer la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuité • Ouverture • Spécificité • Données probantes • Recherche commune 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire comprend que la santé des Autochtones est une composante intégrale de la recherche médicale, de l'éducation, de la formation et de la pratique médicales. Cette recherche est fondée sur des données probantes provenant de sources empiriques, sur l'évaluation critique de documents pertinents bénéfiques pour les patients, sur des pratiques autochtones et allochtones de premier plan, et sur l'apprentissage permanent qui peut être adapté pour servir la patientèle autochtone. La pratique réflexive permet de perfectionner nos compétences dans la relation concertée patient(e)-médecin.

Rôles CanMEDS	Compétences clés et habilitantes CanMEDS (Comité sur la santé autochtone du CMFC)	Valeurs en santé des Autochtones (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)	Principes en santé autochtone (Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal)
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Nous sommes déterminés à démontrer notre engagement envers l'excellence clinique en nous efforçant de ne pas perpétuer la colonisation Nous démontrons notre engagement envers les concepts éthiques autochtones dans nos approches cliniques. Nous démontrons notre engagement envers la pratique réflexive 	<ul style="list-style-type: none"> Autorégulation Transférabilité Autoréflexion 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin qui a une pratique culturellement sécuritaire s'engage à assurer le bien-être des patient(e)s autochtones, de leur famille, de leur communauté et de leur culture en adoptant des comportements éthiques, en faisant preuve de compassion, d'intégrité, de respect, et en s'engageant à acquérir des compétences cliniques qui favorisent la santé des peuples autochtones.

Références

- Charon R. « The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust, *JAMA*. 2001;286(15):1897-1902.
- Kitty D, Funnell S, eds. *CanMEDS-Médecine familiale : Document d'information sur la santé autochtone*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Date de consultation : Le 14 avril 2020. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/CanMEDS-IHS-FRE-web.pdf>
- Département des affaires économiques et sociales. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. New York, NY: Nations Unies; 2008. Date de consultation : Le 14 avril 2023. https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_fr.pdf
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Royal College Indigenous health values and principles statement*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2013. Date de consultation : Le 14 avril 2023. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/indigenous-health-f>
- Journal de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), *Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien*. Le Collège des médecins de famille du Canada, Faire avancer la médecine familiale rurale, le Groupe de travail collaboratif canadien, Société de la médecine familiale rurale du Canada; 2011.
- Statistique Canada. Projections de la population selon l'identité autochtone au Canada, 2006 to 2031. Date de consultation : Le 15 février 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-552-x/91-552-x2011001-fra.htm>
- Halseth R. *Alzheimer's Disease and related dementias in Indigenous populations: Knowledge, needs, and gaps*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2022. Date de consultation : Le 14 mars 2023. https://issuu.com/nccah-ccnsa/docs/alzheimers-disease-and-related_dementias-in-indige
- Hendrie HC, Hall KS, Pillay N, Rodgers D, Prince C, Norton J, et coll. « Alzheimer's disease is rare in Cree », *Int Psychogeriatr*. 1993;5(1):5-14.
- Provincial Health Officer. *Pathways to Health and Healing – 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia*. Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport; 2009. Date de consultation : Le 15 février 2023. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/health/office-of-indigenous-health/abohlth11-var7.pdf>
- Jacklin KM, Walker JD, Shawande M. « The emergence of dementia as a health concern among First Nations populations in Alberta, Canada », *Can J Public Health*, 2012;104(1):e39-e44.