



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

VOIR PLUS LOIN
QUE L'ÉQUITÉ :

Agir pour combattre le racisme contre les personnes autochtones dans les soins infirmiers

Dr. Liquaa Wazni, RN, PhD
Dr. Lisa Bourque Bearskin, RN, PhD





Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) est la plus importante organisation d'infirmières et infirmiers au Canada, représentant les infirmières et infirmiers syndiqués de première ligne et les étudiant(e)s en sciences infirmières dans tous les secteurs des soins de santé – des soins à domicile et des soins de longue durée aux soins communautaires et actifs – et défendant les priorités clés pour renforcer les soins de santé publics partout au pays.

Reconnaissance des terres

D'un océan à l'autre, nous reconnaissons le territoire ancestral et non cédé de tous les Inuits, Métis et peuples des Premières Nations qui appellent ces terres leur chez-soi. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers est située sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin Anishinaabeg. En tant que colonisateurs et visiteurs, nous estimons qu'il importe de reconnaître l'importance de ces terres que nous appelons notre chez-soi. Nous le faisons pour réaffirmer notre engagement et notre responsabilité à améliorer les relations entre les nations, à travailler à la guérison des plaies du colonialisme et à améliorer notre propre compréhension des peuples autochtones locaux et de leurs cultures. understanding of local Indigenous Peoples and their cultures.

Publié par la Fédération canadienne
des syndicats d'infirmières et infirmiers
2841 promenade Riverside
Ottawa, ON K1V 8X7
613-526-4661
www.fcsii.ca

ISBN

Version imprimée : 978-1-990840-39-5
Version numérique : 978-1-990840-40-1

Équipe de projet de la FCSII

Tyler Levitan
Oxana Genina
Corey Grist

Traduction

Juliette Giannesini

Organisations membres de la FCSII





Voir plus loin que l'équité : agir pour combattre le racisme contre les personnes autochtones dans les soins infirmiers

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l'égard des peuples autochtones de cette terre, dont le savoir, le leadership et les conseils continuent de façonner et de transformer les services de soins de santé autochtones. Nous défendons avec un profond respect les droits et les responsabilités des populations autochtones locales dans les territoires où nous vivons, travaillons et apprenons. Nous nous engageons à nous informer sur le territoire traditionnel où nous habitons et à le reconnaître, en acceptant que chaque partie de ce qui est connu sous le nom colonial de « Canada » existe sur le territoire traditionnel autochtone. Nous rendons hommage aux peuples dont les relations historiques et vivantes avec la terre perdurent encore aujourd'hui. Nous exprimons notre sincère gratitude envers les personnes âgées, d'hier, d'aujourd'hui et de demain, car elles sont les gardiennes des souvenirs, des traditions, des cultures et des espoirs des générations à venir.



Un travail effectué par :

Liquaa Wazni, IA, Ph. D., stagiaire de recherche postdoctorale, Université de Victoria

Mona Lisa Bourque Bearskin, IA, Ph. D., Première Nation crie de Beaver Lake, Université de Victoria, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC), Colombie-Britannique

Holly Graham, IA, Ph. D., psychologue agréée titulaire d'un doctorat, Thunderchild First Nation, professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de la Saskatchewan, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC), Saskatchewan

Wanda Phillips-Beck, IA, Ph. D., Première Nation de Hollow Water, Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba, professeure auxiliaire, Collège des sciences infirmières, Université du Manitoba, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC)

Dre Margot Latimer, Kjiipuktuk (Halifax) Mi'kma'ki, professeure, Faculté de santé, Université Dalhousie, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC), Nouvelle-Écosse

Dre Amélie Blanchet Garneau, Inf., Ph. D., femme blanche d'ascendance coloniale française, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC), Québec

Jason Hickey, IA, Ph. D., professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université du Nouveau-Brunswick, chaire de recherche autochtone en soins infirmiers (IRSC), Nouveau-Brunswick



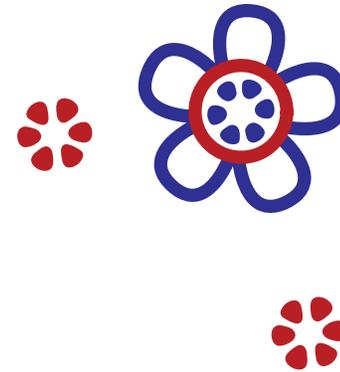
Message de la présidente.....	6	Sécurité culturelle et humilité culturelle	35	Des initiatives concrètes pour combattre le racisme.....	55
Quelques mots des chaires de recherche autochtone en soins infirmiers des IRSC	8	Des soins et préoccupations qui tiennent compte des traumatismes.....	36	Le cadre RCP RACISME.....	55
1 : Transformer les soins de santé, une voie de réconciliation avec les peuples autochtones	12	Étude de cas 1 : Brian Sinclair	37	La norme de pratique de la Colombie-Britannique	57
Voir plus loin que l'équité	14	La réponse du système juridique.....	38	Mettre en œuvre de mesures de responsabilisation pour lutter contre le racisme dans les soins de santé.....	58
Une démarche collective	16	Le groupe de travail Brian Sinclair	38	Stratégies clés	58
Les chefs de file autochtones en soins infirmiers : une tradition de bravoure et de défense des intérêts.....	17	Prochaines étapes et recommandations	38	Étude de case 3 : Joyce Echaquan	61
Qui sont les peuples autochtones?	20	Questions de réflexion	39	La réponse du système juridique.....	61
Comprendre les traités	21	3 : Les efforts de transformation structurelle et systémique du domaine de la santé	40	Prochaines étapes et recommandations	62
2 : Faire face à l'héritage colonial en matière de santé	23	Initiatives clés	41	Questions de réflexion	63
Qu'est-ce que la colonisation?.....	23	La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones	41	Réconciliation en éducation	63
Le modèle biomédical, une atteinte aux systèmes de connaissances autochtones	24	Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation	42	Les voies de l'apprentissage : les façons autochtones d'être, de savoir et de faire.....	64
La <i>Loi sur les Indiens</i> et l'érosion des droits autochtones (de 1876 à aujourd'hui).....	24	L'Enquête sur les Femmes et filles autochtones disparues et assassinées.....	44	Les voies de la responsabilisation	65
Les pensionnats (1880-1996).....	26	Réponses clés.....	44	Des réseaux de soutien.....	65
La rafle des années 1960.....	28	Le principe de Jordan	44	Les réformes nationales	67
Les hôpitaux indiens (des années 1940 aux années 1980)	28	Le principe de Joyce.....	45	Les réformes provinciales et territoriales....	70
Tour d'horizon des services de santé pour les personnes autochtones au Canada	29	Le rapport « In Plain Sight ».....	46	Soutien aux initiatives communautaires et autochtones	72
L'état de santé actuel des populations autochtones au Canada.....	32	L'approche basée sur les distinctions pour améliorer la santé des personnes autochtones	46	La Régie de la santé des Premières Nations	72
Des disparités en matière de santé autochtone entretenues par un racisme dirigé contre les Autochtones	33	La spécialité des soins infirmiers en santé autochtone	47	Coup d'œil sur le leadership infirmier en santé autochtone	73
Comprendre la suprématie, le privilège et la fragilité des Blancs dans les soins infirmiers	34	Étude de cas 2 : Keegan Combes.....	49	Le bureau des soins infirmiers L'nu.....	74
		Enjeux centraux	50	Pour conclure	75
		Questions de réflexion	51	Références	76
		4 : Stratégies applicables et réalisables ...	52	Glossaire	101
		Décoloniser les soins de santé : transférer le pouvoir en mettant au centre les connaissances autochtones	53	Références du glossaire	106
				Ressources clés.....	112

Message de la présidente

Les infirmières et infirmiers défendent inlassablement les intérêts de leurs patients, même une fois leur journée finie. Cependant, une question fondamentale d'injustice sur le lieu de travail, et plus largement dans la société, n'a jamais été abordée de manière adéquate par le personnel infirmier au Canada : la réconciliation avec les peuples autochtones. Le personnel infirmier et les patients autochtones continuent d'être confrontés à un racisme systémique dans le contexte d'un État colonial de peuplement, dont l'histoire est aussi ancienne que celle du Canada, où nos systèmes de soins de santé les traitent de façon déplorable.

C'est précisément la raison pour laquelle la FCSII a commandé ce rapport opportun. Il coïncide avec les excuses que nous avons présentées officiellement aux peuples autochtones pour le rôle du personnel infirmier dans ces systèmes, et avec notre engagement à faire mieux. Nous sommes l'une des principales voix du pays en matière de soins de santé et la plus grande organisation d'infirmières et d'infirmiers. Il en va de notre responsabilité d'assurer la sécurité culturelle des patients et clients autochtones, et un accès équitable aux soins, sans discrimination. Nous devons lutter contre le racisme sur les lieux de travail pour nos collègues autochtones membres du personnel infirmier.

La FCSII s'efforce de jouer un rôle de défenseur des droits de confiance en matière de justice pour les peuples autochtones depuis l'effroyable affaire de Jordan River Anderson, de la Norway House Cree Nation, au Manitoba. L'enfant, qui souffrait d'une maladie rare, était hospitalisé depuis sa naissance à Winnipeg. Les pouvoirs publics ne lui ont pas fourni les soins nécessaires, trop occupés par des querelles juridictionnelles sur la question de savoir quel palier de gouvernement allait régler la facture. Ce qui est arrivé à Jordan



et ce qui continue d'arriver aux peuples autochtones confrontés à un racisme systémique ne peut perdurer.

Les infirmières et infirmiers au Canada vont continuer leur démarche en présentant des excuses pour leur rôle historique et leur manque d'action suffisante. Nous allons poursuivre nos efforts afin d'ériger des fondations solides pour les générations futures. Nous nous engageons à réparer nos erreurs en contribuant de manière concrète à la réconciliation, tout en rendant des comptes aux peuples autochtones et à nos membres. Les étapes historiques de ce cheminement sur la durée auront lieu à notre congrès biennal 2025.

Je tiens à remercier Liquaa Wazni et Lisa Bourque Bearskin pour la réalisation de ce rapport. J'aimerais également rendre hommage aux chaires de recherche autochtone en soins infirmiers, qui ont apporté d'importantes contributions à la rédaction de ce travail. Enfin, j'aimerais saluer l'équipe de la FCSII menée par Tyler Levitan, ainsi que les membres du comité consultatif de la FCSII, Brigitte Goar (AIIO), Candi DeSousa (SIICB) et Marla Johal (SIIM), pour leurs conseils et leur sagesse.

J'espère que ce rapport constituera une ressource inestimable pour informer nos membres et faire avancer le travail de vérité et de réconciliation qui aurait dû être accompli depuis longtemps au sein de la communauté des soins infirmiers et, plus largement, au sein de la communauté des soins de santé au Canada. Allons de l'avant avec détermination. Agissons.

Toujours solidaire,

Linda Silas, présidente de la FCSII



Quelques mots des chaires de recherche autochtone en soins infirmiers des IRSC

Tani'si, bonjour. Nous, les six premières chaires de recherche autochtone en soins infirmiers financées par les IRSC, avons le privilège de soutenir les infirmières et infirmiers dans leur cheminement vers la réconciliation, tout en rendant hommage aux personnes autochtones et en défendant leur santé en tant que droit humain fondamental.

Le lien relationnel profond que nous entretenons avec nos foyers, dans le respect de l'ensemble de la création, est primordial à nos yeux. Nous reconnaissons que réimaginer un avenir différent pour le bien-être infirmier commence avec nous, à la fois individuellement et collectivement, car nous sommes une grande famille. Il est de notre responsabilité commune de reconnaître que, bien avant la colonisation du Canada, les communautés autochtones possédaient des connaissances en matière de santé et des structures de gouvernance bien établies qui assuraient la santé et le bien-être de leurs membres. Nous démontrons notre engagement ferme envers cet avenir en nous mettant au service des communautés autochtones locales et en créant des partenariats avec les universités, les autorités sanitaires et les programmes de sensibilisation à la santé. Le personnel infirmier autochtone rapproche les soins infirmiers de nos foyers en soutenant une démarche «gagner sa vie en apprenant» grâce à des initiatives de mentorat intergénérationnel qui mobilisent et renforcent une nouvelle génération d'infirmières et d'infirmiers.

Nous pratiquons l'apprentissage transformationnel et la formation expérientielle en soins infirmiers en appuyant les appels à l'action n° 23 et n° 24 de la Commission de vérité et réconciliation⁵. Nous avons défendu un programme d'études en soins infirmiers qui intègre les perspectives, l'histoire et les systèmes de connaissances autochtones, tout en luttant contre le racisme systémique dans le domaine des soins de santé. Nous continuons à réclamer des milieux d'apprentissage culturellement sécurisants, des initiatives de mentorat intergénérationnel renforcées et des réformes politiques qui intègrent une législation de lutte contre le racisme pour favoriser des soins de santé décoloniaux.

Par notre leadership et notre présence, nous renforçons l'engagement de la profession infirmière en faveur de la réconciliation et nous encourageons un système de soins de santé qui respecte et défend les droits des personnes autochtones. Il y a 50 ans, nos premiers leaders des soins infirmiers ont ouvert la voie grâce à leur façon unique d'être, à leurs connaissances distinctes et à leur capacité à s'adapter et à répondre aux réalités vécues. Nous continuons à montrer comment la force de la collaboration peut créer des solutions concrètes pour améliorer la prestation des soins de santé, la prévention des maladies, les soins de réadaptation et les soins palliatifs, ainsi que le bien-être de la communauté. Nous restons fermes dans notre détermination à démanteler les obstacles systémiques à l'accès aux soins de santé. Avec bravoure, courage, confiance et curiosité, nous rassemblons des perspectives différentes pour créer des partenariats inclusifs fondés sur des valeurs et des solutions durables. Nous contribuons à une meilleure santé

en générant des approches de bien-être qui soutiennent véritablement les principes d'autodétermination en matière de soins.

Notre approche de la santé est différente, car elle s'imprègne des valeurs, des langues et des lois relationnelles des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Nous allons au-delà des modèles traditionnels : nous misons sur une approche holistique du bien-être pour l'avenir en posant un large regard sur les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui contribuent à la santé. Nous enseignons des soins centrés sur la personne, axés sur la communauté et dirigés par elle. Nous donnons la priorité à la collaboration avec les communautés afin de nous assurer que notre travail répond aux besoins des peuples autochtones et des prestataires de soins de santé à leur service.

Le système de santé publique du Canada subit de lourdes pressions. La pénurie de main-d'œuvre, les possibilités de formation limitées, les crises actuelles de la santé mentale et de la toxicomanie, le contrecoup de la pandémie et la nécessité urgente d'éradiquer le racisme dirigé contre les personnes autochtones sont autant de défis supplémentaires qui se posent. Toutefois, notre engagement à transformer ce système reste inébranlable. Pour aider les infirmières et infirmiers à conserver une vie professionnelle saine et active, il faut des solutions et des mesures novatrices. Nous encourageons une nouvelle approche holistique centrée sur les liens, la communauté, la collaboration et la culture, car ces éléments sont essentiels pour créer un changement systémique dans notre système de soins de santé.

Notre équipe collaborative est profondément mobilisée pour établir un environnement de soins de santé prospère, axé sur la communauté, qui attire et garde les professionnels de la santé. Notre équipe de recherche autochtone en soins infirmiers, de leaders en soins infirmiers, d'étudiants et de champions de la communauté explore des modèles de pratique collaborative afin d'améliorer la santé et la sécurité des patients, de réduire les erreurs et d'accroître la satisfaction professionnelle. Nous nous engageons à cultiver et à intégrer la sécurité culturelle, l'humilité et les modes de connaissance, tout en soutenant les détenteurs du savoir, les guérisseurs et les accompagnateurs pour faire progresser les systèmes locaux de connaissances en matière de santé. Nous avançons ensemble en sachant qu'accélérer la recherche en santé, créer des partenariats judicieux et traduire la recherche en impacts sur la santé peuvent contribuer à faire évoluer une problématique complexe, systémique et coloniale. Nous espérons continuer à apprendre et à désapprendre tout en respectant les droits des peuples autochtones à l'autodétermination.



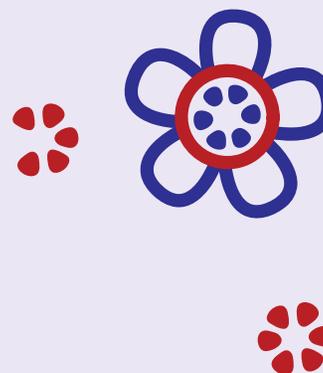
Au nom des chaires, nous tenons également à saluer la Dre Liquaa Wazni, qui a dirigé la rédaction de ce rapport. Son leadership et sa volonté inébranlable de changer les choses sont palpables, et elle est devenue une membre inestimable de notre collectif. Outre les futurs leaders qui ont contribué à notre recherche collective, nous tenons à saluer avec gratitude Dawn Googoo (Première Nation We'koqma'q), Julie Francis (Première Nation Eskasoni), S. Josée Lavallée (Manitoba Métis Federation's Bison Local), Michelle Padley (Métis Nation British Columbia), Christina Chakanyuka (NWT Métis Nation), Anne-Renée Delli Colli (ascendance coloniale française) et Tania Turnbull (de descendance écossaise, anglaise, inuite et innue).

Ce rapport contient des termes et des concepts clés qui sont essentiels pour comprendre la santé autochtone et la transformation des soins de santé. Dans un souci de clarté et pour faciliter les références, les termes importants sont indiqués en gras. Tous les termes en gras sont définis dans le **glossaire**. Si vous lisez la **version numérique** de ce rapport, vous pouvez cliquer sur un terme en gras pour accéder directement à sa définition dans le glossaire.

Nous tenons à remercier la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) pour sa contribution financière à l'élaboration de ce document de travail. Nous remercions également l'Institut de la santé des Autochtones au sein des Instituts de recherche en santé du Canada pour le financement du programme de recherche autochtone en soins infirmiers, ainsi que les organisations professionnelles d'infirmières et d'infirmiers de nos régions respectives pour leur soutien supplémentaire (ressources, défense des intérêts et partenariats, par exemple).

Êkosi pitamâ, c'est tout pour l'instant.

Mona Lisa Bourque Bearskin





1

Transformer les soins de santé, une voie de réconciliation avec les peuples autochtones

Nous tenons d'abord à rendre hommage aux gardiens et intendants traditionnels de ces terres sur lesquelles nous vivons, dont nous tirons parti, et qui nous permettent de prospérer. D'est en ouest, nous saluons les générations qui nous ont précédés, les **détenteurs du savoir** et les **personnes âgées** d'hier, d'aujourd'hui et de demain. Nous comprenons bien que ces terres sont et resteront toujours des terres autochtones, même si elles sont connues sous le nom de « Canada » à l'époque coloniale.

Nous reconnaissons que nous devons nous occuper des générations futures et celles qui n'ont pas encore vu le jour pour encourager les obligations relationnelles. Nous reconnaissons que nous sommes des invités ou des descendants avec des droits inhérents, et que nous devons nous acquitter de nos responsabilités en tant que bons voisins en prenant soin de l'eau, de l'air, du feu et de la terre. Ainsi, nous agissons en tant qu'intendants de l'humanité, et nous nous mettons au service de nos peuples autochtones locaux.



L'héritage du **colonialisme** au Canada continue d'avoir des répercussions importantes sur la façon de dispenser les soins de santé. Il affecte également les expériences des **Premières Nations**,²³⁷ des **Métis**¹ et des **Inuits**² dans le système médical, et la santé des membres de ces populations. Ce travail se penche sur l'importance pour les prestataires de soins de santé d'adopter une **approche basée sur les distinctions**³ et sur la façon dont ce type d'approche a une incidence tant sur les expériences que sur la santé des membres des **peuples autochtones**. En outre, nous présentons les principaux facteurs historiques qui ont contribué au **racisme dirigé contre les personnes autochtones** dans les soins de santé, tout en défendant les droits, les identités et les besoins de santé uniques des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Enfin nous proposons des idées au personnel infirmier pour que ses membres deviennent des prestataires de soins culturellement sécurisants.

Cette ressource, réalisée en collaboration avec la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII), illustre notre cheminement permanent vers la vérité et la **réconciliation** dans le domaine des soins infirmiers, comme le préconisent les **appels à l'action**⁵ de la **Commission de vérité et réconciliation (CVR)**. Nous sommes toutes et tous déterminés à faire respecter les droits à l'autodétermination des peuples autochtones et à reconnaître les populations distinctes du point de vue des droits de la personne. Comme nous le rappellent nos matriarches des soins infirmiers, nos

détenteurs du savoir et nos personnes âgées, la seule façon d'aller de l'avant est de pratiquer avec une liberté intellectuelle, culturelle, spirituelle et linguistique. Ce rapport s'appuie sur des recherches approfondies, sur les **expériences vécues** par des membres des peuples autochtones en matière d'accès aux soins et sur les voix du personnel infirmier autochtone qui travaille au sein du système de santé. Leur sagesse offre un regard et une mission dont nous nous saisissons pour une transformation constructive des soins de santé.

Nous envisageons un monde où la Terre mère et les peuples autochtones sont en bonne santé et dynamiques grâce au respect de leur droit à recevoir des soins de santé autochtones sécurisants et de qualité. Un monde où les communautés autochtones mènent une vie saine et dynamique à chaque respiration, à chaque prière, à chaque point de suture et avec chaque infirmière.

Voir plus loin que l'équité

Il est indéniable que la crise actuelle des soins de santé affecte profondément la santé des peuples autochtones. Elle touche également de plein fouet le personnel infirmier autochtone, dont bien des membres sont victimes d'épuisement professionnel, quittent la profession ou passent du secteur public au secteur privé, par exemple à la pratique infirmière en itinérance, ce qui menace la viabilité de notre système de soins de santé. Parallèlement, de nombreux prestataires de soins de santé sont mal informés ou mal équipés pour faire face aux complexités des soins de santé aux communautés autochtones, car ces soins sont enracinés dans des **structures coloniales**⁷. Faire respecter les **droits des peuples autochtones** passe nécessairement par la compréhension du fait que le Canada s'est construit sur les souffrances de ces peuples. Les lois coloniales, les **traités** et les politiques internationales ont façonné les systèmes de santé de telle sorte qu'il était illégal pour les peuples autochtones de parler leurs langues, de pratiquer leurs lois et d'entretenir des relations avec leurs terres ancestrales. Ces structures et politiques continuent aujourd'hui de façonner les soins de santé, empêchant les peuples autochtones d'accéder pleinement à leurs droits à la santé, à la terre, à la langue et à l'**autodétermination**, et d'exercer ces droits.

Les forces coloniales ont entravé les systèmes de **gouvernance autochtones**, ainsi que les systèmes d'éducation, de santé et de connaissance autochtones, qui ont longtemps été soutenus par des **pratiques de**

guérison traditionnelles, des protocoles culturels et des relations de parenté. Cela a conduit à l'érosion des familles, à la destruction des communautés, et a privé les enfants de leur droit à apprendre les uns des autres et à prendre soin les uns des autres. Cette tentative d'extinction physique et culturelle a échoué. Aujourd'hui, nous assistons à la résurgence et à la revitalisation des Premières Nations, des Métis et des Inuits, d'un océan à l'autre, qui retournent sur leurs terres d'origine, apprennent leurs langues et s'efforcent de surmonter la violence sociale, économique, spirituelle et intellectuelle que les peuples autochtones subissent encore. Les **systèmes coloniaux** continuent de façonner le système de santé canadien à tous les niveaux. Ils exercent une influence sur la manière dont les droits des peuples autochtones sont reconnus, respectés et mis en œuvre dans la pratique.

Il est depuis longtemps admis que les prestataires de soins de santé doivent comprendre comment la culture et les systèmes d'oppression opèrent au sein des systèmes de soins de santé⁸ Ramsden, une infirmière **māori**, explique que l'importance de la **sécurité culturelle** est apparue avec la nécessité de reconnaître l'impact de la colonisation et d'en comprendre les effets qui perdurent sur les populations autochtones dans l'ensemble du paysage des soins de santé. Ramsden définit la sécurité culturelle comme un aboutissement des soins infirmiers, qui donne aux personnes recevant des services de santé le droit d'exprimer les degrés de risque ressentis et de définir la

« sécurité » dans le cadre de leurs soins. Les normes de pratiques en matière de sécurité culturelle et d'**humilité culturelle** sont essentielles à cette transformation, car elles guident les prestataires de soins pour qu'ils reconnaissent, examinent et remettent en question les dynamiques de pouvoir, les inégalités systémiques et les préjugés personnels⁹.

Il est temps de voir plus loin que l'équité. Dans le domaine des soins infirmiers, nous avons beaucoup travaillé pour comprendre la différence entre l'égalité et l'équité. L'égalité veut dire traiter tout le monde de la même manière, ce qui ne tient pas compte des déterminants sociaux de la santé. L'équité, en revanche, se concentre sur la suppression des obstacles à l'obtention de services justes et équitables. Par conséquent, transcender l'équité ne consiste pas seulement à distribuer les ressources de manière équitable. Il s'agit également de supprimer les déséquilibres de pouvoir et les obstacles ancrés dans les systèmes de connaissances eurocentriques, tout en veillant à ce que les droits des peuples autochtones soient respectés. Il faut donc démanteler les structures coloniales, défendre l'autodétermination des peuples autochtones et centrer leur leadership et leur savoir dans un cadre d'écosanté qui reconnaît la profonde interconnexion entre la santé humaine et la **santé écosystémique**. En nous concentrant sur des aboutissements réellement équitables, nous pouvons créer des possibilités pour le leadership autochtone afin qu'il façonne et dirige un système de soins de santé juste, adapté et culturellement sécurisant.

En outre, une décennie s'est écoulée depuis la publication des appels à l'action de la CVR5⁵, mais les progrès dans leur mise en œuvre restent péniblement lents. Des politiques d'égalité des chances ou en faveur de l'équité ne sauraient suffire pour parvenir à une véritable réconciliation : il faut un changement fondamental vers une gouvernance de la santé dirigée par des Autochtones, une transformation des politiques et le rétablissement de l'autodétermination autochtone en matière de soins de santé. Nous entrons dans une nouvelle ère de prestation de services de santé et de vérité. Nous devons transcender les contraintes des systèmes de santé coloniaux et nous mobiliser avec détermination pour des changements systémiques. Ce rapport est destiné au grand public et fournit des conseils aux infirmières et infirmiers possédant un permis d'exercice au Canada, y compris les infirmières et infirmiers autorisés (IA), les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) et les infirmières et infirmiers praticiens (IP), ainsi que d'autres professionnels de la santé.



Une démarche collective

Cette initiative est le fruit d'une collaboration de longue date entre la FCSII, le personnel infirmier autochtone et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC)¹⁰. Elle a rencontré le parcours collectif des chaires de recherche autochtone en soins infirmiers¹¹ et de leurs équipes de personnes âgées, de détenteurs du savoir, d'infirmières et infirmiers, d'étudiants en sciences infirmières et de patients autochtones, qui apportent leurs connaissances cruciales et des récits irréfutables de détermination, de force, de bravoure, de **résilience** et de défense des intérêts. Depuis cinq ans, ces chaires s'attachent à améliorer l'accès des communautés autochtones à une éducation et à des soins culturellement sécurisants et inclusifs, tout en mettant en avant des possibilités pour les étudiants en soins infirmiers autochtones et leur leadership. Leurs efforts ont été renforcés par des partenariats collaboratifs avec des organisations nationales, telles que l'AIIAC, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC)¹⁷ et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)¹³; au niveau régional, avec des organismes professionnels et de réglementation ainsi qu'avec des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; et au niveau local, avec des écoles de sciences infirmières et des organisations communautaires. La chaire du Manitoba¹³ est notamment la seule chaire située au sein d'une organisation communautaire, le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba.¹⁵

Les chaires représentent des régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, et elles sont profondément déterminées à faire entendre les voix autochtones dans la pratique, l'éducation, le leadership et la recherche. Leurs travaux portent sur les services de soins de santé primaires dirigés par des Autochtones, le bien-être des Autochtones, les partenariats communautaires sincères, la discrimination systémique et le racisme dirigé contre les personnes autochtones, révélant à la fois les défis persistants et les forces remarquables des peuples autochtones dans la promotion de soins culturellement sécurisants et axés sur les personnes. Ce travail de recherche collectif renforce la nécessité d'une prestation de services relationnelle, réciproque, responsable et adaptée aux besoins uniques et à respecter des peuples des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Ensemble, nous faisons progresser les **soins infirmiers en santé autochtone** en tant que pratique spécialisée qui intègre les **systèmes de connaissances autochtones** et les approches de guérison holistique enracinées dans les valeurs culturelles des peuples autochtones. Les relations qui unissent le personnel infirmier, les chercheurs et les alliés autochtones au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie et aux États-Unis sont au cœur de ce travail. Grâce à ces collaborations internationales, les chaires ont amplifié les perspectives

des Premières Nations, des Métis et des Inuits dans des discussions autour des soins infirmiers sur la scène mondiale, tout en promouvant la recherche, l'éducation et le mentorat intergénérationnel fondés sur la culture, afin de susciter des changements systémiques d'envergure.

Ce rapport est plus qu'un simple travail universitaire ou professionnel; c'est un témoignage vivant de la force, de la sagesse et de la vision inébranlable des infirmières et infirmiers autochtones et de leurs communautés. Il porte leurs histoires et leurs voix, et il célèbre leur leadership. Un discours critique et des espaces éthiques où les modes d'être et de savoir autochtones sont respectés et défendus sont nécessaires afin de reconnaître la santé des personnes autochtones comme un droit humain fondamental. Notre objectif commun est de nourrir les esprits, d'approfondir les liens spirituels, de partager les pratiques relationnelles et d'assumer les responsabilités qui nous sont confiées.

Les chefs de file autochtones en soins infirmiers : une tradition de bravoure et de défense des intérêts

La question de savoir qui a été «la première» ou «le premier» doit être traitée avec prudence et, idéalement, élargie pour refléter les épistémologies des Premières Nations, des Métis et des Inuits en matière de soins, de transmission des connaissances et de leadership dans le domaine de la santé communautaire. De toute évidence, c'est un exercice qui demande du temps, de la diligence et une perspicacité que nous ne sommes peut-être pas les mieux placés pour offrir à l'heure actuelle. Cependant, depuis plus de 45 ans, les leaders autochtones en soins infirmiers qui ont formé l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada en 1975 sont à l'avant-garde des progrès des soins infirmiers en santé autochtone. Ce fut la première organisation de santé autochtone à une époque où de telles structures n'existaient pas encore¹⁷. Des pionnières comme Edith Montour et Jean Goodwill ont été parmi les premiers leaders autochtones reconnues en soins infirmiers au Canada.

Les membres de notre Conseil de sagesse de la chaire de recherche autochtone en soins infirmiers de la Colombie-Britannique (BC-IHNR¹⁸⁵), notamment Kétéskwew (Madeline Dion Stout), Judy Pelly, Mabel Horton, Rose Miller, Evelyn Voyageur, Doreen Spence, June Shackley,



Marilyn VanBibber et tant d'autres personnes qui ne sont pas citées ici, ont inspiré et encadré des générations de prestataires de soins de santé. Originaire de Kuujuarapik, au Québec, Minnie Akparook a été l'une des premières infirmières inuites à exercer au Nunavik. Elle a fait face à une immense adversité dans son parcours pour devenir infirmière, notamment jalonné par des déplacements forcés, la fréquentation d'un pensionnat et un **racisme systémique** persistant²³⁵. Malgré une série de coups durs et des refus des institutions, elle a finalement été acceptée dans un programme d'infirmière auxiliaire autorisée, grâce auquel elle a réussi à faire la transition vers une formation d'infirmière autorisée, qu'elle a menée jusqu'au bout. Il est important de noter que les documents coloniaux ne reconnaissent souvent pas correctement les rôles des femmes inuites, en particulier lorsqu'elles n'opèrent pas dans le cadre des systèmes d'accréditation eurocanadiens. Ainsi, de nombreuses femmes inuites qui prodiguaient des soins et guérissaient n'étaient pas officiellement reconnues comme « infirmières », même si elles remplissaient des fonctions essentielles en matière de santé au sein de leurs communautés.

Indépendamment des défis actuels, leur leadership témoigne du fait que la santé des personnes autochtones est fondamentale pour voir plus loin que **l'équité en matière de santé**, si l'on veut amorcer un véritable changement. Pendant des décennies, les peuples autochtones n'ont pas eu accès aux écoles de soins infirmiers, une restriction qui n'a changé qu'en 1960¹⁶. Comme l'a si bien dit Rose Miller, « nous avons dessiné le changement ». Leur persévérance a ouvert la voie aux

générations futures, qui continuent à mener la bataille avec force et vision. Dans la lutte permanente contre la prestation de soins de santé de type colonial, ces premières leaders en soins infirmiers ont jeté les bases de l'appel urgent d'aujourd'hui à élargir les rôles de leadership des infirmières et infirmiers autochtones. Elles ont aussi créé des preuves locales des avantages des soins de santé dirigés par les personnes autochtones et ont mis en œuvre des solutions sur le terrain pour remédier à une série d'iniquités en matière de santé, du chevet des patients à la salle de conférence^{16,17,18}.

Les principales conclusions des recherches de la chaire BC-IHNR¹⁸⁵ mettent en évidence les nombreux membres du personnel infirmier qui prennent position et s'expriment contre les structures coloniales qui minent les systèmes de connaissances autochtones et le bien-être des communautés. Ils plaident en faveur de soins culturellement sécurisants, souvent au prix de grands risques personnels et professionnels, tout en cheminant dans des systèmes qui les rendent invisibles ou réduisent leur contribution à des efforts symboliques⁶. De nombreux membres du personnel infirmier ont parlé de milieux professionnels peu accueillants et hostiles, où leurs efforts de défense des intérêts sont rejetés ou pénalisés. En dépit de ces difficultés, ils persistent avec résilience, transmettant leurs vastes connaissances, leur expérience vécue et leurs dons ancestraux de guérison, d'aide et de soins aux autres en tant que professionnels de la santé. Le *Cercle de leadership autochtone* au sein du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique (SIICB)²⁰ illustre cette résilience et ce leadership : il s'agit

d'une initiative unique qui offre aux infirmières et infirmiers autochtones un lieu constructif pour se réunir, partager leurs connaissances et plaider en faveur de pratiques culturellement sécurisantes au sein de la profession.

Dans leur vision de l'autodétermination, la santé et la guérison doivent être définies par les peuples autochtones et rester en accord avec leurs réalités socioculturelles et écologiques. Il ne s'agit pas d'une approche unique, car chaque nation et groupe autochtones a sa propre langue, ses propres coutumes et ses propres croyances en matière de santé. Les leaders autochtones en soins infirmiers continuent de revendiquer la santé en tant que mouvement fondé sur les droits, centré sur la vérité et axé sur les forces, qui honore les actes collectifs de résurgence et de résistance en remodelant les soins de santé et au-delà. Tout en reconnaissant les contributions passées des leaders autochtones en soins infirmiers, il est impératif que toutes les personnes exerçant des soins infirmiers se mobilisent également dans ce travail pour démanteler les barrières systémiques, construire un soutien mutuel et créer des possibilités d'épanouissement pour les peuples autochtones. Leur force nous invite à centrer la sécurité culturelle, l'humilité, l'équité et la justice dans notre pratique infirmière relationnelle, non seulement en tant qu'acte de résistance, mais aussi sous forme d'un engagement à construire quelque chose de meilleur.

La guérison est un acte profondément personnel, et les soins infirmiers, en tant que voix politique, sont au cœur de ce parcours. Le mouvement en faveur d'un changement significatif se développe, alimenté par du personnel infirmier autochtone résilient et leurs alliés. Nous aspirons à ce que tout le monde reconnaisse la santé autochtone comme un droit humain, et nous estimons que le discours critique et les espaces éthiques sont essentiels pour avancer dans la voie de cette compréhension. Notre objectif commun est de nourrir les esprits, de nous connecter à l'esprit, de partager des pratiques relationnelles et d'assumer les responsabilités qui nous sont confiées. Le personnel infirmier autochtone ne se contente pas de travailler au sein du système; ses membres le réimaginent, appelant à la création et à la direction de modèles de soins qui rendent hommage aux façons autochtones d'être et de savoir. Toutefois, pour y parvenir, ils ont besoin d'un soutien et d'outils adéquats pour s'y retrouver dans les structures coloniales qui façonnent encore aujourd'hui les expériences en matière de soins de santé, et les remettre en question.

Les changements ne peuvent pas venir du haut vers le bas; ils doivent être menés par le personnel infirmier autochtone lui-même, soutenu par des systèmes qui reconnaissent son autorité, valorisent ses connaissances et créent un espace pour des approches autodéterminées et fondées sur les distinctions en matière de formation et de soins infirmiers.



Malgré les effets persistants de la lassitude face au racisme, nos peuples sont forts et possèdent des systèmes de soins traditionnels distincts enracinés dans la terre. Les racines qui fabriquent les paniers qui contiennent nos histoires, transportent nos saumons, nos baies et nos médicaments pour assurer notre bien-être ancestral et notre droit à la santé.

(Colleen Seymour, Tk'emlu'ps te Secwe'pemc⁵⁰)

Qui sont les peuples autochtones?

En vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, le terme « peuples autochtones du Canada » englobe les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada²¹. Les peuples autochtones constituent la population qui croît le plus rapidement au Canada : ses membres représentent collectivement un peu moins de deux millions

de personnes, soit 5 % de la population nationale. Parmi eux, 58 % s'identifient comme Premières Nations, 34,5 % comme Métis et 3,9 % comme Inuits. La population autochtone a augmenté de 9,4 % depuis 2016, dépassant le taux de croissance des non-autochtones de 5,3 %. L'Ontario compte la plus grande population autochtone (22,5 %), et une proportion importante (25,4 %) des personnes autochtones ont moins de 14 ans. Ces tendances mettent en évidence la résilience et la résurgence des peuples autochtones.²²

Les Premières Nations sont très diverses. On dit souvent que ses membres sont les descendants originaux des personnes qui vivent sur ces terres depuis des temps immémoriaux, avec les Inuits, qui sont connus comme les peuples de l'Arctique. Les Métis sont une autre population distincte avec une histoire unique qui découle des unions relationnelles entre les Premières Nations et les commerçants de fourrures européens. Ils ont leur propre histoire, leur propre langue, leur propre système de gouvernance et leurs propres protocoles culturels^{23,24}.

Les modes de vie autochtones sont ancrés dans l'équilibre, l'interconnexion et la durabilité, façonnant des approches holistiques de la santé, de l'éducation et de la gouvernance qui donnent la priorité au bien-être collectif²⁵. Avant la colonisation, les nations autochtones prospéraient grâce à des structures politiques complexes, des réseaux commerciaux étendus et des systèmes de connaissances avancés^{26,27,28}. Leurs économies étaient

fondées sur la réciprocité, la durabilité et les liens de parenté qui garantissaient le soin de la terre et des ressources, partagées de génération en génération²⁹. Leurs connaissances en matière de médecine, de cérémonies de guérison et de conservation écologique se sont transmises par les traditions orales et l'expérience vécue, et ont soutenu leurs communautés pendant des milliers d'années^{30,31,32}. Malgré les ruptures causées par le colonialisme, les peuples autochtones se sont continuellement adaptés et ont résisté, en conservant leurs langues, leurs traditions et leurs structures de gouvernance. Aujourd'hui, leurs systèmes de connaissances continuent d'alimenter les processus d'autodétermination en matière de gouvernance, d'action climatique et d'interventions sanitaires, offrant une sagesse inestimable pour la construction d'un avenir plus juste et plus durable^{33,34}.

Comprendre les traités

Certains des premiers traités restent au cœur des efforts de confédération au Canada et jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les injustices systémiques. Le processus d'élaboration des traités était initialement conçu comme un moyen d'établir des relations respectueuses de nation à nation et de définir les responsabilités entre les nations autochtones et la **Couronne**. En pratique, les traités sont devenus un outil permettant de déposséder les peuples autochtones de leurs terres, de démanteler leurs systèmes de santé et d'éroder leur **souveraineté** à l'aide de politiques

paternalistes⁵⁸. Alors que les premiers traités, tels que les *traités de paix et d'amitié* (1701-1763), étaient axés sur la coexistence et la coopération³⁵, les négociations ultérieures des traités ont souvent donné la priorité à l'accès des colons à la terre et aux ressources³⁷.

La *Proclamation royale de 1763* a marqué un tournant, car elle a formellement reconnu les droits aux terres des Autochtones et a établi une reconnaissance juridique des peuples des Premières Nations pour l'élaboration des traités³⁶. Certains traités ont été signés dans des situations de contrainte extrême. Toutefois, de vastes zones de terres autochtones n'ont jamais été cédées et restent non cédées. Le non-respect des engagements pris dans le cadre des traités a eu des conséquences durables : cela a entraîné des conflits permanents sur les terres, la gouvernance et les soins de santé. Les reconnaissances des territoires traditionnels ne sont qu'un simple geste symbolique, mais elles rappellent ces promesses non tenues et la nécessité de mesures concrètes en faveur de la réconciliation. Malgré la reconnaissance officielle des droits aux terres des personnes autochtones, de nombreux traités ultérieurs, notamment les *traités numérotés* (1871-1921), n'ont pas tenu leurs promesses en matière de terres, d'éducation, de soins de santé et d'autres ressources, et ont laissé les communautés autochtones marginalisées³⁸. Des accords plus récents, tels que l'*Accord définitif nisga'a* (2000)³⁹ et l'*Accord-cadre définitif entre le gouvernement du Canada, le conseil des Indiens du Yukon et le gouvernement du*

Yukon (1993),⁴⁰ témoignent d'un certain progrès dans la reconnaissance de la souveraineté autochtone et la résolution des différends relatifs aux terres et à la gouvernance, qui se traduiront par la santé de ses peuples. Bien que les traités historiques et modernes et les revendications territoriales soient souvent présentés comme mutuellement bénéfiques, de nombreux engagements n'ont pas été honorés, ce qui renforce la violence systémique qui continue de nuire aux peuples autochtones et à leurs communautés.

Les soins de santé constituent l'une des obligations les plus importantes au titre des traités. Pourtant, bien des gens ignorent l'existence de la clause relative aux médicaments et le non-respect de cet engagement. Bien avant l'existence du système de santé publique canadien, les Premières Nations disposaient de systèmes de santé bien établis, ancrés dans les lois et les langues du pays^{41,19,42,43}. Ces systèmes soutenaient des communautés prospères et reflétaient les connaissances et la gouvernance autochtones en matière de santé et de bien-être. Cet engagement en matière de soins de santé, la clause du « buffet à médicaments » est inscrite dans le Traité n° 6,⁴⁴ et elle vise à garantir l'accès continu des peuples autochtones aux soins de santé. Cependant, comme

beaucoup d'autres promesses, elle n'a pas été pleinement honorée. Les communautés autochtones sont donc toujours confrontées à un sous-financement chronique des services de santé, à un accès limité à des soins culturellement sécuritaires et gérés par la communauté, ainsi qu'à des obstacles systémiques, tels que les conflits de compétences concernant les responsabilités en matière de soins de santé.

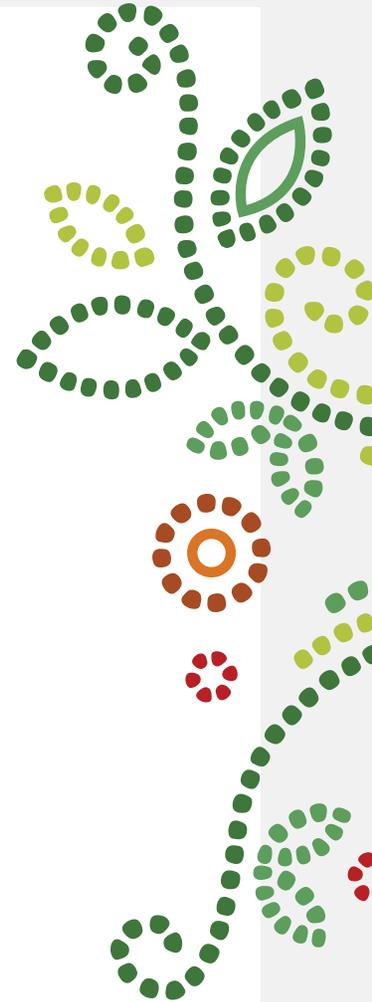
L'implication du gouvernement fédéral dans les soins de santé des personnes autochtones n'a jamais été motivée par le respect des obligations découlant des traités, mais plutôt par la crainte que les mauvaises conditions de santé des Autochtones ne constituent un risque pour la santé publique, et donc la santé des colons⁴². Ce pan de l'Histoire montre comment la réforme de la santé publique au Canada est devenue un outil d'exclusion, contribuant aux inégalités auxquelles les communautés autochtones sont toujours confrontées. Les traités ne sont pas de simples documents historiques, mais des accords vivants qu'il faut respecter, avec des mesures qu'il faut prendre. Le respect de ces engagements est essentiel pour remédier aux injustices historiques, avancer dans la réconciliation et établir des relations équitables de nation à nation qui honorent les droits et les mesures d'autodétermination des peuples autochtones³⁶.

2

Faire face à l'héritage colonial en matière de santé

Qu'est-ce que la colonisation?

La colonisation est plus qu'un déplacement à grande échelle de colons; c'est un processus de domination qui continue à remodeler la vie des peuples autochtones aujourd'hui^{45,46}. Le « colonialisme du peuplement », motivé par des **idéologies coloniales**, est un cadre qui a permis la dépossession des peuples autochtones et la création de structures juridiques et institutionnelles qui continuent à les marginaliser et à les désavantager⁴⁷. La colonisation va au-delà du déplacement physique, elle perturbe les modes de vie autochtones, efface la souveraineté, la langue et les pratiques culturelles des personnes autochtones, et renforce les structures sociales qui perpétuent les déséquilibres de pouvoir et les inégalités systémiques^{29,34}. On estime que l'une des conséquences les plus dévastatrices de la colonisation a été l'introduction par les colons européens de maladies infectieuses pathogènes telles que la variole, la rougeole et la typhoïde. Les populations autochtones n'étaient pas immunisées et ont souffert de taux de mortalité élevés⁴⁸. Au-delà des maladies, les politiques coloniales ont déraciné de force les populations autochtones de leurs terres d'origine dans le cadre de politiques de centralisation, en les forçant à se déplacer vers des terres moins désirables sur lesquelles leur survie a été menacée⁴⁶. Cela a rompu les liens profonds avec la terre, perturbant les systèmes alimentaires, la médecine traditionnelle et les pratiques culturelles qui les avaient soutenus pendant des générations⁴⁹. Ces ruptures n'ont pas seulement eu un impact immédiat sur la santé et la survie des populations autochtones, mais ont également remodelé l'accès aux soins de santé et la prestation de ces soins, ancrant encore davantage l'héritage colonial dans les systèmes médicaux.



Le modèle biomédical, une atteinte aux systèmes de connaissances autochtones

Dans ce contexte colonial, les systèmes de soins de santé eurocentriques ont longtemps marginalisé les approches autochtones, holistiques et communautaires, de la guérison^{33,50}. La domination du **modèle biomédical de soin** renforce les inégalités systémiques en donnant la priorité à la pathologie, aux traitements standardisés et aux mécanismes biologiques de la maladie, tout en rejetant les déterminants culturels, spirituels et sociaux de la santé. Les systèmes de connaissances autochtones considèrent la santé comme un équilibre entre le bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel et communautaire, fondé sur des milliers d'années de sagesse écologique et culturelle qui donne la priorité à la relation et à l'interconnexion^{50,51}. Cependant, l'**hégémonie** du modèle biomédical de soins a nié et dévalorisé ces approches, et exclu les perspectives autochtones de la politique et de la pratique⁵⁴.

La *Loi sur les Indiens* et l'érosion des droits autochtones (de 1876 à aujourd'hui)

La *Loi sur les Indiens* de 1876 est l'une des lois les plus coloniales du Canada, conçue pour **assimiler** les peuples autochtones à la société des colons³⁵. Plutôt que de reconnaître les nations autochtones comme des peuples autonomes, la *Loi* a imposé un système rigide, contrôlé par le gouvernement, qui les a privés de leur autonomie, de leur culture et de leurs terres. Elle a brisé les liens de parenté, démantelé les systèmes de gouvernance traditionnels, interdit les pratiques culturelles sacrées, telles que le **potlatch** et la **Danse du Soleil**, et imposé des structures patriarcales qui ont marginalisé et discriminé

les femmes autochtone^{55,56,57}. Ces structures patriarcales imposées ont causé un préjudice disproportionné aux femmes autochtones, qui ont perdu leur statut juridique, leurs droits et leurs liens avec leurs communautés si elles épousaient des hommes non autochtones ou sans statut, et dont les enfants se sont vus refuser l'appartenance à la bande (*Loi sur les Indiens*, 1876)⁵⁸. Cette désignation de « statut » imposée par la *Loi* a déterminé qui était officiellement reconnu comme « Indien » en vertu du droit canadien, excluant souvent les individus de l'accès à leurs propres ressources communautaires, aux **terres de réserve** ou aux services de soins de santé. La *Loi* a également limité le contrôle des communautés des Premières Nations et des Métis sur les terres et les ressources, ce qui a favorisé la dépendance économique. Elle a en outre exclu les Métis en tant que population distincte.

La *Loi* a pénalisé les personnes qui cherchaient à entreprendre des études supérieures. En vertu de la politique d'**émancipation**, les Autochtones perdaient leur statut s'ils obtenaient un diplôme universitaire ou s'ils exerçaient des professions dans des domaines tels que le droit, la médecine ou le clergé⁵⁸. Cela a créé des obstacles importants à l'accès au métier de personnel infirmier, pour lequel une formation structurée était requise. De nombreuses femmes autochtones qui aspiraient à devenir infirmières ont été contraintes de choisir entre leur carrière et leur identité légale de femmes des Premières Nations. Par exemple, Edith Monture, une infirmière mohawk des Six Nations, s'est vue interdire l'accès aux écoles canadiennes de soins infirmiers, et a dû poursuivre ses études aux États-Unis. C'est là qu'elle est devenue la première femme autochtone canadienne à obtenir le droit de vote aux élections fédérales⁵⁹.

La *Loi* a été modifiée à plusieurs reprises au fil des ans, mais son cadre colonial persiste⁵. L'amendement de 1951 a supprimé les interdictions relatives aux pratiques culturelles et a permis aux femmes autochtones de voter aux élections des bandes et de fréquenter l'université, mais il n'a pas permis de remédier aux iniquités systémiques. Le projet de loi C-31 (1985) a rétabli le statut de certaines femmes des Premières Nations et de leurs descendants qui l'avaient perdu en raison de politiques discriminatoires. Cependant, il a introduit de nouveaux obstacles, tels que la règle d'exclusion après la deuxième génération, qui empêche encore de nombreux petits-enfants de femmes ayant retrouvé leur statut en vertu du projet de loi C-31 de transmettre ce statut à leurs propres enfants s'ils ont un partenaire sans statut. Cet amendement n'a pas non plus permis de rétablir rétroactivement le statut des descendants de femmes ayant épousé des hommes non inscrits avant 1951⁶⁰. Des efforts ultérieurs, tels que la *Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens* de 2011 et le projet de loi S-3 de 2017, ont été introduits pour corriger la discrimination fondée sur le sexe à l'égard des femmes qui ont perdu leur statut en épousant des hommes non inscrits. Bien que ces textes aient rétabli le statut d'un plus grand nombre de personnes, ils ont laissé béantes d'importantes lacunes, en particulier pour les cas antérieurs à 1951, et ont continué d'exclure de nombreux descendants dans le cadre de la règle d'exclusion après la deuxième génération. Ces changements n'ont pas non plus démantelé le cadre colonial plus large de la *Loi sur les Indiens*, qui continue à perpétuer les inégalités systémiques et à saper la souveraineté autochtone⁵⁸. La *Loi* façonne toujours des politiques qui ont un impact sur les expériences vécues par

les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, limitant souvent l'autodétermination des populations autochtones et l'accès équitable aux services de santé.

Bien que les Inuits ne soient pas assujettis à la *Loi sur les Indiens*, les politiques coloniales et les interventions de l'État ont également déstabilisé les systèmes de parenté, les rôles des hommes et des femmes, et l'autonomie collective des Inuits. Les réinstallations forcées du milieu du 20^e siècle ont souvent été justifiées par des revendications de souveraineté nationale et de développement économique. Ces réinstallations ont été mises en œuvre dans des conditions qui ont exposé les Inuits à la famine, à la dépossession et à la rupture culturelle. Elles ont sapé la gouvernance et l'autorité traditionnelles des Inuits au sein des familles et des communautés, notamment en imposant des formes coercitives de contrôle qui ne tenaient pas compte des structures sociales et du consentement des Inuits⁶¹. En outre, les Inuits ont été soumis à une série d'exclusions fondées sur l'identité dans le cadre du système d'identification des Esquimaux, qui a été en vigueur des années 1940 aux années 1970. Ce système a remplacé les pratiques d'appellation des Inuits par des numéros de disques, privant les individus de leurs identités relationnelles et culturelles et de leur capacité d'action^{62,63}. Parallèlement, l'abattage à grande échelle des chiens de traîneau inuits, pratiqué par les autorités coloniales entre les années 1950 et 1960, a profondément traumatisé les familles inuites et leur a infligé de grandes souffrances. Cet acte de violence a amoindri leur mobilité, leur autonomie, leurs pratiques de subsistance et leur cohésion sociale^{63,64}.

Les pensionnats (1880-1996)

Le système canadien des pensionnats autochtones, qui a commencé à la fin du 19^e et a perduré jusqu'en 1996, était une initiative parrainée par l'État. Il était conçu pour assimiler de manière coercitive les enfants autochtones dans un cadre sociétal eurocentrique⁵. En 1920, la *Loi sur les Indiens* a été révisée pour obliger tous les enfants autochtones à entrer dans les pensionnats, donnant au gouvernement le pouvoir de les arracher à leurs familles, souvent par la force⁶⁶. Conformément à la célèbre directive du premier ministre du Canada, John A. McDonald, de «tuer l'Indien dans l'enfant⁶⁷», ces institutions étaient ancrées dans des doctrines coloniales prônant la suprématie raciale et culturelle et cherchaient à éradiquer la culture et l'identité autochtones⁷¹. Selon les estimations du gouvernement fédéral, environ 150 000 enfants autochtones ont été arrachés à leur famille et placés dans des pensionnats, où il leur était systématiquement interdit de parler leur langue, de pratiquer leur culture ou de maintenir des liens avec leur communauté⁵.

De nombreux enfants placés dans des pensionnats ont subi des violences physiques, émotionnelles et sexuelles, entraînant des traumatismes graves et intergénérationnels qui se sont étendus au-delà des survivants à des générations successives⁵. La CVR a documenté la mort d'environ 3 200 enfants autochtones dans ces institutions. On estime que le nombre réel est beaucoup plus élevé, peut-être plus de 6 000 enfants, et de nombreux enfants n'ont toujours pas été retrouvés²³⁸. La maltraitance et le racisme systémique étaient monnaie courante dans les pensionnats. La surpopulation, la malnutrition et des soins médicaux et bucco-dentaires inadéquats ont conduit à des

taux de mortalité élevés. Les maladies infectieuses, telles que la tuberculose et la grippe, se sont propagées sans contrôle en raison du manque de ressources et de soins de santé appropriés⁹⁵. Les pensionnats étaient également des lieux de recherche médicale contraire à l'éthique⁷⁰, où les enfants ont été soumis à des expériences nutritionnelles qui, en partie, ont été utilisées pour façonner les politiques nutritionnelles fédérales de l'époque, notamment certains aspects du Guide alimentaire canadien. Ces expériences impliquaient souvent la privation délibérée de nutriments essentiels, laissant les enfants affamés, causant un préjudice immédiat et contribuant à des problèmes de santé à long terme, y compris un risque accru de maladies chroniques, telles que le diabète⁹⁴. Le système des pensionnats a donc instillé une peur et une méfiance profondément enracinées à l'égard des établissements éducatifs et de santé, effets qui continuent d'avoir un impact sur les communautés autochtones aujourd'hui.

Le personnel infirmier a largement participé à l'oppression des peuples autochtones dans le cadre du système de santé colonial. Il était présent dans les lieux des pensionnats où se déroulaient des expériences médicales contraires à l'éthique, et était souvent complice de la négligence et de la maltraitance des enfants autochtones⁷². En soutenant les politiques assimilationnistes, le personnel infirmier a également contribué au rejet des systèmes de connaissances autochtones, perpétué le racisme systémique et encouragé l'effacement culturel⁷⁷. Aujourd'hui, l'absence de reconnaissance généralisée de ces pages de l'Histoire dans la formation et la pratique des soins infirmiers révèle une fracture dans la compréhension des impacts continus du colonialisme et dans la reconnaissance de la complicité de la profession dans cet héritage⁷³.

Florence Nightingale, fondatrice des soins infirmiers modernes tenue en haute estime, a également contribué à la marginalisation des peuples autochtones en s'alignant sur les idéologies coloniales⁷⁶. Bien qu'elle ait transformé les soins de santé grâce à ses idées révolutionnaires sur l'assainissement et les pratiques médicales occidentales, son approche eurocentrique a rejeté les systèmes de connaissances autochtones et a perpétué la supériorité perçue de la médecine occidentale sur les autres systèmes médicaux^{77,78}. L'influence de Florence Nightingale sur les politiques de santé coloniales cadrait avec le programme assimilationniste : il s'agissait de faire fi des traditions de guérison autochtones basées sur la communauté pour encourager la dépendance aux institutions occidentales⁷⁹. En outre, l'accent qu'elle mettait sur la responsabilité individuelle en matière de santé ne tenait pas compte des injustices systémiques créées par le colonialisme, notamment les déplacements forcés, les conditions de vie inadéquates et l'exclusion des processus décisionnels en matière de soins de santé^{76,80}.

Alors que l'héritage de Florence Nightingale est célébré chaque année lors de la Journée internationale des infirmières le 10 mai⁸², ses liens avec le colonialisme commencent à faire réfléchir. En 2020, l'organisation du personnel infirmier de Nouvelle-Zélande, la New Zealand Nurses Organization, a choisi de ne pas lui rendre hommage en déclarant que « les personnages historiques que nous choisissons de vénérer en disent long sur ce que nous sommes »⁸¹. Au Canada, des membres autochtones du personnel infirmier ont plaidé pour que le 10 avril devienne la Journée du personnel infirmier autochtone en

l'honneur de Charlotte Edith Anderson Monture (1890-1996), première infirmière autochtone diplômée au Canada et vétéran de la Première Guerre mondiale. Née dans la réserve des Six Nations près de Brantford (Ontario), Charlotte Edith Anderson Monture a laissé un héritage novateur qui reste aujourd'hui une source d'inspiration pour les infirmières autochtones⁸³.

En Colombie-Britannique, Rose Casper^{84,85}, de la Première Nation St'at'imc, est reconnue comme la première infirmière autochtone de l'ouest du Canada. Diplômée du pensionnat autochtone de Kamloops, elle a poursuivi ses études et obtenu son diplôme à l'école d'infirmières St. Joseph's à Victoria, en Colombie-Britannique, en 1955. Rose Casper s'est consacrée pendant plus de 50 ans à sa communauté natale de Shalalth, et son héritage se perpétue grâce au Rose Casper Healing Centre⁸⁶, qui offre des services de bien-être traditionnels et contemporains.

Dans cette réflexion sur l'histoire des soins infirmiers, il est essentiel de reconnaître ces contributions et d'y rendre hommage en veillant à ce que les parcours du personnel infirmier autochtone soient pleinement intégrés dans le récit de la profession infirmière. Nous devons réparer les erreurs du passé et créer une histoire plus inclusive qui reconnaisse l'impact des approches coloniales de soins tout en célébrant la résilience et le leadership du personnel infirmier autochtone. L'une des façons de lui rendre hommage est de s'attaquer au racisme systémique auquel ils ont été confrontés dans la profession qu'ils ont choisie.

La rafle des années 1960

L'expression « rafle des années 1960 » est une référence aux politiques généralisées du gouvernement fédéral qui visaient à enlever des enfants des Premières Nations, métis et inuits. Bien que le terme « années 1960 » suggère que les enfants ont été retirés à leur famille au cours d'une seule décennie, ce système s'est étendu sur plusieurs générations^{69,75,169}. Les systèmes d'enlèvement des enfants restent une source importante de préjudice colonial historique et actuel. Ce qu'on désigne maintenant sous le nom de « rafle de la génération du millénaire » est considéré comme une continuation du système des pensionnats autochtones dans les politiques contemporaines de santé et de services sociaux⁸⁷.

Malgré des décennies d'activisme pour réformer les systèmes de protection de l'enfance, les enfants autochtones continuent d'être surreprésentés dans le système actuel de placement en famille d'accueil. En 2021, 53,8 % des enfants de moins de 14 ans placés en famille d'accueil étaient autochtones, alors que 7,7 % seulement de la population infantile du Canada étaient autochtone⁸⁸. L'une des pratiques contemporaines particulièrement néfastes a été le recours aux signalements à la naissance, c'est-à-dire lorsque les hôpitaux et les prestataires de soins signalent les futurs parents autochtones aux services de protection de l'enfance sans leur consentement. Si les signalements à la naissance ont officiellement cessé dans de nombreuses juridictions à partir de 2020, des rapports montrent que des pratiques similaires ont toujours lieu de manière informelle dans certaines communautés. Ces pratiques érodent encore davantage la confiance

dans les soins de santé et contribuent à la surveillance et à l'enlèvement continu des enfants autochtones à la naissance⁹⁰. Le personnel infirmier travaille en étroite collaboration avec les familles et les communautés autochtones, il est donc important de reconnaître que celles-ci ont toujours très peur que leur enfant leur soit enlevé. Il est essentiel de tisser des liens de confiance dans le cadre de processus qui reconnaissent les préjugés personnels et structurels à l'encontre des populations autochtones pour éviter d'autres préjudices coloniaux dans les pratiques infirmières.

Les hôpitaux indiens (des années 1940 aux années 1980)

Tout comme les pensionnats, un héritage tragique de douleur et de souffrance subsiste suite à la création de 29 « hôpitaux indiens » ségrégués à travers le pays^{16,91}, qui ont été introduits au milieu du 20^e siècle sous prétexte de lutter contre les épidémies de tuberculose dans les communautés autochtones. Ces hôpitaux ont surtout servi à la ségrégation des Autochtones, ainsi mis à l'écart des soins de santé traditionnels. Les femmes inuites ont également été touchées de manière disproportionnée par les évacuations sanitaires du milieu du 20^e siècle, au cours desquelles nombre d'entre elles ont été séparées de leur famille, parfois pour une durée indéterminée, afin d'être soignées dans des établissements du Sud. Ces politiques méprisaient systématiquement les structures sociales autochtones, soumettaient les femmes à des pratiques de stérilisation coercitives et ont généré des traumatismes intergénérationnels durables^{19,92,103}. Au lieu de refléter un véritable engagement en faveur du

bien-être des personnes autochtones, elles incarnaient la violence coloniale, les peurs et le racisme systémique. Ces établissements étaient connus pour leur manque de personnel, de financement et de soins⁹². Ils sont également devenus des lieux de procédures médicales invasives et contraires à l'éthique, nombre d'entre elles étant effectuées sans aucun type de consentement éclairé^{94,16}. Les traumatismes infligés par ces hôpitaux ont laissé des traces durables chez les personnes, les familles et les communautés, renforçant la méfiance à l'égard des systèmes de santé et contribuant à la persistance des disparités en matière de santé^{96,19}. Le personnel infirmier de ces hôpitaux faisait partie du système oppressif : il se livrait à des pratiques contraires à l'éthique, notamment en pratiquant des stérilisations forcées, sans consentement éclairé, de femmes autochtones^{97,98,99}. Les femmes autochtones ont été parmi les victimes de la stérilisation contrainte et forcée au Canada, ce qui constitue une violation des lois et des droits internationaux et nationaux des femmes en matière de reproduction et de procréation^{100,101}.

En 2021, la découverte de 215 tombes anonymes dans l'ancien pensionnat autochtone de Kamloops, sur le territoire Tk'emlúps te Secwépemc, a choqué de nombreux Canadiens et relancé les appels à la responsabilité et à la réconciliation¹⁰². Ces tombes constituent un témoignage poignant de la violence systémique infligée aux enfants autochtones, dont beaucoup ne sont jamais rentrés chez eux. Les familles de cette région ont immédiatement réagi pour rendre hommage aux disparus (« Le Estcwicwéy' » dans la langue de cette communauté). Elles continuent à chercher à ce que justice soit faite. Les enfants enterrés

dans ces tombes anonymes ont souvent succombé à des maladies non soignées, à la malnutrition ou à de mauvais traitements et des violences, soulignant les conditions épouvantables et la négligence qui régnaient dans le système des pensionnats¹⁰². La découverte de ces tombes a marqué un tournant dans l'histoire du Canada, car elle a confirmé ce que les communautés autochtones affirmaient depuis longtemps sur le sort des enfants envoyés dans ces pensionnats. Les Tk'emlúps te Secwépemc ont souligné que ces enfants avaient été enterrés sans stèles, sans noms et sans archives, ce qui reflète la profonde déshumanisation inhérente au système des pensionnats¹⁰². Cet héritage tragique souligne le besoin urgent de dire la vérité, de rendre des comptes et de procéder à des réformes systémiques pour remédier à ces injustices historiques et honorer la mémoire des personnes qui ont péri à cause du système des pensionnats⁷¹.

Tour d'horizon des services de santé pour les personnes autochtones au Canada

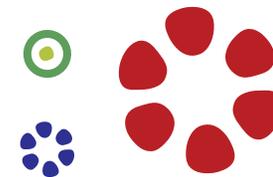
Le système de prestation de soins de santé pour les peuples autochtones au Canada est un réseau complexe façonné par des facteurs historiques et des responsabilités gouvernementales variées. Fondamentalement, le gouvernement fédéral joue un rôle important par l'intermédiaire de Services aux Autochtones Canada (SAC)¹⁰⁵, qui finance et administre un large éventail de services de santé publique pour les communautés des

Premières Nations vivant **dans les réserves** et les Inuits vivant dans des régions désignées. Les services de SAC sont fournis par des centres de santé locaux et des postes de soins infirmiers, qui offrent des soins de santé primaires, des services préventifs, une éducation à la santé et des prestations de santé supplémentaires, tels que des prestations de santé non assurées qui ne sont pas prises en charge par la couverture provinciale standard en matière de santé. Si les Inuits, en tant que bénéficiaires d'un accord sur les revendications territoriales, et les Premières Nations vivant dans les réserves bénéficient des services gérés par SAC, beaucoup d'autres, notamment un nombre important de membres des Premières Nations, vivent hors réserve et dépendent des systèmes de santé provinciaux ou territoriaux. Les Métis sont confrontés à des défis particuliers et n'ont souvent pas accès à des programmes propres à SAC. Ils reçoivent généralement des services de santé dans le cadre des programmes provinciaux. Ces niveaux de complexité sont illustrés dans la figure 1 et s'ajoutent à un paysage juridictionnel déjà fragmenté de répartition des responsabilités et de prestation des services entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux.

SAC gère donc une grande partie des soins primaires et des prestations de santé complémentaires pour les communautés vivant dans les réserves. En revanche, les peuples autochtones qui vivent hors réserve, qu'il s'agisse des Premières Nations, des Métis ou des Inuits, sont souvent confrontés à de multiples chevauchements de compétences qui nuisent à la cohérence des soins¹⁰⁴.

Un mouvement croissant en faveur de l'autonomie autochtone, illustré par des modèles tels que la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique²²¹, transfère le contrôle des soins de santé aux communautés autochtones, en veillant à ce que les services reflètent les besoins culturels et sociaux locaux. Toutefois, l'héritage colonial, le chevauchement des compétences et la fragmentation du financement continuent de compromettre les efforts visant à créer un système qui tienne pleinement compte des besoins uniques et de l'autodétermination des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

L'aperçu suivant des prestations des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits met en lumière les divers programmes, services et infrastructures du système. Il est important que le personnel infirmier cerne bien la prestation de services de santé aux personnes autochtones, car des lacunes dans ces connaissances peuvent entraîner une fragmentation des soins, une érosion de la confiance et des pratiques dangereuses pour les patients. Si ce sont bien les patients qui courent le plus grand risque, le personnel infirmier peut également être confronté à des dilemmes éthiques, à un grand désarroi et à des conséquences professionnelles potentielles lorsque les complexités juridictionnelles et les iniquités systémiques viennent miner les soins¹⁰⁴.



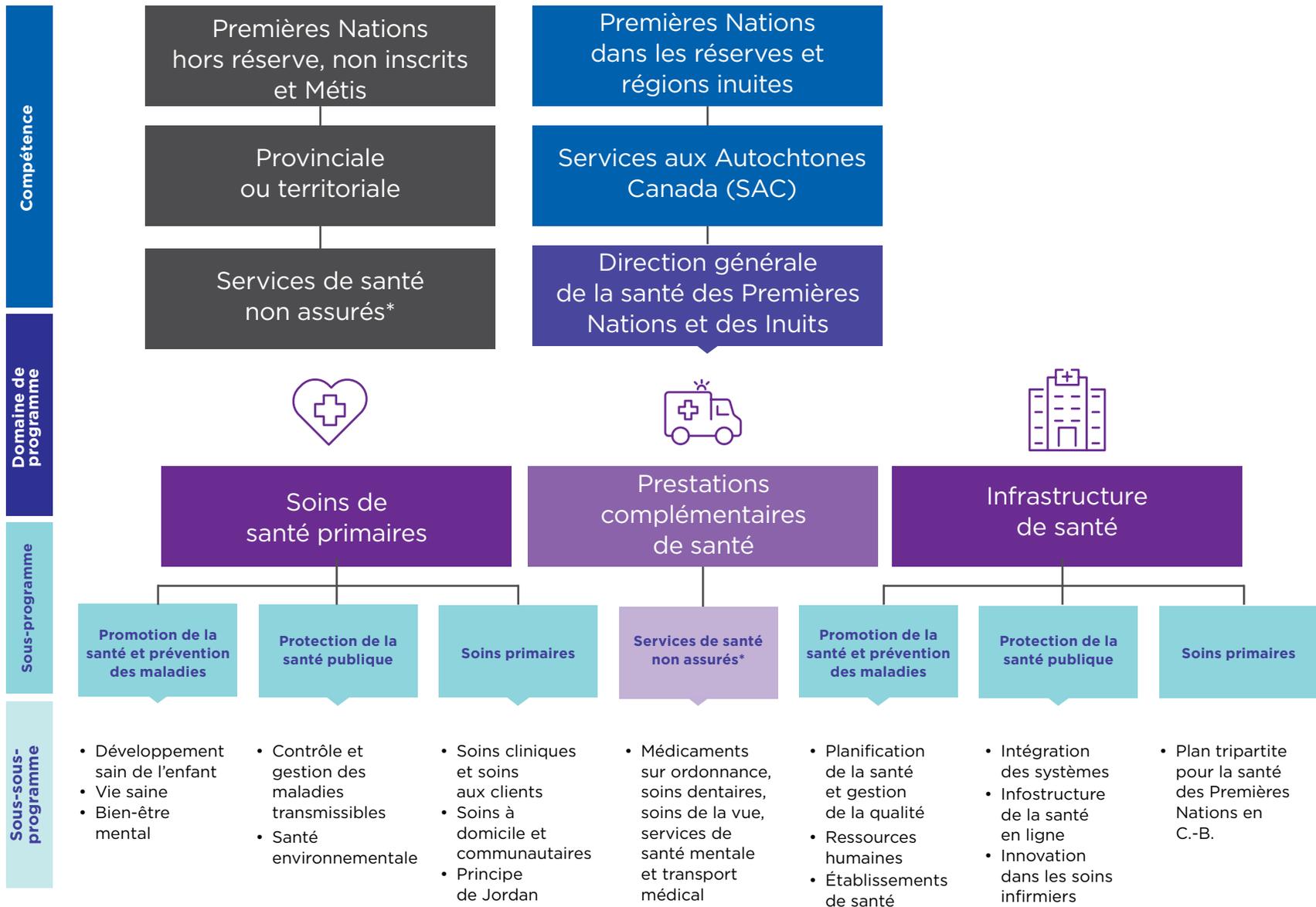


Figure 1 : Aperçu des prestations des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits¹⁰⁴

* Le gouvernement fédéral gère le SSNA. Tous les membres inscrits des Premières Nations peuvent en bénéficier, quelle que soit leur situation géographique au Canada.

L'état de santé actuel des populations autochtones au Canada

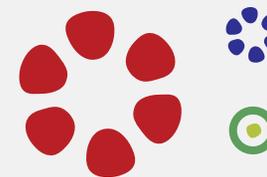
L'état de santé des populations autochtones au Canada est profondément lié à l'histoire coloniale, au racisme systémique et aux inégalités sociales de longue date. Les communautés autochtones continuent de présenter des taux élevés de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les affections respiratoires, ainsi que de souffrir de problèmes de santé mentale, de troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive et de connaître un taux de suicide élevé, en particulier chez les jeunes¹⁴¹. L'espérance de vie des peuples autochtones reste inférieure à celle de la population non autochtone, tandis que les taux de mortalité maternelle et infantile sont disproportionnellement plus élevés¹⁰⁷. Ces disparités ne sont pas de simples statistiques. Elles illustrent la réalité quotidienne de nombreuses familles et communautés autochtones qui doivent relever des défis dans un pays doté de vastes ressources. La pauvreté, les logements surpeuplés, l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à l'eau potable continuent d'exposer les populations autochtones à des risques accrus. Parallèlement, le

racisme systémique, la discrimination et l'exclusion des connaissances autochtones des systèmes de soins de santé rendent plus difficile l'accès aux soins dont ces communautés ont besoin¹⁰⁷.

Pour remédier à ces disparités, il faut aller au-delà de la prise de conscience et de la reconnaissance en prenant des mesures concrètes. De véritables changements se produisent lorsque nous investissons dans des soins de santé sécurisants sur le plan culturel et dirigés par les communautés, où les voix autochtones mènent la danse et où les connaissances traditionnelles sont respectées en tant qu'élément fondamental du bien-être. Cela signifie qu'il faut soutenir l'autodétermination dans les politiques fédérales et provinciales et veiller à ce que les communautés autochtones aient le pouvoir de façonner leurs propres systèmes de soins de santé¹⁰⁸. Les communautés autochtones possèdent depuis longtemps des connaissances approfondies et une grande force dans les domaines de la santé et de la guérison. Cependant, les changements durables commencent par une écoute sincère, un apprentissage et un engagement à agir, afin que chaque personne, famille et communauté autochtone puisse avoir accès à des soins culturellement sécuritaires et équitables.

« Le racisme n'est pas un accident. Le système n'est pas défectueux. Il a été créé ainsi. Les intervenants du système sont incités à ne pas changer. ».

(Patty Hajdu, ministre de la Santé du gouvernement fédéral, 2020)



Des disparités en matière de santé autochtone entretenues par un racisme dirigé contre les Autochtones

Le racisme systémique dans les soins infirmiers va au-delà des **prejudice** individuels, car il est profondément ancré dans les structures économiques, politiques, sociales et culturelles systémiques qui maintiennent une dynamique de pouvoir inégale entre les Blancs et les personnes de couleur¹⁰⁹. Il se manifeste à plusieurs niveaux : systémique, institutionnel et interpersonnel, chacun renforçant le suivant et contribuant à des disparités persistantes en matière de santé pour les peuples autochtones¹¹².

Le racisme dirigé contre les Autochtones est enraciné dans les idéologies, lois et politiques coloniales, telles que la *Loi sur les Indiens* et les pensionnats, qui ont ancré des hiérarchies raciales en excluant les Autochtones de la prise de décision et en produisant des disparités dans les domaines des soins de santé, de l'éducation et du logement^{110,113}. Le racisme institutionnel fait partie du racisme systémique, car il est ancré dans les politiques, les pratiques et les structures des organisations et des institutions (par exemple, les hôpitaux, les universités et les gouvernements) et entretient les disparités raciales en limitant l'accès équitable aux ressources, aux opportunités et aux postes de direction⁵³. On peut citer comme exemple les pratiques d'embauche discriminatoires qui limitent la représentation autochtone dans la direction des soins de santé et laissent les décisions cruciales concernant la santé autochtone entre les mains de personnes qui peuvent ne

pas comprendre pleinement les points de vue autochtones ou ne pas leur accorder la priorité. Sans voix autochtones à la table, les politiques et les programmes ne reflètent souvent pas les besoins et les expériences vécues par les communautés autochtones. Un autre exemple est l'allocation inégale des ressources et les protocoles de triage effectués de manière partielle dans les services d'urgence, qui placent les patients autochtones à un niveau de priorité inférieur¹¹¹. De même, l'absence de services d'interprétation fait qu'il est difficile pour les patients de communiquer leurs symptômes, de comprendre les diagnostics ou de défendre leurs droits en matière de soins, en particulier lorsque des concepts, tels que la douleur, ne peuvent pas se traduire directement dans certaines langues autochtones¹¹⁴.

Ces barrières structurelles, associées à des préjugés personnels, aboutissent souvent à des hypothèses préjudiciables, telles que des accusations de comportement toxicomane et une réticence à fournir un traitement approprié¹¹. Au niveau interpersonnel, le racisme transparait dans les interactions directes entre les prestataires de soins de santé et les patients autochtones. Cela peut aller d'une discrimination ouverte à des microagressions plus subtiles, mais tout aussi néfastes, telles qu'un style de communication condescendant, le manque de prise en compte de la douleur ou des commentaires inappropriés sur l'identité¹¹⁶. Ces interactions sont façonnées par des préjugés, des stéréotypes et des déséquilibres de pouvoir qui ont été renforcés par la socialisation et les comportements acquis. Les gens absorbent les préjugés raciaux propagés par les médias, les proches et les normes sociétales, et tout

ceci a une influence sur la façon dont ils interagissent avec les patients autochtones. Les facteurs institutionnels et structurels normalisent encore davantage ces comportements, car les systèmes de soins de santé accordent souvent peu d'importance aux points de vue autochtones et ne parviennent pas à fournir des soins culturellement sécurisants¹¹⁷. Par conséquent, de nombreux patients autochtones déclarent que leur douleur est souvent minimisée ou ignorée¹¹⁴. Ce problème touche également les enfants autochtones, qui sont plus susceptibles de souffrir de douleurs dues à des affections chroniques, telles qu'une infection de l'oreille, mais qui sont moins susceptibles d'être orientés vers des spécialistes pour un traitement adéquat¹¹⁵. Ces comportements peuvent éroder la confiance dans les prestataires de soins de santé, décourager les patients autochtones de se faire soigner en temps voulu, retarder les diagnostics et aggraver l'état de santé¹¹².

Si nous voulons vraiment nous engager dans la réconciliation au Canada, nous devons nous pencher sur les lois, les politiques et les structures qui continuent à soutenir le racisme dirigé vers les personnes autochtones. Cela veut dire qu'il faut désapprendre les hypothèses néfastes, réapprendre l'histoire et reconnaître comment les gestes individuels et les facteurs systémiques façonnent aujourd'hui les expériences des peuples autochtones^{119,236}.

Comprendre la suprématie, le privilège et la fragilité des Blancs dans les soins infirmiers

Le racisme dirigé contre les personnes autochtones est entretenu par la suprématie blanche, un système

qui façonne les institutions sociales et politiques pour faire de la blancheur la norme et traiter les perspectives eurocentriques comme supérieures^{121,124}. Cette domination est ancrée dans les soins de santé, l'éducation et les politiques, où les voix, les traditions et les systèmes de connaissances autochtones sont souvent négligés ou rejetés. Par conséquent, les patients autochtones se heurtent souvent à des obstacles qui les empêchent de recevoir des soins culturellement sécuritaires, et les professionnels de santé autochtones restent sous-représentés dans les postes de direction et des rôles décisionnaires, ce qui limite leur capacité à exercer une influence sur les politiques qui affectent leurs communautés.

Un mécanisme clé qui renforce ce système est le **privilège des Blancs**, qui accorde des avantages non mérités aux personnes de race blanche tout en limitant les possibilités offertes aux autochtones^{22,123}. Dans le domaine des soins infirmiers, ce privilège se manifeste par des pratiques d'embauche, des politiques cliniques et des modèles d'éducation et de soins qui ne reflètent pas les approches autochtones de la santé et de la guérison¹²⁴. De nombreux membres du personnel infirmier ne sont pas conscients de leur position de force et renforcent involontairement l'oppression systémique dans leur pratique quotidienne, contribuant ainsi aux disparités en matière de soins de santé.

Même lorsque ces problèmes sont reconnus, la **fragilité des personnes blanches** fait obstacle à tout changement significatif. Selon la définition de Robin DiAngelo, la fragilité des personnes blanches fait référence aux réactions défensives que les Blancs peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des discussions sur le racisme, les privilèges

ou les inégalités systémiques¹²⁵. Dans le domaine des soins infirmiers, cette fragilité peut se manifester par une résistance aux initiatives de lutte contre le racisme, un déni des préjugés systémiques, un certain écartement face aux responsabilités ou un rejet des expériences vécues par les patients et les collègues autochtones^{124,126}. La résistance aux initiatives de lutte contre le racisme, le rejet des préoccupations des collègues autochtones et la réticence à reconnaître les préjugés systémiques créent des obstacles à un changement significatif dans les soins infirmiers¹²⁶. Cette attitude défensive et la réticence à se lancer dans des conversations inconfortables entravent un dialogue efficace, la réconciliation et le changement des progrès systémique^{124,127}.

Sécurité culturelle et humilité culturelle

L'alliance de la sécurité culturelle et de l'humilité culturelle crée des environnements de soins de santé où les patients se sentent valorisés dans leur dignité et protégés contre la discrimination et les mauvais traitements¹²⁸. Le concept de sécurité culturelle trouve son origine dans la pratique infirmière māori à Aotearoa (Nouvelle-Zélande), où l'on veille à ce que les expériences de soins de santé coïncident avec les identités culturelles et les définitions du bien-être des patients⁸. Or, pour instaurer une véritable sécurité culturelle, les prestataires de soins de santé doivent examiner comment les préjugés systémiques influencent les interactions dans les soins tout en préconisant des réformes concrètes qui s'attaquent aux barrières structurelles qui perpétuent le racisme et les iniquités.

L'humilité culturelle vient compléter cette démarche. Il s'agit là de reconnaître qu'aucun individu ne peut jamais comprendre parfaitement une autre culture. Plutôt que de s'efforcer de maîtriser les connaissances culturelles, l'humilité culturelle encourage l'auto réflexion permanente, la conscience de soi et la mobilisation active avec les communautés pour aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir entre les prestataires de soins de santé et les patients^{128,129}. Elle pousse les prestataires de soins de santé à entrer en contact avec les patients avec ouverture, respect et volonté d'apprendre, en créant des relations de confiance centrées sur le patient qui respectent les valeurs, les identités et les expériences vécues par les individus. En adoptant l'humilité culturelle et la sécurité culturelle, les prestataires de soins de santé peuvent établir des relations de confiance, améliorer la communication et fournir des soins inclusifs et adaptés. La pratique de l'humilité culturelle permet aux prestataires de reconnaître et d'analyser leurs préjugés implicites tout en approfondissant leur compréhension émotionnelle et en réduisant les idées fausses sur les autres. Les pratiques réflexives, telles que la tenue d'un journal et les discussions entre pairs, peuvent aider les prestataires de soins à identifier les domaines dans lesquels ils doivent progresser et à affiner leur approche des soins aux patients.

La **réflexivité**¹²⁹ et les pratiques réflexives sont également essentielles pour atteindre la sécurité culturelle et l'humilité, car elles aident les prestataires de soins à examiner en permanence leur identité, leurs privilèges, leurs préjugés et leur position sociale au sein du système de santé. La réflexivité va au-delà de la simple conscience de

soi et implique un questionnement permanent sur la manière dont les croyances personnelles, la formation professionnelle, les expériences de vie et les facteurs systémiques plus larges façonnent les interactions avec les patients, en particulier ceux issus de communautés marginalisées ou défavorisées. Les pratiques réflexives, telles que la tenue d'un journal, les discussions entre pairs et les débriefages structurés, offrent aux prestataires de soins de santé un lieu pour revenir sur leurs expériences, reconnaître les domaines de développement et affiner leur approche des soins aux patients. En intégrant la sécurité culturelle, l'humilité culturelle, la réflexivité et les pratiques de réflexion, les prestataires de soins de santé peuvent améliorer la communication, favoriser un climat de confiance et fournir des soins inclusifs, adaptés et ancrés dans la **justice sociale**. Ces pratiques vont au-delà de l'équité en veillant à ce que les systèmes de soins de santé évoluent vers une responsabilité soutenue, une décolonisation et un changement systémique d'envergure.

Des soins et préoccupations qui tiennent compte des traumatismes

Nul besoin de devenir un expert en santé pour assurer une pratique qui **tient compte des traumatismes**. Ce type de pratique est au cœur des valeurs des soins infirmiers, qui intègrent notamment l'absence de préjudice et la protection de la population. Le recours quotidien à des stratégies visant à réduire l'exacerbation des problèmes liés aux traumatismes est l'une de nos responsabilités éthiques. Il suffit pour cela d'une connaissance de base des

impacts des traumatismes sur le corps humain. Les soins tenant compte des traumatismes sont décrits comme une approche organisée du traitement qui accroît la sécurité des personnes en reconnaissant les effets des traumatismes et en y répondant^{130,131}. Les traumatismes sont toute expérience ou des expériences multiples qui dépassent la capacité d'un individu à faire face sur le plan émotionnel, et qui sont vécues de multiples façons dans l'ensemble du spectre de la vie.

Nous découvrons le niveau de violence infligé aux corps et aux modes de vie autochtones, dès avant la conception et longtemps après la mort : c'est ce qu'on appelle un traumatisme intergénérationnel¹³². Dans ce contexte, les torts constants et les indignités humaines persistantes vécus au quotidien sont exacerbés lors d'épidémies, telles que celles de la COVID et de la crise des opioïdes. Il est également important de noter ici que l'expérience du personnel infirmier, qui subit des préjudices et est témoin de préjudices et de violences sur le lieu de travail de manière fréquente et parfois quotidienne, est de plus en plus préoccupante¹³³. Ces impacts des traumatismes se manifestent indirectement de différentes manières, comme l'évitement, la peur, l'hyperexcitation, la honte, la méfiance et la colère lorsqu'ils sont déclenchés par des événements ou le syndrome de stress post-traumatique. Du point de vue des populations autochtones, les soins et les préoccupations tenant compte des traumatismes sont essentiels pour guérir des forces coloniales qui ont fait des ravages dans tant de vies. Il est temps de s'éloigner de ces programmes politiques intentionnels et de revenir aux pratiques autochtones de bien-être écologique qui sont profondément ancrées dans le corps des peuples

autochtones^{135,136}. La récupération des systèmes de connaissances traditionnelles en matière de santé et des services des **guérisseurs** et des **accompagnateurs**, qui ont une profonde compréhension de l'impact humain sur les familles de forêts, les peuples de l'eau, les êtres du ciel et les parents des plantes, est vitale pour la poursuite de notre liberté et de notre existence^{26,136,137}.

Pour poursuivre le chemin vers le bien-être, toutes les membres du personnel infirmier doivent se poser les questions suivantes : qu'ai-je appris? Quelle est mon histoire de réconciliation? Comment est-ce que je prends soin de moi, des autres et de la terre sur laquelle je vis? Pour ancrer ces concepts dans les expériences vécues par les Premières Nations, les Métis et les Inuits, voici l'histoire de Brian Sinclair, un Anishinaabe de 45 ans dont la mort évitable dans une salle d'urgence de Winnipeg illustre les conséquences concrètes du racisme et de la négligence systémiques. Son expérience met en lumière les effets persistants du colonialisme sur le personnel infirmier autochtone et non autochtone qui travaille au sein de ces systèmes. L'étude de cas qui suit présente l'histoire de Brian Sinclair et explore des thèmes clés, tels que la sécurité culturelle, le racisme systémique et les solutions pratiques au sein des systèmes de soins de santé, tout en favorisant la compréhension et le respect des connaissances, des expériences et des pratiques de guérison traditionnelles des personnes autochtones.

Étude de cas 1 : Brian Sinclair

Le 19 septembre 2008, Brian Sinclair, un Anishinaabe de 45 ans de la Première Nation Sagkeeng, au Manitoba, s'est adressé au service des urgences du Centre des sciences de

la santé de Winnipeg (Health Sciences Centre Emergency Department – HSC-ED) pour une infection de la vessie causée par un cathéter bloqué. Le personnel infirmier d'un centre de santé communautaire l'avait orienté vers le HSC-ED, en lui remettant une lettre décrivant son état de santé et en organisant son transport en taxi¹³⁸. La vidéo a révélé qu'après une brève interaction avec une personne d'aide au triage, M. Sinclair, en fauteuil roulant, s'est installé dans un coin visible de la salle d'attente, s'attendant à être appelé pour recevoir des soins. Pendant les 34 heures qui ont suivi, il est resté dans la salle d'attente, visiblement mal en point, mais on l'a ignoré. Plusieurs membres du personnel ont supposé qu'il était ivre ou sans domicile fixe, et qu'il cherchait simplement un abri.

Pendant ce temps, M. Sinclair a vomi à plusieurs reprises. Inquiets, des témoins de la scène ont alerté la sécurité. Cependant, aucun membre du personnel médical n'est intervenu. Dans la soirée du 20 septembre, d'autres patients se sont à nouveau inquiétés de son état, mais ce n'est qu'après minuit qu'un agent de sécurité est allé le voir et a découvert qu'il ne réagissait pas. Les tentatives de réanimation ont échoué. La mort de M. Sinclair a été déclarée à 00 h 51 le 21 septembre 2008. Il est décédé d'une péritonite aiguë résultant d'une infection de la vessie non traitée. Les rapports toxicologiques ont confirmé l'absence de drogue et d'alcool dans son organisme, ce qui réfute les hypothèses du personnel. Il existe peu de documents sur les événements qui ont conduit à la mort de M. Sinclair, à l'exception de la séquence vidéo, qui révèle comment il a été traité alors qu'il tentait d'accéder à des soins médicaux¹³⁸.

La réponse du système juridique

Le groupe de travail Brian Sinclair a rédigé le rapport « Out of Sight », pour approfondir les circonstances de la mort tragique de M. Sinclair. Selon ce rapport, le système juridique doit se concentrer sur le racisme systémique dirigé contre les personnes autochtones dans les systèmes de santé et de justice¹³⁸. L'enquête a commencé en 2010 et s'est achevée en 2012. Malheureusement, personne n'a été tenu pour responsable de la mort de M. Sinclair; il s'agissait plutôt d'un cas éducatif dont il fallait « tirer des leçons ». La police n'a enquêté sur la mort de Brian Sinclair que lorsque sa famille a fait pression sur les autorités. Toutes les demandes de la famille pour que soit organisé un nouveau procès ou pour que la décision de la Couronne soit rendue publique ont été rejetées. Le système de santé et le système judiciaire ont trahi Brian Sinclair.

Le groupe de travail Brian Sinclair

Le rapport « Out of Sight » explique que le groupe de travail Brian Sinclair a été créé pour mener une enquête sur la façon dont le racisme systémique a contribué à la mort de M. Sinclair et a empreint l'enquête qui a suivi. L'objectif du groupe est de lutter contre le racisme dirigé contre les personnes autochtones dans les soins de santé et d'améliorer les soins aux personnes des communautés autochtones. Le groupe s'est exprimé dans des forums publics, des présentations et des documents publiés pour attirer l'attention sur ces questions cruciales¹³⁸.

L'enquête visait à découvrir les circonstances de la mort de Brian Sinclair et à recommander des mesures préventives.

Au départ, une demande d'enquête publique sur le traitement des Autochtones dans le système de santé avait été formulée, mais le gouvernement du Manitoba l'a rejetée. L'enquête s'est déroulée en deux phases. La première, qui s'est déroulée sur 34 jours avec 74 témoins, a permis d'examiner les circonstances de la mort de M. Sinclair et de mettre en évidence les préjugés et les hypothèses du personnel. Toutefois, le personnel a nié avoir vu M. Sinclair et que le racisme avait été un facteur, affirmant que tous les patients étaient traités de la même manière. La deuxième phase, qui a duré 13 jours et a rassemblé 9 à 10 témoins, s'est concentrée sur le processus de triage du HSC-ED, les retards dans les soins et les niveaux de dotation en personnel, s'écartant ainsi du mandat initial. L'enquête a dévié alors que les 150 autres patients traités cette même fin de semaine n'avaient eu aucun problème.

Prochaines étapes et recommandations

Il existe un objectif clair pour de futurs travaux axés sur la lutte contre le racisme et la discrimination dans le système de soins de santé. L'enquête a mis en évidence la nécessité de s'attaquer au racisme et à la discrimination dans les soins de santé. Les recommandations sont les suivantes¹³⁸.

- Une politique nationale de lutte contre le racisme dans tous les systèmes de soins de santé.
- La mise en œuvre par les ministères de santé provinciaux ou territoriaux de plans de lutte contre le racisme assortis de rapports sur les progrès accomplis.

les syndicats et les organisations professionnelles.

- Des programmes d'enseignement contre le racisme dans les écoles professionnelles de la santé, une représentation accrue des personnes autochtones et une formation à la sécurité culturelle.

Questions de réflexion

- Quels sont les organismes ou les facteurs structurels qui pourraient empêcher le personnel infirmier de défendre et de mettre en œuvre des changements de pratique visant à réduire le racisme? Pourquoi, et quelle signification cela a-t-il pour vous?
- Quelles normes de pratique de soins infirmiers auraient pu s'appliquer à cette situation, et pourquoi est-il important de les respecter lorsqu'on prodigue des soins à des patients autochtones?
- Y a-t-il un intérêt à recourir à une enquête judiciaire plutôt qu'à une enquête publique? Quels en sont les avantages et les inconvénients dans le cas de Brian Sinclair?
- Comment une formation à l'antiracisme, à la sécurité culturelle et à l'humilité culturelle aurait-elle pu contribuer à prévenir le décès de Brian Sinclair?
- Pensez-vous que ces recommandations sont suffisantes pour répondre aux besoins de la population autochtone?
- Quels sont des exemples de la manière dont ces

recommandations peuvent être mises en œuvre, ou sont-elles déjà mises en œuvre ailleurs?

- Comment les recommandations, telles que celles issues du rapport «Out of Sight», peuvent-elles être diffusées plus largement dans les écoles de soins infirmiers, dans les directions des soins infirmiers et dans les systèmes de santé?

La mort tragique de Brian Sinclair n'est pas un incident isolé. Elle reflète la façon dont les préjugés personnels continuent de façonner la santé des personnes autochtone aujourd'hui. De la Loi sur les Indiens aux pensionnats et aux hôpitaux indiens, le racisme systémique reste profondément ancré dans les soins de santé. Le personnel infirmier autochtone est depuis longtemps à l'avant-garde du changement, contestant ces injustices et plaidant pour des soins culturellement sécuritaires. Une véritable transformation exige plus qu'une simple reconnaissance : elle passe par des mesures, une responsabilisation et un leadership autochtone dans la gouvernance de la santé. En outre, la participation à ces enquêtes et à ces initiatives de changement systémique peut imposer des charges émotionnelles et temporelles importantes aux communautés. La section suivante explore les voies du changement systémique et de la décolonisation dans les soins de santé.



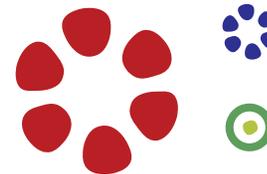
3

Les efforts de transformation structurelle et systémique du domaine de la santé

Des réformes ont vu le jour en réponse aux violations internationales des appels à l'action lancés par les Autochtones. Cette section donne un aperçu des initiatives clés et examine les progrès réalisés dans les principaux cadres qui mettent l'accent sur l'intégration des pratiques de guérison autochtones et des soins de santé culturellement sécurisants. L'analyse mettra en évidence les avancées et les lacunes qui subsistent entre la reconnaissance et les mesures concrètes en matière de promotion de la sécurité culturelle et de l'humilité.

« Cette Histoire n'est pas de votre faute. Mais, elle est indéniablement de votre responsabilité. »

Nikki Sanchez¹⁴²



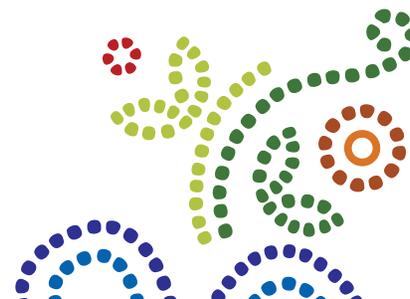
Initiatives clés

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)⁴ a d'abord été rejetée, puis adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 septembre 2007. Elle reconnaît et fait valoir les droits individuels et collectifs des peuples autochtones du monde entier en affirmant les droits des peuples autochtones à l'autodétermination, à la culture, à la terre, à l'éducation, à la santé et au développement économique. Élaborée en réponse à des siècles de colonisation, de marginalisation et d'oppression systémique, la DNUDPA appelle à des mesures proactives pour sauvegarder et protéger les communautés autochtones. En affirmant le droit à l'autodétermination, elle aide les peuples autochtones à définir leur statut politique, à stimuler la croissance économique et à préserver leur identité culturelle. De manière générale, la DNUDPA fournit un cadre aux gouvernements, aux institutions et aux organisations pour faire progresser les droits des peuples autochtones conformément aux normes internationales en matière de droits de la personne.

La Déclaration se compose de 46 articles organisés en thèmes clés⁴. L'autodétermination affirme le droit des peuples autochtones à l'autonomie et au contrôle de leurs systèmes politiques, sociaux et économiques. Les droits culturels garantissent la protection et la préservation des langues, des traditions et des pratiques spirituelles

autochtones. Les articles sur la terre et les ressources reconnaissent les droits des communautés autochtones à leurs territoires et ressources traditionnels pour leur survie culturelle et économique. Le thème de la santé et du bien-être met en lumière le droit d'accès aux médecines et pratiques traditionnelles en matière de santé ainsi qu'à des soins de santé équitables. Le thème de l'éducation soutient le droit des peuples autochtones à mettre en place et à gérer leurs systèmes éducatifs en tenant compte de leurs valeurs et de leurs connaissances culturelles. Enfin, le principe de participation garantit que les peuples autochtones ont leur mot à dire dans les décisions qui affectent leur vie, renforçant ainsi leur souveraineté et leur autodétermination. La portée internationale de la DNUDPA constitue une base solide pour promouvoir la reconnaissance et la protection des droits des peuples autochtones à l'échelle mondiale. Elle constitue un outil important pour faire progresser la justice pour les communautés autochtones du monde entier. En 2021, le Canada a franchi une étape importante sur la voie de la réconciliation en adoptant la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Loi sur la DNUDPA)*²³⁹. Cette loi engage le Canada à aligner ses lois sur la DNUDPA et à travailler avec les peuples autochtones à l'élaboration d'un plan d'action pour sa mise en œuvre. Bien que guidé par les accords internationaux, le Canada a également développé ses propres politiques qui répondent aux inégalités distinctes vécues par les Premières Nations, les Métis et les Inuits dans ce pays.



Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation

La Commission de vérité et réconciliation (CVR)⁵, présidée par le sénateur Murray Sinclair, a été créée en 2008 en vertu de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens et mandatée par la Cour suprême du Canada. En 2015, la CVR a publié 94 appels à l'action qui documentent les expériences des survivants des pensionnats indiens et proposent une feuille de route pour remédier aux conséquences passées et actuelles du système des pensionnats indiens au Canada. Ces appels à l'action multisectoriels impliquent tous les pouvoirs publics, les organisations de santé, les établissements d'enseignement supérieur, les organismes professionnels et de défense des droits, tels que les syndicats et les associations de personnel infirmier, les organisations confessionnelles, les médias et le secteur des entreprises, et indiquent la marche à suivre pour faire respecter les droits des peuples autochtones et faire progresser la réconciliation dans les secteurs clés de la santé, de l'éducation, de la justice et de la protection de l'enfance.

Dans le domaine des soins de santé, les appels à l'action n° 18 à 24 se concentrent spécifiquement sur la réduction des disparités en matière de santé, la garantie d'un financement équitable des services de santé autochtones et l'intégration des pratiques de guérison traditionnelles. L'objectif global est de promouvoir l'autodétermination des peuples autochtones, l'équité et l'amélioration des résultats en matière de santé. Par exemple, l'appel à l'action n° 24

exige que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières au Canada dispensent une formation sur les questions de santé autochtone, telles que l'héritage des pensionnats, les traités et les droits des Autochtones. Cet appel a conduit à une réforme de l'enseignement dans les programmes de soins de santé à l'échelle nationale. Ces appels soulignent l'importance de fournir des soins culturellement sécurisants, d'accroître la représentation autochtone dans les professions de santé et de dispenser une formation de lutte contre le racisme pour combattre les préjugés¹²⁰.

La CVR insiste sur le fait que l'établissement de la vérité est une étape essentielle pour jeter les bases de la confiance, de la responsabilisation et d'une véritable réconciliation. Une transformation continue, intentionnelle et intergénérationnelle est nécessaire pour mener à bien la réconciliation dans la profession infirmière. Comme nous le rappelle l'honorable Murray Sinclair, la réconciliation exige une participation active, un apprentissage continu et une volonté de remodeler notre façon de penser et nos relations, jetant ainsi les bases d'une véritable guérison et d'un changement systémique. Dans le domaine des soins infirmiers, cela signifie s'impliquer étroitement avec les communautés autochtones, examiner nos pratiques d'un œil critique et adopter de nouvelles approches qui mettent l'accent sur les connaissances autochtones et la sécurité culturelle¹⁹⁵.



« La réconciliation est un processus qui se construit.
Ce n'est pas un sport de spectateur. Elle concerne tout le monde.
Et tout le monde est impliqué, qu'on le veuille ou non. On est soit
pour, soit contre. Il n'y a pas de neutralité ici.
Et quand on y pense, il faut la comprendre.
Et la comprendre fait partie du processus d'éducation.
Et comprendre les implications que cela a pour vous fait partie
du défi que nous devons également relever.

Tout cela est lié à la connaissance. Tout cela est également lié au
dialogue et à l'élaboration d'un consensus et d'un accord sur la
direction que nous allons prendre en tant que pays... Nous devons
parler du type de relations que nous allons entretenir à l'avenir.
Et cela signifie que nous devons penser différemment. Nous devons
penser mieux... » [Traduction]

L'honorable Murray Sinclair, sénateur et commissaire en chef de la CVR, dans un discours prononcé
à l'Institut Tommy Douglas du George Brown College à Toronto, en Ontario, le 28 mai 2018.



L'Enquête sur les Femmes et filles autochtones disparues et assassinées

L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA)¹⁴⁴ a été lancée pour enquêter sur les causes systémiques de la violence contre les femmes, les filles et les personnes **2ELGBTQI+** autochtones au Canada. Le rapport final formule des recommandations en faveur de la justice et de la reddition de comptes. Il fait état d'horribles récits de violences subies par des femmes et des filles autochtones, et met en lumière les profondes défaillances des services de police, du système judiciaire, de la protection de l'enfance et des soins de santé en matière de protection des vies autochtones. L'enquête a révélé comment le colonialisme, le racisme systémique et l'inaction de l'État ont permis au **génocide** racial de perdurer au lieu d'être évité. Bien que les peuples autochtones représentent environ 5 % de la population canadienne, soit plus de 1,8 million de personnes¹⁰⁶, les femmes et les filles autochtones représentent 28 % des victimes féminines d'homicide et sont 12 fois plus exposées au risque d'être assassinées ou portées disparues.

Des mesures urgentes sont nécessaires pour donner suite aux appels à la justice lancés à l'issue de l'enquête, mais nombre d'appels restent encore sans réponse. Par exemple, l'appel à la justice 3.2 demande «un financement adéquat, stable, équitable et continu aux services de santé et de bien-être communautaires destinés aux Autochtones, afin qu'ils soient accessibles et adaptés à la culture [...]». Les appels à la justice fournissent des orientations pour lutter contre le racisme systémique et mettre en œuvre des changements systémiques¹⁴⁴. Cependant, depuis la

publication du rapport en 2019, on constate un manque inquiétant de mobilisation et de réaction de la part des établissements d'enseignement supérieur.

Le personnel infirmier est encouragé à comprendre l'impact de la colonisation, de l'oppression et de la violence sur les peuples autochtones. La lecture du rapport de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées offre à toute la population l'occasion de mieux comprendre l'héritage du racisme systémique au Canada, ainsi que son impact sur la santé et le bien-être des communautés. Par exemple, la population incarcérée qui connaît la croissance la plus rapide au Canada est celle des femmes, et 50 % d'entre elles s'identifient comme autochtones¹⁴⁴. Cette base de connaissances, qui englobe une compréhension des impacts continus du racisme systémique, de la colonisation et de la violence, est essentielle pour le personnel infirmier. Plus loin, nous explorerons la sécurité et l'humilité culturelles, en proposant des approches pratiques pour dispenser des soins sécurisants, équitables et centrés sur le patient, tout en réduisant les préjudices.

Réponses clés

Le principe de Jordan

Le principe de Jordan est une politique canadienne ainsi nommée en mémoire de Jordan River Anderson, un jeune garçon de la Norway House Cree Nation¹⁴². Jordan a passé toute sa vie à l'hôpital en raison de conflits prolongés entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial sur la question de savoir qui financerait ses soins^{89,142}. Il est décédé en 2005, sans jamais avoir vécu chez lui. Son cas

tragique a mis en lumière les défaillances systémiques dans la prise en charge des besoins des enfants des Premières Nations, et a galvanisé une campagne de sensibilisation menée par l'Assemblée des Premières Nations (APN)¹⁴⁵ et la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada¹⁴⁶. Les voix du personnel infirmier qui a soigné Jordan se sont élevées et, avec le soutien du Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba (SIIM), la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) s'est engagée activement dans la défense du principe de Jordan. Ces efforts ont abouti à la reconnaissance officielle du principe de Jordan en tant qu'initiative axée sur l'enfant et les besoins^{147,142}.

En 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) a ordonné la mise en œuvre intégrale du principe de Jordan en statuant que les enfants des Premières Nations étaient victimes de discrimination en raison de retards de financement et d'un accès inéquitable aux services essentiels¹⁴⁸. Tous les enfants des Premières Nations résidant dans les réserves ou à l'extérieur de celles-ci bénéficient donc, si nécessaire, d'un accès à des services appropriés de soins de santé, de soutien social et d'aide dans le système éducatif⁸⁹. Le principe de Jordan oriente la prestation de services au niveau de l'enfant, en prenant en considération les contextes culturels, sociaux et économiques¹⁴⁹. Guidé par les principes d'autodétermination, de pertinence culturelle et de soins holistiques, le principe s'appuie sur des cadres, tels que les « Pierres de touche d'un avenir meilleur », qui donnent la priorité aux solutions et aux changements systémiques menés par les personnes autochtones^{150,151}.

Le principe de Joyce

Le principe de Joyce est né de la mort tragique de Joyce Echaquan, une femme atikamekw et mère de sept enfants, qui s'est rendue à l'hôpital de Joliette, au Québec, le 28 septembre 2020, pour de fortes douleurs à l'estomac¹⁵². Pendant son séjour à l'hôpital, Mme Echaquan a été victime de violences verbales et de traitements discriminatoires de la part du personnel soignant, une réalité terrifiante qu'elle a filmée dans une vidéo diffusée en direct peu de temps avant son décès. Ses derniers instants, qui sont devenus viraux sur les médias sociaux, ont mis en évidence le racisme systémique dans le système de santé, et ont suscité l'indignation et des appels au changement dans tout le pays¹⁵².

En réponse, le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw ont élaboré le principe de Joyce¹⁵², pour garantir aux peuples autochtones l'accès à des soins de santé de haute qualité et respectueux de leur culture. Ce principe renforce l'intégration des connaissances traditionnelles autochtones, le traitement équitable et la formation obligatoire des professionnels de la santé à la lutte contre le racisme. Il appelle également à une réforme législative et à une représentation autochtone accrue dans la gouvernance des soins de santé, afin de lutter contre le racisme systémique et de créer un système qui respecte et valorise tous les patients de manière égale^{4,152}.

Le principe de Jordan et le principe de Joyce mettent tous deux en lumière le racisme systémique et constituent des outils importants dans l'effort plus large de décolonisation du système de soins de santé canadien. Cette affaire sera examinée plus en détail dans l'étude de cas 3 de la quatrième partie.



Le rapport « In Plain Sight »

Une accumulation de preuves de racisme et de la discrimination systémiques dont sont victimes les peuples autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique ont motivé la rédaction du rapport « In Plain Sight »¹¹³, publié en 2020. Face à d'innombrables récits de mauvais traitements, notamment des tragédies très médiatisées, comme la mort de Joyce Echaquan au Québec, ce rapport a entrepris de définir des mesures concrètes pour un changement réel et durable¹⁵².

Il a notamment révélé des préjugés généralisés, une intégration inadéquate des pratiques de santé traditionnelles autochtones et une sous-représentation du leadership autochtone dans la gouvernance des soins de santé. Le rapport s'achève en appelant à une réforme immédiate pour inscrire la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme dans les politiques de soins de santé, intégrer les connaissances et les pratiques autochtones et tenir les autorités sanitaires responsables de la prestation de soins équitables.

Le rapport « In Plain Sight » souligne le rôle et la responsabilité du personnel infirmier et des autres prestataires de soins de santé dans la création d'environnements culturellement sécurisants et respectueux. En alignant ses recommandations sur la DNUDPA et sur les lois provinciales, telles que la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*²³⁹, ce rapport espère contribuer à la transformation systémique de la santé afin que les peuples autochtones reçoivent des soins équitables, adaptés à leur culture, et qui les valorisent dans leur dignité.

L'approche basée sur les distinctions pour améliorer la santé des personnes autochtones

Au Canada, des pratiques basées sur les distinctions ont été introduites pour lutter contre le racisme dirigé contre les Autochtones dans les soins de santé en reconnaissant les droits, l'histoire et les contextes culturels uniques des Premières Nations, des Métis et des Inuits^{53,154}. Cette approche reconnaît que les groupes autochtones ne sont pas des groupes homogènes, mais possèdent des identités, des structures de gouvernance et des besoins de santé distincts pour lesquels il faut des solutions adaptées plutôt que des approches généralisées. Les modèles basés sur les distinctions s'efforcent de fournir des soins culturellement sécurisants qui s'inscrivent dans les valeurs et les traditions propres à chaque communauté, tout en garantissant la participation active des populations autochtones à l'élaboration des politiques de soins de santé. Les efforts visant à mettre en œuvre des approches basées sur les distinctions dans les soins de santé mettent l'accent sur la collaboration, l'éducation et la réforme systémique. Certaines initiatives se concentrent sur l'intégration des systèmes de connaissances autochtones, notamment les données et les statistiques pertinentes sur la santé¹⁵⁵, tandis que d'autres s'efforcent d'améliorer la gouvernance autochtone en matière de politique de soins de santé et de recherche afin que les programmes répondent aux priorités distinctes de chaque communauté¹⁵⁶. Cependant, des voix critiques avertissent que les modèles fondés sur les distinctions peuvent involontairement fragmenter les services de santé autochtones, entraînant des incohérences dans l'accès aux soins et renforçant les catégories

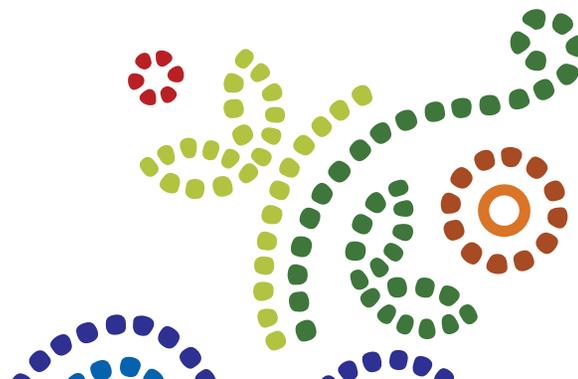
administratives coloniales qui divisent plutôt que d'unifier les communautés autochtones pour un changement systémique plus large¹⁵⁷. D'autres s'inquiètent de savoir si le financement et la mise en œuvre seront équitables, soulignant la nécessité d'une gouvernance dirigée par les Autochtones pour garantir un impact significatif et durable¹⁵⁸.

La spécialité des soins infirmiers en santé autochtone

Les soins infirmiers en santé autochtone sont reconnus comme un ensemble unique et distinct de connaissances en soins infirmiers, avec des connaissances, des compétences et des attributs spécifiques qui découlent des voix et des expériences du personnel infirmier autochtone^{159,160,234}. Les infirmières et infirmiers parlent d'une même voix autochtone pour guider la pratique, la formation et la gouvernance des soins infirmiers d'une manière qui est enracinée dans la parenté, les lois, les langues et les terres autochtones d'où ils sont originaires. Le personnel infirmier valorise et respecte les droits inhérents des peuples autochtones à déterminer eux-mêmes comment les soins sont conçus et dispensés dans leurs communautés, en veillant à ce qu'ils reflètent les valeurs autochtones et répondent aux besoins propres à la communauté¹⁶¹. Pour que les soins infirmiers en santé autochtone progressent, il faut des soins culturellement respectueux qui adoptent des principes relationnels et d'intendance, notamment les pratiques de guérison traditionnelles, le respect des protocoles culturels et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé

propres aux populations autochtones. Les alliés ont un rôle important à jouer dans le soutien aux soins infirmiers en santé autochtone en écoutant, en apprenant et en partageant la responsabilité et en agissant pour le changement. Cela signifie qu'il faut être prêt à s'engager dans des conversations inconfortables et à reconnaître les systèmes coloniaux et racistes qui persistent; des systèmes que nous n'avons peut-être pas créés, mais dont nous continuons à bénéficier. Bien que ce processus puisse être douloureux pour beaucoup, il est nécessaire pour adopter la santé autochtone comme un droit humain et la faire progresser en tant que pratique sociale et réparatrice.

Les peuples autochtones détiennent la sagesse nécessaire à l'identification de leurs propres voies vers le bien-être pour eux-mêmes, leurs familles, leurs communautés et leurs Nations. Ils possèdent les connaissances et l'expertise nécessaires, mais les alliés jouent un rôle essentiel dans le soutien d'un changement significatif. Parfois, la chose la plus importante que les alliés peuvent faire est d'écouter pleinement et de prendre des mesures réfléchies et immédiates. Il s'agit de se soutenir mutuellement tout en remettant en question les systèmes de pouvoir et de privilèges. Ce processus passe par une résistance active à la domination et à l'oppression et les progrès des droits et de la souveraineté autochtones dans tous les aspects de notre humanité.



Dimensions clés

- **Des soins adaptés à la culture** : les soins infirmiers en santé autochtone honorent les valeurs et les croyances autochtones sans se les approprier. Le personnel infirmier non autochtone n'a pas besoin d'apprendre ce que contient la médecine traditionnelle autochtone, où la trouver ou comment l'utiliser. Il doit plutôt créer un espace culturellement sécurisant où les patients se sentent à l'aise pour exprimer leurs préférences en matière de soins de santé. Cela implique d'écouter avec respect, d'éviter les suppositions et de favoriser l'accès aux guérisseurs autochtones, aux détenteurs du savoir ou aux agents de liaison culturels lorsqu'ils sont sollicités. Même si la guérison traditionnelle autochtone n'est pas mentionnée, le personnel infirmier doit rester conscient que des barrières historiques peuvent freiner la parole. La défense de politiques qui tiennent compte des pratiques traditionnelles autochtones, l'apprentissage continu de la sécurité culturelle et la priorité aux décisions de soins prises par les Autochtones sont essentiels pour des interactions de soins de santé constructives et respectueuses.
- **L'autogestion** : les soins infirmiers en santé autochtone passent par des cadres et des normes de soins infirmiers dirigés par les Autochtones qui permettent au personnel infirmier autochtone et à leurs organisations d'avoir le choix de définir et de réglementer leurs propres normes professionnelles, pratiques et lignes directrices éthiques. Cette autonomie permet aux soins d'être dirigés par la communauté plutôt que d'être imposés de l'extérieur.
- **L'éducation et la formation** : des programmes de formation en soins infirmiers conçus par et pour les populations autochtones, qui intègrent les systèmes de connaissances, les langues et les pédagogies autochtones sont nécessaires pour le progrès des soins infirmiers en santé autochtone. Ces programmes permettent aux infirmières et infirmiers de dispenser des soins culturellement sécurisants et adaptés aux besoins de leurs communautés, ainsi que de renforcer le leadership local. L'éducation et la formation dans le cadre des soins infirmiers en santé autochtone remettent également en question les approches occidentales et mettent l'accent sur l'humilité culturelle et l'autodétermination autochtone.
- **Une influence sur les politiques** : les soins infirmiers en santé autochtone renforcent la nécessité de faire entendre la voix des personnes autochtones dans les politiques de santé aux niveaux local, régional et national. Une réforme systémique est essentielle pour garantir que les programmes de soins de santé répondent de manière significative aux défis de santé distincts des Premières Nations, des Métis et des Inuits, et qu'ils sont guidés par le leadership autochtone.
- **La recherche en santé autochtone** : les soins infirmiers en santé autochtone donnent la priorité à la recherche communautaire et autochtone qui met l'accent sur la production, la traduction et l'application des connaissances autochtones. Ces approches sont ancrées dans les méthodologies autochtones afin de contribuer à un ensemble de connaissances pertinentes, respectueuses et bénéfiques pour les communautés autochtones.

Ces éléments sont cruciaux pour le progrès des soins infirmiers en santé autochtone¹⁸⁵. Nous reconnaissons toutefois le rôle essentiel des fournisseurs de soins de santé non autochtones dans ce travail de collaboration. Ceux-ci peuvent jouer un rôle d'allié en agissant d'une certaine manière dans leur relation. Les alliés sont des gens dont le statut de personne avantagé ou désavantagé n'est pas dû à l'identité raciale, mais plutôt à leur appartenance aux groupes dominants qui détiennent le pouvoir et le statut au niveau du système. Ce sont des personnes qui sont prêtes à agir contre le racisme et l'oppression systémiques en neutralisant le pouvoir des fournisseurs. Il existe de nombreuses façons de jouer un rôle d'allié, et c'est souvent le groupe vulnérable qui détermine si, en fait, une personne est un allié ou quelqu'un qui réagit à une situation déplorable en bredouillant son inquiétude et en brandissant des drapeaux de justice sociale. Une personne alliée fait ses preuves dans la façon dont elle passe à l'action, et non en reconnaissant simplement la façon dont il faudrait agir.

« Le plus grand test de votre professionnalisme sera votre capacité à appliquer vos connaissances de manière pratique, à vous mettre au service des communautés et des individus dont les besoins sont les plus grands ».

(Jean Goodwill, IA, LLD)¹⁶²

Malgré les rapports, les recommandations et les appels à l'action, nous continuons à travailler dans un système qui n'a pas accordé aux peuples autochtones la dignité et le respect qu'ils méritent. Dans le domaine des soins de santé, l'histoire de chaque patient témoigne des forces et des faiblesses du système. Cette étude de cas est basée sur l'histoire de Keegan Combes, de la Première Nation Skwah¹⁶³, dont la mort tragique met en lumière les conséquences dévastatrices de l'échec des systèmes de santé.

Étude de cas 2 : Keegan Combes

L'histoire de M. Combes n'est pas seulement le récit d'un décès, c'est aussi une leçon cruciale pour les professionnels de la santé, qui doivent reconnaître et combattre le racisme dirigé contre les Autochtones et la négligence systémique. Keegan Combes était un autochtone de 29 ans qui habitait dans la communauté de la Première Nation Skwah. Atteint d'un handicap, il ne s'exprimait pas oralement. Il dépendait d'une soignante métisse qui fournissait des soins spécialisés aux communautés autochtones. Le lien qui les unissait était essentiel, surtout lorsqu'il s'agissait de gérer les interactions de M. Combes avec le système de santé. Un après-midi, la soignante a découvert M. Combes chez lui dans un état inquiétant : il était affaibli sur lui-même, incohérent et couvert de vomissures. Lorsque les intervenants des services de secours sont arrivés sur les lieux, ils ont semblé hésiter à emmener M. Combes, affirmant qu'ils le « connaissaient ». Ce n'est qu'après que la soignante ait plaidé en sa faveur qu'il a été emmené en ambulance au service des urgences.

Les symptômes ont persisté une fois au service des urgences. Un médecin a demandé des analyses de laboratoire qui ont révélé par la suite une acidose métabolique sévère et des niveaux toxiques de méthanol. Alors que l'état de M. Combes s'aggravait, un autre médecin a noté que des enzymes hépatiques « élevées » et a suggéré de le laisser sortir malgré l'aggravation de ses symptômes. La soignante de M. Combes a insisté pour qu'il reste hospitalisé. À ce stade, le prestataire a proposé d'ajouter une décision de ne pas réanimer au dossier de M. Combes, bien que cela n'ait pas été directement lié à la planification de sa sortie. Cette suggestion a donné à la soignante l'impression qu'on dévalorisait la vie de M. Combes, et qu'il n'était pris en charge que pour ses handicaps plutôt que pour ses besoins médicaux. Le personnel infirmier n'a pas tenu compte des prescriptions médicales concernant l'évaluation neurologique de M. Combes, dont la santé a continué à se dégrader pendant la nuit. Le personnel infirmier n'a pas signalé les changements graves et significatifs de ses symptômes. M. Combes a également été attaché à son lit pendant plusieurs heures, car il était agité et essayait de se lever. Toutefois, ceci n'a pas été correctement documenté et il n'a pas été surveillé de manière adéquate¹⁶³.

La soignante de M. Combes a appelé l'hôpital pour prendre des nouvelles dans la matinée. On l'a rappelé pour qu'elle vienne à l'hôpital au plus vite : M. Combes avait été intubé et transféré dans l'unité de soins intensifs. Un nouveau praticien a alors évoqué la possibilité d'une ingestion de méthanol. M. Combes est décédé dix jours plus tard, victime d'un diagnostic tardif et d'un traitement

inadéquat de l'empoisonnement au méthanol, aggravé par des soins culturellement dangereux et prodigués avec mépris. Tout au long de son séjour à l'hôpital, l'aggravation des symptômes et l'inquiétude de la soignante ont été continuellement ignorées, ce qui a conduit à des soins inappropriés, négligents et culturellement dangereux qui ont finalement causé la mort bien évitable de M. Combes¹⁶³.

Enjeux centraux

- **Racisme et préjugés systémiques** : les préjugés implicites liés à la race, à la culture et aux handicaps de M. Combes ont considérablement influencé la qualité des soins qui lui ont été prodigués. La réticence initiale des intervenants des services de secours à l'amener à l'hôpital et la suggestion inappropriée d'une décision de ne pas réanimer reflètent le racisme et les préjugés systémiques sous-jacents.
- **Manques de communication** : il y a eu de nombreux cas de mauvaise communication entre le personnel de santé, ainsi qu'entre les prestataires et la soignante de M. Combes. Des informations importantes, telles que la gravité de son état et la nécessité de procéder à des examens complémentaires, n'ont pas été communiquées efficacement, ce qui a aggravé ses problèmes de santé.
- **Désintérêt des préoccupations de la soignante** : à plusieurs reprises, les prestataires de soins de santé ont rejeté les observations et les préoccupations de la soignante de M. Combes, qui est également infirmière. Cette négligence a miné sa capacité à défendre efficacement les soins de M. Combes, ce qui a contribué à retarder la mise en place d'un traitement approprié.

- **Retard de diagnostic** : malgré des résultats de laboratoire indiquant une acidose métabolique sévère et une toxicité au méthanol, aucun diagnostic formel n'a été communiqué et d'autres tests essentiels n'ont pas été demandés rapidement. Ce retard critique dans le diagnostic de l'empoisonnement au méthanol a été déterminant dans le décès évitable de M. Combes.

Questions de réflexion

Réfléchissez aux questions suivantes afin d'approfondir votre compréhension des problèmes et de favoriser des discussions fructueuses. Chaque question est conçue pour encourager la pensée critique et la réflexion sur les problèmes systémiques mis en évidence par l'affaire du décès de M. Combes.

- Selon vous, quels sont les facteurs qui ont contribué aux mauvais traitements de M. Combes et au manque de soins? Quels sont les préjugés implicites en jeu?
- Comment pensez-vous que la mort de M. Combes aurait pu être évitée? Quelles mesures tenant compte des traumatismes auraient pu être appliquées? Comment les normes d'humilité culturelle s'appliquent-elles à ce scénario?
- Que pouvons-nous tirer de l'affaire de M. Combes? Que devons-nous savoir? De quelle manière pouvons-nous lutter contre le racisme dirigé contre les personnes autochtones dans l'environnement des soins de santé?

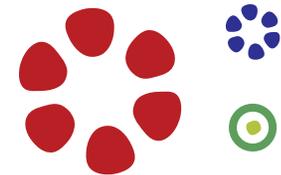


4

Stratégies applicables et réalisables

Cette partie présente des stratégies pragmatiques visant à éliminer le racisme dirigé contre les Autochtones et à renforcer la sécurité culturelle des communautés autochtones dans les domaines de la pratique, de la politique, de l'éducation et de la recherche en soins infirmiers. Ces stratégies offrent des solutions concrètes aux prestataires de soins de santé dans divers contextes au Canada, dans le but de soutenir le personnel infirmier et les décideurs. La discussion met en lumière des solutions pratiques qui montrent comment les infirmières et infirmiers peuvent lutter contre le racisme, défendre des environnements culturellement sécurisants et soutenir l'intégration des connaissances autochtones dans les soins de santé.

En outre, elle souligne l'importance de reconnaître et de remettre en question le privilège des Blancs et de promouvoir des réformes au sein des systèmes de soins de santé afin de mieux servir les communautés autochtones, que ce soit à l'aide de changements de politique, d'une amélioration de l'éducation et de la formation, ou d'initiatives de recherche centrées sur les perspectives autochtones. Cette partie du document vise donc à sensibiliser, à encourager la pratique réflexive et à susciter des changements concrets dans la prestation des services de soins de santé.



Décoloniser les soins de santé : transférer le pouvoir en mettant au centre les connaissances autochtones

La décolonisation des soins de santé est un processus de transformation qui vise à démanteler les héritages coloniaux en s'attaquant aux inégalités systémiques profondément enracinées dans les idéologies occidentales. Cela signifie reconnaître les préjugés historiques, mais également remettre en question et perturber les structures et les cadres dominants qui ont longtemps marginalisé les valeurs, les droits, les identités et les traditions autochtones^{165,166}. La décolonisation des soins de santé consiste à s'éloigner des cadres coloniaux et à adopter des modèles de soins qui respectent les valeurs, les droits, les identités culturelles, les systèmes de connaissances, les traditions et les pratiques autochtones, tout en reconnaissant les injustices historiques. Ce processus expose et perturbe les idéologies dominantes et les structures de pouvoir tout en centrant les voix marginalisées à tous les niveaux du système de soins de santé³⁴. La décolonisation favorise la guérison, l'équité et la sécurité culturelle en se concentrant sur les déterminants sociaux, culturels, économiques et politiques de la santé¹³⁹. Comme nous le rappelle Cora Weber-Pillwax, la décolonisation n'est pas un événement unique, mais un engagement sur la durée qui doit passer de la théorie à l'action. Dans le domaine des soins infirmiers, cela signifie soutenir activement l'autodétermination autochtone, établir des partenariats respectueux et aller au-delà des gestes symboliques pour avancer vers une collaboration réelle et utile.

« La décolonisation n'est pas un simple concept. Elle provoque et suscite quotidiennement des choses qui bouleversent la terre et les gens ». [Traduction]

(Cora Weber-Pillwax)¹⁶⁴

Il est important de s'engager en permanence à décoloniser les pratiques infirmières, car ces démarches soutiennent l'autodétermination et l'autogouvernance tout en établissant des partenariats mutuellement respectueux enracinés dans les droits, les responsabilités et la reddition de comptes¹⁴³. La **diversité symbolique** doit être remplacée par un engagement concret et durable avec les peuples autochtones et leurs communautés dynamiques et résilientes, dont la souveraineté et les connaissances traditionnelles doivent être maintenues et célébrées. L'adoption d'une approche basée sur les distinctions pour fournir des services de soins de santé est une étape vers la décolonisation des soins infirmiers et l'amélioration de la santé des membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits.

La production des connaissances sur les personnes marginalisées devrait provenir des personnes qui ont vécu ces expériences. Il faut donc passer d'un discours *sur* de telles expériences à un discours *né* de ces expériences¹⁶⁷. Travailler avec des guérisseurs, des accompagnateurs et des professionnels de la santé autochtones qui intègrent les droits autochtones en collaboration avec des personnes locales porteuses d'enseignements sur la terre et la langue génère de nouvelles possibilités pour la santé publique et le leadership professionnel dans le domaine de la santé. Il faut que ce principe soit appliqué tout au long de notre carrière d'infirmière. Il ne s'agit pas d'une session unique, mais d'un engagement à vie pour mieux prendre soin de notre monde. Reconnaître que nous faisons partie d'un monde où les humains ne vivent pas seuls permet d'attirer l'attention sur les injustices environnementales dont souffrent les peuples autochtones depuis le début de la colonisation. Cette perspective confirme également les droits et l'importance culturelle des connaissances autochtones en matière de soins infirmiers, offrant une orientation précieuse aux futures générations d'infirmières et infirmiers¹⁶⁸. Un partenariat entre les établissements d'enseignement, les communautés autochtones et les organisations de soins de santé permettra de s'assurer que les pratiques et la formation en soins infirmiers sont éclairées par une perspective autochtone, favorisant des pratiques de soins respectueuses, relationnelles, adaptées à la culture et sécurisante⁵². De tels partenariats qui placent au centre les perspectives autochtones peuvent garantir que les dirigeants autochtones, les détenteurs du savoir et les membres de la communauté sont à l'avant-garde de l'élaboration des structures, des systèmes et de la prestation des services de soins de santé.

« Nous avons besoin d'un changement de paradigme, où mpahi kayas (passé mortel, colonisation) doit être remplacé par wapatikewsiwin (preuves qui viennent de la base) et naskomowina (solutions sur le terrain) ». [Traduction]

Madeleine Dion Stout¹⁸

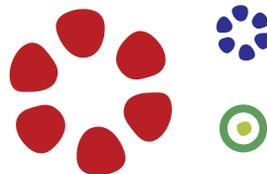
Il est temps de dépasser la réconciliation « performative » (avec ses mesures dépourvues de sens) et de la considérer comme un véritable appel à la transformation systémique, en reconnaissant que le problème consiste à ne s'attaquer qu'à la « partie visible de l'iceberg ». Il ne suffit pas de « ne pas être raciste », car les efforts de lutte contre le racisme doivent aller au-delà du non-racisme passif pour démanteler activement les structures inéquitables grâce à des réformes politiques, des changements institutionnels et des changements culturels. Pour un véritable changement systémique et une réforme utile de la justice sociale, il faut s'attaquer aux couches plus profondes et invisibles des inégalités systémiques qui continuent de façonner les soins de santé et l'éducation. La lutte contre le racisme systémique doit aller au-delà de la culture pour reconnaître ses racines dans les droits de la personne et garantir un accès équitable aux soins de santé. Comme le stipule la DNUDPA, « Les peuples autochtones ont le droit de maintenir et de renforcer leurs

institutions politiques, juridiques, économiques, sociales et culturelles distinctes, tout en conservant le droit, si tel est leur choix, de participer pleinement à la vie politique, économique, sociale et culturelle de l'État¹⁷⁰». Le système de soins de santé doit mettre en œuvre des mesures pour lutter contre le racisme dirigé contre les Autochtones en s'appuyant sur une réforme des politiques systémiques et structurelles. Ceci doit s'allier avec des pratiques de sécurité culturelle et d'humilité afin de promouvoir des mesures qui nous permettent d'aller au-delà de l'équité^{9,120}. Les programmes et les ateliers sur la sécurité culturelle, le développement du leadership autochtone, les programmes de mentorat intergénérationnel et les communautés de pratique soutiennent l'apprentissage continu et la responsabilisation^{120,53}. De même, se lancer dans une pratique réflexive critique peut conduire à des observations et à des compréhensions découlant de nouvelles perspectives acquises au cours du processus itératif. Ancrés dans le cadre éthique des soins infirmiers en santé autochtone¹⁷³, Michelle Padley et ses collègues examinent les aspects uniques du mentorat du personnel infirmier autochtone. Le cadre éthique des soins infirmiers en santé autochtone décrit les compétences clés, notamment les façons autochtones de voir le monde, la compréhension décoloniale, le respect, l'inclusivité, les relations, le jardinage des connaissances, le mentorat et la défense des intérêts des étudiants¹⁷². Les principes de pertinence, de relationnalité, de respect, de réciprocité, de transparence et de responsabilité des soins infirmiers en santé autochtone sont imbriqués dans le mentorat intergénérationnel des infirmières et infirmiers autochtones^{172,173}.

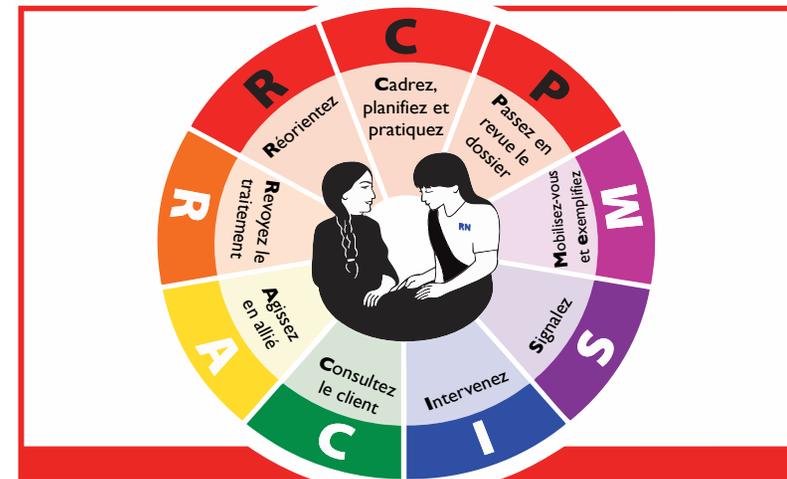
Des initiatives concrètes pour combattre le racisme

Le cadre RCP RACISME

La Dre Holly Graham¹⁷⁴ a élaboré le cadre RCP RACISME en réponse au racisme autochtone persistant et systémique dont sont victimes les Premières Nations, les Métis et les Inuits dans les établissements de soins de santé partout au Canada. La Dre Graham, infirmière nêhiyaw (crie), universitaire et militante, s'est appuyé sur son expérience professionnelle dans des environnements universitaires et cliniques, dans le cadre de laquelle elle a travaillé avec des clients autochtones et a été mentore d'étudiants en soins infirmiers autochtones. Ce cadre a été conçu comme un outil relationnel et pratique pour le personnel infirmier et les prestataires de soins de santé qui cherchent des conseils clairs sur la manière de reconnaître le racisme, d'y répondre et de rompre le modèle en temps réel. Il est ancré dans les soins éthiques, l'humilité culturelle et la défense des droits. Son nom s'inspire de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), une pratique familière qui permet de sauver des vies, pour exprimer le caractère urgent et immédiat de la lutte contre le racisme. Chaque lettre de «RCP RACISME» représente une mesure réalisable que les prestataires peuvent appliquer dans leur pratique quotidienne¹⁷⁴.



- **Réorientez les comportements** : le personnel infirmier doit s'impliquer en aidant à se concentrer sur le comportement, et non sur le prestataire de soins de santé.
- **Cadrez, planifiez et pratiquez** : préparez des stratégies d'intervention pour renforcer la confiance et minimiser les hésitations face au racisme.
- **Passez en revue le dossier, parlez au client et évaluez-le** : procédez à un examen indépendant de l'état du client en proposant des soins de manière éthique et impartiale.
- **Revoyez le traitement** : remettez en question les approches thérapeutiques de manière neutre afin de découvrir d'éventuels préjugés et d'explorer de meilleures options.
- **Agissez en allié et défendez les droits** : engagez-vous à suivre une formation continue sur les pratiques de lutte contre le racisme et soutenez activement les communautés autochtones.
- **Consultez le client** : rassurez les clients par des phrases simples et empathiques, en créant un environnement sûr et respectueux.
- **Intervenez** : encouragez l'intervention des témoins, en particulier parmi les étudiants, pour gérer la dynamique du pouvoir.
- **Signalez** : soulevez les problèmes systémiques avec les responsables de l'unité ou les éducateurs cliniciens, en demandant le soutien de mentors si nécessaire.
- **Mobilisez-vous et exemplifiez des soins infirmiers sécurisants** : offrez des soins tenant compte des traumatismes pour garantir la sécurité, la confiance et la compassion dans les interactions avec les patients.



R	Réorientez les comportements, concentrez-vous sur le comportement, et non sur le prestataire de soins de santé.
C	Cadrez, planifiez et pratiquez votre stratégie d'intervention.
P	Passez en revue le dossier, parlez au client et évaluez-le.
R	Revoyez le traitement et demandez respectueusement la justification de l'approche thérapeutique actuelle.
A	Agissez en allié, défendez les droits, éduquez-vous et éduquez vos collègues à la lutte contre le racisme.
C	Consultez le client et verbalisez votre position en demandant « Est-ce que ça va? » pour devenir une personne sécurisante.
I	Intervenez, soyez toujours un témoin actif.
S	Signalez aux décideurs vos préoccupations et trouvez du soutien pour vous-même.
M	Mobilisez-vous et exemplifiez des soins compétents, compatissants, éthiques et tenant compte des traumatismes dans toutes les interactions.

POUR PLUS D'INFORMATION SUR L'INITIATIVE RCP RACISME :

UN GUIDE POUR LUTTER CONTRE LE RACISME DANS LES SOINS DE SANTÉ



©HOLLY GRAHAM

Figure 2 : Le cadre RCP RACISME¹⁷⁴

Le cadre RCP RACISME propose des stratégies pratiques et concrètes qui s'intègrent naturellement dans les processus de soins infirmiers, notamment l'évaluation, le diagnostic, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. En s'attaquant directement au racisme, il améliore la capacité des prestataires de soins de santé à fournir des soins sûrs, éthiques et culturellement adaptés aux clients membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Ce cadre sert de lien crucial, car il traduit des principes généraux de lutte contre le racisme en étapes réalisables que les praticiens peuvent utiliser dans leur pratique quotidienne.

La norme de pratique de la Colombie-Britannique

La sensibilisation accrue à la sécurité culturelle et au racisme dirigé contre les personnes autochtones a entraîné une réforme importante du paysage réglementaire des soins de santé de la Colombie-Britannique. L'un des changements les plus notables est l'adoption de la loi *Health Professions and Occupations Act* (HPOA)¹⁷⁵ le 24 novembre 2022. En vertu de la révision de cette loi, toutes les professions de santé réglementées sont désormais tenues de rationaliser le processus de réglementation des nouveaux professionnels, de soutenir la réconciliation, de mettre en œuvre des normes de soins antidiscriminatoires et d'intégrer des mesures de responsabilisation transparentes pour la sécurité publique. La nomination de postes de surveillance clés, tels qu'un directeur de la discipline (« Superintendent Director of Discipline »)¹⁷⁶, fait partie des nouvelles mesures.

Le British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM) s'est engagé sur la longue voie de la réconciliation en prenant depuis cinq ans l'engagement

d'éliminer le racisme dirigé contre les Autochtones, ce qui est louable. Il n'est pas facile de reconnaître et d'admettre les préjudices coloniaux. Les nouvelles réglementations et normes établies par les organismes de réglementation en tant que normes minimales pour des soins infirmiers culturellement sécurisants et tenant compte des traumatismes arrivent à point nommé. Elles nous rappellent l'importance du travail qui attend tout le personnel infirmier. Par exemple, les six normes du BCCNM pour la sécurité culturelle, l'humilité culturelle et les pratiques de lutte contre le racisme abordent les concepts clés suivants¹²⁰.

- **Se lancer dans une prise de conscience personnelle** : le personnel infirmier est tenu de remettre en question de manière critique ses propres valeurs, croyances et hypothèses afin d'évaluer la manière dont leur propre regard influence sa pratique.
- **Miser sur l'éducation et la formation** : l'accent est mis sur l'apprentissage permanent afin d'améliorer la compréhension des récits autochtones, des contextes culturels et des impacts du colonialisme. Cette norme encourage le personnel infirmier à rechercher des possibilités d'éducation et de formation qui le sensibilise et améliore sa capacité à fournir des soins avec un éclairage culturel.
- **Agir concrètement dans la lutte contre le racisme** : le personnel infirmier est invité à agir en aidant ses collègues à identifier et à éliminer les attitudes, le langage ou les comportements racistes; en soutenant les clients, les collègues et les autres personnes qui subissent ou signalent des actes de racisme; et en signalant les incidents de racisme à la direction ou à l'organisme de réglementation de la santé compétent.

- **Créer des expériences de soins de santé sécurisantes :** le personnel infirmier doit traiter les clients avec empathie en reconnaissant leur identité culturelle, en écoutant et en cherchant à comprendre leur vécu, en traitant les clients et leur famille avec compassion et en se montrant ouvert à apprendre du client et d'autres personnes.
- **Fournir des soins holistiques :** le personnel infirmier doit offrir des soins holistiques aux clients, en tenant compte des besoins physiques, mentaux/émotionnels, spirituels et culturels, et faciliter la participation de la famille du client et d'autres personnes (par exemple, la communauté et les personnes âgées, les navigateurs culturels et linguistiques autochtones), si nécessaire ou si on le leur demande.
- **Proposer des soins relationnels axés sur la personne :** le personnel infirmier a pour consigne de se renseigner respectueusement sur le client et sur les raisons pour lesquelles il a demandé des services de santé; de discuter avec les clients et leurs personnes de soutien afin d'identifier, de comprendre et d'atteindre les objectifs du client en matière de santé et de bien-être; de soutenir activement le droit du client à décider de son parcours de soins; et de communiquer de manière efficace avec les clients.
- **Proposer des soins basés sur les forces et tenant compte des traumatismes :** le personnel infirmier doit travailler avec les clients pour intégrer leurs forces personnelles afin de les aider à atteindre leurs objectifs en matière de santé et de bien-être. Il doit reconnaître

la possibilité de traumatismes, qu'ils soient personnels ou intergénérationnels, et adapter son approche de manière réfléchie et respectueuse, notamment en demandant la permission avant de procéder à des évaluations ou à des traitements. Le personnel infirmier doit également reconnaître que le colonialisme et les traumatismes peuvent influencer la façon dont les clients perçoivent le système de santé, y ont accès et interagissent avec lui.

Mettre en œuvre de mesures de responsabilisation pour lutter contre le racisme dans les soins de santé

Les mécanismes de responsabilisation efficaces sont des outils essentiels pour lutter contre le racisme dans les soins de santé. La responsabilisation systémique garantit que les organisations et les professionnels de la santé sont tenus responsables de leurs actions et du tort causé aux peuples autochtones et à leurs communautés.

Stratégies clés

- **Signalement et suivi obligatoires :** la mise en place de plates-formes officielles de signalement des incidents est essentielle pour documenter, suivre et étudier les incidents de racisme dans les soins de santé. Pour encourager le signalement sans crainte de représailles, il convient de mettre en place des mécanismes tels que des outils de signalement anonyme, des lignes

téléphoniques directes dédiées et des systèmes internes de règlement des griefs. Le rapport « In Plain Sight » de la Colombie-Britannique¹¹³ recommande de telles plateformes pour accroître la transparence et améliorer la réactivité institutionnelle aux plaintes liées au racisme.

- **Contrôles de sécurité culturelle** : les contrôles de sécurité culturelle de routine peuvent aider les organismes de soins de santé à identifier les lacunes dans les politiques, la formation et les soins aux patients. Ces contrôles évaluent le respect des normes de sécurité culturelle et fournissent des informations utiles pour l'amélioration. La Provincial Health Services Authority (PHSA) de Colombie-Britannique¹⁷⁷ a ainsi élaboré le programme de formation à la sécurité culturelle et à l'antiracisme autochtones San'ya, qui propose des cadres pour guider les organisations dans ces évaluations et l'intégration de pratiques culturellement sécurisantes dans leurs activités. Cette initiative en ligne fondée sur des données probantes est conçue pour sensibiliser au racisme dirigé contre les Autochtones, à l'histoire coloniale et aux inégalités systémiques dans les soins de santé.
- **Organismes de surveillance indépendants** : ils jouent un rôle crucial dans la responsabilisation en menant des enquêtes impartiales sur les plaintes pour racisme et les problèmes systémiques. Ces entités formulent des recommandations, surveillent le respect des politiques et encouragent la participation des personnes autochtones aux structures de gouvernance des soins de santé. Toutefois, il est essentiel d'éviter de faire peser une charge disproportionnée sur les mêmes personnes

autochtones pour qu'elles se mobilisent dans ces postes de surveillance. Plusieurs modèles existants démontrent l'efficacité de la surveillance indépendante :

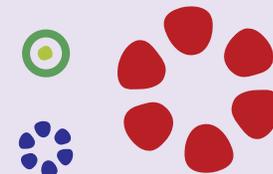
- **Le British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM)** a mis en place un processus de plaintes et de préoccupations concernant les soins aux personnes autochtones, qui permet aux patients de s'identifier comme personnes autochtones lorsqu'ils déposent des plaintes, garantissant ainsi un processus d'examen sécurisant sur le plan culturel et tenant compte des traumatismes¹⁷⁸.
- **Le Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)** en Ontario travaille directement avec les organisations de soins de santé pour améliorer la gouvernance autochtone, le respect des politiques et la surveillance au sein des services de santé, promouvant ainsi la sécurité culturelle et la responsabilisation dans les soins aux patients¹⁷⁹.
- **L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO)** a mis en place une procédure de plainte à l'intention des personnes autochtones pour étudier les cas de racisme et intégrer la formation à la lutte contre le racisme autochtone dans la réglementation des soins de santé¹⁸⁰.

Les initiatives suivantes montrent comment des mécanismes de contrôle indépendants peuvent être intégrés dans les établissements de santé pour enquêter sur les plaintes pour racisme, renforcer le respect des politiques et promouvoir le leadership autochtone dans les structures de gouvernance.

- **Évaluation du rendement et sanctions** : la responsabilisation individuelle peut être renforcée en intégrant des mesures de lutte contre le racisme dans les évaluations du rendement des employés. Les professionnels de la santé qui ne respectent pas les normes de sécurité culturelle et de lutte contre le racisme peuvent être tenus de suivre une formation complémentaire, faire l'objet de mesures disciplinaires ou, dans les cas les plus graves, être licenciés. Les politiques qui répondent aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation soulignent la nécessité de telles mesures pour responsabiliser les prestataires de soins de santé⁵.
- **Formation de perfectionnement professionnel** : la responsabilité institutionnelle est renforcée lorsque les organisations de soins de santé s'engagent à assurer une formation permanente et un perfectionnement professionnel en matière de lutte contre le racisme et d'humilité culturelle. Une formation continue sur la prévention des préjugés systémiques, les perspectives des personnes autochtones sur la santé et la sécurité culturelle peut aider les professionnels de la santé à rester informés et proactifs dans la lutte contre le racisme au sein de leur pratique.
- **Rapports publics et transparence** : les organisations de soins de santé doivent faire preuve de transparence en publiant régulièrement des rapports sur les incidents liés au racisme et les initiatives institutionnelles. La publication de ces rapports favorise la responsabilisation, démontre l'engagement en faveur d'un changement systémique et renforce la confiance des communautés autochtones.

- **Responsabilisation de la haute direction dans la mise en œuvre des politiques** : les responsables des soins de santé doivent aller au-delà de l'élaboration de politiques et veiller à ce que les mesures de lutte contre le racisme soient activement appliquées. Pour cela, il faut mettre en place une formation continue, des structures de responsabilité claires et une évaluation régulière afin d'intégrer la sécurité culturelle et l'équité en matière de santé pour les personnes autochtones dans la pratique quotidienne. La haute direction doit être tenue responsable de l'élimination des obstacles systémiques et de la mise en œuvre de changements durables d'envergure.

Les expériences des peuples autochtones dans les soins de santé restent marquées par le racisme, le désintérêt et un manque de soins, avec des conséquences souvent dévastatrices. En l'absence de mécanismes de responsabilisation applicables, d'une surveillance transparente et d'une gouvernance dirigée par les Autochtones, ces injustices perdureront. Le changement systémique passe par une mobilisation à tous les niveaux des décideurs politiques, des responsables des soins de santé et des prestataires de première ligne pour démanteler les politiques discriminatoires et défendre les droits, la dignité et le bien-être des patients autochtones.



Étude de case 3 : Joyce Echaquan

Le 28 septembre 2020, Joyce Echaquan, une Atikamekw de 37 ans originaire de Manawan, au Québec, s'est rendue au Centre hospitalier de Lanaudière à Joliette pour se faire soigner, car elle souffrait de douleurs aiguës à l'estomac¹⁸¹.

Mme Echaquan, mère de sept enfants, avait des antécédents de problèmes cardiaques et souffrait d'autres problèmes de santé. Elle est décédée le lendemain de son admission à l'hôpital. Mme Echaquan avait exprimé ses inquiétudes quant à son traitement et la détérioration de son état de santé et, à l'aide de son téléphone, elle a diffusé une vidéo en direct sur Facebook qui montrait bien le désintérêt et le racisme dont elle était victime de la part du personnel de l'hôpital. La vidéo montre des membres du personnel faisant des remarques dégradantes à son sujet, suggérant qu'elle ne cherchait qu'à attirer l'attention, faisant des suppositions sur son intelligence et son mode de vie, et ne tenant pas compte de sa souffrance. Ses appels à l'aide ont été ignorés et elle a été laissée sans surveillance alors que son état s'aggravait.

Mme Echaquan est décédée le matin du 28 septembre 2020. Le rapport de la coroner a confirmé par la suite que sa mort aurait pu être évitée, et que le racisme systémique avait joué un rôle important dans les soins de qualité inférieure qu'elle avait reçus.

La réponse du système juridique

La coroner Géhane Kamel a mené une enquête sur les circonstances entourant le traitement de Joyce Echaquan¹⁸¹. Dans son rapport, elle a confirmé que le décès résultait d'une défaillance du système de santé, alimentée par un racisme systémique profondément enraciné. Le rapport souligne que Mme Echaquan n'a pas fait l'objet d'une surveillance adéquate ou n'a pas été traitée avec l'urgence nécessaire malgré des signes évidents de souffrance. Aucune accusation criminelle n'a été portée contre le personnel hospitalier impliqué, mais deux membres du personnel ont été licenciés. Le gouvernement provincial a reconnu la tragédie, mais a refusé de reconnaître le racisme systémique au sein du système de santé québécois, malgré les preuves présentées dans le rapport de la coroner. Ce refus a créé des tensions entre la Nation Atikamekw et le gouvernement du Québec, tandis que les appels à la justice et à un changement significatif se poursuivaient.

- L'initiative du principe de Joyce : comme l'explique le document dans une section précédente, la Nation Atikamekw a élaboré le principe de Joyce, qui prévoit une formation obligatoire à la sécurité culturelle pour les professionnels de la santé, des mesures de responsabilisation et des changements systémiques pour garantir que les patients autochtones reçoivent des soins respectueux et appropriés. Bien que le gouvernement fédéral ait soutenu cette initiative, le gouvernement du Québec ne l'a pas encore adoptée officiellement¹⁸². La FCSII a adopté le principe de Joyce lors de son congrès national de 2021¹⁸³.

- Procédure d'enquête : dans son enquête, la coroner s'est penchée sur les dernières heures de Mme Echaquan, et elle a mis en lumière des défaillances dans les soins aux patients, des préjugés raciaux parmi les travailleuses et travailleurs de la santé, ainsi qu'un manque d'intervention médicale appropriée. Géhane Kamel a conclu que des préjugés avaient entaché les soins à Mme Echaquan et que sa mort était directement liée au racisme systémique.

Malgré ces conclusions, le gouvernement du Québec continue de nier l'existence d'un racisme systémique au sein de ses institutions. Cependant, des leaders autochtones, des défenseurs des soins de santé et les organisations de défense des droits de l'homme se sont appuyés sur le rapport de la coroner pour réclamer des réformes systémiques.

Prochaines étapes et recommandations

Le décès de Joyce Echaquan a été un déclencheur, et des voix se sont élevées pour exiger justice et équité dans les soins de santé pour les peuples autochtones. Le rapport de la coroner et le principe de Joyce contiennent des recommandations claires, notamment les suivantes¹⁸¹.

- **Reconnaissance du racisme systémique** : les pouvoirs publics et les établissements de santé doivent reconnaître l'existence d'un racisme systémique et s'engager à démanteler les pratiques discriminatoires.
- **Sécurité culturelle et formation à la lutte contre le racisme** : une formation obligatoire pour les professionnels de la santé doit être mise en place

afin d'améliorer la sensibilisation, de lutter contre les préjugés et de veiller à ce que les patients autochtones reçoivent des soins sécurisants et appropriés. Cette formation doit être ancrée dans la lutte contre le racisme et la décolonisation, et nommer explicitement la discrimination systémique et les structures de pouvoir coloniales. Elle doit être guidée par les perspectives autochtones et inclure des mécanismes d'évaluation de la responsabilité ainsi que des changements concrets dans la pratique.

- **Augmentation de la représentation autochtone** : il faut un plus grand nombre de travailleurs de la santé, de défenseurs des droits des patients et de conseils consultatifs autochtones pour superviser les politiques et les pratiques en matière de soins de santé.
- **Changements législatifs** : le principe de Joyce doit être mis en œuvre aux niveaux provincial/territorial et fédéral pour garantir le droit des peuples autochtones à des soins de santé sécurisants et équitables.

L'héritage de l'histoire de Joyce Echaquan continue d'alimenter les efforts de défense des droits, exhortant à des réformes systémiques pour s'assurer que les patients autochtones reçoivent les soins qu'ils méritent dans le respect de leur dignité.

Questions de réflexion

- Quel rôle jouez-vous, en tant qu'infirmière ou infirmier, dans la perpétuation du racisme systémique et des structures de pouvoir coloniales sur votre lieu de travail ou dans la rupture avec ceux-ci? Quelles mesures précises avez-vous prises pour garantir que les patients autochtones soient traités avec dignité et respect?
- Quelles approches de soins axées sur les traumatismes contribueraient à réduire les traumatismes? Qu'est-ce que le traumatisme vicariant? Comment, en tant qu'infirmière ou infirmier, gérez-vous ce facteur de stress?
- Comment votre formation en soins infirmiers et votre formation institutionnelle vous ont-elles préparé ou non à reconnaître et à traiter le racisme dirigé contre les personnes autochtones dans les contextes cliniques? Quels sont les changements nécessaires en matière d'éducation et de politique?
- Quels obstacles dans votre unité ou votre organisation peuvent empêcher le personnel soignant d'intervenir lorsqu'il est témoin de soins dangereux ou imprégnés de racisme? Quels soutiens sont nécessaires pour faire de la sécurité culturelle une responsabilité partagée?
- À la lumière du cadre RCP RACISME, et compte tenu de l'expérience de Joyce Echaquan, quelles stratégies spécifiques pouvez-vous mettre en œuvre dans votre pratique quotidienne des soins infirmiers pour combattre le racisme lorsqu'il survient, et pour contribuer à un environnement de soins culturellement sécurisant et responsable?

Réconciliation en éducation

Dans le domaine de l'éducation, on entend souvent que le personnel infirmier s'éloigne de la défense des droits et du changement systémique, en partie à cause des lacunes dans sa formation, mais aussi en raison des difficultés à aborder les questions de pouvoir¹⁴. Cela fait bien longtemps que les programmes de soins infirmiers ne préparent pas le personnel à jouer un rôle sociopolitique, en particulier dans la défense des droits¹⁸⁴. Dans l'intérêt de progrès constructifs, les soins infirmiers doivent véritablement refléter les voix, les expériences, les valeurs et les langues des peuples autochtones et de leurs communautés d'une manière utile. Cet apprentissage ne peut être façonné par les seuls établissements d'enseignement; toutes les organisations et tous les leaders du secteur de la santé doivent prendre cet engagement. Il faut nous rappeler que les soins infirmiers ne se limitent pas aux soins aux patients; il s'agit de relations, d'identité et de la force qui découle du fait d'être profondément connecté à sa propre conscience critique de soi et de comprendre que le monde naturel est une ressource fragile. Reconnaître que le corps de la Terre (la terre) est inextricablement lié au corps humain (la culture) réaffirme l'importance des langues, des systèmes de connaissance et des perspectives holistiques autochtones dans les soins de santé. Dans ce contexte, il est important de noter que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont financé six chaires de recherche autochtone en soins infirmiers en 2019 afin d'explorer les déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé tout en promouvant les pratiques holistiques autochtones. Ces relations et ces liens sont essentiels à la résilience, à l'appartenance et au bien-être des spécialistes infirmiers en santé autochtone.



En tant que principaux lieux de perfectionnement professionnel, les écoles de soins infirmiers jouent un rôle essentiel dans la formation de la plus grande cohorte de professionnels de la santé. Elles ont la responsabilité d'enseigner aux personnes qui ne sont pas autochtones ce qu'est le racisme et comment la fragilité des Blancs peut inhiber la pratique relationnelle. Ce faisant, elles peuvent aider les administrations, le corps enseignant et les étudiants à acquérir les connaissances, les compétences et la réflexivité critique nécessaires pour fournir des soins respectueux et culturellement sécurisants dans leur environnement professionnel. La suite de ce document décrit des stratégies pratiques pour atteindre ces objectifs.

Les voies de l'apprentissage : les façons autochtones d'être, de savoir et de faire

L'une des façons de s'assurer que les systèmes de connaissances autochtones sont véritablement représentés dans les soins infirmiers est d'impliquer activement des personnes autochtones (personnes aînées, gardiens du savoir et membres de la communauté) à titre de mentors et d'enseignants. Une telle participation permet aux étudiants d'approfondir leur compréhension des visions du monde, des valeurs et des approches relationnelles autochtones en matière de soins, ce qui améliore leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne et culturellement sécurisants^{31,68}. Les récits, l'apprentissage sur le terrain et l'engagement communautaire honorent les modes de connaissance autochtones et remettent en question les paradigmes centrés sur l'Occident dans l'enseignement

des soins de santé, ce qui se traduit par une approche plus inclusive de l'apprentissage³¹. En plaçant les voix autochtones, enracinées dans le lieu et la personne, au centre de l'apprentissage, l'élaboration des programmes d'études s'aligne davantage sur les réalités vécues, les priorités culturelles et les objectifs autodéterminés des communautés autochtones, et y répond mieux.

Réviser la formation en soins infirmiers pour affronter l'histoire coloniale, le racisme systémique, les inégalités dont souffrent les personnes autochtones dans le domaine de la santé, les déséquilibres de pouvoir et la discrimination institutionnelle est une démarche qui conduit à des résultats plus équitables en matière de soins de santé, et est donc essentielle pour un changement significatif. L'intégration d'une formation obligatoire à la lutte contre le racisme et à la sécurité culturelle des personnes autochtones dans les programmes de soins infirmiers prépare le futur personnel infirmier à fournir des soins qui reconnaissent et respectent les identités culturelles des patients autochtones. Confronter les étudiants à des études de cas réalistes et à des simulations qui exposent le racisme dirigé contre les Autochtones et donnent des exemples de soins culturellement sécurisants renforce la pensée critique et l'empathie. Cela les prépare à repérer et à combattre la discrimination dans de vrais contextes cliniques. Les exercices de réflexivité peuvent aider les étudiants à examiner leurs préjugés personnels et leurs identités culturelles, ainsi qu'à développer la conscience de soi dont ils ont besoin pour fournir des soins culturellement sécurisants. En outre, l'intégration de perspectives sur la

santé, l'histoire et les droits des personnes autochtones dans les cours d'éthique et de politique des soins infirmiers fournit le contexte sociopolitique essentiel nécessaire pour défendre les droits des patients autochtones et faire respecter les principes de sécurité culturelle.

Les voies de la responsabilisation

Une formation professionnelle permanente sur la lutte contre le racisme, la santé des Autochtones et la sécurité culturelle permet de veiller à ce que le personnel enseignant reste informé des meilleures pratiques, et donc de donner l'exemple et d'enseigner ces principes de manière efficace. La mise en place de structures de responsabilisation pour la mobilisation du corps enseignant dans les principes de lutte contre le racisme, telles que des auto-évaluations régulières et des évaluations par les pairs, encourage la réflexion et l'amélioration continues de la prestation d'un enseignement culturellement sécurisant. Il est tout aussi important de mettre en place des politiques claires pour lutter contre le racisme dont sont victimes les étudiants, les enseignants et les patients autochtones, en veillant à ce que les incidents soient traités rapidement et efficacement et en créant un environnement sûr et inclusif pour tout le monde. Le développement de partenariats avec des organisations autochtones pour élaborer et évaluer conjointement des initiatives de lutte contre le racisme garantit que les stratégies sont à la fois adaptées à la culture et efficaces, ce qui permet d'obtenir des résultats plus constructifs. Enfin, la mise en place de mécanismes obligatoires de signalement et d'intervention en cas d'incidents racistes au sein des

programmes de soins infirmiers favorise la transparence et la responsabilisation, qui sont des éléments essentiels d'un environnement éducatif culturellement sécurisant.

Des réseaux de soutien

Offrir des possibilités d'apprendre de personnes à qui nous offrons des services est une richesse inestimable. Nous avons besoin de renforcer le nombre de stages cliniques dans des communautés autochtones ou des organisations de santé dirigées par des personnes autochtones, afin que le personnel infirmier acquière une expérience pratique de la prestation de soins culturellement sécurisants, tout en approfondissant sa compréhension des besoins de santé propres aux communautés. La formation des précepteurs à la lutte contre le racisme et à la sécurité culturelle garantit que ces mentors cliniques adoptent des pratiques culturellement sécurisantes. Cela empêche ainsi la perpétuation des préjugés et permet de créer des environnements d'apprentissage favorables. Enfin, la mise en place de systèmes de signalement anonyme des cas de racisme observés pendant les stages cliniques protège à la fois les étudiants et les patients, en renforçant la responsabilisation et l'amélioration continue en milieux cliniques.

La création d'espaces sécurisants et de réseaux de soutien pour le personnel infirmier autochtone favorise un sentiment d'appartenance et l'aide à relever les défis propres à son expérience en matière de soins de santé. Offrir des bourses et des possibilités de financement pour accroître la représentation autochtone dans les



programmes de soins infirmiers réduit les obstacles financiers et renforce ainsi la diversité de la main-d'œuvre infirmière. Enfin, reconnaître et valoriser la recherche, les méthodologies et les modes de connaissance autochtones dans le cadre universitaire enrichit l'environnement d'apprentissage et garantit l'intégration de diverses perspectives dans la formation en soins infirmiers. Le mentorat intergénérationnel est l'un des moyens les plus efficaces de renforcer ce soutien. Un mentor de confiance qui peut comprendre les difficultés, partager sa sagesse et donner des conseils est important pour remodeler la formation en soins infirmiers. Cela permet également au personnel infirmier et aux étudiants autochtones de trouver son chemin dans des systèmes oppressifs qui sont souvent peu accueillants et peuvent laisser des personnes à l'écart. Les programmes structurés de mentorat intergénérationnel qui associent des étudiants autochtones à des membres du personnel infirmier autochtones et à des détenteurs du savoir peuvent créer des environnements propices à la croissance professionnelle, à la résilience et au leadership, tandis que les étudiants acquièrent la confiance et l'assurance qu'ils ne sont pas seuls dans leur cheminement. De futurs efforts devraient inclure des possibilités d'apprentissage sur le terrain, comme des stages dans des territoires traditionnels et l'immersion dans des pratiques de guérison autochtones⁶⁸, afin de renforcer l'identité culturelle et d'enrichir la formation en soins infirmiers. Reconnaître l'expertise des peuples autochtones dans la santé et le bien-être est essentiel pour faire progresser la souveraineté en matière de santé et intégrer les modes de connaissance autochtones dans les soins de santé.

Globalement, il est de plus en plus reconnu que le racisme systémique est un facteur important dans l'éducation. Il existe un lien évident entre les exemples qui sont montrés et ce qui est appris dans l'expérience de l'école des soins infirmiers, qui se répercute dans l'environnement de la pratique des soins de santé. En 2023, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières a reconnu le tort causé aux peuples autochtones et a présenté des excuses en s'engageant à combattre le racisme dirigé contre les personnes autochtones dans le cadre de la formation en soins infirmiers¹⁹⁴. L'une des initiatives de formation à la sécurité culturelle autochtone les plus connues est le programme de formation à la sécurité culturelle et à l'antiracisme autochtones San'ya, élaboré en 2008 sous la direction de l'autorité provinciale des services de santé (PHSA) en Colombie-Britannique¹⁷⁷. L'Association canadienne des infirmières et infirmiers autochtones a été à l'origine de l'accent mis sur la formation à la sécurité culturelle au début des années 2000, et des organisations nationales en ont fait la promotion. Le programme de formation à la sécurité culturelle et à l'antiracisme autochtones San'ya propose aux professionnels de la santé des exercices interactifs et des activités de réflexion axés sur le colonialisme, le racisme systémique et la sécurité culturelle autochtone. Lancé à l'origine en Colombie-Britannique, il a depuis été étendu à l'Ontario et au Manitoba, où il a été adapté pour tenir compte de l'histoire et des défis propres à chaque province en matière de soins de santé et de services sociaux¹⁷⁷.

Le programme Indigenous Cultural Competency Training (ICCT)¹⁸⁶ a été lancé en 2012 à l'Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres (OFIFC)¹⁸⁷ afin de développer des compétences essentielles pour comprendre comment établir des partenariats efficaces avec les populations autochtones. Il transmet des leçons cruciales en intégrant quatre segments éducatifs interdépendants couvrant la gestion coloniale, la mise en œuvre de la *Loi sur les Indiens*⁵⁸, le fonctionnement des pensionnats et l'élaboration des traités. Au Manitoba, la chaire de recherche autochtone en soins infirmiers du Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba (SSDSPNM)¹⁸⁸ a adopté une position proactive pour démanteler le racisme systémique dans les soins de santé afin de garantir que les peuples des Premières Nations reçoivent des soins équitables et culturellement sécurisants. Une initiative clé dans cet effort est le projet *Disrupting Anti-Indigenous Racism : Moving Beyond Cultural Sensitivity in Health Care*¹⁸⁹. Élaborée par une équipe dédiée du personnel du SSDSPNM, cette formation de 8 à 10 semaines est conçue pour les fournisseurs de soins de santé afin de confronter et de casser les préjugés et les pratiques discriminatoires enracinés, en ciblant particulièrement la transmission de stéréotypes néfastes des précepteurs aux stagiaires. Grâce à cette formation, les participants s'engagent dans un processus d'apprentissage transformateur qui se concentre sur la compréhension des effets historiques et continus de la colonisation, sur l'utilisation de la réflexivité pour remettre en question leurs propres préjugés, et sur des outils pratiques pour identifier et combattre le racisme. En intégrant ces principes dans l'enseignement des soins de santé et le perfectionnement

professionnel, le SSDSPNM continue de montrer la voie en s'attaquant au racisme dirigé contre les Autochtones, en encourageant la responsabilisation et en plaidant pour un changement systémique dans le système de soins de santé. De même, les bureaux de l'équité, de la lutte contre le racisme, de l'accès et de la participation¹⁹⁰ de la faculté des sciences de la santé Rady dirigent les travaux visant à établir des normes en matière de lutte contre le racisme et de justice sociale grâce à des ressources éducatives en ligne et des possibilités d'apprentissage pour les étudiants, le corps enseignant et les prestataires de soins de santé.

Les réformes nationales

En 2021, le gouvernement du Canada a institué la Journée nationale de la vérité et de la réconciliation : le 30 septembre, un jour férié pour les employés du gouvernement fédéral, rend hommage aux survivants des pensionnats, à leurs familles et à leurs communautés¹⁹¹. Cette journée sert à reconnaître publiquement l'histoire coloniale du Canada et la nécessité d'une réflexion collective, d'une éducation et d'une responsabilisation. Dans le secteur de la santé, cette journée est devenue le point de convergence d'initiatives, d'ateliers et de campagnes visant à lutter contre le racisme dirigé contre les personnes autochtones et à favoriser la réconciliation grâce à des soins respectueux de la culture. En 2023, l'ACESI a collaboré avec les chaires de recherche autochtone en soins infirmiers et Services aux Autochtones Canada pour lancer une série d'ateliers virtuels nationaux à l'intention du personnel enseignant en sciences infirmières¹⁹¹. Ces ateliers, conçus conjointement avec des gardiens du savoir, des personnes

aînées et des étudiants en sciences infirmières autochtones, ont porté sur des sujets tels que le racisme dirigé contre les Autochtones, l'humilité et la sécurité culturelles, et le changement systémique dans l'enseignement des sciences infirmières. La série du printemps 2023 a attiré 500 participants, et des sessions bilingues sont prévues. Les évaluations avant et après les ateliers ont montré que 93 % des participants avaient acquis de nouvelles connaissances et que 69 % d'entre eux étaient très satisfaits des séances.

Porter la série d'ateliers à l'échelle nationale pour inclure des professeurs, des leaders de la santé, des instructeurs cliniques ou des récepteurs et des décideurs politiques dans toutes les provinces et tous les territoires renforcera son impact. Proposer des séances en plusieurs langues améliorera également l'accessibilité et l'inclusivité. Pour que les progrès soient durables, des systèmes de suivi et d'évaluation solides sont nécessaires afin de s'attaquer à la mise en œuvre des appels à l'action de la CVR dans la formation en soins infirmiers. Une collaboration étroite avec les communautés, les gardiens du savoir et les organisations autochtones aidera ces initiatives à s'aligner sur les valeurs et les priorités autochtones. En outre, un financement équitable continu du gouvernement fédéral et des pouvoirs publics provinciaux est essentiel pour soutenir et étendre les initiatives de soins de santé qui font progresser les pratiques de lutte contre le racisme. Les établissements de santé, les syndicats, les organisations professionnelles et les organismes éducatifs canadiens reconnaissent de plus en plus la nécessité de s'attaquer au racisme dirigé contre les Autochtones. Parmi les initiatives notables, citons les suivantes.

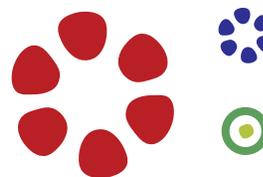
- **Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII)** : la FCSII défend l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et ses membres depuis 20 ans. La FCSII s'est engagée dans un travail d'éducation et a souligné, lors de ses congrès biennaux, les enjeux du racisme dirigé contre les Autochtones dans les soins de santé ainsi que les disparités en matière de santé parmi les populations autochtones au Canada. La FCSII a notamment signé une déclaration commune avec le Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba en 2015 pour soutenir le principe de Jordan²⁴⁰, organisé un atelier éducatif lors de son congrès en 2017, adopté le principe de Joyce lors de son congrès en 2021, et proposé un webinaire éducatif en direct sur la lutte contre le racisme dirigé contre les personnes autochtones dans les soins de santé pour ses membres et la population en 2021. Ses organisations membres, les syndicats provinciaux d'infirmières et d'infirmiers, ont également mené leur propre travail d'éducation sur cette question au fil des ans. En outre, le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique (SIICB), membre de la FCSII, a présenté des excuses aux peuples autochtones et réaffirmé son engagement en faveur d'un processus de réconciliation authentique et juste en 2022¹⁹².
- **Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)** : en 2021, l'AIIC a publié la Déclaration contre le racisme à l'égard des Autochtones dans les soins infirmiers et les soins de santé, en demandant à tous les prestataires de soins de santé de s'engager à éliminer

le racisme dirigé contre les Autochtones dans les soins infirmiers et les soins de santé. Le code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés de l'AIC met l'accent sur la sécurité culturelle, les soins éthiques et la défense des intérêts, en exhortant le personnel infirmier à établir des relations respectueuses, à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et à remettre en question les pratiques discriminatoires¹⁹³.

- **Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)** : en tant qu'organisme d'accréditation de la formation en soins infirmiers au Canada, l'ACESI a intégré des normes de lutte contre le racisme dans l'accréditation des soins infirmiers en réponse à l'appel à l'action n° 24 de la Commission de vérité et réconciliation⁵. Ces normes exigent que tous les programmes de soins infirmiers incluent une formation sur la santé des personnes autochtones, la colonisation, les droits autochtones et la lutte contre le racisme. L'ACESI a également créé le groupe de travail sur la lutte contre le racisme dans la formation en sciences infirmières afin de faire progresser la lutte contre le racisme et la compétence culturelle dans l'enseignement des soins infirmiers^{194,195,196}.
- **Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada (AEIC)** : l'AEIC a un caucus autochtone depuis de nombreuses années et, au fil des ans, elle a adopté des résolutions et des énoncés de position lors de ses congrès. Elle reconnaît le colonialisme dans notre système de soins de santé et s'emploie à la sécurité culturelle des clients en s'appuyant sur l'expérience des étudiants en sciences infirmières au Canada¹⁹⁷.

- **Organisation de normes en santé (HSO)** : en collaboration avec l'AIC, l'Organisation a élaboré une norme pour la sécurisation et l'humilité culturelles afin d'améliorer les environnements de soins de santé pour les patients autochtones. Cette norme met l'accent sur la formation, la promotion d'une mobilisation respectueuse et la garantie que les pratiques de soins de santé respectent les droits des Autochtones¹⁹⁸.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à éliminer le racisme dirigé contre les Autochtones dans les systèmes de santé à l'échelle nationale. Entre octobre 2020 et janvier 2023, quatre Dialogues nationaux sur le racisme envers les Autochtones dans les soins de santé ont été organisés³⁶, réunissant les pouvoirs publics, les partenaires des systèmes de santé et les organisations de santé autochtones pour discuter de mesures réalisables. Ces discussions ont permis d'élaborer des politiques et d'allouer des fonds visant à améliorer les services de soins de santé culturellement sécurisants dans l'ensemble du pays³⁶. Bien que les progrès varient d'une province et d'un territoire à l'autre, plusieurs régions ont lancé des réformes systémiques, qui sont décrites en détail dans la section suivante.



Les réformes provinciales et territoriales

Île-du-Prince-Édouard : Santé Î.-P.-É. a élaboré le document «Summary of Indigenous Health Resources and Trainings». Cette liste des ressources et formations en matière de santé autochtone à l'intention des prestataires de services propose des outils de sécurité culturelle et des lignes directrices en matière de pratiques inclusives pour soutenir la prestation de soins respectueux et éclairés aux patients autochtones¹⁹⁹.

La Confédération des Mi'kmaq de l'Île-du-Prince-Édouard et le Native Council of Prince Edward Island jouent également un rôle clé en veillant à ce que les communautés autochtones aient accès à des services de santé et de bien-être adaptés à leur culture. En outre, la province a lancé son premier Plan d'action en matière de lutte contre le racisme (2023-2028) pour lutter contre le racisme systémique, notamment le racisme dirigé contre les Autochtones, dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des services publics²⁰⁰.

Terre-Neuve-et-Labrador : la province soutient la recherche et la réforme de la santé menées par les Autochtones depuis 2020 grâce à son groupe d'échange de recherche sur la santé autochtone, qui encourage les solutions communautaires ancrées dans les connaissances traditionnelles et les partenariats équitables²⁰¹. Un comité ministériel sur la lutte contre le racisme travaille à la révision de la législation et dirige les efforts d'éducation de la population²⁰². À St. John's, un plan d'action communautaire élaboré conjointement

avec des partenaires autochtones s'aligne sur la CVR et la DNUDPA, tandis que des initiatives telles que Community Justice Connect soutiennent l'accès à la justice et s'attaquent au racisme systémique²⁰³.

Alberta : la province a mis fin à l'utilisation des signalements à la naissance en 2020. Cette pratique de protection de l'enfance permettait aux autorités de signaler les futurs parents à leur insu ou sans leur consentement. Reconnue comme une pratique discriminatoire de protection de l'enfance, elle affectait de manière disproportionnée les familles autochtones. L'Alberta s'est ainsi alignée sur les recommandations nationales visant à éliminer le racisme systémique dans l'enlèvement des enfants²⁰⁴. Les communautés autochtones de la province, notamment l'établissement métis de Paddle Prairie et la Nation crie de Sturgeon Lake, ont continué à faire progresser les initiatives de bien-être et de guérison. La Fondation autochtone de guérison a soutenu ces efforts à leurs débuts; ils reçoivent désormais le soutien du leadership communautaire et de programmes provinciaux²⁰⁵.

Yukon : lancée en 2019, la stratégie *Putting People First* d'abord énonce 76 recommandations visant à transformer les services de santé et les services sociaux en un système plus intégré et centré sur la personne. Au cœur des réformes se trouvent la sécurité culturelle, les soins tenant compte des traumatismes et l'inclusion des perspectives autochtones grâce à une gouvernance conjointe avec les Premières Nations. Témoignant d'un engagement en faveur de soins respectueux, l'autorité sanitaire a désormais un nom en langue autochtone, comme Shāw Kwä'ą en tutchone du Sud²⁰⁶.

Territoires du Nord-Ouest : le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO) a établi un partenariat avec les gouvernements autochtones pour renforcer la sécurité culturelle et l'accessibilité au sein du système de santé et de services sociaux. Parmi les principales initiatives se trouvent une formation obligatoire à la sécurité culturelle et à la lutte contre le racisme dirigé contre les Autochtones pour l'ensemble du personnel de santé, la promotion des langues autochtones dans les établissements de santé et des efforts pour constituer une main-d'œuvre représentative de la population majoritairement autochtone du territoire. En 2022-2023, le GTNO a également créé une unité chargée de la sécurité culturelle et de la lutte contre le racisme afin de diriger les efforts déployés à l'échelle du système pour lutter contre le racisme systémique, en mettant l'accent sur le racisme dirigé contre les Autochtones^{207,208,209}.

Nunavut : le ministère de la Santé du Nunavut intègre le Gaujimajatuqangit inuit (QI), le savoir traditionnel inuit, dans la prestation des services, favorisant ainsi des soins fondés sur la culture et dirigés par la communauté²¹⁰. En 2023, une formation obligatoire à la sécurité culturelle a été introduite pour les médecins qui s'installent au Nunavut afin d'améliorer leur compréhension de l'histoire, des valeurs et des expériences en matière de soins de santé des Inuits²¹¹. Des ressources éducatives supplémentaires, notamment une orientation culturelle et un soutien à la sécurité culturelle, aident les prestataires à fournir des soins respectueux et efficaces²¹².

Saskatchewan : les infirmières et infirmiers autorisés sont tenus d'adhérer à des normes de pratique qui mettent l'accent sur la sécurité culturelle et les soins éthiques¹⁷¹. Ces normes visent à garantir que les professionnels de la santé sont équipés pour fournir des services respectueux et culturellement appropriés aux patients autochtones. Toutefois, un suivi et une évaluation continus sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces politiques sur la santé des patients.

Québec : bien que le gouvernement du Québec n'ait pas pleinement adopté le principe de Joyce, le Collège des médecins du Québec et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont publiquement exhorté la province à reconnaître officiellement le racisme systémique et à collaborer avec les organisations autochtones pour élaborer des politiques de soins de santé culturellement sûres. La FIQ a approuvé le principe de Joyce lors d'un précédent congrès et a réitéré son appel à des mesures gouvernementales après les élections provinciales de 2022^{213,214,215}.

Ontario et Manitoba : ces deux provinces ont mis en place des programmes de formation aux compétences culturelles à l'intention des prestataires de soins de santé afin de réduire les préjugés et d'améliorer les soins prodigués aux patients autochtones^{216,217}. Ces initiatives privilégient la collaboration avec les dirigeants et les communautés autochtones pour veiller à ce que les réformes soient guidées par l'expérience vécue et les connaissances traditionnelles, bien qu'une évaluation continue soit nécessaire pour déterminer l'efficacité de ces initiatives.

Colombie-Britannique : à la suite du rapport « In Plain Sight » de 2020, qui décrivait en détail le racisme autochtone omniprésent dans le système de santé de la Colombie-Britannique, la province a pris des mesures d’envergure pour mettre en œuvre les 24 recommandations du rapport. En novembre 2022, la loi *Health Professions and Occupations Act* (le projet de loi 36)¹⁷⁵ a reçu la sanction royale : elle a instauré des dispositions contre la discrimination pour renforcer les réponses au racisme dirigé contre les Autochtones et améliorer la sécurité culturelle des services de soins de santé. En 2023, un point sur les progrès réalisés au bout de 24 mois a souligné les efforts en cours, notamment la création de l’équipe de travail In Plain Sight chargée de superviser le processus de mise en œuvre¹¹³.

Nouvelle-Écosse : la province a adopté la loi *Dismantling Racism and Hate Act*²¹⁹ en 2022. Cette loi sur le démantèlement du racisme et de la haine prévoit une stratégie provinciale pour lutter contre la haine, l’iniquité et le racisme systémiques. Cette stratégie répond aux commentaires de la communauté et aux préoccupations soulevées par les communautés sous-représentées et mal desservies, telles que les Mi’kmaq et les personnes d’ascendance autochtone.

Nouveau-Brunswick : bien que les changements au niveau provincial aient été lents, la chaire de recherche autochtone en soins infirmiers du Nouveau-Brunswick a travaillé en étroite collaboration avec des partenaires de la communauté autochtone pour soutenir des initiatives locales, notamment de nouveaux services infirmiers autochtones de proximité et de bien-être, des initiatives de revitalisation des langues, une formation à la diversité

culturelle, des projets de justice réparatrice et la conception et la construction (actuellement en cours) d’un centre de guérison autochtone²¹⁸.

Soutien aux initiatives communautaires et autochtones

Il est important d’impliquer les communautés autochtones et leurs dirigeants dans les initiatives de soins de santé pour s’assurer que ces efforts cadrent bien à leurs besoins et priorités uniques. La collaboration avec les organisations de santé autochtones permet d’établir des partenariats qui favorisent l’élaboration de stratégies de soins de santé fondées sur les valeurs et les pratiques autochtones¹³⁴. Un financement adéquat constitue une base nécessaire pour lutter contre les disparités systémiques tout en créant l’équité en matière de santé en permettant aux communautés de concevoir, de mettre en œuvre et de maintenir des politiques culturellement pertinentes²²⁰. Les gouvernements, tant fédéral que provinciaux, devraient allouer un financement spécifique aux initiatives menées par les communautés autochtones, en particulier à celles qui concernent les pratiques de guérison traditionnelles, la promotion de la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme systémique.

La Régie de la santé des Premières Nations

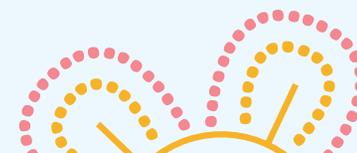
La Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique est un excellent exemple de gouvernance autochtone efficace²²¹. Établie en 2013 grâce à un transfert historique des services de santé du gouvernement fédéral aux dirigeants des Premières Nations, la Régie

est la première et la seule autorité sanitaire autochtone à l'échelle de la province au Canada. Elle a été créée pour veiller à ce que les communautés autochtones aient un plus grand contrôle sur leurs propres systèmes de soins de santé²²¹. Cette évolution représente un pas vers l'autodétermination en matière de soins de santé, reconnaissant l'importance d'approches culturellement pertinentes et menées par les communautés.

La Régie met l'accent sur le bien-être holistique, les pratiques de guérison traditionnelles et les soins culturellement sécurisants. Contrairement aux systèmes de santé traditionnels, qui imposent souvent des modèles de soins standardisés, la Régie travaille directement avec les communautés des Premières Nations pour concevoir des programmes qui reflètent leurs besoins uniques et leurs valeurs culturelles. Parmi les initiatives, on retrouve des programmes de bien-être mental, des pratiques de guérison en nature, des stratégies de réduction des risques et l'intégration des connaissances autochtones dans les services de soins de santé¹³⁴. En plaçant la gouvernance autochtone au centre du processus décisionnel en matière de soins de santé, la Régie sert de modèle aux autres régions qui cherchent à décoloniser les services de santé. Son approche démontre l'efficacité des systèmes de soins de santé dirigés par des Autochtones dans la lutte contre les inégalités systémiques, la réduction des obstacles aux soins et l'harmonisation des services avec les besoins culturels et spirituels distincts des membres des Premières Nations^{9,222}. Le travail de la Régie souligne l'importance de l'autodétermination dans la réalisation de l'équité en matière de santé et sert d'exemple de la façon dont le leadership autochtone peut transformer les soins de santé au Canada.

Coup d'œil sur le leadership infirmier en santé autochtone

Tajikeimik est une nouvelle organisation axée sur la santé et le bien-être des Mi'kmaq et autogérée par les Premières Nations en Nouvelle-Écosse. Tajikeimik illustre bien la manière dont une gouvernance des soins de santé dirigée par les Autochtones peut améliorer l'équité en matière de santé, la sécurité culturelle et les solutions de soins de santé autodéterminées pour les communautés mi'kmaq²²³. À Mi'kma'ki, sur les terres ancestrales et non cédées des Mi'kmaq, l'organisme Tajikeimik mène une transformation des services de santé en prenant le contrôle de la conception et de la mise en œuvre des programmes de santé et de bien-être. L'objectif est de fournir aux Mi'kmaq de Nouvelle-Écosse des approches de soins holistiques, de haute qualité et culturellement sécurisantes²²⁴. La formation des prestataires de soins de santé aux connaissances et aux visions du monde autochtones est un élément essentiel de cette transformation, car il s'agit d'améliorer la sécurité culturelle et la santé. L'une des principales initiatives dans ce domaine est un programme d'enseignement sur la sécurité culturelle élaboré en partenariat avec l'université Dalhousie et IWK Health²²⁴. Le programme « To Know Better Is to Do Better: Translating Indigenous Knowledge to Health Practice » est activement mis à l'essai dans toute la Nouvelle-Écosse afin de doter les professionnels de la santé des compétences et de la compréhension nécessaires pour fournir des soins culturellement sécurisants²²⁵.



Le bureau des soins infirmiers L'nu

Le bureau des soins infirmiers L'nu²²⁶ a été créé dans le cadre de l'initiative des soins infirmiers L'nu, élaboré sous la présidence de la Dre Margot Latimer et concrétisé par des propositions permanentes soumises en partenariat avec Tajikeimik. Les partenariats avec la province et les écoles d'infirmières de Nouvelle-Écosse ont été essentiels pour donner vie à cette initiative. Aujourd'hui dirigé par Tajikeimik, le bureau des soins infirmiers L'nu est géré par les Mi'kmaq. Il est dirigé par un directeur et peut accueillir quatre spécialistes mi'kmaq/autochtones en formation infirmière²²⁷, qui apportent leur soutien et travaillent dans les écoles de soins infirmiers de la province. Ces spécialistes sont des infirmières ou infirmiers mi'kmaq qui offrent leur expérience et leur sagesse aux étudiants l'nu actuels ou potentiels. L'objectif du bureau est de « créer un environnement durable, propice et sécurisant pour les étudiants l'nu en soins infirmiers, en favorisant la compréhension culturelle et en habilitant les étudiants mi'kmaq/l'nu dans leur formation en soins infirmiers »²²⁶. Grâce au mentorat, à des ressources culturellement pertinentes et à un réseau de pairs et d'alliés, l'initiative permet aux étudiants mi'kmaq/l'nu de s'épanouir dans un domaine qui n'a pas toujours reflété leurs perspectives et leurs expériences uniques. L'accent est également mis sur le renforcement du sentiment d'appartenance à la communauté en mettant en relation et en célébrant les réussites des infirmières et infirmiers mi'kmaq qui travaillent actuellement en Nouvelle-Écosse²²⁶.

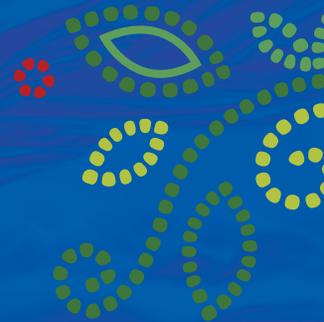
Preuve de son engagement, l'initiative d'investissement dans la recherche de Research Nova Scotia a financé un projet intitulé « Etuaptmu'k W'loti : Using Mi'kmaq Knowledge to Create Health & Wellness Solutions »²²⁸. Cette initiative, coorganisée par Tajikeimik et IWK Health, représente une étape importante vers l'autodétermination dans le domaine de la recherche sur la santé des Mi'kmaq. Elle devrait permettre d'améliorer la santé des personnes autochtones en Nouvelle-Écosse, notamment grâce à une formation culturellement sécurisante pour les étudiants en santé et les cliniciens en exercice, ainsi qu'à l'élaboration d'une boîte à outils de sécurité culturelle avec des indicateurs au niveau de la communauté, du clinicien, de l'organisation et du système^{228,225}. Au-delà de ces initiatives majeures, Tajikeimik accueille également plusieurs autres programmes fondés sur la culture et axés sur des approches holistiques, culturellement sûres et de hautes qualités, notamment Nuji-Apoqnmu²²⁹, Msit Mijua'ji'jk²³⁰ et Mi'kmaq Cancer Care²³¹, ainsi que les postes de spécialistes mi'kmaq/autochtones en formation infirmière dans le cadre de l'initiative des soins infirmiers L'nu²³².

Pour conclure

Notre réseau de chaires de recherche autochtone en soins infirmiers des IRSC à travers le Canada, ainsi qu'un nombre croissant de détenteurs du savoir, de personnes âgées, d'étudiants et de membres du personnel, se sont engagés dans la recherche communautaire au cours des cinq dernières années, alors que nous travaillons collectivement à combattre le racisme contre les personnes autochtones et à faire progresser la réconciliation dans l'enseignement, la pratique et les politiques en matière de soins infirmiers au Canada. En cette période critique de l'histoire du Canada, il est possible de réaliser des changements positifs en cheminant ensemble vers la réconciliation avec les populations autochtones. Tous les membres du personnel infirmier détiennent la capacité d'endosser un rôle de leader, notamment en acquérant des connaissances liées à l'humilité culturelle, à la sécurité culturelle, à la médiation des conflits, aux droits de la personne et au racisme dirigé contre les Autochtones, ainsi qu'en se lançant dans la défense des droits des Autochtones en matière de soins de santé dans toutes les juridictions et en soutenant des services de santé holistiques durables.

Les décès évitables de Brian Sinclair, Joyce Echaquan et Keegan Combes révèlent les lourdes conséquences d'un problème de racisme jamais résolu contre les Autochtones dans le système de santé canadien. Ces tragédies montrent comment les héritages coloniaux, les échecs politiques et les structures de pouvoir inéquitables continuent de créer des conditions dangereuses et mortelles pour les patients autochtones. Malgré l'existence de mesures et de cadres pour l'équité, le fossé entre l'accès des Autochtones aux soins de santé et leur santé par rapport à l'accès des colons et à leur santé dans ces mêmes systèmes continue de se creuser : les systèmes n'ont pas encore véritablement démantelé les structures d'oppression qui perpétuent ces disparités flagrantes.

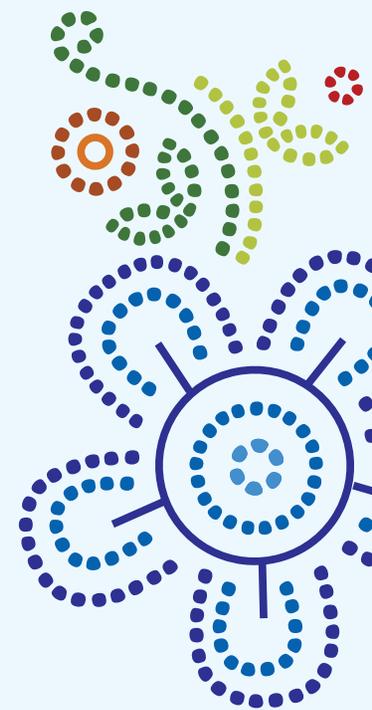
La vérité et la réconciliation ne sont pas une fin en soi, mais une base nécessaire pour traiter les impacts intergénérationnels des pensionnats, de l'assimilation forcée et d'autres formes de violence coloniale. Un véritable changement passe par une modification de la dynamique du pouvoir, le démantèlement des cadres oppressifs et l'intégration des savoirs, des visions du monde, des pédagogies et des pratiques de guérison autochtones dans les soins de santé courants.



Références

1. Métis Nation of Ontario. (n.d.). *Culture and heritage*. <https://www.metisnation.org/about-the-mno/culture-heritage>
2. Inuit Tapiriit Kanatami. (n.d.). *The national voice for Inuit in Canada*. <https://www.itk.ca/national-voice-for-communities-in-the-canadian-arctic>
3. Government of British Columbia. (2024, September). *Distinctions-based approach. Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/indigenous-people/new-relationship/united-nations-declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples/distinctions-based-approach>
4. Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
5. La Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf
6. Bourque Bearskin, M. L., Seymour, M. S. L. C., Melnyk, R., D'Souza, M., Sturm, J., Mooney, T., & Bell, B. (2024). Truth to action: Lived experiences of Indigenous healthcare professionals redressing Indigenous-specific racism. *Canadian Journal of Nursing Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08445621241282784>
7. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2024, Février 29). *Les plus récentes données de la main-d'œuvre en santé confirment les prédictions de l'AIC sur les pénuries infirmières* [Communiqué de presse]. <https://www.cna-aiic.ca/en/blogs/cn-content/2024/02/29/latest-health-workforce-data-confirms-cnas>
8. Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu* [Unpublished doctoral dissertation]. Victoria University of Wellington. <https://ir.wgtn.ac.nz/items/f23b0721-a705-404b-b5cf-7c4fb9c6c115>

9. First Nations Health Authority. (2016). *#itstartswithme: FNHA's policy statement on cultural safety and humility*. <https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>
10. Canadian Indigenous Nurses Association. (2019). *About us*. <https://indigenousnurses.ca/about>
11. Instituts de recherche en santé Canada. (n.d.). Chaires de recherche autochtone en soins infirmiers. *Indigenous research chairs in nursing*. <https://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/vwOpprnttyDtIs.do?prog=3033&language=F>
12. First Nations Health Authority & British Columbia Ministry of Health. (2024). *First Nations population health and wellness agenda: First interim update, 2024*. Retrieved from <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-First-Nations-Population-Health-and-Wellness-Agenda-First-Interim-Update-2024.pdf>
13. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2024, Avril). *Répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en lien avec la formation en sciences infirmières*. <https://www.casn.ca/fr/2024/04/repondre-aux-appels-a-laction-de-la-commission-de-verite-et-reconciliation-en-lien-avec-la-formation-en-sciences-infirmieres-serie-dateliers>
14. Phillips-Beck, W. (2020). *Indigenous research chair in nursing* [First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba]. <https://www.fnhssm.com/ichair>
15. First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. (2025). *Indigenous research chair in nursing*. <https://www.fnhssm.com/ichair>
16. Lux, M. K. (2016). *Separate beds: A history of Indian hospitals in Canada, 1920s-1980s*. University of Toronto Press.
17. Canadian Indigenous Nurses Association. (2016). *The Indigenous nurse: Celebrating 40 years*. https://myrnao.ca/sites/default/files/attached_files/CINA%20NEWSLETTER%20-%20Spring%202016.pdf
18. Dion Stout, M. (2012) Ascribed health and wellness, Atikowisi miýw-āyāwin, to achieved health and wellness, Kaskitamasowin miýwāyāwin: shifting the paradigm. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2), 11-14.

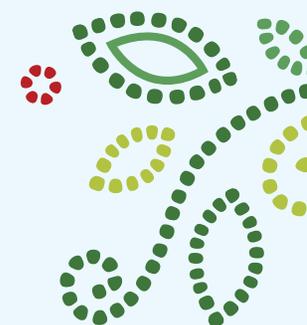


19. Meijer Drees, L. (2013). *Healing histories: Stories from Canada's Indian hospitals*. University of Alberta Press.
20. British Columbia Nurses' Union. (2024). *Indigenous leadership circle*. <https://www.bcnu.org/about-bcnu/human-rights-and-equity/indigenous-leadership-circle#:~:text=The%20Indigenous%20Leadership%20Circle%20offers,representative%20from%20each%20BCNU%20region>
21. L'encyclopédie canadienne. (2023, Novembre). Premières Nations. *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/premieres-nations>
22. Gouvernement du Canada. (n.d.). *Points saillants du recensement de 2021*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1690909773300/1690909797208>
23. Devine, H. (2004). *The people who own themselves: Aboriginal ethnogenesis in a Canadian family, 1660-1900*. University of Calgary Press.
24. Gabriel Dumont Institute of Native Studies and Applied Research. (2009). *The Virtual Museum of Métis History and Culture*. <https://www.metismuseum.ca>
25. Battiste, M., & Henderson Youngblood, J. (2000). *Protecting Indigenous knowledge and heritage* Purich.
26. Borrows, J. (2016). *Freedom and Indigenous constitutionalism*. University of Toronto Press.
27. Ermine, W. (1995). Aboriginal epistemology. In M. Battiste & J. Barman (Eds.), *First Nations education in Canada: The circle unfolds* (pp. 101-112). UBC Press.
28. Aikman, S., & King, L. (2012). Indigenous knowledges and education. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 42(5), 673-681.
29. Battiste, M. (2004, May 29). *Animating sites of postcolonial education: Indigenous knowledge and the humanities* [Plenary address].
30. Kimmerer, R. W. (2013). *Braiding sweetgrass: Indigenous wisdom, scientific knowledge and the teachings of plants*. Milkweed Editions.

31. Littlebear, R. (2000). Jagged worldviews colliding. In M. Battiste. (Ed.). *Reclaiming Indigenous voice and vision* (pp. 77-85). UBC Press.
32. Simpson, L. B. (2011). *Dancing on our turtle's back: Stories of Nishnaabeg re-creation, resurgence and a new emergence*. Arbeiter Ring Pub.
33. Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M., & Reading, C. (Eds.). (2018). *Determinants of Indigenous peoples' health: Beyond the social* (2nd ed.). Canadian Scholars' Press.
34. Bourque Bearskin, M. L. (2023). Decolonization: The what, why, and how: A treatise on Indigenous nursing knowledge. *Nursing Philosophy*, 24(3), e12430. <https://doi.org/10.1111/nup.12430>
35. Gouvernement du Canada. (2013). *Traités de paix et d'amitié (1725-1779)*. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1360937048903/1544619681681>
36. Gouvernement du Canada. (2024). La Proclamation Royale de 1763. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1370355181092/1607905122267>
37. Crosby, A. W. (1972). *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. Greenwood Publishing Company.
38. Miller, J. R. (2009). *Compact, Contract, Covenant: Aboriginal Treaty-Making in Canada*. University of Toronto Press
39. Nisga'a Lisims Government. (2000). *Nisga'a Treaty*. <https://www.nisgaanation.ca/government/nisgaa-treaty>
40. Council of Yukon First Nations. (1990). *Yukon Umbrella Final Agreement*. <https://www.cyfn.ca/agreements/umbrella-final-agreement>
41. Obomsawin, R. (2007, March). *Traditional medicine for Canada's First Peoples*. <https://lfs-indigenous.sites.olt.ubc.ca/files/2014/07/RayObomsawin.traditional.medicine-1.pdf>

42. First Nations Health Authority. (2025). *Our history, our health*. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-for-first-nations/our-history-our-health>
43. Daschuk, J. (2013). *Clearing the plains: Disease, politics of starvation, and the loss of Indigenous life*. University of Regina Press.
44. Craft, A., & Lebihan, A. (2021). The treaty right to health: A sacred obligation. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
45. Alfred, G. T. (2009). Colonialism and state dependency. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2), 42-60. https://www.researchgate.net/publication/242591149_Colonialism_and_State_Dependency
46. Gouvernement du Canada. (2018).). *L'arrivée des européens: les guerres du XVIIe siècle*. <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/histoire-militaire/histoire-patrimoine/ouvrages-grand-public/autochtones-militaire-canadienne/arrivee-europeens-guerres-XVIIe-siecle.html>
47. Wispelwey, B., Osuagwu, C., Mills, D., Goronga, T., & Morse, M. (2023). Towards a bidirectional decoloniality in academic global health: Insights from settler colonialism and racial capitalism. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1469–e1474.
48. Newman, M. T. (1976). Aboriginal New World epidemiology and medical care, and the impact of Old World disease imports. *American Journal of Physical Anthropology*, 45(3), 667-672.
49. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux esrvices de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
50. Seymour, C., Bourque Bearskin, M. L., Wazni, L., Melnyk, R., Rose Hunter Porter, N., & Padley, M. (2023). Moving beyond ignorance and epistemic violence: Indigenous health nurses' response to systems transformation. *Healthcare Papers*, 21(2), 35-41.
51. Ahenakew, C. (2011). The birth of the “windigo”: The construction of Aboriginal health in biomedical and traditional Indigenous models of medicine. *Critical Literacy: Theories & Practices*, 5(1), 4-11.

52. Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D., & Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *CMAJ*, 192(9), E208–E216. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190728>
53. Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16, 544.
54. Garcia-Vázquez, A. I. (2017). Indigenous Medical Tradition and Biomedical Tradition: A Historical Relation of Hegemony. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(3), 201–214. <https://journals.scholarpublishing.org/index.php/ASSRJ/article/view/2766/158>
55. La Violette, F. E. (1973). *The struggle for survival*. University of Toronto Press.
56. Cole, D., & Chaikin, I. (1990). *An iron hand upon the people: The law against the Potlatch on the Northwest Coast*. Douglas & McIntyre.
57. Pettipas, K. (1994). *Severing the ties that bind: Government repression of Indigenous religious ceremonies on the prairies* (Vol. 7). University of Manitoba Press.
58. Gouvernement du Canada. (1985). *Loi sur les Indiens (1876)*. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fr/lois/i-5>
59. Conn, H. (2023, October 17). Edith Monture. *The Canadian Encyclopedia*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/edith-monture>
60. Fiske, J. A., & George, E. (2007). Bill C-31: A study of cultural trauma. In J. P. White, E. Anderson, W. Cornet, & D. Beavon (Eds.), *Aboriginal policy research: Moving forward, making a difference* (Vol. 5, pp. 53–73). Thompson Educational Publishing.
61. Pasternak, S., & Groves, T. (2025). *RCMP and Inuit relocation*. National RCMP Heritage Centre. <https://rcmpheritage.ca/rcmp-history/indigenous-peoples/rcmp-and-inuit-relocation>
62. Osborne, S. (2023). Numéros de disques inuits. *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/numeros-de-disques-inuits>
63. Roberts, A. B. (1975). Eskimo identification and disc numbers: A brief history. Social Development Division, Department of Indian and Northern Affairs. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/numeros-de-disques-inuits>



64. Gouvernement du Canada. (2025). *Le gouvernement du Canada présente ses excuses pour l'abattage des chiens au Nunavik*. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1732300419996/1732300456676>
65. Michelin, O. (2019). Chien inuit canadien. *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/chien-inuit-du-canada>
66. Davin, N. F. (1879). *Report on industrial schools for Indians and half-breeds* [Davin Report]. <https://dev.nctr.ca/wp-content/uploads/2021/01/Davin-Report.pdf>
67. Adams, D. W. (1995). *Education for extinction: American Indians and the boarding school experience, 1875-1928*. University Press of Kansas. <https://kansaspress.ku.edu/9780700629602>
68. Gone, J. P. (2016). Alternative knowledges and the future of community psychology: Provocations from an American Indian healing tradition. *American Journal of Community Psychology*, 58(3-4), 314-321. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12046>
69. Sinclair, R. (2016). The Indigenous child removal system in Canada: An examination of legal decision-making and racial bias. *First Peoples Child & Family Review*, 11(2), 8-18. <https://fpcfr.com/index.php/FPCFR/article/view/310/260>
70. Mosby, I. (2013). Administering colonial science: Nutrition research and human biomedical experimentation in Aboriginal communities and residential schools, 1942-1952. *Histoire Sociale/Social History*, 46(1), 145-172. <https://doi.org/10.1353/his.2013.0015>
71. Milloy, J. S. (1999). *A national crime: The Canadian government and the residential school system, 1879-1986*. University of Manitoba Press.
72. Burnett, K. (2010). *Taking medicine: Women's healing work and colonial contact in Southern Alberta, 1880-1930*. UBC Press.
73. Symenuk, P. M., Tisdale, D., Bearskin, D. H. B., & Munro, T. (2020). In search of the truth: Uncovering nursing's involvement in colonial harms and assimilative policies five years post Truth and Reconciliation Commission. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(1), 84-96. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.51>

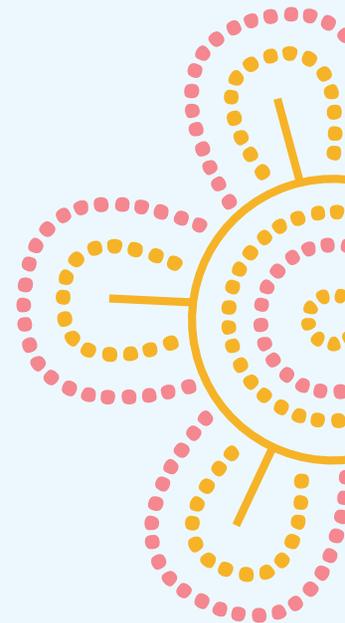
74. Blackstock, C. (2016). The complainant: The Canadian human rights case on First Nations child welfare. *McGill Law Journal*, 62(2), 285–328. <https://doi.org/10.7202/1040049ar>
75. Blackstock, C. (2019). Indigenous child welfare legislation: A historical change or another paper tiger? *First Peoples Child & Family Review*, 14(1), 5–8. <https://fpcfr.com/index.php/FPCFR/article/view/367>
76. D’Antonio, P. (2022). What do we do about Florence Nightingale? *Nursing Inquiry*, 29(1), e12450. <https://doi.org/10.1111/nin.12450>
77. Stake-Doucet, N. (2020, November 5). The racist lady with the lamp. *Nursing Clio*. <https://nursingclio.org/2020/11/05/the-racist-lady-with-the-lamp>
78. Helmstadter, C., & Godden, J. (2016). *Nursing before Nightingale, 1815–1899*. Routledge. <https://www.routledge.com/Nursing-before-Nightingale-1815-1899/Helmstadter-Godden/p/book/9781138248885>
79. Nelson, S., & Rafferty, A. M. (Eds.). (2011). *Notes on Nightingale: The influence and legacy of a nursing icon*. Cornell University Press. <https://www.cornellpress.cornell.edu/book/9780801476112/notes-on-nightingale>
80. Reverby, S. M. (1987). *Ordered to care: The dilemma of American nursing, 1850–1945*. Cambridge University Press.
81. Croakey. (2020, May 12). NZ Nurses Organisation: Why we aren’t celebrating Florence’s birthday. *Croakey Health Media*. <https://www.croakey.org/nz-nurses-organisation-why-we-arent-celebrating-florences-birthday>
82. Conseil International des Infirmières. (n.d.). *Journée Internationale des Infirmières*. <https://www.icn.ch/fr/nos-actions/campagnes/journee-internationale-des-infirmieres>
83. Alexander, K. (2019). Charlotte Edith Anderson Monture. *National Women’s History Museum*. <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/charlotte-edith-anderson-monture>
84. Interior Health. (2024). In this together: Protecting knowledge keepers. <https://www.interiorhealth.ca/stories/in-this-together-protecting-knowledge-keepers>

85. Hogan, P. St'at'imx. (2013). Nurse Rose Casper retires after 50 years of service. *Spirit*. https://www.fnha.ca/WellnessSite/SpiritMagazineSite/SpiritMagazine/Spirit_Winter_2013.pdf
86. Rose Casper Healing Center – Tsal'alhmeç Aboriginal Health Services. (n.d.). <https://interior-west.pathwaysbc.ca/programs/2555>
87. Hahmann, T., Lee, H., & Godin, S. (2024, Avril). Enfants autochtones en famille d'accueil vivant dans des ménages privés: taux et caractéristiques sociodémographiques des enfants en famille d'accueil et des ménages. *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022024001-fra.html>
88. Services aux Autochtones Canada. (2025). *Réduire le nombre d'enfants autochtones pris en charge*. Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1541187352297/1541187392851>
89. La société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations. (2023). *Principe de Jordan*. <https://fncaringsociety.com/jordans-principe>
90. Ministère des Services à l'enfance Ontario, Services Sociaux et communautaires. (2020). présente directive: CW 005-20 – *Abolition du système des avertissements de naissance en Ontario*. <https://www.ontario.ca/fr/document/directives-formulaires-et-lignes-directrices-des-services-de-protection-de-lenfance/directive-cw005-20-abolition-du-systeme-des-avertissements-de>
91. Government of Canada. (2025, March 19). *Final agreement reached to resolve Hardy class action*. Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. <https://www.canada.ca/en/crown-indigenous-relations-northern-affairs/news/2025/03/final-agreement-reached-to-resolve-hardy-class-action.html>
92. Geddes, G. (2017). *Medicine unbundled: A journey through the minefields of Indigenous health care*. Heritage House Publishing Co.
93. McCallum, M. J. L., & Lux, M. (2022). Medicare versus medicine chest: Court challenges and treaty rights to health care. In E. W. Jones, J. Hanley, & D. Gavrus (Eds.), *Medicare's histories: Origins, omissions, and opportunities in Canada* (pp. 103–130). University of Manitoba Press.

94. Woolford, A. (2015). *This benevolent experiment: Indigenous boarding schools, genocide, and redress in Canada and the United States*. University of Nebraska Press.
95. Kelm, M. E. (1999). British Columbia First Nations and the influenza pandemic of 1918-19. *BC Studies*, (122), 23-48.
96. Drees, L. M. (2010). Indian hospitals and Aboriginal nurses: Canada and Alaska. *Canadian Bulletin of Medical History*, 27(1), 139-161. <https://doi.org/10.3138/cbmh.27.1.139>
97. Stote, K. (2015). *An act of genocide: Colonialism and the sterilization of Aboriginal women*. Fernwood Publishing.
98. Leason, J. (2021). Forced and coerced sterilization of Indigenous women: Strengths to build upon. *Canadian Family Physician*, 67(7), 525-527. <https://doi.org/10.46747/cfp.6707525>
99. Boyer, Y. L. R., & Leggett, R. (2022). Forced sterilization: A malicious determinant of health. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N. M. Lindsay (Eds.), *Introduction to determinants of First Nations, Inuit, and Métis peoples' health in Canada* (pp. 37-50). Canadian Scholars.
100. Ryan, C., Ali, A., & Shawana, C. (2021). Forced or coerced sterilization in Canada: An overview of recommendations for moving forward. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 275-290.
101. Comité sénatorial permanent des droits de la personne. (2022, Juillet). *Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2022/sen/yc32-0/YC32-0-441-4-fra.pdf
102. Tk'emlúps te Secwépemc. (2021). *Press release*. Office of the Chief, Kamloops Indian Band. <https://tkemlups.ca/wp-content/uploads/05-May-27-2021-TteS-MEDIA-RELEASE.pdf>
103. Lux, M. (2017). Indian hospitals in Canada. *The Canadian Encyclopedia*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-hospitals-in-canada>
104. Bourque Bearskin, D., Bourque Bearskin, M. L., Jakubec, S. L., & Loader, V. R. (in press). Indigenous public health transformation. In M. Sedgwick & K. D. McCullough (Eds.), *Preceptorship in Canadian nursing education*. Canadian Association of Schools of Nursing.
105. Services aux Autochtones Canada. (2021). *Services aux Autochtones Canada plan ministériel 2021-2022*. Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/sac-isc/R1-105-2021-fra.pdf

106. Statistique Canada. (2021). *Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
107. Reading, C., & Greenwood, M. (2015). Structural determinants of Aboriginal peoples' health. *Determinants of Indigenous peoples' health* (pp. 1-15).
108. Webb, D. (2022). La santé des Autochtones dans les politiques et les systèmes fédéraux, provinciaux, et territoriaux. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10401/RPT-Indigenous-health-in-FPT-health-policies-and-systems-FR-2022-web.pdf>
109. Feagin, J. R. (2006). *Systemic racism: A theory of oppression*. Routledge/Taylor & Francis Group.
110. Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., ... Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *10*(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
111. McLane, P., Barnabe, C., Mackey, L., Bill, L., Rittenbach, K., Holroyd, B. R., Bird, A., Hely, B., Janvier, K., Louis, E., & Rosychuk, R. J. (2022). First Nations status and emergency department triage scores in Alberta: A retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, *194*(2), E37-E45.
112. Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Wellesley Institute.
113. Government of British Columbia. (2020). *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. Vancouver, BC: Ministry of Health. [In-Plain-Sight-Full-Report-2020.pdf](#)
114. Latimer, M., Simandl, D., Finley, A., Rudderham, S., Harman, K., Young, S., MacLeod, E., Hutt-MacLeod, D., & Francis, J. (2014). Understanding the impact of the pain experience on Aboriginal children's wellbeing: Viewing through a two-eyed seeing lens. *First Peoples Child & Family Review*, *9*(1), 22-37. [View of Understanding the Impact of the Pain Experience on Aboriginal Children's Wellbeing: Viewing Through a Two-Eyed Seeing Lens](#)

115. Santé Canada. (2020). *Ce que nous avons entendu : travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique*. (Rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur: Octobre 2020). Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/sc-hc/H134-17-2020-fra.pdf
116. Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., & Kerr, T. (2018). “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver’s inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87–94.
117. Cameron, B. L., Plazas, M., Salas, A. S., Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: A call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3), E1–E16. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000039>
118. Roxburgh, S., & Sinclair, M. (2024). Colonial constructions: Systemic racism in child welfare practice. *Journal of Social Work*, 24(1), 3–20.
119. Wilson-Raybould, J. (2022). *True reconciliation: How to be a force for change*. McClelland & Stewart.
120. British Columbia College of Nurses and Midwives. (2022). *Practice standards: Indigenous cultural safety, cultural humility, and anti-racism*. <https://www.bccnm.ca/RN/PracticeStandards/Pages/CulturalSafetyHumility.aspx>
121. DiAngelo, R. (2011). *White fragility*. *International Journal of Critical Pedagogy*, 3(3), 54–70.
122. McIntosh, P. (1988). *White privilege and male privilege: A personal account of coming to see correspondences through work in women’s studies* (Vol. 189). Wellesley College, Center for Research on Women.
123. Johnson, H. B., & Shapiro, T. M. (2013). Good neighborhoods, good schools: Race and the “good choices” of White families. In A. R. Doane & E. Bonilla-Silva (Eds.), *White out: The continuing significance of racism* (pp. 175–189). Routledge.
124. Lavelle, B. & Harding, L. (2022). How Indigenous-Specific Racism is Coached into Health System. In A. Gebhard, S. McLean, & V. St. Denis (Eds.), *White benevolence: Racism and colonial violence in the helping professions*. (pp.18-30). Fernwood Publishing.

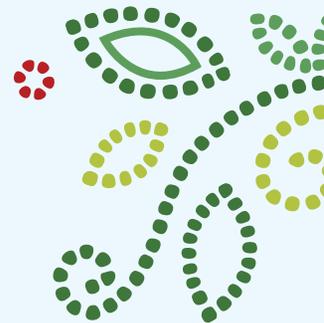


125. DiAngelo, R., & Dyson, M. E. (2018). *White fragility: Why it's so hard for White people to talk about racism*. Beacon Press.
126. Hantke, S., St. Denis, V. & Graham, H. (2022). Racism and antiracism in nursing education: confronting the problem of whiteness. *BMC Nursing* 21, 146 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00929-8>
127. Came, H., & Griffith, D. (2018). Tackling racism as a “wicked” public health problem: Enabling allies in anti-racism praxis. *Social Science & Medicine*, 199, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.028>
128. First Nations Health Authority. (2025). *Cultural safety and humility*. <https://www.fnha.ca/what-we-do/cultural-safety-and-humility>
129. Dawson, J., Laccos-Barrett, K., Hammond, C., & Rumbold, A. (2022). Reflexive Practice as an Approach to Improve Healthcare Delivery for Indigenous Peoples: A Systematic Critical Synthesis and Exploration of the Cultural Safety Education Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6691. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116691>
130. British Columbia Ministry of Children and Family Development. (2017). *Healing families, helping systems: A trauma-informed practice guide for working with children, youth and families*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed_practice_guide.pdf
131. Center for Health Care Strategies. (2025). *Trauma-Informed Care Implementation Resource Centre*. <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma/>
132. Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 5(3), 6–47.
133. La fédération canadienne des syndicats d’infirmières et infirmiers. (2025). *Violence au travail*. <https://fcsii.ca/campaigns/violence-au-travail/>

134. First Nations Health Authority. (2014). Traditional wellness strategic framework. https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA_TraditionalWellnessStrategicFramework.pdf
135. Naess, A. (2005). The basics of deep ecology. *The Trumpeter*, 21(1), 61-66.
136. Cajete, G. (1994). *Look to the mountain: An ecology of Indigenous education*. Kivaki Press.
137. Redvers, N., Aubrey, P., Celidwen, Y., & Hill, K. (2023). Indigenous peoples: Traditional knowledges, climate change, and health. *PLOS Global Public Health*, 3(10), e0002474. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002474>
138. Brian Sinclair Working Group. (2017, September). *Out of sight: A summary of the events leading up to Brian Sinclair's death and the inquest that examined it and the interim recommendations of the Brian Sinclair Working Group*. <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/files/OutOfSight.pdf>
139. Sanchez, N. (2019, October 23). *Decolonization is for everyone* [Video]. TEDxSFU. <https://www.orangeath.ca/resources/decolonization-is-for-everyone>
140. Kehoe, H., Lovett, R., Marriott, R., Dimer, L., Maddox, R., & Phillips, G. (2022). Development of a decolonising framework for Aboriginal and Torres Strait Islander health policy analysis in Australia. *The International Indigenous Policy Journal*, 13(3). <https://doi.org/10.18584/iipj.2022.13.3.11269>
141. Park, J. (2021, October 20). *Mortality among First Nations people, 2006 to 2016*. Statistics Canada. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202101000001-eng>
142. Gouvernement du Canada. (2025). *Services aux Autochtones Canada*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396042341/1568396159824>
143. Rosario, A. A., Gau, A., Munsterman, E., & Ancheta, A. J. (2024). Decolonizing nursing for health equity: A scoping review. *Nursing Outlook*, 72(5), 102230. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102230>

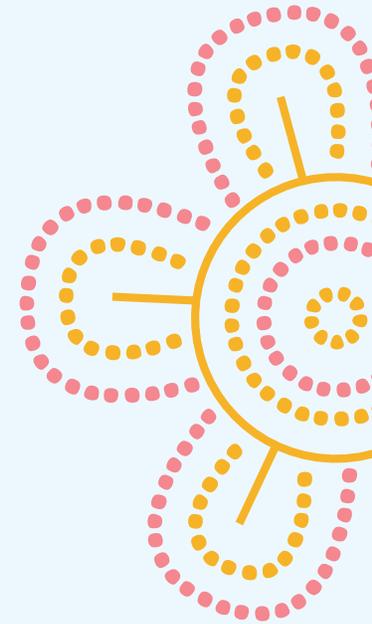
144. L'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : la rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Gouvernement du Canada. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf>
145. Assemblée des Premières Nations. (2025). *Renforcer le contrôle et la compétence des Premières Nations sur le développement social pour le bien être des Premières Nations*. <https://afn.ca/fr/services-communautaires/enfants-familles/>
146. La société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations. (2025). *Accueil*. <https://fncaringsociety.com/fr>
147. Blackstock, C. (2008). Jordan's Principle: Canada's broken promise to First Nations children. *Paediatrics & Child Health*, 13(10), 849–850.
148. Gouvernement du Canada. (2019). Évaluation par le gouvernement du Canada de la décision du Tribunal canadien des droits de la personne sur la question de l'indemnité. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569866874043/1569866891789>
149. First Nations Health Authority. (2025). *Jordan's Principle*. <https://www.fnha.ca/what-we-do/maternal-child-and-family-health/jordans-principle>
150. La société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations. (2025). *Pierres de touche d'un avenir meilleur*. <https://fncaringsociety.com/fr/pierres-de-touche-dun-avenir-meilleur>
151. Blackstock, C., Cross, T., George, J., Brown, I., & Formsma, J. (2006). *Touchstones of hope for Indigenous children, youth, and families*. First Nations Child and Family Caring Society of Canada.
152. Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020, Novembre). *Atikamekw Nehirowisiw: Principe de Joyce*. https://www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf

153. Government of British Columbia. (2024). *Distinctions-based approach*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/indigenous-people/new-relationship/united-nations-declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples/distinctions-based-approach>
154. Government of British Columbia. (2023, December). *Distinctions-based approach primer*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/distinctions_based_approach_primer.pdf
155. Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31(1), 67–87.
156. Crowshoe, L. L., Sehgal, A., Montesanti, S., Barnabe, C., Kennedy, A., Murry, A., Roach, P., Green, M., Bablitz, C., Tailfeathers, E., & Henderson, R. (2021). The Indigenous primary health care and policy research network: Guiding innovation within primary health care with Indigenous peoples in Alberta. *Health Policy*, 125(6), 725–731.
157. Mashford-Pringle, A., Hiscock, C., Rice, E. J., & Scott, B. (2023). Weaving First Nations, Inuit, and Métis principles and values into health research processes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 160, 54–60.
158. Lavoie, J. G. (2018). Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3–4), 280–298.
159. Brockie, T., Haroz, E. E., Nelson, K. E., Cwik, M., Decker, E., Ricker, A., Littlepage, S., Mayhew, J., Wilson, D., Wetsit, L., & Barlow, A. (2021). Wak'hányeža (Little Holy One) – An intergenerational intervention for Native American parents and children: A protocol for a randomized controlled trial with embedded single-case experimental design. *BMC Public Health*, 21, Article 12272. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12272-9>
160. Wilson, D. (2006). Foreword: The practice and politics of Indigenous health nursing. *Contemporary Nurse*, 22(2), x–xiii. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.22.2.x>



161. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2018). *Déclaration des infirmières et infirmiers contre le racisme à l'égard des Autochtones dans les soins infirmiers et les soins de santé*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Articles/1_0876_Nursing_Declaration_Against_Anti-Indigenous_Racism_in_Nursing_and_Health_Care_FR_v2_Copy.pdf
162. Goodwill, J. (1975). *Speaking together: Canada's Native women*. Secretary of State.
163. First Nations Health Authority. (2022). *Remembering Keegan*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Remembering-Keegan.pdf>
164. Weber-Pillwax, C. (2021). It's in the blood: Theory and praxis of lifelong Indigenous education. *International Journal of Lifelong Education*, 40(4), 395–414. <https://doi.org/10.1080/02601370.2021.1966528>
165. Battiste, M. (2013). *Decolonizing education: Nourishing the learning spirit*. Purich Publishing Ltd.
166. Tuhiwai Smith, L. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples* (2nd ed.). Zed Books.
167. Voronka, J. (2016). The politics of people with lived experience: Experiential authority and the risks of strategic essentialism. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(3), 189–201.
168. Ramsden, I. (1990). Cultural safety. *The New Zealand Nursing Journal*, 83(11), 18–19.
169. Wright Cardinal, S. (2017). *Beyond the sixties : Reclaiming Indigenous identity, reconnection to place, and reframing understandings of being Indigenous* (Doctoral dissertation, University of Victoria). <https://dspace.library.uvic.ca/server/api/core/bitstreams/47a2769b-e8a9-40b0-b1be-59cb8b30be05/content>
170. Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones: article 5*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
171. College of Registered Nurses of Saskatchewan. (2024). *Nurse practitioner practice standards (2024)*. <https://www.crns.ca/np/nurse-practitioner-practice-standards-2024/>

172. I-Chairs. (2024). *Indigenous health nursing ethical framework* [Unpublished manuscript].
173. Padley, M., Chakanyuka, C., Lavallée, S. J., & Bourque Bearskin, M. L. (in press). Lifelong learning beyond preceptorship through Indigenous ways of knowing, doing, and being. In M. Sedgwick & K. D. McCullough (Eds.), *Preceptorship in Canadian nursing education*. Canadian Association of Schools of Nursing.
174. Graham, H. (2024). CPR RACISM: A guide for health care providers to safely address racism in a health care setting. *International Journal of Indigenous Health*, 19(1).
175. Government of British Columbia. (2022). *Health Professions and Occupations Act (Bill 36)*. <https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/22043#part1>
176. Office of the Superintendent of Health Profession and Occupation Oversight. (n.d.). *Home page*. <https://superintendentofhealth.ca/#:~:text=Who%20We%20Are,to%20manage%20the%20Discipline%20Tribunal>
177. Provincial Health Services Authority. (2008). *San'yas Indigenous cultural safety program*. <https://sanyas.ca>
178. British Columbia College of Nurses and Midwives. (2025, February 20). *Indigenous care concerns & complaints*. https://www.bccnm.ca/Public/complaints/Pages/Indigenous_reports.aspx
179. Indigenous Primary Health Care Council. (n.d.). *Indigenous Health in Indigenous Hands with Culture as Treatment*. <https://iphcc.ca>
180. College of Physicians and Surgeons of Ontario. (2025). *Equity, Diversity and Inclusion*. <https://www.cpso.on.ca/en/Physicians/Your-Practice/Equity-Diversity-and-Inclusion>
181. Kamel, G. (2021). *Investigation report concerning the death of Joyce Echaquan 2020-00275: Law on the investigation of the causes and circumstances of death: For the protection of human life* [Coroner's report]. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4658465>



182. Amador, M. (2023, September 14). Quebec following 'colonial practices' in writing new health law, say advocates. *APTN News*. <https://www.aptnnews.ca/national-news/quebec-following-colonial-practices-in-writing-new-health-law-say-advocates>
183. La fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2021). *Les défis à venir : Résolutions du Congrès*. <https://fcsii.ca/congres2025/les-defis-a-venir-resolutions-du-congres-2021>
184. Turale, S., & Kunaviktikul, W. (2019). The contribution of nurses to health policy and advocacy requires leaders to provide training and mentorship. *International Nursing Review*, 66(3), 302-304.
185. BC Indigenous Health Nursing Research Chair Team. (2019). Advancing Indigenous Wellness; Innovating Wise Practices for Education, Standards, Partnerships and Research <https://www.ihnr.ca/projects>
186. Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres. (n.d.). *Indigenous cultural competency training*. <https://ofifc.org/training-learning/indigenous-cultural-competency-training-icct>
187. Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres. (n.d.). <https://ofifc.org>
188. First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. (2025). Indigenous Research Chairs in Nursing. <https://www.fnhssm.com/ichair>
189. First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. (2025). Anti-indigenous racism project. <https://www.fnhssm.com/anti-indigenous-racism-project>
190. University of Manitoba, Rady Faculty of Health Sciences. (2025). *Equity, access and participation*. [Equity, access and participation | Rady Faculty of Health Sciences | University of Manitoba](https://www.fnhssm.com/anti-indigenous-racism-project)
191. Gouvernement du Canada. (2021, Août 3). *Journée nationale de la vérité et de la réconciliation*. <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/campaigns/national-day-truth-reconciliation.html>
192. British Columbia Nurses' Union. (2022, May 12). *International Nurses Day - An apology to Indigenous peoples*. <https://www.bcnu.org/news-and-events/news/2022/international-nurses-day>

193. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/ethique-infirmiere>
194. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2023). *Promouvoir l'antiracisme dans la formation en sciences infirmières au Canada*. https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2023/05/ACESI-Promouvoir-lantiracisme-dans-la-formation-en-sciences-infirmieres-au-Canada_FINAL.pdf
195. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2024, Avril). *Répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en lien avec la formation en sciences infirmières : série d'ateliers*. <https://www.casn.ca/fr/2024/04/repondre-aux-appels-a-laction-de-la-commission-de-verite-et-reconciliation-en-lien-avec-la-formation-en-sciences-infirmieres-serie-dateliers>
196. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2023). <https://www.casn.ca/fr/2023/05/casn-announces-the-release-of-the-promoting-anti-racism-in-nursing-report>
197. L'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada. (2021). Caucus Autochtones. <https://www.cnsa.ca/indigenous-caucus-french>
198. L'Organisation de normes en santé. (2025). Faire progresser la sécurisation culturelle et l'humilité grâce aux normes et à l'agrément. <https://healthstandards.org/fr/faire-progresser-la-securisation-culturelle>
199. Health PEI. (2024). *Summary of Indigenous health resources and trainings*. https://src.healthpei.ca/sites/src.healthpei.ca/files/DHW/Summary_of_Indigenous_Health_Resources_and_Trainings.pdf
200. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2023). *Plan d'action en matière de lutte contre le racisme pour l'Île-du-Prince-Édouard*. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/plan_action_contre_racisme.pdf
201. Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research. (2024). *Indigenous health*. Memorial University. <https://www.mun.ca/nlcahr/research-and-knowledge-exchange/indigenous-health>

202. Government of Newfoundland and Labrador. (2021, July 7). *Ministerial Committee on Anti-Racism sets path for action*. <https://www.gov.nl.ca/releases/2021/ipgs/0707n06>
203. La Commission des droits de la personne de Terre-Neuve-et-Labrador. (n.d.). *Réseau de justice communautaire*. <https://thinkhumanrights.ca/reseau-de-justice-communautaire>
204. Aboriginal Peoples Television Network (APTN) (2021, January 15). Alberta to end birth alerts. <https://www.aptnnews.ca/national-news/provinces-continue-birth-alerts>
205. Fondation autochtone de guérison. (2023). *Projets financés*. <https://www.fadg.ca/projets-finances>
206. Le gouvernement du Yukon. (2022). *La population d'abord : Rapport annuel 2022*. <https://yukon.ca/sites/default/files/hss/hss-population-dabord-rapport-annuel-2022.pdf>
207. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (n.d.). *Respect des valeurs culturelles dans le système des soins de santé et des services sociaux des TNO*. <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/respect-valeurs-culturelles>
208. Gouvernement du Canada. (2024). *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada : Aperçu*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante.html>
209. Government of the Northwest Territories. (2022). *Response to Motion 54-19(2): Improving health care in small communities* (Tabled Document 683-19(2)). https://www.ntlegislativeassembly.ca/sites/default/files/legacy/td_683-192.pdf
210. Nunavut Department of Education. (2007). *Inuit Qaujimaqatuqangit education framework*. <https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/publications/2024-01/Inuit%20Qaujimaqatuqangit%20ENG.pdf>
211. Nunatsiaq News. (2024, March 5). *Nunavut-bound doctors now getting cultural training*. <https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavut-bound-doctors-now-getting-cultural-training>

212. Healey Akearok, G., Tabish, T. & Cherba, M. Cultural orientation and safety app for new and short-term health care providers in Nunavut. *Canadian Journal of Public Health* 111, 694–700 (2020). <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00311-8>
213. The Canadian Press. (2023, September 12). College of Physicians calls on Quebec to recognize systemic racism in health system. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/9955501/college-of-physicians-bill-32-cultural-safety-systemic-racism-indigenous-health>
214. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021, October 1.). Recognizing systemic racism in our institutions: The beginning. <https://affilies.figsante.qc.ca/en/2021/10/01/reconnaitre-le-racisme-systemique-au-sein-de-nos-institutions-lamorce-dune-veritable-reconciliation>
215. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2022b, October 3). Élection d'un gouvernement de la CAQ: La FIQ en appelle à un gouvernement à l'écoute des professionnelles en soins. <https://www.figsante.qc.ca>
216. Government of Canada, Indigenous Services Canada. (2024). Government of Canada actions to address anti-Indigenous racism in health systems. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611863352025/1611863375715>
217. Public Health Agency of Canada. (2023). Indigenous Cultural Competency Learning Road Map. Minister of Health. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/aboriginal-health/indigenous-cultural-competency-learning-road-map/indigenous-cultural-competency-learning-road-map-en.pdf>
218. Indigenous Research Chair in Nursing – New Brunswick. (2019–2023). *Funded by the Canadian Institutes of Health Research*. <https://cognit.ca/en/project/216059#:~:text=The%20Chair%20will%20work%20to%20catalyse%20the,in%20order%20to%20strengthen%20Indigenous%20health%20nursing>
219. Government of Nova Scotia. (2022). *Dismantling racism and hate act*. <https://beta.novascotia.ca/documents/dismantling-racism-and-hate-act-annual-report>

220. Greenwood, M., Atkinson, D., & Sutherland, J. (2022). Supporting health equity for First Nations, Inuit and Métis peoples. *Canada Communicable Disease Report*, 48(4), 119–123. <https://www.nccih.ca/Publications/lists/Publications/HealthEquityFNIM/ccdrv48i04a01-eng.pdf>
221. First Nations Health Authority, Province of British Columbia. (2025). *Mandate*. <https://www.fnha.ca/about/fnha-overview/mandate#:~:text=%E2%80%8BThe%20FNHA%20works%20with,by%20BC%20First%20Nations%20leadership.&text=The%20Health%20Plans%20envision%20a,Inuit%20Health%20Branch%20Pacific%20Region>
222. Gouvernement du Canada. (2023). *Visions pour les dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions : Résumé*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1667579335081/1667579367781>
223. Tajikeimik Mi'kmaq Health and Wellness. (2025). *About us*. <https://mhwns.ca/about-us>
224. Tajikeimik, IWK Health Centre, & Dalhousie University. (2022). First Nations, Mi'kmaq-led research leads to cultural safety curriculum for clinicians. [news-release_cultural-safety-curriculum_Dec2022.pdf](https://www.mhwns.ca/news-release_cultural-safety-curriculum_Dec2022.pdf)
225. IWK Health. (2022, December 5). First Nations, Mi'kmaq-led research leads to cultural safety curriculum for clinicians [Media release]. [news-release_cultural-safety-curriculum_Dec2022.pdf](https://www.mhwns.ca/news-release_cultural-safety-curriculum_Dec2022.pdf)
226. Tajikeimik. (2025). *Office of L'nu Nursing*. <https://lnunursing.ca/>; <https://lnunursing.ca/about-lnu-nursing>
227. Indigenous Nurse Education Specialist. (n.d.). *L'nu Nursing Initiative*. <https://mhwns.ca/job-postings/mikmaq-indigenous-nurse-education-specialist-2/#:~:text=The%20Mi%27kmaq%20Indigenous%20Nurse,the%20L%27nu%20Nursing%20Strategy>
228. Tajikeimik & IWK Health. (n.d.). *tuaptmu'k W'loti: Using Mi'kmaw knowledge to create health & wellness*.
229. Nuji-Apoqnmuet Team. (n.d.). *Nuji-Apoqnmuet*. Tajikeimik. <https://mhwns.ca/programs/nuji-apoqnmuet-team>
230. Msit Mijua'ji'jk. (n.d.). Tajikeimik. <https://mhwns.ca/programs/tajikeim%C9%A8k-early-years>

231. Mi'kmaq Cancer Care. (n.d.). Tajikeimik. <https://mhwns.ca/programs/mikmaq-cancer-care>
232. Mi'kmaq Indigenous Nurse Education Specialists (MINES). (n.d.). Tajikeimik. <https://mhwns.ca/job-postings/mikmaq-indigenous-nurse-education-specialist-2>
233. Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *What we have learned: Principles of truth and reconciliation*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-6-2015-eng.pdf
234. Best, O. M. (2024). Talking back to the whiteness of nursing: Utilising cultural safety as a decolonising framework for nursing [Paper presentation]. In *26th International Nursing Philosophy Conference*, Sydney, Australia, September 27-29, 2023. John Wiley & Sons.
235. Mahboob, T. (2020, October 18). In her quest to become a nurse, Minnie Akparook faced relocation, residential school and racism. *CBC/Radio-Canada*. <https://www.cbc.ca/radio/sunday/the-sunday-magazine-for-october-18-2020-1.5764900/in-her-quest-to-become-a-nurse-minnie-akparook-faced-relocation-residential-school-and-racism-1.5764913>
236. Wilson-Raybould, J., & Danesh, R. (2024). *Reconciling history: A story of Canada*. Random House.
237. L'encyclopédie canadienne. (2023, November 28). Premières Nations. *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/premieres-nations>
238. Luo, C. X. (2024, February 24). *Missing children of Indian residential schools: On discovery of unmarked graves at former Indian residential school sites in Canada*. Academic Data Centre, Leddy Library. <https://storymaps.arcgis.com/stories/cfe29bee35c54a70b9621349f19a3db2>
239. Government of British Columbia. (2019). *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act, SBC 2019, c. 44*. <https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/19044>
240. Sinha, V., Sangster, M., Gerlach, A. J., Bennett, M., Lavoie, J. G., Lach, L., Balfour, M., & Folster, S. (2022). *The implementation of Jordan's Principle in Manitoba: Final report*. Assembly of Manitoba Chiefs. <https://manitobachiefs.com/wp-content/uploads/22-01-28-The-Implementation-of-Jordans-Principle-in-Manitoba-Final-Report.pdf>

Glossaire

2ELGBTQI+

Acronyme désignant les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, en questionnement, intersexuées, asexuelles et autres. *(Voir référence 1)*

Modèle biomédical de soins

Modèle de soins de santé imprégné d'une vision occidentale qui s'appuie sur des méthodes scientifiques et physiologiques principalement axées sur le diagnostic et le traitement des maladies. La prise en compte des facteurs socioculturels, émotionnels et spirituels est souvent limitée dans ce modèle. *(Voir référence 2)*

Idéologies coloniales

Systèmes de croyances qui rationalisent et soutiennent la colonisation en mettant en exergue des notions de supériorité raciale ou culturelle qui justifieraient la dépossession des terres et la perpétuation des inégalités systémiques. *(Voir référence 3)*

Structures coloniales

Cadres institutionnels, politiques et dispositions juridiques établis pendant la période coloniale qui continuent à façonner les relations sociales, politiques et économiques contemporaines. Ces cadres sont ancrés dans des systèmes tels que l'éducation, le droit et la gestion des terres, et perpétuent souvent les déséquilibres de pouvoir ainsi que les hiérarchies culturelles qui désavantagent les peuples autochtones. *(Voir références 4 et 5)*

Systèmes coloniaux

Institutions interdépendantes (par exemple, la gouvernance, l'éducation, les soins de santé, la justice) imposées par la colonisation qui continuent à marginaliser les peuples autochtones en mettant l'accent sur des perspectives, des lois et des valeurs non autochtones. *(Voir référence 6)*

Colonialisme

Processus d'acquisition et de maintien de colonies dans le cadre duquel une puissance plus riche exploite et contrôle une autre société. Le colonialisme opère dans un cadre de dépossession, de dépendance

et d'oppression. Ces forces pèsent quotidiennement sur les peuples autochtones. *(Voir références 7 et 8)*

Couronne

Dans le contexte canadien, la Couronne désigne l'autorité officielle de la monarchie britannique et de ses gouvernements représentatifs, qui ont conclu des traités et des accords avec les peuples autochtones et continuent d'assumer des obligations juridiques et fiduciaires. *(Voir référence 9)*

Humilité culturelle

Processus d'autoréflexion et d'autocritique mené tout au long de la vie et essentiel pour parvenir à la sécurité culturelle. Il s'agit d'examiner ses propres hypothèses, croyances et privilèges afin de favoriser des relations fondées sur la confiance mutuelle, le respect, le dialogue ouvert et la prise de décision partagée. *(Voir références 10 et 11)*

Sécurité culturelle

Environnement (tel que défini par la personne bénéficiaire des soins) où les individus se sentent respectés dans leur identité et à l'abri du racisme et de la discrimination. Cela implique

que les prestataires de soins de santé s'attaquent aux déséquilibres de pouvoir, pratiquent l'humilité culturelle et entreprennent une démarche de lutte contre le racisme. *(Voir référence 12)*

Décolonisation

Processus de démantèlement des idéologies coloniales (notamment celles concernant la propriété foncière, la supériorité raciale et le privilège des Blancs) et de remise en question de la domination occidentale sur les systèmes de connaissance et la gouvernance. *(Voir référence 4)*

Approche basée sur les distinctions

Approche qui garantit que le travail avec les Premières Nations, les Métis et les Inuits reconnaît et respecte les droits, les intérêts, les priorités et les préoccupations uniques de chaque groupe distinct, notamment leurs cultures, leurs histoires, leurs lois et leur gouvernance. *(Voir référence 13)*

Santé écosystémique

Durabilité et résilience des systèmes naturels interconnectés (terre, eau, air, plantes, animaux et humains) dont

dépend le bien-être. De nombreuses perspectives autochtones mettent l'accent sur les dimensions spirituelles et relationnelles de ces systèmes, soulignant une relation de réciprocité avec la nature. *(Voir référence 14)*

Personnes âgées

Membres respectés des communautés autochtones, reconnus pour leur sagesse, leur expérience de la vie, leurs connaissances culturelles et leur leadership. Ces personnes sont souvent les gardiennes des cérémonies, de la langue et des traditions orales, et elles guident les membres de la communauté (en particulier les jeunes) dans leurs pratiques culturelles. *(Voir référence 15)*

Émancipation

Les peuples et nations d'origine situés dans le Canada que nous connaissons aujourd'hui (à l'exception de l'Arctique). Toutes les personnes qui s'identifient comme membres des Premières Nations ne sont pas considérées comme des « Indiens » en vertu du statut d'indien et les personnes qui n'ont pas le statut d'indien restent reconnues par la Constitution comme des membres des Premières Nations. *(Voir référence 17)*

Premières Nations

Les peuples et nations d'origine situés dans le Canada que nous connaissons aujourd'hui (à l'exception de l'Arctique). Toutes les personnes qui s'identifient comme membres des Premières Nations ne sont pas considérées comme des « Indiens » en vertu du statut d'indien et les personnes qui n'ont pas le statut d'indien restent reconnues par la Constitution comme des membres des Premières Nations. *(Voir référence 17)*

Génocide

Bien que la Convention des Nations Unies pour la prévention et la répression du crime de génocide (1948) définisse juridiquement le génocide comme un acte visant à détruire, en totalité ou en partie, un groupe, de nombreux spécialistes estiment que cette définition devrait être élargie. Dans le contexte des peuples autochtones du Canada, le génocide englobe non seulement l'extermination physique, mais aussi la destruction systématique du patrimoine culturel, de la langue et de l'identité par des mécanismes tels que les pensionnats, l'assimilation forcée et la dépossession des terres. *(Voir références 18 et 19)*

Guérisseurs

Personnes (notamment des personnes âgées et des détenteurs du savoir, ou des praticiens désignés par la communauté) qui détiennent une expertise spécialisée dans les médecines traditionnelles, les cérémonies, la guidance spirituelle et les pratiques holistiques visant le bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel.

(Voir référence 20)

Équité en matière de santé

Veiller à ce que les personnes et les communautés aient accès aux ressources nécessaires pour une santé optimale en tenant compte des situations particulières, en supprimant les obstacles systémiques et en mettant en œuvre des politiques culturellement pertinentes.

(Voir références 21 et 22)

Hégémonie

Domination de la vision du monde, des normes ou de l'idéologie d'un groupe sur les autres par des moyens culturels, sociaux, politiques et économiques. L'hégémonie marginalise souvent les perspectives alternatives. *(Voir référence 23)*

Accompagnateurs

Membres de la communauté qui aident les guérisseurs, les personnes âgées ou les détenteurs du savoir en préparant les espaces cérémoniels, en recueillant les médicaments, en organisant des événements ou en fournissant un soutien logistique pour faire respecter les protocoles culturels. *(Voir référence 24)*

Gouvernance autochtone

Systèmes traditionnels de prise de décision, de pouvoir et d'organisation communautaire ancrés dans les lois, les valeurs et les visions du monde autochtones. Ces systèmes fonctionnent parallèlement aux structures de l'État colonial et reflètent les priorités autodéterminées des nations autochtones.

(Voir références 25 et 26)

Soins infirmiers en santé autochtone

Spécialité qui intègre les systèmes de connaissances autochtones, les pratiques de guérison holistique et les valeurs culturelles des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Cette spécialité est soutenue par les compétences uniques et les expériences vécues des infirmières et

infirmiers autochtones ainsi que par des réseaux d'alliés.

(Voir référence 27)

Systèmes de connaissances autochtones

Ensemble complexe de connaissances, de pratiques culturelles et de philosophies développées par les peuples autochtones au fil des générations. Ces systèmes sont profondément liés à la terre, à la langue, à la spiritualité et aux relations communautaires.

(Voir référence 28)

Peuples autochtones

Terme désignant les peuples originaires d'une région ayant des liens de longue date avec des terres précises. Au Canada, il est utilisé comme terme générique pour désigner les Premières Nations (avec ou sans statut), les Métis et les Inuits. *(Voir référence 29)*

Droits des peuples autochtones

Droits collectifs inhérents des Premières Nations, des Métis et des Inuits (notamment les droits à la terre, à l'autodétermination, à la langue, à la culture, à la gouvernance et à la spiritualité) qui sont enracinés dans

les lois autochtones et soutenus par des cadres tels que la Constitution et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. *(Voir références 30 et 31)*

Racisme dirigé contre les personnes autochtones

Stéréotypes, partis pris et préjugés dirigés uniquement contre les peuples autochtones du Canada, enracinés dans l'histoire du colonialisme de peuplement et perpétuant la discrimination et les inégalités systémiques. *(Voir référence 32)*

Inuit

Terme qui signifie «le peuple» en inuktitut et qui désigne les peuples des régions arctiques (collectivement connus sous le nom d'Inuit Nunangat). Ces régions englobent le Nunavut, le Nunavik (nord du Québec), le Nunatsiavut (Labrador) et la région de peuplement des Inuvialuit. *(Voir référence 33)*

Détenteurs du savoir

Personnes chargées par leur communauté de préserver et de partager les enseignements culturels, l'histoire, les cérémonies

et les pratiques traditionnelles. Elles servent de mentors et de guides pour assurer la continuité des modes de connaissance et d'existence autochtones. *(Voir référence 34)*

Expériences vécues

Connaissances et perceptions personnelles façonnées par l'identité et l'histoire uniques d'un individu. *(Voir référence 35)*

Māori

Peuples autochtones d'Aotearoa (Nouvelle-Zélande), dont les structures sociales s'articulent traditionnellement autour de la famille (whānau), de la sous-tribu (hapū) et de la tribu (iwi), et qui conservent des pratiques culturelles, une langue (Te Reo Māori) et des protocoles distincts. *(Voir référence 36)*

Métis

Nés au début du 17^e siècle d'unions entre des commerçants de fourrures européens et des femmes des Premières Nations, les Métis sont reconnus comme un groupe autochtone distinct dans la Constitution canadienne (1982). *(Voir référence 37)*

Hors réserve

Terme désignant les peuples autochtones qui vivent à l'extérieur des limites des réserves des Premières Nations (ou en dehors des terres ancestrales pour les Inuits ou les Métis), souvent bénéficiaires de services différents et soumis à des cadres juridiques différents. *(Voir référence 38)*

Dans les réserves

Terme désignant les personnes qui vivent sur les terres de réserve désignées de Premières Nations, où les structures de gouvernance, de financement et d'administration diffèrent des contextes hors-réserve. *(Voir référence 39)*

Paternaliste

Pratiques dans lesquelles les groupes ou institutions dominants imposent des décisions et des politiques aux communautés autochtones sous prétexte d'agir dans leur intérêt primordial. Ces pratiques partent du principe que les peuples autochtones n'ont pas la capacité de s'autogouverner, renforçant ainsi la dépendance et la dynamique de pouvoir coloniale. *(Voir références 4 et 40)*

Potlatch

Rassemblement cérémoniel de certaines Premières nations de la côte nord-ouest autour de festins, de danses et avec une redistribution de cadeaux pour réaffirmer le statut social, les liens de parenté et les valeurs culturelles. *(Voir référence 41)*

Préjugé

Façon négative de penser ou de se comporter à l'égard d'un groupe socialement défini ou de tout individu perçu comme membre de ce groupe. *(Voir référence 32)*

Réconciliation

Processus continu d'établissement et de maintien de relations respectueuses entre les peuples autochtones et non autochtones pour remédier aux impacts historiques et actuels de la colonisation en reconnaissant les préjudices passés et en travaillant en collaboration pour parvenir à l'équité. *(Voir les références 43 et 44)*

Pratiques réflexives

Auto-examen permanent de ses actions, décisions et préjugés professionnels ou personnels dans le but de renforcer la prise de conscience, la compétence et l'engagement éthique. *(Voir référence 45)*

Réflexivité

Évaluation critique de la manière dont la position sociale, les présupposés culturels et les préjugés personnels exercent une influence dans le travail ou les interactions. La réflexivité va au-delà de la simple réflexion personnelle en reconnaissant la dynamique du pouvoir. *(Voir référence 46)*

Terre de réserve

Terres mises de côté au Canada en vertu de la Loi sur les Indiens pour l'usage et le bénéfice d'une Première nation, où le titre légal demeure la propriété de la Couronne malgré certains droits des Premières Nations. *(See reference 47)*

Autodétermination

Droit inhérent des peuples autochtones à déterminer librement leur avenir politique, économique, social et culturel. Il s'agit notamment de récupérer le pouvoir sur leurs terres, leurs ressources et leurs structures de gouvernance, et de concevoir des politiques qui reflètent leurs valeurs et leurs aspirations sans imposition externe. *(Voir références 6 et 31)*

Justice sociale

Vision au cœur de la promotion de la santé qui cherche à atteindre l'équité en matière de santé par l'autonomisation des individus et des communautés en s'attaquant aux inégalités systémiques et en garantissant une distribution équitable des ressources. *(Voir références 48 et 49)*

Souveraineté

Pour les peuples autochtones, la souveraineté est le droit inhérent et de longue date de s'autogouverner, de s'occuper de leurs terres et de vivre selon leurs propres lois et connaissances culturelles. La souveraineté n'est pas seulement le contrôle total défini dans les contextes occidentaux. *(Voir références 50 et 51)*

Danse du Soleil

Cérémonie sacrée pratiquée par diverses nations autochtones des Plaines orchestrée autour de rassemblements communautaires pour la prière, la danse, le jeûne et parfois le perçage du corps ou le sacrifice, favorisant le renouveau spirituel et la cohésion sociale.

(Voir référence 52)

Racisme systémique

Normalisation des pratiques discriminatoires et préjudiciables au sein de la société et de ses institutions, mise en œuvre par des politiques et des structures qui perpétuent des inégalités évitables et injustes entre les groupes raciaux.

(Voir référence 32)

Diversité symbolique

Inclusion superficielle de personnes issues de groupes marginalisés pour projeter une image de diversité sans véritablement faire entendre leur voix ou s'attaquer aux inégalités systémiques. *(Voir référence 54)*

Pratiques de guérison traditionnelles

Approches holistiques de la santé et du bien-être fondées sur les visions du monde autochtones, qui peuvent inclure des cérémonies, des plantes médicinales, des prières, des récits et le soutien de la communauté pour équilibrer la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

(Voir référence 55)

Tenir compte des traumatismes

Approche qui reconnaît la prévalence et l'impact des traumatismes sur les individus et les communautés, en intégrant des politiques et des pratiques qui favorisent la sécurité, la confiance, l'autonomisation et la prévention de la création de nouveaux traumatismes. *(Voir référence 56)*

Traités

Accords entre les peuples autochtones et le gouvernement dans le cadre desquels les peuples autochtones acceptent de partager des terres en échange de contreparties et d'avantages spécifiques.

(Voir référence 25)

Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR)

Quatre-vingt-quatorze directives publiées en 2015 exhortant les pouvoirs publics, les institutions et l'ensemble de la population canadienne à s'attaquer aux séquelles des pensionnats et à avancer sur la voie de la réconciliation avec les peuples autochtones.

(Voir références 43 et 44)

Personne « Two-Spirit » (bispirituelle)

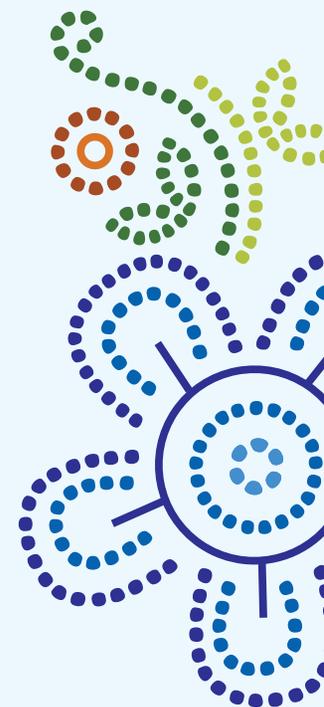
Terme générique utilisé pour décrire les personnes autochtones avec une différence dans leurs identités, expressions, rôles ou orientations sexuelles. Bien que son usage soit relativement récent, il reflète les racines historiques profondes des conceptions autochtones du genre et de la sexualité, et fait partie intégrante des pratiques culturellement sécurisantes.

(Voir références 59, 60 et 61)

Références du glossaire

1. **Gouvernement du Canada.** Terminologie 2ELGBTQI+. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-meme/glossaire-2elgbtqi-plus.html>
2. **Engel, G. L.** (1977). “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.” *Science*, 196(4286), 129–136.
3. **Said, E.** (1978). *Orientalisme* (C, Malamoud, Trans.). SEUIL. (1978).
4. **Tuck, E., & Yang, K. W.** (2022). *La décolonisation n'est pas une métaphore* (J, Naudy, Trans.). Sète : Rot-Bo-Krik. (2012).
5. **Wolfe, P.** (2006). “Settler colonialism and the elimination of the native.” *Journal of Genocide Research*, 8(4), 387–409.
6. **Alfred, T., & Corntassel, J.** (2005). “Being Indigenous: Resurgences against contemporary colonialism.” *Government and Opposition*, 40(4), 597–614.
7. **Hele, K.** (2023). Colonialisme au Canada. *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/colonialism-in-canada>
8. **McFarlane, P., & Schabus, N.** (2017). *Après tout, à qui appartient cette terre? Un guide pour la décolonisation*. Federation of Post-Secondary Educators of BC. Retrieved from <https://fpse.ca/sites/default/files/attachments/decolonization-manual-french-francais-complete.pdf>
9. **Asch, M.** (2014). *On Being Here to Stay: Treaties and Aboriginal Rights in Canada*. University of Toronto Press.
10. **British Columbia College of Nurses and Midwives.** (2022). Practice Standards on Indigenous Cultural Safety, Cultural Humility, and AntiRacism.
11. **Three Years In.** (2020). A Report on the Achievements Since Signing the Declaration of Commitment to Cultural Safety and Humility. BC Health Regulators. <https://bchealthregulators.ca/wp-content/uploads/2020/07/2020-Three-Years-In-Cultural-Safety-and-Humility-Report.pdf>

12. **#itstartswithme.** First Nations Health Authority’s Policy Statement on Cultural Safety and Humility.
<https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>
13. **Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act** (Distinctions-Based Approach). Government of British Columbia. (Sept. 2024).
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/indigenous-people/new-relationship/united-nations-declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples/distinctions-based-approach>
14. **Berkes, F.** (2012). *Sacred Ecology* (3rd ed.). Routledge.
15. **Koptie, S.** (2009). “Irihapeti Ramsden: The public narrative on cultural safety.” *First Peoples Child & Family Review*, 4(2), 30–43.
16. **McCardle, B.** (2021). Émancipation. *L’encyclopédie canadienne*.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/premieres-nations>
17. **The Canadian Encyclopedia.** (2023). First Nations. In A. Gaudry (Ed.), *The Canadian Encyclopedia*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/first-nations>
18. **Nations Unies.** (1948). *Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide*.
<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanismes/instruments/convention-prevention-and-punishment-crime-genocide>
19. **Stannard, D. E.** (1993). *American Holocaust: The Conquest of the New World*. Oxford University Press.
20. **Kelm, M.-E.** (1998). *Colonizing Bodies: Aboriginal Health and Healing in British Columbia 1900–50*. UBC Press.
21. **Greenwood, M., Atkinson, D., & Sutherland, J.** (2022). Soutenir l’équité en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 48(4), 119–123. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i04a01f>
22. **Chandanabhumma, P. P., & Narasimhan, S.** (2020). Towards health equity and social justice: An applied framework of decolonization in health promotion. *Health Promotion International*, 35(4), 831–840.



23. **Gramsci, A.** (1971). *Cahiers de prison*. International Publishers. (M, Aymard et F, Bouillot Trans.). Éditions Gallimard. (1971).
24. **Bell, N.** (2018). "Minobimaadiziwin: Education for the good life." In *Handbook of Indigenous Education* (pp. 1-18). Springer.
25. **Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada.** (2010). *L'histoire des traités au Canada*.
https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/DAM/DAM-CIRNAC-RCAANC/DAM-TAG/STAGING/texte-text/ap_htmc_treatliv_1314921040169_fra.pdf
26. **Alfred, G. T.** (2009). "Colonialism and State Dependency." *Journal of Aboriginal Health*, 5, 42-60.
27. **BC Indigenous Health Nursing Research Chair Team.** (2019). Advancing Indigenous Wellness; Innovating Wise Practices for Education, Standards, Partnerships and Research <https://www.ihnr.ca/projects>
28. **Kovach, M.** (2009). *Indigenous Methodologies: Characteristics, Conversations, and Contexts*. University of Toronto Press.
29. **Parrott, Z.** (March 2007). Peuples autochtones au Canada. *L'encyclopédie canadienne*.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/peuples-autochtones>
30. **Keay, I., & Metcalf, C.** (2021). Recognizing Indigenous Rights in Canada: Property Rights and Natural Resource Values. *Canadian Public Policy*, 47(1), 18-55.
31. **Nations Unies** (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
32. **Government of British Columbia.** (2020). *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. Vancouver, BC: Ministry of Health. [In-Plain-Sight-Full-Report-2020.pdf](#)

33. **Freeman, M.A.** (2023). Inuit. In A. Gaudry (Ed.), *L'encyclopédie Canadienne*.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/inuitt>
34. **Hatcher, A., Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A.** (2009). "Two-eyed seeing in the classroom environment: concepts, approaches, and challenges." *Canadian Journal of Science, Mathematics and Technology Education*, 9(3), 141-153.
35. **U.S. Department of Health and Human Services.** (2022). "What is Lived Experience?" by Grace Guerrero Ramirez et al.
<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/d111ec032c54d2a01e5209a792f99629/What-is-lived-experience.pdf>
36. **Durie, M.** (2004). "Maori specific approaches to health promotion." *Health Education & Behavior*, 31(6), 736-743.
37. **Gaudry, A.** (2023). Metis. In M. Welch & D. Gallant (Ed.), *L'encyclopédie canadienne*.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/metis>
38. **Environics Institute.** (2010). *Urban Aboriginal Peoples Study*. Environics Institute.
39. **Gouvernement du Canada.** (1985). *Loi sur les Indiens, L.R.C., 1985, c. I-5*. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5>
40. **Coulthard, G. S.** (2014). *Red Skin, White Masks: Rejecting the Colonial Politics of Recognition*. University of Minnesota Press.
41. **Cole, D., & Chaikin, I.** (1990). *An Iron Hand Upon the People: The Law Against the Potlatch on the Northwest Coast*. Douglas & McIntyre.
42. (Pour "préjugé" voir référence 32).
43. **Commission de vérité et réconciliation du Canada.** (2015). *Ce que nous avons retenu : Les principes de la vérité et de la réconciliation*.
https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/2-Principes_de_la_verite_et_de_la_reconciliation.pdf

44. **Commission de vérité et réconciliation du Canada.** (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire do rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.* https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf
45. **Schön, D. A.** (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action.* Basic Books.
46. **Dawson, J., Laccos-Barrett, K., Hammond, C., & Rumbold, A.** (2022). Reflexive Practice as an Approach to Improve Healthcare Delivery for Indigenous Peoples: A Systematic Critical Synthesis and Exploration of the Cultural Safety Education Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6691. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116691>
47. **Gouvernement du Canada** (1985). *Lois sur les Indiens, L.R.C., 1985, c. I-5.* <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5> (Aussi pour « terre de réserve ».)
48. **Nutbeam, D.** (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44.
49. **Koh, H. K., Oppenheimer, S. C., MassinShort, S. B., Emmons, K. M., Geller, A. C., & Viswanath, K.** (2010). Translating research evidence into practice to reduce health disparities: A social determinants approach. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S72–S80.
50. **Moreton Robinson, A.** (Ed.). (2020). *Sovereign subjects: Indigenous sovereignty matters* Routledge.
51. **Alfred, T.** (2005). *Wasase: Indigenous Pathways of Action and Freedom.* Broadview Press.
52. **Mails, T. E.** (1978). *Fools Crow.* University of Nebraska Press.
53. (Voir référence 32 pour « racisme systémique ».)
54. **Wingfield, A. H., & Wingfield, J. H.** (2014). “When visibility hurts and helps: How tokenism affects faculty of color.” *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(4), 483–487.
55. **DeGagné, M.** (2007). “Toward an Aboriginal paradigm of healing: Addressing the legacy of residential schools.” *Australasian Psychiatry*, 15(sup1), S49–S53.

56. **SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration).** (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Treatment Improvement Protocol Series 57)*.
57. (« Traités » - voir référence 25.)
58. (« Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) » - voir références 43 et 44.)
59. **Carrier, L., Dame, J., & Lane, J.** (2020). "Two-Spirit identity and Indigenous conceptualization of gender and sexuality: Implications for nursing practice." *Creative Nursing*, 26(2), 96-100.
60. **Pruden, H., Ira, M., & Salway, T.** "Two (Spirit)-Eyed Seeing: Honouring gender and sexual diversity for those Indigenous to Turtle Island." In *Routledge Handbook of Sexuality, Gender, Health and Rights* (pp. 71-80). Routledge.
61. **Gouvernement du Canada.** Terminologie 2ELGBTQI+. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-meme/glossaire-2elgbtqi-plus.html>



Ressources clés

Cadres internationaux et nationaux

Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)

[Texte complet de la DNUDPA \(PDF\)](#)

Cette déclaration est l'instrument international le plus complet sur les droits des peuples autochtones. Elle fournit un cadre universel de normes minimales pour leur survie, leur dignité et leur bien-être, en développant les droits de la personne existants tels qu'ils s'appliquent aux contextes autochtones.

Commission de vérité et réconciliation du Canada CVR

[Présentation de la CVR](#)

[Appels à l'action de la CVR \(PDF\)](#)

La CVR a publié 94 appels à l'action qui concernent divers secteurs de la société canadienne afin de s'attaquer aux séquelles des pensionnats et d'avancer sur la voie de la réconciliation.

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA)

[Site de la FFADA](#)

[Résumé sur le site du Gouvernement du Canada](#)

Le rapport final contient 231 appels à la justice adressés aux pouvoirs publics, aux institutions et à la population canadienne pour s'attaquer aux causes profondes de la violence à l'égard des femmes, des filles, des personnes bispirituelles et de diverses identités de genre autochtones.

Plan d'action national 2021 : Mettre fin à la violence contre les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQI+ autochtones

[Lire le plan d'action national](#)

Ce plan vise à mettre fin au racisme systémique et à la violence à l'égard des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQI+ autochtones grâce à un changement transformateur et une action politique coordonnée.

Rapports et engagements provinciaux

In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in BC Health Care

[Rapport de synthèse \(PDF\)](#)

Ce rapport dénonce le racisme systémique généralisé dans le système de santé de la Colombie-Britannique et ses conséquences néfastes sur les patients autochtones, qui peuvent notamment entraîner de la méfiance, ainsi que causer des torts et une issue fatale.

Principe de Jordan

Brant, J., & Filice, M. (2020).

Encyclopédie canadienne.

[Lien vers l'article](#)

Principe juridique qui garantit que les enfants des Premières Nations reçoivent les services dont ils ont besoin sans retard, interruption ou refus en raison de conflits de compétence entre les gouvernements.

BC Declaration of Commitment: Cultural Safety and Humility in the Regulation of Health Professionals

Ministry of Health and First Nations Health Authority (2015)

[Lire la déclaration \(PDF\)](#)

Three Years In: A Report on Achievements Since Signing the Declaration (2020)

BC Health Regulators

[Lire le rapport \(PDF\)](#)

Cette déclaration marque une étape importante vers l'intégration de la sécurité culturelle et de l'humilité dans les services de santé destinés aux Premières Nations et aux peuples autochtones en Colombie-Britannique, en les reconnaissant comme des éléments essentiels de la qualité et de la sécurité dans la réglementation des soins de santé.

#ItStarsWithMe: FNHA Policy Statement on Cultural Safety and Humility

[First Nations Health Authority \(2016\) Énoncé de politique \(PDF\)](#)

Cet énoncé de politique décrit l'engagement de la Régie de la santé des Premières Nations à promouvoir la sécurité culturelle et l'humilité à tous les niveaux du système de santé. Il encourage les professionnels de la santé à entreprendre un exercice d'autoréflexion, à reconnaître l'impact du racisme systémique et à prendre la responsabilité personnelle et collective de prodiguer des soins respectueux et équitables aux membres des Premières Nations.

Législation et droits

Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act (2019, SBC, C.14)

Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique en novembre 2019, cette loi a fait de la Colombie-Britannique la première juridiction au Canada à adopter la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones dans la loi.

[Lire la Loi](#)

Autres principes et normes

BCCNM Practice Standard: Indigenous Cultural Safety, Cultural Humility and Anti-Racism

British Columbia College of Nurses & Midwives (2022)

[Normes de pratique \(PDF\)](#)

L'objectif de ces normes est d'établir des attentes claires sur la façon dont les membres du BCCNM doivent combattre le racisme et fournir des soins culturellement sécurisants aux clients autochtones.

Histoires de racisme dirigé contre des personnes autochtones

Bien réelles et tragiques, ces affaires révèlent les préjudices systémiques que subissent les peuples autochtones dans le système de santé canadien. Elles continuent de contribuer à la sensibilisation du public, à la responsabilisation professionnelle et à des changements de politiques.

Joyce Echaquan

Une mère atikamekw de 37 ans décédée à l'hôpital après avoir été victime d'insultes racistes de la part du personnel soignant.

[The Guardian – Joyce Echaquan's death an 'undeniable' example of systemic racism](#)

Brian Sinclair

Un homme autochtone de 45 ans décédé après avoir été ignoré pendant 34 heures dans la salle d'attente du service des urgences de Winnipeg.

[Rapport sur l'affaire, NCBI](#)

Keegan Combes

Un jeune homme des Premières Nations dont le décès a suscité une réflexion sur les échecs continus du système de santé à protéger et à soigner les jeunes autochtones
[Leçons et apprentissages du BCCNM](#)

À regarder

Visioning the Future:
Determinants of Health
(1h 28m)

National Collaborating Centre for Indigenous Health

[Regarder le webinaire](#)

Un regard sur la façon dont le colonialisme et les inégalités structurelles se répercutent sur la santé et le bien-être des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

Scenes from the
Nanaimo Indian Hospital
(2024, March 5)

Holdom, B. – BC Studies

[Lire l'article](#)

Une réflexion sur l'histoire et l'héritage obsédant de l'hôpital indien de Nanaimo. Les courts métrages suivants complètent ce document :

Education and Applied Theatre (6 min)

L'utilisation de méthodes théâtrales pour enseigner l'histoire des hôpitaux indiens et de leur héritage.

Mental Health (7 min)

Étude de l'impact psychologique des établissements de santé coloniaux..

Reawakening Language (11 min)

La revitalisation de la langue en tant que voie de guérison.

Researching and Revealing
Indian Hospitals in Canada
(15 min)

Maureen Lux

[Regarder le webinaire](#)

Une brève, mais efficace introduction aux hôpitaux indiens et à l'institutionnalisation du racisme médical à l'encontre des peuples autochtones.

La Couverture des témoins :
une ressource d'apprentissage
virtuelle

Carey Newman, Hayalthkin'geme

[Découvrez l'exposition](#)

Une expérience numérique lourde de sens qui raconte l'histoire des survivants des pensionnats et souligne l'importance de témoigner et de dire la vérité.

Indian Hospitals History – Alberta Health Services

[Regarder la vidéo](#)

Un survol de l'histoire et de l'héritage des hôpitaux indiens au Canada et de leur impact sur la santé des personnes autochtones.

Manitoba Indigenous TB history project (7:32 min)

[Regarder la vidéo](#)

Cette vidéo retrace l'expérience des peuples autochtones pendant l'épidémie de tuberculose et explique le traumatisme associé aux sanatoriums dans lesquels étaient envoyées les personnes souffrant de tuberculose.

TEDx Talk: Cultural Safety Education (16:51 min)

Len Pierre

[Regarder la présentation TEDx](#)

Un professeur autochtone explique le rôle fondamental de la sécurité culturelle dans la réconciliation, les soins de santé et l'éducation.

Facebook Live: La lutte contre le racisme envers les Autochtones dans le milieu de la santé (1 h 5 min)

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII)

[Watch the Facebook Live](#)

Une discussion nationale diffusée en direct sur le racisme, la sécurité culturelle et le changement systémique avec des infirmières et infirmiers autochtones et des leaders du secteur des soins de santé.

À écouter

Voices from the Field: NCCIH podcast – Visioning the Future

Une discussion sur la population autochtone et la santé publique qui présente les perspectives des Premières Nations, des Métis et des Inuits sur les déterminants de la santé.

[Épisode : Visioning the Future](#)

À lire

Johnson, H., Smith, D., & Beck, L.

(2022). Systems innovation through First Nations self-determination. In M. Greenwood, S. de Leeuw, R. Stout, R. Larstone, & J. Sutherland (Eds.), *Introduction to determinants of First Nations, Inuit, and Métis Peoples' health in Canada* (pp. 251-263). Canadian Scholars.

[Liste des chapitres](#)

Loppie, C., & Wien, F. (2022).

Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model. National Collaborating Centre for Indigenous Health.

[Lire le PDF](#)

Lavoie, J. G., Kornelsen, D., Boyer, Y., & Wylie, L. (2016).

Lost in maps: Regionalization and Indigenous health services. *Healthcare Papers*, 16(1), 63-73.

[DOI: 10.12927/hcpap.2016.24773](#)

Webb, D. (2022). *Indigenous health in federal, provincial, and territorial health policies and systems*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.

[Lire le rapport](#)

Apprentissage et outils pédagogiques

Les 4 saisons de la réconciliation

[Explorer le site web](#)

Ce cours multimédia primé a été élaboré en partenariat avec des éducateurs, des personnes âgées et des communautés autochtones. Largement adopté sur les lieux de travail et dans les écoles à travers le Canada, il présente des connaissances fondamentales sur la réconciliation, les pensionnats et les droits des Autochtones. Il est fortement recommandé aux professionnels de la santé dans le cadre d'une démarche de réflexion sur leur rôle dans la réconciliation et la sécurité culturelle.

Who Is a Settler, According to Indigenous and Black Scholars

Ashleigh-Rae Thomas

[Lire l'article](#)

Cet article explore le terme « colon » et invite à une réflexion critique sur le colonialisme, les privilèges et la responsabilité des colons. Il s'appuie sur les idées d'universitaires autochtones et noirs, et offre une perspective précieuse au personnel infirmier qui

entreprenant de réfléchir à sa situation sociale, à son rôle d'allié et à son engagement dans la lutte contre le racisme dans les soins.

Activité de reconnaissance territoriale : au-delà du texte

Il ne suffit pas d'enfiler des mots pour véritablement comprendre un texte de reconnaissance territoriale. Ces déclarations impliquent un apprentissage continu, un repérage critique de soi et un engagement de responsabilité relationnelle avec les peuples autochtones sur les terres où nous vivons, apprenons et travaillons. Cette activité vous invite à vous impliquer pleinement dans la signification et les implications des reconnaissances territoriales dans votre pratique de la santé publique ou des soins infirmiers.

Mcleod, A. (2021).

[‘Land Acknowledgments’ Are Just Moral Exhibitionism](#)

Une critique provocatrice qui remet en question l'utilisation performative des reconnaissances territoriales et incite les lecteurs à envisager des responsabilités relationnelles plus utiles.

âpihtawikosisân (2016).

[Beyond Territorial Acknowledgments](#)

Un article fondamental qui explore comment s'impliquer de manière respectueuse et concrète avec le lieu, la terre et la souveraineté autochtone au-delà des gestes symboliques.

Native Land Digital

[Native Land Map](#)

Un outil interactif pour identifier les nations, territoires et traités autochtones associés à l'endroit où vous vivez, étudiez ou travaillez.

Exercice de réflexion : revisiter le passé et faire le lien avec la vie contemporaine

Nous vous invitons à vous pencher sur les racines historiques du racisme systémique dans les soins de santé et à examiner comment les soins infirmiers ont été complices des structures coloniales, mais sont tout aussi responsables de rompre avec elles. Ces activités sont conçues pour encourager la conscience de soi, l'analyse critique et une meilleure mobilisation en faveur d'une pratique culturellement sécurisante.

À lire pour réfléchir

Symenuk, P., Thompson, G., Kosteniuk, B., & Grypma, S. (2020).

In search of the truth: Uncovering nursing's involvement in colonial harms and assimilative policies five years post Truth and Reconciliation Commission. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(1), 84-96.

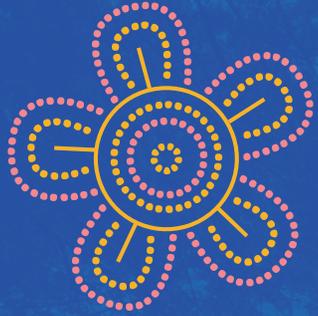
Un examen critique de la relation historique et actuelle des soins infirmiers avec les systèmes coloniaux, et un appel à des pratiques éthiques, relationnelles et réparatrices dans l'éducation et les soins.

Exercice sur les déterminants autochtones de la santé

Saisissez des termes clés, tels que **santé autochtone**, **colonisation**, **traumatisme intergénérationnel** et **accès aux soins de santé**, pour effectuer une recherche en ligne ou une analyse documentaire. En explorant les facteurs historiques et juridiques qui ont un impact sur la santé des peuples autochtones, réfléchissez aux questions suivantes :

- Quels sont les déterminants de la santé qui semblent avoir le plus d'impact sur la santé et le bien-être des populations autochtones?
- Comment vos recherches peuvent-elles exercer une influence sur votre approche des soins, vos responsabilités en tant qu'infirmière ou infirmier ou votre défense des droits en faveur d'un changement systémique?





Malgré les effets persistants de la lassitude face au racismisme, nos peuples sont forts et possèdent des systèmes de soins traditionnels distincts enracinés dans la terre. Des racines qui fabriquent les paniers qui contiennent nos histoires, transportent nos saumons, nos baies et nos médicaments pour assurer notre bien-être ancestral et notre droit à la santé.

(Colleen Seymour, Tk'emlu'ps te Secwe'pemc⁵⁰)



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS