



Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis



L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada



Association canadienne des écoles de sciences infirmières

CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

Association des infirmières et infirmiers du Canada

ANALYSE

INTÉGRÉE

DE LA

DOCUMENTATION

**Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement
infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis
ANALYSE INTÉGRÉE DE LA DOCUMENTATION**

Passons à l'action

*Renforcement des ressources humaines en santé pour
les Premières nations, les Inuit et les Métis.*

© 2009

L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada

Publié par :



L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada

56, rue Sparks, bureau 502

Ottawa ON

K1P 5A9

Téléphone : 613.724.4677

Télécopieur : 613.724.4718

Site Web : www.anac.on.ca

Rédacteur en chef : Fjola Hart-Wasekeesikaw RN MN

Reconnaisances privilégiées

Ce document a été préparé avec l'aide de:

David Gregory, RN, PhD

Professeur

Coordonnateur - Programme d'études supérieures et recherches avancées

École des Sciences de la santé

Université Lethbridge

Lethbridge, AB

Michael Hart, RSW, PhD

Professeur adjoint

Faculté du Travail social

Université du Manitoba

Winnipeg, MB

Ce document a été préparé avec l'appui et sous la direction du
Comité directeur du Projet de *Passons à l'action*.

Rosella M. Kinoshameg, R.N., B.Sc.N., DSLHC

Présidente

Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada

Ellen Rukholm, RN, BScN, MScN, PhD, FCAHS. Professeur émérite

Directrice générale

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Michael Villeneuve RN MSc

Professeur en résidence

Association des infirmières et des infirmiers du Canada

Nous tenons à remercier l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, secteur de la Santé des Premières nations et des Inuit, Santé Canada pour avoir financé la mise en œuvre de ce projet.

AVERTISSEMENTS

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement les points de vue des bailleurs de fonds énumérés lors des remerciements.

Le masculin utilisé dans ce texte n'a aucune intention discriminante. Il n'a pour objet que de ne pas rendre la lecture trop ardue.

Consultez le texte anglais pour toute question d'interprétation.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire de gestion.....	1
INTRODUCTION	4
JUSTIFICATION DU BESOIN D'UN PROGRAMME-CADRE DE COMPÉTENCE CULTURELLE EN ENSEIGNEMENT INFIRMIER.....	5
Colonisation.....	5
Disparités de santé	8
Iniquités de santé	10
La santé et la diversité des Premières nations, des Inuit et des Métis	11
Transmission historique des traumatismes	11
Enseignement infirmier et candidates et candidats provenant des Premières nations, des Inuit et des Métis.....	13
Nombre d'étudiantes et d'étudiants autochtones en sciences infirmières au Canada	14
Enseignement infirmier et l'étudiante et l'étudiant des Premières nations, des communautés Inuit et métisses.....	17
PRINCIPES DIRECTEURS.....	17
CONCEPTS	19
Culture	19
Prise de conscience culturelle.....	20
Sensibilité culturelle	20
Compétence culturelle	20
Sécurité culturelle	23
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
Normes pour la création de la Théorie sur l'éducation Amérindienne/Autochtone de l'Alaska	28

SOMMAIRE DE GESTION

Il existe un impératif moral de réparer les iniquités vécues par les Premières nations, les Inuit et les Métis du Canada dans les domaines de la santé, de l'économie et de la vie sociale. L'éducation est essentielle à l'avenir des peuples autochtones au Canada. L'enseignement infirmier permettrait de former des étudiantes et des étudiants des Premières nations et des communautés Inuit et métisses au niveau du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat en sciences infirmières. La réussite de ceux-ci exige, en partie, l'inclusion des vues mondiales autochtones, des appuis personnels et académiques pour les étudiantes et les étudiants ainsi qu'une politique curriculaire qui favorise la compétence chez les diplômés autochtones et non-autochtones dans la prestation des soins de santé aux peuples autochtones.

La jeunesse des Premières nations et des communautés Inuit et métisses est une ressource humaine potentiellement capable de répondre à la pénurie nationale et globale du personnel infirmier. Malheureusement, la jeunesse autochtone demeure essentiellement aux marges des programmes des sciences infirmières au Canada.

L'augmentation de leurs effectifs est le premier défi pour l'enseignement infirmier; au-delà des inscriptions, la rétention des étudiantes et des étudiants des Premières nations et des communautés Inuit et métisses exige des gestes à poser. Il existe suffisamment de preuves quant aux *pratiques d'excellence* sur l'éducation des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières des Premières nations et des communautés Inuit et métisses. Les programmes qui adoptent ces pratiques d'excellence non seulement favorisent le succès des étudiantes et des étudiants autochtones, mais créent un environnement d'apprentissage sécuritaire pour tous ceux et celles inscrits aux sciences infirmières. De plus, les diplômés de ces programmes reçoivent une éducation permettant l'offre de soins culturellement sécuritaires aux peuples autochtones du Canada.

L'intention de ce document est de relever les défis en sciences infirmières en intégrant l'analyse documentaire et par conséquent, développer un programme-cadre des pratiques d'excellences.

Ce programme-cadre aidera les éducateurs à favoriser la compétence culturelle et la sécurité chez les étudiantes et les étudiants particulièrement en ce qui a trait aux contextes des Premières nations, des Inuit et des Métis.

L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada en partenariat avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, travaillent ensemble afin de renforcer les ressources humaines en santé pour les Première nations, les Inuit et les Métis au Canada. Le financement pour l'élaboration de ce document et du programme-cadre d'enseignement infirmier subséquent est assuré par l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) de Santé Canada.

JUSTIFICATION DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE EN ENSEIGNEMENT INFIRMIER

Les preuves du besoin de compétence culturelle en enseignement infirmier – en ce qui a trait aux étudiantes et aux étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis – sont présentées afin d'offrir un contexte pour situer le programme-cadre de compétence culturelle. Les secteurs analysés : la colonisation; les disparités de santé; les iniquités de santé; la santé et la diversité des Premières nations, des Inuit et des Métis; la transmission historique des traumatismes; l'enseignement infirmier et candidates et candidats provenant des Premières nations, des Inuit et des Métis; le nombre d'étudiantes et d'étudiants autochtones

en santé au Canada; et, les sciences infirmières et les étudiantes et étudiants provenant des Premières nations, des Inuit et des Métis. Les pratiques d'excellence sont signalées à la fin de chaque section. Par exemple, un exposé sur la « Santé et la diversité des Premières nations, des Inuit et des Métis » est présenté comme suit :

Des données statistiques au sujet des populations autochtones offrent des informations intuitives pour réduire les disparités et les iniquités de santé; cependant, l'interprétation de ces informations nécessite une note d'avertissement. Les contextes culturels, historiques, linguistiques et sociaux parmi et entre les Premières nations, les Inuit et les Métis sont uniques. Des facteurs additionnels et la santé de la population sont des déterminants importants qui peuvent servir comme guides afin de comprendre la diversité et la santé des peuples autochtones. En autres mots, la capacité d'effectivement réduire les iniquités et les disparités de santé exigent une reconnaissance des barrières culturelles et sociales qui peuvent exister entre les individus provenant des Premières nations, des communautés Inuit et métisses et les agences qui offrent des soins de santé dans les communautés et les centres urbains.

- Des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières, autochtones et non autochtones, doivent réaliser :
 - i. que des historiques, des cultures, des langues et des circonstances sociales uniques sont manifestés dans la diversité des Première nations, des Inuit et des Métis et;
 - ii. que les peuples autochtones n'accéderont pas au système de santé (et à ses praticiens) lorsqu'ils ne se sentent pas en sécurité et lorsque le contact avec le système de santé les met à risque de préjugés culturels.

Principes directeurs

Les principes directeurs ont pour objet d'améliorer le curriculum en santé selon la perspective des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis.¹ On doit mettre l'accent sur le besoin de respecter l'individu qui est l'étudiante ou l'étudiant autochtone; sur la programmation et le curriculum qui sont *pertinents* à leur perspective sur le monde; sur la *réciprocité* dans leurs relations avec les autres et sur le besoin de les aider à exercer une *responsabilité* quant à leur vie personnelle.

Concepts

On avance une définition pour certains concepts dont : culture, conscience culturelle, sensibilité culturelle et compétence culturelle. Exception faite du concept de culture, les forces et les limites de ces concepts sont incluses. La *sécurité culturelle* nous transporte au-delà de la *conscience culturelle* et de la reconnaissance de la différence. La sensibilité culturelle mise sur la reconnaissance de l'importance du respect des différences; et la compétence culturelle, qui mise sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens.

¹ Cette terminologie s'insère dans un contexte très large et comprend toutes les communautés où des peuples autochtones vivent soit dans une région urbaine, rurale ou dans des territoires traditionnels.

La sécurité culturelle est basée sur la compréhension des iniquités de pouvoirs inhérents dans la livraison des services de santé et du redressement de ces iniquités à l'aide de processus éducationnels. Composer avec ces iniquités par le biais de la sécurité culturelle, permet aux fournisseurs des soins :

- D'améliorer l'accès aux soins de santé des clients ou des individus, des groupes, et des populations;
- De reconnaître que nous sommes tous détenteurs de culture;
- D'exposer les contextes sociaux, politiques et historiques des soins de santé;
- De permettre aux praticiens de considérer des concepts difficiles tels le racisme, la discrimination et les préjugés;
- De réaliser que la sécurité culturelle est déterminée par ceux et celles qui reçoivent des soins de santé des infirmières et des infirmiers;
- De comprendre les limites de « culture » en ce qui a trait aux personnes qui ont accès et qui utilisent les divers systèmes de santé et qui transigent avec les fournisseurs de soins en toute sécurité et;
- De remettre en question les relations de pouvoirs inégaux.

La culture est beaucoup plus que les croyances, les pratiques et les valeurs. Alors, le curriculum infirmier doit aider les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières à comprendre les limites de la perspective essentialiste de la culture. Les étudiants requièrent de l'aide pour élaborer une compréhension constructiviste de la culture.

La conscience, la sensibilité et la compétence offrent aux étudiantes et aux étudiants ainsi qu'à la faculté un point de départ pour développer une appréciation de la complexité de « culture ».

La sécurité culturelle offre des occasions d'exposer et de gérer les relations de pouvoirs inégaux. La sécurité culturelle est axée sur les mesures à prendre et est alignée sur le rôle de plaidoyer des infirmiers et des infirmières et de la profession des sciences infirmières.

Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone (2008), le besoin des soins affichant une sécurité culturelle pour les Premières nations, les Inuit et les Métis est jumelé au besoin d'un *apprentissage culturel sécuritaire* afin d'améliorer les résultats éducationnels pour les étudiantes et les étudiants autochtones.

La mise au point d'un environnement d'apprentissage culturellement sécuritaire est avantageuse pour les étudiants, les éducateurs, les institutions éducationnelles et les systèmes d'éducation. Un étudiant est plus apte à répondre positivement à l'enseignement lorsqu'il est sécuritaire, respecté et capable d'émettre son point de vue. Il est plus probable qu'un éducateur connaîtra la satisfaction au travail lorsque la présence est meilleure, lorsque la qualité du savoir est bonne et lorsque la salle de classe est un lieu d'interaction égale quant aux diverses connaissances. Ceci se manifeste lorsqu'un éducateur crée un environnement culturel sécuritaire et livre un curriculum sécuritaire sur le plan culturel. Des taux élevés de rétention de la population autochtone peuvent être interprétés comme étant un reflet de l'engagement de l'institution éducationnelle envers un tel environnement

ainsi que son engagement aux droits de la personne et aux relations interraciales. Ces institutions produisent un nombre plus élevé de diplômés ce qui attire un plus grand nombre d'étudiants et par surcroît augmente l'inscription.

L'Association des médecins indigènes du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada ont endossé la sécurité culturelle dans un document : *Cadre de compétences essentielles en matière de santé des Inuit, des Métis et des Premières nations pour la formation médicale pré doctorale*.

INTRODUCTION

Il existe un impératif moral de réparer les iniquités vécues par les Premières nations, les Inuit et les Métis du Canada dans les domaines de la santé, de l'économie et de la vie sociale. L'éducation est essentielle à l'avenir des peuples autochtones du Canada. L'enseignement infirmier permettrait de former des étudiantes et des étudiants des Premières nations et des communautés Inuit et métisses au niveau du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat en sciences infirmières. La réussite de ceux-ci exige, en partie, l'inclusion des vues mondiales autochtones, des appuis personnels et académiques pour les étudiantes et les étudiants ainsi qu'une politique curriculaire qui favorise la compétence chez les diplômés autochtones et non-autochtones dans l'offre des soins de santé aux peuples autochtones.

La jeunesse des Premières nations et des communautés Inuit et métisses est une ressource humaine potentiellement capable de répondre à la pénurie nationale et globale du personnel infirmier. Malheureusement, la jeunesse autochtone demeure essentiellement aux marges des programmes des sciences infirmières au Canada.

L'augmentation de leurs effectifs est le premier défi pour l'enseignement infirmier; au-delà des inscriptions, la rétention des étudiantes et des étudiants des Premières nations et des communautés Inuit et métisses exigent des gestes à poser. Il existe présentement suffisamment de preuves des *pratiques d'excellence* sur l'éducation des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières des Premières nations et des communautés Inuit et métisses. Les programmes qui adoptent ces pratiques d'excellence non seulement favorisent le succès des étudiantes et des étudiants autochtones mais créent un environnement d'apprentissage sécuritaire pour toutes les étudiantes et tous les étudiants en sciences infirmières. De plus, les diplômés de ces programmes reçoivent une éducation permettant l'offre de soins culturellement sécuritaires aux peuples autochtones du Canada.

L'intention de ce document est de relever les défis en sciences infirmières en intégrant l'analyse documentaire et par conséquent de développer un programme-cadre des pratiques d'excellence.

Ce programme-cadre aidera les éducateurs à favoriser la compétence culturelle et la sécurité chez les étudiantes et les étudiants particulièrement en ce qui a trait aux contextes des Premières nations, des Inuit et des Métis.

L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada en partenariat avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada travaillent ensemble afin de renforcer les ressources humaines en santé pour les Première nations, les Inuit et les Métis au Canada. Le financement pour l'élaboration de ce document et du cadre d'enseignement infirmier subséquent est assuré par l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) de Santé Canada.

Historique

En 1996, le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones mandatait une collaboration entre les institutions postsecondaires, incluant les programmes de sciences infirmières, et les organismes autochtones, dont l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada afin d'examiner comment ils pourraient (i) augmenter le nombre de diplômés et le nombre d'étudiants autochtones inscrits à leurs programmes; et (ii) modifier le curriculum des programmes afin d'améliorer la justesse culturelle et l'efficacité de la formation offerte aux étudiants autochtones et non-autochtones et qui par la suite s'occuperont de la prestation des services aux peuples autochtones.

En 2006, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (ACIIA) (Chabot, 2006) émettait une série de recommandations concernant le développement de la compétence culturelle dans l'enseignement infirmier autochtone. Également en 2006, ACIIA préparait un document de réflexion afin de faire avancer l'établissement d'un projet de sciences infirmières autochtones avec l'aide du Comité directeur sur les sciences infirmières autochtones (Stout, 2006). Afin de faire avancer les sciences infirmières autochtones en tant que spécialité, ce document recommandait que la compétence culturelle, la sécurité culturelle et les connaissances traditionnelles soient intégrées au curriculum des sciences infirmières. Les diplômés en sciences infirmières seraient ainsi prêts à offrir des soins culturellement sécuritaires aux peuples autochtones et aux autres groupes ethnoculturels.

JUSTIFICATION DU BESOIN D'UN PROGRAMME-CADRE DE COMPÉTENCE CULTURELLE EN ENSEIGNEMENT INFIRMIER

Les preuves du besoin de compétence culturelle en enseignement infirmier – en ce qui a trait aux étudiantes et aux étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis – offrent un contexte pour situer l'importance de la compétence culturelle.

Dans cette section, la colonisation; les disparités et les iniquités de santé; la transmission historique des traumatismes; l'enseignement infirmier et le potentiel des étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis; et l'enseignement infirmier et les Premières nations, les Inuit et les Métis seront présentés.

Colonisation

La colonisation n'a pas connu ses débuts au point de contact initial entre les Européens et les Premières nations. Les nouveaux arrivants ont débarqué sur un continent déjà habité par des nations diverses de Premières nations qui formaient des alliances entre elles afin d'accéder et afin de distribuer leurs ressources tribales. Les Premières nations avaient leurs propres systèmes économiques, politiques, sociales et de santé développés au sein de leurs communautés selon leurs traditions et selon leurs besoins environnementaux. La relation initiale entre les Premières nations et les Français et les Anglais étaient de tolérance mutuelle et de respect. Les différences sociales, culturelles et politiques entre ces sociétés ont été maintenues (Dickason, 1994).

La Proclamation royale de 1763 démontrait que le partenariat entre les Premières nations et la Couronne britannique reposait sur coopération et la protection. En échange pour la coopération de ce partenariat, le Roi de l'Angleterre étendait une protection royale aux territoires et à l'autonomie politique des Premières nations. Cette législation fut la base pour toute négociation avec les Premières nations à titre de nations

lors de la création du Canada en 1867. D'autres alliances avec les nouveaux arrivants ont été créées sous forme de traités qui s'avéraient des obligations irrévocables entre deux ou plusieurs nations. Les traités démontrent la relation unique entre les Premières nations du Canada et la Couronne (le gouvernement du Canada représentant la Reine d'Angleterre); aucune autre population au Canada n'a ce statut – historique ou contemporain.

La colonisation est devenue une autre phase de la relation entre les Premières nations et le gouvernement du Canada. Menée par une vue mondiale axée sur le fédéralisme, sur la vertu et sur l'avidité, la colonisation a touché tous les aspects de la vie des peuples autochtones au niveau national, communautaire, familial et individuel (Hart, 2005).

La colonisation a eu un impact indéniable sur la vie indigène : les systèmes économiques et politiques des Premières nations furent détruits; les points de vue mondiaux furent banalisés; les expressions culturelles manifestes, telles les cérémonies spirituelles furent profanées, dégradées et jugées malintentionnées et les festins, les cadeaux, le chant et la danse furent rejetés comme étant péché; la connexion des Premières nations à la Terre fut considérée comme étant l'expression de leur nature primitive.

L'oppression culturelle, jumelée à l'action coloniale, ont détruit les systèmes indigènes d'éducation, de santé et de justice. Selon Tobias (1991), la Loi sur les Indiens fut le moyen législatif pour la mise en œuvre de politiques pour civiliser, protéger et assimiler les membres des Premières nations. L'apprentissage coopératif, maintenant perçu comme étant important en éducation, fut ignoré ou jugé inférieur et remplacé par les écoles industrielles et résidentielles.

Environ cent écoles résidentielles furent en place au Canada de 1849 à 1983 (Smylie, 2000). La Loi sur les Indiens en 1920 rendait obligatoire la présence aux cours pour tous les enfants des Premières Nations – des enfants âgés de 7 à 15 ans forcément enlevés de leurs domiciles, écartés de leur famille, de leur culture et de leur langue. Les enfants Inuit et Métis n'étaient pas exemptés de la présence au cours dans les écoles résidentielles au Canada². Smylie nous rappelle que le retrait accéléré des enfants autochtones au 20^e siècle est survenu avec le « *Sixties Scoop* ».

Le « *Sixties Scoop* » est survenu à la suite d'amendements à la Loi sur les Indiens dans les années 50 qui assurait un financement du fédéral pour chaque enfant autochtone appréhendé par les agences de protection de l'enfance. Ces amendements ont engendré un gonflement du nombre d'enfants des Premières nations qui se retrouvèrent pupilles de l'état. Lors d'une présentation, Wieman racontait (tel que cité dans Smylie, 2000), que le pourcentage des enfants autochtones appréhendés augmenta de façon vertigineuse d'un pour cent en 1950 à un nombre se situant entre trente et quarante pour cent dans les années 60.

Des enfants autochtones représentent toujours un pourcentage disproportionné des enfants appréhendés par les agences de service social. Plusieurs des parents de ces enfants sont des survivants des écoles résidentielles.

Sous la colonisation, les premiers peuples du Canada ont été exposés à de nouvelles maladies et ont été obligés à connaître un style de vie moins sain (Clarke, 2007). Les séquelles se manifestent toujours au sein des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis. La décolonisation se produit alors que les

2 Environ 150 000 enfants provenant des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis furent enlevés et obligés de se présenter aux écoles résidentielles. Répertoire le 19 janvier, 2009 de <http://www.cbc.ca/canada/story/2008/05/16/f-faqs-residential-schools.html>

communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis vivent la transition à différents niveaux vers la décolonisation (Hart, 2005).

L'attention portée envers la colonisation et la décolonisation a été rivée sur les peuples autochtones et comment. Cependant, étant donné que la colonisation et la décolonisation portent sur les relations entre les peuples autochtones et non-autochtones, il faut dorénavant inclure les peuples autochtones dans tous les dialogues et les gestes subséquents à poser.

L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (2001) raconte le concept *Cris* suivant pour décrire l'impact de la colonisation sur les peuples des Premières nations, des Inuit et des Métis : *kitimakisowin* ou la pauvreté « de toutes sortes et les pathologies qu'elle engendre si non résolue ». Voici cinq secteurs de *kitimakisowin* :

- i. La « pauvreté » de participation en raison de la marginalisation.
- ii. La « pauvreté » de compréhension en raison du mauvais niveau d'éducation.
- iii. La « pauvreté » d'affection en raison du manque d'appui et de reconnaissance.
- iv. La « pauvreté » reliée au niveau de subsistance en raison du manque de ressources.
- v. La « pauvreté » de l'identité étant donné l'imposition de valeurs, de croyances et de systèmes étrangers sur les cultures locales et régionales.

N.B. : Pauvreté – sens emprunté à l'anglais pour respecter le concept avancé par *kitimakisowin*

Les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières des Premières nations, des Inuit et des Métis se présentent dans un milieu éducationnel avec leur vécu et leur historique de colonisation.

L'étudiante ou l'étudiant est vulnérable en raison du *kitimakisowin* alors qu'elle ou qu'il entreprend des relations comportant un écart de pouvoir à l'intérieur du système d'enseignement infirmier. Le défi pour l'enseignement infirmier est d'offrir des situations d'apprentissage offrant un équilibre sur le plan du rapport des pouvoirs et de la dynamique relationnelle entre l'étudiant et l'enseignant individuel, du curriculum et du personnel enseignant.

- Les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières, autochtones et non-autochtones doivent constater :
 - i. l'Impact historique du colonialisme sur les Premières nations, sur les Métis et sur les peuples Inuit;
 - ii. à quel point la vie contemporaine des Premières nations, des Métis et des peuples Inuit a été profondément touchée par le colonialisme;
 - iii. la souffrance infligée sur les Premières nations, sur les Métis et sur les peuples Inuit en raison des conséquences survenues par l'imposition des lois canadiennes; et
 - iv. que les traités conclus entre les Premières nations, les Métis et les peuples Inuit ont créé un « espace » unique pour les peuples autochtones sur la scène ethnoculturelle et politique au Canada.

Disparités de santé

Les conséquences des disparités de santé sont plus aiguës pour les Premières nations, les Inuit et les Métis au Canada. Selon le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et de la sécurité de la santé (2004), Adelson (2005) décrit les disparités de santé comme étant des indices d'une incidence démesurée de maladies sur une population spécifique.

Un comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé au Canada explique que les disparités de santé ne se limitent pas à strictement une question des munis et des démunis :

Un gradient existe dans lequel il y a une divergence des facteurs de risques et des conditions de risques, de l'état de santé, de l'incidence de la maladie et de la mortalité sur une grande étendue de troubles physiques et mentaux. Les plus importantes conséquences des disparités de santé sont les morts évitables, les maladies, les invalidités, les détresses et les malaises.

Le groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et de la sécurité de la santé a énuméré les disparités de santé suivantes qui touchent les Premières nations, les Inuit et les Métis du Canada :

- i. Tous les hommes dans l'ensemble du Canada vivent sept ans plus longtemps que les hommes des Premières nations; toutes les femmes dans l'ensemble du Canada vivent cinq ans plus longtemps que les femmes des Premières nations.
- ii. Le taux de mortalité relié aux blessures des enfants autochtones est quatre fois le taux de l'ensemble du Canada et chez les enfants du préscolaire et chez les adolescents, le taux de mortalité est cinq fois et trois fois le taux national respectivement.
- iii. Chez les Canadiens du quintile le plus bas de revenu³ quarante-sept pour cent rapporte que leur santé est excellente ou très bonne comparativement avec soixante-treize pour cent dans le quintile le plus élevé. Des personnes dans le quintile le plus bas sont cinq fois plus susceptibles de décrire leur santé comme étant faible ou pauvre que les personnes dans le quintile le plus élevé. Des peuples autochtones sont deux fois plus susceptibles de décrire leur santé comme étant faible ou pauvre que les peuples non-autochtones ayant les mêmes niveaux de revenus.
- iv. Les peuples autochtones avec des revenus bas et moyens ont plus de maladies chroniques que les peuples non-autochtones avec les mêmes niveaux de revenus. Le niveau avancé de scolarité et le niveau financier sont protecteurs contre les maladies chroniques.
- v. Les personnes vivant dans les communautés éloignées dans le nord du Canada ont le taux d'espérance de vie sans invalidité et le taux d'espérance de vie le plus bas au pays. Leurs taux de tabagisme, d'obésité et de consommation excessive d'alcool sont au-delà des moyennes canadiennes.

3 En statistique, le quintile se définit comme étant une des valeurs qui divise une distribution de fréquence en cinq parties, chacun contenant un cinquième de l'échantillon de la population. Répertoire de http://encarta.msn.com/dictionary_1861698410/quintile.html?partner=orp

- vi. Environ dix pour cent des domiciles canadiens (trois millions de personnes) vivent annuellement une insécurité alimentaire. La prévalence est plus élevée chez les personnes qui reçoivent de l'aide sociale, les mères célibataires, les peuples autochtones et les Canadiens qui vivent dans des communautés éloignées. L'insécurité alimentaire est reliée à une cote plus élevée d'un piètre niveau de santé, de multiples maladies chroniques, de détresse et de dépression.

En plus du statut socio-économique, du sexe, du statut autochtone et de l'endroit géographique, d'autres facteurs contribuent aux disparités de santé et dont ceux-ci : la distribution, l'accessibilité, la qualité des soins de santé et les caractéristiques communautaires. Prenons, par exemple, les taux de suicides dans les communautés autochtones sont plus bas là où d'importants facteurs de gouvernance et de culture existent. Le taux de suicide chez les jeunes est plus bas là où les six facteurs suivants existent : réclamations territoriales, autonomie gouvernementale, services éducationnels, services de santé, services policiers, services d'incendie et des installations culturelles. (Chandler et Lalonde, 1998). Il est à noter que les taux de suicides sont élevés là où seuls un ou deux de ces facteurs existent.

Alors que le taux canadien de suicide est à la baisse, les taux chez les Inuit sont à la hausse. Le taux canadien avait chuté de 16,5 suicides par 100 000 personnes en 1980 à 14,0 par 100 000 personnes en 1998. Dans le territoire qui est maintenant Nunavut, le taux de 1989 à 1993 était de 79 cas en 100 000 mais avait augmenté à 119,7 cas pour les années 1999-2003. Selon un document de Santé Canada sur le suicide, les taux de suicide chez la jeunesse Inuit est parmi le plus élevé au monde.

De plus, malgré l'utilisation accrue des soins de santé, de la disponibilité de l'assurance maladie, des augmentations importantes en soins de santé, les disparités de santé existent toujours chez les populations autochtones. C'est ainsi qu'il est important d'évaluer l'accessibilité et l'efficacité des soins de santé à ceux ayant un piètre niveau de santé.

- Des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières, autochtones et non-autochtones, doivent comprendre :
 - v. les déterminants de santé touchant les Premières nations, les Métis et les Inuit;
 - vi. les facteurs socioculturels et politiques qui protègent la santé et les facteurs qui minent la santé des peuples autochtones et les mettent à risque de morbidité et de mortalité et;
 - vii. La « place » des enseignements traditionnels et le rôle des Anciens, des grand-mères et des grand-pères, dans la promotion de la santé des peuples autochtones.

Iniquités de santé

Les iniquités de santé semblent indiquer que les causes sous-jacentes des disparités sont, pour la plupart, situées principalement à l'extérieur du domaine de la santé.⁴ (Adelson, 2005). Par exemple, le logement inadéquat et surpeuplé mène à des taux plus élevés de maladies respiratoires et à de la violence dans les communautés Inuit. Les taux de tuberculose dans les communautés Inuit est 70 fois le taux canadien.⁵

Parmi les femmes métisses, l'accès aux soins de santé est problématique (Women of Métis Nation, 2007). Environ onze pour cent des femmes métisses ont indiqué qu'elles n'ont pas reçu de soins de santé lorsqu'elles étaient en besoin. Le manque de revenus joue un rôle dans l'accessibilité des soins nécessaires. De plus, lorsque des soins de santé sont utilisés, ils sont considérés comme étant pan-autochtone et ils ne sont pas élaborés pour répondre aux besoins uniques et réalistes des femmes métisses.

D'autres déterminants touchant l'état de santé des femmes métisses vont comme suit : les environnements sociaux; la programmation et les appuis sociaux; l'éducation; la culture; l'emploi et les conditions de travail; la santé physique environnementale; la protection des pratiques traditionnelles incluant les droits de propriété intellectuelle; la recherche sur la santé et le manque d'identificateur métisse; le développement de l'enfance; les services de santé; la santé des femmes métisses et les éléments spécifiques aux femmes métisses. Le système de santé est un autre déterminant important de la santé d'une population. Si les soins de santé et les programmes publics de santé ne portent pas une attention particulière aux besoins des individus, des populations et des communautés défavorisés, il y a un risque d'augmenter plutôt que de diminuer les disparités de santé.

- Les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières autochtones et non-autochtones doivent constater :
 - i. les obstacles qui contribuent aux iniquités de santé pour les peuples des Premières nations, des Métis et des Inuit;
 - ii. comment les théories après le colonialisme figurent dans les disparités de santé et les iniquités de santé chez les peuples autochtones;
 - iii. comment les iniquités contemporaines de santé pour les peuples autochtones ont été déclenchées par le colonialisme;
 - iv. Comment les droits humanitaires essentiels (logement adéquat, emploi) sont « hors de la portée » pour la plupart si pas la totalité des peuples autochtones.

4 On utilise l'expression, 'iniquités de santé' à l'échelle internationale pour référer aux différences sur le plan de l'état de santé. Toutefois, Kawachie, Subramanian et Aleda-Filho (cité dans Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et de la sécurité de la santé, 2004) affirment que les iniquités de santé renvoient aux inégalités en matière de santé qui sont jugées injustes ou résultant d'une certaine forme d'injustice. Kawachie et coll. expliquent aussi la distinction entre égalité et équité et comment celle-ci est déterminée.

5 Cette information a été répertoriée du site Web Inuit Tuttarvingat le 19 avril, 2009 <http://www.naho.ca/inuit/overview>

La santé et la diversité des Premières nations, des Inuit et des Métis

Les données statistiques au sujet des populations autochtones révèlent des informations intuitives sur les disparités de santé; cependant, l'interprétation de ces informations nécessite une note d'avertissement (Adelson, 2005).

Les contextes culturels, linguistiques, historiques et sociaux sont uniques parmi et entre les Premières nations, les Inuit et les Métis. Des facteurs additionnels, et selon la santé de la population, des déterminants importants de santé, peuvent servir de guides afin de comprendre la diversité des peuples autochtones et de leur santé. Plus précisément, Adelson suggère que cette interprétation doit examiner les différences parmi et entre les groupes d'âge, les sexes, les niveaux de statut socio-économique, l'éducation et d'autres marqueurs significatifs d'identité et d'iniquité.

Les interprétations statistiques doivent être suffisamment compréhensives « pour naviguer le terrain entre les individus et les communautés et inclure des études sur le logement, l'eau, l'éducation le développement et l'extraction de richesses naturelles, les évaluations diverses sur le plan social et culturel de la santé et l'autonomisation (p. 45). La capacité d'effectivement réduire les iniquités et les disparités de santé exige une reconnaissance des barrières culturelles et sociales « très réelles » qui peuvent exister entre les membres des Premières nations, des Inuit et des Métis et les fournisseurs de soins de santé dans les communautés et dans les centres urbains.

- Les étudiantes et les étudiants autochtones et non-autochtones en sciences infirmières doivent comprendre :
 - i. que des histoires, des cultures, des langues et des circonstances sociales sont manifestées dans la diversité des peuples des Premières nations, des Métis et des Inuit, et ;
 - ii. que des peuples autochtones ne vont pas se prévaloir des services d'un système de santé (ainsi que des services de ses fournisseurs) lorsqu'ils ne sentent pas en sécurité – et là où le contact avec le système de santé pose un risque de préjudice à leur culture.

La transmission historique des traumatismes

L'impact des traumatismes transmis d'une génération à l'autre est maintenant reconnu comme étant une des causes des problèmes sociaux des Premières nations, des Inuit et des Métis (Clarke, 2007).

Des personnes qui ont été traumatisées transmettent l'impact du traumatisme par le biais de l'éducation parentale. Les victimes de traumatismes ne possèdent pas les compétences parentales; ce n'est pas par manque de désir ou d'intérêt. Wesley-Esquimaux et Smolewski (2004) expliquent l'étiologie de la transmission historique des traumatismes avec l'aide d'un nouveau modèle qu'ils ont mis à point afin de mieux comprendre la diffusion sociale et culturelle qui a dévasté les communautés autochtones au cours de nombreuses années. Ils décrivent, à l'aide de ce modèle, les traumatismes historiques comme étant un agrégat d'événements traumatiques et d'agents causaux opérant dans divers points d'impact; ce n'est pas une maladie.

La mémoire collective cachée ou l'acte collectif de ne pas se remémorer de ses traumatismes est passé d'une génération à l'autre. Il n'y a pas un traitement unique des traumatismes historiques; mais plutôt, il y a divers troubles sociaux avec des agrégats respectifs de symptômes. Des *troubles sociaux* sont des habitudes de vie répétitives et inadaptées telles que l'état de stress post-traumatique qui se manifeste dans un regroupement de personnes et qui est relié à un taux plus élevé de souffrance. Un *symptôme* est une manifestation d'habitudes de vie inadaptées telles que le suicide, la violence familiale, les sévices sexuels, et l'inadaptation interpersonnelle. Les symptômes ne sont pas causés par le traumatisme lui-même. Le trauma historique perturbe les patrons adaptés sur le plan social et culturel les transformant en habitudes de vie inadaptées se manifestant sous forme de symptômes. Brièvement, les traumatismes historiques causent un effondrement du fonctionnement social qui peut persister pour de nombreuses années, de nombreuses décennies et même de nombreuses générations. Les symptômes qu'affichent les parents (violence familiale, sévices sexuels) se manifestent comme traumatismes et perturbent les ajustements sociaux adaptés chez leurs enfants. En retour, ces personnes intériorisent les symptômes et tout comme attraper un « virus du traumatisme » elles deviennent victimes d'un des troubles sociaux. Dans la prochaine génération, le processus se perpétue et le traumatisme, un agent causal implacable se poursuit. La transmission historique des traumatismes (THT) peut être comparée à un état de stress post-traumatique complexe à grande diffusion. Les résultats de la THT sont également évidents dans l'affection et dans les maladies, la violence, les attachements malades et les autres aspects du manque de bien-être qui sont de nature physique, sociale, spirituelle et mentale (Clarke 2007).

Selon la Fondation autochtone de guérison (1999), le traumatisme intergénérationnel ou multi-générationnel se produit lorsque l'impact des traumatismes n'est pas résolu au cours d'une génération. Lorsque le traumatisme est ignoré et qu'il n'y a pas de moyen de le régler, le traumatisme sera transmis d'une génération à l'autre. Les enfants apprennent ce qu'ils croient être un « comportement normal » et le transmettent à leurs enfants. Les enfants qui apprennent que les agressions physiques et les sévices sexuels sont « normaux », et qui n'ont pas géré leurs sentiments engendrés par ceux-ci, peuvent infliger des agressions physiques et des sévices sexuels sur leurs enfants. Les moyens malsains que les gens utilisent pour se protéger peuvent être transmis aux enfants sans qu'ils soient conscients de ce phénomène.

- Les étudiantes et les étudiants autochtones et non-autochtones en sciences infirmières doivent comprendre :
 - i. l'impact de la transmission historique des traumatismes (THT) sur la santé et le bien-être des peuples des Premières nations des Métis et des Inuit et;
 - ii. que les peuples autochtones ont, individuellement et collectivement, des forces historiques et contemporaines aptes à contrer l'impact de la THT.

Enseignement infirmier et les candidates et les candidats provenant des Premières nations, des Inuit et des Métis

Un aspect important de l'avenir du Canada repose sur la maximisation des avantages et des vies des Premières nations, des Inuit et des Métis. *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers* décrit l'avenir démographique du Canada comprenant une jeune population autochtone ainsi qu'une population grandissante et diversifiée sur le plan racial. Ce rapport prévoit que par 2017, un sur 25 Canadiens sera autochtone. Quoi de plus, en 2020, la population autochtone au Canada sera la plus importante et la plus influente de l'histoire.

Il est prévu que des provinces telles Manitoba et Saskatchewan connaîtront un nombre croissant des membres des Premières nations et des Métis.⁶ Par exemple, en 1996, onze pour cent de la population de Saskatchewan était autochtone et il est prévu que par 2020, la population des Premières nations atteindra vingt pour cent de la population provinciale. Environ vingt-cinq pour cent des jeunes (15 à 24 ans) en Saskatchewan sont autochtones et on prévoit qu'une personne sur trois dans la province en 2010 sera autochtone. Les communautés autochtones établissent présentement leurs propres systèmes de santé, d'éducation et de service social.⁷ Une autre tendance est évidente : un nombre croissant de peuples autochtones vivent dans les centres urbains.

Fournir des soins culturellement sécuritaire à ces nombres croissants de peuples autochtones exige que les infirmières et les infirmiers, peu importe leurs antécédents ethnoculturels, développent des compétences qui les préparent à être non seulement sensible à la culture mais aussi à approfondir leurs connaissances au sujet de la santé et du bien-être des Premières nations, des Inuit et des Métis. Or, il incombe aux programmes infirmiers d'assurer que les étudiants développent les connaissances et la compréhension les permettant de devenir culturellement sécuritaire – pour tous les patients et spécialement pour les peuples.

Étant donné que l'être humain a tendance à se reconnaître chez les fournisseurs de soins de santé qui se ressemblent et qui parlent comme lui, il serait opportun d'embaucher un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers autochtones dans tous les secteurs du système de santé – incluant les contextes ruraux, nordiques et urbains. L'appel pour qu'un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers des Premières nations, des Inuit et des Métis travaillent dans les communautés autochtones est évident; toutefois, des pénuries à travers le pays démontrent qu'il faut attirer des infirmières et des infirmiers provenant de toutes les origines et des deux sexes afin de livrer les services dans tous les champs de compétences du domaine infirmier.

En plus, il faut constater qu'il est encore très difficile de *recruter* et de *conserver* des candidates et des candidats des Premières nations, des Inuit et des Métis à l'enseignement infirmier au Canada. L'image professionnelle, le sexe, la race et l'autorité sont des variables qui ont un impact sur le recrutement de candidats non-traditionnels à la profession infirmière canadienne et cette situation mérite notre attention. Pringle, Green et Johnson (2007) notent qu'une carrière en sciences infirmières offre des occasions « d'aider d'autres personnes » mais en même temps cette carrière peu avoir peu d'attrait pour ceux et celles qui ne la perçoivent pas comme une profession

6 Villeneuve et MacDonald citent ces faits démographiques de Kouri, D. (2000). *Saskatchewan 2020 technical report*. Regina, SK: Saskatchewan School Boards Association. Répertoire le 7 septembre, 2005 de : http://www.ssta.sk.ca/research.social_trends/2020.pdf

7 Villeneuve et MacDonald rapportent ces informations du gouvernement de Saskatchewan, Regional Colleges Review Committee. (1999). Background information strategic planning workshops, Regional Colleges Review. Répertoire le 7 septembre, 2005 de : http://www.sasked.gov.sk.ca/branches/institutions/re_review/strategicplanningphases.htm

qui est respectueuse des peuples autochtones. Selon les participants à un groupe de discussion, Pringle a déclaré que les peuples autochtones peuvent vivre un conflit entre la philosophie occidentale et les méthodes de guérison et la médecine autochtone. Par ailleurs, Pringle a rapporté que la jeunesse autochtone remarque qu'il est difficile pour les infirmières et les infirmiers autochtones d'apporter des changements au sein des sciences infirmières. Connaissant tous ces obstacles, il est difficile pour les candidates et les candidats d'opter pour les sciences infirmières comme choix de carrière. Historiquement, le coût d'obtenir un diplôme en soins infirmiers a limité l'accessibilité aux femmes de la classe moyenne et de la haute société impliquant qu'elles étaient blanches. Villeneuve et MacDonald (2006) citent Curran qui dit que la profession infirmière américaine était devenue de fait le lieu des « sympathiques femmes blanches des banlieues ». Ils affirmaient que « la profession infirmière, comme la société, devait se rattraper afin de rectifier les iniquités sous-jacentes dans le domaine présentement ». Les peuples autochtones et d'autres minorités visibles sont presque absentes des centres de pouvoir et des structures décisionnelles de la profession infirmière canadienne (Villeneuve et MacDonald p. 30). Une nouvelle vision pour la profession infirmière exige une diversification culturelle, raciale et sexuelle. En particulier, cette vision exige un nombre plus élevé d'infirmières et d'infirmiers autochtones en accord avec la proportion de la population autochtone au Canada.

La profession infirmière et la faculté doivent comprendre (Hart-Wasekeesikaw, 2006):

- i. Que les candidates et les candidats apprennent des infirmières et des infirmiers qui racontent leur vécu au sujet de l'enseignement infirmier ainsi que de leurs expériences;
- ii. qu'il est important de fournir des informations au sujet des infirmières et des infirmiers des Premières nations, des Inuit et des Métis qui ont transformé la profession infirmière au niveau de la pratique, de l'éducation et de l'administration relativement à la santé des peuples autochtones;
- iii. qu'il faut prendre les dispositions nécessaires pour offrir dès le début comment la profession infirmière appuiera les étudiantes et les étudiants autochtones dans leur cheminement vers l'obtention d'un diplôme et leur « place » en tant qu'infirmier diplômé au sein de la profession;
- iv. que es candidates et les candidats reçoivent des réponses aux questions : Qu'est-ce que l'enseignement infirmier peut offrir aux Premières nations, aux Inuit et aux Métis concernant le développement de compétence culturelle et de sécurité culturelle?

Le nombre d'étudiantes et d'étudiants autochtones dans les sciences infirmières au Canada

Le nombre actuel d'étudiantes et d'étudiants provenant des Premières nations, des Inuit et des Métis au Canada est inconnu puisque l'obtention de données dépend largement sur la déclaration par l'étudiant de son ascendance. En se basant sur des données où les étudiants ont déclaré leur statut autochtone, le nombre d'étudiants autochtones est évalué à avoir augmenté de 237 en 2002 à 737 en 2007 (Gregory et Barsky, 2007).

Les provinces connaissant une augmentation importante dans le nombre réel d'étudiants autochtones sont le Manitoba et la Colombie Britannique où le total atteint 510 étudiants autochtones en sciences infirmières.

Au Nunavut, on dénombrait 27 étudiants autochtones. Ces nombres sont fort probablement la conséquence des programmes de transition, de pontage et d'accès spécialisé à l'éducation infirmier pour les étudiantes et les étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis. Quelques-uns de ces programmes sont énumérés comme suit :

- En Colombie Britannique, le programme pré-santé de la Thompson Rivers University School of Nursing
- En Saskatchewan, le Collège des sciences infirmières, Université de Saskatchewan; Section des sciences infirmières, Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology; et le programme autochtone d'accès aux sciences infirmières et à la médecine.
- Au Manitoba – le Département des sciences infirmières et le programme « ACCESS southern Nursing » au Red River College.

Gregory et Barsky ont également noté que la majorité des écoles de sciences infirmières ne conserve pas de données pour suivre le progrès des étudiants qui ont déclaré qu'ils sont autochtones. Toutefois, la déperdition des effectifs scolaires pour les écoles qui ont répondu à un sondage se fixe entre dix et cinquante pour cent. Selon le Groupe de travail national sur les stratégies de recrutement et de rétention, plusieurs facteurs affectent la déperdition des effectifs scolaires dont le choc de culture, le racisme, la discrimination et les préjugés, l'absence d'un curriculum adapté à la culture, l'absence de modèles, et le manque d'appuis académique, personnel et financier. Quelques programmes et services existent pour aborder ces facteurs qui touchent l'inscription des étudiants en sciences infirmières des Premières nations, des Inuit et des Métis.

Gregory et Barsky ont identifié dans 91 écoles de sciences infirmières sondées les types de programmes et de services disponibles aux membres des Premières nations, des Inuit et des Métis qui se préparent à s'inscrire à un programme d'études infirmières ou qui en font déjà partie.

- Dix neuf programmes canadiens de formation relais ou programmes de transition et huit programmes spécialisés en enseignement infirmier – une augmentation de cinq depuis 2002. Ces programmes aident aux étudiants à atteindre les exigences d'inscription à l'enseignement infirmier et offrent des appuis personnels et scolaires aux étudiants en sciences infirmières une fois inscrit au programme.
- Vingt et une écoles de sciences infirmières rapportent des programmes d'appuis incluant des centres des Premières nations (ou l'équivalent); des services de tutorat; des informations reliées aux bourses d'études; de l'aide pour le logement; de l'accès aux Anciens; des conseils académiques et personnels; de la participation aux traditions culturelles dont des pow-wows, des festins et des huttes de sudation; de l'accès aux ordinateurs; et des salons d'étudiants.

En plus de ces programmes et de ces services, la majorité des écoles de sciences infirmières sont engagées à des initiatives curriculaires concernant les peuples autochtones, la santé et les étudiants.

L'augmentation possible du nombre d'étudiantes et d'étudiants autochtones en sciences infirmières sur une période de cinq ans peut être attribuée à la présence de ces divers programmes et au développement d'un curriculum adapté à la santé et aux peuples autochtones. Toutefois, malgré ces efforts le nombre peu élevé en termes absolus d'étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis inscrits en sciences

infirmières exige une attention toute spéciale. Qui plus est, les analyses sectorielles au sujet du nombre d'étudiants autochtones ne forment pas l'ensemble du scénario. Un compte-rendu plus complet évalue le nombre d'étudiantes et d'étudiants autochtones en sciences infirmières qui sont admis aux programmes et qui quittent ces programmes avant d'obtenir leur diplôme.

- Selon Gregory, Piji-Zieber, et Daniels, 2008, des recruteurs en sciences infirmières (autochtones et non-autochtones) doivent comprendre :
 - v. que la jeunesse autochtone a besoin d'un encouragement précoce ainsi que des conseils de la part des orienteurs afin de poursuivre les cours obligatoires pour les sciences infirmières;
 - vi. qu'il faut une collaboration entre les écoles et les communautés (urbaines, rurales et nordiques) afin d'assurer le succès du recrutement;
 - vii. qu'il faut informer les élèves des écoles élémentaires, intermédiaires et secondaires que la profession infirmière est une stratégie importante;
 - viii. que les parents et les familles peuvent également jouer un rôle important dans le choix de la profession infirmière comme carrière (Hart-Wasekeesikaw, 2006) ;
 - ix. que la création de documents promotionnels tels que des DVD, des sites web qui misent sur les Premières nations, les Inuit et les Métis, est utile;
 - x. que la présence d'infirmières et d'infirmiers autochtones à titre de modèles est fondamentale au recrutement du futur personnel infirmier alors qu'ils et qu'elles peuvent identifier les obstacles et promouvoir les bienfaits d'une carrière dans la profession infirmière;
 - xi. que les programmes de formation à relais, de transition et d'accès contribuent au succès de l'étudiant;
 - xii. que des places réservées aux étudiantes et aux étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis reflétant la démographie régionale rendraient la profession infirmière plus accessible;
 - xiii. que la prestation d'appui au niveau du logement, de la garde d'enfants, du financement, de l'accès aux ordinateurs et à l'Internet, de la sécurité culturelle contribuent à baisser la déperdition des effectifs scolaires;
 - xiv. que le développement de curriculum qui soutient les apprenants autochtones doit se poursuivre alors que le progrès se poursuit; et,
 - xv. que les diplômés en sciences infirmières ont besoin d'être encouragés à poursuivre leurs études supérieures et qu'ils nécessitent un mentorat à l'école des hautes études.

Enseignement infirmier et l'étudiante et l'étudiant des Premières nations et des communautés Inuit et métisses

Les étudiantes et les étudiants autochtones font face à plusieurs obstacles dans l'obtention de leur baccalauréat en sciences infirmières. Parmi ceux-ci on compte un climat institutionnel décourageant et des problèmes d'adaptation au milieu universitaire sur le plan émotif et social (Curran, Solberg, LeFort et Hollet, 2008).

a. Choc de culture et différences culturelles

Dans le rapport *Envers et contre tous (Against All Odds) : Enseignement infirmier autochtone*, plusieurs étudiantes et étudiants vivent un choc culturel à leur arrivée au collège ou à l'université. Voici des exemples d'obstacles qui touchent les étudiants autochtones lors de leurs études :

- Les membres de la faculté qui ignorent les cultures autochtones peuvent les porter à mal comprendre les besoins des étudiants. Par exemple, souvent les étudiants autochtones proviennent de milieux socio-économiques qui diffèrent de la moyenne des étudiants et donc, ceux-ci traitent les étudiants autochtones avec curiosité et fascination lorsqu'ils parlent de leurs expériences dans la réserve ou de leur culture.
- La culture infirmière exige une participation assurée alors que les étudiants autochtones sont souvent discrets et mal à l'aise dans un environnement d'apprentissage déterminé ce qui mine leur succès. Lorsqu'on interrompt les étudiants autochtones, ils sont moins aptes à se prononcer de vive voix à l'avenir.

b. Iniquité et les rapports de pouvoir

Selon un rapport de Malatest (2004), les éducateurs perçoivent l'université comme un environnement impersonnel et hostile dans lequel la culture, les traditions et les valeurs des étudiants autochtones ne sont pas reconnues. De plus, les institutions postsecondaires définissent les problèmes que vivent les étudiants autochtones aux études comme étant « faible réussite, déperdition scolaire, piètre rétention » et responsabilisent l'étudiant à s'adapter aux exigences de l'enseignement supérieur.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs tels que décrits par Kirkness et Barnhardt (1991) ont comme objectif l'amélioration du curriculum infirmier alors qu'ils émanent de la perspective des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis. On met l'accent sur : le besoin de respecter l'autonomie des étudiantes et des étudiants autochtones; un curriculum qui est *pertinent* selon leur perspective du monde; la *réciprocité* dans les relations avec les autres; l'aide offerte aux étudiants afin d'assurer leur *responsabilisation*.

1. Respect de l'intégrité culturelle des Premières nations, des Inuit et des Métis

Respect pour l'intégrité culturelle des Premières nations, des Inuit et des Métis peut être favorisé en :

- Augmentant le profil de l'enseignement infirmier au sein de l'ensemble des connaissances humaines afin d'ajouter et d'inclure le respect des valeurs et des traditions culturelles des Premières nations, des Inuit et des Métis.

Kirkness et Barnhardt précise l'existence de d'autres formes de connaissances en plus de celles associées avec l'enseignement supérieur : l'alphabétisme. Parmi celles-ci on retrouve : les connaissances traditionnelles, les connaissances orales et les connaissances autochtones. L'expression peut varier considérablement d'un groupe d'individus à un autre. Cependant, le sens, la valeur et l'utilisation des connaissances sont liés au contexte culturel dans lequel ils se retrouvent. « Elles (les connaissances) sont intégrées à la vie quotidienne et généralement acquises à même les expériences et la participation aux activités mondaines ». Dans son ensemble, ces connaissances constituent une approche globale particulière, une forme de conscience ou d'un paradigme réel.

2. Pertinences aux perspectives et aux expériences des Premières nations, des Inuit et des Métis

- Par ailleurs, à part la génération et de la transmission de l'alphabétisme, il faut ajouter la légitimation institutionnelle des connaissances et des habiletés autochtones. Il faut favoriser la présence et l'utilisation de l'épistémologie et l'ontologie autochtones dans la recherche, la pratique et la théorie infirmière.
- Adopter des normes qui peuvent être analysées pour le respect et la pertinence des politiques et des pratiques des programmes envers l'enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis. Voir Annexe A pour une liste des 12 normes mise au point pour bâtir une théorie d'éducation amérindienne⁸.

3. Relations réciproques

- Envisager l'enseignement et l'apprentissage comme étant un processus à deux sens dans lequel l'échange donnant-donnant entre la faculté et les étudiants déclenche des nouveaux niveaux de compréhension pour tout le monde.

La réciprocité en enseignement infirmier est réalisable lorsque les membres de la faculté s'efforcent à comprendre et à bâtir sur le vécu culturel des étudiants, et que les étudiants peuvent accéder à la culture et à l'institution auxquelles ils sont introduits.

Dans une relation réciproque, les membres de la faculté et les étudiants sont positionnés pour créer une nouvelle forme d'éducation, de formuler de nouveaux paradigmes ou d'encadrements explicatifs qui facilitent l'établissement d'un plus grand équilibre et d'une plus grande congruence entre la perception cultivée du monde et la réalité affrontée à l'extérieur des programmes et des écoles de sciences infirmières.

4. Responsabilisation via la participation

- Engagement envers des méthodes pour créer un environnement plus accueillant pour les étudiantes et les étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis; et de faciliter l'accès des membres des Premières nations, des Inuit et des Métis à un système postsecondaire de grande qualité et à une éducation technique et académique dans un environnement renforcé.

⁸ Ces normes proviennent de la thèse doctorale de Eber Hampton (Université Harvard), *Toward a redefinition of American Indian/Alaska Native education*. Ces normes doivent être révisées afin d'incorporer les perspectives infirmières des Premières nations, des Inuit, des Métis et des Canadiens afin qu'elles soient adoptées à l'enseignement infirmier.

Un environnement accueillant en enseignement infirmier peut être atteint :

- En offrant des appuis académiques et personnels adéquats tels que le logement, les services de garderie et le financement. Ces appuis ne sont pas requis par tous les étudiants autochtones; cependant, plusieurs étudiants en ont besoin.
- En offrant une fondation théorique et clinique qui favorise des soins culturellement sécuritaires chez les étudiants infirmiers et particulièrement en ce qui a trait au respect des étudiantes et des étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis.
- En aidant les étudiants à comprendre les limites de la notion essentialiste de la culture et ce qu'une notion constructiviste de la culture privilégie.

CONCEPTS

Les concepts de culture, de conscience culturelle, de sensibilité culturelle, de compétence culturelle et de sécurité culturelle sont présentés dans cette section.

Culture

La culture est une dynamique qui est un processus vécu regroupant des croyances, des pratiques et des valeurs. La culture, cependant, est beaucoup plus que de simples croyances, pratiques et valeurs énumérées comme des caractéristiques personnelles (Kleinman et Benson, 2006). La culture n'est pas homogène ou statique et elle n'est pas qu'une variable unique. Plutôt, la culture comprend de multiples variables et touche tous les aspects des expériences vécues; elle est indissociable des conditions historiques, économiques, politiques, sexuelles, religieuses, psychologiques et biologiques. Les individus résistent et/ou redéfinissent leur culture au cours des divers cheminements de leur vie. D'une perspective critique, la culture est un processus relationnel complexe et dynamique (Browne et Varcoe, 2006). Il est préférable de percevoir la culture comme étant ordonnée de façon relationnelle; la culture peut également être perçue comme étant une construction sociopolitique avec des relations de pouvoir sous-jacent (Gray et Thomas, 2006).

La culture est un processus par lequel des activités ordinaires et des conditions empruntent un ton émotif et un sens moral pour les participants. Ce processus englobe l'incarnation du sens retrouvé dans les réactions psychologiques; le développement d'attachements interpersonnels; la performance sérieuse des pratiques religieuses; les interprétions du sens commun; et l'acte de se cultiver sur le plan collectif et identitaire. Souvent, les processus culturels sont différents au sein d'un même groupe ethnique ou social en raison des différends d'âge, de sexe, de sexualité, d'association politique, de classe sociale, de religion, d'ethnicité et même de personnalité.

Prise de conscience culturelle

Le développement de la conscience culturelle est le point de départ pour comprendre qu'il y a effectivement un différend (Gregory, 2006). Il s'agit d'observer la réaction des gens lors de diverses activités et comment ils les entreprennent. Toutefois, il ne s'agit pas typiquement d'observer les différences basées sur les caractéristiques politiques, sociales et économiques ni l'examen des expériences ou les relations à ces différences.

Un puissant facteur au sujet de la conscience culturelle est qu'elle peut être un important point de départ dans l'élaboration de la sécurité culturelle. Les limites de ce concept vont comme suit :

- Les « autres » sont vu comme étant les porteurs de culture;
- Les « autres » sont culturellement exotiques; le point de vue ici est la culture dominante et ses membres;
- Ne met pas le système de santé au défi;
- Aucune action sociale;
- N'implique pas des praticiens parlant de leurs perspectives concernant leurs actions.

Sensibilité culturelle

L'expression de la sensibilité culturelle se fait par le biais des comportements qui sont considérés polis et respectueux par l'autre (Giger et al, 2007). Ces comportements, par exemple, peuvent s'exprimer par le choix de mots, l'utilisation de la distance et la négociation avec les normes culturelles des autres. Quelques limites de ce concept vont comme suit :

- Les « autres » sont vu comme porteurs de cultures;
- Les « autres » sont culturellement exotiques; le point de vue ici est la culture dominante et ses membres;
- Ne met pas le système de santé au défi;
- Typiquement, aucune action sociale;
- N'implique pas des praticiens parlant de leurs perspectives concernant leurs actions.

Compétence culturelle

Il y existe un certain nombre de définitions pour la compétence culturelle. Voici quelques-unes de ces définitions retrouvées dans une trousse à outils de ressources, aux États-Unis, pour un baccalauréat en sciences infirmières respectueux de la compétence culturelle :

- la Fondation de Californie (2003) définit la compétence culturelle comme étant des attitudes, des connaissances et des habiletés nécessaires pour la prestation de soins de qualité aux diverses populations.

- Giger, Davidhizar, Purnell, Harden, Phillips et Strickland (2007) précisent la compétence comme processus continu qui implique l'acceptation et le respect des différences et qui ne laisse pas les croyances personnelles avoir une influence indue sur ceux qui ne partagent pas la même perception du monde. La compétence culturelle comprend la culture générale ainsi que l'information culturelle spécifique afin que le fournisseur de soins de santé connaisse les questions à poser.
- Selon McNaughton-Dunn (2002) l'élaboration de la compétence culturelle met l'accent sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens.

Un aspect puissant de la compétence culturelle est qu'elle implique la mise œuvre ou l'action. L'atteinte de la compétence culturelle veut dire : en connaître davantage sur la culture de son prochain; être capable d'apprécier et d'évaluer la culture de son prochain; la capacité de communiquer entre et parmi les cultures; et la capacité de démontrer des habiletés à l'extérieur de sa culture d'origine (McNaughton-Dunn, 2002).

Toutefois, il y existe des limites et en voici :

- La culture est rabaissée à des *habiletés techniques* pour lesquelles les cliniciens peuvent développer une expertise.⁹
- La culture est réductionniste par rapport aux gens et leur vie culturelle ; elle a tendance à homogénéiser la dynamique culturelle afin d'impliquer l'apprentissage des « autres cultures ».
- Les individus résistent et vont à l'encontre de leur « culture » i.e. familles juives qui ne pratiquent pas la circoncision.
- Il n'est pas évident qui évalue et/ou confirme que la compétence culturelle a plus ou moins réussi.

Il existe quelques modèles pour la prestation de soins infirmiers culturellement compétents.

A. Modèles de soins infirmiers culturellement compétents

Il y a quelques programmes-cadres qui peuvent être utilisés pour développer la compétence culturelle des soins infirmiers. Quatre seront présentés ici : le Modèle transculturel de Leininger, le Modèle d'évaluation transculturelle de Giger et de Davidhizar, le Modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote et celui du Modèle ACCESS Narayanasamy.

⁹ Par exemple, voir Renforcement de la compétence culturelle; une trousse pour les professionnels de la santé développée par la Calgary Health Region en février, 2005.
Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality Nursing Science Quarterly 1.152-160.

i. La diversité des soins culturels de Leininger et le modèle/la théorie universelle

Le Modèle transculturel fut le premier créé au début des années 70. Les soins infirmiers transculturels sont un champ d'étude humaniste et scientifique ainsi qu'une pratique formelle dans la profession infirmière. (Leininger, 1988).

Cette étude et cette pratique mettent l'accent sur les soins humains, la santé et la maladie qui sont basés sur les valeurs culturelles, les croyances et les pratiques des gens. Ces connaissances sont utilisées afin d'offrir des soins spécifiques à la culture ou des soins culturellement congruents aux gens. Cette théorie/ ce modèle doit être perçu comme un objet culturel en tant que tel, i.e., basé sur des valeurs américaines et sur une compréhension plus essentialiste de la culture.

ii. Le Modèle transculturel de Giger et de Davidhizar

Le Modèle transculturel de Giger et de Davidhizar (Davidhizar et Giger, 1999-2001) présente une approche systématique qui peut être utile pour développer des habiletés dans la prestation de soins infirmiers culturellement compétent. Le Modèle postule que chaque individu est unique culturellement et devrait être évalué selon six phénomènes culturelles : la communication, l'espace, l'organisation sociale, le temps, le contrôle environnemental et la variation biologique. Ces phénomènes s'expliquent, premièrement, comme des phénomènes séparés, qui sont retrouvés dans chacun des groupes culturels et qui, en relation aux groupes culturels choisis, l'infirmière est susceptible de connaître aux États-Unis.¹⁰ Encore une fois, afin d'intégrer l'apprentissage de la culture, une « approche » plus essentialiste est présentée.

iii. le Modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote et la mise en œuvre de la compétence culturelle

Les concepts au cœur de ce modèle sont la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles, le contact culturel et le désir culturel.¹¹

L'évaluation culturelle ne se limite pas aux groupes ethniques spécifiques; les évaluations se doivent d'être effectuées avec chaque patient qui possède des valeurs, des croyances et des pratiques qui doivent être considérées dans la prestation des soins. Les individus, les organisations et les institutions peuvent développer une compétence culturelle.

Deux éléments fort puissants font partie de ce modèle : accorder la responsabilisation et l'imputabilité aux organisations et aux institutions pour la prestation de soins culturellement appropriés et ne tenant pas responsables seuls les individus pour ce concept; et la notion que chaque rencontre avec un patient est un contact interculturel i.e. soins axés sur l'individu

10 Transcultural nursing: Assessment and intervention (4th Ed.) accompagné d'un bouquin qui présente des groupes ethniques canadiens.

11 American Association of Colleges of Nursing. Toolkit of resources for cultural competent education for baccalaureate nurses – disponible sur <http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/toolkit.pdf>

iv. le Modèle ACCESS Narayanasamy

Le Modèle ACCESS fut élaboré afin d'offrir aux infirmières et aux infirmiers un encadrement pour la prestation de soins infirmiers transculturels dans le contexte britannique (Narayanasamy et White, 2005).

B. Forces et limites de la compétence culturelle

Les forces de la compétence culturelle sont :

- Qu'elle peut être élaborée aux niveaux personnel et organisationnel.
- Au niveau individuel, elle repose sur la conscience de soi.

Les limites de la compétence culturelle sont :

- Qu'elle mise sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens et rabaisse la culture à des habiletés techniques pour lesquelles les cliniciens peuvent développer une expertise (Gregory, 2005);
- Exagère la différence culturelle et ceci peut mener à l'idée erronée que nous pouvons identifier l'origine culturelle du problème et que celui-ci peut être solutionné (Kleinman et Benson, 2006).

Sécurité culturelle

La sécurité culturelle nous apporte au-delà de la conscience culturelle, la reconnaissance des différences; la sensibilité culturelle, la reconnaissance de l'importance de respecter les différences; et, la compétence culturelle, qui met l'accent sur les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens.

La sécurité culturelle est fondée sur la compréhension des rapports de forces inhérents au système de santé et sur le redressement de ces iniquités par l'entremise des processus éducationnels (Spence, 2001). Redresser les iniquités par le biais de la sécurité culturelle permet aux fournisseurs de soins (Varcoe, 2004) :

- D'améliorer l'accès aux soins de santé pour les patients, les groupes et les populations;
- De reconnaître que nous sommes tous porteurs de culture;
- D'exposer les contextes sociaux, politiques et historiques des soins de santé;
- De permettre aux praticiens d'examiner des concepts difficiles tels le racisme, la discrimination et les préjugés;
- De voir que la sécurité culturelle est déterminée par ceux qui reçoivent les soins infirmiers;
- De comprendre les limites de « culture » lorsque les gens accèdent et naviguent sécuritairement les systèmes de santé et lorsqu'ils entrent en contact avec les fournisseurs des soins;
- De mettre au défi les rapports inégaux de pouvoir.

La culture est beaucoup plus que les croyances, les pratiques et les valeurs et donc le curriculum infirmier se doit de tenir compte des limites de la perception essentialiste de du monde. Les étudiantes et les étudiants requièrent de l'aide pour développer une compréhension constructiviste de la culture. La conscience, la sensibilité et la compétence offrent aux étudiants et à la faculté un point de départ pour développer une appréciation de la complexité de la « culture ». La sécurité culturelle offre des occasions dans lesquelles les rapports inégaux de pouvoir sont exposés et gérés. La sécurité culturelle est d'abord axée sur l'action et alignée avec le rôle de plaidoyer des infirmières et de la profession infirmière.

Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone (2008), le besoin des soins culturellement sécuritaires pour les peuples des Premières nations, des Inuit et des Métis est assorti au besoin de *l'apprentissage culturellement sécuritaire* afin d'améliorer les résultats éducationnels des étudiantes et des étudiants autochtones.

L'élaboration d'environnements d'apprentissage culturellement sécuritaires comporte des avantages pour les étudiants, les éducateurs, les institutions éducationnels et les systèmes d'éducation. Un étudiant est plus apte à répondre positivement au contact d'apprentissage lorsqu'il est en sécurité, respecté et capable d'émettre son point de vue. Un éducateur est d'autant plus apte à connaître une satisfaction d'emploi lorsque la présence est meilleure, lorsque la qualité des bourses d'études est bonne et lorsque le climat dans la classe reflète l'engagement égal entre les différents types de connaissances. Ceci provient de l'éducateur qui crée un environnement culturellement sécuritaire et qui présente un curriculum culturellement sécuritaire. Des taux élevés de rétention de la population autochtone peuvent être interprétés comme le reflet de l'engagement d'une institution éducationnelle à ce type d'environnement ainsi que leur engagement aux droits de la personne et aux relations raciales harmonieuses. Ces institutions forment un nombre plus élevé de diplômés ce qui attire plus d'étudiants et donc augmente l'inscription.

L'Association des médecins indigènes du Canada et L'Association des facultés de médecine du Canada ont endossé la sécurité culturelle dans le document *Compétences essentielles pour les Premières nations, les Inuit et les Métis : Un programme-cadre pour le curriculum de l'éducation médicale du premier cycle*.

CONCLUSION

La profession infirmière a l'occasion d'éduquer activement les étudiantes et les étudiants des Premières nations, des Inuit et des Métis au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat. Ce document présente les pratiques d'excellences au sujet de l'éducation des étudiantes et des étudiants en science infirmières des Premières nations, des Inuit et des Métis. Les programmes qui adoptent ces pratiques d'excellences favorisent le succès chez les étudiantes et les étudiants autochtones et créent un environnement d'apprentissage sécuritaire pour l'ensemble du corps étudiant en enseignement infirmier. De plus, les diplômés de ces programmes sont formés dans la prestation de soins culturellement sécuritaires aux peuples autochtones du Canada.

BIBLIOGRAPHIE

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity. Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*. March-April 2005, 45-61

Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada. *Une spécialisation en éducation infirmier autochtone*. Ottawa, ON : Auteur.

L'Association des médecins indigènes du Canada & l'Association des facultés de médecine du Canada (2008). *Compétences essentielles en santé des Premières nations, des Inuit et des Métis. Un programme-cadre pour l'éducation médicale du premier cycle*.

Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse*, 22(2), 155-167.

California Endowment. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals*. Woodland, CA: Author.

Centre Ajunnginiq (2006). *Prévenir les suicides – pratiques traditionnels Inuit favorisant la résilience et l'adaptation* Ottawa ON : Organisation nationale de la santé autochtone.

Chabot, L. (2006). Le forum infirmier AHHRI - *Ébauche de rapport*. Ottawa, ON : Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada.

Chandler, J. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.

Clarke, H. (2007). *Programme de compétence et de sécurité culturelles dans la profession infirmière autochtone. Vivre dans la dignité et la vérité*. Ottawa, ON : Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada.

Commission royale sur les peuples autochtones (1996). Santé et guérison. Dans le rapport de la Commission sur les peuples autochtones. Répertoire le 3 novembre, 2008 de : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/sg/cg/cia7a-eng.pdf>

Curran, V., Solberg, S., LeFort, S., & Hollet, A. (2008). A responsive evaluation of an Aboriginal nursing education access program. *Nurse Educator* 33 (1), 13-17.

Davidhizar, R. & Giger, J. N. (1999). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. St. Louis: Mosby Year Book.

Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2001). Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar Model of transcultural nursing assessment. *Journal of Nursing Education* 40(6), p. 282-284.

Dickason, O. P. (1994). *Canada's First Nations: A history of founding peoples from earliest times*. Toronto: McClelland & Stewart.

Fondation autochtone de guérison (1999). *Manuel de programmation de la Fondation autochtone de guérison*. 2^e édition. Ottawa ON. Fondation autochtone de guérison. Répertorié le 11 janvier, 2009 de <http://www.wherethechildren.ca/en/impacts.html>

Giger, J., Davidhizar, R. Purnell, L., Harden, J., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable

Gray, D. P., & Thomas, D. J. (2006). Critical reflections on culture in nursing. *Journal of Cultural Diversity*, 13(2), 76-82.

Gregory, D. (2005). *Beyond inventories: The concept of culture*. Power Point Presentation. September 11, 2008.

Gregory, D. & Barsky, J. (2007). *Envers et contre tous (Against all odds) : une mise à jour sur la profession infirmière autochtone au Canada*. Ottawa, ON : Association canadienne des écoles de sciences infirmières sous la direction de Santé Canada (Santé des Premières nations et des Inuit).

Gregory, D, Pijl-Zieber, E, M., Barsky, J., & Daniels, M. (2008). Aboriginal nursing education in Canada: An update. *The Canadian Nurse* 104(4), p. 24-28.

Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et de la sécurité de la santé - Réduire les disparités sur le plan de la santé : document de travail. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine en droit du Canada. Répertorié le 20 novembre, 2008 de : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf

Hart, M. A. (2005). *Seeking mino-pimatisiwin. An aboriginal approach to helping*. Halifax, NS: Fernwood.

Hart-Wasekeesikaw, F. (2006). *Pratiques d'excellences pour le recrutement et la rétention des peuples autochtones en enseignement infirmier et dans la pratique infirmière*. Ottawa ON : Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada.

Kirkness, V. J. & Barnhardt, R. (1991). First Nations and higher education: The four rs—respect, relevance, reciprocity, responsibility. *Journal of American Indian Education* 30(3), 1-15.

Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3(10), 1673-1676.

Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality *Nursing Science Quarterly* 1.152-160.

Malatest, R. A. (2004). *Aboriginal peoples and post-secondary education. What educators have learned*. Montreal QC: Canada Millennium Scholarship Foundation.

- McNaughton-Dunn, A. (2002). Cultural competence and the primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care* 16(3), 151-155.
- National Task Force on Recruitment and Retention Strategies (2002). *Against the odds: Aboriginal nursing*. Retrieved January 3, 2007 from <http://www.casn.ca/content.php?doc=39>
- Narayanasamy, A. & White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today* 25(2), p. 102-111.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2008). *Compétence et sécurité culturelles : Un guide pour les administrateurs, les prestataires et les éducateurs en santé*. Ottawa ON : auteur.
- Pringle, D., Green, L., & Johnson, S. (2004). *L'enseignement des soins infirmiers au Canada : historique et capacité actuelle*. Répertorié le 20 novembre, 2008 de http://www.cnaaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nursing_education_Canada_e.pdf
- Santé Canada. *Prévention du suicide – Santé des Premières nations, des Inuit et des Métis (date modifiée 06-03-2003)* Répertorié le 9 janvier, 2009 de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-eng.php>.
- Smylie, J. (2000). A guide for health professionals working with Aboriginal peoples. The social cultural context of Aboriginal Peoples in Canada. *Journal of Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* 22(12): 1070-1081.
- Spence, D. (2001). Hermeneutic notions illuminate cross-cultural nursing experiences. *Journal of Advanced Nursing* 35(4):624-630.
- Stout, R. (2006). *Aboriginal health nursing project: Initiating dialogue. Draft discussion paper*. Ottawa, ON: Aboriginal Nurses Association of Canada.
- Tobias, J. L. (1991). Protection, civilization, assimilation: An outline history of Canada's Indian policy. Cited in J. R. Miller (Ed.), *Sweet promises: A reader on Indian-white relations in Canada* (pp. 127–144). Toronto: University of Toronto Press.
- Varcoe, C. (2004). Context/culture. Unpublished segment for *Collaborative Nursing Program in BC Curriculum Guide*. Vancouver: Collaborative Nursing Program in British Columbia.
- Villeneuve, M. & MacDonald, J. (2006). *Vers 2020 : Visions pour la profession infirmière*. Ottawa ON : Association des infirmières et des infirmiers du Canada.
- Wesley-Esquimaux, C. C. & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and healing*. Ottawa ON: The Aboriginal Healing Foundation.
- Women of the Métis Nation. (2007). *Women of the Métis Nation. Health Policy Paper*. Ottawa, ON: Métis Centre of the National Aboriginal Health Organization.

Normes pour la construction d'une théorie d'éducation Amérindienne/Autochtone de l'Alaska

Spiritualité	une appréciation des relations spirituelles.
Service	la raison d'être de l'éducation est de contribuer au bien être des gens.
Diversité	l'éducation Amérindienne/Autochtone de l'Alaska doit respecter les normes des diverses tribus et communautés.
Culture	l'importance des façons de penser, de communiquer et de vivre fondées sur la culture.
Tradition	continuité avec la tradition.
Respect	la relation entre l'individu et le groupe reconnue comme étant mutuellement valorisante.
Histoire	appréciation des faits de l'histoire Amérindienne/Autochtone de l'Alaska, dont la perte du continent et l'oppression perpétuelle au niveau racial et politique.
Implacabilité	engagement envers la lutte pour l'obtention de bonnes écoles pour les enfants Amérindienne/Autochtone de l'Alaska.
Vitalité	reconnaissance de la force du peuple amérindien et de la culture Amérindienne/Autochtone de l'Alaska.
Conflit	compréhension de la dynamique et des conséquences de l'oppression.
Place	l'importance du sens de place, de terre et de territoire.
Transformation	engagement envers l'évolution personnelle et le changement social.