



Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière



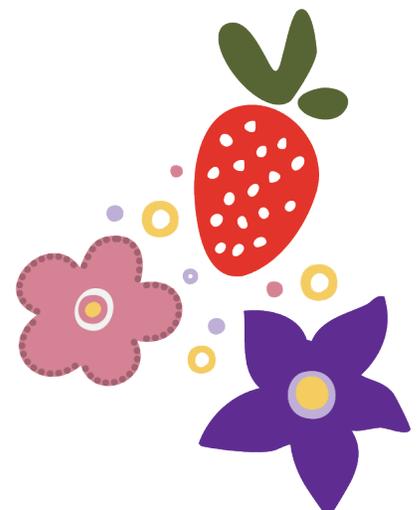
CASN
ACESI 

Canadian Association of Schools of Nursing
Association canadienne des écoles de sciences infirmières
200-1 Antares Drive
Ottawa, Ontario K2E 8C4
Tél. : 613 235-3150
Télé. : 613 235-4476
www.casn.ca/fr

Ce document est la propriété de la Canadian Indigenous Nurses Association (CINA) et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). Les idées et les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles du conseil d'administration de l'ACESI. Il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'éditeur. La conception graphique du document a été conçue par [pipikwan pêhtâkwan](#).

ISBN édition électronique : 978-1-989648-73-5

© 2025 Canadian Indigenous Nurses Association (CINA) et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)





S’inspirant du lien entre la communauté, notre mère la Terre et notre identité, un cercle sacré prend forme. Cette œuvre de Melaina Goos, exposée chez pipikwan pèhtâkwan, puise dans les médecines naturelles et les symboles des Premières Nations, des Métis et des Inuits, illustrant le chemin de la guérison par le rapprochement.

Le **cercle extérieur** symbolise les personnes de toutes les nations qui se rassemblent grâce à la communauté, les mains jointes, en regardant vers l’intérieur, en quête de guérison, ensemble. Le **cercle du milieu** reflète les liens entre la guérison et notre attachement sacré à notre mère la Terre – cet attachement étant profondément ancré dans les connaissances et la médecine transmises de génération en génération. Le **cercle intérieur** représente l’essence même des Premières Nations, des Métis et des Inuits. La fraise, également connue sous le nom de baie du cœur, représente les Premières Nations et symbolise la communauté, les rapports avec autrui et la réconciliation. Le rosier sétigère, apprécié à la fois pour ses vertus médicinales et sa présence dans la broderie perlée traditionnelle des Métis, rend hommage aux Métis. La saxifrage à feuilles opposées, prisée pour ses vertus curatives et l’une des premières fleurs à éclore lors du printemps arctique, représente les Inuits.

Une communauté fleurit grâce à son lien profond avec ses membres, sa terre et son patrimoine médicinal. À l’instar des fleurs qui surgissent au fil des saisons, nous trouvons notre force lorsque nous entretenons notre lien avec notre mère la Terre et ses bienfaits. Ce cercle nous rappelle que l’unité, le lien à la terre et la sagesse de nos ancêtres nous permettent de trouver la guérison.

Remerciements

La Canadian Indigenous Nurses Association (CINA) et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) aimeraient exprimer leur profonde gratitude envers toutes celles et tous ceux qui, grâce à leur expertise et leur implication, ont contribué à l'élaboration de ces *Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière*. Nous désirons remercier les membres dévoués du comité consultatif, ainsi que toutes les personnes qui nous ont fait part de leurs commentaires, que ce soit lors du forum de consultation virtuel ou par le biais du sondage en ligne. Un merci spécial à l'Aînée Gwen Campbell-McArthur, qui a donné ses conseils tout au long du processus de révision et de mise à jour.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. *Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les opinions de Santé Canada.*

Comité consultatif sur le projet Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle

Name, Nation	Titre	Établissement
Marilee Nowgesic , Nation Ojibway, Clan Eagle, Première Nation Fort William, Traité supérieur Robinson	<i>Directrice générale</i>	Canadian Indigenous Nurses Association
Leanne Kelly , Nehiyaw/Michif, Qu'appelle Valley, Saskatchewan	<i>Professeure agrégée</i>	University of Victoria
Elder Gwen Campbell-McArthur , Ojibwe/Saulteaux, Fédération Manitoba Métis	<i>Infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrique</i>	Little Shuswap Lake Indian Band – Skwłax Wellness Centre
Sheila Blackstock , Première Nation Gitksan	<i>Professeure agrégée</i>	University of Northern British Columbia
Renée Boily , Nation Red River Métis, Fédération Manitoba Métis Local Woodridge	<i>Infirmière praticienne (IP)</i>	
Mona Lisa Bourque Bearskin , Amiskosâkahikan nêhiyaw peyakôskân, Nation Beaver Lake Cree	<i>Professeure agrégée et titulaire de la chaire de recherche en soins infirmiers en santé autochtone (IRSC)</i>	University of Victoria

Name, Nation	Titre	Établissement
Holly Graham , Première Nation Thunderchild, Saskatchewan	<i>Professeure agrégée et titulaire de la chaire de recherche en soins infirmiers en santé autochtone (IRSC)</i>	University of Saskatchewan
david Gregory	<i>Doyen intérimaire et vice-recteur aux études</i>	University of Regina
Vishal Jain	<i>Directeur, sécurité culturelle et humilité culturelle</i>	Health Standards Organization
Josée Lavallée , Nation Red River Métis, Fédération Manitoba Métis Local Bison	<i>Directrice du Bureau de la responsabilité sociale en sciences infirmières. Chargée de cours en santé autochtone</i>	McGill University
Monica McAlduff , Première Nation Secwépemc	<i>Vice-présidente de la qualité, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle et infirmière en chef de la FNHA</i>	First Nations Health Authority
Maureen Ryan	<i>Doyenne associée aux études</i>	University of Victoria
Jodi Tuck	<i>Professeure agrégée et directrice du programme de maîtrise en sciences infirmières avancées (appliquées)</i>	McGill University
Sara Williams , Première Nation Aamjiwnaang	<i>Programme d'étude sur les Autochtones et conseillère pédagogique</i>	University of Windsor

Inclusion

L'ACESI s'est engagée à élaborer des politiques et des énoncés inclusifs qui visent à décourager toute discrimination, tout racisme, tout hétérosexisme et toute attitude cisnormative. L'un des objectifs clés de l'élaboration de ces normes est d'assurer qu'elles favorisent l'ouverture, la justice, l'inclusion, l'équité et le respect de tous, y compris les peuples autochtones, les personnes racialisées, les migrants, les personnes 2 SLGBTQIA+ et tous les membres de communautés marginalisées.



Introduction

Les *Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière*, élaborées par la Canadian Indigenous Nurses Association (CINA), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et le Comité consultatif sur le projet Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle, sont accompagnées de résultats d'apprentissage particuliers qui fixent des attentes claires en matière de connaissances et de comportements pour les étudiantes et étudiants inscrits à un programme de baccalauréat en sciences infirmières au Canada.

Bien que les normes soient un outil important de mesure et de reddition de compte des apprentissages des étudiantes et étudiants en sciences infirmières, ce document vise de façon générale la formation en sciences infirmières. Pour introduire ce document, les infirmières et infirmiers enseignants doivent tenir compte du contexte et de l'environnement institutionnel dans lequel les étudiantes et étudiants en sciences infirmières apprennent (Hafferty, 1998) ainsi que des méthodes pédagogiques et des pratiques pour l'apprentissage en salle de cours et l'apprentissage par l'expérience.

Dans ce document, nous définissons d'abord les termes importants qui seront utilisés pour expliquer le contexte aux lectrices et lecteurs. Nous discutons également du besoin de normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle propres à la formation en sciences infirmières. La littérature qui fournit le contexte des normes et des résultats d'apprentissage est résumée, tandis que l'approche et les méthodes utilisées pour établir les normes et les résultats d'apprentissage sont décrites. Les normes et les résultats d'apprentissage connexes sont classés en cinq domaines. Un glossaire des termes détaillés, comprenant des définitions supplémentaires, est également fourni.



Termes clés

Les termes ci-dessous sont essentiels pour mettre en contexte les références, les normes et les résultats d'apprentissage connexes. Les définitions visent à apporter une compréhension commune des termes, plus particulièrement ceux dont le sens est nuancé. Nous reconnaissons que nos définitions représentent notre interprétation au moment de la rédaction et pourraient devoir être modifiées ultérieurement.

Lutte contre l'oppression – La lutte contre l'oppression est à la fois théorique et pratique. Elle consiste à faire l'examen de la façon dont le pouvoir et les privilèges sont utilisés dans la société, sous différents angles (par exemple, la lutte contre le racisme, le féminisme, la théorie queer, le colonialisme, les handicaps et la justice), dans l'étude de divers problèmes, comme la pauvreté, la discrimination sexuelle et bien d'autres. Concrètement, elle consiste à planifier des interventions qui tiennent compte de différentes formes d'oppression sociale. La théorie et la pratique doivent continuellement être ajustées pour aborder les problèmes émergents ainsi que les structures et les systèmes oppressifs (Aquil et al., 2021; Baines, 2007).

Lutte contre le racisme – Elle reconnaît que le racisme se manifeste à tous les niveaux de la société : individuel, interpersonnel, institutionnel, structurel et systémique, et que « ne pas être raciste » ne répare pas les injustices raciales d'une société. La lutte contre le racisme est une forme d'activisme qui demande que les personnes identifient, remettent en question et changent les comportements individuels, les valeurs, les politiques et les structures qui alimentent le racisme (Kendi, 2019).

Colonialisme – Les idéologies, les systèmes, les politiques et les actions qui « cherchent à imposer la volonté d'un peuple à un autre et à utiliser les ressources du peuple soumis au profit du peuple qui impose sa volonté » (Asante, 2006, p. ix). Contrairement à la colonisation, le colonialisme est un processus qui persiste encore aujourd'hui.

Colonisation – Le processus dans le cadre duquel un groupe de personnes arrive sur un territoire, s'y établit et en prend le contrôle, et qui est défini comme étant la « subjugation d'un peuple ou d'une région, plus particulièrement pour étendre le pouvoir étatique » (Merriam-Webster, s.d.). Dans le contexte actuel, la colonisation décrit l'arrivée des Européens, leur peuplement du territoire qui est dorénavant connu comme le Canada et le déplacement forcé des populations autochtones.

Humilité culturelle – Un processus d'autoréflexion pour comprendre les préjugés conditionnés personnels et systémiques, et pour développer et maintenir des relations et des processus respectueux basés sur la confiance mutuelle (First Nations Health Authority [FNHA], 2021b, p. 2).

Sécurité culturelle – Un résultat basé sur l'engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres du pouvoir inhérents dans le système des services de santé et des services sociaux et qui s'efforce de les régler, ce qui crée un environnement exempt de racisme et de discrimination dans lequel les personnes se sentent en sécurité pour recevoir des soins de santé (FNHA, 2021a, p. 5).

Traumatisme intergénérationnel – La façon dont se transmet le traumatisme d'une génération aux générations suivantes. Il existe des modèles socioculturels et physiologiques des effets des traumatismes sur les enfants des survivants (Menzies, 2024) et de la façon dont les traumatismes se transmettent de génération en génération. Le traumatisme intergénérationnel sert souvent à décrire les effets cumulatifs de plus de 500 ans de colonialisme.

Soins tenant compte des traumatismes et de la violence – Une approche de soins tenant compte des traumatismes et de la violence suppose que tous les clients ont subi un traumatisme et vise à créer un environnement dans lequel toutes ces personnes se sentent en sécurité pour ainsi réduire le risque d'un nouveau traumatisme. Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence rendent compte des répercussions croisées de la violence systémique et interpersonnelle et des inégalités structurelles sur la vie d'une personne. Ils rendent également compte de la violence historique et actuelle ayant des effets sur la santé et le bien-être d'un client et sur sa façon d'interagir avec les services de santé et les services sociaux (Browne et al., 2015).
Privilège blanc – Ce terme est utilisé pour décrire les avantages systématiques dont bénéficient les personnes à la peau blanche, bien qu'ils soient essentiellement invisibles pour elles (McIntosh, 1998).

Suprématie blanche – Systèmes politiques, sociaux, économiques et culturels dans lesquels les personnes à la peau blanche conservent majoritairement le contrôle des pouvoirs et des ressources. Les groupes racialisés sont continuellement subordonnés, tandis que les idées conscientes et inconscientes d'un groupe dominant blanc se retrouvent dans les institutions et les milieux sociaux (Gillborn, 2006; Giroux et McLaren, 1994).

Raison d'être des normes

En 2009, CINA (appelée Aboriginal Nurses Association of Canada à l'époque), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'ACESI ont collaboré dans le but de développer un cadre qui s'intitulait *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier : Programme d'études pour la profession infirmière autochtone*. Ce document comprenait des compétences de base dans six domaines : 1) Compréhension postcoloniale; 2) Communication; 3) Inclusivité; 4) Respect; 5) Savoir autochtone; et, 6) Encadrement et soutien dans le but de promouvoir le succès des étudiantes et étudiants. Depuis la publication de ce cadre, la littérature sur la lutte contre le racisme et la création de milieux de soins culturellement sécuritaires a continué à évoluer. De plus, plusieurs moments importants ont entraîné des répercussions sur la formation en sciences infirmières et la pratique infirmière.

Dans les 15 années suivant la publication du cadre, le discours s'est écarté de la *compétence culturelle*, selon laquelle les soins de santé sont prodigués dans le respect, tout en tenant compte des différentes valeurs et pratiques culturelles des clients, pour s'articuler autour de la *sécurité culturelle*. La sécurité culturelle exige que les professionnels de la santé prennent davantage conscience des dynamiques du pouvoir entre le personnel infirmier et la clientèle, et qu'ils agissent pour les casser (Curtis et al., 2019). Un besoin se fait sentir pour un document qui reconnaît les effets continus du colonialisme et l'acquisition de compétences par les infirmières et infirmiers en matière de la lutte contre l'oppression et le racisme, l'humilité culturelle et la sécurité culturelle.

En 2015, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) a publié 94 appels à l'action pour favoriser la réconciliation au pays. La CVR présente le cadre pour parvenir à une telle réconciliation comme le fonctionnement de tous les systèmes et les toutes institutions, y compris les institutions d'enseignement, d'une façon qui concorde avec la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) (Nations Unies, 2007). Les appels à l'action 15 à 24 (Santé) et 62 à 65 (Éducation) ont une incidence sur la formation en sciences infirmières au Canada. L'appel à l'action 24 demandait aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières d'exiger que tous leurs étudiantes et étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. Il était aussi mentionné d'offrir « une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme » (CVR, 2015, p. 3). Les Normes d'agrément de l'ACESI (2020) ont été mises à jour afin d'inclure un élément clé de l'appel à l'action 24. De plus, l'ACESI (2023) a conçu une série d'ateliers gratuits en partenariat avec la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers des Instituts de recherche en santé du Canada pour offrir de l'information, des ressources et des conseils sur la façon de s'intéresser aux changements et de les mettre en œuvre dans la formation en sciences infirmières afin de tenir compte de l'appel à l'action 24.

Toutefois, après presque une décennie depuis la publication des appels à l'action, les progrès en vue d'atteindre l'équité en santé continuent de stagner, les incidents liés à la discrimination continuent de se produire, la sécurité culturelle est insuffisante et le racisme systémique à l'endroit des Autochtones demeure bien ancré dans les soins de santé. En 2020, Joyce Echaquan, une Atikamekw, est décédée dans un hôpital après qu'elle eut reçu un traitement discriminatoire des infirmières et infirmiers et des autres professionnels de la santé (Principe de Joyce, 2020). À la fin de 2024, deux cas distincts se sont produits dans des hôpitaux canadiens, sans que l'un ou l'autre des patients n'eût donné son consentement : la queue de cheval d'un Métis a été coupée et la tresse d'un homme de la Première Nation de Pasqua a été coupée et jetée à la poubelle avec sa plume d'aigle (Farrell, 2024; O'Connor, 2024). Ces exemples soulignent le manque de sécurité culturelle dans les soins de santé et sont symptomatiques d'un problème systémique généralisé dans le système de santé au Canada. Le rapport *In Plain Sight* (Turpel-Lafond, 2020) présente une enquête exhaustive sur le racisme à l'endroit des peuples autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique qui a découvert que les clients autochtones étaient victimes de stéréotypes et de discrimination de la part des professionnels de la santé, qu'ils se frappaient à davantage d'obstacles pour accéder aux soins que les clients non autochtones (p. ex., temps d'attente plus longs) et qu'ils avaient de pires résultats en matière de santé.

Ces dernières années, des normes, des politiques et des engagements ont été mis en œuvre au Canada afin de lutter contre le racisme spécifique aux peuples autochtones, d'appuyer l'équité en santé et de défendre les droits des Autochtones :

- Les gouvernements, les organisations et les associations au pays ont pris des engagements officiels à lutter contre les inégalités et à éliminer les obstacles qui portent atteinte aux droits des peuples autochtones en matière de soins de santé. Le gouvernement du Canada est signataire de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), qu'il a officiellement adoptée le 12 novembre 2017. Cette déclaration garantit aux personnes autochtones le droit de jouir des normes les plus élevées en matière de santé et exige que les états prennent des mesures pour le respecter.
- Le principe de Jordan, nommé à la mémoire de Jordan River Anderson, donne la priorité aux enfants, en plus d'être un engagement du gouvernement fédéral à garantir l'accès des enfants des Premières Nations au soutien des services de santé et des services sociaux lorsqu'ils en ont besoin (Gouvernement du Canada, 2024). De même, l'Initiative : Les enfants inuits d'abord soutient le principe de Jordan, en plus d'être un engagement du gouvernement fédéral à travailler avec les provinces, les territoires et les partenaires inuits pour garantir aux enfants inuits un accès sans obstacle aux services de santé et aux services sociaux (Inuit Tapiriit Kanatami, s.d.-b).
- Le principe de Joyce, nommé à la mémoire de Joyce Echaquan, réaffirme le droit des personnes autochtones de jouir de soins de santé exempts de discrimination. Le gouvernement fédéral s'est engagé à élaborer conjointement une loi pour protéger ce principe que beaucoup d'institutions ont déclaré publiquement avoir l'intention de respecter.
- La *Déclaration des infirmières et infirmiers contre le racisme à l'égard des Autochtones dans les soins infirmiers et les soins de santé* (AIIC, 2021) comprend sept déclarations visant à lutter contre le racisme à l'endroit des peuples autochtones, à répondre à l'appel à l'action 20 et à revendiquer davantage de mesures gouvernementales.
- En vertu du Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés de l'AIIC (2017), les infirmières et infirmiers sont tenus d'offrir des soins sécuritaires et de signaler les manquements, de reconnaître la valeur de chaque personne, de respecter sa dignité, de protéger les droits de la personne et de défendre l'équité et la justice.
- L'humilité culturelle, la sécurité culturelle et la compétence culturelle sont des exigences de pratique décrites dans les normes de pratique et les compétences de base des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers praticiens dans toutes les régions. La norme de pratique *Practice Standards: Indigenous Cultural Safety, Cultural Humility and Anti-Racism* du British Columbia College of Nurses and Midwives (2022) clarifie les attentes et comprend des conseils pour les infirmières et infirmiers dans la pratique.

Au début du processus d'élaboration des normes, la CINA et l'ACESI ont mené un groupe de discussion avec 13 étudiantes et étudiants en sciences infirmières, lors du congrès de l'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada (AEIC), en janvier 2024. Les participantes et participants ont souligné la variabilité importante de la matière sur la santé autochtone, les préjugés coloniaux et les enseignements et les pratiques autochtones entre les écoles. Ces étudiantes et étudiants en sciences infirmières ont affirmé avoir besoin de plus d'information pour que leur savoir puisse orienter la lutte contre le racisme à l'endroit des peuples autochtones.

Les écoles de sciences infirmières jouent un rôle central dans la lutte contre le racisme à l'endroit des peuples autochtones, puisqu'elles influencent la façon dont les nouveaux membres de la profession interagiront avec les personnes, les familles et les communautés au moment d'accéder à la pratique (National Commission to Address Racism in Nursing, 2022). Les orientations et les attentes détaillées énoncées dans ce document fournissent des normes fondées sur des données probantes à jour avec des résultats d'apprentissage qui visent à soutenir le développement de ces compétences essentielles chez les étudiantes et étudiants en sciences infirmières et à exercer une influence sur l'environnement d'apprentissage et toutes les dimensions des programmes d'étude.



Contexte

Les conséquences historiques de la colonisation, du colonialisme et du génocide

Compte tenu des répercussions de la colonisation et du colonialisme sur les peuples autochtones au Canada, il est concevable que toutes les lois, les politiques, les institutions et les mesures aient eu et continuent d'avoir une incidence sur la santé et le bien-être des Autochtones. Pour mettre en contexte les normes de formation en sciences infirmières en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle, la façon dont les colons européens ont perturbé les sociétés autochtones est décrite, tout comme les effets historiques et continus des lois, des politiques et des institutions coloniales sur la santé des Autochtones. Le rôle important que joue la formation en sciences infirmières dans la préparation des futures infirmières et futurs infirmiers à prodiguer des soins culturellement sécuritaires et à influencer sur la transformation des institutions et des systèmes en contestant les pratiques et les politiques discriminatoires est ensuite abordé. Comme le contexte est limité, les lectrices et lecteurs sont invités à en apprendre davantage sur l'histoire coloniale du Canada.

« [Traduction] **Bien que l'on fasse grand cas du fait que le Canada offre des soins de santé universels à tous les citoyens, les peuples autochtones savent très bien que le principe de l'universalité ne se traduit pas par des services médicaux rapides et efficaces pour tous.** »
(Starblanket et Hunt, 2020, p. 5)



Avant l'arrivée des Européens, les communautés autochtones avaient des méthodes bien élaborées pour favoriser la santé et la guérison, notamment le recours aux plantes à des fins médicinales (FNHA, s.d.). La santé était également prise dans son ensemble, au-delà de la simple présence ou absence de maladie, en plus de comprendre le bien-être physique, mental et spirituel général par rapport à l'environnement d'un individu (Craft et Lebihan, 2021).

L'arrivée des Européens en Amérique du Nord a perturbé rapidement les sociétés autochtones. La propagation de nouvelles maladies, exacerbée par la suppression du système immunitaire découlant de l'interruption de la récolte, a entraîné l'effondrement des populations autochtones en Amérique du Nord (FNHA, s.d.). Les Européens ont commencé à coloniser le territoire qui est maintenant connu comme le Canada, dans ce contexte de déstabilisation. Comme les communautés des Premières Nations ont été chassées de leurs terres, elles ont perdu l'accès aux plantes, aux animaux et aux minéraux utilisés comme médicaments et dans les pratiques de guérison (Starblanket et Hunt, 2020).

Le processus de colonisation est étroitement lié à la suprématie blanche et à la conviction de la supériorité culturelle des Européens. La colonisation européenne partout sur la planète reposait sur la doctrine de la découverte, soit un principe de droit selon lequel les puissances européennes pouvaient revendiquer des territoires qui n'étaient pas occupés par des chrétiens. La conviction de l'infériorité des peuples racialisés a entraîné l'instauration de systèmes de hiérarchie des races (Commission canadienne des droits de la personne, 2023). Les structures et les systèmes découlant de ces idéologies coloniales sont à l'origine des disparités en matière de santé entre les Autochtones et les personnes non autochtones au Canada.

La Proclamation royale de 1763 reconnaissait les droits fonciers des Autochtones et établissait des protocoles de cession des terres par l'entremise de traités officiels. Les traités numérotés qui ont été négociés pour acquérir des terres et leurs ressources naturelles pour les colons à l'ouest du Québec étaient plus complets. Les représentants de la Couronne s'étaient engagés verbalement à fournir des soins de santé et des médicaments. Cependant, les traités écrits ne faisaient aucune allusion à la santé ou ne comprenaient que des engagements implicites. Seul le traité no 6 comprend un engagement écrit à fournir des soins de santé, soit une clause relative aux médicaments, qui précise que des fournitures médicales et des médicaments de base seraient rendus disponibles par l'entremise du représentant autochtone de la Couronne (Craft et Lebihan, 2021). La clause stipule que la prise de décisions et l'accès sont sous le contrôle du gouvernement fédéral (Starblanket et Hunt, 2020).

Les Premières Nations avaient une longue histoire de conclusion de traités avant l'arrivée des Européens. Fortes de cette expérience, elles ont conclu des ententes avec le gouvernement afin d'imposer des limites aux colons, d'affirmer les droits des Autochtones et de circonscrire les responsabilités partagées dans les espaces communs (Starblanket et Hunt, 2020). Cette approche comprenait une vision globale de la santé liée à l'environnement, le maintien du recours aux guérisseurs et aux médicaments et l'accès aux médicaments et aux vaccins européens pour soigner les nouvelles maladies. Cette vision que les Premières Nations et les colons européens cohabiteraient et apprendraient des uns des autres sans ingérence dans les mœurs autochtones était en totale contradiction avec la vision et l'application des traités en matière de santé des colons européens (Craft et Lebihan, 2021; Starblanket et Hunt, 2020).

Après la confédération, la *Loi sur les Indiens* fut adoptée en 1876 afin de codifier les lois, les politiques et les règlements pour régir les vies des membres des Premières Nations habitant dans des réserves, qui étaient désignés comme des Indiens inscrits dans la Loi. La Loi facilitait l'expropriation des terres pour la colonisation et l'exploitation des ressources, en plus d'établir un cadre de contrôle de nombreux aspects de la vie des Indiens inscrits (Henderson et al., 2018).

La *Loi sur les Indiens* donnait au gouvernement fédéral le pouvoir sur l'éducation, ce qui a entraîné la mise en place du système de pensionnats autochtones et d'externats autochtones. Bien que les Métis, les Inuits et certaines Premières Nations fussent exclus des dispositions de la *Loi sur les Indiens*, leurs enfants furent tout de même confiés à ces institutions (CVR, 2015). Les abus physiques, sexuels et mentaux que les enfants ont subis dans ces établissements ont laissé des séquelles physiques et psychologiques aux survivants (Centre national pour la vérité et la réconciliation [CNVR], 2022). Les installations inadéquates et surpeuplées ont favorisé la propagation incontrôlée de la tuberculose (TB) et d'autres maladies transmissibles. De plus, la négligence du personnel et l'absence d'interventions médicales ont entraîné des décès évitables chez beaucoup d'enfants (Hay et al., 2020). Les élèves n'avaient pas le droit de prendre part à des pratiques culturelles ou de parler leur propre langue (Hanson et al., 2020). En 2022, la Chambre des communes a adopté une motion pour reconnaître que le système de pensionnats autochtones fut un génocide (Lavery, 2022).

Dans les années 1930, le gouvernement fédéral a officiellement ségrégué les soins de santé en mettant en place des hôpitaux « indiens » en raison des craintes concernant la prévalence de la TB chez les populations autochtones, qui était une conséquence directe du colonialisme, notamment du système de pensionnats et des logements surpeuplés et insalubres dans les réserves (CNVR, 2022). Les soins infirmiers et médicaux prodigués dans les hôpitaux « indiens » étaient inadéquats. De plus, ils étaient le lieu d'expériences médicales sur les patients autochtones (Craft et Lebihan, 2021).

En 1951, la *Loi sur les Indiens* a fait l'objet d'une série de réformes, dont une qui conférait aux provinces le pouvoir sur la protection de l'enfance. Les prises en charge d'enfants autochtones furent tellement fréquentes pendant les trente années qui suivirent, plus particulièrement dans les années 1960, que le travailleur social Patrick Johnston a inventé l'expression « la rafle des années 1960 » (Sinclair, 2007). Les enfants autochtones étaient confiés à des familles non autochtones sans que les membres de leurs familles soient informés de l'endroit où ils se trouvaient. La rafle des années 1960 a eu des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des survivants et de leurs familles. Certains d'entre eux ont souffert de maladie mentale ou de problèmes de toxicomanie (Kodeeswaran et al., 2022).

Les survivants et leurs descendants ressentent encore les effets du système de pensionnats autochtones, des hôpitaux « indiens » et d'autres institutions, politiques et mesures néfastes sous la forme d'un traumatisme intergénérationnel. Par exemple, la fréquentation d'un pensionnat a été liée à des résultats sociaux et en matière de santé actuels chez les descendants des survivants qui éprouvaient une plus grande détresse psychologique. Les études ont montré que les effets sont cumulatifs (Bombay et al., 2014).

Le colonialisme visait à éradiquer les cultures autochtones, notamment les langues, les croyances spirituelles, les cérémonies, les traditions et les pratiques. Les efforts déployés pour éliminer l'usage des langues autochtones ont également freiné la transmission des savoirs traditionnels, notamment de la médecine (Burnham, 2018). Les pratiques culturelles contribuent au bien-être général, au sentiment d'appartenance à la communauté et aux relations interpersonnelles. Hill (2009) décrit la revitalisation de pratiques culturelles et de langues autochtones comme un élément du bien-être global des communautés.

Le colonialisme contemporain continu et la pratique infirmière

Le colonialisme est une force qui est toujours intégrée dans les mentalités collectives et individuelles, les institutions et les systèmes. Pour décrire les effets persistants du colonialisme sur la santé des Autochtones, Loppie et Wren (2022) emploient des métaphores pour expliquer les déterminants de la santé des Autochtones : la racine (les déterminants structurels), le tronc (les systèmes et les infrastructures) et les tiges (les effets directs). Les idéologies et la gouvernance coloniales ainsi que l'autodétermination autochtone sont considérées comme les racines des déterminants de la santé des Autochtones. Ces déterminants sont « [Traduction] ...profondément enracinés dans les fondations idéologiques et politiques qui agissent sur tous les autres déterminants » (Loppie et Wren, 2022, p. 12). La gouvernance et les structures coloniales sont toujours en place au Canada. Elles continuent de restreindre l'autodétermination autochtone et d'affecter la santé et le bien-être des Autochtones. La marginalisation économique, le racisme environnemental, l'insécurité alimentaire, le manque d'accès à l'eau potable et la mainmise du gouvernement sur les soins de santé, l'éducation et la protection de l'enfance sont des preuves claires de la poursuite du colonialisme. Les femmes, les filles et les personnes 2SLGBTQIA+ autochtones sont victimes d'actes de violence, de meurtres et de disparitions. Les femmes et les filles autochtones sont surreprésentées dans les cas nationaux de traite de personnes (Roudometkina et Wakeford, 2018). De plus, les préoccupations relatives aux stérilisations forcées et contraintes subies par les femmes autochtones sont toujours d'actualité (Leason, 2021). La discrimination sexuelle et les régimes patriarcaux ont mis les femmes et les filles autochtones dans des situations économiques et sociales précaires, en plus d'être la cause fondamentale de la crise des droits de la personne qui sévit actuellement. Les infirmières et infirmiers étaient impliqués directement dans les préjugés historiques et continuent d'alimenter et de perpétuer le racisme systémique dans les soins de santé. Ce fait s'oppose directement au discours infirmier, qui défend les concepts de neutralité, d'efficacité, d'égalité et de multiculturalisme (Blanchet Garneau et al., 2019), et au code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés, selon lequel la justice sociale est un principe fondamental de la profession. D'après Symenuk et al. (2020), « [Traduction] ...l'image d'infirmières et infirmiers qui sont des personnes bonnes et attentionnées [...] dresse un obstacle complexe et cumulatif qui retarde les premières démarches pour lever le voile sur la complicité des membres de la profession dans les préjugés coloniaux et les politiques d'assimilation » (p. 90). Pour que ce discours change, il incombe à toutes infirmières et infirmiers d'examiner la façon dont ils (et leurs institutions) continuent de suivre les habitudes coloniales, de penser et de faire.

Lutte contre le racisme, humilité culturelle et sécurité culturelle

La formation en sciences infirmières ne doit pas perpétuer un discours infirmier qui alimente le colonialisme et le racisme. Même si la formation en sciences infirmières a mis l'accent sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle pendant plusieurs années, le racisme à l'endroit des peuples autochtones reste ancré dans le système de santé et les professionnels de la santé continuent de poser des actes de discrimination. Comme Kelly et Chakanyuka (2021) le soulignent, il faut « [Traduction] ...explorer la façon dont les hiérarchies de l'éducation et universitaires freinent les approches antiracistes ou décolonisatrices par l'entremise de formules édulcorées qui contournent les problèmes fondamentaux posés par les préjugés enracinés » (p. 2). Les futures infirmières et futurs infirmiers doivent laisser tomber l'idée de « ne pas être raciste » pour jouer un rôle actif dans la lutte contre le racisme en eux-mêmes, chez les autres et dans le système de santé, en étant antiraciste (Kendi, 2019).

Pour combattre et contester les préjugés et les stéréotypes en eux, les infirmières et infirmiers sont invités à faire preuve d'humilité culturelle. Plutôt que de se concentrer sur leur connaissance et leur compréhension des

cultures, les infirmières et infirmiers sont appelés à contester le déséquilibre des pouvoirs dans les milieux de la santé. Le personnel infirmier doit s'efforcer de créer des environnements au sein desquels toutes les personnes se sentent en sécurité et respectées, où elles sont traitées avec dignité, peu importe leur origine culturelle (Brascoupé et Waters, 2009; Ramsden, 2015). D'après Curtis et al. (2019), « [Traduction] ...les organisations et les autorités en santé doivent être tenues responsables de la prestation de soins culturellement sécuritaires, selon la définition de leurs patients et de leurs collectivités » (p. 15).

L'enseignement de l'antiracisme et de la sécurité culturelle pour les professionnels de la santé doit être amélioré et une plus grande normalisation est également nécessaire au pays (Turpel-Lafond, 2020). Une étude de 2022 auprès d'étudiantes et étudiants en sciences infirmières en pratique clinique a révélé que bien que ces étudiantes et étudiants avaient suffisamment de confiance au niveau de leur connaissance et compréhension de la lutte contre le racisme, l'humilité culturelle et la sécurité culturelle, ils ne se sentaient pas à l'aise dans les situations où ils devaient mettre la théorie en pratique (Braithwaite et al., 2022). L'enseignement dans ce domaine doit transmettre aux étudiantes et étudiants en sciences infirmières le soutien et les outils nécessaires pour convertir leurs compétences en action.

Les infirmières et infirmiers doivent comprendre les répercussions des préjudices historiques et actuels subis par les personnes autochtones au Canada sur le comportement de celles-ci en ce qui concerne le recours aux soins et leurs interactions au sein du système de santé. Il est aussi important de travailler en tenant compte des traumatismes et de la violence. La reconnaissance de la prévalence des traumatismes et de la violence aux niveaux interpersonnel et structurel, ainsi que de leur incidence sur les vies et les comportements, fait partie des nombreux fondements des soins tenant compte des traumatismes et de la violence. (EQUIP Health Care, s.d.)

Autochtonisation

L'appel à l'action 24 de la CVR exhorte les écoles de sciences infirmières à intégrer les enseignements et les pratiques de santé autochtones. Les savoirs autochtones renforcent la pratique infirmière et la capacité des infirmières et infirmiers à prodiguer des soins culturellement sécuritaires. Un engagement respectueux à l'égard des savoirs autochtones est également un fondement de l'équité dans la formation en sciences infirmières (Kennedy et al., 2020). L'objectif n'est pas d'extraire les connaissances pour les appliquer, mais de changer de perspective. Comme Askew et al. (2020) l'expliquent, « [Traduction] ...généralement, en santé, on apprend "au sujet" des peuples autochtones. Par conséquent, on n'a pas l'occasion de s'unir – de nouer une relation et ainsi d'apprendre ensemble et des uns des autres – pour acquérir dans le processus différentes dispositions » (p. 105). Ce processus de décolonisation doit ouvrir des possibilités, pour les étudiantes et étudiants non autochtones, d'apprendre auprès de professionnels de la santé, d'ainés et de détenteurs du savoir autochtones. Cependant, il doit également permettre que les étudiantes et étudiants autochtones en sciences infirmières aient un soutien pour avoir recours aux savoirs autochtones au moment où ils se sentent à l'aise de le faire (Kennedy et al., 2020).

Collaboration avec les Premières Nations, Inuits et Métis

Kirkness et Barnhardt (1991) proposent aux établissements postsecondaires un cadre de principes directeurs concernant la notion d'engagement significatif pour les étudiantes et étudiants autochtones reposant sur : le Respect, la Réciprocité, la pertinence et la Responsabilité. Plus récemment, deux autres principes ont été ajoutés, soit la Relation et la Représentation, pour former le cadre « des Six R » (Tsosie et al., 2022). Ce cadre fournit de l'orientation pour développer une collaboration significative avec les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis qui pourra servir de guide pour l'autochtonisation de l'enseignement, de la recherche et de la collaboration dans la pratique en sciences infirmières.

Les infirmières et infirmiers doivent également connaître et adhérer au principe de la souveraineté des données autochtones. Les peuples autochtones ont le droit inhérent de gérer les données sur leurs communautés. Plusieurs cadres orientent la gestion et la souveraineté des données, comme les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des Premières Nations (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, s.d.) et le cadre de propriété, de contrôle, d'accès et de gérance (OCAS) de la Manitoba Métis

Federation (University of Manitoba, 2021). La recherche et la gestion des données doivent être définies au niveau de la communauté. De plus, les chercheurs doivent respecter le principe général de souveraineté des données autochtones.

DNUDPA et autodétermination autochtone

La DNUDPA affirme le droit des personnes autochtones de jouir du meilleur état de santé physique susceptible d'être atteint, d'accéder à des soins de santé et d'élaborer des politiques et des programmes de santé. Les peuples autochtones ont longtemps réclamé l'autonomie et l'autodétermination pour d'atteindre l'équité en santé par l'entremise de services culturellement sécuritaires et significatifs dirigés par des Autochtones (Halseth et Murdock, 2020). Bien que les effets sur les résultats en matière de santé commencent seulement à émerger, le taux de mortalité lié à la COVID-19 inférieur chez les communautés autochtones en Alaska, qui exercent leur souveraineté en santé, est un indicateur des effets potentiels de l'autodétermination (Tiwari et al., 2023).

Au Canada, la souveraineté en santé des Autochtones varie considérablement entre les provinces, les territoires et les régions. À ce jour, seule la Colombie-Britannique a créé une régie de la santé autochtone, soit la First Nations Health Authority (FNHA). En 2013, les communautés des Premières Nations, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique ont signé une entente de transfert des programmes et des services en matière de santé de Santé Canada à la FNHA (NCCIH, 2020). La Déclaration de la Colombie-Britannique sur les droits des peuples autochtones a stipulé que les lois provinciales devaient respecter la DNUDPA. LA FNHA sert d'exemple de la façon dont la DNUDPA se concrétise et de l'autodétermination autochtone en matière de santé.

Le gouvernement fédéral a mis de l'avant la vision d'une législation en matière de santé autochtone fondée sur les distinctions qui exhorte tous les niveaux de gouvernement à travailler avec les Premières Nations, les Inuits, les Métis et leurs communautés d'une façon qui reconnaît les relations particulières avec le gouvernement et les priorités uniques, qui corrobore la DNUDPA et qui respecte la souveraineté autochtone (Services aux Autochtones Canada, 2023). Les approches fondées sur les distinctions ont suscité des critiques en raison du risque de laisser pour compte des groupes ou des personnes autochtones. Par exemple, les peuples autochtones en région urbaine pourraient souffrir des lacunes des programmes provinciaux et fédéraux en santé en raison de querelles de compétence. L'Association nationale des centres d'amitié (2022) a appelé à mettre l'accent « [Traduction] ...d'abord et avant tout, sur les besoins et les réalités des peuples autochtones, comme beaucoup d'entre eux ne cadrent pas dans les approches politiques et pratiques actuelles » (p. 5). Les infirmières et infirmiers sont bien placés pour collaborer aux efforts des Autochtones au niveau des communautés et à tous les niveaux de gouvernement.



Directives d'application de ces normes

Bien que le document énonce les résultats d'apprentissage pour les étudiantes et étudiants en sciences infirmières, les infirmières et infirmiers enseignants doivent prendre en compte l'environnement d'apprentissage dans son ensemble ainsi que toutes les dimensions du programme d'étude pour assurer une application efficace.

Les infirmières et infirmiers enseignants doivent cesser de présenter la santé autochtone en mettant l'accent sur les lacunes, comme c'est fréquemment le cas. Le matériel pédagogique et les manuels utilisés dans la formation en sciences infirmières véhiculent souvent une construction de la différence dans laquelle la blancheur est normalisée et la causalité de la maladie implique une réflexion déficitaire sur les groupes racialisés (Bell, 2021). Les infirmières et infirmiers enseignants doivent être prêts à faire preuve d'une pédagogie antiraciste, à déconstruire la normativité blanche dans les sciences infirmières (Bell, 2021) et à recourir à des approches basées sur les forces (Fogerty, Lovell, Landenberg et Heron, 2018).

Bien qu'il soit important d'aborder l'histoire coloniale du Canada et l'état actuel du colonialisme et du racisme dans les sciences infirmières, les discussions à ce sujet peuvent traumatiser ou traumatiser de nouveau les étudiantes et étudiants autochtones. C'est pourquoi une approche tenant compte des traumatismes et de la violence doit être appliquée à la formation en sciences infirmières (Goddard et al., 2021; Browne et al., 2015). Les enseignantes et enseignants sont invités à prendre connaissance du matériel pédagogique et de réfléchir à son effet potentiel sur les étudiantes et étudiants afin de mettre le matériel en contexte au préalable. Les enseignantes et enseignants doivent s'assurer d'être prêts à entamer un dialogue constructif avec les étudiantes et étudiants dans des conversations courageuses. Les enseignantes et enseignants sont également invités à parler d'options pour obtenir du soutien en santé mentale sur le campus et à offrir d'autres options d'apprentissage pour les étudiantes et étudiants en sciences infirmières qui pourraient être traumatisés ou traumatisés de nouveau en participant à ces discussions.

Les infirmières et infirmiers enseignants doivent être en mesure de discuter de racisme dans la salle de cours et dans les milieux cliniques. Le guide CPR-RACISM (2024) de Dre Holly Graham contient de l'information et des étapes pour s'attaquer d'emblée au racisme en exhortant les infirmières et infirmiers à remédier activement à ces situations, comme l'exigent les normes de pratique infirmière et le code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés (AIIC, 2017). Les étudiantes et étudiants des programmes de sciences infirmières peuvent être témoins ou subir du racisme dans la salle de classe ou lors des apprentissages expérientiels de la part d'enseignantes et enseignants, d'enseignantes et enseignants cliniques, du personnel, de collègues étudiants, de patients, etc. Les enseignantes et enseignants doivent donner l'exemple de la façon de réagir efficacement aux stéréotypes, aux propos et aux gestes discriminatoires et d'offrir un soutien immédiat aux étudiantes et étudiants affectés par le racisme.

Les approches de l'autochtonisation qui ne sont pas ancrées dans une relation véritable perpétuent le cycle de l'appropriation des savoirs autochtones et du pur symbolisme (Bourque Bearskin et al., 2022). Ces processus d'autochtonisation des écoles, des programmes et des enseignements en sciences infirmières doivent se dérouler, sous la supervision et en présence des aînés, des détenteurs du savoir et des organisations autochtones locales des Nations ou des communautés, dans l'intérêt de toutes les parties prenantes. Des discussions critiques sont nécessaires pour permettre de différencier l'appréciation culturelle et l'appropriation culturelle et faire comprendre que l'ensemble des Autochtones ne partage pas une seule vision du monde.



Méthodes

Un comité consultatif regroupant des dirigeantes et dirigeants autochtones en sciences infirmières et plusieurs collaborateurs non autochtones a été chargé de fournir une expertise et des conseils lors de l'élaboration de ces normes.

L'élaboration des normes reposait sur une analyse de la littérature évaluée par les pairs et de la littérature grise sur le racisme à l'endroit des peuples autochtones en santé, l'antiracisme, l'humilité culturelle et la sécurité culturelle dans la pratique infirmière. Les politiques, les principes, les normes et les cadres liés à la santé des Premières Nations, Inuits et Métis ont été examinés, tout comme les normes de pratique infirmière gouvernementales. Un petit groupe de discussion avec 13 étudiantes et étudiants en sciences infirmières a permis d'acquérir des connaissances sur la façon dont les appels à l'action étaient pris en compte dans la formation en sciences infirmières et de comprendre s'ils estiment être prêts à lutter contre le racisme à l'endroit des peuples autochtones.

Une approche basée sur la recherche du consensus a été utilisée pour le développement du document *Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière*. Une première ébauche des normes a été développée par le comité consultatif. La prochaine étape était de tenir un forum de consultation virtuel avec d'autres infirmières et infirmiers autochtones jouant différents rôles dans la pratique (pédagogique, clinique et politique) ainsi que des collaborateurs non autochtones de partout au Canada, organisé dans le but d'examiner plus en détail chaque compétence et résultat d'apprentissage dans le cadre d'une discussion de type « World Café ». À la suite du forum, les commentaires ont été rassemblés et présentés au comité consultatif pour examen.

Après que le comité consultatif fut parvenu à un consensus sur la prochaine itération des normes et des résultats d'apprentissage, un groupe de discussion formé d'infirmières et infirmiers enseignants et d'étudiantes et étudiants en sciences infirmières a examiné les normes, lors de la conférence biennale 2024 de l'ACESI sur l'enseignement des sciences infirmières au Canada, dans le but d'obtenir les perspectives des enseignantes et enseignants et des étudiantes et étudiants qui n'avaient pas déjà participé à la préparation du document. Les normes furent révisées en tenant compte des commentaires des membres de groupe de discussion.

À la dernière étape pour arriver à un consensus, les normes ont été intégrées dans un sondage de validation en ligne. Les répondants devaient évaluer chaque énoncé de norme et le résultat d'apprentissage par rapport à son importance dans la formation en sciences infirmières de premier cycle, en indiquant : *Oui*, *Non* ou *Incertaine/incertain*. Les répondants avaient également la possibilité de formuler des commentaires tout au long du sondage.

Vingt-neuf personnes ont répondu au sondage. Presque toutes les normes et tous les résultats d'apprentissage ont obtenu une note de 89 % correspondant aux réponses « Oui ». Toutes les valeurs aberrantes ont été examinées par le comité consultatif.

Normes et résultats d'apprentissage

Ce document définit les normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation en sciences infirmières¹. Ces **normes** établissent des attentes claires en matière de connaissances et de comportement pour les étudiantes et étudiants qui terminent un programme de baccalauréat en sciences infirmières. Elles sont fondées sur les valeurs et l'éthique de la profession infirmière dans les provinces qui exigent que toutes les infirmières et tous les infirmiers, y compris ceux qui commencent la pratique, prodiguent

¹ Au moment de la publication, ces normes n'étaient pas incluses dans le cadre et les normes d'agrément de l'ACESI (2020), car l'approbation du Comité consultatif de l'ACESI sur la politique d'agrément (CCPA) et du Conseil de l'ACESI est obligatoire. Ces normes seront présentées pour étude dans le cadre de la prochaine révision majeure prévue des normes d'agrément.

des soins respectueux, exempts de toute discrimination grounded in the values and ethics of the nursing profession across jurisdictions which requires all nurses, including those entering practice, to provide respectful care that is free from discrimination.

Les normes, divisées en cinq domaines, sont accompagnées de résultats d'apprentissage. Un **résultat d'apprentissage** « [...] précise les changements durables qui doivent s'opérer chez le sujet, pendant ou suite à une situation pédagogique » (Legendre, 2005, cité dans Richard, 2016, p. 4). Les résultats d'apprentissage orientent les programmes et l'élaboration des cours, en plus d'être des indicateurs pour l'évaluation et la manifestation des apprentissages.

Normes en matière d'humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière



DOMAINE 1.

Colonisation, colonialisme et génocide

Norme de formation 1.1

Les étudiantes et étudiants diplômés en sciences infirmières ont compris que les infirmières et infirmiers doivent se pencher sur les impacts historiques de la colonisation, du colonialisme et du génocide sur les membres des Premières Nations, Inuits et Métis.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 1.1.1. Définir la colonisation et décrire ses effets immédiats et persistants sur les membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 1.1.2. Décrire la façon dont la supériorité culturelle occidentale et la suprématie blanche ont été invoquées pour justifier la colonisation, une pratique qui existe encore aujourd'hui.
- 1.1.3. Reconnaître que la perte d'autodétermination et de souveraineté découlant de la colonisation a entraîné des répercussions négatives sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 1.1.4. Décrire la façon dont les déplacements forcés ont perturbé les systèmes sociaux et les pratiques culturelles autochtones favorisant la santé et le bien-être et ont empêché l'accès aux pratiques de santé et à la médecine traditionnelles.
- 1.1.5. Expliquer le non-respect des engagements en vertu de traités par les gouvernements coloniaux, soit de fournir des services de santé aux peuples des Premières Nations.
- 1.1.6. Expliquer les répercussions des politiques et des mesures génocidaires coloniales, notamment des hôpitaux « indiens », des externats autochtones, du système de pensionnats autochtones et de la rafle des années 1960, sur la mortalité et la morbidité des membres des Premières Nations, Inuits et Métis.

Norme de formation 1.2

Les étudiantes et étudiants diplômés en sciences infirmières prennent en compte les répercussions persistantes et contemporaines du colonialisme sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations, Inuits et Métis.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 1.2.1. Reconnaître que toutes les infirmières et tous les infirmiers ont une responsabilité professionnelle et sont redevables de répondre aux appels à l'action de la CVR pour combler les écarts dans les résultats de santé et sociaux entre les communautés autochtones et non autochtones.

- 1.2.2. Décrire la façon dont le point de vue colonial de la santé et des maladies continue d'opprimer les membres des Premières Nations, Inuits et Métis, en plus de nuire à leur santé et à leur bien-être.
- 1.2.3. Décrire les déterminants sociaux de la santé autochtone et reconnaître les idéologies, les structures et les systèmes coloniaux comme les causes fondamentales exerçant une influence sur d'autres déterminants sociaux de la santé.
- 1.2.4. Décrire, le cas échéant, l'application des politiques importantes qui imposent l'équité en santé pour les Autochtones, notamment le Principe de Jordan, l'Initiative : Les enfants inuits d'abord et le Principe de Joyce.
- 1.2.5. Comprendre leur devoir de reconnaître que les facteurs sociétaux, les conditions économiques et le racisme systémique qui sous-tendent la crise actuelle des femmes, des filles et des personnes 2 SLGBTQIA+ autochtones disparues et assassinées émanent du colonialisme et sont toujours sous l'emprise de celui-ci.
- 1.2.6. Reconnaître et respecter la force et la résilience incessantes des membres des Premières Nations, Inuits et Métis en ce qui concerne la préservation de leurs identités, connaissances et pratiques culturelles, malgré le génocide et les préjudices coloniaux.
- 1.2.1. Comprendre que le traumatisme intergénérationnel dont souffrent les membres des Premières Nations, Inuits et Métis est le résultat de préjudices coloniaux historiques et persistants.

DOMAINE 2.

Racisme à l'endroit des peuples autochtones dans la pratique infirmière et les soins de santé

Norme de formation 2.1

Les étudiantes et étudiants diplômés en sciences infirmières reconnaissent que la discrimination généralisée et le racisme systémique à l'endroit des peuples autochtones sont présents dans le système de santé canadien, y compris dans la pratique infirmière.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 2.1.1. Démontrer leur capacité de contester et de démanteler le racisme spécifique aux peuples autochtones dans les services de soins de santé.
- 2.1.2. Expliquer et démontrer dans le cadre de leurs cours et leur pratique, la responsabilité professionnelle des infirmières et infirmiers pour contrer le racisme à l'endroit des Autochtones et les iniquités au niveau des services de santé, comme l'exigent le Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les normes de pratique en soins infirmiers des provinces et des territoires.
- 2.1.3. Comprendre que le racisme à l'endroit des Autochtones au sein du système de santé constitue un obstacle à l'accès aux soins des membres des Premières Nations, Inuits et Métis et a un impact négatif sur les résultats de santé.

- 2.1.4. Reconnaître et contrer efficacement le racisme interpersonnel à l'endroit des clients et des collègues autochtones.
- 2.1.5. Lutter contre le racisme institutionnel en remettant en question les politiques et procédures préjudiciables, en travaillant activement à créer des milieux favorables et équitables et en défendant les mesures de reddition de comptes.
- 2.1.6. Jeter un regard critique sur le racisme structurel et systémique contemporain qui impacte la prestation de soins aux membres des Premières Nations, Inuits et Métis et incarner activement le changement souhaité dans toutes les interventions pour favoriser des changements à tous les niveaux du système.
- 2.1.7. Aborder les conversations au sujet des partis pris, des préjugés, des stéréotypes et du racisme à propos ou à l'endroit des peuples autochtones avec une volonté d'écouter et d'apprendre, et faire preuve d'ouverture à l'égard des commentaires constructifs.

DOMAINE 3.

Humilité culturelle et sécurité culturelle

Norme de formation 3.1

Les étudiantes et étudiants diplômés en sciences infirmières se livrent à une pratique réflexive constante et font preuve d'humilité culturelle.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 3.1.1. Définir l'humilité culturelle et expliquer pourquoi il s'agit d'une composante essentielle du développement d'une relation thérapeutique avec des clients membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 3.1.2. Entamer une démarche continue d'introspection profonde afin d'identifier leurs propres suppositions et croyances et prendre conscience de leurs effets dans les interactions et les relations avec les autres.
- 3.1.3. Écouter respectueusement et accorder de la valeur aux points de vue uniques et aux expériences vécues des clients membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 3.1.4. Reconnaître l'interdépendance de la culture, de la spiritualité, de la santé et des déterminants sociaux de la santé, et comprendre que la conscience et la sensibilité culturelles font partie de la prestation de soins holistiques.

Norme de formation 3.2

Les étudiantes et étudiants diplômés en sciences infirmières sont conscients de leur situation et de possibles privilèges, comprennent les répercussions des déséquilibres de pouvoir dans la relation des infirmières et infirmiers avec le client et cherchent à prodiguer des soins culturellement sécuritaires.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 3.2.1. Reconnaître l'impact de leur identité et leur situation sociale sur leur approche à la pratique infirmière et leurs relations avec les clients.
- 3.2.2. Comprendre l'impact du privilège blanc, de la fragilité blanche, de tout autre privilège et du racisme spécifique aux peuples autochtones sur les soins de santé offerts aux membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 3.2.3. Reconnaître la complexité et l'intersectionnalité des identités dans les relations avec les membres des Premières Nations, Inuits et Métis.
- 3.2.4. Reconnaître la responsabilité individuelle de chaque membre du personnel infirmier dans la lutte aux déséquilibres de pouvoir inhérents aux relations thérapeutiques et au système de santé dans son ensemble, afin de créer un milieu culturellement sécuritaire.
- 3.2.5. Reconnaître que le caractère sécuritaire d'un espace ou d'une expérience en santé est déterminé par le client.

Norme de formation 3.3

Les infirmières et infirmiers diplômés en sciences infirmières démontrent un engagement respectueux et la capacité d'élaborer un plan de soins en collaboration avec des clients membres des Premières Nations, Inuits et Métis.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 3.3.1. Écouter activement afin de comprendre les besoins et les préoccupations des membres des Premières Nations, Inuits et Métis et de leurs familles tout en reconnaissant que la notion de famille est définie par le client et pourrait comprendre des membres de la communauté, des détenteurs du savoir et des Aînés.
- 3.3.2. Respecter les droits des peuples autochtones en appliquant les normes les plus élevées en matière de santé physique et mentale, comme il est précisé dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.
- 3.3.3. Respecter les droits des Premières Nations, Inuits et Métis de prendre des décisions au sujet de leurs soins de santé et de recevoir des soins qui prennent en considération leurs valeurs culturelles, et/ou spiritualité, ainsi que leurs pratiques de guérison traditionnelles.
- 3.3.4. Appliquer les principes de soins tenant compte des traumatismes et de la violence auprès des clients membres des Premières Nations, Inuits et Métis tout en reconnaissant le risque de méfiance envers le système de santé en raison des préjudices coloniaux et du racisme à l'endroit des Autochtones.
- 3.3.5. Adopter une approche basée sur les forces et les distinctions dans l'élaboration d'un plan de soins évolutif avec les membres des Premières Nations, Inuits et Métis qui mobilise leurs forces et qui inclut les valeurs et les approches de la guérison du client.

DOMAINE 4.

Savoir et pratiques autochtones en santé

Norme de formation 4.1

Les infirmières et infirmiers diplômés en sciences infirmières rendent hommage, respectent et défendent le savoir, la culture et les pratiques autochtones en santé et en guérison.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 4.1.1. Reconnaître que le savoir autochtone représente la somme de la compréhension unique de chaque société autochtone distincte et qu'il repose sur les expériences historiques et les relations ancestrales avec l'environnement.
- 4.1.2. Chercher à mieux connaître les cultures diversifiées et distinctes des Premières Nations, Inuits et Métis du Canada en sachant que l'ensemble des Autochtones ne partage pas une seule vision du monde.
- 4.1.3. Renforcer la relation entre l'infirmière ou infirmier et le client en menant une enquête relationnelle avec les clients membres des Premières Nations, Inuits et Métis au sujet de leurs connaissances, valeurs et préférences en matière de naissance, santé infantile et pratiques de fin de vie.
- 4.1.4. Soutenir l'intégration du savoir et des pratiques autochtones dans la prestation de soins aux membres des Premières Nations, Inuits et Métis, sans s'approprier ou exploiter ces connaissances.

DOMAINE 5.

Collaborations avec les communautés et les organisations des Premières Nations, Inuits et Métis

Norme de formation 5.1

Les infirmières et infirmiers diplômés en sciences infirmières expliquent la façon de nouer respectueusement des collaborations et des partenariats avec les groupes, les communautés et les organisations des Premières Nations, Inuits et Métis.

Résultats d'apprentissage

À la fin de leur formation en sciences infirmières, les diplômées et diplômés pourront :

- 5.1.1. Respecter les principes de Respect, de Réciprocité, de pertinence, de Responsabilité, de Représentation et de Relation² en abordant les Premières Nations, Inuits et Métis dans le cadre de la pratique ou de la recherche infirmière.

² Les principes de Respect, de pertinence, de Réciprocité et de Responsabilité (les « quatre R ») ont été définis pour guider les établissements postsecondaires dans la création d'environnements respectueux qui mobilisent les étudiantes et étudiants autochtones (Kirkness et Barnhardt, 1991). Ils ont orienté la recherche et les collaborations entre les personnes et les communautés autochtones et non autochtones. Les universitaires se sont basés sur ces principes pour proposer l'ajout des principes de Relation et de Représentation afin d'établir le cadre connu sous le nom « des Six R » (Tsosie et al., 2022).

- 5.1.2. Respecter l'autonomie et l'autodétermination des peuples des Premières Nations, Inuits et Métis en matière de santé et de guérison ainsi que dans l'élaboration de programmes et de systèmes de santé autochtones.
- 5.1.3. Décrire les approches d'engagement et de collaboration avec les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis afin de défendre et de mettre en œuvre des approches en amont qui tiennent compte des déterminants structurels et sociaux de la santé
- 5.1.4. Reconnaître les facteurs uniques qui influent sur l'équité en santé dans les communautés autochtones urbaines, rurales, éloignées et du Nord et défendre ces communautés selon les besoins identifiés.
- 5.1.5. Collaborer avec les peuples des Premières Nations, Inuits et Métis pour défendre l'intégration du savoir, des langues et des pratiques culturelles autochtones dans les programmes et les organismes de soins de santé.
- 5.1.6. Décrire et respecter les principes de la souveraineté des données autochtones, comme les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) et les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de gérance (OCAS).
- 5.1.7. Définir ce qu'est une approche fondée sur les distinctions et décrire le rôle des soins infirmiers en lien avec le respect des processus fondés sur les distinctions dans l'élaboration conjointe de programmes et politiques en santé avec les Premières Nations, Inuits et Métis.

Glossaire

Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation – La Commission de vérité et réconciliation (CVR) a été « mise en place dans le cadre d'un règlement juridique entre les survivants des pensionnats, l'Assemblée des Premières Nations, les représentants inuits et les parties responsables de la création et de l'exploitation des pensionnats (le gouvernement fédéral et les organismes ecclésiastiques). La CVR avait le mandat d'informer tous les Canadiens de ce qui s'est passé dans les pensionnats. Elle a documenté les témoignages des survivants, de leurs familles, de leurs communautés et de toutes les personnes personnellement touchées par l'expérience des pensionnats. Cela comprenait les anciens pensionnaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, leurs familles, leurs communautés, l'Église, les anciens employés des pensionnats, les fonctionnaires et d'autres Canadiens » (CNVR, s.d., par. 1-2). La CVR a lancé 94 appels à l'action pour favoriser la réconciliation entre les gouvernements, les colons et les peuples autochtones. L'appel à l'action 24 est désormais requis pour l'agrément dans toutes les écoles de sciences infirmières au Canada. Les normes d'agrément de l'ACESI (2020) ont été mises à jour pour inclure un élément clé lié à l'appel à l'action 24.

Approche basée sur les forces – Une approche des soins infirmiers orientée par huit valeurs clés qui mettent l'accent sur les forces, les capacités et les atouts des clients, plutôt que les lacunes, pour résoudre les problèmes de santé. Les infirmières et infirmiers nouent des relations habilitantes de collaboration avec les clients et leur famille. Cette approche est axée sur la promotion de la santé, de la guérison et du soulagement de la souffrance. Les valeurs sont : la santé et la guérison; la spécificité ou l'unicité; l'holisme et la réalisation, la réalité subjective et le sens créatif; l'indivisibilité de la personne et de l'environnement; l'autodétermination; l'apprentissage, le moment et l'état de préparation; et, les partenariats de collaboration (Gottlieb, 2014).

Autochtonisation – « [Traduction] Il s'agit de l'ajout ou de la reprise d'éléments autochtones. Elle va au-delà des gestes de reconnaissance ou d'inclusion symboliques en changeant considérablement les pratiques et les structures. Le pouvoir, l'emprise et le contrôle sont rééquilibrés et redonnés aux peuples autochtones. De plus, les façons autochtones de savoir et de faire sont perçues, présentées et pratiquées sur un même pied que les façons occidentales de savoir et de faire » (Coulthard, 2014).

Conscience culturelle – La compréhension de « [Traduction] ...ses propres valeurs, croyances, impressions et préjugés culturels ». La conscience culturelle implique « [Traduction] ...d'être attentif à ses réactions aux gens dont la culture est différente et de réfléchir à sa façon de répondre » (Georgetown University Center for Child and Human Development, s.d., par. 5).

Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) – Cette déclaration « énonce le cadre universel des normes minimales nécessaires à la survie, à la dignité et au bien-être des peuples autochtones du monde. Elle se penche également sur les normes existantes en matière de droits de la personne et les libertés fondamentales qui s'appliquent à la situation particulière des peuples autochtones » (Nations Unies, 2007).

Discrimination – « Toute distinction, exclusion, restriction ou préférence basée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique qui pour but ou effet d'invalider ou de nuire à la reconnaissance, à la jouissance ou à l'exercice égalitaire des droits de la personne ou des libertés fondamentales sur le plan politique, économique, social, culturel ou de tout autre domaine de la vie publique » (Nations Unies [NU], 1965, p. 2).

Enquête relationnelle – Une pratique infirmière au sein de laquelle les infirmières et infirmiers considèrent de manière réflexive la relation entre les facteurs interpersonnels, intrapersonnels et contextuels des personnes recevant des soins (Younas, 2020).

Externats autochtones – Ces écoles ressemblaient aux pensionnats autochtones. Toutefois, les élèves fréquentaient ces établissements dans leur communauté et retournaient auprès de leur famille à la fin de chaque journée. Cent cinquante mille enfants autochtones ont fréquenté ces établissements. (L'Encyclopédie canadienne, 2023).

Femmes et filles autochtones disparues ou assassinées – Une crise des droits de la personne actuelle qui découle de la violence systémique à l'endroit des femmes et des filles autochtones au Canada. Les conclusions de l'enquête nationale lancée en 2016 ont été publiées en 2019. L'enquête a conclu que des violations des droits de la personne et des abus « considérables, persistants et délibérés » (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019, p. 174) sont la cause fondamentale de la crise. Le rapport contenait 231 appels à la justice s'adressant aux gouvernements, aux institutions et au public.

Génocide – Certains actes qui, selon la définition de l'article II de la Convention sur le génocide, sont « commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux » (Nations Unies, s.d.-a, par. 4).

Hôpitaux « indiens » – Bien que « l'objectif initial de ces hôpitaux fut de réduire la prévalence et la propagation de la tuberculose », ils ont été ouverts pour « apaiser la peur » de la « menace apparente [...] que représentaient les Autochtones » pour les populations non autochtones (IRSHDC, s.d.-b, par. 1-2).

Intersectionnalité – Ce terme inventé par Kimberlé Crenshaw est employé pour décrire la façon dont les différentes formes d'inégalités basées sur le sexe, la classe, la sexualité, la race, etc., « [Traduction] ...opèrent souvent ensemble et s'exacerbent entre elles » (Steinmetz, 2020, par. 3).

Inuit – L'un des trois groupes de peuples autochtones au Canada. La majorité des Inuits vit dans l'une des quatre régions inuites collectivement connues sous le nom d'Inuit Nunangat. Ce terme englobe la terre, l'eau et la glace (Inuit Tapiriit Kanatami, s.d.-a, "Régions inuites du Canada"). L'Inuit Nunangat est formé de quatre régions : la région désignée des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest), le Nunatsiavut (Nord du Labrador), le Nunavik (Québec) et le Nunavut.

Inuit Qaujimagatuqangit – Le terme utilisé pour décrire l'épistémologie inuite ou le savoir autochtone des Inuits, cette expression se traduit directement par « [Traduction] ...ce que les Inuits ont toujours su » (Tagalik, 2009–2010, p. 1).

Méthode de type « World Café » – « [Traduction] Une approche pour favoriser un environnement sécuritaire et accueillant où différentes idées et perspectives sur un sujet sont délibérément liées en faisant participer les intervenants à plusieurs rondes de conversation en petits groupes » (Parkhurst et al., 2016, p. 1).

Métis – L'un des trois groupes de peuples autochtones au Canada. Les Métis sont d'ascendance européenne et autochtone et viennent en grande partie de la région des Grands Lacs et de la colonie de la rivière Rouge. Les relations entre les commerçants de fourrure écossais et français et les femmes autochtones, généralement des Premières Nations cries, des Sauteaux et des Plaines, au 18e siècle, ont donné lieu à l'émergence de la Nation Métis. Les caractéristiques de l'identité Métis suscitent actuellement des controverses, puisque certains défendent qu'elle ne découle pas seulement d'un double héritage, mais plutôt d'un héritage culturel qui remonte à la communauté de la rivière Rouge et le commerce dans la région des Grands Lacs (Gaudry, 2023).

OCAS – La Manitoba Métis Federation adhère aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de gérance de ses données (University of Manitoba, 2021, p. 14).



Partialité – « [Traduction] Le fait de donner son appui ou de s’opposer à une personne ou à une chose en particulier de façon injuste en laissant ses opinions influencer son jugement » (Cambridge Dictionary, s.d.). Un parti pris conscient correspond à une attitude partielle dont on est conscient et sur laquelle on peut se pencher, tandis qu’un parti pris inconscient correspond à une attitude que l’on adopte inconsciemment et qu’on ne contrôle pas, qui influence beaucoup plus les actions que le parti pris conscient (John M. Flaxman Library, 2024).

PCAP – Les principes de propriété, de contrôle, d’accès et de possession des Premières Nations font valoir que les Premières Nations ont le contrôle sur les processus de collecte de données, qu’elles possèdent les données et qu’elles ont le contrôle sur la façon de les utiliser (Centre de gouvernance de l’information des Premières Nations, s.d.).

Pensionnats autochtones – Ces écoles furent en activité pendant plus de 150 ans, après l’ouverture du premier pensionnat en 1831. Le système de pensionnats autochtones, essentiellement un outil d’assimilation, fut mis en place par le gouvernement fédéral dans les années 1880. Les enfants des Premières Nations, Inuits et Métis furent enlevés à leur famille et placés dans les pensionnats, où les pratiques culturelles et les langues autochtones étaient interdites. Les pensionnats étaient sous-financés et surpeuplés, et les maladies et les cas de maltraitance étaient fréquents (IRSHDC, s.d.).

Peuples autochtones – Bien qu’il ait une grande diversité de peuples autochtones à travers le monde, ils ont des caractéristiques communes, ainsi que des systèmes sociaux, économiques et politiques, et des langues, des cultures et des croyances distincts. Il s’agit de groupes non dominants qui s’inscrivent dans la continuité des sociétés précoloniales et qui ont des liens forts avec les terres et les ressources naturelles (Nations Unies, s.d.-b). Au Canada, il y a trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Premières Nations – L’un des trois groupes de peuples autochtones au Canada, les Premières Nations étaient les premiers habitants des terres au sud de la région de l’Arctique qui sont maintenant connues comme le Canada.

Préjugé – Un jugement, une opinion ou une attitude préconçu à l’endroit d’une personne ou d’un groupe fondé sur des caractéristiques, comme la couleur de la peau ou l’origine ethnique.

Principe de Jordan – Nommé à la mémoire de Jordan River Anderson de la Nation crie de Norway House, ce principe donne la priorité aux enfants pour éviter que les enfants autochtones soient privés d’un accès aux services de santé et aux services sociaux ou soient victimes de délais, en cas de conflit de compétence entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral concernant la prestation des services (Gouvernement du Canada, 2024).

Principe de Joyce – Le principe de Joyce vise à garantir à toutes les personnes autochtones le droit à un accès équitable, sans discrimination, à tous les services de santé et les services sociaux, ainsi que le droit de jouir de la meilleure santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle possible. Il a été nommé à la mémoire de Joyce Echaquan, une Atikamekw qui a été victime du racisme du personnel infirmier et d’autres membres du personnel de la santé au Centre hospitalier de Joliette, dans Lanaudière, au Québec. Le principe de Joyce constitue un appel à tenir l’engagement du gouvernement à l’égard de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Principe de Joyce, 2020).

Proclamation royale de 1763 – Adoptée par le roi George III, elle définissait la structure constitutionnelle pour les négociations de traités avec les peuples autochtones au Canada. Elle déclarait explicitement que toutes les terres étaient considérées comme des terres autochtones à moins d’être cédées par traité et interdisait aux colons de revendiquer la propriété des terres appartenant aux peuples autochtones (Indigenous Foundations, 2009).

Race – Une construction sociale utilisée pour classer les gens en groupes hiérarchiques en fonction de caractéristiques physiques, comme la couleur de la peau.

Racisme institutionnel – Le racisme est reproduit dans les politiques, les procédures et les pratiques d'une organisation qui produit systématiquement des résultats inéquitables pour les personnes ou les groupes racialisés. Ces pratiques sont adoptées par les personnes qui intègrent ainsi le racisme dans leur routine (Beagan et al., 2023, p. 196).

Racisme interpersonnel – Lorsque les préjugés raciaux ou les croyances d'une personne exercent une influence sur ses relations avec les autres.

Racisme spécifique aux peuples autochtones – Préjugés, stéréotypes et racisme dont sont victimes les Autochtones.

Racisme structurel – Les structures sociales interreliées dans la société (c.-à-d., l'éducation, les soins de santé, la politique) et leur façon d'opérer qui reproduit des hiérarchies racialisées (Beagan et al., 2023).

Racisme systémique – Racisme qui existe au sein et dans l'ensemble des institutions et des structures qui sont interreliées et qui se renforcent au fil du temps (Osta et Vasquez, s.d.).

Rafle des années 1960 – Ce terme inventé par Patrick Johnston fait référence aux enlèvements de masse d'enfants autochtones à leur famille pour les placer sous la responsabilité du système de protection de l'enfance, dans bien des cas, sans le consentement de la famille. Cette pratique existait avant les années 1960, mais elle s'est beaucoup répandue pendant cette décennie (Hanson, 2009).

Savoir autochtone – Le savoir autochtone est un groupe de savoirs ou de connaissances traditionnels qui proviennent de la communauté et qui sont accumulés par des générations d'Autochtones. Le savoir autochtone se présente sous beaucoup de formes, que ce soit à l'oral, lors de cérémonies, ou dans les œuvres artistiques. Il n'existe pas seulement dans le passé; « [Traduction] ...les pratiques font l'objet d'une croissance, d'une innovation et de changements continus » (University of Alberta, 2024, par. 2).

Sensibilité culturelle – « [Traduction] Reconnaître la nécessité de respecter les différences culturelles » et « [Traduction] ...agir en faisant preuve de respect pour les personnes d'autres cultures » (Okanagan Nation Alliance, s.d., par. 2).

Situation sociale – Ce terme décrit la façon dont les aspects qui forment l'identité d'une personne (c.-à-d., la race, la classe, le genre) se recourent en elle et influent sur sa position par rapport aux autres. Comprendre sa propre situation sociale aide à comprendre la façon dont ses aspects impactent les perceptions, la relationalité et les actions (Rumble, s.d.).

Soins holistiques – Un souci pour la santé globale d'une personne, y compris ses aspects physiques, spirituels, émotionnels et mentaux, qui reflète les façons autochtones de savoir, de comprendre, d'être et de faire (Miles et al., 2023).

Stéréotypes – Idées préconçues ou croyances simplistes qui sont fausses ou injustifiées au sujet d'une personne et qui se basent sur des caractéristiques, comme la couleur de la peau, l'origine ethnique, la religion ou le lieu d'origine.

Suprématie culturelle – Un mécanisme utilisé « [Traduction] ...par la culture dominante pour discréditer, assimiler et effacer d'autres cultures de façon à forcer une acculturation et s'ériger en norme ». La suprématie culturelle « [Traduction] ...se perpétue au sein des structures et des institutions qui soutiennent son portrait limité de la réalité » (Genia, 2020, par. 1).

Traumatisme intergénérationnel – La façon dont se transmet le traumatisme d’une génération aux générations suivantes. Il existe des modèles socioculturels et physiologiques des effets des traumatismes sur les enfants des survivants (Menzies, 2024) et de la façon dont les traumatismes se transmettent de génération en génération. Le traumatisme intergénérationnel sert souvent à décrire les effets cumulatifs de plus de 500 ans de colonialisme.

2S LGBTQIA+ – Les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, en questionnement, intersexuées et asexuelles. Aussi, le « + » inclut diverses orientations sexuelles (p. ex., personnes pansexuelles, grissexuelles) et identités et expressions de genre (p. ex., personnes non binaires, de genres divers, agenres) qui ne sont pas explicitement nommées dans l’acronyme (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario, 2021).



References

- Aboriginal Nurses Association of Canada, Association canadienne des écoles de sciences infirmières et Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Compétence culturelle et la sécurité culturelle en enseignement infirmier : Programme d'études pour la profession infirmière autochtone*.
- Adam, S. F. (2006). An introduction to learning outcomes: A consideration of the nature, function and position of learning outcomes in the creation of the European Higher Education Area. Dans E. Froment, J. Kohler, L. Purser et L. Wilson (éd.), *EUA Bologna Handbook: Making Bologna Work* (vol. 1, B2.3-1). D. Josef Raabe Verlags-GmbH. <https://pedagogie-universitaire.blogs.usj.edu.lb/wp-content/blogs.dir/43/files/2013/03/An-introduction-of-learning-outcomes.pdf>
- Aqil, A. R., Malik, M., Jacques, K. A., Lee, K., Parker, L. J., Kennedy, C. E., Mooney, G. et German, D. (2021). Engaging in anti-oppressive public health teaching: Challenges and recommendations. *Pedagogy in Health Promotion*, 7(4), p. 344–353. <https://doi.org/10.1177/23733799211045407>.
- Asante, M. K. (2006). Foreword. Dans G. J. S. Dei et A. Kempf (éd.), *Anti-colonialism and education: The politics of resistance* (p. ix–x). Sense Publishers.
- Askew, D. A., Brady, K., Mukandi, B., Singh, D., Sinha, T., Brough, M. et Bond, C. J. (2020). Closing the gap between rhetoric and practice in strengths-based approaches to Indigenous public health: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(2), p. 102–105. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12953>.
- Baines, D. (éd.). (2007). *Doing anti-oppressive practice: Building transformative, politicized social work* (3e éd.). Fernwood Publishing.
- Beagan, B. L., Bizzeth, S. R. et Etowa, J. (2023). Interpersonal, institutional, and structural racism in Canadian nursing: A culture of silence. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(2), p. 195–205. <https://doi.org/10.1177/08445621221110140>.
- Bell, B. (2021). White dominance in nursing education : A target for anti-racist efforts. *Nursing Inquiry*, 28(1), p. e12379. <https://doi.org/10.1111/nin.12379>.
- Bombay, A., Matheson, K. et Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian residential schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), p. 320–338. <https://doi.org/10.1177/1363461513503380>.
- Bourque Bearskin, M. L., Kennedy, A. et Jakubec, L. S. (2022). Cultural safety for Indigenous health equity. Dans R. Srivastava (éd.), *The health care professional's guide to cultural competence* (2e éd., chapitre 9). Elsevier Health Sciences.
- Blanchet Garneau, A., Browne, A. J. et Varcoe, C. (2019). Understanding competing discourses as a basis for promoting equity in primary health care. *BMC Health Services Research*, 19(764). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4602-3>.
- Braithwaite, T. J. Kelly, L. P. et Chakanyuka, C. (2022). File of uncertainties: Exploring student experience of applying decolonizing knowledge in practice. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 8(3), art. 5. <https://doi.org/10.17483/2368.6669.1351>.

- Brascoupe, S. et Waters, C. (2009). Cultural safety exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*, 5(2), p. 6–41. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28981>.
- British Columbia College of Nurses and Midwives (25 février 2022). *Practice standards: Indigenous cultural safety, cultural humility, and anti-racism*. <https://www.bccnm.ca/RN/PracticeStandards/Pages/CulturalSafetyHumility.aspx>.
- Browne, A. J. Varcoe, C., Ford-Gilboe, M. et Wathen, C. N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multicomponent intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health*, 14, p. 1. <https://doi.org/10.1186-12939-015-y>
- Burnham, P. (12 septembre 2018). UN special report : Inside the medicine chest. *ICT*. <https://ictnews.org/archive/un-special-report-inside-the-medicine-chest>.
- Cambridge Dictionary. (s.d.). Bias. Dans le *Cambridge Dictionary*. Extrait le 3 décembre 2024 de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/bias>.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2020). *Cadre relatif aux normes d'agrément de l'ACESI*. https://accred.casn.ca/content/user_files/2023/10/EN-CASN-Accreditation-Standards-Aug-30-2022-plus-TRC.pdf.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2023). *Série d'ateliers GRATUITS sur la mise en œuvre des appels à l'action de la CVR pertinents au sein de la formation en sciences infirmières* <https://www.casn.ca/2023/01/free-workshop-series-on-implementing-the-trc-calls-to-action-in-nursing-education/>.
- Commission canadienne des droits de la personne. (2023). *Driving change: The Canadian Human Rights Commission's 2023 annual report to Parliament*. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/2024-04/chrc-annual-report-2023-en-final.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés. <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (9 juin 2021). *Nurses commit to action against anti-Indigenous racism [Communiqué de presse]*. <https://community.cna-aiic.ca/blogs/cn-content/2021/06/09/nurses-commit-to-action-against-anti-indigenous-ra>.
- Coulthard, G. S. (2014). *Red skin, white masks: Rejecting the colonial politics of recognition*. University of Minnesota Press.
- Craft, A. et Lebihan, A. (2021). *The treaty right to health: A sacred obligation*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10361/Treaty-Right-to-Health_EN_Web_2021-02-02.pdf.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, art. 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>.
- EQUIP Health Care. (s.d.). *Trauma- and violence-informed care*. <https://equiphealthcare.ca/resources/equity-essentials/trauma-and-violence/>.

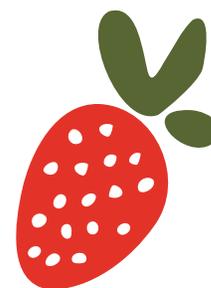
- Farrell, J. (10 décembre 2024). Family speaks out after Pasqua First Nation man's braids cut off in Edmonton hospital. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/family-speaks-out-after-pasqua-first-nation-man-s-braids-cut-off-in-edmonton-hospital-1.7406996>.
- First Nations Health Authority. (s.d.). *Our history, our health*. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-for-first-nations/our-history-our-health>.
- First Nations Health Authority. (2021a). *#itstartswithme: Creating a climate for change*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>.
- First Nations Health Authority. (2021b). *#itstartswithme: Cultural safety and humility – Key drivers and ideas for change*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Cultural-Safety-and-Humility-Key-Drivers-and-Ideas-for-Change.pdf>.
- Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (s.d.). *The First Nations principles of OCAP*. <https://fnigc.ca/ocap-training/>.
- Fogarty, W., Lovell, M., Langenberg, J. et Heron, M-J. 2018, *Deficit Discourse and Strengths-based Approaches: Changing the Narrative of Aboriginal and Torres Strait Islander Health and Wellbeing*, The Lowitja Institute, Melbourne.
- Gaudry, A. (28 novembre 2023). *Métis*. *L'Encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/metis>.
- Genia, E. (24 novembre 2020). *Unpacking cultural supremacy in the public sphere*. New England Foundation for the Arts. <https://www.nefa.org/news/unpacking-cultural-supremacy-public-sphere>.
- Georgetown University Center for Child and Human Development. (s.d.). *Cultural awareness*. <https://nccc.georgetown.edu/curricula/awareness/index.html>.
- Gillborn, D. (2006). Rethinking white supremacy: Who counts in 'WhiteWorld.' *Ethnicities*, 6(3), p. 318–340. <https://doi.org/10.1177/1468796806068323>.
- Giroux, H. et McLaren, P. (éd.). (1994). *Between borders: Pedagogy and the politics of cultural studies*. Routledge.
- Goddard, A., Jones, R. W., Esposito, D. et Janicek, E. (2021). Trauma informed education in nursing: A call for action. *Nurse Education Today*, 101, 104880. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104880>.
- Gottlieb, L. N. (2014). CE : Strengths-based nursing. *American Journal of Nursing*, 114(8), p. 24–32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2>.
- Gouvernement du Canada. (10 décembre 2021). *Backgrounder: United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*. <https://www.justice.gc.ca/eng/declaration/about-apropos.html>.
- Gouvernement du Canada. (3 décembre 2024). *Jordan's principle*. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1568396042341/1568396159824>.
- Graham, H. (2024). CPR RACISM: A guide for health care providers to address racism in health care. *International Journal of Indigenous Health*, 19(1). <https://doi.org/10.32799/ijih.v19i1.42574>.
- Hafferty F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), p. 403–407. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>.

- Hanson, E. (2009). *Sixties scoop*. Indigenous Foundations. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/sixties_scoop/.
- Hanson, E., Gamez, D. et Manuel, A. (2020). *The residential school system*. Indigenous Foundations. <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/residential-school-system-2020/>.
- Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Supporting Indigenous self-determination in health: Lessons learned from a review of best practices in health governance in Canada and internationally*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. <https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-LC-2023-06-08-VS-EN-003-WEB.pdf>.
- Hay, T., Blackstock, C. et Kirlew, M. (2020). Dr. Peter Bryce (1853–1932): Whistleblower on residential schools. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9), p. E223–E224. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190862>.
- Henderson, R., Montesanti, S., Crowshoe, L. et Leduc, C. (2018). Advancing Indigenous primary health care policy in Alberta, Canada. *Health Policy*, 122(6), p. 638–644. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.014>.
- Hill, D. M. (2009). Traditional medicine and restoration of wellness strategies. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), p. 6–41. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/2897.6>
- Indian Residential School History and Dialogue Centre. (s.d.-a). *Indian day schools*. <https://irshdc.ubc.ca/learn/indian-day-schools/>.
- Indian Residential School History and Dialogue Centre. (s.d.-b). *Indian hospitals in Canada*. <https://irshdc.ubc.ca/learn/indian-hospitals-in-canada/>.
- Indian Residential School History and Dialogue Centre. (s.d.-c). *Indian residential schools*. <https://irshdc.ubc.ca/learn/indian-residential-schools/>.
- Indigenous Foundations. (2009). *Royal Proclamation, 1763*. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/royal_proclamation_1763/.
- Services aux Autochtones Canada. (9 août 2024). *Co-developing distinctions-based Indigenous health legislation*. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611843547229/1611844047055>.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (s.d.-a). *About Canadian Inuit*. <https://www.itk.ca/about-canadian-inuit/>.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (s.d.-b). *Inuit child first initiative*. <https://www.itk.ca/projects/inuit-child-first-initiative/>.
- John M. Flaxman Library. (3 avril 2024). *Learn & unlearn: Anti-racism resource guide – Lesson 6: Conscious and unconscious bias*. School of the Art Institute of Chicago. https://libraryguides.saic.edu/learn_unlearn_foundations6.
- Kendi, I. X. (2019). *How to be an antiracist*. One World.
- Kennedy, A. McGowan, K., Lindstrom, G., Cook, C., Dean, Y., Stauch, J., Barnabe, C., Price, S., Bear Chief, Elder R., Spence, Grandmother D. et Tagupa, Kupuna F. D. (2020). Relational learning with Indigenous communities: Elders’ and students’ perspectives on reconciling indigenous service-learning. *International Journal of Research on Service-Learning and Community Engagement*, 8(1), art. 2. <https://doi.org/10.37333/001c.18585>.

- Kelly, L. P. et Chakanyuka, C. (2021). Truth before reconciliation, antiracism before cultural safety. *Contemporary Nurse*, 57(5), p. 379–386. <https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1991415>.
- Kirkness, V. J. et Barnhardt, R. (1991). First Nations and higher education: The four R's – respect, relevance, reciprocity, responsibility. *Journal of American Indian Education*, 30(3), p. 1–15. <https://www.uaf.edu/ankn/publications/collective-works-of-ray-b/Four-Rs-2nd-Ed.pdf>.
- Kodeeswaran, J., Campagne, M. et Benoit, A. (2022). “I’ll struggle, and I’ll fall...I’ll have my days, but it’s okay”: Indigenous women surviving the sixties scoop. *The International Indigenous Policy Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2022.13.1.13570>.
- Lavery, I. (27 octobre 2022). House of Commons recognizes Canada’s residential schools as act of genocide. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/9232545/house-of-commons-residential-schools-canada-genocide/>.
- Leason, J. (2021). Forced and coerced sterilization of Indigenous women: Strengths to build upon. *Canadian Family Physician*, 67(7), p. 525–527. <https://doi.org/10.46747/cfp.6707525>.
- Loppie, C. et Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/Health_Inequalities_EN_Web_2022-04-26.pdf.
- McIntosh, P. (1989). *White privilege: Unpacking the invisible knapsack*. The SEED Project. <https://www.nationalseedproject.org/key-seed-texts/white-privilege-unpacking-the-invisible-knapsack>.
- Menzies, P. (30 mai 2024). *Intergenerational trauma and residential schools*. L’Encyclopédie canadienne. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/intergenerational-trauma-and-residential-schools>.
- Merriam-Webster. (s.d.). Colonization. Dans *Merriam-Webster.com* dictionary. Extrait en date du 3 décembre 2024 de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/colonization>.
- Miles, R. M., Chow, M. I., Tomasky, G., Bredin, S. S. D., Kaufman, K. L. et Warburton, D. E. R. (2023). Wholistic versus holistic: Words matter for Indigenous Peoples. *The Health & Fitness Journal of Canada*, 16(3), p. 3–7. <https://doi.org/10.14288/hfjc.v16i3.830>.
- The National Association of Friendship Centres. (2022). *Our health, our voice: Advocating for urban Indigenous people in distinctions-based healthcare legislation*. https://nafc.ca/downloads/nafc_our-health-our-voice_en.pdf.
- Centre national pour la vérité et la réconciliation. (s.d.). *Commission de vérité et réconciliation du Canada*. <https://nctr.ca/a-propos/histoire-de-la-cvr/commission-de-verite-et-reconciliation-du-canada/?lang=fr>.
- Centre national pour la vérité et la réconciliation. (2022). Rapport annuel 2022. <https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2023/06/2023-NCTR-REPORT-LAYOUTS-FIN-REV.pdf>.
- National Commission to Address Racism in Nursing. (2022). *Report series: Racism in nursing*.
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. (2019). *Reclaiming power and place: The final report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, volume 1b*. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final_Report_Vol_1b.pdf.

- O'Connor, L. (28 octobre 2024). 'Why did they do that to me?': Métis man says ponytail was cut off without consent at Saskatoon hospital. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/metis-man-ponytail-cut-without-consent-at-saskatoon-hospital-1.7361354>.
- Okanagan Nation Alliance. (s.d.). *What is cultural competency?* <https://syilx.org/wellness/resources/cultural-competency/what-is-cultural-competency/>.
- Osta, K. et Vasquez, H. (2018). *Implicit bias and structural racialization*. National Equity Project. <https://www.nationalequityproject.org/frameworks/implicit-bias-structural-racialization>.
- Parkhurst, M., Preskill, H. et Gopal, S. S. (2016, 16 juin). *Guide to the World Café method: A tool for supporting systems thinking*. FSG. <https://www.fsg.org/resource/guide-world-caf%c3%a9-method/>.
- Pind, J. (11 janvier 2024). *Externats indiens au Canada*. *L'Encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/externats-autochtones-en-canada>.
- Principe de Joyce. (2020). *Joyce's principle*. https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Joyce_s_Principle_brief__Eng.pdf
- Queen's University Office of Indigenous Initiatives. (s.d.). *Ways of knowing*. <https://www.queensu.ca/indigenous/ways-knowing/about>.
- Ramsden, I. (2015). Towards cultural safety. Dans D. Wepa (éd.), *Cultural safety in Aotearoa New Zealand* (2e éd., p. 6–25). Cambridge University Press.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2021). *Promoting 2SLGBTQI+ health equity: Best practice guideline*. https://rno.ca/sites/rno-ca/files/bpg/2SLGBTQI_BPG_June_2021.pdf.
- Richard, J.-F. (2016). *Writing Learning Outcomes: Principles, considerations, and examples*. Maritime Provinces Higher Education Commission.
- Roudometkina, A. et Wakeford K. (2018). *Trafficking of Indigenous women and girls in Canada: Submission to the Standing Committee on Justice and Human Rights*. Native Women's Association of Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Brief/BR10002955/br-external/NativeWomensAssociationOfCanada-e.pdf>.
- Rumble, T. H. (s.d.). *Social location and systems of oppression*. Sheridan College. <https://www.sheridancollege.ca/about/administration-governance/leadership/inclusive-communities/knowledge-mobilization-dissemination-centre/social-location-systems-of-oppression>.
- Sinclair, R. (2007). Identity lost and found: Lessons from the sixties scoop. *First Peoples Child & Family Review*, 3(1), p. 65–82. <https://doi.org/10.7202/1069527ar>.
- Starblanket, G. et Hunt, D. (2020). *Storying violence: Unravelling colonial narratives in the Stanley trial*. ARP Books.
- Steinmetz, K. (20 février 2020). She coined the term 'intersectionality' over 30 years ago. Here's what it means to her today. *TIME*. <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>.
- Symenuk, P. M., Tisdale, D., Bourque Bearskin, D., H. et 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), p. 84–96. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.51>.

- Tagalik, S. (2009–2010). *Inuit Qaujimagatuqangit : The role of Indigenous knowledge in supporting wellness in Inuit communities in Nunavut*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/health/FS-InuitQaujimagatuqangitWellnessNunavut-Tagalik-EN.pdf>).
- Tiwari, S., Petrov, A., Mateshvili, N., Devlin, M., Golosov, N., Rozanova-Smith, M., Welford, M., DeGroot, J., Degai, T. et Ksenofontov, S. (2023). Incorporating resilience when assessing pandemic risk in the Arctic: A case study of Alaska. *BMJ Global Health*, 8, e011646. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011646>.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. <https://nctr.ca/records/reports/#trc-reports>.
- Tsosie, R. L., Grant, A. D., Harrington, J., Wu, K., Thomas, A., Chase, S., Barnett, D., Hill, S. B., Belcourt, A., Brown, B. et Plenty Sweetgrass-She Kills, R. (2022). The six Rs of Indigenous research. *Tribal College: Journal of American Indian Higher Education*, 33(4). <https://tribalcollegejournal.org/the-six-rs-of-indigenous-research/>.
- Turpel-Lafond, M.-E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>.
- Nations Unies. (s.d.-a). *Definitions of genocide and related crimes*. <https://www.un.org/en/genocide-prevention/definition>.
- Nations Unies. (s.d.-b). *Peuples autochtones : Contexte*. <https://www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>.
- Nations Unies. (1965). *International convention on the elimination of all forms of racial discrimination*. <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%20660/volume-660-I-9464-English.pdf>.
- 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_E_web.pdf.
- University of Alberta. (27 août 2024). *First Nations, Métis, and Inuit: Indigenous Knowledges*. <https://guides.library.ualberta.ca/first-nations-metis-inuit/indigenous-knowledges>.
- University of Manitoba. (2021). *Framework for research engagement with First Nations, Metis, and Inuit Peoples*. p. 14. <https://umanitoba.ca/health-sciences/sites/health-sciences/files/2021-01/framework-research-report-fnmip.pdf>.
- Wathen, C. N. et Varcoe, C. (2019). *Trauma & violence-informed care: Prioritizing safety for survivors of gender-based violence*. EQUIP Health Care. https://gtvincubator.uwo.ca/wp-content/uploads/2020/05/TVIC_Background_Fall2019r.pdf.
- Younas, A. (2020). Relational inquiry approach for developing deeper awareness of patient suffering. *Nursing Ethics*, 27(4), p. 935–945. <https://doi.org/10.1177/0969733020912523>.





CASN
ACESI



CASN.ca