



À L'INTERFACE : *les professionnels de la santé autochtones et la pratique factuelle*

*Billie Joe Rogers, Kylee Swift, Kim van der Woerd, Monique Auger, Regine Halseth,
Donna Atkinson, Sofia Vitalis, Sarah Wood, et Amber Bedard*

Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SAVOIR(S) AUTOCHTONE(S) ET SANTÉ PUBLIQUE

© 2019, 2026 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ou de l'ASPC.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *At the interface: Indigenous health practitioners and evidence-based practice*.

Référence : Rogers, B.J., Swift, K., van der Woerd, K., Auger, M., Halseth, R., Atkinson, D. et al. (2019). *À l'interface : les professionnels de la santé autochtones et la pratique factuelle*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (C.-B.)
V2N 4Z9 Canada

Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-209-9
ISBN (format en ligne) :
978-1-77368-210-5

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication-Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche-publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

1.0 INTRODUCTION	4
2.0 MÉTHODES	6
3.0 LA CONTEXTUALISATION DU SAVOIR AUTOCHTONE DANS LA PRATIQUE FACTUELLE	9
3.1 Savoir autochtone et impact de la colonisation	9
3.2 Les besoins en matière de connaissances autochtones dans le cadre de la médecine et de la pratique factuelles	10
3.3 L'intégration des connaissances autochtones et occidentales au système des soins de santé	12
3.4 Les méthodologies autochtones et les pratiques éclairées	15
4.0 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	19
4.1 Les pratiques basées sur des preuves	19
4.2 L'accès aux connaissances traditionnelles et occidentales	20
4.3 Savoir traditionnel dans la pratique relative aux soins de santé	22
4.4 Les connaissances et les besoins en matière de données probantes des professionnels de la santé autochtones	23
4.5 Les obstacles et les mesures de soutien liés à la combinaison des connaissances autochtones et occidentales dans la pratique des soins de santé	26
5.0 DISCUSSION	29
BIBLIOGRAPHIE (en anglais seulement)	32

1.0 INTRODUCTION



Les professionnels de la santé autochtones¹ font face à des obstacles particuliers en ce qui concerne la prise de décision fondée sur des données probantes et la mise en œuvre de pratiques factuelles, notamment lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins complexes de patients autochtones. Ils doivent souvent chevaucher deux mondes, c'est-à-dire faire usage, dans leur pratique, à la fois des connaissances occidentales et des savoirs autochtones fondés sur des données probantes afin de soutenir de façon optimale la santé et le bien-être de leurs patients autochtones. À l'heure actuelle, c'est souvent dans une optique occidentale que l'on applique les pratiques factuelles; on adopte une perspective biomédicale de la santé, selon laquelle l'absence de la maladie est privilégiée au détriment du plus grand contexte social, historique, économique, politique et environnemental (Synder

& Wilson, 2015; Young et al., 2018)² et des forces inhérentes à la culture et au savoir autochtones³ (Jude, 2016). Une telle perspective contraste nettement avec les modèles autochtones de santé qui, de par leur nature holistique, englobent les dimensions mentales, physiques, émotionnelles et spirituelles de la santé et du bien-être (Greenwood, de Leeuw & Lindsay, 2018). Cette lacune peut engendrer un système de santé mal adapté aux particularités culturelles des Autochtones (Ghosh, Benoit, & Bourgeault, 2017; Lucero, 2011).

Depuis peu, on reconnaît davantage l'importance du savoir autochtone par rapport à la santé et au bien-être du peuple autochtone, et, conséquemment, plus d'efforts sont déployés pour intégrer les connaissances autochtones et occidentales à la pratique et aux politiques des soins de santé (Battiste, 2002;

Hall, Dell, Fornssler, Hopkins, & Mushquash, 2015; Martin, 2012; Fiedeldey-Van Dijk, et al., 2017; Rowan, et al., 2014; Sasakamoose, Bellegarde, Sutherland, Pete, & McKay-McNabb, 2017). Pourtant, on constate des lacunes importantes dans la recherche en ce qui concerne d'une part, les besoins des professionnels de la santé, les obstacles auxquels il font face et l'appui dont ils bénéficient en matière de connaissances et de données probantes, et d'autre part, la combinaison des connaissances autochtones et occidentales dans le contexte des soins de santé. Le présent document cherche à comprendre ce qui constitue une donnée probante, la façon dont on y accède, et comment le savoir traditionnel s'intègre actuellement aux pratiques relatives à la santé chez les professionnels de la santé autochtones.

¹ Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » sont utilisées dans ce document pour signifier inclusivement les premiers habitants du Canada et leurs descendants, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, selon la définition de ces peuples dans l'article 35 de la Constitution canadienne de 1982. Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » seront utilisées pour refléter leur utilisation particulière dans la documentation traitée. Lorsque cela est possible, des noms culturellement spécifiques sont utilisés.

² Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

³ Les expressions « savoir autochtone », « connaissances autochtones » et « connaissances traditionnelles » sont utilisées indifféremment. Elle se définissent comme un « réseau de connaissances, de croyances et de traditions ayant pour but de préserver, de communiquer et de contextualiser les liens qu'entretiennent les Autochtones avec la culture et le paysage au fil du temps... Les connaissances autochtones se traduisent de façon formelle et informelle au sein de groupes familiaux et de communautés par l'entremise de rencontres sociales, de traditions orales, de pratiques rituelles, etc. » (Bruchac, 2014, p.1).



...les modèles autochtones de santé qui, de par leur nature holistique, englobent les dimensions mentales, physiques, émotionnelles et spirituelles de la santé et du bien-être

(Greenwood, de Leeuw, & Lindsay, 2018).

2.0 MÉTHODES



La collecte des données de cette étude repose sur une approche combinant différentes méthodes dont une revue de la documentation, des données quantitatives et qualitatives issues d'entrevues auprès d'informateurs clés et un sondage en ligne. La revue de la documentation s'inspire de la recherche examinée par les pairs et de celle non examinée par les pairs, qui a été publiée entre 1995 et 2017 et provient des bases de données suivantes : Medline PubMed, Humanities and Social Science Abstracts, ERIC (EBSCO) et Google Scholars. Les termes de recherche ont été utilisés selon diverses combinaisons : pratiques factuelles, données probantes, santé, soins de santé, bien-être, médecine, connaissances, application des connaissances, traditionnel, autochtone, méthodologies de décolonisation. La revue de la documentation a contribué à éclairer à la fois l'élaboration de questions clés à l'intention de l'informateur et le développement du sondage en ligne.

Les données quantitatives proviennent principalement du sondage en ligne. En mars 2018, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) a fait appel aux professionnels de la santé autochtones en leur demandant au moyen de messages sur les réseaux sociaux de participer à un sondage en ligne. Des 68 personnes qui ont répondu au sondage, 66 ont consenti à participer au projet de recherche. On a posé des questions aux participants sur leur accès aux connaissances occidentales et autochtones et sur l'utilisation du savoir traditionnel dans leur propre pratique des soins de santé. On leur a demandé de cibler les lacunes qui existent actuellement dans leur base de connaissances et dans leurs croyances en ce qui a trait à l'harmonisation, au sein de leur propre pratique, des savoirs occidentaux et autochtones. Les personnes ayant participé à ce sondage seront dorénavant appelées « participants au sondage ».

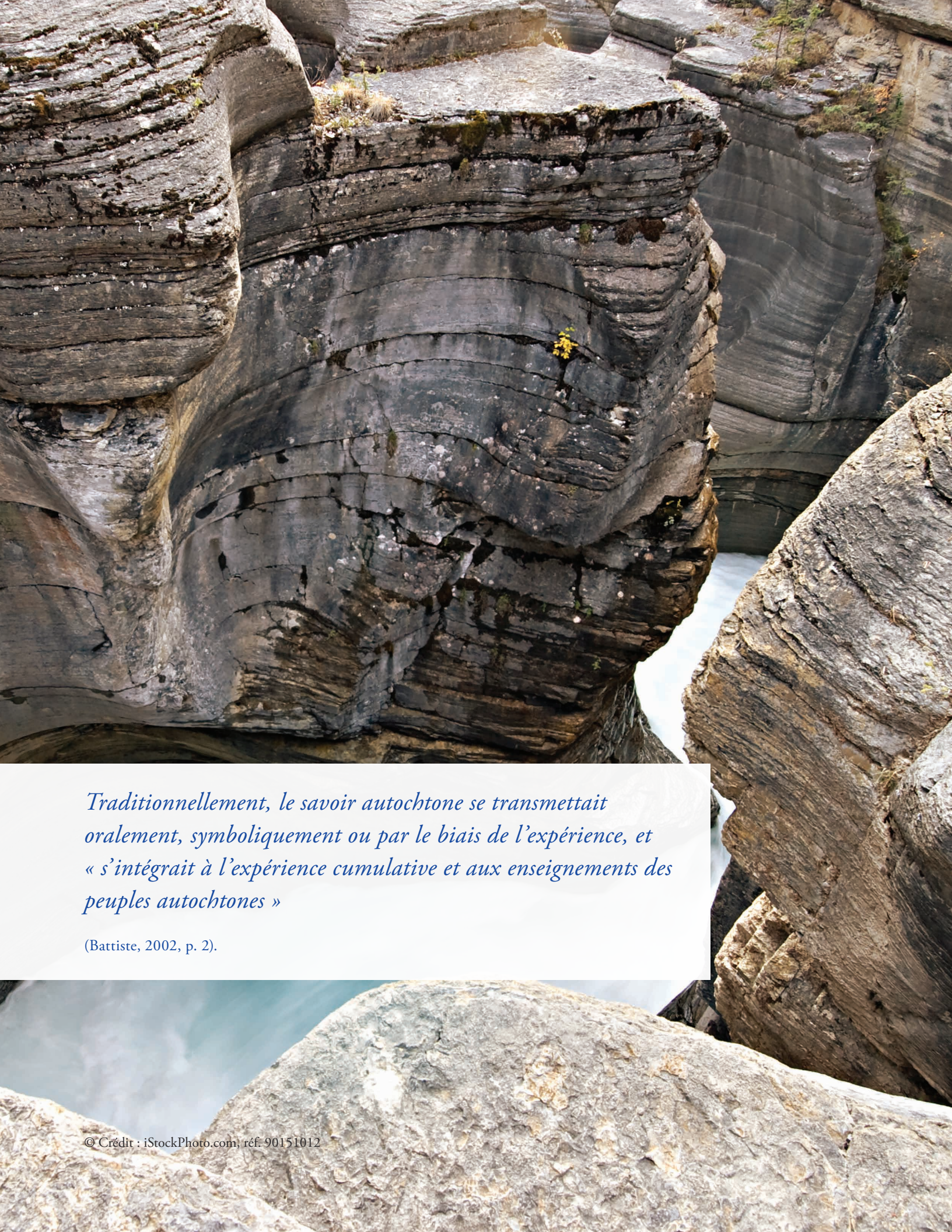
Les données qualitatives proviennent principalement d'entrevues effectuées auprès d'informateurs clés, à savoir huit professionnels de la santé autochtones repérés par les personnes-ressources du CCNSA. Médecins, étudiants, infirmiers et sages-femmes comptaient parmi ces participants. Les participants ont souligné qu'ils jouaient différents rôles en portant souvent plusieurs chapeaux dont celui de consultant, de fonctionnaire, d'enseignant (étudiants en médecine, membres de la communauté qui s'intéressent à la recherche), de coordonnateur de projet de recherche et de professionnel (en matière de soins de santé primaires, d'approche communautaire, d'intervention chirurgicale, de santé publique, etc.). Les entrevues duraient 50 minutes en moyenne. Elles ont été enregistrées à l'aide d'une méthode de transcription directe⁴, accompagnée de notes écrites au cours de l'entrevue. Ces transcriptions ont été acheminées aux participants par le biais de Hightail, un système de transfert

⁴ La transcription directe est le fait de saisir au clavier des notes d'entrevue que les participants ont ensuite l'occasion de revoir et de corriger.

de fichiers protégé par mot de passe, afin que les informateurs clés puissent vérifier l'exactitude de la transcription. On fera dorénavant référence aux personnes ayant participé aux entrevues effectuées par des informateurs clés comme des « participants aux entrevues ».

Cette étude a obtenu une approbation déontologique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique en décembre 2017 et respecte la politique des trois Conseils sur la recherche éthique visant les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada (l'IRSC, le CRSNG et le CRSH, 2014). Tous les participants ont été informés que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment. Ils ont aussi été informés que leurs réponses sont confidentielles et que leurs données seraient utilisées de façon agrégée. Les entrevues ont été transcrites, et les transcriptions ont été partagées avec les participants afin qu'ils puissent les valider et les réviser. Cette pratique honore la propriété des propos de chacun des participants, tout en renforçant la transparence du processus de collecte des données et en améliorant leur validité (First Nations Centre, 2007).





Traditionnellement, le savoir autochtone se transmettait oralement, symboliquement ou par le biais de l'expérience, et « s'intégrait à l'expérience cumulative et aux enseignements des peuples autochtones »

(Battiste, 2002, p. 2).

3.0 LA CONTEXTUALISATION DU SAVOIR AUTOCHTONE DANS LA PRATIQUE FACTUELLE

Les obstacles auxquels font face les professionnels de la santé en ce qui a trait à l'accès aux connaissances et aux données probantes occidentales, de même qu'à l'application de ces connaissances et de ces données probantes dans le cadre de leur propre pratique, sont bien étayés. Citons, entre autres, le manque de temps, de soutien organisationnel, de possibilités de perfectionnement professionnel et de ressources accessibles (Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009). Outre les obstacles que doivent surmonter tous les professionnels de la santé, les professionnels de la santé autochtones font face à des défis particuliers liés à l'accès et à l'application, au sein de leur pratique, des connaissances et des données probantes autochtones et occidentales. La recherche spécifique aux besoins des professionnels de la santé autochtones en matière de connaissances et de données probantes est insuffisante. La présente revue de la documentation se penche sur les écarts de connaissances des professionnels de la santé autochtones, et sur les obstacles auxquels ils font face pour avoir accès au savoir autochtone et l'appliquer à leur pratique.



3.1 Savoir autochtone et impact de la colonisation

Les peuples autochtones du Canada disposent de divers et nombreux systèmes de connaissances complexes sur lesquels les aînés et les gardiens du savoir veillaient traditionnellement et y faisaient appel pour façonner les soins de santé holistiques et le bien-être des communautés (Bartlett, Marshall, & Marshall, 2012; Ermine, Sinclair, & Browne, 2005; Obomsawin, 2007). Le savoir autochtone, spécifique à chaque communauté, a évolué et a pris forme au fil du temps dans un contexte socioculturel particulier, grâce aux expériences vécues, aux observations et à divers processus holistiques d'enquête et de résolution de problèmes (Battiste, 2002; Ellison, 2014; Martin Hill, 2003; Tagalik, 2018). Traditionnellement, le savoir autochtone se transmettait oralement, symboliquement ou par le biais de l'expérience, et « s'intégrait à l'expérience cumulative et aux enseignements des peuples autochtones » (Battiste, 2002, p. 2). Le savoir autochtone est intrinsèquement dynamique : « le respect de la diversité de la pensée [est] inhérent aux sciences et aux philosophies autochtones, dans la mesure où c'est ce qui permet

aux perspectives et aux expériences personnelles de s'adapter aux changements et aux fluctuations du monde » (Martin, 2012, p. 28).

Les connaissances occidentales, en revanche, se fondent sur le concept du positivisme qui met en valeur les connaissances issues d'un raisonnement empirique et d'enquêtes scientifiques, et qui présume qu'on ne peut découvrir qu'une seule vérité (Braun, Browne, Ka'opua, Kim, & Mokuau, 2014; Martin, 2012; University of Ottawa, 2009). Les preuves recueillies par tout autre moyen sont considérées comme « incertaines et idéologiques » (Martin, 2012, p. 25). Les politiques et les pratiques coloniales, telles que les systèmes de pensionnats, ont cherché à anéantir les connaissances autochtones (Battiste, 2002; Lucero, 2011; Martin Hill 2003). Cet impérialisme cognitif a privilégié les connaissances et les méthodologies occidentales au détriment d'autres genres de savoirs, et renforcé avec succès l'idée que les connaissances et méthodologies occidentales sont les plus légitimes (Battiste, 2002; Martin, 2012; Walker, Whitener, Trupin, & Migliarini, 2015). Conséquemment, le savoir autochtone est en grande partie absent de la recherche, des politiques et des pratiques canadiennes, parce que ses méthodologies ne



s'inscrivent pas dans le paradigme positiviste (Braun et al., 2014; Dunn, 2014; Martin, 2012).

La relation complexe qu'entretiennent les peuples autochtones avec la recherche est directement liée à la place privilégiée que l'on accorde aux connaissances occidentales par rapport au savoir autochtone. Bien que les peuples autochtones sont les populations faisant l'objet du plus grand nombre d'études dans le monde entier, c'est à travers un prisme occidental qu'on a le plus souvent mené la recherche; en outre, jusqu'à récemment, celle-ci a rarement bénéficié aux communautés autochtones (Braun et al., 2014; Chilisa, 2012; Estey, Kmetz, & Reading, 2008; Smith, 1999). Traditionnellement, on a mené la recherche sur les peuples autochtones sans faire appel à l'éthique, et les peuples autochtones « n'ont pas reçu de renseignements clairs au sujet des projets de recherche dont ils faisaient l'objet, ont été exclus des processus de recherche et ont été contraints par des agents du gouvernement et des universitaires de participer à des projets de recherche » (Marsh, Cote-Meek, Toulouse, Najavits, & Young, 2015, p. 2). Ces pratiques abusives de recherche ont entraîné la distorsion du savoir autochtone considéré à travers le prisme de l'Occident, et une

méfiance généralisée à l'égard de la recherche au sein des communautés autochtones (Marsh et al., 2015).

3.2 Les besoins en matière de connaissances autochtones dans le cadre de la médecine et de la pratique factuelles

La présente section traite des besoins en matière de connaissances autochtones telles qu'elles se rapportent aux soins de santé ainsi qu'à la médecine et à la pratique factuelles. En règle générale, il est nécessaire d'intensifier la recherche sur la médecine factuelle adaptée aux Autochtones afin de mieux intégrer les connaissances autochtones aux pratiques factuelles et de reconnaître que la santé autochtone doit s'articuler selon le contexte particulier de chaque personne autochtone. Il importe de souligner et de reconnaître que la recherche et les pratiques qui reposent uniquement sur une perspective occidentale sont limitées, dans la mesure où elles ne peuvent pas relever tous les défis complexes auxquels font face de nombreux peuples autochtones (Battiste, 2002; Martin, 2012).

À l'heure actuelle, les pratiques factuelles constituent « la méthode principale pour la mise en œuvre des connaissances dans le cadre des pratiques professionnelles » (Kirkham, Baumbusch, Schultz, & Anderson, 2007, p. 26). Les meilleures pratiques médicales sont établies à la fois par la voie de recherches empiriques, selon lesquelles les effets peuvent être observés, mesurés et mis à l'essai, et par le biais de l'expertise de professionnels expérimentés, dans le but d'améliorer l'efficacité réelle du traitement (Dunn, 2014; Kirkham et al, 2007). Idéalement, la pratique factuelle intègre tous les types de données probantes et de connaissances (MacDermid & Graham, 2009); cependant, l'une des limitations de la médecine factuelle, c'est que la recherche et la pratique s'effectuent principalement dans une optique occidentale, laquelle fait souvent fi du contexte, des traditions ou des connaissances autochtones (Jude, 2016; Kirkham et al., 2007).

La relation entre professionnels autochtones et pratique factuelle n'a pas été suffisamment étudiée. Cela dit, il est bien clair qu'il faut favoriser la médecine factuelle adaptée aux Autochtones, vu que les preuves provenant de sources dominantes « s'appliquent difficilement aux peuples autochtones » (Jude, 2016, p. 45). Par exemple, les essais contrôlés et randomisés sont reconnus comme le modèle d'excellence en matière d'évaluation des besoins en matière de santé, et ce, malgré le fait que les résultats ne peuvent souvent pas être généralisés au sein d'une plus grande population, et ne peuvent assurément pas être généralisés dans le contexte particulier de

chaque communauté autochtone (Ellison, 2014; Saini & Quinn, 2013). Étant donné que la médecine factuelle se base sur une vision du monde occidental, la capacité de comprendre et d'aborder la santé selon une perspective autochtone devient par le fait même limitée (Battiste, 2002). Les soins de santé doivent nécessairement adopter une approche plus holistique de la santé et du bien-être, axée sur l'efficacité plutôt que sur le rendement (Bartlett et al., 2012; Battiste, 2002; Gone, 2009; Ermine, 2000).

Parallèlement, il importe de reconnaître qu'à cause de la prépondérance du modèle occidental de soins de santé, les Autochtones pourraient se voir refuser les soins qui répondraient le mieux à leurs besoins en matière de santé et de bien-être (Lucero, 2011). Actuellement, les pratiques factuelles sont susceptibles de privilégier la recherche empirique découlant de méthodologies occidentales au grand détriment de celle qui s'appuie sur l'expertise et l'expérience, empêchant ainsi les professionnels autochtones d'utiliser les connaissances autochtones traditionnelles afin de prodiguer les meilleurs soins possible à leurs clients (Doane & Varcoe, 2008; Estabrooks, 1998; Kirkham et al., 2007; Lucero, 2011). L'hypothèse que la recherche empirique est plus valide que d'autres types de recherche néglige la valeur du savoir autochtone en matière de santé et de médecine, savoir qui est « le résultat d'essais et d'erreurs s'étalant sur plusieurs siècles et, dans certains cas, sur des millénaires » (Obomsawin, 2007, p. 8. Elle néglige également l'effet néfaste continu des politiques et des pratiques coloniales sur la santé et le bien-être autochtones, et le rôle prépondérant que joue le renouveau culturel en ce

qui concerne l'amélioration du bien-être mental, émotionnel, spirituel et physique des Autochtones (Fiedeldej-Van Dijk, et al., 2017; Hall et al., 2015; Rowan et al., 2014; Sasakamoose et al., 2017).

Il importe également de considérer la façon dont la recherche se construit, et la raison d'être des préjugés qui s'y intègrent et qui se perpétuent dans les méthodes de recherche dominantes (Smith, 1999). Afin de transformer le savoir autochtone en meilleures pratiques médicales, les méthodes de recherche doivent être décolonisées. La recherche doit nécessairement élargir ses définitions des données probantes, pour y inclure, par exemple, « les renseignements qui ont une pertinence locale, l'expérience et l'information à base culturelle, en plus de la recherche scientifique » (Davey et al., 2014, p. 317). Les connaissances des aînés et des gardiens du savoir devraient être considérées comme sources légitimes de données probantes (Ermine et al., 2005). En outre, il est nécessaire de légitimer les méthodologies de recherche autochtones, telles que l'apprentissage par expérience (Marsh et al., 2015), qui peut comprendre « l'apprentissage par l'observation et par la pratique » et « l'apprentissage par l'expérience authentique » (Battiste, 2002, p. 15). Selon Martin (2012), « le programme de recherche décolonisé requiert une réflexion poussée sur le rôle que joue la décolonisation dans l'articulation des connaissances autochtones à l'heure actuelle et sur la façon dont l'expérience de la colonisation a façonné les connaissances autochtones » (p.29). Il requiert également que l'on remédie aux déséquilibres fondamentaux en matière de pouvoir

colonial entre les connaissances autochtones et occidentales (Hall et al., 2015; Sasakamoose et al., 2017).

En dépit des similitudes liées à leur histoire commune pour ce qui est de la colonisation, les peuples autochtones doivent être considérés dans le contexte de leurs conditions culturelles, langagières, géographiques, politiques et sociales particulières (Battiste, 2002; Dunn, 2014; Estey et al., 2008). L'un des défis de la pratique factuelle, c'est que les données sur les Autochtones sont souvent agrégées, processus qui entraîne par le fait même la perte des points forts des communautés autochtones et des défis individuels auxquels elles sont confrontées (Braun et al., 2014). En outre, il se peut que les professionnels de la santé présument que leurs collègues autochtones sont capables d'appliquer les connaissances autochtones, malgré le fait que nombre d'Autochtones ont été déconnectés de leur culture et instruits dans les mêmes établissements que leurs pairs (Battiste, 2002). Il importe aussi de souligner les lacunes importantes dans la disponibilité et l'adéquation des données existantes en matière de santé, lacunes qui posent de multiples difficultés aux Autochtones quand vient le moment de mesurer les facteurs déterminants de la santé, l'accès aux services de santé et le fardeau de la maladie et des complications en matière de santé (Walker, Lovett, Kukutai, Jones, & Henry, 2017). Les Autochtones doivent exercer un contrôle sur les données sur la santé afin de pouvoir suivre de près les progrès liés aux indicateurs, répondre aux préoccupations concernant la cueillette des données, et s'assurer que les données peuvent mieux éclairer les politiques et les pratiques (Ibid.).



3.3 L'intégration des connaissances autochtones et occidentales au système des soins de santé

Le savoir autochtone a assuré la survie des peuples et des communautés autochtones pendant des siècles, et demeure essentiel à la santé et au bien-être des peuples autochtones (Gomes, Leon, & Brown, 2013; Greenwood, de Leeuw, & Lindsay, 2018). Afin de pouvoir offrir des soins optimaux à leurs clients autochtones, les professionnels de la santé doivent pouvoir chevaucher deux mondes et intégrer à leur pratique les savoirs et les données probantes autochtones et occidentaux, en fonction des préférences et des besoins du patient. On reconnaît de plus en plus la valeur de la connaissance autochtone et la nécessité de l'intégrer à la recherche, aux politiques et aux pratiques liées aux soins de santé. Cependant, nombre de défis entravent cette intégration (Battiste, 2002; Martin, 2012). La présente section traite des obstacles

à l'intégration des connaissances autochtones et occidentales au système de soins de santé, y compris le racisme épistémique et systémique, la peur de marchandiser le savoir autochtone, ainsi que le manque de temps et de ressources.

Le racisme épistémique, c'est-à-dire la domination d'une vision du monde au détriment d'une autre, continue de prévaloir au sein de la recherche en soins de santé et de la pratique relative aux soins de santé; par conséquent, on privilégie la biomédecine au détriment des méthodes autochtones de guérison (Matthews, 2017). Ce genre de racisme est important, dans la mesure où il (re)produit la croyance selon laquelle la culture occidentale est supérieure aux autres (Reading, 2013). La science occidentale a eu amplement de temps et de ressources pour étudier les populations autochtones et les représenter comme inférieures, primitives et déficientes (Reading, 2013). La dévalorisation continue des connaissances autochtones a empêché toute intégration interculturelle du savoir (Quinn, 2011).

Dans le contexte des soins de santé, le racisme épistémique se manifeste parallèlement au racisme systémique afin de s'assurer que le savoir biomédical occidental est perçu comme plus légitime, déterminant ainsi l'allocation des ressources plus restreinte des soins de santé. Lorsqu'on accorde l'autorisation de faire appel aux méthodes de guérison et aux traditions autochtones dans le cadre des systèmes de santé provinciaux ou fédéraux, celles-ci sont souvent reléguées à une position subordonnée par rapport aux soins de santé biomédicaux, affichant le statut de médecine douce ou complémentaire (Matthews, 2017). Cela a un impact concret à la fois sur les patients autochtones et sur les travailleurs œuvrant dans le domaine des soins de santé, plus précisément sur ceux que l'on considère comme dignes de respect, qui reçoivent une rémunération pour leur travail, et sur le tarif qu'ils touchent. Par exemple, il se peut qu'on affecte des ressources à des mises à niveau technologiques au lieu de les attribuer à la construction



d'une structure destinée à la guérison traditionnelle, tel qu'une hutte de sudation (Matthews, 2017). Les aînés et les guérisseurs traditionnels sont dévalorisés, ce qui peut mener à l'érosion culturelle continue des peuples autochtones.

En outre, la culture qui fait partie du milieu clinique et de la direction peut poser des obstacles quant à l'intégration du savoir traditionnel aux soins de santé (Brownson, Fielding, & Maylahn, 2009). Dans les centres de santé et les hôpitaux, des professionnels très instruits et autonomes gèrent habituellement les processus de base. Conséquemment, leurs « systèmes de croyances et de comportements sont profondément ancrés, ce qui peut entraver leur désir de modifier [leurs pratiques] » (Barwick, Peters, & Boydell, 2009, p. 19). Par exemple, il se peut que la direction n'apprécie pas le savoir autochtone, et qu'elle n'appuie pas son intégration à la pratique. Il se peut également qu'elle favorise une culture qui n'encourage ou ne soutienne pas

l'évolution de la pratique des membres du personnel. Certaines caractéristiques propres aux professionnels, aux décideurs, aux équipes soignantes, aux organisations et à la direction pourraient également poser des obstacles à la pratique factuelle (Grol & Wensing, 2004, p. S58). Dans le contexte de la santé publique, par exemple, « les décisions liées à l'intervention se basent souvent sur ce qu'on considère comme des occasions à court terme, où la planification systémique et l'examen des meilleures données probantes sur les approches efficaces font défaut » (Brownson et al., 2009, p. 180).

Dans le système des soins de santé, la peur de la mercantilisation des connaissances traditionnelles constitue un autre obstacle à la combinaison des savoirs autochtones et occidentaux (Martin Hill, 2003). La documentation du savoir traditionnel entraîne un risque d'appropriation culturelle et de manque de respect, dans la mesure où certaines traditions sont considérées comme sacrées

et ne devraient pas être mises à la disposition d'étrangers (Lucero, 2011). La documentation de pratiques traditionnelles à des fins de pratiques factuelles pourrait entraîner des violations au protocole. En enfreignant les protocoles et en partageant des savoirs sacrés, il se peut que les « cérémonies traditionnelles se transforment en commodités » et que s'ensuive l'érosion des valeurs et du savoir traditionnels (Martin Hill, 2003, p. 15). Les aînés et les gardiens du savoir traditionnel peuvent offrir une expertise et des connaissances précieuses qui peuvent aider les professionnels de la santé à fournir aux patients autochtones des soins holistiques et sûrs du point de vue culturel. Il est important d'observer les protocoles dans le cadre d'une cérémonie, afin de faire preuve de respect à l'égard de ceux qui partagent leurs connaissances et de mettre en valeur leur savoir (Federation of Saskatchewan Indian Nations, n.d.).

En outre, nombre d'obstacles liés à la combinaison des pratiques factuelles autochtones et occidentales sont spécifiques

aux professionnels de la santé. Hutchinson et Johnston (2004) soulignent des enjeux importants se rapportant à la question du temps. Par exemple, il se peut que, faute de temps, les professionnels de la santé ne lisent pas au sujet des recherches et ne mettent pas en pratique de nouvelles données probantes. Selon Armstrong, Waters, Crockett et Keleher (2007), certains professionnels de la santé n'ont pas les compétences nécessaires pour mettre en pratique les données probantes, ou ont de la difficulté à interpréter le jargon des rapports de recherche. Par ailleurs, les professionnels de la santé pourraient douter de leur capacité à mettre en œuvre des changements (Grol & Wensing, 2004). Pour ce qui est de la volonté, il se peut que le personnel et les professionnels de la santé ne constatent pas la pertinence d'appliquer les nouvelles données probantes à leur pratique, en raison surtout des coûts prohibitifs et du temps que cela exige (Armstrong et al., 2007). En outre, certains professionnels de la santé, notamment les infirmières, peuvent ne pas avoir l'autorité nécessaire pour mettre en œuvre des changements, ou encore n'ont pas le droit de le faire (Hutchinson & Johnston, 2004). Le manque de données sur l'évaluation et le doute lié à la capacité de transférer les données probantes à un contexte particulier pourrait également influencer sur la volonté de lire et d'appliquer de nouvelles pratiques (Armstrong et al., 2007;

Hutchinson & Johnston, 2004). De plus, l'historique négatif de la recherche *à l'égard* des peuples autochtones, de même que les nombreux exemples de consignes visant à répondre aux problèmes de santé particuliers⁵, ont engendré un climat de méfiance à l'égard de la recherche et une certaine résistance à l'imposition clinique de la médecine occidentale au sein de certains milieux de santé autochtone, plus particulièrement au sein de la communauté (Smith, 1999). Une telle résistance possible à l'égard de la pratique factuelle constitue un obstacle considérable à la recherche (Davey et al., 2014). Enfin, les lacunes en matière de compréhension et de meilleures pratiques permettant de réellement appliquer les connaissances traditionnelles au système actuel persistent (Institute of Health Economics, 2011). Certains types de connaissances autochtones

peuvent s'y intégrer plus facilement que d'autres. Il existe peu ou pas du tout de recherche sur la médecine traditionnelle, ce qui peut entraver son intégration à la pratique. Si des lacunes dans la recherche et le savoir continuent de constituer des obstacles à l'intégration des connaissances autochtones à la pratique, il reste qu'on reconnaît que si l'on veut apporter des changements au système de santé canadien et progresser vers la réconciliation, il est essentiel d'intégrer les systèmes de connaissances autochtones et occidentales à la pratique. Cela va de pair avec les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (de 2015), lesquels stimulent une recherche plus approfondie des meilleures pratiques qu'il faut adopter pour passer à l'action (Chatwood et al., 2015; Hall et al., 2015; Saskamoose et al., 2017).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 482862276

⁵ Par exemple, on a retiré de leur domicile et de leur communauté des Autochtones soupçonnés de souffrir de tuberculose et on les a placés dans un sanatorium « étranger » situé dans une région méridionale. La politique derrière cette pratique a contribué à la peur et au mépris des peuples autochtones à l'égard des systèmes de santé conventionnels. Il s'agit là d'un obstacle considérable à la prise en charge de la tuberculose, une crise dont sont atteintes plusieurs communautés autochtones (Halseth & Odulaja, 2018).

...l'espace éthique permet de reconnaître les différences entre les visions du monde et de trouver de moyens de les concilier en fonction de mesures qui sont bien adaptées à la culture.



3.4 Les méthodologies autochtones et les pratiques éclairées

De nombreuses méthodologies autochtones sont susceptibles d'ouvrir la voie à la combinaison de connaissances autochtones et occidentales dans le système de soins de santé, y compris le concept de l'espace éthique, l'approche à deux yeux (etuaptmumk⁶) et la perspective multidisciplinaire. Parmi les pratiques éclairées utiles à considérer dans le cadre de la recherche sur la pratique factuelle autochtone et la fusion des deux systèmes de connaissances figurent le respect du savoir autochtone, la recherche de conseils auprès des aînés et le recours aux méthodologies autochtones. Le thème sous-jacent de cette section, c'est la nécessité de considérer avec respect les Autochtones, ainsi que leurs connaissances, et de créer des partenariats avec eux en vue de développer des politiques et des pratiques en matière de santé qui soient efficaces pour les communautés autochtones.

Méthodologies autochtones

Espace éthique :

Martin Hill (2003) souligne la nécessité de créer un espace où les professionnels de la santé occidentaux et autochtones peuvent apprendre de façon collaborative. Dans le domaine de la santé, on « reconnaît de plus en plus la nécessité de favoriser un « échange de renseignements multidirectionnel » permettant le partage de connaissances entre chercheurs, praticiens et décideurs » (Armstrong et al., 2007, p. 255). Le concept de l'espace éthique pourrait fournir un cadre utile au dialogue portant sur les forces et les différences qui caractérisent les connaissances autochtones et occidentales, et promouvoir l'apprentissage mutuel des praticiens. Le concept de l'espace éthique se définit comme une « zone neutre entre personnes ou entre cultures, » où le dialogue peut s'amorcer (Ermine, 2007, p. 202). Dans cet espace neutre, un monde n'est pas dilué dans un autre; au contraire, il s'ancre dans « l'affirmation de la diversité humaine qu'engendrent

les différences philosophiques et culturelles » (Ermine, 2007, p. 202). L'espace éthique favorise un environnement où les praticiens de la médecine occidentale et autochtone peuvent, d'égal à égal, vivre et discuter ensemble de sujets qui influencent l'impact de la santé holistique et du bien-être des peuples autochtones (Ermine, 2007).

Comme le souligne Sasakamoose et ses collègues (2017), l'espace éthique permet de reconnaître les différences entre les visions du monde et de trouver de moyens de les concilier en fonction de mesures qui sont bien adaptées à la culture. Dans cette optique, il importe de considérer l'espace éthique comme un « espace sacré » où tous ceux qui s'y trouvent s'engagent à travailler à l'amélioration de la santé et au bien-être des peuples autochtones, et ce, en acceptant « l'orientation métaphysique qui découle d'interactions d'ordre spirituel » (Ibid., p. 8). Il en est ainsi parce que les peuples autochtones considèrent la spiritualité comme le point d'accès aux composantes mentales, physiques

⁶ Le terme « etuaptmumk » signifie en mi'kmaw « l'approche à deux yeux », soit un principe directeur qui réunit les connaissances autochtones et occidentales. Il fera l'objet d'une plus grande discussion ci-dessous (Bartlett et al., 2012).

et émotionnelles de la santé. À ce titre, les cérémonies et la prière sont considérées comme essentielles à la maîtrise des émotions négatives et au progrès de la guérison et de la réconciliation (Sasakamoose, Scerbe, Wenaus, & Scandrett, 2016).

Etuaptmumk/l'approche à deux yeux :

Bien que la documentation portant sur la recherche factuelle ne traite toujours pas du concept de l'« etuaptmumk », ou l'approche à deux yeux, il s'agit là d'une perspective précieuse qu'il importe de considérer (Hovey, Delormier, McComber, Levesque, & Martin, 2017, p. 1278). C'est l'aîné mi'kmaw Albert Marshall qui a inventé le terme « approche à deux yeux »; on peut y faire appel pour faciliter la création de passerelles entre les connaissances autochtones et occidentales. Selon Marshall, l'approche à deux yeux se définit comme « le don de pouvoir discerner de multiples perspectives que chérissent de nombreux peuples autochtones ». Il explique que cette approche permet de garder un œil sur les forces du savoir occidental, et l'autre sur le savoir autochtone, puis de percevoir attentivement des deux yeux ce dont il est question au profit de tous (Bartlett et al., 2012, p. 335). Cette approche place ces deux perspectives sur un plan d'égalité. Au lieu de « favoriser l'intégration ou la combinaison de diverses perspectives, elle met en valeur leurs différences et leurs contradictions, » esquissant ainsi un tableau plus complet du monde (Martin, 2012, p. 31). L'approche à deux yeux permet également soit de trouver un



juste équilibre entre les sciences occidentales et autochtones, soit de choisir consciemment l'une ou l'autre optique en fonction des circonstances (Bartlett, Marshall, Marshall, & Iwama, 2015; Saskamoose et al., 2017).

Afin d'en assurer le succès, les praticiens doivent d'abord reconnaître la valeur de chaque vision du monde, et « entamer ensemble un parcours d'apprentissage mutuel » (Bartlett et al., 2012, p.331). Cette approche requiert aussi qu'on se livre à la réflexion, qu'on remette continuellement en question nos croyances et nos présomptions bien ancrées face à de nouvelles idées et à de nouvelles expériences et qu'on incorpore non seulement les dimensions physiques et sociales, mais aussi les dimensions spirituelles et émotionnelles de l'entendement humain. S'ensuit nécessairement une remise en question des structures qui perpétuent les enjeux faisant objet de la recherche

(Martin, 2012). Toutefois, lorsqu'il fait appel à l'etuaptmumk dans le cadre de sa recherche, le chercheur doit articuler bien clairement sa position, puisque celle-ci influencera son interprétation du succès et des défis liés à sa recherche (Rowett, 2018). L'approche à deux yeux peut constituer un moyen efficace de traiter des pratiques factuelles, tant autochtones qu'occidentales, dans le contexte des soins de santé, et peut aussi s'avérer une mesure efficace de répondre aux partis pris professionnels qui influencent la prestation des soins de santé aux peuples autochtones (Hovey et al., 2017; Marsh et al., 2015).

Multiscience :

Si l'approche à deux yeux est le modèle dominant, il reste que d'autres concepts peuvent être utiles à l'intégration des connaissances autochtones et occidentales. Dans un contexte scientifique, Ogawa (1995) propose l'idée de la multiscience au lieu du multiculturalisme de la science.



Bien que le multiculturalisme soit accepté dans le domaine de l'éducation, la science occidentale y occupe toujours une place privilégiée. En adoptant une perspective de multiscience, la science moderne occidentale peut alors être perçue comme l'une des nombreuses sciences (Ogawa, 1995, p. 584). La perspective multiscience tient compte non seulement de la science occidentale (soit une perception collective de la réalité largement acceptée par la communauté scientifique), mais aussi de la science communautaire (une perception collective de la réalité que partage une communauté donnée) et de la science personnelle (la perception unique de la réalité selon l'individu) (Ogawa, 1995). Selon ce concept, les différentes perspectives scientifiques ne doivent pas forcément être pondérées de manière égale, mais elles doivent toutes être respectées (Ogawa, 1995). Ce concept peut être considéré

comme l'une des méthodes permettant d'intégrer les pratiques factuelles aux établissements d'enseignement médical.

Les pratiques de recherche éclairées

Il importe de tenir compte de nombreuses considérations dans le cadre de la recherche sur les recherches factuelles autochtones et sur la combinaison de connaissances autochtones et occidentales dans le contexte des pratiques de santé. Vu l'historique de la relation entre les peuples autochtones et la recherche, tout type de recherche qui touche les peuples autochtones et le savoir autochtone doit être mené en fonction de quatre éléments importants : le respect, la pertinence, la réciprocité et la responsabilité (Kirkness & Barnhardt, 1991). Le savoir autochtone fait partie intégrante de la santé et du bien-être des peuples

autochtones et doit être considéré comme tout aussi valable que les connaissances autochtones (Gomes et al., 2013; Martin, 2012). Les aînés, en tant que « gardiens du savoir, des connaissances et de l'histoire des peuples autochtones », doivent faire partie de la recherche autochtone (Marsh et al., 2015, p. 5) et offrir un encadrement pour toutes les démarches visant à unir les systèmes de connaissances autochtones et occidentaux (Gomes et al., 2013). Enfin, l'emploi des méthodologies de recherche décolonisantes est un facteur important à adopter dans le cadre de la recherche autochtone (Hall et al., 2015; Kovach, 2010; Lucero, 2011; Sasakamoose et al., 2017; Wilson, 2008). La recherche et le partage des connaissances devraient être « menées, conçues, maîtrisées et signalées » par des Autochtones (Braun et al., p. 124), et le processus de recherche devrait intégrer les « perceptions, émotions et expériences des peuples autochtones en ce qui a trait à la nature, à la culture et à l'esprit » (Marsh et al., 2015, p. 3). En outre, les chercheurs doivent réfléchir à l'interprétation des connaissances autochtones et occidentales, et à la façon dont les structures continuent de perpétuer des partis pris allant à l'encontre du savoir autochtone (Ermine et al., 2005; Martin, 2012).





4.0 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

La présente section résume les résultats du sondage en ligne et des entrevues d'informateurs clés, qui avaient pour but de recueillir les commentaires de professionnels de la santé autochtones par rapport à la combinaison de connaissances traditionnelles et occidentales dans le contexte des soins de santé. Plus particulièrement, on a demandé aux participants de faire connaître leurs perceptions à l'égard de ce qui constitue une donnée probante, de noter la façon dont ils accèdent au savoir traditionnel et occidental, et de relever des lacunes dans le savoir, ainsi que les données probantes, les obstacles, les mesures de soutien et les pratiques éclairées en ce qui concerne la combinaison de systèmes de connaissances occidentaux et autochtones.

4.1 Les pratiques basées sur des preuves

La présente section définit ce qui constitue une donnée probante dans le contexte des soins de santé et souligne la perception des professionnels de la santé à l'égard des pratiques factuelles. Les données obtenues dans le cadre de cette section proviennent des entrevues menées auprès des informateurs clés.

Les participants aux entrevues ont convenu que les pratiques factuelles autochtones (n=5) et occidentales (n=5) constituent

des données probantes, mais ont affirmé que le système des soins de santé considère les pratiques factuelles occidentales comme étant supérieures aux pratiques factuelles autochtones. Par exemple, les participants aux entrevues ont déclaré que dans le secteur de la santé publique, les données probantes se définissent à partir de méthodologies de recherche et de diffusion occidentales, telles que les essais contrôlés randomisés, les statistiques relatives à la population et les résultats publiés. Toutefois, ils ont également noté que les méthodologies de recherche autochtones, y compris l'apprentissage par l'expérience, la narration de récits et l'apprentissage effectué auprès des aînés et au sein des communautés constituent des données probantes dans le secteur de la santé publique. Un des participants a souligné qu'il est important de mettre les systèmes de connaissances autochtones et occidentaux sur le même plan lorsqu'on travaille avec les deux.

On doit s'assurer de ne pas subordonner le savoir autochtone par rapport au savoir occidental. On doit considérer la façon dont on recueille les données probantes, et s'assurer qu'elles concordent avec les philosophies des gens avec qui on travaille ou avec la circonstance qui s'impose. Plus particulièrement, si l'on explore les notions de recherche liées à la cérémonie ou vice-versa, ou encore une intervention menant

au bien-être qui se rapporte à la guérison axée sur la terre, le recours aux échelles de Likert se semble pas approprié. Il nous faut arriver à comprendre ce qui s'est passé en nous informant auprès des gens qui travaillent dans le milieu, traduire cette connaissance et la décortiquer de manière à ce que les systèmes occidentaux puissent appréhender la réalité.

On a demandé aux personnes qui participaient aux entrevues de définir les « pratiques factuelles ». La plupart d'entre elles ont affirmé que les pratiques factuelles sont en fait des moyens éprouvés par le temps pour recueillir des données probantes (n = 5) et ont notamment souligné la composante spirituelle du recours aux connaissances autochtones. Plusieurs participants aux entrevues ont constaté que la pratique factuelle s'inspire à la fois des connaissances autochtones et occidentales. Les participants aux entrevues ont affirmé qu'une approche qui se penche uniquement sur la médecine occidentale dans le système d'éducation médicale est contraignante, et que ceux qui déterminent les normes définissant une « donnée probante » sont souvent déconnectés des communautés. L'un des participants a souligné qu'il n'est pas facile de lier toutes les pratiques à des données probantes qui découlent de la recherche, vu que de nombreuses pratiques sont empreintes de « bon sens ».

La médecine et la science sont des domaines d'études récents, et le savoir autochtone appartient à des systèmes de connaissances beaucoup plus anciens qui traitent de facteurs plus difficiles et intangibles, tels que la santé spirituelle et le bien-être. Dans de nombreux cas, il faut considérer l'expérience vécue de la personne, ainsi que le point de vue des aînés, des gardiens du savoir et des guérisseurs.

Je ne minimise pas notre savoir, mais quand je rentre chez moi et que j'écoute les gens qui s'expriment librement, ce qu'ils disent m'émerveille. Ils ont des données probantes.

Lorsqu'on leur a demandé en quoi leur définition de « pratique factuelle » diffère de celle de leurs collègues, les participants aux entrevues ont affirmé que les connaissances occidentales sont considérées comme supérieures au savoir autochtone au sein du système des soins de santé. Parallèlement, les participants aux entrevues ont fait connaître leur frustration face à la nécessité de légitimer les moyens traditionnels de recueillir des données probantes et la tendance à ne pas valoriser les connaissances autochtones dans le système médical conventionnel. De nombreux participants aux entrevues ont constaté qu'en tant que professionnels de la santé autochtones, ils valorisent davantage les données probantes de nature anecdotique que partagent leurs patients et d'autres gardiens du savoir que leurs collègues non autochtones.

Je crois qu'en tant que médecin autochtone, je comprends davantage l'individu et son besoin d'autonomie et d'autodétermination, et valorise

l'apport de différents aspects de la santé et du bien-être.

Les données probantes sont basées en partie sur les données probantes de nature non autochtone qui font l'objet d'un privilège. L'idée que les données probantes occidentales sont supérieures aux données probantes autochtones, que le savoir autochtone est secondaire, qu'il occupe un rôle de second plan dans le cadre des démarches, des recommandations et des interventions, est fondée sur des présomptions. Les données probantes ne constituent pas un fait scientifique; elles sont plutôt le résultat d'une interaction privilégiée entre les peuples et les professionnels de la santé. Les données probantes ne sont pas un objet; elles sont un processus.

4.2 L'accès aux connaissances traditionnelles et occidentales

On constate des différences entre la façon dont les connaissances autochtones et occidentales, et les données probantes qui s'y rattachent sont présentées et acquises. La présente section se propose de déterminer les formats et les lieux que privilégient les professionnels de la santé face à l'accès du savoir autochtone et occidental. Les participants au sondage ont indiqué que les moyens qu'ils utilisent pour accéder au savoir autochtone et occidental se ressemblent; toutefois, ils ont tendance à faire appel à des méthodes d'accès du savoir traditionnel plus diversifiées, et préfèrent y accéder selon des méthodes plus personnelles. Les données dans cette section ont été recueillies par l'entremise du sondage en ligne.

On a demandé aux participants au sondage quel était leur format

privilégié en ce qui concerne l'accès aux connaissances et aux données probantes occidentales, et comment ils y accédaient. Ils ont indiqué que l'Internet (n = 18) et la documentation publiée (n = 17), telle que les articles de périodiques, les livres et autres ouvrages académiques étaient leur format privilégié d'accéder aux connaissances et aux données probantes occidentales. Les participants au sondage ont mentionné à plusieurs reprises que les conférences (n = 7) et les possibilités de formation (n = 5) telles que les ateliers et les séminaires étaient leur format privilégié d'accéder au savoir occidental. La majorité des participants au sondage ont déclaré qu'ils consultent l'Internet (n = 21), la documentation publiée (n = 13) ou les bases de données (n = 12) telles que PubMed afin d'accéder au savoir et aux données probantes occidentales. Les participants au sondage ont également souligné qu'ils accèdent aux connaissances et aux données probantes occidentales par le biais de certains endroits et moyens en particulier, à savoir :

- Universités
- Congrès
- Entraînement
- Lieu de travail
- Bibliothèques
- Conversations
- Documentaires
- Courriels
- Radio
- Baladodiffusions

On a demandé aux participants au sondage quel était leur format privilégié en ce qui concerne l'accès aux connaissances et aux données probantes traditionnelles, et où ils y accédaient. Les aînés et les gardiens du savoir constituaient le

format préféré le plus fréquemment mentionné en tant que format privilégié (n = 11) et point d'accès (n = 18) aux connaissances et aux données probantes traditionnelles. Nombre de participants au sondage ont indiqué qu'ils préféreraient accéder aux connaissances et aux données probantes traditionnelles par le biais de moyens plus personnels, tels

que la conversation et la narration de récits (n = 12) (par exemple, en parlant à des gens de leur expérience vécue) et ont mentionné la communauté (n = 12) comme point d'accès. Plusieurs participants au sondage ont aussi mentionné l'Internet comme format privilégié (n = 9) (par exemple, webinaires, sites Web, twitter) pour accéder

aux connaissances et aux données probantes traditionnelles et comme point d'accès (n = 12). Les participants ont souligné les formats et les points d'accès privilégiés suivants en ce qui concerne les connaissances et les données probantes traditionnelles :



Formats privilégiés permettant d'accéder aux connaissances	Points d'accès aux connaissances
• Aînés et gardiens du savoir • Conversation et narration de récits • Internet (webinaires, sites Web, twitter, etc.) • Recherche (analyses bibliographiques, analyse des données, etc.) • Littérature publiée (articles de périodiques, livres, etc.) • Organisations autochtones • Congrès • Entraînement (ateliers, séminaires, etc.) • Cérémonies et rassemblements traditionnels • De la communauté • Connaissances expérientielles • Par l'entremise de relations • Radio et baladodiffusions • Documentaires	• Aînés et gardiens du savoir • De la communauté • Internet • Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) • Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) • Agence de la santé publique du Canada (ASPC) • Articles savants • Recherche scientifique • Chercheurs autochtones • Collègues • Conversations • Narration des récits • Cérémonies • Rassemblements traditionnels • Congrès • Musées

4.3 Savoir traditionnel dans la pratique relative aux soins de santé

Les professionnels de la santé autochtone doivent souvent chevaucher deux mondes afin de mieux desservir leurs clients autochtones. La présente section cherche à comprendre dans quelle mesure les professionnels de la santé autochtones utilisent le savoir traditionnel dans leur pratique en matière de soins de santé, et quels types de connaissances traditionnelles ils sont susceptibles d'y intégrer. La majorité des participants ont affirmé avoir utilisé des connaissances traditionnelles dans leur pratique. Les données obtenues dans le cadre de cette section proviennent à la fois des entrevues menées auprès des informateurs clés et des sondages en ligne.

On a demandé aux participants au sondage s'ils utilisaient actuellement les connaissances traditionnelles dans leur pratique en matière de santé, et comment ils le faisaient. Parmi ceux qui ont répondu à cette question, la majorité des participants au sondage ont indiqué qu'ils utilisaient le savoir traditionnel dans leur pratique en matière de santé (n = 25). Certains participants ont expliqué leur réponse en y ajoutant des précisions telles qu'« à la demande du patient » et « moins que je l'aurais souhaité ». Seulement deux participants au sondage ont indiqué qu'ils n'utilisaient actuellement pas de savoir traditionnel dans leur pratique en matière de santé.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 185085471

Lorsqu'on leur a demandé de donner davantage de précisions sur la façon dont ils utilisent le savoir traditionnel dans leur pratique, les participants au sondage ont affirmé qu'ils partageaient des connaissances et qu'ils écoutaient (n = 12) leurs clients, les membres de la famille ou de la communauté et leurs collègues, et qu'ils intégraient des enseignements traditionnels (n = 12), tels que les sept enseignements sacrés et la roue médicinale, à leur pratique. Plusieurs participants au sondage ont également déclaré qu'ils intégraient de la médecine ou des cérémonies traditionnelles dans leur pratique, alors que plusieurs autres participants ont affirmé qu'ils appuyaient la culture et la compétence culturelle dans le cadre de leur pratique. Les participants au sondage ont noté d'autres moyens d'utiliser le savoir traditionnel dans le cadre de leur pratique, y compris le recours aux aliments traditionnels, la prière, le respect des protocoles traditionnels, la mobilisation des aînés et de la communauté et l'adoption d'une perspective holistique.

On a demandé aux participants à l'entrevue de décrire dans quelle mesure ils intègrent le savoir

traditionnel dans leur pratique. Plusieurs d'entre eux ont constaté qu'ils adoptent une approche holistique des soins de santé. Les participants à l'entrevue ont également mentionné qu'ils intègrent les connaissances autochtones à leur pratique en résistant au colonialisme et à l'oppression systémique qui caractérisent le système des soins de santé, et en étant soucieux de créer un milieu accueillant pour les patients autochtones. L'un des participants a noté que ses connaissances traditionnelles ont en grande partie disparu à cause des impacts du colonialisme, et qu'il a dû, par conséquent, acquérir des connaissances autochtones auprès d'autres Premières Nations.

En tant qu'Autochtone, on ne peut pas se séparer du savoir. On ne peut pas se séparer de la pratique.

J'ai reçu une formation de médecin occidental. Ma famille n'est pas traditionnelle. Ainsi, j'ai recueilli mes connaissances chemin faisant. J'y ai fait appel pour mieux comprendre la situation des enfants, que ce soit des problèmes de comportement, de santé mentale, etc.

4.4 Les connaissances et les besoins en matière de données probantes des professionnels de la santé autochtones

Les professionnels de la santé autochtones ont des besoins uniques en matière de connaissances et de données probantes. La présente section traite de ces besoins, des tensions qui existent entre le savoir occidental et autochtone et de la combinaison des deux systèmes de connaissances dans leur pratique.

On a demandé aux participants au sondage de relever les connaissances et les données probantes traditionnelles et occidentales qui leur faisaient défaut, ou lesquelles selon eux étaient nécessaires dans le cadre de leur pratique. Lorsqu'on leur a demandé quelles connaissances ou

données probantes liées au système occidental leur faisaient défaut ou qu'ils croyaient nécessaires à leur pratique, ils ont le plus fréquemment mentionné le besoin d'avoir davantage de données ou de recherches ($n = 6$) dans des domaines tels que l'emploi de la médecine traditionnelle, la combinaison de la médecine autochtone et occidentale dans la pratique des soins de santé et la recherche spécifique aux peuples autochtones. La deuxième réponse la plus fréquemment obtenue était qu'il n'y avait pas de connaissances ou de données probantes occidentales qui faisaient défaut dans leur pratique actuelle ($n = 4$).

Lorsqu'on leur a demandé quelles connaissances et données probantes traditionnelles faisaient défaut, ou lesquelles ils croyaient nécessiter dans leur pratique actuelle, les participants au sondage ont souligné le plus fréquemment la nécessité d'un appui accru pour

le recours aux connaissances traditionnelles ($n = 5$) et d'un meilleur accès ($n = 5$) à cet égard. Les participants au sondage ont affirmé qu'ils aimeraient se voir offrir davantage de possibilités de recherche et de formation liées à la médecine traditionnelle. Parmi les domaines particuliers de la recherche que les participants au sondage ont cités, on compte l'application des connaissances autochtones au contexte médical et la recherche sur les indicateurs du bien-être. Les participants au sondage ont également souligné la nécessité de présenter les pratiques exemplaires en ce qui concerne la combinaison des systèmes de connaissances traditionnels et occidentaux afin de s'assurer qu'un système ne mine pas l'autre. Parmi les autres domaines où ils ont mentionné un manque de connaissances et de données probantes dans la pratique actuelle, on compte :



© Crédir : iStockPhoto.com, réf. 175174497

- La mobilisation des aînés
- L'accès aux connaissances traditionnelles particulières aux peuples autochtones locaux
- Comment fusionner les systèmes de connaissances occidentaux et autochtones
- Le soutien relatif à l'emploi de la médecine traditionnelle
- Les cérémonies
- Les compétences culturelles et la formation en matière de sécurité

En plus de relever les lacunes présentes dans les connaissances ou dans la recherche, les participants au sondage ont mentionné qu'il était nécessaire que les professionnels de la santé utilisent davantage de méthodologies décolonisées, et de mieux intégrer les connaissances autochtones et occidentales au système de soins de santé. Les participants au sondage ont souligné qu'il faut davantage de recherche menée par des Autochtones et effectuée en fonction d'une approche axée sur les forces et respectueuse de la culture. Ils ont également ciblé la nécessité de diriger davantage d'activités de plaidoyer afin de mieux intégrer les connaissances autochtones au système de santé, d'améliorer la sécurité culturelle dans le contexte des soins de santé, d'encourager les professionnels de la santé à considérer l'intersectionnalité dans leur pratique, et de faire en sorte que plus d'étudiants en médecine reçoivent une formation au sein de communautés autochtones.

Il y a 20 ans, nous utilisions les connaissances conventionnelles et les données probantes. Chemin faisant, nous avons adopté le savoir traditionnel lorsque cela est possible. Pour nous, il est important que nos clients aient le choix.

On a demandé aux participants aux entrevues de nommer les tensions qui devraient faire l'objet d'une réconciliation entre les connaissances occidentales et les connaissances autochtones afin d'alimenter leur pratique en soins de santé. Les participants aux entrevues ont mentionné le plus souvent qu'il était nécessaire d'appuyer les décideurs en ce qui concerne la valorisation du savoir autochtone dans le système des soins de santé, y compris le système d'enseignement de la médecine. Ils ont également mentionné qu'il est nécessaire de mener davantage de recherches sur les approches traditionnelles de soins de santé, d'accroître la quantité de professionnels de la santé autochtones, de favoriser la participation des patients dans la prise de décisions et d'aborder les attitudes qui continuent de délégitimer la valeur du savoir autochtone.



Il est vraiment très utile de faire en sorte que les personnes favorables à ces pratiques puissent travailler côte à côte. Il serait bon de recevoir l'appui du leadership en la matière, afin de lutter contre l'impression d'être isolé et de faire cavalier seul dans la défense de cette idée. Il faut aussi envisager davantage d'espace et de temps. Ce qui signifie qu'il faut tisser des relations avec les gardiens du savoir traditionnels, les aînés, les conseillers spirituels et s'assurer que ceux-ci ont du soutien et sont rémunérés. Il faut donc également l'appui du leadership, car tout en dépend.

On a demandé aux participants au sondage s'ils avaient l'impression que les connaissances traditionnelles et occidentales pouvaient être combinées ou appliquées conjointement dans le cadre de leur pratique. Parmi les participants au sondage qui ont répondu à cette question, la majorité d'entre eux ont indiqué que les deux systèmes de connaissances pouvaient être combinés ou appliqués conjointement (n = 25), tandis que seuls cinq participants au sondage ont indiqué que c'était impossible. Lorsqu'on leur a demandé de préciser ce qui a motivé leur réponse dans un sens ou dans l'autre, les participants au sondage ont mentionné le plus souvent que la pratique des soins de santé serait renforcée si l'on combinait les deux systèmes (n = 6). Certains participants ont indiqué qu'ils s'attendent à ce que le système médical se transforme

au fil du temps et qu'il combine ces deux systèmes de connaissances. Cependant, plusieurs participants ont constaté qu'il faudrait répondre à nombre de besoins avant qu'on puisse observer ce résultat. Ils ont noté qu'avant de pouvoir combiner efficacement les connaissances occidentales et traditionnelles, il faudrait, par exemple, favoriser la prise en charge des soins de santé par les Autochtones, augmenter le respect à l'égard du savoir autochtone et la sensibilité culturelle, et établir les meilleures pratiques en vue d'intégrer les deux systèmes des connaissances.

Il importe de noter que les approches occidentales ont tendance à exister dans le cadre de ce qu'on appelle, sur le plan culturel, la médecine de la souris. Cette approche se penche attentivement sur le niveau micro de la conscience, alors que l'approche autochtone a tendance à se centrer davantage sur le niveau macro d'où l'approche de la médecine de l'aigle. On voit l'ensemble au détriment des éléments.

Les gens avec qui je travaille mènent une double vie : ils sont Autochtones, mais ils vivent dans une culture occidentale. Plusieurs d'entre eux ne cachent pas les sentiments contradictoires qui les habitent tout en essayant trouver un juste milieu entre ces mondes. L'emploi d'éléments des deux mondes dans un processus thérapeutique peut les aider à naviguer et à établir des ponts entre ces deux mondes.

4.5 Les obstacles et les mesures de soutien liés à la combinaison des connaissances autochtones et occidentales dans la pratique des soins de santé

La présente section a pour but d'accroître la compréhension des obstacles et des mesures de soutien qui sont liés à la combinaison des connaissances autochtones et occidentales dans la pratique des soins de santé. Plus particulièrement, elle s'inspire de données provenant d'entrevues menées auprès d'informateurs clés qui portent sur l'influence éventuelle de leur milieu de travail sur l'utilisation des connaissances autochtones et sur la nature des obstacles et des mesures de soutien suscités dans le contexte de la combinaison des deux systèmes de connaissances. Les données révèlent que leur milieu de travail influence la façon dont ils utilisent les données factuelles, servant soit d'obstacle, soit de mesure de soutien dans le contexte de la combinaison des deux systèmes de connaissances.

On a demandé aux participants aux entrevues si le milieu de travail où ils mènent leur pratique influence la façon dont ils utilisent les données probantes. Cette question visait à comprendre si les professionnels de la santé autochtones percevaient leur milieu de travail comme étant solidaire ou non dans le contexte de la combinaison des systèmes de connaissances autochtones et occidentaux. La majorité des participants aux entrevues (n = 5) ont indiqué que leur milieu de travail influençait les façons dont ils utilisaient les données probantes, et

ont noté que de nombreux milieux de soins de santé ne sont pas propices à l'intégration de connaissances autochtones à la pratique en raison du racisme des collègues, de la perception selon laquelle les systèmes de connaissances autochtones ne sont pas valides et les attentes selon lesquelles les professionnels de la santé doivent s'acquitter de leur tâche le plus efficacement possible. Ces facteurs peuvent limiter la capacité des praticiens d'intégrer des approches traditionnelles à leur pratique.

On a demandé aux participants aux entrevues de partager les facteurs qui servaient de mesures de soutien quant à l'intégration de connaissances autochtones et occidentales dans le contexte des soins de santé. Lorsqu'on a demandé aux participants aux entrevues quels facteurs dans leur milieu appuyaient l'intégration de données probantes autochtones et occidentales à leur pratique de soins de santé, ils ont noté les éléments suivants : l'adoption d'une approche holistique face aux soins de santé, la compréhension et la valorisation de perspectives multiples, le pouvoir des techniques de narration et l'ouverture d'esprit inhérente à certains contextes cliniques (les patients d'une clinique autochtone étant, par exemple, plus ouverts que les patients d'un hôpital). L'un des participants a mis l'accent sur l'importance de respecter les différents systèmes de connaissances.

On a ensuite demandé aux participants aux entrevues de partager les facteurs qui servaient d'obstacles à l'intégration de connaissances autochtones et occidentales. Ils ont cité des obstacles personnels, systémiques et institutionnels qui entravaient l'intégration des données probantes autochtones et occidentales à leur pratique de soins de santé. Les

obstacles personnels comprenaient la peur de se faire juger par les collègues et la fatigue qui découlait du fait d'être seul à prôner l'intégration des connaissances autochtones au système des soins de santé. Plusieurs participants ont identifié des obstacles d'ordre systémique, y compris le manque de respect à l'égard des connaissances autochtones au sein du système de soins de santé, et le rôle que jouent le racisme systémique et le colonialisme lié à la délégitimation de la médecine traditionnelle et du savoir autochtone. Les participants ont également mentionné des obstacles institutionnels, tels que le manque de soutien de la part des établissements à l'égard des pratiques médicales traditionnelles et le manque de facteurs au sein de la pratique médicale occidentale propices à l'adoption d'approches traditionnelles (par exemple, l'établissement de relations). Certains participants ont également exprimé des préoccupations quant à la possibilité d'exploiter et de supprimer le savoir autochtone au sein du système des soins de santé.

Je crois toujours qu'ils doivent surmonter beaucoup de stéréotypes communs aux fournisseurs de santé, au sujet des Autochtones, qui sont bien enracinés dans notre société. Dans ma famille, le modèle de santé autochtone était considéré comme quelque chose d'indigne, de mauvais, une sorcellerie qui ne devrait pas continuer. Mon propre grand-père connaissait la médecine traditionnelle; il la percevait comme étant négative et voulait que sa famille soit une bonne famille chrétienne, donc il n'a pas transmis ses connaissances. Voilà la mentalité de l'époque. Toutes nos cérémonies étaient illégales [et] on devait cacher beaucoup de choses.

L'élément le plus difficile à surmonter : nous sommes censés tracer notre parcours ensemble, de façon égale... les deux sont censés être valides. L'impression générale, c'est qu'en ce qui concerne [les connaissances autochtones], il n'est pas question d'égalité, mais de tolérance. Puis ils affirment : « Ah, c'est bien beau, mais la médecine occidentale, c'est la vraie médecine ». Encore aujourd'hui, beaucoup d'attitudes doivent changer.

Les pratiques éclairées liées à la combinaison des connaissances autochtones et occidentales dans la pratique relative aux soins de santé

On a également demandé aux informateurs clés d'en savoir plus long sur les pratiques éclairées et les stratégies visant à combiner les systèmes de connaissances autochtones et traditionnelles. Ils ont relevé bon nombre de méthodes qui leur avaient été utiles, y compris l'importance de forger des relations avec les aînés, les patients et les gardiens du savoirs locaux, et d'utiliser l'approche à deux yeux en vue d'intégrer les deux systèmes de connaissances. Les participants aux entrevues ont également

souligné la valeur des échanges personnels au moyen de la narration de récits et de l'apprentissage qui découle de l'expérience personnelle. Parmi les autres méthodes facilitant l'intégration de données probantes de nature autochtone à la pratique, on compte l'appui de la haute direction, la participation à la communauté et la création d'un milieu accueillant.

On a demandé aux participants aux entrevues s'ils connaissaient d'autres pratiques éclairées auxquelles ils pouvaient faire appel en appliquant les données probantes de nature autochtone à leur pratique et à la prise de décisions. Les stratégies suivantes ont été suggérées :

- La mise en œuvre d'une structure adaptée à la culture
- L'encadrement de la part de la communauté en ce qui concerne la sécurité culturelle et les soins de santé qui tiennent compte des traumatismes subis
- L'apprentissage par l'expérience
- La provision d'un accès aux soins de santé traditionnels
- L'évaluation des systèmes et des approches afin de les améliorer et de favoriser l'apprentissage de façon continue

- L'affirmation de l'utilisation simultanée des options médicales traditionnelles et des options occidentales pour les patients
- La collecte de données probantes par l'entremise de méthodologies acceptées par la communauté scientifique qui correspondent également aux méthodes de recherche traditionnelles (par exemple, la collecte des données qualitatives)

Il est facile de discuter du savoir autochtone et de la compréhension qui s'y rattache, mais j'aime toujours mentionner [un] contexte qui puisse servir d'exemple afin d'illustrer comment nous, Autochtones, savons, agissons et pensons. Quand j'étais jeune, les aînés ne nous ont jamais dit de nous asseoir, ils ne nous ont pas fait la morale; ils nous ont conté des histoires et des légendes, et c'est en les voyant vivre que nous avons capté une grande partie de leur vision... Bien que nous en parlions toujours, nous ne mettons pas en pratique ce que nous savons. Nous nous infligeons une grande perte car nous ne valorisons pas ce moyen de mettre en pratique nos connaissances.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 89508839



La documentation et les participants à la recherche ont ciblé la nécessité de considérer les données probantes recueillies par le biais de méthodes de recherche traditionnelles valides, y compris le savoir octroyé par les aînés, l'apprentissage expérientiel (par exemple, l'expérience des clients) et les connaissances spirituelles.



5.0 DISCUSSION

En matière de santé publique, la médecine factuelle dépend essentiellement de la recherche et des pratiques menées à travers un prisme occidental, tandis que le savoir et les données probantes autochtones sont soit exclues de la médecine factuelle, soit rejetées comme étant dépourvues de données probantes suffisantes (Jude, 2016; Kirkham et al., 2007; Quinn, 2011). Il manque intrinsèquement aux connaissances occidentales un caractère d'inclusion, puisqu'elles se fondent sur la prémisse que la seule façon légitime d'acquérir des connaissances, c'est en recueillant des données probantes empiriques qui sont vérifiées par l'entremise d'essais scientifiques et mathématiques (Dunn, 2014). Ce postulat contribue à l'attitude prédominante selon laquelle tout ce qui s'écarte de la structure du savoir occidental est peu concluant ou idéologique (Martin, 2012). Cela découle d'un racisme épistémologique, qui est l'un des multiples résultats du colonialisme; dans cette optique, le savoir autochtone est diminué par rapport au savoir occidental (Matthews, 2017). Dans les systèmes canadiens des soins de santé et de l'éducation, et dans la communauté scientifique en général, le savoir occidental est considéré comme la forme de connaissance la plus légitime (Ermine, 2000; Reading, 2013). Cette perception pose problème dans le contexte des soins de santé, dans la mesure où le racisme épistémique et le racisme systémique contribuent à délégitimer la recherche et les données probantes autochtones, ce qui influence l'allocation des ressources et l'accès à des soins appropriés sur le plan culturel (Matthews, 2017).

Nombre des besoins des professionnels de la santé ont été cernés à la fois dans la documentation et par les participants à la recherche. Afin de travailler à la réconciliation dans le système des soins de santé, les connaissances et les données probantes autochtones doivent être reconnues comme étant légitimes et essentielles à la santé et au bien-être des Autochtones (Gomes et al., 2013; Matthews, 2017). La documentation et les participants à la recherche ont ciblé la nécessité de considérer les données probantes recueillies par le biais de méthodes de recherche traditionnelles valides, y compris le savoir octroyé par les aînés, l'apprentissage expérientiel (par exemple, l'expérience des clients) et les connaissances spirituelles. La documentation et les résultats de recherche ont également relevé la nécessité d'amorcer des changements quant à la façon de mener la recherche, plus particulièrement en ce qui concerne l'accès aux données ventilées sur les peuples autochtones et l'emploi des méthodologies décolonisées, afin de s'assurer que la recherche autochtone est menée et interprétée par des Autochtones (Braun et al, 2014). Enfin,

la documentation et les résultats de recherche ont cerné la nécessité d'accroître le niveau de soutien qu'apportent les leaders et les décideurs dans le domaine des soins de santé afin d'appuyer l'intégration des connaissances autochtones aux données probantes et à la pratique; il faut également un soutien accru afin d'élaborer des pratiques exemplaires visant à intégrer les deux systèmes de connaissances.

Les obstacles et les tensions relatifs à la réconciliation des systèmes de connaissances autochtones et occidentales dans le système des soins de santé ont été identifiés à la fois dans la documentation et dans les résultats de recherche. L'un des obstacles les plus importants qui figurent à la fois dans la documentation et dans les résultats se rapportait au manque de respect et de valeur face au savoir autochtone. Selon la documentation, nombre de praticiens expriment des réserves au sujet des droits des Autochtones à l'autodétermination en ce qui concerne la santé, car cela pourrait entraîner des conflits ou un

manque de soutien des pratiques basées sur des preuves (Kowal & Paradies, 2005). Les participants à la recherche ont fait part de leur frustration face aux efforts qu'il faut déployer afin d'essayer de légitimer le savoir autochtone et au manque de valeur que l'on attribue à l'utilisation de ce savoir dans le système médical conventionnel. Les participants ont également indiqué que leur milieu de travail influençait dans quelle mesure ils pouvaient intégrer le savoir autochtone à leur pratique; ils ont notamment cerné des défis liés au racisme des collègues, le fait que les connaissances et les données probantes autochtones ne sont pas considérées comme légitimes et le manque de possibilités d'intégrer les connaissances autochtones à l'approche occidentale. Parmi les autres obstacles identifiés dans la documentation, on compte la peur de mercantiliser le savoir autochtone et les enjeux logistiques tels que le manque de temps de formation et d'accès à la recherche (Davey et al., 2014; Martin Hill, 2003).

Les mesures de soutien visant à unifier les connaissances traditionnelles et les modes autochtones d'acquisition du savoir ressortent à la fois dans la documentation et dans les résultats de recherche. Le thème principal dans la documentation et les propos des participants à la recherche, c'était la nécessité de légitimer le savoir autochtone et la validité des données probantes recueillies par le biais de méthodes traditionnelles. Les méthodologies autochtones susceptibles de faciliter l'unification des deux systèmes de connaissances dans le contexte des soins de santé comprennent le concept de l'espace éthique, l'approche à deux yeux et l'emploi de méthodologies décolonisantes. L'approche à deux yeux et l'emploi de méthodologies décolonisantes ont également fait l'objet des propos des participants à la recherche en tant que méthodes visant la réconciliation des connaissances occidentales et autochtones dans le système des soins de santé, d'une part, et la légitimation du savoir autochtone, d'autre part. L'importance de mettre en valeur le savoir et





l'expérience des aînés et de favoriser leur participation à la conception des politiques et les pratiques de soins de santé constitue un autre résultat clé qu'ont relevé à la fois les participants à la recherche et la documentation. Parmi les mesures de soutien et les pratiques éclairées supplémentaires, on compte l'accroissement du niveau de soutien et de ressources accordés au savoir autochtone, la mise en œuvre d'une structure adaptée à la culture, la recherche de conseils auprès des communautés autochtones que vous desservez et le soutien accru de la part des leaders et des décideurs.

En dépit des défis liés à l'intégration du savoir autochtone au système des soins de santé, la majorité des participants à la recherche ont affirmé qu'ils

utilisent les connaissances traditionnelles dans leur pratique de soins de santé. L'intégration du savoir traditionnel découle en grande partie des approches des praticiens autochtones face aux soins de santé. Nombre de participants ont constaté qu'ils adoptaient une approche holistique, qu'ils valorisaient les connaissances expérimentales et qu'ils incorporaient à leur pratique des enseignements traditionnels, tels que la roue médicinale. Les participants à la recherche ont noté de légères différences entre leurs moyens d'accéder au savoir traditionnel et occidental, au-delà du fait que les participants semblent avoir diverses pistes permettant d'accéder aux connaissances traditionnelles et préfèrent y accéder directement par l'entremise

des aînés, de la narration de récits et de la communauté. Cela suggère que bien que les politiques et les pratiques coloniales ont réussi à supprimer le savoir autochtone, les enseignements traditionnels, tout comme les Autochtones eux-mêmes, sont résilients. Les résultats suggèrent que l'intégration et l'unification des connaissances autochtones et occidentales dans le système des soins de santé peuvent être prises en charge par des leaders et des décideurs qui priorisent une telle intégration, par la communauté de chercheurs qui acceptent les données probantes traditionnelles comme valables et par l'intégration, au programme d'enseignement en santé, de connaissances et d'approches autochtones en matière de soins de santé.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Armstrong, A., Waters, E., Crockett, B., & Keleher, H. (2007). The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promotion International*, 22(3), 254-260.
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences* 2(4), 331-340.
- Bartlett, C., Marshall, M., Marshall, A., & Iwama, M. (2015). Integrative science and Two-Eyed Seeing: Enriching the discussion framework for healthy communities. In L.K. Hallstrom, N. Guehlstorf, & M. Parkes (eds.), *Ecosystems, society and health: Pathways through diversity, convergence and integration* (pp. 280-326). Montreal, QC & Kingston, ON: McGill-Queen's University Press.
- Barwick, M.A., Peters, J., & Boydell, K. (2009). Getting to uptake: Do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 16-29.
- Battiste, M. (2002). *Indigenous knowledge and pedagogy in First Nations education: A literature review and recommendations*. Ottawa, ON: Indigenous and Northern Affairs Canada.
- Braun, K.L., Browne, C.V., Ka'opua, L.S., Kim, B.J., & Mokuau, N. (2014). Research on Indigenous Elders: From positivistic to decolonizing methodologies. *The Gerontologist*, 54, 117-126.
- Brown, C.E., Wickline, M., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing Practice, Knowledge, Attitudes and Perceived Barriers to Evidence-Based Practice at an Academic Medical Center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371-381.
- Brownson, R.C., Fielding, J.E., & Maylahn C.M. (2009). Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health* 30(1), 175-201.
- Bruchac, M.M. (2014). Indigenous Knowledge and Traditional Knowledge. In C. Smith (Ed.), *Encyclopedia of Global Archaeology* (pp. 3814-24). New York, NY: Springer Science and Business Media
- Chatwood, S., Paulette, F., Baker, R., Eriksen, A., Lenert Hansen, K., Eriksen, H. Hiratsuka, V. et al. (2015). Approaching Etuaptmumk – Introducing a consensus-based mixed method for health services research. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(1), 27438. DOI: 10.3402/ijch.v74.27438.
- Chilisa, B. (2012) *Indigenous research methodologies*. Los Angeles, CA: Sage.
- Davey, C.J., Niccols, A., Henderson, J., Dobbins, M., Sword, W., Dell, C., Wylie, T. et al. (2014). Predictors of research use among staff in Aboriginal addiction treatment programs serving women. *Journal of Ethnicity*, 13, 315-336.
- Doane, G.H., & Varcoe, C. (2008). Knowledge translation in everyday nursing: From evidence-based to inquiry-based practice. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 283-295.
- Dunn, M. (2014). Linking Indigenous and Western knowledge systems. *The theory of knowledge.net*. Retrieved April 23, 2018 from <http://www.theoryofknowledge.net/areas-of-knowledge/indigenous-knowledge-systems/linking-indigenous-and-Western-knowledge-systems/>
- Ellison, C. (2014). *Indigenous knowledge and knowledge synthesis, translation and exchange (KSTE)*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.



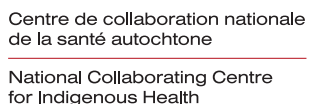
- Ermine, W. (2000). Aboriginal epistemology. In M. Battiste & J. Barman (Eds.), *First Nation education in Canada: The circle unfolds* (pp. 101-11). Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- Ermine, W. (2007). The ethical space of engagement. *Indigenous Law Journal*, 6, 193-204.
- Ermine, W., Sinclair, R., & Browne, M. (2005). *Kwayask Itotamowin: Indigenous research ethics*. Saskatoon, SK: Indigenous Peoples' Health Research Centre.
- Estabrooks, C.A. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(1), 15-36.
- Estey, E., Kmetz, A., & Reading, J. (2008). Knowledge translation in the context of Aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(2), 24-39.
- Federation of Saskatchewan Indian Nations. (n.d.). *Cultural responsiveness framework*. Saskatchewan: Authors. Retrieved November 21, 2012 from <http://allnationshope.ca/userdata/files/187/CRF%20-%20Final%20Copy.pdf>
- Fiedelkey-Van Dijk, C., Rowan, M., Dell, C., Mushquash, C., Hopkins, C., Fornssler, B., Hall, L. et al. (2017). Honoring Indigenous culture-as-intervention: Development and validity of the Native Wellness Assessment. *Journal of Ethnicity and Substance Abuse*, 16(2), 181-218. DOI: 10.1080/15332640.2014.1119774
- First Nations Centre. (2007). OCAP: *Ownership, control, access and possession*. Sanctioned by the First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.
- Ghosh, H., Benoit, C., & Bourgeault, I. (2017). Health service needs for urban Indigenous women with co-occurring health concerns. *Fourth World Journal*, 15(2), 5-25.
- Gomes, T., Leon, A.Y., & Brown, L. (2013). Indigenous health leadership: Protocols, policy, and practice. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 11(3), 565-79.
- Gone, J.P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 751-62.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N.M. (eds.). (2018). *Determinants of Indigenous peoples' health: Beyond the social, 2nd Edition*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180, S57-60.
- Hall, L., Dell, C. A., Fornssler, B., Hopkins, C., & Mushquash, C. (2015). Research as cultural renewal: Applying two-eyed seeing in a research project about cultural interventions in First Nations addictions treatment. *International Indigenous Policy Journal*, 6(2), 4. DOI: <https://doi.org/10.18584/iipj.2015.6.2.4>
- Halseth, R., & Odulaja, O.O. (2018). *Addressing the challenge of latent tuberculosis infection among Indigenous peoples in Canada*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Hovey, R.B., Delormier, T., McComber, A.M., Levesque, L., & Martin, D. (2017). Enhancing Indigenous health promotion research through Two-Eyed Seeing: A hermeneutic relational process. *Qualitative Health Research*, 27, 1278-1287.
- Hutchinson, A.M., & Johnston, L.J. (2004). Bridging the divide: A survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 304-315.



- Institute of Health Economics. (2011). *Aboriginal Peoples' wellness in Canada: Scaling up the knowledge roundtable report*. Edmonton, AB: Institute of Health Economics.
- Jude, M.E. (2016). *Thinking beyond an evidence-based model to enhance Wabanaki health: Story, resilience and change*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maine, Orono, ME.
- Kirkham, S.R., Baumbusch, J.L., Schultz, A.S.H., & Anderson, J.M. (2007). Knowledge development and evidence-based practice: Insights and opportunities from a postcolonial feminist perspective for transformative nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 30(1), 26-40.
- Kirkness, V.J., & Barnhardt, R. (1991). First Nations and higher education: The four R's – respect, relevance, reciprocity, responsibility. *Journal of American Indian Education*, 30(3), 1-15.
- Kovach, M. (2010). Conversational method in Indigenous research. *First Peoples Child & Family Review*, 5(1), 40-8.
- Kowal, E., & Paradies, Y. (2005). Ambivalent helpers and unhealthy choices: Public health practitioners' narratives of Indigenous ill-health. *Social Science & Medicine*, 60, 1347-57.
- Lucero, E. (2011). From tradition to evidence: Decolonization of the evidence-based practice system. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 319-24.
- MacDermid, J.C., & Graham, I.D. (2009). Knowledge translation: Putting the "practice" in evidence based practice. *Hand Clinics*, 25, 125-143.
- Marsh, T.N., Cote-Meek, S., Toulouse, P., Najavits, L.M., & Young, N.L. (2015). The application of Two-Eyed Seeing decolonizing methodology in qualitative and quantitative research for the treatment of intergenerational trauma and substance use disorders. *International Journal of Qualitative Methods*, 1-13. DOI: 10.1177/1609406915618046
- Martin, D. (2012). Two-Eyed Seeing: A framework for understanding Indigenous and non-Indigenous approaches to Indigenous health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44, 20-42.
- Martin Hill, D. (2003). *Traditional medicines in contemporary contexts: Protecting and respecting Indigenous knowledge and medicine*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Retrieved April 22, 2018 from http://www.naho.ca/documents/naho/english/pdf/research_tradition.pdf
- Matthews, R. (2017). The cultural erosion of Indigenous people in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 189(2), E78.
- Obomsawin, R. (2007). *Traditional medicine for Canada's First Peoples*. Retrieved April 22, 2018 from <http://soilandhealth.org/wp-content/uploads/02/0203CAT/020337.traditional.medicine.pdf>
- Ogawa, M. (1995). Science education in a multisience perspective. *Science Education*, 79(5), 583-593.
- Quinn, R. (2011). *The sacred tree: Weaving stories of Western science and Aboriginal ways of knowing*. Unpublished Master's thesis, Royal Roads University, Victoria, BC.



- Reading, C. (2013). *Understanding racism*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., et al. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: Findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 34. DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597x-9-34>
- Rowett, J.L. (2018). Etuaptmumk: A research approach and a way of being. *Antistasis*, 8(1), 54-62.
- Saini, M., & Quinn, A. (2013). *A systematic review of randomized controlled trials of health related issues within an Aboriginal context*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Sasakamoose, J., Bellegarde, T., Sutherland, W., Pete, S., & McKay-McNabb, K. (2017). Miyo-pimatisiwin developing Indigenous cultural responsiveness theory (ICRT): Improving Indigenous health and well-being. *International Indigenous Policy Journal*, 8(4), 1. DOI: 10.18584/iipj.2017.8.4.1
- Sasakamoose, J., Scerbe, A., Wenaus, I., & Scandrett, A. (2016). First Nation and Métis youth perspectives of health: An Indigenous qualitative inquiry. *Qualitative Inquiry*, 22(8), 636-50. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800416629695>
- Smith, L. (1999). *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples*. New York, NY: Zed Books.
- Snyder, M., & Wilson, K. (2015). "Too much moving ... there's always a reason": Understanding urban Aboriginal peoples' experiences of mobility and its impact on holistic health. *Health & Place*, 34, 181-89.
- Tagalik, S. (2018). Inuit knowledge systems, Elders, and determinants of health: Harmony, balance, and the role of holistic thinking. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N.M. Lindsay (eds.), *Determinants of Indigenous peoples' health: Beyond the social, 2nd Edition* (Chapter 10). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada interim report*. Winnipeg: Truth and Reconciliation Commission of Canada.
- University of Ottawa. (2009). 'Aboriginal medicine and healing practices.' *Society, the individual, and medicine*. Ottawa, ON: Author. Retrieved April 23, 2018 from https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Aboriginal_Medicine_e.htm
- Walker, J., Lovett, R., Kukutai, T., Jones, C., & Henry, D. (2017). Indigenous health data and the path to healing. *The Lancet*, 390(10107), 2022-23.
- Walker, S.C., Whitener, R., Trupin, E.W., & Migliarini, N. (2015). American Indian perspectives on evidence-based practice implementation: Results from a statewide tribal mental health gathering. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), 29-39.
- Wilson, S. (2008). *Research is ceremony: Indigenous research methods*. Halifax, NS & Winnipeg, MB: Fernwood Publishing.
- Young, N., Wabano, M., Jacko, D., Barbic, S.P., Boydell, K., Thavorn, K., Roy-Charland, A. et al. (2018). Community-based screening and triage versus standard referral of Aboriginal children: A perspective cohort study protocol. *International Journal of Indigenous Health*, 14(1), 65-86.

[illegible]

1 250 960-5250
CCNSA@UNBC.CA
CCNSA.CA