

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE

À l'intention du :

*Comité pour la santé
des Autochtones de Montréal*



Évaluation des besoins en santé des Autochtones en milieu urbain de Montréal

30 avril 2011

Compilée par :

Chantal Robillard, consultante

Rossel Bérard, consultant

Carrie Martin, Foyer pour femmes autochtones de Montréal

Alexandre Lapointe, Université de Montréal

Comité sur la santé du Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal

Financée par : Affaires autochtones et Développement du Nord Canada



Introduction

La présente bibliographie annotée, colligée en vue de réaliser une évaluation des besoins en matière de santé des Autochtones vivant dans la région urbaine de Montréal, vise à a) circonscrire les besoins en matière de santé et les carences dans l'accès aux services de santé/guérison de la population autochtone canadienne et nord-américaine, y compris la population autochtone vivant en milieu urbain. Elle relève également b) les besoins en matière de santé comportant une dimension culturelle et fait état de la disponibilité d'outils d'évaluation dans le domaine de la santé/guérison utilisés dans la recherche menée avec/auprès des peuples autochtones du Canada. Enfin, la présente recension bibliographique contribue à c) définir une stratégie d'échantillonnage correspondant au portrait sociodémographique des communautés autochtones présentes dans la région urbaine de Montréal et à la répartition des services offerts ainsi que des organismes communautaires et des organisations de la société civile intervenant dans le domaine. Pour effectuer notre recherche, nous avons consulté des bases de données scientifiques (par exemple, Medline, Pubmed, JSTOR, PsycNet) de même que les sites web de groupes de recherche et d'organisations autochtones du Canada dans le secteur de la santé/guérison de façon à retracer les sources scientifiques et la littérature grise qui nous permettent d'atteindre nos objectifs de base.

Agence de la Santé publique du Canada. 2004. Needs assessment for First Nations Populations in the Montreal area with a view to establishing an Aboriginal head Start (AHS) - Program. Final Report. Aboriginal psychosocial interventions research group. Ottawa: ASPC.

En tout, 25 familles ont participé à cette enquête comprenant 88 questions visées et ayant pour but d'évaluer les besoins des familles autochtones vivant à Montréal en vue de l'implantation d'un programme d'aide préscolaire à l'intention des Autochtones. Un peu plus de la moitié des répondants gagnaient moins de 10 000 \$, et le revenu d'un peu plus des trois quarts des ménages était inférieur à 30 000 \$. Les otites touchaient 40 % des enfants prenant part à l'étude, 32 % souffraient d'une maladie contagieuse et 28 % d'asthme. Moins de 5 % des participants n'avaient pas utilisé les services du Centre d'amitié autochtone de Montréal et moins du quart n'utilisaient pas les services d'un CLSC. Près d'un tiers des enfants n'avaient jamais consulté un dentiste, tous les enfants avaient été vaccinés et quatre sur cinq avaient subi au moins un examen physique complet. La majorité des répondants accordent une importance majeure à la transmission des langues et des cultures traditionnelles autochtones.

ALLEN, K.E. 2000. Negotiating health: The meanings and implications of 'building a healthy community' in Igloolik, Nunavut. Mémoire de maîtrise, McGill University, 92 p.

Ce mémoire de maîtrise analyse le sens donné à l'édification d'une communauté en santé dans le hameau d'Igloolik, au Nunavut, dans l'Arctique canadien. Le chercheur a interviewé des membres de la communauté afin de recueillir des récits soumis à l'analyse sémantique contextuelle en vue d'examiner les valeurs associées à la communauté, à la participation et à la responsabilisation qui contribuent à promouvoir la santé. Les récits recueillis font ressortir que ces valeurs sont adoptées et mises de l'avant dans une perspective personnelle et politique tout en reposant sur des réalités historiques et ethnographiques. Les résultats obtenus démontrent que la santé se prête à une variété de définitions, selon la communauté, et se traduit par une diversité de pratiques visant à maintenir celle-ci en santé. Nous pouvons nous inspirer des récits transmis par les membres de la communauté afin d'obtenir une meilleure perception des besoins en matière de santé que peut présenter la population inuite de Montréal.



ANDERSSON, N, Shea, B, Archibald, C, Wong, T, Barlow, K, Sioui, G. 2008. Building on the Resilience of Aboriginal People in Risk Reduction Initiatives Targeting Sexually Transmitted Infections and Blood-Borne Viruses: The Aboriginal Community Resilience to AIDS (ACRA). Pimatisiwin, 6(2): 89-110.

Le projet décrit dans cette publication a pour but de mieux comprendre le rôle de la résilience et ses répercussions sur la santé et le bien-être des jeunes Autochtones

particulièrement en ce qui concerne le comportement sexuel et l'utilisation de drogues injectables. Des données démontrent que les Autochtones sont davantage exposés à être infectés par le VIH. Ceux-ci présentent également des taux plus élevés d'autres infections virales transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Le projet comprend plusieurs étapes. La première consiste à mettre sur pied une structure laissant place à la direction et à l'engagement des Premières Nations à chacun de ses niveaux. Dans un deuxième temps, on a fait appel à des méthodologies à la fois qualitatives et quantitatives afin de déterminer les facteurs qui protègent les jeunes Autochtones contre les infections transmises sexuellement et par le sang et contre leur transmission à l'intérieur des communautés locales. Enfin, les résultats obtenus ont permis de concevoir des interventions et de mettre en place dans les communautés autochtones des structures appropriées afin de permettre à ces dernières de les évaluer. Ce projet quinquennal accordera une importance particulière au renforcement des capacités dans les communautés participantes de façon à reconnaître les stratégies en lien avec la résilience pouvant être intégrées aux pratiques en santé publique et en soins cliniques.

ANDERSSON, N. 2008. Directions in Indigenous Resilience Research. CIET. Pimatisiwin, 6(2): 201-208.

La dernière décennie de recherche au Canada, dont rend compte ce numéro spécial, a permis d'accroître notre compréhension de la distinction à faire entre la résilience autochtone et la recherche sur la résilience autochtone. Les mesures effectuées offrent un aperçu de la résilience, principalement en fonction de la perception potentiellement déformée de la façon dont les jeunes résilients font face à une adversité spécifique, celle-ci étant établie par le financement disponible : le tabagisme, la toxicomanie, le suicide ou l'infection par le VIH. Le financement disponible cause des problèmes évidents : les priorités des bailleurs peuvent différer de celles des communautés, et les résultats obtenus peuvent en dire davantage sur les possibilités de financement que sur la résilience elle-même. Cela étant, ce type de recherche portant sur une problématique donnée présente l'avantage concret de dégager des résultats axés sur les solutions. Une des principales leçons découlant de cet ensemble d'études est que nous devrions nous accorder la marge voulue (et faire preuve de modestie) pour reconnaître que la résilience autochtone est certainement plus grande que ce que nous sommes parvenus à établir en fonction de sources particulières de financement. En dépit de cette limite, les résultats illustrent certaines particularités : ce qui renforce la résilience des jeunes à un certain type d'adversité dans un environnement donné peut très bien ne pas fonctionner dans un autre cadre. Les résultats donnent lieu à cinq propositions.



BAKER, F.W., Findlay, S., Isbister, L. et Peekeekoot, B. 1987. Native Health Care: an alternative approach. Canadian Medical Association Journal, 136: 695-696.

En septembre 1983, le groupe de travail du maire sur les initiatives concernant les Indiens et les Métis (mayor's Task Force for Indian and Métis initiatives) reconnaît que les Autochtones ont un rôle à jouer dans le système de santé et recommande ce qui suit : un plus grand engagement dans le processus des soins de santé, encouragement à entreprendre des carrières dans le domaine de la santé et création d'opportunités dans ce domaine, formation interculturelle pour les intervenants auprès des « Indiens » et des Métis et offre de soins préventifs et d'éducation à la prévention à la population autochtone. Les auteurs exposent les besoins en matière de soins de santé propres aux Autochtones et les moyens pour mieux y répondre. Ils reconnaissent l'apport des agents de liaison autochtones, rattachés à un hôpital mais passant la plus grande partie de leur temps dans la communauté et agissant comme interprètes du système de santé établi pour les patients et leur famille. Ils collaborent également avec les infirmières, les travailleurs sociaux et le personnel de l'hôpital pour expliquer les particularités culturelles autochtones. Dans une autre étude, Shah et Farkas font ressortir l'urgence que les écoles de médecine, les organisations autochtones, les hôpitaux et différentes instances gouvernementales collaborent pour mettre en place des services de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain. Un programme existant à Regina prouve qu'il est possible d'y parvenir. Cette initiative fructueuse est financée par l'hôpital et le gouvernement provincial et constitue maintenant un service à part entière de l'hôpital.

*Bibliographie
Annotée*

BARLOW, K., Loppie, C. et Jackson, R. 2008. Culturally Competent Service Provision Issues Experienced By Aboriginal People Living With HIV/AIDS. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 6(2): 154-180.

Cette étude porte sur les compétences culturelles des prestataires de services intervenant auprès des personnes autochtones vivant avec le VIH/sida ou avec la perspective du VIH/sida. Elle vise à mieux comprendre les besoins de ces personnes en matière de bien-être et à déterminer jusqu'à quel point des services bien adaptés sur le plan culturel influent sur l'accès aux services et sur leur utilisation. La méthodologie repose sur le modèle PCAG (propriété, contrôle, accès et gestion) et sur la participation de la collectivité elle-même aux travaux de recherche. Les données ont été recueillies dans des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion (focus groups) de façon à fournir de l'information quantitative et qualitative. Chaque participant a répondu à des enquêtes groupales portant sur la composition démographique, la culture, l'état de santé et l'occupation. Dans la première phase, on a réalisé 35 entrevues; la deuxième phase a donné lieu à 11 sessions en groupes de discussion et à 8 sessions d'entrevues. Au total, 52 personnes provenant de 25 organisations ont participé à l'enquête. Les considérations éthiques s'inspirent de l'Énoncé de politique des Trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (IRSC et al., 1998). Les thèmes revenant de façon récurrente dans les résultats obtenus démontrent que les dépendances représentent un obstacle majeur au respect de la médication contre le VIH. Il importe donc de traiter conjointement les dépendances et l'infection au VIH, ce qui correspond à la vision holistique de l'univers des peuples autochtones.



BARNEY, D.D. 1999. The relative influence of protective factors in quantitative models of American Indian and Alaska Native adolescent health. Thèse de doctorat, University of Kansas, 205 p.

Cette thèse cherche spécifiquement à déterminer si les facteurs de protection tels que « se soucier d'autrui et se sentir en relation » de même que « demander de l'aide » jouent un rôle dans l'auto-évaluation que font les jeunes Autochtones des États-Unis et de l'Alaska de leur état de santé. Barney utilise une modélisation par équations structurelles à l'aide de LISREL qu'il applique à un échantillon de 12 284 adolescents autochtones des États-Unis et de l'Alaska âgés de 12 à 19 ans. La recherche porte sur quatre thématiques : la consommation d'alcool, la délinquance, la dépression et l'idéation suicidaire. Les résultats obtenus démontrent que la perception qu'a un adolescent qu'on se préoccupe de lui et qu'il est bien entouré contribue à améliorer son état de santé. On peut alors conclure qu'il semble y avoir ici un facteur de protection associé à un bon état de santé. La demande d'aide, toutefois, ne s'est pas révélée être un facteur de protection. Une intervention en travail social qui augmente l'impression d'un adolescent qu'on se préoccupe de lui et qu'il est bien entouré par ses parents et par d'autres adultes peut être bénéfique pour cette population à haut risque. La méthode utilisée par le chercheur présente de l'intérêt et peut se révéler pertinente lorsqu'on tente de comprendre les réseaux sociaux des membres de la communauté autochtone de Montréal. Inclure dans les questionnaires des éléments portant sur les réseaux sociaux nous amènera à comprendre si leurs sources premières de soutien sont toujours issues de leur communauté ou bien si elles proviennent désormais de Montréal, c'est-à-dire de certains prestataires de services locaux.

BATAL, M.A. 2002. Sociocultural determinants of traditional food intake across indigenous communities in the Yukon and Denendeh. Thèse de doctorat, McGill University, 222 p.

L'étude utilise des questionnaires portant sur la fréquence de la consommation alimentaire et donnant lieu à une relance après 24 heures dans le but de quantifier l'apport alimentaire traditionnel dans 18 communautés de Defender (section occidentale des Territoires du Nord-Ouest) et du Yukon. On constate une augmentation de maladies chroniques non contagieuses chez certaines populations autochtones du Canada liées à un régime alimentaire trop abondant ou déséquilibré, que l'on croit résulter de la transition d'un régime traditionnel à une alimentation occidentalisée. Aux fins de la présente étude, on a mesuré le niveau de consommation alimentaire traditionnelle des individus, des ménages et de la communauté afin d'élaborer un modèle de statistiques multivariées qui décrive la quantité et la variété des aliments traditionnels consommés dans l'Arctique occidental. L'étude décrit l'outil utilisé pour mesurer la diversité alimentaire traditionnelle, ce qui peut représenter un indicateur approprié du processus de changement de régime alimentaire vécu par les peuples autochtones dans la région de Denendeh et au Yukon. Les outils employés dans la présente étude peuvent se révéler utiles pour notre propre évaluation des besoins, qui pourrait comprendre une composante sur la nutrition.



BERNIER, S. 2003. Determinants of food choices in Arctic populations. Mémoire de M.Sc., Université Laval, 155 p.

Cet article analyse l'importance de l'alimentation traditionnelle et les effets entraînés par l'intégration d'aliments importés dans le régime des Inuit vivant à Kuujuuak, au Nunavik. La théorie des comportements interpersonnels de Triandis a sous-tendu l'élaboration et l'administration d'un questionnaire visant à faire ressortir les déterminants dans la consommation alimentaire traditionnelle des Inuits. Les résultats ont révélé que les principaux déterminants influant sur l'intention de consommer des aliments traditionnels étaient les suivants, en ordre décroissant d'importance : la perception du contrôle comportemental, l'affect, les croyances normatives personnelles, l'habitude et les attitudes. D'autres chercheurs ont démontré que la consommation d'aliments importés plutôt que traditionnels peut entraîner des effets nocifs sur la santé, tels que des maladies cardiovasculaires et du diabète. Une meilleure compréhension de la motivation des Inuit de Kuujuuak à consommer de la nourriture traditionnelle aidera les intervenants en santé à concevoir des programmes valorisant ces choix alimentaires plus sains. Ici encore, cette étude peut nous aider à mieux comprendre l'importance du régime alimentaire dans la santé chez les communautés et les effets qu'il peut entraîner sur les maladies associées à l'alimentation.

*Bibliographie
Annotée*

BLUM, R., Harmon, B., Harros, L. 1992. American Indian-Alaska Native Youth Health. Journal of American Medical Associations, 267(12): 1637-1644.

Cette étude consiste à réviser l'Enquête sur la santé des adolescents réalisée à partir d'un questionnaire d'auto-évaluation détaillé et anonyme, qui comportait 162 éléments touchant 10 dimensions de la santé, dans le but de mieux évaluer l'état de santé des jeunes Autochtones de l'Alaska. Les résultats ont fait ressortir des taux élevés de comportements nocifs sur le plan sanitaire et de facteurs de risque liés à des blessures accidentelles, à la toxicomanie, à une perception faussée de son propre état de santé, à la détresse psychologique et au suicide. Les auteurs recommandent que les interventions comportent une sensibilité culturelle, reconnaissent l'hétérogénéité des populations autochtones, s'enracinent dans les traditions culturelles qui valorisent la santé et soient élaborées avec la pleine participation des communautés concernées.

BOMBAY, A., Matheson, K. et Anisman, H. 2010. Decomposing Identity: Differential Relationships between Several Aspects of Ethnic Identity and the Negative Effects of Perceived Discrimination. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 16(4): 507-516.

Cette recherche étudie la relation entre la discrimination perçue et la présence de symptômes de dépression chez les adultes des Premières Nations au Canada. Les auteurs postulent que certains aspects de l'identité ethnique peuvent se révéler des facteurs soit de résilience ou de vulnérabilité. Des sondages envoyés par la poste ou remplis en ligne ont permis de recueillir les données de l'étude. En tout, 220 répondants ont rempli le questionnaire conçu à partir d'éléments tirés de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-SF), le Perceived Ethnic DECOMPOSING IDENTITY 509 Discrimination Questionnaire ainsi que Cameron's 12-item social identification scale. Les résultats de la présente étude vont dans le sens des recherches portant sur les aspects proprement identitaires chez d'autres populations minoritaires. Une des problématiques majeures qui s'en dégage souligne la généralisation des résultats entre les groupes ethniques et à l'intérieur de ceux-ci.



BREW, N.E. 1992. Life experiences in care, illness, and healing among Iñupiat practitioners of traditional healing in northwest Arctic Alaska: A qualitative exploration. Mémoire de maîtrise, University of Alaska Anchorage, 124 p.

Cette étude porte sur les expériences de vie de six guérisseurs traditionnels iñupiat dans le domaine des soins, de la santé, de la maladie et de la guérison. Les Iñupiat du nord-ouest de l'Alaska ne dépendaient que d'eux-mêmes pour rester en santé et pour se soigner dans un environnement hostile. De nos jours, ils ont accès à des soins de santé modernes qui, toutefois, ne sont pas toujours adaptés à leur culture. Les infirmières, par exemple, ne sont pas bien informées sur leur réalité culturelle. Brew compare des points de vue sur différentes méthodes permettant d'offrir des soins et suggère des moyens de les implanter afin d'adapter les services aux besoins des Iñupiat.

BROWNS, A.J., Smye, V.L., Rodney, P., Tang, S.Y., Mussell, B., O'Neil, J. 2011. Access to primary care from the perspective of aboriginal patients at an urban emergency department; Qual Health Res., 21(3): 333-48.

Dans cet article, les auteurs analysent les résultats d'une étude ethnographique portant sur les facilités d'accès aux soins de première ligne du point de vue des personnes autochtones se présentant au service d'urgence d'un hôpital dans une grande ville au Canada. Les données ont été recueillies au cours d'une immersion de 20 mois dans un service d'urgence et proviennent de l'observation participante et d'entrevues réalisées avec 44 patients recrutés parmi des cas stables et non urgents; la majorité d'entre eux vivent dans la pauvreté et demeurent dans le centre-ville. L'étude aborde trois thématiques : premièrement, l'anticipation des présomptions des prestataires de soins; deuxièmement, la consultation pour des problèmes de douleur chronique; et troisièmement, le recours au service d'urgence comme lieu d'expression de la souffrance sociale. Les auteurs analysent l'incidence de leurs constatations sur le rôle que le service d'urgence de même que celui de l'ensemble du secteur des soins de première ligne sont appelés à jouer pour répondre aux besoins des personnes touchées par la pauvreté, l'exclusion et d'autres difficultés.

BUCHWALD, D., Beals, J. et Manson, S.M. 2000. Use of traditional Health Practices Among Native Americans in a primary Care Setting. Medical Care, 38: 1191-1199.

Cette étude se penche sur un bref rapport portant sur un vaste programme de soins de première ligne en milieu urbain. Ce dernier découle d'une auto-évaluation réalisée sur une période de 14 mois par 869 adultes autochtones des États-Unis et de l'Alaska sélectionnés à partir d'un échantillon aléatoire de bénéficiaires d'un vaste programme de soins de première ligne dans un milieu urbain. Elle repose sur un questionnaire maison comprenant 59 questions et pouvant être rempli en 30 minutes par les participants analphabètes à qui il a été présenté verbalement. La version SF-6 (Medical Outcome Study 6-item General Health Survey) a servi à déterminer le fonctionnement physique et social, l'exercice des rôles, la détresse psychologique, les perceptions sur l'état de santé actuel et la douleur. Cette version a démontré de la fiabilité et de la validité dans les enquêtes menées auprès de plusieurs populations, et ses résultats démontrent une forte corrélation avec ceux obtenus à partir de la version 36 (SF-36). Les données sociodémographiques comprennent l'âge, le sexe, groupe sanguin (blood quantum), la nation



d'appartenance, l'état civil, l'occupation, le revenu, le niveau d'instruction, la composition du ménage et les modes migratoires. D'autres questions avaient trait à la consommation d'alcool, à l'usage du tabac, à la victimisation et aux traumatismes. Les pratiques traditionnelles en matière de santé ont été abordées en s'informant auprès des patients s'ils avaient eu recours à des séances de purification, à des herbes médicinales ou à des tentes de sudation, où les questionnaires ont été distribués, et si ces pratiques les avaient aidés à être en meilleure santé. Deux questions portaient sur le degré d'observation du mode de vie traditionnel par rapport au mode de vie allochtone nord-américain. En conclusion, on a demandé aux répondants jusqu'à quel point ils souhaitaient avoir accès aux traitements traditionnels et profiter d'une meilleure sensibilité culturelle à la clinique qu'ils fréquentent -- que les soins dispensés tiennent compte de l'identité et des antécédents culturels -- et quel était leur degré de satisfaction quant aux soins reçus à la clinique.

BURACK, J., Blidner, A., Flores, H., Fitch, T. 2007. Constructions and deconstructions of risk, resilience and wellbeing: a model for understanding the development of Aboriginal adolescents. *Australas Psychiatry*, 15 (Suppl. 1): S18-23.

Cette étude présente un cadre conceptuel permettant de comprendre les enjeux liés au risque, à la résilience et au bien-être chez les adolescents autochtones au Canada et ailleurs. Comme ces notions ne sont pas monolithiques, les modèles linéaires simplistes d'analyse du risque d'un indice particulier à un résultat précis sont peu adéquats pour conceptualiser la complexité des modes de vie concrets. Les auteurs mettent l'accent sur l'acquisition idéale de compétences dans un contexte de transactions continues dans lequel les adolescents interviennent et où ils sont affectés par les différents niveaux et composantes de leur environnement. Toutefois, les considérations pragmatiques attachées à la recherche empirique conduisent à des approches plus simples dans lesquelles les résultats attendus découlent de facteurs spécifiques. Néanmoins, conformément à la notion de la complexité intrinsèque de tous les individus, la compétence et le bien-être sont considérés en fonction d'une vision holistique de l'enfant (whole child) dans les domaines du succès scolaire, de la compétence et de la conformité comportementale, de l'adaptation sociale et de la santé affective dans le contexte d'une communauté donnée. Bien que les communautés des Premières Nations au Québec, dans l'ensemble du Canada, des États-Unis et ailleurs diffèrent considérablement pour ce qui est de l'histoire, de la culture, de la langue et des priorités concernant les jeunes, la méthode proposée permet l'application universelle d'un cadre d'analyse, dont les variables peuvent être modifiées en fonction des aspects spécifiques et changeants des sociétés, des communautés et des individus qui y évoluent.



BURHANSSTIPANOV, L., Gilbert, A., LaMarca, K., Krebs, L.U. 2001. An innovative path to improving cancer care in Indian country. Public Health Rep., 116(5): 424-33.

Cet article décrit brièvement le processus qui a conduit à la formation du Réseau de soutien aux survivants du cancer chez les Autochtones des États-Unis de même que les résultats préliminaires tirés des recherches qualitatives et quantitatives en cours, principalement chez les survivantes au cancer du sein. Le Réseau représente un programme innovateur en santé publique conçu pour améliorer le taux de survie au cancer des patients autochtones ayant reçu un diagnostic de cancer aux États-Unis, en Alaska et au Canada ainsi que leur qualité de vie et celle de leurs proches. Créé en 1999, le Réseau compte maintenant plus de 300 survivants inscrits comme membres. Les données qu'il a recueillies font notamment ressortir les modes de traitement du cancer qui sont en partie responsables de faibles taux de survie.

CARGO, M., Delormier, T., Kirby, R. 2003. Activity Implementation as a Reflection of Living in Balance: The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. Pimatzwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 1(1): 145-163.

Cet étude qui porte sur l'implantation d'un programme sur la prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake repose sur l'analyse rétrospective d'activités de prévention du diabète mises en oeuvre pendant une période de onze mois, soit de septembre 2000 à juillet 2001. Les données recueillies proviennent de l'analyse documentaire, d'observations et d'entrevues approfondies réalisées par l'auteur principal avec la collaboration d'intervenants. Le comité universitaire d'éthique de l'Université de Montréal ainsi que le conseil consultatif communautaire du programme de Kahnawake mentionné ci-dessous ont approuvé l'étude en question. Les données qualitatives ont donné lieu à une analyse inductive des données qualitatives se fondant sur des comparaisons constantes et sur un échantillonnage théorique de façon à définir des catégories et à dégager les relations entre ces dernières. En conclusion, Cargo et ses collègues reconnaissent que la mise en place de mesures préventives du diabète à Kahnawake est de nature complexe, car elle doit tenir compte d'éléments ayant trait à la stabilité et à l'adaptation et refléter les valeurs et les pratiques culturelles.

CARGO, M., Peterson, L. et Lévesque, L. 2007. Perceived Holistic Health and Physical Activity in Kanien'keha :ka Youth. Pimatisiwin, 5(1): 87-110.

Le but principal poursuivi par cette enquête-pilote est d'établir la relation entre la santé holistique telle que perçue et l'activité physique déclarée et le temps passé à regarder la télévision à l'intérieur d'un échantillon de 35 jeunes Kanien'keha:kas vivant dans la communauté mohawk de Kanien'keha:ka. Cette recherche respecte le code d'éthique (Macaulay et al., 1998) sur lequel repose l'étude sur la prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake. Elle a été vérifiée par le conseil consultatif communautaire associé à cette dernière, le conseil d'administration des écoles de la communauté et le comité universitaire d'éthique de l'Université de Montréal. Un outil de mesure multidimensionnelle visant à déterminer la santé holistique perçue a été mis au point en se basant sur la roue de médecine divisée en quatre quadrants présentant des indicateurs pour chacune des dimensions perçues de la santé : spirituelle, sociale, affective et physique. Dans le groupe à l'étude, 20 % des jeunes ont adhéré aux quatre catégories, alors que 66 % d'entre eux ont accepté entre une et trois catégories et 14 % ne se sont



reconnus dans aucune. L'activité physique a fait l'objet d'une auto-évaluation à partir d'indicateurs ayant précédemment été validés. Les principales conclusions laissent voir que les jeunes Kanien'keha:kas vivant en harmonie tendent à être plus actifs physiquement et à moins regarder la télévision que ceux qui présentent un déséquilibre.

Centre des Premières Nations. 2005. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS). Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities. Ottawa.

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) est un projet de recherche d'envergure qui porte sur différents enjeux entourant certains problèmes spécifiques – et leur origine potentielle – et ayant mis à contribution un grand nombre de communautés autochtones au Canada. En se fondant sur le nombre de répondants, on constate que plus de 11 % de l'ensemble de la population autochtone du Québec y a pris part. Les résultats font ressortir des aspects pointus concernant les problématiques en matière de santé physique et mentale et comprennent en outre la recommandation d'approfondir la recherche afin de dégager les causes possibles de plusieurs maladies affligeant les communautés des Premières Nations du Canada. Ils sont par ailleurs ventilés pour tenir compte de la réalité propre aux enfants, aux adultes et aux aînés. Ils sont particulièrement éloquentes en ce qui a trait à la condition de santé des Autochtones vivant dans leurs communautés/réserves d'origine, où le questionnaire a été distribué, mais ne permettent pas de faire ressortir la réalité propre à ceux qui vivent en milieu urbain. De fait, l'objectif de la recherche consistait à présenter les principales problématiques et les besoins globaux de l'ensemble des populations autochtones du Canada plutôt que la situation propre à chaque province, exception faite de cas extrêmes, tels que les conséquences néfastes de la surpopulation des ménages au Nunavik.

Centre des Premières Nations. 2009. Health Information, Research and Planning: An information resource for First Nations Health Planners. Ottawa: Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).

La ressource, rendue disponible par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), présente une vue d'ensemble des éléments importants dont il faut tenir compte dans les recherches sur la santé portant sur les Premières Nations. Le document comprend les exigences entourant la recherche sur la santé au Canada, telles celles qui sont utilisées dans l'Évaluation des besoins en matière de santé au Canada. Les renseignements exigés comprennent ainsi la composition démographique des membres de la communauté, les éléments constitutifs du système de santé de la communauté, la nature et le degré des problèmes de santé vécus par les membres de la communauté (y compris les problèmes de nature physique, mentale, sociale et environnementale), les facteurs sous-jacents à ces problèmes de santé, les ressources disponibles pour les traiter (programmes courants, expertise de la communauté, autres compétences et atouts), les meilleurs moyens de répondre aux besoins des membres de la communauté et la formation requise par le personnel soignant afin d'aider ce dernier à atteindre les buts et les objectifs en matière de santé. Toutefois, les indicateurs mis au point pour la population canadienne ne sont pas toujours efficaces lorsqu'ils s'appliquent aux Premières Nations, parce qu'ils négligent des problématiques d'importance dans les communautés des Premières Nations. L'APN (Assemblée des Premières Nations) accorde ainsi plus d'importance aux déterminants non médicaux de la santé, car elle est d'avis que plusieurs des facteurs influant sur l'état de santé sont reliés à la complexité de



l'environnement social, économique et physique dans lequel les personnes vivent. La politique et le modèle de planification de l'APN en matière de santé sont uniques en ce sens qu'ils insistent sur la signification de l'autonomie gouvernementale en tant que fondement sous-jacent aux déterminants de la santé pour les Premières Nations.

CLARK, N. et Drolet, J. 2009. "Melq'ilwiye" Coming together in an intersectional research team – Using narrative and cultural safety to transform aboriginal social work and human service field education. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 7 (2): 291-316.

L'article décrit l'expérience peu courante d'un partenariat établi en vue de réaliser une recherche-action participative communautaire mettant à contribution des aînés, une agence urbaine autochtone de services communautaires en santé et en services sociaux, des universitaires autochtones et non autochtones ainsi que les répondants. Cette recherche-action visait à faire ressortir des pratiques d'excellence sur le plan culturel résultant de stages étudiants en travail social et humanitaire dans des organismes de santé communautaire autochtones. Celle-ci a fait appel aux méthodes de sécurité culturelle (Irihapeti Ramsden et Diane Wepa, 2007) et de recherche-action participative. Les organisations communautaires ont collaboré à la définition des principes éthiques sous-tendant la recherche, soit la propriété des données, l'éthique, la question du consentement et l'évaluation. L'étude est une adaptation de celles réalisées par Brascoupe et Mann (2001); Duran et Duran (1999); le Justice Institute of BC (2002), Macaulay et al. (1998); Smith (1999); Wallerstein et Duran (2006). Cette recherche a contribué à une meilleure compréhension des relations entre les peuples autochtones et non autochtones et de leurs traditions respectives sur le plan intellectuel et culturel à l'intérieur des partenariats encadrant la réalisation des stages étudiants. Elle a permis d'accroître la connaissance et la compréhension des besoins, valeurs, connaissances, expériences et contributions des peuples autochtones autant en Colombie-Britannique que dans l'ensemble du Canada, et en particulier des besoins des étudiants autochtones effectuant des stages en travail social et humanitaire.

Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. 2007. Plan pour s'attaquer aux problèmes sociaux et de santé 2007-2017. Wendake: CSSSPNQL.

Ce document constitue une mise à jour des nombreuses problématiques de santé auxquelles sont confrontées les communautés des Premières Nations et des disparités de leurs besoins par rapport à ceux de la population canadienne dans son ensemble. Certaines études révèlent, par exemple, que le taux d'obésité est deux fois plus élevé chez les Autochtones que dans la population en général. La mortalité infantile est de 15 % plus élevée dans les communautés des Premières Nations, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) peut affecter entre 1 et 5 enfants et l'allaitement maternel y est moins répandu, parce que les hôpitaux où les femmes autochtones accouchent en font peu ou pas de promotion. Les Autochtones subissent deux fois plus de blessures que la population en général, 15 % des nouveaux cas d'infection au VIH/sida sont détectés chez les Premières Nations et le taux d'hépatite C y est 7 fois plus élevé. Il a également été relevé que les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) sont en croissance. Les membres des Premières Nations sont quatre fois plus exposés à l'inaccessibilité en ce qui a trait aux soins de santé, spécialement dans les communautés rurales et isolées. L'inaccessibilité des services adéquats pour les enfants pendant les six premières années de leur vie,



associée à des habiletés parentales défaillantes, entraîne de sérieux problèmes, notamment l'incapacité de dépister les besoins spéciaux des enfants. Seules 7 communautés sur 33 disposent de centres de santé à long terme, et plusieurs services ne sont pas disponibles. La moitié des membres des Premières Nations ont recours à la médecine traditionnelle, mais près de la moitié des communautés au Québec ont difficilement accès à celle-ci. L'augmentation du financement des soins de santé dans ces communautés a été minime : elle s'établit à 1,6 % entre 1999 et 2004, ce qui est loin de correspondre à l'accroissement de la population, qui est de 11,2 %. Des difficultés se présentent également lorsqu'il s'agit de circonscrire les défis qui se présentent aux communautés : les données empiriques, quantitatives et qualitatives sur les programmes en matière de soins de santé et de services sociaux offerts aux Premières Nations sont conservées dans diverses banques de données gouvernementales et ne sont pas toujours accessibles aux Premières Nations elles-mêmes. Les données qui ont été rendues publiques sont limitées, partielles et incomplètes; elles ne peuvent pas être utilisées pour jeter un éclairage sur la performance globale du système de soins de santé auquel elles ont accès.

Entre autres solutions, le document suggère de procéder à une cartographie des soins de santé dispensés et des carences de façon à tracer un portrait clair des services offerts dans les différentes communautés. Les auteurs proposent également de cartographier les services dans les communautés et de préciser les disparités entre les différents types de prestataires de façon à combler les carences et à assurer un continuum de soins. Ils mentionnent en outre la nécessité de renforcer les ressources humaines par la recherche et le développement. Il a par ailleurs été relevé qu'une personne autochtone sur deux préfère consulter un intervenant autochtone et que plusieurs personnes se privent de recevoir des soins à cause de cette situation. Enfin, la difficulté de disposer de statistiques nuit à la compréhension des besoins éprouvés par chacune des communautés.

DEGAGNÉ, M. 2007. Toward an Aboriginal paradigm of healing: addressing the legacy of residential schools. *Australas Psychiatry*, 15 (Suppl 1): S49-53.

Cet article analyse des éléments-clés d'un rapport portant sur l'héritage des pensionnats et réalisé sous l'égide de la Fondation autochtone de guérison. Au cours des sept premières années de son mandat, cette dernière a financé des recherches quantitatives et qualitatives sur diverses initiatives communautaires et sur leurs retombées, ce qui a jeté les bases d'un fondement empirique sous-tendant des approches de guérison enracinées dans les connaissances autochtones. Degagné constate que les individus et les communautés engagés dans des processus de guérison par suite de l'expérience vécue dans les pensionnats évoluent à travers quatre phases à la fois séquentielles et récurrentes.

FARKAS, C.S. et Shah, C. 1986. Public health departments and Native health care in urban centers. *Canadian Journal of Public Health*, 77(4): 274-277.

Les besoins en matière de santé des peuples autochtones vivant en milieu urbain au Canada sont peu connus. Dans leur étude, les auteurs se penchent sur les réalisations des services de santé publique et sur l'application de leurs programmes en matière de santé.



FLEMING J., Ledogar, R.J. 2008. Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. Pimatisiwin, 6(2): 7-23.

Cette recension de la littérature, qui a fait l'objet de plusieurs phases au cours des 40 dernières années, aborde divers sujets en lien avec la résilience. La résilience est généralement définie comme étant une forme d'adaptation positive à l'adversité. Les psychologues en sont venus à reconnaître que la résilience tirait sa source de l'individu, ce qui conduisit à rechercher les facteurs de résilience dans le contexte individuel, familial, communautaire et, plus récemment, culturel. Outre l'apport que la communauté et la culture exercent sur la résilience des individus, on s'intéresse de façon croissante à la résilience comme faisant partie intégrante de communautés entières et de groupes culturels. Les chercheurs contemporains ont mis au jour le fait que les facteurs de résilience varient selon différents contextes de risques, ce qui a amené à conclure que la résilience est avant tout un processus. Afin de circonscrire le processus de résilience dans un contexte particulier, il importe de reconnaître et de mesurer le risque encouru et, à cet égard, d'admettre que la discrimination perçue ainsi que l'historique des traumatismes subis font partie de l'environnement de plusieurs communautés autochtones. Fleming et Ledogar suggèrent ainsi cinq domaines pouvant donner lieu à des recherches principalement axées sur les jeunes : tout d'abord, des études nous offrant une meilleure compréhension des facteurs qui permettent à certains jeunes autochtones de réagir de façon plus positive au risque et à l'adversité alors que ce n'est pas le cas pour d'autres; puis, des études de cas fournissant la confirmation empirique de la théorie de la réintégration résiliente chez les jeunes Autochtones; troisièmement, davantage d'études comparatives sur le rôle joué par la culture dans la résilience; quatrièmement, des études visant à mieux faire comprendre comment on peut aider les jeunes Autochtones qui n'appartiennent pas à des communautés autogérées démontrant une forte continuité culturelle, notamment ceux qui vivent en milieu urbain, à devenir résilients ou à continuer à l'être; et cinquièmement, des études faisant davantage appel à des chercheurs autochtones qui peuvent apporter une vision non linéaire du monde à la recherche sur la résilience.

FLEMING, J., Ledogar, R.J. 2008. Social capital and resilience: A Review of concepts and selected literature relevant to Aboriginal youth resilience research. Pimatisiwin, 6(2): 25-46.

Les auteurs mettent en évidence la capacité de la recherche sur la résilience à lier l'information recueillie sur le capital social des communautés aux données individuelles et à reconnaître que des individus peuvent se montrer résilients même si les communautés dans lesquelles ils vivent disposent d'un capital social faible ou même négatif. Ils considèrent le capital social comme un atout ou une ressource sous-tendant la résilience qui peut se révéler être une caractéristique inhérente à la communauté ou à l'individu. Sur le plan individuel, le capital social se conçoit comme résultant des relations qu'entretient une personne avec les ressources sociales disponibles. Perçu comme étant une caractéristique des communautés, il se traduit par des composantes telles que la confiance, la réciprocité, l'action collective et la participation. Fleming et Ledogar recommandent que la recherche future porte davantage attention au potentiel de capital social que présente la spiritualité autochtone, à la comparaison des différences rurales-urbaines dans la notion de capital social et à une meilleure compréhension des facteurs qui sous-tendent la résilience des jeunes Autochtones lorsque le capital social est déficient.



FRIEDERICHS-FITZWATER, M.M., Navarro, L. et Taylor, S.L. 2010. A value-based approach to increase breast cancer screening and health-directed behaviors among American Indian women. *Journal of Cancer Education*, 2(4): 582-587.

Les auteurs de la présente recherche privilégient l'utilisation de groupes de discussion et d'entrevues avec des femmes autochtones des États-Unis et de l'Alaska afin d'en apprendre davantage sur les croyances et les connaissances au sujet du cancer du sein et d'expérimenter, au moyen d'un DVD multimédia interactif, un prototype du programme qui en a résulté sur la sagesse des mères en rapport avec le cancer du sein. FRIEDERICHS-FITZWATER et ses collègues ont fait appel, pour la conception pré et post-test, à un sondage à choix multiples portant sur les connaissances, les attitudes et les croyances. L'instrument consiste en une adaptation du sommaire du Système de surveillance des facteurs de risque comportemental tiré du National Behavioral Risk Factor Surveillance System (Department of Health and Human Services (USDHHS) [1999]). Les auteurs se sont également inspirés de l'outil d'évaluation du risque en matière de santé adapté aux autochtones pour ce qui est de la collecte et de l'analyse des données. Outre les éléments concernant les connaissances et les attitudes, d'autres questions portent sur les données démographiques (âge, état civil, nombre d'enfants, degré d'instruction, revenu et type d'assurance) et sur la date du dernier examen clinique et de la dernière mammographie.

GONE, J. 2009. A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4): 751-762.

Dix-neuf membres du personnel et des clients d'un centre de guérison ont été interviewés aux fins de la présente étude qui porte sur les moyens thérapeutiques utilisés pour traiter les traumatismes résultant de l'héritage des Premières Nations. L'étude repose sur des entrevues ouvertes et semi-structurées et sur des récits de vie. Des questions ont également porté sur des éléments de nature thérapeutique. Le questionnaire comportait 40 éléments ayant trait à la formation et à la pratique thérapeutiques et 45 éléments concernant les qualités des intervenants et les expériences de traitement. Dans toutes les entrevues, on a veillé à faire ressortir, dans le cadre des échanges mutuels au cours des conversations, quelle signification le personnel et les clients accordaient à la guérison. Selon l'étude, les conseillers constatent que les souffrances subies par leurs clients entraînent un dysfonctionnement à l'âge adulte, y compris la toxicomanie. Ces conseillers sont d'avis qu'il importe de verbaliser ces souffrances afin d'en surmonter les effets et que, en s'en libérant, les personnes pourraient adopter des habitudes permanentes d'introspection et d'épanouissement personnel. Finalement, un tel cheminement vers la guérison pourrait conduire à réclamer son héritage autochtone, son identité et sa spiritualité, ce qui, selon l'avis du personnel, neutraliserait les effets négatifs de la colonisation.



GONE, J.P. 2010. The red road to wellness: Cultural reclamation to wellness: Cultural reclamation in a Native First Nations community treatment center. American Journal of Community Psychology, 47(1-2): 187-202.

Cette recherche fait partie de cinq études empiriques commandées par la Fondation autochtone de guérison (FAG). Elle fut réalisée sous l'égide du Canadian National Network for Aboriginal Mental Health Research et l'ensemble du projet a été financé par l'Institut de recherche en santé du Canada. Afin de faire ressortir l'aspect culturel mis en valeur par un centre médical situé dans une communauté, des entrevues ouvertes et semi-structurées ont eu lieu avec dix-neuf prestataires de soins et patients. Les protocoles d'entrevues pour l'ensemble des cinq études de la FAG ont été conçus par Waldram (2008). L'un des protocoles a été élaboré pour convenir à un conseiller dans le programme et un autre pour un client qui a soumis un récit de vie, auxquels 40 éléments ont été ajoutés : signification et facilitation de la guérison (26 questions), formation à l'intervention thérapeutique (4 questions), activités thérapeutiques et interactions avec les clients (10 questions). Le protocole concernant les clients comprenait de l'information sur les données démographiques (15 questions), la signification de la guérison (7 questions), les expériences de traitements reçus (6 questions) et les qualités d'un bon thérapeute ou guérisseur (17 questions). Chaque entrevue pouvait durer entre 30 minutes et trois heures. Afin d'obtenir des conclusions plus précises, les chercheurs se sont également livrés à l'observation participative, ont consulté de la documentation sur le programme, des dossiers et le matériel ethnographique existant.

Groupe de Recherche Environics Limitée. 2009. Étude sur les Autochtones en milieu urbain. Ottawa: Institut Environics.

L'étude sur les Autochtones en milieu urbain (EAMU) a été réalisée par une entreprise indépendante en 2009 parmi la population autochtone de 11 centres urbains au Canada. À Montréal, 250 résidants, se désignant eux-mêmes comme Autochtones, ont répondu au sondage; 67 % ont déclaré appartenir aux Premières Nations, 30 % se sont dits Métis et 3 % Inuit. À l'intérieur de cet échantillon, 10 % des répondants ont affirmé être sans statut. Près de la moitié d'entre eux étaient âgés de 45 ans et plus, et l'échantillon respectait la parité des genres (50 % pour chaque groupe). En tout, 41 % des répondants possédaient un diplôme de niveau collégial, alors que la proportion de ceux qui détenaient un diplôme secondaire ou n'avaient aucun diplôme était à peu près la même que celle relevée dans l'échantillon (24 % et 23 % respectivement) et que 12 % détenaient un diplôme universitaire. La grande majorité des répondants (86 %) étaient nés et avaient grandi à l'extérieur de Montréal, alors que 14 % ont déclaré avoir passé toute leur vie à Montréal. Parmi ceux qui avaient grandi dans une ville (25 personnes), 53 % ont indiqué que leurs parents étaient originaires d'une communauté des Premières Nations et 26 % que leurs parents et leurs grands-parents venaient d'un établissement, d'une municipalité ou d'une ville, mais pas d'une réserve. L'étude cherchait à en connaître davantage sur une variété de sujets touchant à l'expérience urbaine des personnes autochtones, par exemple : leur perception de la ville, leurs plans d'avenir, les raisons les ayant amenées à quitter leur communauté et les différents services auxquels elles ont recours ou dont elles auraient besoin pour améliorer leur qualité de vie. En comparant les statistiques sur le nombre de répondants et la répartition par sexe et groupes d'âge, on constate qu'elles correspondent à celles recueillies par Statistique Canada en 2006, ce



qui en fait une source fiable pour étudier plusieurs sujets qui n'ont pas été abordés dans l'enquête nationale officielle. En mettant l'accent sur la population urbaine, l'étude fait ressortir un phénomène de plus en plus prononcé parmi la population autochtone du Canada.

HERBERT, E., McCannell, K. 1997. Talking back: Six First Nations women's stories of recovery from childhood sexual abuse and addictions. Canadian Journal of Community Mental Health, 16(2): 51-67.

Cet article se penche sur la violence interpersonnelle et la toxicomanie expérimentées par les femmes autochtones à une époque qui voit renaître les mouvements culturels des Premières Nations. Les auteurs cherchent par ailleurs à construire un discours sur la guérison qui intègre et reflète l'expérience vécue des femmes autochtones ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance et qui sont devenues toxicomanes. Les données ont été recueillies au cours d'entrevues interactives avec six femmes (âgées de 25 à 53 ans), enregistrées sur cassettes audio conçues selon une approche exploratoire, émancipatoire, féministe et qualitative. Des six récits recueillis, quatre thématiques ont émergé à partir de 10 sous-textes, soit l'alcoolisme et les toxicomanies, les sévices sexuels, le processus de guérison et les problématiques de genre. Quatre femmes ont été vues une troisième fois, afin qu'elles puissent réagir aux thématiques retenues pour synthétiser les données. Les résultats ont révélé que le genre et la culture étaient au cœur du processus de guérison pour les femmes.

Institut national de santé publique du Québec et Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. 2009. Bilan de la recherche en santé des Premières Nations et des Inuit du Québec de 1986 à 2006. Institut National de Santé publique du Québec et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Il s'agit d'un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec qui réunit 40 000 recherches provenant de la Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) sur une période de 20 ans. Le rapport met en évidence des éléments précis et variés en ce qui a trait aux besoins et aux problématiques en matière de santé de segments particuliers de la population autochtone du Québec de même que les réalités auxquelles ils font face. Cette compilation présente une ventilation par groupes d'âge, par sexe et par régions, mais ne considère pas la situation propre à la population urbaine.



IWASAKI, Y., Bartlett, J. et O'Neil, J. 2005. Coping with stress among Aboriginal women and men with diabetes in Winnipeg, Canada. Social Science and Medicine, 60(5): 977-88.

Cette étude a pour but de mieux comprendre les moyens utilisés par les Autochtones aux prises avec le diabète pour surmonter le stress. Sa méthodologie repose sur une série de groupes de discussion réunissant des hommes et des femmes autochtones et métis touchés par le diabète à Winnipeg, Manitoba (Canada). Une analyse thématique croisée des résultats permet de dégager trois thématiques globales : premièrement, il importe de reconnaître les forces individuelles et collectives des Autochtones aux prises avec le diabète et de les utiliser pour faciliter la guérison et composer avec le stress et les traumatismes; en deuxième lieu, la guérison est un processus holistique qui vise à maintenir l'équilibre et l'harmonie entre l'esprit, le corps et la spiritualité; et, troisièmement, des moyens efficaces de composer avec le stress et de guérir des traumatismes entraînent potentiellement des transformations positives chez les peuples et les communautés autochtones à la fois sur le plan individuel et collectif. Les auteurs ont également dégagé les sous-thématiques suivantes : interdépendance/relation, spiritualité/transcendance, enculturation/renforcement de l'identité culturelle autochtone, autocontrôle/autodétermination/expression de soi et rôle des loisirs comme moyens de mieux composer avec le stress et de guérir des traumatismes.

JACOBS, K. et Gill, K. 2007. The lives of Urban Women: A Survey of Help-Seeking Aboriginal and Non-Aboriginal Women in Montreal; McGill University Health Center and Psychiatry Department. McGill University. Montréal.

Dans cette étude, Jacobs passe en revue la documentation existante et rapporte les résultats d'une enquête sur les démarches de recherche d'aide de la part de femmes autochtones et allochtones de Montréal. Elle relève que, en 2002, un tiers des 202 femmes autochtones interviewées ont déclaré avoir un problème de toxicomanie et qu'il y avait un niveau élevé de consommation d'alcool et de drogues dans leur famille. Selon Santé Canada, l'alcool et la toxicomanie sont considérés comme étant les principaux facteurs expliquant le taux de décès élevé résultant de blessures intentionnelles ou non. Les résultats de sa recherche révèlent et que les femmes autochtones connaissent davantage de grossesses dans leur vie que les femmes allochtones. Ces dernières ont davantage tendance à consulter un omnipraticien pour obtenir des soins, alors que les femmes autochtones se tournent davantage vers les hôpitaux et les cliniques; 46 participantes ont par ailleurs affirmé ne pas avoir cherché à obtenir de soins médicaux. Les raisons pour lesquelles elles n'ont pas sollicité d'attention médicale sont les suivantes : elles souhaitent résoudre elles-mêmes le problème (66,7 %), elles s'attendaient à ce que le problème se règle de lui-même

(52,2 %); elles ont cherché à obtenir des soins dans le passé, mais cela ne les a pas aidées (37 %); elles étaient d'avis que l'aide reçue ne servirait à rien (33,3 %); elles ne savaient pas où s'adresser pour obtenir de l'aide (26,1 %).



Les résultats ont révélé que 77,3 % des répondantes possédaient une carte d'assurance sociale, 85,5 % une carte d'assurance-maladie et 69,2 % avaient une copie de leur extrait de naissance. Globalement, 61,2 % des femmes autochtones possédaient un certificat de statut d'Indien ou un document

d'identification comme bénéficiaire inuit, qui sont requis pour obtenir des services dans les centres de traitement contre l'abus d'alcool et la toxicomanie pour les Autochtones et pour se prévaloir des services de santé non assurés par le gouvernement fédéral, et 70,3 % des femmes autochtones ont répondu qu'elles avaient accès à un centre médical offrant des soins exclusivement aux membres des Premières Nations. La plupart des femmes présentaient de la détresse psychologique et plus des deux tiers avaient été traitées pour des problèmes de nature psychologique dans leur vie. Les femmes autochtones rapportent des taux moindres de dépression récente et sont moins susceptibles d'avoir reçu des ordonnances pour des médicaments. Celles-ci fument davantage, elles ont consommé du cannabis et ont dépensé davantage d'argent pour se procurer de l'alcool au cours du dernier mois. Elles consomment également du cannabis depuis un nombre d'années plus élevé, et la probabilité qu'elles aient été traitées pour un problème lié à l'alcool ou à la toxicomanie est plus élevée. Trois femmes sur quatre ont rapporté avoir subi des sévices de nature physique, sexuelle et psychologique dans leur vie. Par ailleurs, l'étude fait ressortir que les femmes ayant subi des sévices sexuels appartenant au même groupe d'âge, avaient une vie maritale et un niveau d'instruction similaires présentaient la même probabilité de se trouver sans emploi et de mener le même mode de vie au cours des trois dernières années. Les femmes autochtones ayant subi des sévices sexuels au cours de leur enfance rapportaient avoir fait un nombre significativement plus élevé de tentatives de suicide. Finalement, plus de la moitié des répondantes souffraient d'un problème de santé chronique et la plupart avaient cherché de l'aide pour régler un problème médical au cours de la dernière année. Les résultats de l'étude font ressortir les profondes carences d'accès à des soins de santé et le besoin criant d'accroître la sensibilisation et l'éducation en vue de mettre à la disposition de ces populations des services qui répondent adéquatement à leurs besoins.

JEFFREY, B.L. 1999. Social determinants of self-rated health: The interaction of gender with socioeconomic status and social relationships in the Yukon. Thèse de doctorat, University of British Columbia, 258 p.

Dans cette étude qui porte sur les déterminants de la santé l'accent est mis sur trois facteurs de l'environnement social qui, individuellement ou collectivement, influent sur l'état de santé : le genre, le statut socioéconomique et les relations sociales entretenues par les gens. Elle a pour but de vérifier si les relations sociales tempèrent les effets du statut socioéconomique sur la perception que les gens ont de leur état de santé et de déterminer si ces effets diffèrent entre les femmes et les hommes. La modélisation par équations structurelles, qui a conduit à formuler les questions, a servi à concevoir un modèle théorique et à évaluer les relations faisant l'objet d'hypothèses. Les analyses ont été réalisées en utilisant LISREL qui a permis de traiter les données fournies par 1 239 habitants allochtones du Yukon ayant participé à l'enquête sur la promotion de la santé menée sur le territoire en 1993. Les résultats font ressortir que le revenu du ménage joue un rôle significatif dans la santé des femmes et des hommes en influant sur certains aspects de leurs relations sociales. Jeffrey est d'avis que l'attention portée aux déterminants de la santé offre l'occasion de contribuer à la réforme en cours dans le système de soins de santé au niveau provincial et fédéral. Les résultats contribuent également à notre compréhension des effets du statut socioéconomique sur la santé, car ce dernier favorise les interactions entre les hommes et les femmes à l'intérieur d'un ensemble où différents aspects des relations sociales



tempèrent les effets du revenu sur l'état de santé. En outre, les résultats confirment l'existence de mécanismes associés au genre par lesquels le niveau de revenu influe sur la perception que les personnes ont de leur état de santé en façonnant leurs relations sociales, la qualité de celles-ci et le soutien qu'elles offrent. Les outils utilisés dans cette étude peuvent être employés dans notre propre évaluation des besoins, et les résultats obtenus pourraient se révéler utiles en cernant des réalités pouvant très bien correspondre à celles rencontrées ici, à Montréal.

JOHNER, R., Gingrich, P. et Jeffrey, B. 2008. Does aboriginal identity make a difference? Single Mothers and Exclusion in Health. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 6(1): 137-160.

Cet article s'attarde aux relations entre la santé, l'exclusion sociale et le versement de prestations d'aide sociale dans une perspective holistique chez les mères monoparentales autochtones et allochtones en Saskatchewan. Les données croisées utilisées dans cette étude proviennent d'une enquête postale réalisée à l'été 2007 auprès d'un échantillon aléatoire de répondantes monoparentales en Saskatchewan (Canada). Le questionnaire comportait des variables portant sur l'auto-évaluation de la santé, les facteurs d'exclusion liés à l'éducation, aux mécanismes de soutien et aux réseaux sociaux, au degré de contrôle sur sa vie ainsi qu'aux caractéristiques sociodémographiques, notamment la présence de handicaps, l'âge, le fait d'avoir des enfants de 5 ans et moins, le revenu mensuel ainsi que le versement de prestations d'aide sociale. En tout, on a posé 68 questions, dont 12 portaient sur les renseignements personnels, tels que l'identité autochtone, le degré d'instruction, le niveau de revenu et l'auto-évaluation de la santé. Les auteurs ont utilisé le « Instrumental Support Evaluation List » (ISELF-SF) (Cohen and Christie, 1983) pour évaluer le soutien perçu; le Spheres of Control, third edition (SOC-3) (Paulhus and Christie, 1981) pour évaluer l'auto-contrôle; et le Social Network Index (SNI) (Cohen, 1991) a servi à déterminer la densité d'un réseau. L'étude, de même que le pré-test sur le questionnaire utilisé pour le sondage (Johner et al., 2007), ont été jugés conformes à l'éthique en matière de recherche par le conseil sur l'éthique en recherche de l'université de Regina. Se basant sur l'analyse transversale, les chercheurs recommandent d'intégrer certaines interventions aux politiques d'aide sociale en vue de donner la priorité à l'éducation, à la formation conduisant les mères à devenir des ressources de soutien pour leurs consœurs et à l'apprentissage des compétences de vie de façon à développer la confiance en soi chez les mères monoparentales en Saskatchewan.

KING, J. 1999. Access to health care for American Indians and Alaska Natives: A comparative approach. Thèse de doctorat, University of Wisconsin, Madison, 235 p.

King se fonde sur le supplément comprenant l'enquête sur les Autochtones des États-Unis et de l'Alaska (SAIAN) annexé à l'enquête nationale sur les dépenses en matière de santé menée en 1987 (NMES) pour étudier l'accès aux soins de santé des Autochtones des États-Unis et de l'Alaska vivant dans des réserves. Plus particulièrement, l'étude cherche à déterminer si l'accès aux soins de santé des Autochtones des États-Unis et de l'Alaska vivant dans des réserves diffère de celui d'autres groupes défavorisés sur le plan économique et, dans un tel cas, de quelle façon. S'inspirant du cadre conceptuel bien connu qu'Aday et Andersen ont mis au point, l'auteur analyse l'utilisation des soins de santé faite par les Autochtones des États-Unis et de l'Alaska vivant dans des réserves et les obstacles potentiels



auxquels ils s'exposent lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins. Les résultats démontrent que des barrières existent, et l'étude se penche sur les conséquences qu'elles entraînent. Nous pouvons nous inspirer de cette étude pour reconnaître les barrières que doit franchir la population autochtone de Montréal afin d'avoir accès à des soins de santé.

KIRMAYER, L.J., Simpson, C., et Cargo, M. 2003. Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(Supplement): 15-23.

L'article décrit la façon dont les pratiques et la vision du monde propres aux Autochtones ont été utilisées comme outils dans le processus de guérison sur le plan individuel et collectif par plusieurs communautés des Premières Nations. Il explique comment de nombreuses activités traditionnelles de subsistance sont profondément intégrées aux croyances religieuses et spirituelles de même qu'aux réseaux de relations familiales et communautaires. Les politiques coloniales du gouvernement canadien ont entraîné chez plusieurs peuples autochtones une perte d'estime de soi à la fois individuelle et collective, ce qui s'est traduit par une dépossession et une perte d'autonomie et, souvent, par la destruction des communautés. En se tournant vers la terre et en prenant part à des activités culturelles, ces individus et communautés perturbés ont pu rétablir le lien avec leurs coutumes antérieures au premier contact. Les auteurs affirment que les revendications territoriales et l'aspiration à l'autonomie gouvernementale peuvent également être considérées comme des exemples de renforcement culturel et de réappropriation, même lorsque ces nouvelles formes de gouvernement s'apparentent à des styles politiques contemporains. Ils perçoivent la fusion des services médicaux traditionnels et modernes comme un modèle efficace pouvant bénéficier aux personnes autochtones cherchant à obtenir des soins pour des problèmes de santé autant physiques que psychologiques.

LANG, C., Macdonald, M.E. et Lévesque, M.J. 2010. Kadiminekak Kiwabigonem: Barriers and facilitators to fostering community involvement in a prenatal program in an Algonquin community. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(1): 55-82.

Cette étude a pour objectif de comprendre les barrières et les facteurs de facilitation à considérer afin d'inciter une communauté à s'engager dans le développement et l'implantation d'un programme prénatal à partir du cas de la communauté algonquine de Rapid Lake. Les auteurs se sont penchés sur les besoins des femmes aux stades pré et post-natal à Rapid Lake et sur les moyens d'y répondre. Ils ont utilisé la méthodologie de l'ethnographie focalisée, couramment employée dans les sciences de la santé axées sur la dimension communautaire en vue de l'élaboration de programmes de services de santé. Celle-ci met l'accent sur les actions, les interactions et les situations sociales et fait appel aux groupes de discussion, aux entrevues et à l'observation participante. Les Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones (2007) ont encadré la présente étude et le Conseil de révision institutionnelle de l'université McGill l'a approuvée. Deux groupes de discussion, d'une durée de 60 à 90 minutes, ont été organisés, l'un réunissant des infirmières et l'autre des travailleurs communautaires du secteur de la santé. Les entrevues ont été réalisées soit individuellement soit en présence d'amis et de membres de la famille et ont duré entre 20 et 60 minutes. Les observations ont porté sur les caractéristiques et la condition des individus, les activités et les interactions, la communication verbale et non verbale et les caractéristiques de l'environnement. Cette méthode se



prête particulièrement bien à la recherche chez les Premières Nations, car il a été démontré que la communication non verbale peut se révéler autant sinon plus significative que la communication verbale chez ces dernières. Les résultats font ressortir que les barrières à l'engagement de la communauté résultent de tensions politiques, de l'historique des relations entretenues avec les institutions gouvernementales, de la connaissance de la culture, de la langue, de la littéracie et de l'absence d'évènements faisant la promotion de la santé dans le milieu.

LASSETTER, J.H. 2011. The integral role of food in Native Hawaiian migrants' perceptions of health and well-being. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1): 63-70.

Dans cette étude, l'auteur s'est servi d'une description qualitative inspirée de la philosophie constructionniste interprétative afin d'analyser l'information tirée d'entrevues semi-structurées. Contrairement à la méthode qui consiste à sélectionner des options à l'intérieur d'une série prédéterminée et donnant lieu à une interprétation uniforme et préétablie, comme c'est le cas dans les études descriptives quantitatives, la méthodologie utilisée a permis aux participants d'approfondir le sujet et de partager leurs points de vue personnels sans qu'on puisse présumer des conclusions.

LAVOIE, J.G. 1993. Public health politics in Nunavik health care: Shared concepts, divergent meanings. Mémoire de maîtrise, McGill University, 97 p.

L'intérêt de ce mémoire, c'est qu'il fournit de l'information sur la prestation des services de santé au Nunavik d'où sont originaires de nombreux Inuit vivant à Montréal. Il présente une vue d'ensemble de la mise en place de ces services à la suite de la signature de la Convention de la Baie James, tout en s'attardant à la rhétorique employée afin de promouvoir, définir et encadrer la vision de la santé transmise au niveau régional et à l'échelle des communautés. Il serait pertinent de retenir les conclusions de cette étude afin de nous préparer aux défis que nous aurons à relever lors de nos négociations avec le gouvernement du Québec pour le développement de notre futur centre de santé.

LEHAVOT, K., Walters, K.L. et Simoni, J.M. 2010. Abuse, mastery, and health among lesbian, bisexual, and two-spirit American Indian and Alaska Native women. *Psychology of Violence*, 1(8): 53-67.

Cette étude repose sur des entrevues réalisées avec 152 femmes autochtones des États-Unis et de l'Alaska dans le cadre d'une recherche portant sur les préoccupations en matière de santé des personnes aux deux esprits. Les outils utilisés comprennent les suivants : Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein, Fink, Handelsman, & Foote, 1994), Index of Spouse Abuse-Physical Scale (ISA-P), version modifiée du ISA-P, Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995), Mastery Scale & Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS- HIV) (Pearlin and Schooler's (1978). Ce dernier comporte 35 questions portant sur dix aspects du fonctionnement et du bien-être, y compris les limitations dans les activités physiques, le fonctionnement et les rôles sociaux, le fonctionnement cognitif, la douleur, la santé mentale, l'énergie, la détresse résultant de son état santé, la qualité de vie et la santé globale. Les participantes ont rapporté une proportion élevée d'agressions sexuelles (85 %) et physiques (78 %), ces deux réalités étant associées à une détérioration générale de la santé mentale et physique. Cette corrélation se traduit généralement par l'impression d'une perte de contrôle ou de



maîtrise sur sa vie. Les auteurs soulèvent la pertinence de jeter un regard plus conforme à la réalité autochtone sur le concept de maîtrise. Ils font également ressortir l'urgence de concevoir des interventions visant à réduire le niveau de violence et d'accroître la capacité de maîtrise chez les minorités sexuelles parmi les femmes autochtones des États-Unis et de l'Alaska.

MACAULAY, A.G. 1994. Ethics of research in Native Communities. Canadian Family Physician, 40: 1888-1890.

Dans cette publication, Macaulay décrit les exigences particulières à respecter lorsqu'on fait de la recherche chez les communautés autochtones. Premièrement, les chercheurs devraient se demander si les résultats de leurs travaux vont profiter aux communautés, si les sujets vont pouvoir participer librement à l'étude, comprendre clairement dans quelle démarche ils s'engagent et avoir la latitude de s'en retirer sans risquer que les soins médicaux qu'ils reçoivent soient interrompus. Les chercheurs doivent garantir la confidentialité et s'assurer que l'étude fait l'objet d'une évaluation continue. Par ailleurs, les communautés associées à une recherche doivent disposer de leurs propres critères pour déterminer si elles comprennent bien la nature des questions, les avantages potentiels, les risques possibles et la confidentialité et si elles détiennent la propriété des données.

MACAULAY, A.C. 1988. The history of successful community-operated health services in Kahnawake, Québec. Can Fam Physician, 34: 2167-2169.

Cet article décrit l'historique de l'implantation de services de santé à Kahnawake, analyse les raisons du succès du Kateri Memorial Hospital Centre (KMHC) et relève certaines des difficultés rencontrées. Le KMHC dispense un ensemble bien intégré de soins spécialisés de haute qualité et de services de prévention à la communauté mohawk qui compte 5 409 habitants (1985). Depuis 1955, la direction et le personnel du centre hospitalier se recrutent principalement parmi les membres de la communauté. L'auteur souhaite que l'expérience du KMHC profite à d'autres communautés autochtones qui désirent s'approprier leurs services de santé ainsi qu'au personnel allochtone qui prodigue des soins professionnels.

MANSON, S.M. et Buchwald, D.S. 2007. Enhancing American Indian and Alaska Native health research: A multi-faceted challenge. Journal of Interprofessional Care, 21(S2): 31-39.

La qualité, la pertinence, l'opportunité et les retombées de la recherche en santé publique chez les Autochtones des États-Unis et de l'Alaska se sont grandement améliorées au cours des dernières décennies. Ces progrès sont attribuables à un meilleur ajustement entre les méthodes de recherche et les contraintes sur le terrain, au nombre accru de scientifiques autochtones dans les équipes de recherche, à l'importance désormais accordée à une collaboration significative entre les chercheurs et les communautés participantes et aux nouveaux investissements fédéraux dans l'infrastructure qui sous-tend la recherche sur la santé chez cette population particulière. La publication expose les leçons tirées de ces récents progrès et met en évidence les possibilités de réaliser de nouveaux gains tout en soulignant la nécessité d'accroître la capacité de mener des recherches en santé pertinentes pour l'élaboration de politiques bénéficiant aux Autochtones des États-Unis et de l'Alaska.



MARBELLA, A.M., Mickey, C.H. et Diehr, S. 1998. Use of Native American healers among Native American patients in an urban Native American health center. Archives of Family Medicine, 7(2): 182-185.

Pour son étude, Marbella utilise des outils mis au point par le groupe consultatif, comprenant à la fois des questions structurées et des questions ouvertes, en vue de déterminer jusqu'à quel point les clients font appel aux guérisseurs traditionnels dans un centre de santé. Les questions ouvertes ont permis aux patients de partager, tout au long de l'entrevue, leurs expériences personnelles avec leurs guérisseurs pendant les consultations. Les renseignements démographiques portaient sur l'âge, le sexe et la nation d'appartenance. L'information recueillie sur les consultations avec les guérisseurs traditionnels autochtones et les médecins conventionnels portait sur : la consultation de guérisseurs traditionnels ou le désir de les consulter (ou les deux options), les types de guérisseurs consultés, les rites et les cérémonies auxquels le patient a participé, les raisons motivant la consultation d'un guérisseur, l'évaluation des conseils reçus des guérisseurs et des médecins. Il a en outre été demandé aux répondants de préciser si le médecin était au courant de la consultation simultanée d'un guérisseur. Les entrevues ont été réalisées auprès d'un échantillon de 150 patients sélectionnés en fonction d'une méthode pratique : les patients qui ont été recrutés pour participer à la recherche sont ceux qui avaient un rendez-vous médical les journées où les assistants de recherche étaient présents à la clinique.

MARKS, E., Cargo, M.D. et Daniel, M. 2006. Constructing a health and social indicator framework for Indigenous community health research. Social Indicators Research, 82: 93-110.

Ce document décrit un outil visant à élaborer un cadre conceptuel universel pouvant s'appliquer à la recherche chez les peuples autochtones. Les auteurs affirment que cette nomenclature d'indicateurs autochtones permet aux communautés, aux chercheurs en santé publique et aux bailleurs de fonds de comparer les indicateurs et de sélectionner ceux qui sont les plus appropriés à des contextes particuliers à partir de la gamme d'indicateurs existants. Cet outil combine 33 cadres d'analyse provenant de diverses organisations et agences et repose sur le « système allemand d'indicateurs sociaux » (German Social Science Infrastructure Services Social Indicators Department, 2004). En tout, on a retenu 10 indicateurs utilisés dans les communautés autochtones (y compris des indicateurs utilisés par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada [MAINC], 2000; division de la Santé des Premières Nations, des Inuit et des Autochtones de Santé Canada, 2003; etc.). L'outil comprend plus de 142 éléments regroupés en thématiques (7 éléments), domaines (22 éléments), nature des objectifs (101 éléments), groupes d'indicateurs (112) et indicateurs (illimité). Un tel outil peut se révéler utile pour repérer les indicateurs spécifiques réputés être importants aux yeux des agences gouvernementales, comme MAINC et l'Agence de la santé publique du Canada.



McCORMICK, R.M. 2000. Traditions in the treatment of substance abuse. Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling, 34(1): 25-32.

Cette publication décrit les traditions et la philosophie sous-jacentes aux stratégies efficaces de traitement des dépendances utilisées par les peuples autochtones au Canada. Elle expose comment la révélation du sens et la guérison qui en découle chez les clients autochtones sont accentuées par des stratégies de traitement des dépendances qui facilitent la reprise de contact avec les valeurs culturelles et les traditions. Pour les peuples autochtones traditionnels, il peut être honteux et embarrassant d'admettre un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme, ce qui pose un obstacle à l'accès aux soins de santé réguliers. L'auteur souligne que les Autochtones ont besoin de beaucoup de temps et d'expérience avant de pouvoir se confier à un thérapeute et établir une relation efficace, car la confiance et l'intimité ne sont pas facilement partagées avec des étrangers. Les exemples fournis illustrent pourquoi les programmes de traitement de l'alcoolisme reposant sur le modèle médical privilégié par plusieurs prestataires de services dans le système régulier se heurtent à l'échec avec les peuples autochtones. L'auteur est d'avis que les personnes autochtones ont repris contact avec leur « esprit », partie importante de la personne intégrale, grâce à des traitements efficaces de la toxicomanie et de l'alcoolisme adaptés aux besoins culturels.

*Bibliographie
Annotée*

McKEE, G., Clarke, F. et Kmetc, A. 2009. Health practitioners' perspectives on the barriers to diagnosis and treatment of diabetes in Aboriginal People on Vancouver Island. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 7(1): 49-64.

Cette étude se penche sur les barrières empêchant les Autochtones aux prises avec le diabète d'obtenir des soins du point de vue des prestataires de services de santé de l'île de Vancouver. Un questionnaire non normalisé comprenant des questions à choix multiples et des questions ouvertes a été remis à 33 prestataires de soins de santé de l'île de Vancouver intervenant auprès de membres des Premières Nations aux prises avec le diabète; 18 formulaires ont été remplis. L'échantillon était limité aux intervenants individuels en santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et bénévoles) de l'île de Vancouver. Il s'agissait d'une enquête maison comportant des questions à choix multiples avec des questions ouvertes (26 éléments) et en questions ouvertes (2 éléments). Ces éléments se répartissaient en 4 sections : contexte d'intervention, intervenant, barrières et solutions possibles pour éliminer les barrières. Cette dernière section se subdivisait en 5 sous-sections : géographique, culturelle, financière, éducative et systémique. L'étude a été approuvée par le sous-comité conjoint Uvic/VIHA sur l'éthique en recherche. Bien que les participants aient fait ressortir certaines barrières spécifiques, la tendance générale qui se dégage va dans le sens des perceptions des patients autochtones et des constatations relevées par les chercheurs dans la recension de littérature. Les solutions proposées pour éliminer les barrières aux soins de santé se concentrent sur la disparité régionale dans la répartition des ressources en soins de santé ainsi que sur le respect à démontrer envers la vision du monde des Autochtones dans la pratique médicale occidentale.



McLEAN, A.M. 1997. Eskimo native healing and the treatment of mental illness. Mémoire de maîtrise, University of Alaska – Anchorage, 62 p.

Dans son mémoire, McLean présente une vue d'ensemble de l'histoire des pratiques traditionnelles de guérison des Inuit et de l'incidence de la perspective inuite dans le traitement de la maladie mentale. Cette étude pourrait contribuer à mieux comprendre les modes de guérison employés par les Inuit qui viennent s'établir à Montréal.

MELLOR, D. 2004. Responses to racism: a taxonomy of coping styles used by Aboriginal Australians. Am J Orthopsychiatry, 74(1): 56-71.

L'auteur de la présente étude relève le défi, posé par la psychologie sociale, d'analyser comment les personnes victimes de racisme y font face. Il passe en revue les précédentes initiatives d'élaboration de taxonomies de réactions au racisme, à la discrimination et à l'oppression et analyse les données résultant d'entrevues semi-structurées réalisées avec 34 Autochtones australiens. Le questionnaire aborde les expériences vécues de racisme et les réactions émotives et comportementales qu'elles ont provoquées en fonction d'une taxonomie constituée de trois grandes catégories : la défense, le contrôle de soi ou la répression de ses réactions et la confrontation. Il est d'avis que ce mode d'analyse se révèle plus utile pour comprendre les réactions au racisme que les taxonomies précédemment proposées.

MURILLO, L. 2004. American Indian and Alaskan Native traditional health practices: Providing a socio-cultural context for health care and implications for health disparity. Thèse de doctorat, University of California, Berkeley, 128 p.

Murillo se penche sur les pratiques médicales traditionnelles utilisées dans les programmes de santé qui s'adressent aux Autochtones des États-Unis et de l'Alaska. Il s'agit des pratiques utilisées par les guérisseurs et les communautés autochtones aux États-Unis et en Alaska et qui reposent sur les valeurs, les pratiques et les connaissances traditionnelles. L'objectif poursuivi par cette recherche est de légitimer l'usage d'interventions fondées sur la culture et de démontrer comment ces façons de faire sont employées pour réduire la disparité dans l'état de santé entre les communautés. À cette fin, Murillo a fait appel à des données qualitatives provenant de trois centres de santé autochtones, le Native American Health Center d'Oakland, Californie, le United Indian Health Services d'Arcata, Californie, et le NatsooGah-Nee and Tribal Health Program de Fort Hall, Idaho. Les données proviennent de 12 entrevues et de l'observation participante exercée pendant deux semaines. Parmi les résultats les plus intéressants, on note que la transmission de l'information est une question délicate qui peut entraîner de la confusion dans les rôles. En effet, de qui relève la responsabilité d'enseigner la culture : de l'agence de santé, du personnel ou de la communauté locale ? La recherche fait également ressortir que la clinique a des capacités limitées pour proposer des pratiques traditionnelles, parce que les prestataires de services médicaux ne les connaissent pas suffisamment et ignorent qui sont les guérisseurs et comment leur recommander des patients. De tels constats peuvent se révéler pertinents dans le contexte de notre propre centre de santé, puisque les centres ayant fait l'objet de l'étude s'adressent aussi aux populations autochtones vivant en milieu urbain.



Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). 2007. National Environmental Scan: Comprehensive Survey of the Aboriginal Health Human Resource Landscape. Ottawa: Organisation nationale de la santé autochtone.

La présente étude a été réalisée par ONSA (Organisation nationale de la santé autochtone) en vue de recueillir des données de base dans le contexte de l'étude nationale de l'IRHSA (Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone) visant à dresser l'inventaire des organisations et des institutions qui colligent et traitent de l'information au sujet des ressources humaines autochtones en matière de santé et à préciser la nature de l'information ainsi recueillie. Lancée en 2004 par Santé Canada, l'IRHSA constitue une stratégie quinquennale disposant d'un budget de 100 millions \$ et visant à répondre aux besoins particuliers en matière de services de santé des Autochtones du Canada. Son but est de contribuer à l'augmentation du nombre d'Autochtones embrassant des carrières dans le secteur de la santé, d'améliorer le recrutement et la rétention de prestataires de soins de santé dans les communautés autochtones du Canada et d'adapter les programmes d'enseignement pour qu'ils intègrent les aspects culturels correspondant aux aspirations des communautés autochtones du Canada. L'enquête parrainée par ONSA comprenait 31 questions cherchant à dénombrer les professionnels et les paraprofessionnels autochtones dans le secteur de la santé, les prestataires allochtones de soins de santé intervenant auprès des Premières Nations, des Inuit et des Métis, les universités et les collèges communautaires offrant de la formation aux professionnels et aux paraprofessionnels autochtones dans le secteur de la santé, les institutions qui proposent des programmes d'éducation formels et non formels aux étudiants autochtones et les étudiants autochtones répartis dans les différents programmes, en précisant la date probable d'obtention de leur diplôme.

Organizational Development Services. 2008. Évaluation des besoins des Autochtones qui composent avec la réalité urbaine de Montréal. Montréal: Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec.

Cette étude récente englobe la diversité des besoins des Autochtones vivant à Montréal. Les données proviennent de questionnaires quantitatifs et qualitatifs utilisés dans des entrevues individuelles, des entrevues téléphoniques et des groupes de discussion. Les répondants ont été recrutés parmi les utilisateurs et les prestataires de services. En tout, 113 personnes autochtones ont participé à l'enquête. Les résultats ont été compilés et répartis dans diverses sections correspondant aux différents besoins exprimés. Une recension de la documentation complète les données recueillies afin de permettre une analyse comparative des résultats. Le rapport sur les sans-abri publié par le CAAM en 2001, l'une des nombreuses sources citées dans la présente étude, dévoilait des carences dans les soins médicaux et les soins de santé, y compris dans l'accès aux services et au continuum des soins, ainsi qu'un besoin urgent de soutien, d'accompagnement et de services de traduction. Il proposait de mettre en place des programmes de prévention et de soutien aux parents ainsi que des services pré et postnataux adaptés du point de vue culturel et d'élaborer des stratégies de guérison et de mieux-être qui répondent aux besoins de la communauté. La recherche fait ressortir que les Autochtones vivant à Montréal aspirent à un sens de l'appartenance communautaire, c'est-à-dire souhaitent disposer d'un espace pour se réunir et développer un réseau de relations avec d'autres Autochtones ainsi qu'un système de soutien. Il importe de noter l'inclusion, parmi les participants à l'évaluation des besoins 2008, de membres des Premières Nations des États-Unis et aussi d'Amérique latine, car la recherche se veut le reflet de l'ensemble des problématiques urbaines vécues à Montréal par des Autochtones d'horizons divers.



Les entrevues ont permis aux chercheurs de dégager les principaux besoins en matière de services de santé. Les participants à l'étude ont notamment exprimé le souhait d'avoir accès à un centre de santé et de mieux-être, le besoin d'accompagnement médical, d'un meilleur accès aux professionnels de la santé, d'une annexe de CLSC spécialement destinée aux Autochtones et la volonté de travailler avec des personnes qui n'ont pas nécessairement accès à des soins assurés et à d'autres avantages en matière de santé. Ils ont également mentionné la nécessité de promouvoir la santé et l'éducation dans le domaine de la nutrition, du diabète et du VIH/sida et de fournir des services de guérison, de santé holistique et de mieux-être ainsi que de désintoxication. Certains répondants ont mentionné le besoin de médecins itinérants et de programmes de prévention de certaines maladies, telles que l'hépatite, la tuberculose et les MTS. Les répondants partagent le souhait qu'existe une autorité de la santé autochtone à Montréal. À la question de savoir quelles sont les plus grandes préoccupations de la communauté autochtone de Montréal, c'est le niveau de santé physique et mentale qui est ressorti. Parmi les carences dans les services offerts aux Autochtones, on a relevé le manque de services de santé pour les personnes avec des besoins spéciaux, tels que les difficultés d'apprentissage, le trouble du déficit de l'attention, les problèmes psychiatriques, les pathologies du langage et de l'audition. De façon générale, de tels services sont offerts uniquement en français. Les répondants ont en outre souligné le besoin de faire affaire avec des intervenants autochtones, soit dans un CLSC spécialisé ou dans un centre de santé autochtone. Les répondants ont déploré que les besoins spirituels ne fussent pas pris en compte, car les organisations non autochtones ne sont pas au courant des croyances, pratiques et de la spiritualité des Premières Nations.

L'étude ne s'est pas limitée aux carences dans la disponibilité des services; elle a également reconnu les difficultés d'accès aux services existants. Au cours de leur enquête, les chercheurs ont eu de la difficulté à trouver une liste détaillée et à jour des services englobant tout ce que les organisations offrent. Il est difficile de trouver de l'information dans le web sur les organismes autochtones ou les organismes autochtones affiliés à moins de connaître déjà le nom d'organismes clés. Lorsqu'on fait de la recherche sur les services dans d'autres villes, telles que Toronto, Ottawa et Winnipeg, les résultats obtenus sont beaucoup plus détaillés et accessibles. Cette réalité démontre le besoin de créer une base de données détaillée accessible en ligne permettant aux prestataires et aux utilisateurs de services de s'informer rapidement sur les ressources existantes en matière de santé. Les auteurs ont par ailleurs remis à chaque organisation un outil permettant de dresser l'inventaire des services offerts. Seulement huit organisations ont rempli cet inventaire et l'ont rendu. Malgré ce faible résultat, les listes existantes peuvent être utiles dans la constitution d'un répertoire des services en place.

En 2004, un programme d'aide préscolaire a été implanté. Il était destiné à 25 familles autochtones vivant dans la région de Montréal. Dans le rapport découlant de cette initiative, les répondants ont mentionné qu'ils demeuraient dans des secteurs où les services étaient facilement accessibles; 94,4 % d'entre eux fréquentaient le Centre d'amitié autochtone de Montréal (CAAM), 76 % les CLSC et 52 % le Foyer pour femmes autochtones de Montréal (FFAM). À la question portant sur le rôle que devrait jouer le CAAM dans la communauté, la réponse a été que le Centre devrait fournir de l'information sur tous les services disponibles dans la ville. Avec une base de données facilement accessible en ligne, les prestataires de services devraient pouvoir facilement répondre à ce besoin.



En résumant les besoins en matière de santé de la communauté autochtone de Montréal, la présente évaluation des besoins concluait qu'il importe d'intégrer ceux-ci d'un point de vue holistique (physique, mental, affectif et spirituel). L'étude cite le Wabano Center for Aboriginal Health à Ottawa comme étant un modèle déjà existant. La clinique de guérison autochtone de McGill était une ressource qui répondait à certains besoins, par exemple en offrant du counseling aux victimes primaires et secondaires du système de pensionnats, y compris aux victimes de traumatismes intergénérationnels. Elle offrait également de la consultation et de la supervision aux professionnels qui interviennent auprès de survivants de sévices sexuels et des membres de leur famille. Malheureusement, cette clinique et les services qu'elle offrait n'existent plus. Les auteurs de l'étude recommandent de se prévaloir du Fonds de transition pour la santé des Autochtones pour créer de nouvelles initiatives en prestation de services de santé. Depuis lors, ce Fonds a aussi été aboli. L'étude révèle que la création d'un centre de santé holistique destiné aux Autochtones suscite de l'intérêt. Le défi à relever, maintenant, consiste à trouver les appuis et les ressources pour y parvenir.

Une des limites de l'étude, toutefois, c'est que la proportion des répondants diffère significativement de la répartition officielle des Autochtones vivant à Montréal, telle qu'elle a été établie par Statistique Canada et par l'étude EAMU (Étude sur les Autochtones en milieu urbain), et les résultats définitifs ne semblent pas avoir été validés à première vue. Tout d'abord, le questionnaire a été rempli par des femmes dans une proportion de 77 %, ce qui rend les résultats moins représentatifs que ceux de l'EAMU où les deux sexes étaient également représentés. En outre, des 113 répondants consultés, il s'est avéré que près du quart d'entre eux n'étaient pas autochtones (25 personnes = 23 %). Le pourcentage de ceux qui possédaient un bon niveau d'instruction était supérieur à la moyenne de la communauté; ainsi, aucun des répondants n'avait un niveau d'instruction inférieur au Secondaire IV, 76 % avaient fait des études postsecondaires et détenaient un diplôme (en comparaison avec le pourcentage officiel de 57 % des Autochtones de la région de Montréal ayant fait des études postsecondaires et même avec la médiane des allochtones ayant un diplôme postsecondaire, qui est de 65 %). Les auteurs ont mentionné que 83 % de leurs répondants avaient un emploi, majoritairement à temps plein, alors que, selon Statistique Canada, le pourcentage médian des Autochtones de la région de Montréal ayant un emploi à temps plein s'élève à 33 % seulement (et à 27 % dans le cas des femmes). Les résultats reflètent donc davantage l'opinion d'une portion éduquée de la population autochtone de Montréal, mais ils font malgré tout ressortir ce que celle-ci considère comme étant les besoins les plus pressants et significatifs de la communauté.



ORTIZ, L. 2003. Toward authentic participatory research in health: A critical review. Pimatziwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 1(2): 1-26.

Dans son étude, Ortiz analyse la pratique de la recherche participative dans le contexte des soins de première ligne, de la promotion de la santé et de la santé publique. Elle met l'accent sur les stratégies et les interventions employées par les prestataires qui illustrent les éléments fondamentaux et les principes de la recherche participative. Elle s'inspire de Deshler et Ewert pour colliger les fondements associés à la recherche participative. En premier lieu, elle relève la démocratisation, l'enrichissement et l'utilisation de la connaissance. Dans le secteur de la santé, ce principe remet en cause le monopole qu'exercent les prestataires de soins sur l'information concernant la santé. Il contribue également à démystifier les connaissances des experts en enracinant celles-ci dans les expériences vécues par les individus et les membres des communautés. Deuxièmement, elle retient l'appropriation et le contrôle du processus de recherche qui, dans le secteur des services de santé, se traduisent par l'émergence des droits des patients et la revendication du partage de la responsabilité dans les décisions avec les prestataires de soins. Troisièmement, elle mentionne la multiplicité de conceptions et d'interprétations de la réalité. L'expérience des individus en matière de santé ne peut se comprendre en dehors de la réalité contextuelle de leurs valeurs et croyances, de leur expérience historique et des circonstances sociopolitiques. Quatrièmement, on doit retrouver un engagement envers l'action. Sur le plan pragmatique, la recherche doit avoir fourni une réponse à la question de départ. Sur le plan du matérialisme historique, elle doit avoir contribué à améliorer le statut des classes opprimées de la société. Et sur le plan de l'approche critique, elle doit s'être penchée sur les structures sociales sous-jacentes à l'inégalité dans les relations, mais conduisant aussi à des occasions de changement. Et la dernière composante se retrouve dans la foi dans les capacités des personnes et dans le potentiel des peuples et des communautés à apprendre et à changer.

PANDHI, N., Guadagnolo, A. et Kanekar, S. 2011. Intention to receive cancer screening in Native Americans from the Northern Plains. Cancer Causes Control, 22: 199-206.

L'enquête réalisée pour la présente étude a été conçue à partir d'une méthodologie reposant sur la participation de la communauté. L'équipe de recherche a d'abord énuméré les barrières connues au dépistage du cancer chez les populations mal desservies et a par la suite formulé des questions à leur sujet. Des groupes de discussion dans les communautés les ont validées en fonction de leur justesse culturelle et de la clarté des concepts abordés. Une fois révisées, elles furent transmises aux autorités de la nation et à l'Indian Health Service, afin de recevoir leurs commentaires et leur approbation. La version finale du questionnaire comportait 65 questions portant sur la démographie, les difficultés logistiques dans l'accès aux soins de santé, le dossier médical personnel, les connaissances sur le cancer et les examens cliniques, les perceptions et les croyances sur le cancer et les intentions concernant le dépistage et le traitement du cancer.



PINKEY, D. E. 1995. Patterns of decision making in health care among the Siberian Yupik villagers from the St. Lawrence Island near Nome, Alaska. Mémoire de maîtrise, D'Youville College, 270 p.

La présente recherche a pour but d'améliorer la compréhension des besoins en matière de santé tels qu'ils sont perçus par les Autochtones de l'Alaska. Dans un contexte de réforme dans le secteur de la santé, les prestataires de soins de santé ont manifesté de l'intérêt à étendre les services thérapeutiques à l'Alaska rurale. En se basant sur l'analyse ethnographique qualitative, Pinkney a tracé l'esquisse culturelle des soins thérapeutiques à partir d'entrevues réalisées avec 18 habitants de l'île St. Lawrence. Les résultats font ressortir que les besoins varient en fonction de l'âge et de l'occupation des individus. La méthode de l'entrevue ethnographique s'est révélée un outil utile en apportant certaines clarifications pouvant servir au développement futur de programmes de réadaptation.

*Bibliographie
Annotée*

POUDRIER, J. et Mac-Lean, R.T. 2009. 'We've fallen into the cracks': Aboriginal women's experiences with breast cancer through photovoice. Nurs Inq, 16(4): 306-317.

Le principal objectif poursuivi par cette étude est d'analyser et de commencer à rendre visibles les expériences vécues par les femmes autochtones atteintes d'un cancer du sein grâce à l'utilisation de la technique de recherche qualitative « photovoice ». La recherche a eu lieu en Saskatchewan, Canada, et les participantes ont été recrutées parmi des femmes qui avaient terminé leurs traitements pour un cancer du sein. Celles-ci ont mis l'accent sur deux problématiques importantes. En premier lieu, l'identité et les croyances traditionnelles, bien que s'exprimant de multiples façons, demeurent une dimension majeure dans l'expérience entourant le cancer du sein et sont pertinentes dans la prestation des soins. Deuxièmement, elles ressentent le besoin d'un soutien multidimensionnel qui comprenne des composantes plus étendues, telles que le racisme, le pouvoir et l'inégalité socioéconomique. Les auteurs s'inspirent d'une conception critique et féministe, selon laquelle les femmes autochtones sont soit invisibles soit visibles uniquement comme étant démunies. Ils sont d'avis que les femmes autochtones ayant subi un cancer du sein doivent être rendues visibles à l'intérieur du système de santé d'une façon qui intègre leurs expériences dans le contexte structurel de la marginalisation découlant de l'oppression coloniale.



Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS), 2005. Canadian Aboriginal people living with HIV/AIDS: Care, treatment and support issues. Vancouver: Canadian Aboriginal AIDS Network.

Cette publication passe en revue les conséquences de l'infection au VIH/sida sur les Premières Nations, les Métis et les Inuit du Canada. Elle décrit les effets particuliers qu'elle a sur les peuples autochtones et la façon dont ils y font face en fonction de leurs croyances culturelles. Un facteur significatif émerge de l'expérience des personnes ayant fréquenté les pensionnats et qui éprouvent aujourd'hui de problèmes de santé mentale, y compris une faible estime de soi, à cause des sévices psychologiques et sexuels subis et de leurs conséquences s'étant traduites par la toxicomanie et une sexualité malsaine. Afin de surmonter les difficultés inhérentes à ces traumatismes, plusieurs membres des Premières Nations aux prises avec le VIH ou le sida cherchent un appui auprès des aînés et participent à des activités de guérison ou à des cercles de partage afin de recevoir un soutien social. Lorsque les membres des Premières Nations prennent ou reprennent contact avec leur culture, ils se dotent habituellement de mécanismes plus solides pour surmonter l'expérience négative de la maladie. La compétence culturelle et certaines considérations entourant la dispense des soins de santé jouent un rôle important dans les interventions auprès des personnes autochtones. En Saskatchewan, 83,3 % des répondants ont fait part d'un taux de satisfaction plus élevé lorsqu'ils reçoivent des services de nature traditionnelle plutôt que des services réguliers. L'étude propose de faire des recherches plus approfondies en Saskatchewan afin de comprendre les services qui y sont offerts, y compris les services de nature traditionnelle, de façon à diffuser les facteurs de réussite aux autres régions qui démontrent des taux de satisfaction inférieurs, tels que le Québec, la région atlantique, l'Ontario et le Nord.

ROWAN, C. 2006. Needs assessment concerning Montreal Inuit and Aboriginal Head Start. Gouvernement régional de Kativik.

Cette évaluation des besoins a pour objectif d'informer les décideurs de la nécessité de mettre sur pied un programme d'aide préscolaire pour les enfants autochtones à Montréal. Le rapport évalue le nombre approximatif d'enfants de moins de 5 ans vivant à Montréal, décrit leurs activités courantes, démontre le besoin des parents d'avoir accès à un programme préscolaire et à des moyens de transport et fait état d'autres considérations entourant la mise sur pied d'un programme préscolaire. Les résultats démontrent en outre la pertinence d'offrir un programme de visites à la maison pour les parents qui vont eux-mêmes à l'école de même qu'un lieu pour des rencontres bihebdomadaires entre parents et enfants la fin de semaine.

SANDERS, N.L.W. 2000. The relationship of spirituality and health among the Yup'ik of southwestern Alaska: An explanatory study. Thèse de doctorat, Wayne State University, 174 p.

Cette étude se penche sur les croyances et valeurs propres du peuple yup'ik concernant la spiritualité et la santé, et plus particulièrement sur la relation entre ces deux éléments. Les données proviennent de séances d'observation participative et d'entrevues réalisées avec 6 informateurs principaux et 11 informateurs généraux, majoritairement originaires des régions de Bethel et Toksook Bay, Alaska. Quatre conclusions se dégagent de l'interprétation des données. D'abord, la spiritualité yup'ik influe sur la santé. En second lieu, des gestes dictés par les croyances spirituelles peuvent



confondre les professionnels de la santé occidentaux, y compris les infirmières. Les Yup'iks croient en outre qu'ils s'exposent davantage à la maladie quand ils sont en contact avec des Occidentaux, en partie à cause du changement de régime alimentaire que cela entraîne. Enfin, de la détresse spirituelle peut résulter de l'incapacité de reconnaître l'influence de la spiritualité sur la santé chez les Yup'iks.

SHERWOOD, J. 2009. Who is not coping with colonization? Laying out the map for decolonization. Nura Gili Indigenous Programs. Australas Psychiatry, 17 (Suppl. 1): S24-7.

Cet article analyse les raisons justifiant d'utiliser la décolonisation comme méthode en vue d'améliorer l'état de santé des Aborigènes. Les auteurs affirment que la décolonisation est essentielle pour parvenir à transformer le paradigme actuel de la domination occidentale et de l'amnésie coloniale qui causent et entretiennent le mauvais état de santé des Aborigènes. Ils concluent que la décolonisation exige que chaque Australien analyse l'impact que la colonisation a eu sur son passé et son présent afin d'édifier un avenir qui ne rétablisse pas le passé.

SHIP, S.J. et Norton, L. 2001. "Breaking the Walls of Silence": Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal: HIV/AIDS Needs Assessment: Final Report. Sweet grass consulting. Préparé pour le Centre d'amitié autochtone de Montréal et la Direction de la Santé publique.

Cette étude a pour but de mieux comprendre l'expansion de l'épidémie d'infection au VIH/sida chez les Autochtones, principalement dans la communauté urbaine de Montréal. Selon la majorité des prestataires de services qui participèrent à l'étude, ce sont les femmes inuites vivant dans la rue qui sont les plus à risque d'être infectées. Cela étant, les Autochtones sont à toutes fins utiles invisibles dans le réseau régulier des services spécialisés dans le VIH/sida. La majorité des prestataires de services interviewés étaient très peu au courant des expériences de vie, des besoins, des perspectives, des cultures et des traditions des peuples autochtones. Les auteurs ont relevé 7 barrières principales limitant l'accès aux soins de santé des personnes autochtones : des barrières culturelles, linguistiques et structurelles, la relation historique enracinée dans l'inégalité, la méfiance envers les médecins et les infirmières, la divergence dans les attentes et les expériences entourant la dispense de services médicaux, les barrières financières en lien avec les soins non assurés ou la situation des personnes n'ayant pas d'assurance-maladie et le manque de connaissances au sujet des services existants. Les auteurs ont également noté que les Autochtones ont tendance à refuser de participer à des groupes de soutien avec des personnes non autochtones.



Afin d'améliorer les services aux Autochtones, les prestataires suggèrent d'accroître la collaboration entre les services, de favoriser l'échange d'information et d'expertise, de désigner des personnes ressources faciles à repérer dans toutes les organisations concernées, de constituer une ressource regroupant des services et de nouvelles initiatives et d'offrir de la formation interculturelle et antiraciste aux prestataires de services allochtones. Le nombre de cas de séropositivité chez les Autochtones a crû de façon constante depuis les années 1990, le pourcentage d'augmentation étant passé de 1 % à 10,8 % de la population canadienne entre 1990 et 1999. On constate que la vulnérabilité au VIH résulte davantage de facteurs sociaux et environnementaux, tels que la stigmatisation, la pauvreté, la discrimination, le racisme et le sexisme, que du comportement individuel. Pour les Autochtones, ces réalités se trouvent aggravées par le système des pensionnats, les traumatismes intergénérationnels et l'assimilation forcée qui ont également entraîné la perte des valeurs et des modes de vie traditionnels.

Parmi les limites de l'étude, les chercheurs ont relevé la difficulté de recruter des répondants; 19 répondants sur 20 étaient des utilisateurs du Centre d'amitié autochtone de Montréal. En outre, les prestataires de services ont souvent de la difficulté à identifier les clients autochtones. Les chercheurs n'ont pas non plus été capables d'organiser des groupes de discussion, parce que les personnes invitées à y prendre part s'attendaient à être rémunérées. Il a été plus facile de joindre les prestataires de services. Les organisations qui participèrent à l'étude sont les suivantes : le Foyer pour femmes autochtones, le Centre d'amitié autochtone, ASTEQ, Cactus, Chez Doris, le Centre de guérison Waseskun, Le Chaînon, le centre hospitalier Kateri, la Maison du Père, La Porte Ouverte, Stella, le CLSC des Faubourgs, la Mission Old Brewery/pavillon pour femmes, la Mission Old Brewery/pavillon pour hommes, l'Abri de l'Espoir, Dans la rue et le CSLC Métro. Parmi les commentaires des prestataires, on relève : les Autochtones reviennent rarement pour une visite de suivi; l'hépatite C représente un problème sérieux, mais plusieurs Autochtones refusent les traitements offerts; il est difficile d'établir une relation de confiance avec les clients autochtones; les clients autochtones semblent éprouver beaucoup de méfiance à l'endroit des professionnels de la santé. Les données recueillies lors des entrevues avec les prestataires de services ont donné lieu à la proposition de procéder à une recherche sur les expériences, les perspectives et les besoins des Autochtones dans les communautés plus difficiles à atteindre, notamment à Montréal, de façon à dresser leur profil démographique et socioépidémiologique et à établir les liens entre l'expérience des pensionnats, les ruptures culturelles et familiales, les traumatismes intergénérationnels, le cycle de la violence, la violence et les autres problématiques récurrentes dans les communautés autochtones.

En se fondant sur les résultats obtenus, Ship et Norton sont d'avis qu'on devrait implanter un mécanisme de counseling par les pairs adapté sur le plan culturel afin de sensibiliser les Autochtones au VIH/sida, des activités d'éducation et de prévention du VIH/sida et de l'hépatite C adaptées sur le plan culturel, du counseling adapté sur le plan culturel aux étapes pré et post dépistage du VIH et du counseling pour les victimes de sévices sexuels et d'autres formes de sévices. Il y aurait lieu en outre de mettre en place un programme et d'ouvrir une maison de transition pour les femmes autochtones sortant de prison ainsi qu'un centre de désintoxication pour les Autochtones aux prises avec l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, les auteurs croient que la communauté dans son ensemble devrait avoir un meilleur accès aux services de guérison traditionnels.



SMALL, C.J. 1996. The healing of American Indian/Alaska Native men at mid-life. Thèse de doctorat, Gonzaga University, 121 p.

Cette thèse analyse les problématiques entourant le bien-être des hommes autochtones d'âge mûr aux États-Unis et en Alaska. La méthodologie utilisée repose sur l'heuristique, une méthode qualitative qui combine l'expérience et les idées personnelles du chercheur avec l'interprétation qu'il donne aux phénomènes observés. Les données provenant de quatre entrevues approfondies avec des hommes autochtones d'âge mûr des États-Unis et de l'Alaska ont été comparées aux résultats tirés de 80 enquêtes, à la recension de la littérature et aux propres interprétations du chercheur, lui-même étant un homme autochtone d'âge mûr engagé sur le chemin du bien-être. Les questions portaient sur les facteurs incitant les hommes d'âge mûr des États-Unis et de l'Alaska à s'engager sur le chemin du bien-être et sur les recommandations à faire à ces hommes, y compris le développement d'un modèle de guérison. Cinq thématiques se dégagent des réponses obtenues : la dépendance à l'alcool et les autres toxicomanies, les traumatismes intergénérationnels et l'oppression culturelle, les relations père-fils, la spiritualité, les modèles de rôles et le service à la communauté.

SPILLANE, N.S. et Smith, G.T. 2010. Individual differences in problem drinking among tribal members from one First Nation community. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34(11): 1985–1992.

Les auteurs de cette étude ont expérimenté, en vue d'en déterminer l'applicabilité interculturelle, un modèle qui intègre la personnalité et les apprentissages psychosociaux dans les facteurs de risque menant à la consommation d'alcool chez les Premières Nations. Ce modèle circonscrit un processus de risque que l'on croit pouvoir expliquer certains aspects des différences individuelles dans la consommation problématique d'alcool autant chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Les outils employés comprenaient un questionnaire démographique de 14 éléments, notamment l'âge, le sexe, le degré d'instruction et l'occupation, de même qu'un questionnaire sur les habitudes de consommation, basé sur deux sous-échelles permettant de mesurer la consommation/l'ébriété ainsi que les problèmes reliés à la consommation d'alcool. Cette dernière échelle incluait la quantité d'alcool consommée, la fréquence de la consommation, la durée de temps requise pour que la consommation d'alcool conduise à l'ébriété, la quantité maximale consommée et les effets physiques entraînés par l'alcool. La section sur les problèmes engendrés mesurait diverses conséquences négatives découlant de la consommation (par exemple, des ennuis judiciaires, des troubles familiaux, des difficultés dans les relations sociales, la maladie). Une analyse structurelle de la modélisation tirée des données recueillies auprès de 211 membres des Premières Nations et de 236 personnes caucasiennes a révélé qu'il n'y avait pas de différence marquée entre les deux cultures pour ce qui est de la personnalité, des attentes face à l'alcool et du niveau de consommation problématique d'alcool. Les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les attentes positives par rapport à l'alcool l'emportent sur les pressions négatives résultant des problèmes causés par la dépendance, et ce, de façon invariable d'une culture à l'autre.



STEENBEEK, A.A. 2005. An epidemiological survey of chlamydial and gonococcal infections in a Canadian Arctic community: Determinants of sexually transmitted infections among remote Inuit populations. Thèse de doctorat, University of British Columbia, 245 p.

Cette étude se penche sur la prévalence des infections transmises sexuellement (ITS) dans une communauté inuite éloignée en vue de mieux comprendre les déterminants de ce problème en constante progression. Au total, 181 participantes, d'un âge moyen de 29,6 ans, ont subi un dépistage pour la chlamydia et la gonorrhée et ont été interviewées. Le questionnaire, élaboré à partir des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, a servi à recueillir de l'information sur les données démographiques, l'utilisation des services de santé, l'historique sexuel, les connaissances à propos des ITS et de la contraception, les comportements à risque, les risques perçus et les barrières à l'utilisation du condom. Les résultats font ressortir que le pourcentage de femmes infectées était conforme à celui établi dans la littérature, qui est de plus de 10 %, soit 35 sur 181 dans ce cas. Les raisons évoquées pour ne pas utiliser de condoms comprennent la gêne d'en acheter et d'en discuter ainsi que la crainte de donner une mauvaise impression. Se basant sur ses résultats, Steenbeek recommande de procéder à un dépistage généralisé dans toutes les communautés inuites, d'offrir rapidement le traitement requis et de consacrer de vastes efforts pour retracer les partenaires afin de contribuer à la prévention des ITS.

TANDON, S.D., Phillips, K. et Bordeaux, B.C. 2010. A vision for progress in community health partnerships Progress. Community Health Partnerships: Research, Education, and Action, 4(4): 11-30.

Cette étude repose sur une recherche participative mettant à contribution la communauté dans une vaste étude de cohorte portant sur les maladies chroniques chez les adultes autochtones de l'Alaska. La collaboration avec le personnel des organismes de santé autochtones, les autorités de la nation et les experts locaux a influé sur plusieurs aspects de l'étude. Chacun des trois organismes de santé a préparé des questions de recherche. Une fois le protocole établi, l'Alaska Area Institutional Research Board, le National Indian Health Service Institutional Research Board, les comités de la nation sur la recherche en santé et sur l'éthique et les conseils d'administration des organismes de santé régionaux participants passèrent en revue et approuvèrent le design de l'étude, les instruments utilisés et les questions de recherche. Les coordonnateurs régionaux rencontrèrent alors les conseils de bande (Tribal Councils) pour leur présenter la recherche. Sur les 27 conseils rencontrés, 26 adoptèrent une résolution autorisant les chercheurs à recruter des participants parmi les membres de leurs communautés. À cette fin, on fit appel à des moyens de recrutement moins conventionnels, tels que des dépliants, des annonces radiophoniques, des exposés à des conseils d'administration, des prestataires de services et des groupes communautaires et des visites à domicile par des recruteurs locaux. Les membres de l'équipe de recherche ont vécu et travaillé dans les communautés pour des périodes de temps allant d'une à huit semaines. Au cours de ces séjours, ils prirent part aux événements communautaires, tels que des soirées de bingo, des spectacles de danse traditionnelle, des pow-wow et d'autres rassemblements.



TARLER, D.S., Brown, A.J. et Johnson, J. 2007. The influence of geographical and social distance on nursing practice and continuity of care in a remote First Nations community. Can J Nurs. Res., 39(3): 126-48.

L'objectif de cet article, qui s'inspire des résultats d'une plus vaste étude ethnographique, est d'analyser l'influence de la distance géographique et sociale sur les pratiques de soins infirmiers et sur la continuité des soins dans une communauté autochtone éloignée du Canada. Les auteurs ont fait appel à un design ethnographique utilisant de multiples sources de données afin d'enraciner l'analyse dans le contexte exclusif des services de santé dans la communauté retenue. Les résultats obtenus révèlent qu'une situation géographique éloignée, des conditions sociales inéquitables influant sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations ainsi qu'un niveau de préparation insuffisant pour les infirmières appelées à exercer leur profession dans un tel environnement complexe suscitent une tendance à la distanciation sociale dans les relations entre patients et infirmières. Cette situation limite la capacité des infirmières à s'engager dans des pratiques qui favorisent la continuité des soins. Dans certains cas, la distanciation sociale prend la forme de l'altérité (othering) et du désengagement envers les patients. Les auteurs sont d'opinion qu'il importe d'agir sur les déterminants sociaux de la santé chez les communautés éloignées des Premières Nations comme une première étape dans la transformation de la pratique infirmière conduisant à développer la continuité des soins et à apporter des améliorations durables et à long terme dans le domaine de la santé.

TAYLOR, D.M. et Osborne, E. 2010. When I know who "we" are, I can be "me": the primary role of cultural identity clarity for psychological well-being. Transcult Psychiatry, 47(1): 93-111.

Cet article présente une série d'études qui illustrent l'importance de la clarté de l'identité culturelle pour l'identité personnelle et le bien-être psychologique. Selon le modèle théorique des auteurs, les interventions visant à clarifier l'identité culturelle peuvent jouer un rôle constructif dans la promotion du bien-être des membres d'un groupe exposés à un traumatisme collectif, que ce soit en conséquence de la colonisation (par exemple, dans le cas des peuples autochtones), de l'esclavage (par exemple, dans le cas des Afro-Américains et Afro-Canadiens) ou de la guerre. Cette forme de traumatisme entraîne des répercussions dramatiques sur le bien-être psychologique de chacun des membres individuels de la collectivité. Or, les interventions sont souvent conçues et dispensées sur le plan individuel dans l'optique de réduire le déséquilibre psychologique de chaque personne. Taylor et Osborne vont à l'encontre de cette conception en proposant une théorie du soi qui mette l'accent sur la primauté de l'identité culturelle comme fondement du bien-être psychologique.



TEDFORD GOLD, S. 2003. Inuit engagement in Nunavut and Canada: Struggles for health and citizenship. Thèse de doctorat, McMaster University, 254 p.

Cette thèse repose sur une analyse poststructurale de l'engagement des Inuit dans la gouvernance en matière de santé au Nunavut. La création du Nunavut a doté une population en grande partie inuite du pouvoir de décision grâce à un accord conclu sur les revendications territoriales et à l'établissement d'un gouvernement public. En soi, cet événement représente un moment charnière dans l'histoire de la gouvernance au Canada et dans les relations entre le nord et le sud, entre Inuit et non-Inuit. La présente étude repose sur une méthodologie qualitative, comprenant une enquête de terrain réalisée dans trois communautés du Nunavut, des entrevues et de l'analyse documentaire. Le chercheur se penche sur la façon dont les relations entre le Nord et le Sud, entre les Inuit et les non-Inuit, ont façonné la gouvernance de la santé dans le centre et l'est arctiques. Il s'attarde à l'influence des diverses conceptions de la santé et du soi sur la participation citoyenne à la gouvernance de la santé au Nunavut. Il analyse les notions de santé et de citoyenneté en tant que facteurs de contingence et variables et souligne le besoin de mener d'autres recherches sur les répercussions des luttes citoyennes dans les communautés éloignées dans le contexte de la gouvernance de la santé. En conclusion, l'étude fait ressortir l'instabilité des relations de pouvoir et s'ajoute aux efforts visant à revoir la façon dont nous organisons et dirigeons notre santé et nos vies.

TIESEN, M., Taylor, D.M. et Kirmayer, L.J. 2009. A key individual-to-community link: The impact of perceived collective control on Aboriginal youth well-being. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 7(2): 241-268.

Cette étude se penche sur l'incidence de la perception du contrôle collectif sur le bien-être des jeunes Autochtones. Des étudiants de septième année et du niveau secondaire de deux communautés crie du Nord du Manitoba ont collaboré à la recherche. Ils étaient invités à remplir deux sondages portant sur leur niveau de bien-être. Une échelle inspirée de celle de Likert proposait des options de réponses; le niveau de bien-être faisait l'objet de trois qualifications. La première, l'estime de soi, faisait l'objet de 7 éléments dans le premier questionnaire et de 9 dans le second, provenant de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965). La deuxième, les conséquences positives et négatives, a donné lieu à 16 éléments provenant de l'échelle affective positive et négative pour enfants (Positive and negative Affect Scale for Children) (Laurent et al., 1999). La troisième qualification, l'état général de bonheur, ne comportait qu'un élément permettant de juger du niveau subjectif de bien-être tiré de Grootaert et al. (2003) : les participants étaient ici invités à indiquer jusqu'à quel point ils se sentent heureux sur une échelle offrant 5 choix de réponse, allant de « très malheureux » à « très heureux ». La seconde enquête portait sur les niveaux de consommation de drogue mesurés à l'aide d'éléments tirés de Inuit Youth Survey (Malus, Kirmayer et Boothroyd, 1994). Les participants étaient invités à préciser la fréquence à laquelle ils consomment chacune des drogues, allant de « jamais » à « chaque jour ». Par ailleurs, trois éléments s'adressaient aux répondants qui avaient consommé de la drogue dans le passé, mais avaient cessé d'en prendre depuis lors. Les niveaux de contrôle groupal et individuel ont été établis à partir des échelles de « l'instrumentalisme personnel » (Personal Instrumentalism) et de « l'instrumentalisme américain » (American Instrumentalism) qui ont fourni 9 éléments (Mirowsky, Ross et Van Willigen's, 1996). L'efficacité collective a été évaluée à partir de 10 éléments tirés de



Sampson, Raudenbush et Earls (1997) et de 6 éléments tirés de Browning et Cagney (2002). Chacune des enquêtes a fait ressortir qu'un plus grand contrôle intérieur se traduit chez l'individu par un meilleur bien-être. Toutefois, les mesures multidimensionnelles du contrôle employées dans la deuxième étude indiquent une association entre une perception plus forte de contrôle individuel sur la consommation d'alcool et un bien-être moindre.

WALJI, R., Weeks, L., Cooley, K. et Seely, D. 2010. Naturopathic Medicine and Aboriginal Health: An Exploratory Study at Anishnawbe Health Toronto. Canadian Journal of Public Health, 101(6): 475-480.

Cette étude a pour but d'analyser les expériences et les perceptions entourant la dispense et l'utilisation de soins de naturopathie chez la communauté autochtone desservie par le centre de santé communautaire Anishnawbe de Toronto. Cette étude exploratoire utilise une méthode descriptive qualitative afin de mieux cerner la nature des soins dispensés aux patients autochtones par des internes en naturopathie et leurs superviseurs cliniciens au Centre de santé Anishnawbe de Toronto (AHT). Des entrevues semi-structurées ont été réalisées avec 3 superviseurs cliniciens, 7 internes en naturopathie et 7 patients autochtones afin d'approfondir la compréhension des expériences et des perceptions des participants par rapport à la naturopathie à AHT. D'autre part, trois entrevues ont également eu lieu avec trois docteurs en naturopathie exerçant dans d'autres communautés autochtones. Il en est ressorti que la naturopathie est perçue comme cadrant avec la philosophie des soins de santé partagée dans les communautés autochtones, car elle met l'accent sur les dimensions spirituelles, mentales et affectives de la santé. Plus particulièrement, les atouts de la naturopathie dans la communauté autochtone découlent de sa compatibilité philosophique, de sa capacité à répondre à un grand nombre de besoins en matière de santé, de l'absence de déséquilibre de pouvoir dans la relation patient-prestataire et de la sensibilité culturelle des intervenants. Bien qu'AHT soit bien considéré par les patients et les prestataires de soins, certaines carences dans les installations sont évidentes, notamment en ce qui a trait au respect de l'intimité et de la communication entre les professionnels. En conclusion, les chercheurs constatent que la clinique de naturopathie d'AHT contribue à de bons résultats pour les patients et à leur satisfaction et qu'elle permet de répondre à des besoins non comblés dans cette population particulière. Ils déduisent que la naturopathie convient particulièrement pour répondre aux besoins des Autochtones en matière de santé, car elle présente une approche holistique et respectueuse et repose sur les connaissances traditionnelles et les résultats de la recherche pour ce qui est des traitements prenant en compte l'aspect mental, physique et spirituel.



WARRY, W. 1998. Unfinished dreams: Community healing and the reality of Aboriginal self-government. Toronto: University of Toronto.

Cette publication présente une démonstration fouillée que les politiques ayant privé les Premières Nations de l'autonomie gouvernementale sont responsables des mauvaises conditions de santé prévalant dans les communautés autochtones. Elle souligne les retombées néfastes du colonialisme qui a causé et entretenu des divisions entre les membres des communautés. Elle explique l'importance de comprendre l'histoire de ces dernières et la part jouée par les gouvernements dans la perte de leur culture et de leur appartenance, ce qui a donné lieu à tout un ensemble de problèmes de santé publique et de problématiques psychosociales. L'auteur recommande de favoriser l'interaction entre les aînés et les jeunes et une meilleure communication entre les membres de la communauté. Plusieurs moyens permettent d'y parvenir, notamment les cercles de partage, les cérémonies traditionnelles et divers événements communautaires.

WEXLER, L.M. 2006. Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. Social Science and Medicine, 63(11): 2938-2948.

Cette étude fait appel à une méthode de recherche-action participative afin d'amener une communauté à débattre des problématiques entourant le suicide chez les jeunes. Grâce à cette méthode, de l'information étiologique sur le suicide de même que les données tirées des entrevues, des groupes de discussion et de l'enquête ont pu être partagées avec les membres de la communauté pendant les deux années pendant lesquelles l'étude s'est déroulée. La communauté a pu ainsi planifier des interventions dans le village et mettre en œuvre des actions communautaires dans le but de prévenir le suicide et de favoriser le bien-être.





