



SAVOIR AUTOCHTONE ET SYNTHÈSE, APPLICATION ET PARTAGE DES CONNAISSANCES (SAPC)

Carmen Ellison, PhD, Université de l'Alberta

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE



© 2014 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). La présente publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

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

Cette publication est disponible pour téléchargement à l'adresse : www.nccah-ccnsa.ca. Toute la documentation du CCNSA est gratuite et peut être reproduite en totalité ou en partie avec mention de la source appropriée et de la référence bibliographique. Elle doit toujours être utilisée à des fins non commerciales. Pour que nous puissions mesurer l'incidence de cette documentation, veuillez nous informer de son utilisation.

An English version is also available from www.nccah-ccnsa.ca under the title *Indigenous Knowledge and Knowledge Synthesis Translation and Exchange (KTSE)*.

Référence bibliographique :

Ellison, C. (2014). *Savoir autochtone et synthèse, application et partage des connaissances (SAPC)*. Prince George, (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec nous :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

3333 University Way
Prince George, (C.-B.) V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
www.nccah-ccnsa.ca



CONTENTS



1. Introduction	4
2. Processus de saps en santé publique.	5
2.1 Synthèse, application et partage des connaissances (SAPC)	5
2.2 Concept de santé publique fondée sur des données probantes	7
2.3 Examens des données probantes	8
2.4 Science de l'application	12
2.5 Données probantes : Le savoir autochtone « compte t il »?	13
3. Savoir autochtone et processus de SAPC	15
3.1 Éthique de la recherche et SAPC participatif	16
3.2 Systèmes de SAPC autochtones	18
4. Conclusion	23
Bibliographie	24



1. INTRODUCTION



Ce document de travail est le premier d'une série de trois rapports portant sur la synthèse, l'application et le partage des connaissances (SAPC) en vue d'améliorer la santé des peuples autochtones au Canada. Il vise à établir un cadre pour examiner le processus de SAPC dans le contexte du savoir autochtone, notamment dans le domaine de la santé publique. Le rapport donne un aperçu de la documentation en matière de SAPC et de savoir autochtone. Selon Cochran et coll. (2008), de nombreuses recherches sur la santé ont été réalisées au sujet des populations autochtones et au sein de celles-ci, mais elles n'ont pas eu d'incidence notable sur le bien-être général de ces communautés. Bien que de multiples facteurs expliquent cette situation, l'un des principaux est sans aucun doute épistémologique : celui des différences entre les systèmes de connaissances et le besoin d'une interface améliorée entre ce qu'Estey, Reading et Kmetz (2006) nomment les « trois communautés », à savoir les communautés autochtones, les chercheurs et les décideurs.

Après avoir exploré les concepts clés, on traitera de la théorie et de la pratique du processus de SAPC dans le domaine général de la santé publique. Cela englobera un examen du concept de santé publique fondée sur des données probantes (SPFDP), des méthodes et des processus employés afin d'analyser les données probantes sur la santé et de les acheminer du stade de la recherche à celui de la mise en application, ainsi que des moyens de classer et d'évaluer les données probantes dans le cadre du SPFDP. On se penchera ensuite sur les principaux enjeux qui ressortent de la documentation à l'égard des connaissances autochtones et du processus de SAPC. L'intégration du savoir autochtone à ce processus pourrait aboutir à de nouvelles connaissances, politiques et pratiques permettant de s'attaquer aux problèmes de santé communautaire. Enfin, le document se terminera par des réflexions sur les questions qui y sont examinées.



2. PROCESSUS DE SAPC EN SANTÉ PUBLIQUE



Ce section porte sur la théorie et la pratique du processus de SAPC en santé publique. On y examine la signification du processus de SAPC, l'origine du concept de santé publique fondée sur des données probantes (SPFDP), les méthodes et les processus utilisés afin d'analyser les données probantes en matière de santé et de passer ainsi du stade de la recherche à celui de la mise en application, ainsi que les façons dont les « données probantes » proprement dites sont évaluées dans le cadre du concept de SPFDP. On termine cette dernière évaluation en se penchant sur la façon dont les connaissances autochtones offrent des données probantes à ces systèmes en tant que première étape d'exploration du rôle de ce savoir en santé publique. En gros, cette section examine le contexte du processus de SAPC en santé publique afin de comprendre non seulement les façons dont le savoir autochtone se prête aux méthodes et aux théories existantes, mais aussi les raisons pour lesquelles ce

savoir exige une définition des données probantes et un processus de SAPC qui lui sont propres.

2.1 Synthèse, application et partage des connaissances (SAPC)

Les définitions des cadres et des pratiques en matière d'application, de synthèse et de partage des connaissances varient (Tétro et coll., 2008). D'après certains concepts d'application, les connaissances sont diffusées de manière unidirectionnelle des chercheurs aux utilisateurs des recherches, dans les milieux cliniques, chez les décideurs et les concepteurs de programmes. Ce qui distingue principalement les chercheurs des utilisateurs des résultats de recherche est généralement leur formation technique ou clinique précise. Comme le souligne Choi (2005), il s'agit d'un domaine



où l'application des connaissances est primordiale, car les personnes œuvrant hors des disciplines théoriques cloisonnées ne sont pas en mesure de comprendre facilement les recherches en santé étant donné qu'elles sont très nombreuses et complexes. Selon Choi, « l'intégration » (d'un domaine de recherche en une seule méthode comme un examen systématique ou un répertoire de pratiques exemplaires) et la « simplification » (processus permettant de s'assurer que les résultats de recherches peuvent être compris clairement et utilisés efficacement) sont des principes clés de l'application des connaissances. Toutefois, le modèle de Choi est incomplet dans le contexte de la santé publique des Premières nations, des Inuits et des Métis, car il prévoit une diffusion unidirectionnelle du savoir (des chercheurs aux utilisateurs, sans aucun mécanisme permettant d'acheminer les connaissances, par l'entremise de processus complexes, entre des parties différentes ou entre des parties dont la vision du monde diffère) et ne fait qu'établir une distinction entre les formations techniques et cliniques.

On a réussi à intégrer ce type de transfert du savoir à d'autres modèles d'application des connaissances. Les Instituts de recherche en santé du Canada (2009) définissent comme suit cette application des connaissances en fonction des activités, des intervenants, des circonstances et des résultats :

un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application éthique des connaissances, afin d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé, et de renforcer le système de soins de santé. Le processus d'AC s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances. Lors de ces interactions, l'intensité, la complexité et le niveau d'engagement peuvent varier en fonction de la nature [et des résultats] de la recherche et des besoins particuliers de chaque utilisateur de connaissances (sans date).

Les organismes autochtones et les chercheurs ont tenté de réorienter l'application des connaissances qui,

même si elle touche les activités et les agents s'intéressant à ce concept, ne définit pas particulièrement le domaine en fonction de questions pertinentes pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Sous l'égide du Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), Allard (sans date) a examiné l'application des connaissances. Selon lui, cette dernière englobe :

l'examen systématique de l'origine de la recherche, les hypothèses qui sous-tendent le processus de recherche, la mesure dans laquelle on perçoit que la recherche a entraîné des changements dans la politique, la pratique et les résultats sur la santé pour les organismes et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les perceptions quant aux facteurs qui ont entravé ou favorisé l'intégration de la recherche en vue d'améliorer les incidences sur la santé et l'état de santé des membres des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. (p. 3)

Bien que la définition de l'IRSC reconnaisse le besoin « d'une application éthique des connaissances », la description d'Allard de l'application des connaissances à des questions visant particulièrement les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis est cruciale, car ce savoir doit, bien sûr, être utilisé de façon éthique. Cependant, l'examen de l'origine, des hypothèses, des processus d'application des connaissances et des résultats de la recherche est essentiel au processus d'application du savoir dans les milieux autochtones. À l'instar de la définition de l'application des connaissances de Choi (2005) examinée ci-dessus, celle de l'IRSC repose sur une vision du monde que partagent tous les intervenants, tandis que l'étude de la NAHO se fonde sur les effets sur la santé.

D'autres auteurs ont aussi défini la notion d'application des connaissances dans le contexte autochtone. Par exemple, Chandler et Lalonde (2004) soutiennent que l'application du savoir se fait aussi de façon latérale : les connaissances issues des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis peuvent servir à améliorer la santé et le bien-être au sein d'autres communautés. Toutefois, des visions du monde divergentes font partie intrinsèque du domaine actuel de l'application du savoir, où, comme Ermine (sans date) le soutient, les connaissances occidentales et autochtones forment tous les deux des systèmes en soi, dont chacun possède une logique, des méthodes scientifiques, des fondements philosophiques et une épistémologie qui leur sont propres.

2.2 Concept de santé publique fondée sur des données probantes

Les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) (sans date) définissent le concept de santé publique fondée sur des données probantes

(SPFDP) comme suit : « le processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique » (p. 1). Cette section offre un aperçu du concept de SPFDP ainsi que des renseignements sur certains types courants d'examen et de processus fondés sur des données probantes utilisés en santé publique (examens de l'étendue des connaissances, analyse environnementale, examen systématique, examen réaliste, répertoire des points de vue, processus de délibération et, plus généralement, application des données scientifiques).

Le concept de SPFDP est né du mouvement de la médecine factuelle (MF) (d'où proviennent les critères d'évaluation des données probantes visant à appuyer les prises de décisions cliniques) et du domaine de la santé publique fondée sur des données probantes (SPFDP) (Ciliska, Thomas et Buffett, 2008) qui a transféré les concepts de la MF à la discipline de la santé publique (Kohatsu, Robinson et Torner, 2004). Cependant, alors que, comme leurs noms l'indiquent, la MF et la SPFDP sont « fondées » sur des « données probantes », le concept de SPFDP est « éclairé » par des données probantes. Ce terme différent est employé pour tenter de tenir compte à la fois des prises de décisions concernant la politique et celles concernant la pratique, car les données probantes ne constituent pas les seules sources de renseignements nécessaires dans ces deux types de décision. Le modèle de SPFDP conçu par Ciliska et coll. (2008) situe l'expertise en matière de santé publique au carrefour de quatre domaines formant le cadre des prises de décision :

1. problèmes de santé communautaire (contexte local),
2. préférences et actions communautaires et politiques,
3. données probantes de la recherche,
4. ressources de la santé publique. (p. 7)

Dans ce modèle, les données probantes ne servent à qu'une seule forme de prise de décision. Ciliska et coll. précisent que la SPFDP « est un processus complexe multidisciplinaire qui se produit au sein de communautés dynamiques et en constante évolution, et qui englobe différents secteurs de la société » (p. 9). Ils affirment que la santé publique comporte des « problèmes multidimensionnels » et exige de prendre en compte adéquatement les points de vue et les valeurs communautaires. En revanche, ils estiment que l'évaluation des données probantes issues de la recherche constitue un volet du concept de SPFDP pour lequel les décideurs ont besoin de soutien. À ce sujet, Ciliska et coll. présentent les étapes (voir le tableau 1 ci-après) du processus de justification du concept de SPFDP.

Tableau 1 : Étapes de la Santé publique fondée sur des données probantes

Étape de la SPFDP	Description
1. Définir	Définir clairement la question ou le problème.
2. Rechercher	Rechercher efficacement les données de la recherche.
3. Estimer	Effectuer une estimation critique et efficace des sources d'information.
4. Synthétiser	Interpréter l'information ou formuler des recommandations destinées aux praticiens en fonction de la documentation pertinente trouvée.
5. Adapter	Adapter l'information au contexte local.
6. Mettre en œuvre	Prendre une décision quant à la mise en œuvre des données adaptées dans la pratique, l'élaboration de programmes ou de politiques et les prises de décision.
7. Évaluer	Évaluer l'efficacité des mesures de mise en œuvre.

Source : Ciliska, Thomas et Buffett, 2008, p. 6.

Brownson, Gurney et Land (1999) expliquent que dans le contexte de la santé publique fondée sur des données probantes – soit la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé publique issus des résultats de recherche scientifique– on utilise cinq principaux outils et processus d'analyse pour évaluer les données : méta-analyses (intégration quantitative systématique des résultats de recherche), évaluations des risques (caractérisation des risques pour les individus et les populations), évaluations économiques (évaluation du bien fondé des programmes et des politiques de santé publique), surveillance de la santé publique (collecte, analyse et interprétation des résultats et diffusion de ceux-ci aux parties concernées) et comités d'experts et conférences consensuelles (examen par des pairs des données probantes sur lesquelles reposent les recommandations, les règlements et les décisions stratégiques en matière de santé publique). De plus, Brownson et coll. décrivent deux types de données importantes pour de la santé publique fondée sur des données probantes : les données d'analyse délimitant une intervention (p. ex., facteur de risque ou état de santé) et les données sur l'efficacité d'interventions particulières). Les processus efficaces (c. à d. ceux qui « incitent à l'action », p. 90) sont davantage susceptibles de reposer sur des résultats cohérents d'études de haute qualité d'origines très variées tenant compte de facteurs sociaux, culturels, économiques et politiques.

Brownson et coll. (1999) ont relevé un certain nombre de facteurs entravant les processus en santé publique fondée sur des données probantes (SPFDP) : problèmes relatifs aux données sur l'efficacité d'une intervention ou d'un programme, notamment en ce qui a trait aux populations ciblées, manque de leadership, temps limité pour

l'application et l'évaluation, pressions externes reléguant au second plan la base de données probantes, formation inadéquate en santé publique et manque de temps pour analyser rigoureusement les données probantes (p. 94). Parmi les stratégies permettant de surmonter ces obstacles, mentionnons le recours à des cadres de causalité et à des évaluations en cours d'apprentissage (c. à d. des modèles logiques de programme et une évaluation du processus et de l'application), le renforcement des compétences dans l'examen et l'analyse de la base de données probantes, la diffusion des programmes de formation et le financement des recherches en santé publique, l'emploi d'une stratégie de communication et de dissémination systématiques et l'adhésion générale des dirigeants au concept de santé publique fondée sur des données probantes (p. 95).

Afin de mettre au point un processus d'application des données probantes en santé publique qui porte fruit, Brownson et coll. (1999) proposent une stratégie en six étapes :

1. préparer un énoncé opérationnel préliminaire concis de la question,
2. déterminer ce qui est connu d'après la documentation probante existante,
3. attribuer une valeur quantitative à la question,
4. mettre au point des options de programme ou de politique,
5. établir un plan d'action visant le programme ou la politique,
6. évaluer le programme ou la politique. (p. 95)

Selon les auteurs, c'est à la quatrième étape que l'apport des intervenants est le plus efficace – et il pourrait être utile que les intervenants participent à l'établissement du calendrier des initiatives, à la mise en contexte des questions ainsi qu'à la sélection des promoteurs et des méthodes employées pour favoriser l'appui du grand public.

2.3 Examens des données probantes

Comme le précisent Brownson et coll. (1999), un volet important du concept de SPFDP est de « déterminer ce qui est connu » dans la documentation probante existante (p. 95). Diverses méthodes ont été conçues pour ce faire. Cette sous-section donne un aperçu de certaines méthodes d'examen des données probantes et des processus fondés sur celles-ci qui sont les plus couramment utilisées dans le domaine de la santé publique, y compris :

- l'examen de l'étendue des connaissances,
- l'analyse environnementale,
- l'examen systématique,
- l'examen réaliste,
- l'établissement d'un répertoire des points de vue,
- le processus de délibération.

2.3.1 Examens de l'étendue des connaissances

Les examens ou études de l'étendue des connaissances offrent une façon de repérer rapidement les concepts clés d'un domaine de recherche ainsi que les principales sources de recherche et les types de données probantes disponibles. Arksey et O'Malley (2005) mentionnent un grand nombre de raisons motivant l'exécution de tels examens. Ils précisent que ceux-ci peuvent entre autres constituer un volet de l'examen systématique ou servir à examiner la portée, l'étendue et la nature des données disponibles ou l'utilité et la possibilité d'effectuer un examen systématique complet et peuvent servir à résumer et à diffuser les résultats de recherche et à cerner les lacunes de la documentation existante. Selon eux, l'examen de l'étendue des connaissances s'effectue en cinq étapes :

1. déterminer le sujet de recherche,
2. relever les études pertinentes,
3. choisir les études à retenir,
4. schématiser les données,
5. colliger, résumer et diffuser les résultats. (p. 22)

L'objet des examens de l'étendue des connaissances n'est pas d'évaluer la qualité des données probantes ni de faire la synthèse des travaux qu'ils décrivent. Comme leur nom l'indique, ces examens visent à déterminer l'étendue des données probantes existante. Puisqu'ils peuvent être réalisés (assez) rapidement tout en étant de nature itérative (c'est-à-dire que les étapes peuvent être répétées au besoin pour en élargir ou en restreindre la portée), ils offrent potentiellement une certaine souplesse en ce qui a trait aux types de connaissances ciblées.

Arksey et O'Malley précisent que leur modèle initial d'examen de l'étendue des connaissances pourrait être amélioré dans le futur et que des études plus récentes sur la méthode de ce type d'examen préconisent une uniformité accrue dans leur réalisation et dans la façon dont leurs résultats sont présentés (Lavac, Colquhoun et O'Brien, 2010; Davis, Drey et Gould, 2009). Néanmoins, le modèle de départ d'Arksey et O'Malley continue d'être largement utilisé pour ces examens (voir, par exemple, Kenny, Hyett, Sawtell, Dickson-Swift, Farmer et O'Meara, 2013).

2.3.2 Analyse environnementale

Les analyses environnementales servent généralement de documents organisationnels internes. Elles fournissent aux personnes d'une discipline particulière des renseignements qui leur permettent de planifier les travaux futurs (Albright, 2004). Ces analyses peuvent aussi servir à l'extérieur d'une entité donnée afin d'éclairer les prises de décision dans un domaine précis (voir, par exemple, Légaré et coll., 2012).

Albright (2004) affirme que les analyses environnementales visent à cerner les situations et les problèmes nouveaux dans un domaine, tout en tenant compte des embûches éventuelles à éviter. Le processus formel d'analyse environnementale comporte cinq grandes étapes :

- déterminer les besoins de l'organisme en matière d'analyse environnementale,
- recueillir les renseignements,
- analyser les renseignements,
- diffuser les résultats,
- prendre des décisions éclairées (p. 42 et 43).

L'analyse environnementale explore jusqu'à six facteurs externes : industrie et marché, technologie, directives réglementaires et lois, économie, société, et politiques. Ses principaux problèmes sont de gérer de façon appropriée des renseignements dont le volume est nettement susceptible d'être élevé, les sources de renseignements dont les personnes exécutant l'analyse peuvent ne pas connaître l'existence, la qualité et la disponibilité en temps utile des renseignements existants et l'interprétation des sources de renseignements (Albright, 2004). L'analyse environnementale fait partie intégrante de la planification à long terme et vise à renforcer la capacité d'un organisme à s'adapter au changement.

2.3.3 Examen systématique

Les examens systématiques sont devenus des méthodes courantes de fournir des renseignements fiables aux utilisateurs de recherches, allant des cliniciens et des professionnels de la promotion de la santé aux décideurs des gouvernements et du réseau de santé. La logique des examens systématiques repose sur l'hypothèse selon laquelle les prises de décisions relatives aux résultats d'une seule étude – peu importe la solidité de sa logique interne ou des résultats – sont moins efficaces que celles qui se fondent sur un ensemble d'études dont les résultats sont représentatifs de la gamme complète de données probantes disponibles. L'objectif des examens systématiques, qui font souvent appel à une méta-analyse statistique des recherches connexes, est de fournir aux utilisateurs des résultats de recherche un aperçu détaillé et fiable d'une intervention donnée ou d'un sujet de recherche. Parmi les revues systématiques, l'option par excellence est l'essai comparatif aléatoire à double insu de haute qualité.

En plus de confirmer que l'examen systématique vise à déterminer le bien fondé d'une intervention à partir de la synthèse d'un groupe d'études plutôt que des résultats d'une seule, Lavis, Lomas,



Hamid et Sewankambo (2006) décrivent d'autres avantages du processus : le risque de partialité est réduit étant donné que la probabilité de passer à l'action en se fondant sur des résultats trompeurs est plus limitée, une confiance accrue est accordée à la mise en œuvre d'une intervention et le temps consacré aux travaux est davantage optimisé puisque le processus d'examen systématique est réalisé avec rigueur et transparence. Dobbins, DeCroy et Twiddy (2004) soulignent ce dernier avantage et avancent que des examens systématiques rigoureux peuvent permettre d'atténuer « les plus importants obstacles à l'intégration des résultats probants des recherches aux prises de décision en santé publique » (p. 121), à savoir les limites de temps, d'expertise et de ressources nécessaires afin de repérer, d'extraire, de lire, de synthétiser et de mettre en pratique les données probantes.

Bon nombre d'entités réalisent actuellement des examens systématiques dans une vaste gamme de disciplines variant de l'éducation à la médecine préventive, dont les suivantes : le Centre de collaboration Cochrane, le Centre for Reviews and Dissemination, l'Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre (EPPI-Centre), la collaboration Campbell, l'Effective Public Health Practice Project, le Centre for Reviews and Dissemination (R.-U.), l'US Task Force on Preventive Services (É.-U.) et le What Works Clearinghouse (É.-U.).

Depuis un certain nombre d'années, on s'intéresse fortement aux méthodes d'examen systématique, particulièrement pour ce qui est d'assurer l'uniformité de la qualité, de la rigueur et des normes de présentation de l'information, qui sont tous des facteurs ayant d'importantes incidences sur les utilisateurs des résultats. Le PRISMA Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff et Altman, 2009), un ensemble de normes de présentation

sur les examens systématiques, et les lignes directrices GRADE (Guyatt et coll., 2008a, 2008b, 2008c, 2008d; Schünemann et coll., 2008; Jaeschke et coll., 2008), un système de classement de la qualité des données probantes et la solidité des recommandations issues des examens systématiques, en représentent deux exemples clés¹. Bien que de telles lignes directrices rendent les décideurs plus aptes à comprendre la situation concrète lorsqu'il s'agit d'efficacité, ces systèmes d'évaluation ne sont pas compris uniformément et ne tiennent pas compte des complexités de la réalisation des interventions dans le système de santé (Lewin et coll., 2012).

2.3.4 Examen réaliste

Les examens réalistes, souvent considérés comme un genre d'examens systématiques ou une option de remplacement, sont conçus pour affronter les problèmes de ce que Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walsh (2005) nomment les « interventions sociales complexes », à savoir les services de santé et autres services publics où les incidences des programmes « dépendent fondamentalement du contexte et de l'application » (p. 21). Les examens réalistes visent donc à déterminer quels aspects des programmes ou des interventions sont appropriés et pour quelles populations elles le sont, dans quels contextes ou circonstances les programmes ou les interventions sont efficaces ou non, de même que quels éléments des programmes sont efficaces ou non et pour quelles raisons exactement. Bref, ils ne visent pas à savoir ce qui fonctionne, mais, comme le précisent Pawson et coll., à demander « quels aspects d'un programme sont efficaces, pour qui et dans quelles circonstances » (p. 22). Au lieu de reposer sur une démarche expérimentale ou quasi-expérimentale pour évaluer l'efficacité, les examens réalistes s'appuient sur le mécanisme d'une intervention, le lien entre ce mécanisme et le contexte

d'une intervention et les résultats observés (Wong et coll., 2013). Comme les examens réalistes ne sont pas effectués au moyen de protocoles stricts reproductibles, ils sont quelque peu subjectifs (Pawson et coll., 2005; Wong, Greenhalgh et Pawson, 2010). Pour veiller à la transparence de la rigueur et de la qualité, des normes de publication ont été fixées afin d'aider les lecteurs à comprendre plus facilement les aspects des examens. Ces normes ont été élaborées dans le cadre du projet RAMESES (Realist and Meta-Narrative Evidence Syntheses: Evolving Standards) (Wong, Greenhalgh, Westhorp, Buckingham et Pawson, 2013).

Les examens réalistes peuvent être effectués à l'aide de quatre démarches distinctes :

1. déterminer l'intégrité des principes théoriques du programme,
2. choisir entre les principes théoriques divers (ou « opposés ») du programme,
3. analyser les principes d'une théorie dans plus d'un contexte (c.-à-d. dans des contextes différents),
4. examiner les « attentes officielles » dans la pratique. (Pawson et coll., 2005, p. 25)

Selon Pawson et coll. (2005), l'exécution d'un examen systématique fondée sur une démarche réaliste se fait selon les cinq étapes clés présentées au tableau 2. En outre, les auteurs insistent sur le fait que la démarche réaliste exige un chevauchement entre différentes tâches et qu'on doit reconnaître sa itérative : un changement dans un élément du processus peut et doit entraîner la mise à jour ou l'amélioration d'autres éléments de l'examen.

2.3.5 Répertoire des points de vue

Reconnaissant que les examens systématiques sont structurés de manière à prendre en compte les données probantes empiriques issues des recherches primaires, Abrami, Bernard et Wade (2006) décrivent

¹ Des mises à jour des principes directeurs GRADE de départ se trouvent dans Andrews et coll., 2013; Balshem et coll., 2011; Guyatt et coll., 2010, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2011e, 2011f, 2011g, 2011h, 2012a, 2012b et 2013.

Tableau 2 : Étapes clés d'un examen réaliste



Étape 1 : Préciser la portée	
A:	<ul style="list-style-type: none"> · Déterminer la question à examiner · Nature de l'intervention et mesures qu'elle prévoit
B:	<ul style="list-style-type: none"> · Circonstances ou contexte où les résultats seront utilisés · Objectifs ou intentions de la politique
B:	<ul style="list-style-type: none"> · Préciser le but de l'examen · Intégrité de la théorie : l'intervention a-t-elle l'incidence prévu? · Choisir les théories : quelles théories sont les plus appropriées?
C:	<ul style="list-style-type: none"> · Comparaison : comment l'intervention fonctionne-t-elle dans des contextes différents ou pour des groupes différents? · Épreuve de réalité : de quelle manière l'orientation de l'intervention se traduit-elle dans la pratique?
C:	<ul style="list-style-type: none"> · Formuler les principales théories à examiner · Dresser une « longue liste » de principes théoriques pertinents du programme à l'aide des recherches exploratoires (voir l'étape 2)
C:	<ul style="list-style-type: none"> · Classer par groupe ou par catégorie ou synthétiser les théories · Concevoir un cadre d'évaluation fondé sur les principes théoriques, auquel des données probantes seront intégrées
Étape 2 : Rechercher les données probantes	
A:	Étude exploratoire de la documentation pour en « avoir un aperçu »
B:	Ciblage progressif afin de déterminer les théories clés du programme, peaufiner les critères d'inclusion en fonction des données nouvelles
C:	Échantillonnage dirigé pour mettre à l'épreuve un sous-ensemble défini de ces théories, et échantillonnages « en boule de neige » supplémentaires pour analyser les nouvelles hypothèses à mesure qu'elles apparaissent
D:	Recherche finale d'études supplémentaires quand l'examen est presque terminé
Étape 3 : Évaluer les études primaires et en extraire les données	
A:	<ul style="list-style-type: none"> · Se servir de son jugement pour compléter les listes de contrôle de l'évaluation critique structurée et déterminer la « conformité aux besoins » · Pertinence : la recherche traite-t-elle de la théorie mise à l'épreuve? · Rigueur : la recherche appuie-t-elle les conclusions que les chercheurs ou les examinateurs en ont tirées?
B:	Mettre au point un ensemble de formulaires d'extraction des données et de systèmes de notation « sur mesure »
C:	Extraire des données différentes des études distinctes pour intégrer des données probantes au cadre d'évaluation
Étape 4 : Synthétiser les données et en tirer des conclusions	
A:	Synthétiser les données afin de peaufiner les principes théoriques du programme, c'est-à-dire déterminer les volets qui fonctionnent et voir comment, pour qui et dans quelles circonstances ils fonctionnent
B:	Synthétiser les données en fonction de l'objet de l'examen (voir l'étape 1B)
C:	Utiliser des données « contradictoires » pour avoir un aperçu de l'incidence du contexte
D:	Présenter les conclusions en tant que points de prise de décision adaptée au contexte du modèle général « Si A, B s'ensuit » ou « Si C, D n'est pas susceptible de fonctionner »
Étape 5: Disséminer, appliquer et évaluer	
A:	Formuler les versions préliminaires des recommandations et des conclusions et les mettre à l'épreuve auprès des intervenants clés en accordant une attention aux influences pouvant être exercées dans les contextes de la politique du moment et du lieu
B:	En collaboration avec les praticiens et les décideurs, mettre en application les recommandations dans des contextes particuliers
C:	Évaluer dans quelle mesure les programmes sont adaptés pour tenir compte de l'incidence contextuelle sur les programmes que révèle l'examen : le « même » programme peut être étendu, modifié et supprimé selon le contexte

Source : Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walsh, 2005, p. 24.

les efforts déployés afin d'adapter la structure de l'examen systématique pour tenir compte d'autres types de données probantes, dont les médias imprimés, les documents de politique, ceux des praticiens et d'autres compilations ou revues, mais avec la rigueur de l'analyse statistique d'un examen systématique. La création d'un répertoire des points de vue comporte sept étapes :

1. énoncer l'objet de la recherche et la ou les questions auxquelles la recherche doit répondre,
2. déterminer où se trouvent les documents et les récupérer,
3. inclure et exclure des documents,
4. créer un guide de codification du répertoire des points de vue,
5. coder les documents,
6. analyser et interpréter les données,
7. disséminer les résultats. (p. 417)

Le répertoire des points de vue peut servir à diverses fins, y compris repérer les concordances et les discordances entre la recherche et la politique publique, mieux comprendre comment utiliser les connaissances pour qu'elles influent sur la politique et la pratique, bien comprendre les effets, les applications et les facteurs liés à l'efficacité, cerner les lacunes des connaissances et de la documentation sur un sujet, formuler les questions auxquelles doit répondre un examen systématique ou autre (ou un élargissement de l'examen) et renforcer la crédibilité du processus d'examen en utilisant un ensemble de données plus vaste.

Le répertoire des points de vue est un outil assez nouveau, mais son utilisation parmi les chercheurs semble moins répandue que celle de l'examen réaliste, qui est également récent. Son emploi se limite aux recherches en éducation, qui lui ont donné naissance, et ne s'est pas étendu aux recherches en santé (Hartman, 2008, 2011; Abrami, Bernard et Wade, 2006).

2.3.6 Processus de délibération

Un processus de délibération est une méthode servant au processus décisionnel où l'on tient compte d'une vaste gamme de données en vue de prendre des décisions. Par son appellation, le processus évoque la notion de « démocratie délibérative », où les citoyens ne se contentent pas de voter, mais jouent un rôle plus actif dans l'établissement de la primauté du droit. Tirant son origine des principes des droits et des responsabilités essentiels à une citoyenneté active, la délibération précédant les prises de décisions en matière de santé se distingue des autres processus par son accent sur la participation. En conséquence, le processus de délibération « comporte des objectifs clairs, est inclusif et transparent, met en doute les études scientifiques, encourage le dialogue entre toutes les parties, favorise le consensus en faveur de la décision éventuelle et influe directement sur la prise de décision » (Petts, 2004, tiré de Lomas, Culyer, McCutcheon et Law, 2005, p. 17). Un processus de délibération comporte les étapes suivantes : déterminer le sujet ou la question à étudier, repérer et évaluer les données probantes et veiller à ce qu'un groupe d'experts provenant des gouvernements, des groupes de professionnels, des fonctionnaires et des milieux de recherche parviennent à un consensus. Lomas et coll. (2005) estiment que pour être efficace, un processus de délibération doit viser « un consensus équilibré fondé sur un examen soigné de toutes les données probantes pertinentes et obtenu dans un groupe représentatif des personnes les mieux qualifiées pour évaluer ces renseignements et des personnes les plus susceptibles d'être touchées par les résultats » (p. 24).

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (2006) a tenu un atelier sur les données probantes orientant les décisions dans le domaine de la santé, au cours duquel elle a évalué tant les avantages que les lacunes du processus de délibération. Certains participants ont jugé que les délibérations

publiques et transparentes, où le public est encouragé à donner son avis, étaient plus susceptibles d'aboutir à des résultats appuyés par les politiciens et perçus comme étant crédibles. Toutefois, d'autres ont exprimé certaines réserves sur les délibérations ouvertes au public, affirmant notamment que l'interprétation erronée et la partialité pouvant découler de l'expression énergique des idées, ainsi que la réticence à exprimer son point de vue et l'attachement à des idées bien arrêtées, pouvaient compromettre le processus. De surcroît, comme les processus de délibération exigent beaucoup de ressources et de temps, les participants ont jugé qu'ils ne se prêtaient pas à toutes les prises de décision. Lomas et coll. (2005) précisent que la participation de groupes d'experts hétérogènes peut être une source de conflits et qu'une transparence complète peut nuire à la capacité d'un groupe d'experts de délibérer librement. Brehaut et Juzwishin (2005) estiment que les processus publics sont davantage susceptibles d'avoir recours à des données probantes de recherches structurées, et Lomas et coll. (2005) sont d'avis que, dans l'ensemble, une certaine ouverture est souhaitable.

2.4 Science de l'application

La science de l'application prend de plus en plus d'importance dans les processus de SAPC du domaine de la santé, où elle fournit le cadre regroupant tous les aspects des processus de transition de la recherche à l'action. Selon la définition du Fogarty International Center des National Institutes of Health (É.-U.), la science de l'application est « l'étude des méthodes favorisant l'intégration des résultats de la recherche et des données probantes à la politique et à la pratique en soins de santé » (Fogarty International Center, 2010, par. 4). Bien que cette science englobe l'application des données probantes issues de la recherche dans les contextes de la politique et de la pratique, elle va au-delà de la question de savoir

quelles interventions les chercheurs ont jugées appropriées, visant à déterminer de quelle manière celles-ci sont susceptibles d'être efficaces au sein « des systèmes réels de la santé publique et des réseaux de services cliniques » (Fogarty International Center, 2010, par. 2).

Dans les documents sur la science de l'application du Fogarty International Center, les façons d'envisager les données scientifiques sont nettement mises en évidence et soulèvent d'importantes questions relativement à la prise en compte des contributions épistémologiques non occidentales dans la base de connaissances scientifiques. Par exemple, l'un des grands buts de la science de l'application est « d'étudier les principaux goulots d'étranglement (p. ex., sociaux, comportementaux, économiques et de la gestion) entravant l'application efficace et d'y remédier » (par. 5). Cela est peut-être pour le mieux, car il semblerait que ce domaine d'étude s'attaque aux inégalités actuelles et passées comme celles auxquelles ont été confrontés les Premières nations, les Inuits et les Métis du Canada. Trouver des méthodes pour appliquer efficacement les connaissances éprouvées dans les domaines cliniques et de la santé publique à l'intention de diverses populations représente un objectif important, louable et ambitieux.

On observe toutefois qu'une lacune demeure dans une grande partie de la documentation sur le processus de SAPC : la science de l'application tente fondamentalement de déterminer par quelle voie les connaissances sont communiquées aux particuliers et aux populations qui sont appelés à en bénéficier, mais elle fait abstraction de la façon dont ces connaissances sont produites. Les documents du Fogarty Center exhortent sans cesse à « repenser la rigueur scientifique » afin de trouver davantage de méthodes qualitatives utiles ainsi que « des contextes réels moins étroitement contrôlés » (Fogarty International Center, 2010, par. 13).

Bon nombre de chercheurs s'intéressent à cette nouvelle vision des données probantes. Par exemple, Davidoff (2009) examine les raisons pour lesquelles il est essentiel d'éviter l'hétérogénéité des participants des essais cliniques pour évaluer l'efficacité d'une intervention. Par ailleurs, le fait d'éviter l'hétérogénéité entraîne un problème majeur, à savoir « une pénurie de renseignements nuancés et fiables sur la variation des sous-groupes et de risques », ce qui, comme l'exprime Davidoff, « contribue grandement à la difficulté reconnue d'appliquer des données cliniques tangibles à la pratique » (p. 2584). Davidoff propose plutôt des méthodes hybrides alliant les avantages des méthodes quantitatives et qualitatives tout en atténuant leurs biais.

Bien que la science de l'application offre sans aucun doute la possibilité de repenser ce qui constitue des données probantes en matière de santé publique, elle laisse peu de place à la prise en compte du savoir autochtone au sujet de la santé, surtout si on reconnaît que celui-ci a invariablement une portée locale et est issu d'une vision du monde qui privilégie les mécanismes de production et de partage du savoir (c. à d. le processus de SAPC) qui traitent des questions de biais, d'objectivité et de diffusion des connaissances d'une manière différente du rationalisme occidental depuis le siècle des Lumières.

2.5 Données probantes : Le savoir autochtone « compte-t-il » ?

La question de savoir ce qui constitue des données probantes dans les processus de prise de décision demeure une question centrale en ce qui a trait au savoir autochtone. Le rapport de 2006 de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé intitulé *Les données probantes dans la balance : Pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable*, donne un

aperçu des échanges ayant eu lieu au cours d'un atelier où les participants se sont penchés sur les rôles des divers types de recherche dans la prise de décision fondée sur des données probantes. Le rapport présente trois principaux types de données probantes : « non contextuelles », « contextuelles » et « informelles ». Culyer et Lomas (2006) ont défini comme suit ces termes, dont l'usage est très répandu dans le domaine des processus de délibération (Lomas et coll., 2005) :

- **Les données non contextuelles** reposent sur des principes scientifiques : théories ou hypothèses formelles vérifiables, méthodes de conception reproductibles et reconnaissables, et collecte, analyse et interprétation des données. En outre, elles offrent un degré élevé de certitude pour ce qui est d'attribuer les résultats à un essai particulier plutôt qu'à des variables confusionnelles. Autrement dit, les données non contextuelles fiables sont *intrinsèquement valables*.
- Pour leur part, **les données probantes contextuelles** sont *extrinsèquement valables*. Bien que ces dernières se basent sur des principes scientifiques similaires à ceux sur lesquelles reposent les données probantes non contextuelles, elles visent à déterminer si les relations de causalité peuvent être étendues à d'autres contextes que celui d'une seule étude.
- **Les données informelles** peuvent être tirées de sources multiples, proviennent souvent d'un ensemble complexe de sources et regroupent habituellement des renseignements « localement idiosyncrasiques » et « scientifiques de nature générale » (p. 360). Les données informelles peuvent être utilisées à défaut de données scientifiques probantes ou afin de fournir un contexte aux données non contextuelles.

Lomas et coll. (2005) abordent les catégories de données de manière légèrement différente. Selon eux, les données non contextuelles définissent les situations exemplaires, les données

contextuelles tiennent compte des circonstances d'application et les données informelles sont fondées sur la pertinence locale. Culyer and Lomas (2006) soulignent qu'une plus grande valeur doit être accordée aux données non contextuelles et contextuelles qu'aux données informelles. Les participants de l'atelier *Les données probantes dans la balance étaient du même avis. Ils ont convenu que les données scientifiques de ces deux catégories devaient de préférence servir* au processus visant à orienter le système de santé (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Le rôle des données informelles dans ce système revêt aussi de l'importance. Les participants de l'atelier ont toutefois conclu que les décideurs utilisaient de nombreux types de renseignements et que, bien que les données informelles soient cruciales, elles ne sont pas aussi sûres que les données non contextuelles et contextuelles, et qu'elles « sont de nature entièrement différente » et devraient donc servir, dans les processus de délibération, de moyen d'éclairer les données scientifiques.

Le fait qu'on fait ressortir que les données probantes non contextuelles et contextuelles occupent le sommet de la hiérarchie des données probantes est d'une importance primordiale pour la prise en compte du savoir autochtone car, au sein du système de données probantes, ce dernier est toujours (ou presque toujours) relégué à la catégorie des données probantes informelles. Comme l'ont observé de nombreux chercheurs s'intéressant à la santé au sein des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le savoir autochtone est essentiellement local (Blackstock et Greenwood, 2007, Burhansstipanov, Bradley et Dignan, 2003, Ermine, 2005b, Estey et coll., 2006, Hanson et Smylie,

2006, Smylie, Martin, Kaplan-Myrth, Steele, Tait et Hogg, 2003). Toutefois, les processus de prise de décision en matière de santé publique qui sont fondés sur des données probantes peuvent considérer la situation locale comme un simple « contexte local » (Ciliska et coll., 2008, p. 7) plutôt que comme élément possible de la base de données probantes.

En dépit de leur fondement démocratique, les processus de délibération sont conçus de manière à « garantir que les formes scientifiques de données probantes aient priorité sur les données informelles » (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006, p. 8). Lorsque ces processus se basent sur une méthode faisant une distinction entre les données scientifiques et locales – partant du principe que les interventions reposant sur des données scientifiques doivent être adaptées en fonction du « contexte local » (Ciliska et coll., 2008) – ils peuvent entraver la prise en compte du savoir autochtone selon sa valeur intrinsèque malgré toutes les bonnes intentions.

En outre, comme on peut juger que les données informelles provenant des lobbyistes et des groupes de pression sont partiales, certains peuvent le tenir pour plus fortement suspectes (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Pour les Autochtones² du Canada, cela constitue un obstacle supplémentaire à l'obtention des hauts niveaux de fiabilité perçue du processus de délibération et d'autres processus fondés sur des données probantes. Les organismes représentant les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada reçoivent souvent des leurs plus d'un mandat : d'une part, exercer des pressions politiques, et d'autre part, financer et exécuter les recherches ou y collaborer. En

raison du fait que les organismes faisant du lobbying ou exerçant des pressions sont perçus comme faisant preuve d'une plus grande partialité que d'autres sources de connaissances, on risque d'estimer injustement que les données probantes produites sous leur égide sont de moindre qualité ou de rater l'occasion de tirer profit de renseignements impossibles à obtenir d'autres sources. Comme Davidoff (2009) le démontre, on admet de plus en plus que les plus rigoureuses épreuves contrôlées aléatoires comportent leur propre biais. En limitant l'hétérogénéité de la population à l'étude en faveur de l'efficacité, il se trouve que l'efficacité de l'application à des populations hétérogènes est également limitée.

Même si les décideurs doivent se pencher sur toutes les données probantes accessibles, le processus d'évaluation de l'importance de chacune pourrait avoir des effets défavorables sur les recherches qui portent particulièrement sur le savoir autochtone et ne s'appuient pas sur un modèle scientifique occidental. Cependant, comme précisent Lomas et coll. (2005), puisque tous les types de données (contextuelles, non contextuelles et informelles) exigent une certaine interprétation, il est donc possible d'améliorer dans une certaine mesure le processus de délibération pour qu'il doive mieux tenir compte du savoir autochtone vu que l'interprétation des données probantes est essentielle au processus de délibération en général. Précisons que la question en doute n'est pas de savoir si le processus de délibération doit être judicieux (car tous sont certainement d'accord pour dire que cela est souhaitable), mais plutôt que le modèle actuel ne tient peut-être pas suffisamment compte d'un savoir autochtone qui pourrait contribuer à des prises de décision mieux fondées, et non moins judicieuses.

² Le terme « Autochtone » désigne les personnes qui déclarent appartenir à au moins un groupe autochtone, c.-à-d. les membres des Premières nations (Indien de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit, les personnes qui se sont déclarées Indiens des traités ou Indiens inscrits selon la définition de la *Loi sur les Indiens* du Canada, et celles qui sont membres d'une bande indienne ou d'une Première nation. Les peuples autochtones du Canada sont définis au paragraphe 35(2) de la *Loi constitutionnelle de 1982* comme incluant les Indiens, les Inuit et les Métis du Canada (Statistique Canada, 2013)



3. SAVOIR AUTOCHTONE ET PROCESSUS DE SAPC



Cette section traite des principaux problèmes propres au savoir autochtone tirés de la documentation et de la synthèse, de l'application et du partage des connaissances (SAPC). Les méthodes conventionnelles de SAPC ne permettent pas nécessairement d'améliorer la santé des membres des peuples des Premières nations, Inuits et Métis, car elles ont tendance à ne pas tenir compte des connaissances autochtones sur la santé et le bien être et tendent à séparer, au lieu d'intégrer ou d'instancier, les aspects culturels du transfert, de la dissémination et de l'intégration des connaissances dans la pratique (Estey et coll., 2006). Cette section fait généralement ressortir l'importance d'une réflexion qui dépasse « l'inclusion » du savoir autochtone dans les processus conventionnels de SAPC. Les méthodes de collecte de données qualitatives sur les différences culturelles, par exemple, ne tiennent pas compte de ce

que Cochran et coll. (2008) appellent « le problème fondamental de savoir comment nous acquérons les connaissances » (p. 24). Un groupe de chercheurs autochtones, incluant ceux travaillant en santé publique, a signalé qu'on remettait en question la validité des méthodes conventionnelles d'examen systématique et qu'il était clair que la vigilance et des travaux supplémentaires s'imposaient pour s'assurer que les examens des données probantes tiennent compte des besoins des populations autochtones (compte tenu de leur variabilité) ainsi que pour étudier la méthode sur laquelle se fonde l'examen systématique (McDonald, Priest, Doyle, Bailie, Anderson et Waters, 2010).

Ce qui importe avant tout de savoir à l'égard des connaissances autochtones est qu'elles ne se limitent pas à une seule définition et que les divers systèmes de connaissance des Premières Nations,

des Inuits et des Métis présentent tant des différences marquées que des similitudes essentielles avec la rationalité occidentale après le siècle des Lumières. Comme l'affirme Durie (2004), toutes les populations autochtones de la planète ont subi les conséquences de la colonisation et ont été défavorisées sur le plan socio économique, mais ni l'un ni l'autre de ces facteurs interreliés ne doit nécessairement être perçu comme définissant l'épistémologie d'un peuple. De très nombreux théoriciens ont tenté de définir le savoir autochtone. On le décrit couramment comme étant rationnel et observationnel (ce qui établit un lien avec la pensée occidentale) mais, ce qui est le plus important, on le qualifie de relationnel, participatif, interrelié, intergénérationnel et présentant une vision holistique et unificatrice (Durie, 2004; Ermine, 2005a; Kaplan-Myrth et Smylie, 2006; Koebel, 2005; Smylie et coll., 2003). Les théoriciens qui écrivent au sujet du savoir autochtone font également ressortir qu'il est aussi fondamentalement local que systématique et empirique, c'est à dire qu'il repose sur une observation rationnelle et ne peut se dissocier du lieu de cette expérience (Brant Castellano, sans date; Kuptana, 2005; Smylie et coll., 2003).

Même si les théoriciens s'intéressant au savoir autochtone ont déployé de nombreux efforts afin d'employer des termes communs pour décrire de façon générale les épistémologies autochtones, ils conviennent néanmoins que le savoir est local, à savoir que les nations, les communautés et les peuples ont tous leurs propres façons de comprendre les sources, la conservation, l'application, le partage et les utilisations des connaissances (voir, par exemple, Hanson et Smylie, 2006; Burhansstipanov et coll., 2003; Ermine, 2005b). L'accent que mettent Blackstock et Greenwood (2007) sur le respect de la diversité fait valoir l'importance d'un système épistémologique reconnaissant que le savoir est intrinsèquement local : « souvent, les démarches de recherche

sur l'ensemble des peuples autochtones ne permettent pas de tenir compte des expériences différentes et peuvent donc aboutir à des politiques et à des pratiques mal éclairées en matière de santé » (sans date).

Par conséquent, chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, l'application des connaissances englobe une vaste gamme d'activités, variant de discussions en famille et de la traduction des documents dans les langues locales à des processus de recherche servant à appliquer les résultats des études et auxquels participent les communautés (Kaplan Myrth et Smylie, 2006), ce qui est aussi caractéristiques d'autres systèmes de SAPC. Cependant, les processus de SAPC autochtones qui sont solides offrent de bonnes possibilités de création de connaissances, de politiques et de pratiques nouvelles ainsi que de prise en charge des questions de santé dans les communautés mêmes (Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé des Autochtones, 2007). Cette section porte sur l'éthique de la recherche, la recherche participative et les systèmes de SAPC des Autochtones.

3.1 Éthique de la recherche et SAPC participatif

Blackstock et Greenwood (2007) insistent sur le fait qu'une éthique et des valeurs solides (ainsi que des compétences sur le plan culturel) sont cruciales dans le domaine de la recherche sur la santé des Autochtones compte tenu des antécédents d'utilisation impropre des recherches dans les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis. Morris (1999) et le Centre de recherche sur la santé des Autochtones (2005) font la même réflexion, exprimant la crainte que le savoir autochtone, les Aïnés et les guérisseurs traditionnels ne soient pas respectés comme il se doit (au même titre que les médecins, les scientifiques et

les universitaires), que les connaissances soient interprétées hors contexte (perdant ainsi leur valeur holistique) ou que les membres des communautés soient manipulés au cours du processus de recherche. Cochran et coll. (2008) contextualisent davantage les questions d'éthique et de valeurs en expliquant que les recherches effectuées dans les communautés autochtones « ont souvent servi à promouvoir une "politique de contrôle colonial" », ce qui a suscité une « grande méfiance à l'égard des chercheurs » (p. 22) dans le passé. Plus récemment, les auteurs ont précisé que la confiance ne s'est pas nécessairement rétablie, par suite « de plans et de méthodes de recherche faisant abstraction des cultures » (p. 22). L'une des principales répercussions de ces processus de recherche est la persistance « du mythe selon lequel les peuples autochtones constituent un « problème » à régler et des « objets » inertes qui ont besoin de l'aide d'experts de l'extérieur » (p. 22).

Un certain nombre de propositions de stratégies, dont la plupart prévoient explicitement ou implicitement des stratégies d'application des connaissances, sont issues de l'élaboration de modèles et de méthodes de recherche qui rejettent ces modèles. Il est important de s'assurer que la communauté tire profit des résultats des recherches (Hanson et Smylie, 2006), et pour déterminer les avantages obtenus par la collectivité, il est nécessaire que celle-ci participe en tout temps, depuis les étapes de planification jusqu'à la dissémination des résultats. Même dans le cas de partenariats de recherche formels, la répartition des avantages peut présenter des défis. Les chercheurs sont liés par leur permanence universitaire et les exigences à remplir pour gravir les échelons, ce qui peut aller à l'encontre des avantages pour la collectivité, y compris la protection du savoir autochtone (Cochran et coll., 2008). Elias et O'Neil (2006) reprennent cette préoccupation. Pour les organismes qui appuient effectivement la prise de

décisions au sein même des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, la demande des services de soutien qu'ils fournissent peut dépasser l'offre, et les personnes travaillant dans les milieux universitaires peuvent se retrouver en situation de conflit. Cochran et coll. soulignent que les « chercheurs, en particulier au sein d'une jeune organisation, sont également attentifs aux réalités d'une carrière universitaire qui continue de récompenser le progrès scolaire traditionnel plus que les activités axées sur la collectivité » (p. 48).

Les méthodes de recherche participative se sont imposées comme un modèle méthodologique efficace pour réaliser des recherches dans de tels contextes. Allard (sans date) signale des changements positifs quant à la santé de la population et à un engagement plus efficace des professionnels de la santé et de la recherche auprès des populations ciblées, esquels suscitent des projets et des programmes qui sont *issus des* communautés mêmes au lieu de leur être prescrits par voie hiérarchique. Estey et coll. (2006) appuient aussi le concept

de recherches au sein des communautés qui attribuent à celles-ci la prise des décisions, qui officialisent la pleine participation d'égal à égal à la recherche et qui se fondent sur les principes « des méthodes collaboratives, participatives, autonomisantes, systématiques et transformatives de recherche sur la santé » (sans date). Toutefois, Cochran et coll. (2008) préviennent que la recherche participative n'est pas une panacée et soulignent que même si elle implique la collectivité dans toutes les étapes du processus de recherche, elle « n'élimine pas le risque que les scientifiques et les universitaires marginalisent les méthodes d'acquisition des connaissances des Autochtones » (p. 22). Ils avancent que, pour que les processus participatifs donnent de bons résultats, la « participation » ne doit pas simplement se limiter à des processus qui maintiennent la primauté des méthodes scientifiques occidentales. Au contraire, les méthodes autochtones doivent être prises en compte au stade de la conception des recherches ainsi que dans l'ensemble de leurs étapes. D'après Durie (2004), la portée de ces méthodes peut être relativement restreinte

(p. ex., intégration des cérémonies culturelles appropriées aux processus de laboratoire) ou d'une beaucoup plus grande envergure (p. ex., utilisation des méthodes de mesure des résultats des Autochtones). Un certain nombre de ces jugements sont aussi exprimés par Potvin, Cargo, McComber, Delormier et Macaulay (2002), qui mettent en relief l'importance des partenariats d'égal à égal à tous les stades du processus, de l'intégration des interventions et des recherches d'évaluation, de la souplesse et de la sensibilité ainsi que de la création de possibilités de formation au cours des recherches. Blackstock et Greenwood (2007) appuient aussi l'utilisation des méthodes et objectifs de recherche des Autochtones, faisant valoir que les techniques occidentales de validation des connaissances ne permettront peut être pas de maintenir l'intégrité interculturelle. En outre, puisque les chercheurs autochtones œuvrent déjà à l'interface des connaissances scientifiques occidentales et du savoir autochtone, ils ont un rôle de premier plan à jouer (Durie, 2004). Les recherches participatives et les processus de SAPC efficaces



accordent avant tout l'importance à tout ce qui est local – de l'interprétation des indicateurs sociaux et de santé (qui, selon toutes les communautés ou tous les peuples, constituant des données probantes sur l'état de bien être) au fait que les connaissances sont le fruit d'une co-création – générative, itérative et intergénérationnel (Marks, Cargo et Daniel, 2007; Ball et Simpkins, 2004). Bref, l'examen de l'intégration du savoir autochtone aux processus de conception et d'exécution des recherches révèle que ce savoir doit être bien fondé dans l'ensemble du processus et non pas être exclusivement représentatif du degré de participation communautaire ou servir de données qualitatives plutôt que de données quantitatives.

Enfin, le maintien du contrôle communautaire du savoir autochtone constitue une préoccupation généralisée, et la documentation sur ces connaissances a tendance à appuyer l'ensemble des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession des données issues de la recherche) (Centre des Premières Nations, 2007; Blackstock et Greenwood, 2007; Elias et O'Neil, 2006; Allard, sans date; Wiebe, 2005) ainsi qu'un examen précis de l'utilisation des connaissances dans le cadre de stratégies d'application des connaissances communautaires (Hanson et Smylie, 2006). Elias et O'Neil (2006) soulignent bon nombre de défis particuliers à relever à l'égard des principes PCAP en vue d'une application optimale des connaissances, y compris le fait que :

Parvenir à une entente fondée sur les principes PCAP peut toutefois [retarder et même] entraver la recherche et les activités d'AC. En particulier, la « propriété » des bases de données produites par les gardiens fédéraux ou provinciaux est problématique en raison de la législation sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels. Les données provenant des chercheurs doivent être

protégées au nom de la vie privée des participants à la recherche. Un équilibre est nécessaire afin d'éviter que l'un des partenaires ne procède par exclusion, ce qui pourrait engendrer de la méfiance, un manque de participation et des conflits. Les principes du respect mutuel, de la protection des renseignements personnels et de la confidentialité au niveau de la personne et du sous-groupe, et les mécanismes de résolution des conflits doivent donc faire partie intégrante des accords de recherche. (p. 48)

En plus de signaler le simple besoin de sauvegarder le savoir autochtone – ce qui constitue en soi un enjeu clé –, Elias et O'Neil soulignent l'importance de relations reposant sur le respect réciproque pour l'entendance efficace des connaissances.

3.2 Systèmes de SAPC autochtones

Des notions d'interdépendance reviennent fréquemment dans les définitions du savoir autochtone. Par exemple, dans son examen des jeunes autochtones et des connaissances traditionnelles (*Aboriginal Youth and Traditional Knowledge*), Koebel (2005) soutient que le savoir autochtone est en constante évolution en raison des liens entre les générations, d'où découlent des connaissances à la fois anciennes et nouvelles. Kaplan-Myrth et Smylie (2006) précisent que chez les Aïnés, l'accent mis sur les liens avec la terre constitue un élément clé du savoir autochtone, tandis que Kuptana (2005) affirme qu'une vision holistique et interdépendante du monde est un principe directeur de l'intégration de connaissances nouvelles.

Renforçant la notion d'interdépendance propre au savoir autochtone, Durie (2004) qualifie également celui-ci de « dynamique » et souligne que même si on accorde souvent un grand prix aux éléments traditionnels

du savoir autochtone, *la création, l'invention et la synthèse* sont aussi des volets fondamentaux des systèmes de connaissances. Ermine (2005a) ajoute que l'épistémologie autochtone « se base sur une conscience participative et des expériences personnelles concernant les rapports humains, naturels et surnaturels des traditions d'apprentissage des Autochtones » (p. 6). Kuptana (2005) estime que le savoir autochtone est communautaire, empirique et dynamique, et Kaplan-Myrth et Smylie (2006) font ressortir que l'expérience quotidienne et la praticité constituent d'autres aspects de la connaissance. Smylie et coll. (2003) font écho à ces définitions qu'ils ont tirées de leur lecture de documents variés sur la santé et d'autres domaines³, avançant que les « méthodes de création et d'application du savoir autochtone sont participatives, communautaires et expérimentelles et tiennent compte de la géographie locale » en plus d'être « écologiques, holistiques, relationnelles, pluralistes, [...] intemporelles, infinies, [...] orales et fondées sur le récit » (p. 141). Enfin, Blackstock et Greenwood (2007) font valoir que le savoir autochtone et les connaissances scientifiques occidentales diffèrent en ce qui a trait « à la notion de temps, à l'interdépendance et à l'importance accordée aux connaissances ancestrales » (p. 6).

La théorisation du savoir autochtone a permis aux chercheurs d'amplifier ces genres de définitions des qualités des connaissances en se penchant sur des domaines ou des processus interreliés. Par exemple, Estey et coll. (2006) décrivent quatre principaux domaines caractérisant les différences particulières entre le savoir autochtone et les connaissances scientifiques occidentales :

- **Principes d'organisation** : les aspects holistiques, physiques et métaphysiques sont liés à un code moral, et l'accent est mis sur l'application pratique.

³ Voir Battiste (2000), Couture (2000), Battiste et Youngblood Henderson (2000), Brant Castellano (2000) et Dion Stout et Kipling (2001).

- **Habitudes d'esprit** : confiance dans la sagesse ancestrale, respect de tout ce qui existe.
- **Aptitudes et procédures** : expériences pratiques, données orales qualitatives, validation locale, communication de métaphores et de récits associés à la vie, aux valeurs et au comportement approprié.
- **Connaissances** : intégrées et appliquées à la vie quotidienne et aux pratiques traditionnelles de subsistance. (sans date).

Dans cette veine de définitions du savoir autochtone, Estey et coll. apportent un

certain nombre de nuances significatives aux définitions plus générales qui se concentrent sur les relations et les processus. Dans cette conceptualisation, ils signalent de nombreuses autres questions jouant un rôle clé dans la théorisation des connaissances : moralité, praticité, confiance, respect, oralité, localité, récit, valeurs, comportement, vie quotidienne et subsistance traditionnelle.

Hanson et Smylie (2006) proposent un « cercle du savoir » comme autre méthode efficace d'examen du savoir autochtone. Cette formule fait ressortir les sources, les utilisations, la

conservation, l'application et le partage des connaissances, ce qui établit le savoir comme étant un processus plutôt qu'un produit et comme une évolution temporelle des concepts et des idées, par l'intermédiaire de personnes, de textes, de récits, de lieux, d'établissements et de situations. En ventilant les quatre dimensions du « cercle du savoir », qui recommence quand les connaissances sont utilisées et en engendrent d'autres, le « cercle du savoir » propose une vaste gamme de possibilités de se pencher sur le savoir autochtone. Le tableau 3 présente les points de départ de cet examen de Hanson et Smylie (leur liste

Tableau 3 : Le cercle du savoir



Comment les connaissances nous parviennent-elles?	Comment les connaissances sont-elles conservées?	Comment les connaissances sont-elles appliquées et partagées?	À quelles fins utilise-t-on les connaissances?
<ul style="list-style-type: none"> · Émergence du monde non physique au monde physique · Intuition, inspiration et recherche spirituelle · Rêves, visions, symboles · Nature arbres, plantes, animaux, roches, terre · Ancêtres · Expérience individuelle et collective de la vie · Aînés, membres de la famille, membres de la communauté, dirigeants · Bonnes pensées et contemplation · Échanges et collaboration · Formulation des bonnes questions et recherche des réponses · Résolution de problèmes · Apprentissages : processus traditionnels de transmission des connaissances · Liens nouveaux entre les connaissances existantes · Recherche sur le savoir traditionnel · Recherche scientifique · Recherche formelle et informelle : quantitative (valeurs chiffrées) et qualitative (pensées, mots et sentiments) · Autres 	<ul style="list-style-type: none"> · Récits et légendes · Dessins et graphisme · Art, chant et cérémonies · Partie intégrante de la vie quotidienne · Traditions orales, protocoles et rôles traditionnels · Forme écrite : récits et légendes écrits, articles, rapports, livres, etc. · Programmes et méthodes d'enseignement · Vidéos, films et sites Web · Œuvres graphiques et artistiques publiées et distribuées · Autres 	<ul style="list-style-type: none"> · Cercles de récit et narrations · Leçons tirées des récits et des cercles de partage · Art, chant et cérémonies · Cercles d'enseignement et de guérison · Aînés et gardiens du savoir traditionnel · Autour d'une table en buvant du thé et en mangeant · Acquisition de littératies multiples (orale, écrite, spirituelle et émotive, processus de développement des humains, autres) · Participation à des dialogues et à des discussions en personne, à l'aide de moyens technologiques ou d'échange de documents écrits · Processus éducationnels des établissements structurés · Synthèse de la recherche et autres projets de recherche et de rédaction · Réunions, conférences et autres rassemblements · Publications et documents inédits · Autres 	<ul style="list-style-type: none"> · Vie quotidienne : se servir de l'information pour « être une bonne personne, mener une vie bonne et saine » · Principes des relations ; enseignement du respect, de la communication, des notions de communauté et de paix, entre autres · Rétablir et renouveler la culture · Fournir des données, des renseignements/ et des preuves (de nature scientifique et tirées du vécu) · Soutenir le renforcement de la capacité d'apprentissage et de développement communautaire (capacité de réaliser des recherches, d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, de concevoir et de mettre en œuvre des programmes, de gérer les programmes, les personnes et les ressources, de créer des partenariats, de favoriser la collaboration et la gouvernance, etc.) · Régler davantage de problèmes · Améliorer les processus de recherche · Appuyer les prises de décision des gens et des organismes · Appuyer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et de services (dont les pratiques cliniques) · Orienter la conception et l'évaluation des systèmes de prestation de services de santé · Orienter les structures, les processus et le contenu de l'élaboration des politiques au sein des communautés autochtones et hors de celles-ci · Autres

Source : Hanson et Smylie, 2006, pages 12 et 13.



n'est certes pas exhaustive, mais vise à lancer les discussions sur l'application des connaissances). Selon cette formule, le savoir autochtone est contextuel et axé sur le processus, et les méthodes d'évaluation des connaissances reposent sur le dialogue, où l'on pose des questions auxquelles les réponses peuvent varier selon les particuliers, les communautés et les peuples.

Le savoir autochtone a un important rôle à jouer dans l'élaboration de politiques efficaces fondées sur les connaissances en vue d'améliorer la santé des peuples des Premières nations, des Inuits et des Métis. Smylie et coll. (2003) soulignent que même si le nombre grandissant de décideurs en matière de santé qui proviennent des communautés constitue un virage positif, les chercheurs dans le domaine de la santé continuent de provenir surtout de l'extérieur. Cela a permis d'améliorer les connaissances

autochtones chez les décideurs, mais a, du même coup, creusé le fossé entre les chercheurs et les personnes qui élaborent les politiques et mettent en œuvre les programmes. Selon Smylie et coll., un effet positif supplémentaire de l'intégration des recherches aux visions du monde autochtones et d'une collaboration sérieuse avec les universitaires et les communautés autochtones sera que les résultats des recherches ayant des incidences bénéfiques seront intégrés plus facilement aux politiques. Hanson et Smylie (2006) signalent que la langue et la pertinence culturelle peuvent nuire à l'utilisation dans la communauté de connaissances provenant d'une source gouvernementale extérieure et que ces connaissances devront peut-être être traduites. Les décideurs œuvrant au sein des communautés autochtones ont aussi grandement besoin de renseignements de haute qualité (Elias et O'Neil, 2006).

Ermine (2005a) propose quatre modèles d'application des résultats de recherche afin de déterminer les voies les plus prometteuses d'échange des connaissances entre tous les groupes qui s'occupent de la santé des Autochtones. Les deux premiers, à savoir les modèles uniculturel et colonial, se fondent sur des épistémies occidentales. Voici comment Ermine les représente :

- **A : Modèle uniculturel** (occidental)
Recherche → Synthèse → Politique → Application (Masses)
- **B : Modèle colonial** (connaissances occidentales) : Recherche → Synthèse → Politique → Application (communauté autochtone) c. à d. appliquer les connaissances → transférer (p. 5 et 6)

Ces deux modèles d'application des connaissances ne tiennent pas compte du savoir autochtone. Dans le modèle « uniculturel », les recherches scientifiques occidentales évoluent de façon unidirectionnelle, passant des

résultats par les stades de la synthèse et de l'élaboration des politiques pour enfin être appliquées massivement à une population homogène. D'après Ermine, ce type de modèle ne tient aucun compte du besoin de pratiques transculturelles. Dans le modèle colonial, les connaissances évoluent d'une manière unidirectionnelle similaire, mais elles sont appliquées aux peuples autochtones. Le modèle aboutit à « la dépossession des peuples autochtones et à la perte de l'autodétermination quant à leur état de santé » et à « la perturbation des systèmes de connaissances autochtones en santé » (p. 6). Le troisième modèle d'application des connaissances d'Ermine tient compte du savoir autochtone quoiqu'uniquement de façon « opportuniste ».

- **C : Modèle d'appropriation** (savoir autochtone) : Recherche → Synthèse → Politique → Application (dans le système occidental), où application = transfert (au système occidental) (p. 6)

L'appropriation est le mot clé dans ce modèle, marqué par l'exploitation et une utilisation non conforme à l'éthique du savoir autochtone, et qui présente un « portrait déformé de la réalité » des peuples autochtones. Le modèle suppose aussi que ce savoir est mal intégré aux paradigmes occidentaux (p. 6). D'après Ermine, aucun de ces trois modèles n'est productif ni conforme à l'éthique.

Vu l'inadéquation de ces trois premiers modèles d'application des connaissances, Ermine en a mis au point un quatrième qui est plus prometteur :

- **D : Cadre d'application autochtone** (création de connaissances et d'établissements par les Autochtones) → Recherche → Synthèse → Politique → Application (au sein des communautés autochtones) (p. 6 et 7)

Le cadre autochtone d'Ermine prévoit une structure où, dans le domaine de la santé,

le savoir et les établissements autochtones ont été « réappropriés et réaménagés » dans un contexte de décolonisation, faisant ainsi partie d'un programme de recherche dirigé par les Autochtones. Selon Ermine, bien que ce modèle soit exemplaire, « les règles du jeu doivent être un peu plus équitables » (p. 7).

D'après Allard (sans date), le transfert des résultats de recherche et le courtage du savoir constituent la clé du processus de synthèse, d'application et de partage des connaissances. En ce qui a trait au transfert des résultats de recherche, Allard indique qu'on doit prendre en compte le savoir autochtone dès les premières étapes de recherche et continuer de le faire tout au long du processus. D'après cette auteure, des connaissances autochtones « doivent être créées selon le point de vue des Autochtones pour que les données brutes deviennent une information, puis finalement un nouveau savoir autochtone » (p. 9). La présentation de l'auteure intitulée *Knowledge Translation Toolkit for Communities Working with Researchers* (sans date) est un modèle renfermant dix questions, dont les communautés peuvent se servir pour amorcer la mise au point d'un processus systématique de prise de décision ou des politiques visant la participation aux recherches. Voici les dix questions de la présentation :

1. Quel est l'objet du projet?
2. Qui tirera éventuellement profit des résultats (connaissances) du projet?
3. Quel est le lien entre ce projet et les autres travaux de recherche en cours ou les tendances actuelles en matière de politique et de pratique?
4. Comment pouvez-vous essayer de vous assurer que votre projet aura des résultats concrets?
5. Quels sont les facteurs pouvant faire obstacle au transfert fructueux des résultats de recherche du projet?
6. Quelles sont les possibilités qu'offre le projet de faciliter l'application des connaissances?



7. Est-ce que le projet entraînera un renforcement des capacités?
8. Quelles sont les exigences de dissémination et de publication du projet?
9. Comment avez-vous fourni ou fournirez-vous une rétroaction aux organismes ou aux membres de la communauté qui ont participé aux recherches?
10. Combien le processus de synthèse des connaissances coûtera-t-il? (sans date)

De même, Elias et O'Neill (2006) soulignent que leur modèle d'application des connaissances repose sur le principe selon lequel les utilisateurs doivent avoir une certaine maîtrise ou mainmise sur le processus de recherche. Bien qu'ils fassent participer tous les utilisateurs des résultats de recherche (et non seulement ceux des communautés), le « produit » clé d'application des connaissances de ces auteurs a été une initiative couronnée de succès, soit la création du le First Nations Applied Population Health Research Summer Institute, dont le rôle « consistait à consolider une capacité réceptrice chez les planificateurs des services de santé des Premières nations », y compris au sein des communautés de ces dernières. La création d'une telle capacité au sein des communautés constitue une des façons de favoriser la maîtrise et la possession de la recherche et de la planification en matière de santé.

Rikhy, Jack, Campbell et Tough (2007) décrivent sept principes de partage des connaissances au sein des communautés : pertinence culturelle, participation des Aînés, connaissance des antécédents (p. ex., pensionnats), autonomisation (p. ex., non hiérarchique, partenariats d'égal à égal), respect du savoir autochtone, communications interculturelles et engagement à long terme. Les stratégies de partage des connaissances proposées par Rikhy et coll. tiennent compte du savoir autochtone. Elles reprennent d'autres points de vue selon lesquels la recherche

participative se range parmi les méthodes importantes en vue de l'application efficace des connaissances, quoiqu'elles ajoutent que les stratégies visuelles, le recours à des médias variés, les rassemblements communautaires, les cercles d'échanges et le récit sont aussi des moyens utiles pour assurer l'application des connaissances en santé.

La médecine factuelle crée des obstacles pour les communautés autochtones, du début du processus jusqu'à la mise en œuvre des interventions. Les Premières nations, les Inuits et les Métis n'ont pas tendance à faire l'objet des études réalisées dans le cadre des examens systématiques – qui offrent les données probantes les plus utiles – et les essais comparatifs aléatoires incluent rarement d'un nombre suffisant de peuples autochtones pour garantir l'applicabilité des résultats (Atkinson, 2007). De plus, les interventions fondées sur des données probantes ont tendance à ne pas prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des facteurs comme le chômage, les vestiges du colonialisme, les dépendances, l'insécurité alimentaire et l'accès aux hôpitaux, entre autres (Atkinson, 2006). Quand les interventions reposant sur des données probantes parviennent jusqu'aux populations autochtones, des entraves à leur applicabilité persistent. La diversité des communautés ainsi que des questions comme la langue, l'identité, les terres et le savoir autochtone peuvent tous se répercuter sur l'efficacité d'une intervention (Atkinson, 2006).

Même si travaux prometteurs ont été réalisés à l'aide de mesures des résultats dans les communautés autochtones, Durie (2004) signale que les cliniciens ne sont pas nécessairement capables d'envisager les effets globalement. Il étudie une situation où les cliniciens ne sont toujours pas convaincus qu'il est utile de mesurer les incidences des interventions en santé mentales en examinant la santé physique

ou spirituelle, même si la documentation démontre que les concepts de santé autochtone sont interdépendants. D'après Blackstock et Greenwood (2007), un soutien doit être apporté aux associations professionnelles et aux organisations non gouvernementales pour l'élaboration de programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé qui doivent améliorer leurs connaissances dans ce domaine.



4. CONCLUSION



Le savoir autochtone est de portée planétaire étant donné que les peuples autochtones possèdent les mêmes histoires et concepts. Cependant, puisque chaque communauté a ses propres méthodes de synthèse, d'application et de partage des connaissances, le savoir autochtone est de nature locale. Le caractère local et la spécificité de ce savoir présentent à la fois des avantages et des inconvénients. D'une part, chaque communauté possède sa propre culture et sa propre histoire, et le fait de connaître les réussites d'une communauté ne permet pas nécessairement de mettre en œuvre un programme de santé publique approprié dans une autre. D'autre part, les différences observées entre les communautés révèlent qu'une véritable mine de pratiques prometteuses y sont utilisées, et les communautés autochtones peuvent apprendre beaucoup les unes des autres. Des efforts constants sont nécessaires pour favoriser l'application latérale des connaissances, tout comme la mise au point des outils nécessaires pour le faire de façon efficace et conforme à l'éthique.

Comme le démontre le présent document, pour que des outils permettant de

considérer le savoir autochtone comme une donnée probante soient mis au point, ni les membres ni les établissements des communautés autochtones ne devraient avoir à faire des compromis. Pour trouver une façon d'intégrer le savoir autochtone aux modèles scientifiques occidentaux préétablis (bien que leurs méthodes soient quelque peu fluides), on se heurte à des difficultés d'envergure non seulement en ce qui concerne la propriété, le contrôle, l'accès et la possession (PCAP) des données issues de la recherche, mais aussi quant à la quantification et à l'intégration du savoir autochtone aux processus scientifiques occidentaux fondés sur des données probantes. Cette quantification des connaissances pourrait constituer une reproduction des stratégies coloniales, c'est à dire l'assimilation du savoir autochtone aux données crédibles de la science occidentale, plutôt que d'attribuer une valeur élevée du savoir autochtone en soi. Les décisions visant à reformuler le savoir autochtone en une information compréhensible pour ceux qui sont habitués à l'épistémologie scientifique occidentale devront faire en sorte que ce savoir ne perde pas son sens, sa valeur ou sa spécificité dans cette reformulation.

BIBLIOGRAPHIE



- Abrami, P.C., Bernard, R.M. et Wade, C.A. (2006). *Affecting policy and practice : Issues involved in developing an argument catalogue*. Montréal, QC : Canadian Network for Knowledge Utilization, Centre d'études pour l'apprentissage et la performance, Université Concordia.
- Albright, K.S. (2004). Environmental scanning: Radar for success. *The Information Management Journal*, mai-juin : 38-45.
- Allard, Y. (sans date). Knowledge translation toolkit – Questions to be addressed regarding KT in research projects. Ottawa, ON : Présentation Powerpoint, Centre Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone.
- Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A.D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., Nasser, M. et coll. (2013). GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.03.013
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1): 19-32.
- Atkinson, D. (2006). A brief overview of knowledge translation – key definitions. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Centres de collaboration nationales en santé publique (CCNSP)
- Atkinson, D. (2007). KT Dialogue Circle notes – 8 février 2007, St-Wet-Tan Longhouse, UBC. Prince George, CB : CCNSA.
- Ball, J. et Simpkins, M.A. (2004). The community within the child: Integration of Indigenous Knowledge into First Nations childcare process and practice. *The American Indian Quarterly*, 28(3&4): 480-98. doi: 10.1353/aiq.2004.0091
- Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G.E. et coll. (2011). GRADE guidelines 3: rating the quality of evidence - introduction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4):401-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
- Battiste, M.A. (éd.). (2000). *Reclaiming Indigenous voice and vision*. Vancouver, CB : UBC Press.
- Battiste, M. et Youngblood Henderson, J. (2000). *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*. Saskatoon, SK : Purich Press.

- Blackstock, C. et Greenwood, M. (2007). *Scientific vision NCCAH*. Prince George, CB : CCNSA.
- Brant Castellano, M. (sans date). *Bridging worldviews: An approach to ethical research with Aboriginal peoples*. The Native Peoples Technical Assistance Office, Native American Research Lecture Series. Téléchargé le 28 mars 2013 à partir du site <http://www.nptao.arizona.edu/research/docs/CastellanoSummary.pdf>
- Brant Castellano, M. (2000). Updating Aboriginal traditions of knowledge. In *Indigenous knowledges in global contexts: Multiple readings of our world*, B.L. Hall, G.J. Sefa Dei et D. Goldin Rosenberg (éd.), pages 21-36. Toronto, ON : University of Toronto Press.
- Brehaut J.D. et Juzwishin D. (2005). *Bridging the gap: The use of research evidence in policy development*. Edmonton, AB : Alberta Heritage Foundation for Medical Research, HTA Initiative, no. 18. Téléchargé le 29 octobre 2013 à partir du site <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR18.pdf>.
- Brownson, R.C., Gurney, J.G. et Land, G.H. (1999). Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health Management Practice*, 5(5): 86-97.
- Burhansstipanov, L., Bradley, A. et Dignan, M.B. (2003). Lessons learned while developing "clinical trials education for native Americans" curriculum. *Cancer Control*, 10(5): 29-5.
- Centre de recherche sur la santé des Autochtones. (2005). *Knowledge translation and Indigenous knowledge symposium and consultation sessions: Final report*. Regina, SK : Centre de recherche sur la santé des Autochtones
- Centre des Premières Nations (2007). *PCAP : Propriété, Contrôle, Accès et Possession*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone, Approuvé par le Comité de gouvernance sur l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Centres de collaboration nationales en santé publique. (sans date.) *Fact sheet: What is evidence informed public health?* Antigonish, NS : Secrétariat des dirigeants des Centres de collaboration nationales en santé publique.
- Chandler, M.J. et Lalonde, C.E. (2004). Transferring whose knowledge? Exchanging whose best practices?: On knowing about Indigenous knowledge and Aboriginal suicide. In *Aboriginal policy research: Setting the agenda for change, Vol. II*, J. White, P. Maxim et D. Beavon (eds.), pp. 111-123. Toronto, ON : Thompson Educational Publishing.
- Choi, B.C.K. (2005). Understanding the basic principles of knowledge translation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 92-93.
- Ciliska, D., Thomas, H., et Buffet, C. (2008, révisé et mis à jour en 2010). *Introduction au concept de Santé publique fondée sur des preuves et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique*. Hamilton, ON : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Université McMaster.
- Cochran, P.A.L., Marshall, C.A., Gracia-Downing, C., Kendall, E., Cook, D., McCubbin, L. et Gover, R.M. (2008). Indigenous ways of knowing: Implications for participatory research and community. *Health Policy and Ethics*, 98(1): 22-27.
- Couture, J. (2000). Native studies and the academy. In *Indigenous knowledge in global contexts*, G. Sefa Dei, B. Hall et D.G. Rosenberg (éd.), pages 1-14. Toronto, ON : University of Toronto Press.
- Culyer, A.J. et Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: Do they work and how might we know? *Evidence & Policy*, 2(3): 357-71.
- Davidoff, F. (2009). Heterogeneity is not always noise. *Journal of the American Medical Association*, 302(23): 2580-2586.
- Davis, K., Drey, N. et Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10): 1386-1400.
- Dion Stout, M. et Kipling, G. (2001). *Establishing a leading knowledge based organization*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.
- Dobbins, M., DeCorby, K. et Twiddy, T. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 2nd quarter: 120-28.
- Duric, M. (2004). Understanding health and illness: Research at the interface between science and indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, 33: 1138-1143.
- Elias, B. et O'Neil, J. (2006). The Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research: Knowledge translation with Indigenous communities. *Healthcare Policy*, 1(4): 44-49.
- Ermine, W. (sans date). *Conceptual framework*. Ottawa, ON : Institut de la santé des Autochtones.
- Ermine, W. (2005a). Conceptual mapping of knowledge translation and transfer. In *Indigenous Peoples' Health Research Centre, knowledge translation and Indigenous knowledge symposium and consultation sessions (rapport final)*, pages 4-7. Regina, SK : Centre de recherche sur la santé des Autochtones.
- Ermine, W. (2005b). *Ethical space: Transforming relations*. Rankin Inlet, NU: National Gathering on Indigenous Knowledge Discussion Paper, 3-5 mai.
- Estey, L., Reading, J. et Kmetz, A. (2006). Developing an Indigenous knowledge translation framework. Présentation Powerpoint au cours du National Indigenous Knowledge Translation Summit, mars.
- Fogarty International Center, National Institutes of Health. (2010). Frequently asked questions about implementation science. Bethesda, MD: Author. Téléchargé le 10 mars 2013 à partir du site <http://www.fic.nih.gov/News/Events/implementation-science/Pages/faqs.aspx>
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Les données probantes dans la balance : Pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable. Sommaire de l'atelier tenu le 29 septembre 2005*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Guyatt, G., Oxman, A.D., Akl, E., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S. et coll. (2011a). GRADE guidelines 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4): 383-94. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., Alderson, P. et coll. (2011b). GRADE guidelines 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4): 395-400. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
- Guyatt, G., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Rind, D., Devereaux, P.J. et coll. (2011c). GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence - imprecision. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12): 1283-93. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.01.012
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G.E., Liberati, A. et Schünemann, H.J. (2008b). Rating quality of evidence and strength of recommendations: Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 336: 1049-51.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Jaeschke, R., Helfand, M., Liberati, A., Vist, G.E. et coll. (2008c). Rating quality of evidence and strength of recommendations: Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 336: 1170-1173.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Woodcock, J., Brozek, J., Helfand, M., Alonso-Coello, P. et coll. (2011f). GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence - inconsistency. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12): 1294-302. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.03.017

- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Woodcock, J., Brozek, J., Helfand, M., Alonso-Coello, P. et coll. (2011g). GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence - indirectness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12): 1303-10. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.04.014
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Vist, G.E., Falck-Ytter, Y. et Schünemann, H.J. (2008d). Rating quality of evidence and strength of recommendations: What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 336: 995-8.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Montori, V., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P. et coll. (2011d). GRADE guidelines 5: rating the quality of evidence - publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12): 1277-82. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.01.011
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Santesso, N., Helfand, M., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J. et coll. (2012b). GRADE guidelines 12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2): 158-72. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.01.012
- Guyatt, G., Oxman, A.D., Sultan, S., Brozek, J., Glasziou, P., Alonso-Coello, P., Atkins, D. et coll. (2012a). GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2):151-7. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.01.006
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Sultan, S., Glasziou, P., Akl, E.A., Alonso-Coello, P., Atkins, D. et coll. (2011h). GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12): 1311-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.06.004
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Schünemann, H.J., Tugwell, P. et Klotterus, A. (2010). GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 4(4): 380-2. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.011
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Montori, V. et coll. (2011c). GRADE guidelines 4: rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4): 407-15. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.017
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. et Schünemann, H.J. (2008a). Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336: 924-926.
- Guyatt, G.H., Thorlund, K., Oxman, A.D., Walter, S.D., Patrick, D., Furukawa, T.A., Johnston, B.C. et coll. (2013). GRADE guidelines 13. Preparing Summary of Findings tables-continuous outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2): 173-83.
- Hanson, P.G. et Smylie, J. (2006). *Knowledge translation for Indigenous communities – A policy making toolkit*. Indigenous KT Summit Steering Committee. Téléchargé le 29 octobre 2013 à partir du site http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/setting%20the%20context/KT_Policy_Toolkit_Sept26%5B1%5D.pdf
- Hartman D. (2008). Towards new approaches to reviewing literature in gender education. *International Journal of Learning*, 15(5): 109-118.
- Hartman D. (2011). Crossing divides: An argument catalogue of submissions to the 2000 Australian Government inquiry into the education of boys. *Thymos: Journal of Boyhood Studies*, 5(1): 81-98.
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Institut de la santé des Autochtones (ISA). (2007). *Draft strategic plan for knowledge translation of health research results*. Victoria, CB : IRSC-ISA.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2009). *À propos de l'application des connaissances*. Ottawa, ON : IRSC. téléchargé le 28 mars 2013 à partir du site <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Jaeschke, R., Guyatt, G.H., Dellinger, P., Schünemann, H., Levy, M.M., Kunz, R., Norris, S. et coll. (2008). Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. *British Medical Journal*, 337: a744.
- Kaplan-Myrth, N. et Smylie, J. (2006). *Sharing what we know about living a good life – Summit report: Indigenous Knowledge Translation Summit*. Regina, SK : Université des Premières nations du Canada.
- Kenny, A., Hyett, N., Sawtell, J., Dickson-Swift, V., Farmer, J. et O'Meara, P. (2013). Community participation in rural health: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13: 64. doi: 10.1186/1472-6963-13-64
- Koebel, J. (2005). *Aboriginal youth and traditional knowledge: Honouring the past and acknowledging the future*. Rankin Inlet, NU : National Gathering on Indigenous Knowledge Discussion Paper, 3-5 mai.
- Kohatsu, SANS DATE, Robinson, J.G. et Torner, J.C. (2004). Evidence-based public health: An evolving concept. *American Journal of Preventative Medicine*, 27(5): 417: 421.
- Kuptana, R. (2005). *Relationship between traditional knowledge and intellectual cultural properties: An Inuit perspective*. Rankin Inlet, NU : National Gathering on Indigenous Knowledge Discussion Paper, du 3 au 5 mai.
- Lavac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69). doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Lavis, J.N., Lomas, J., Hamid, M. et Sewankambo, N. (2006). Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8): 620-628.
- Légaré, F., Politi, M.C., Drolet, R., Desroches, S., Stacey, D., Bekker, H. and the SDM-CPD team. (2012). Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Education and Counselling*, 88(2): 159-169.
- Lewin, S., Bosch-Capblanch, X., Oliver, S., Akl, E.A., Vist, G.E., Lavis, J.N., Gherzi, D. et coll. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: Assessing how much confidence to place in the research evidence. *PLoS Medicine*, 9(3): e1001187. doi:10.1371/journal.pmed.1001187
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L. et Law, S., pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Marks, E., Cargo, M.D. et Daniel, M. (2007). Constructing a health and social indicator framework for Indigenous community health research. *Social Indicators Research*, 82(1): 93-110.
- McDonald, E., Priest, N., Doyle, J., Bailie, R., Anderson, I. et Waters, E. (2010). Issues and challenges for reviews in indigenous health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64: 643-644. doi: 10.1136/jech.2008.077503
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., for the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339: b2535. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Morris, P.S. (1999). Randomised controlled trials addressing Australian Aboriginal health needs: A systematic review of the literature. *Journal of Paediatric Child Health*, 35: 130-135.



- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 (Suppl. 1): 21-34.
- Petts, J. (2004). Barriers to participation and deliberation in risk decisions: Evidence from waste management. *Journal of Risk Research*, 7(2): 115-33.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A.M., Delormier, T. et Macaulay, A.C. (2002). Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. *Social Science & Medicine*, 56: 1295-1305.
- Rikhy, S., Jack, M., Campbell, L. et Tough, S. (2007). Knowledge exchange as a vehicle to improve the health of Aboriginal communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 5(2): 107-123.
- Schünemann, H.J., Oxman, A.D., Brozek, J., Glasziou, P., Jaeschke, R., Vist, G.E., Williams, J.W. Jr. et coll. (2008). Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 336: 1106-1110.
- Smylie, J., Martin, C.M., Kaplan-Myrth, N., Steele, L., Tait, C. et Hogg, W. (2003). Knowledge translation and indigenous knowledge. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(2): 139-143.
- Statistique Canada (2013). Identité autochtone de la personne. Ottawa, ON: Statistique Canada. Téléchargé le 18 juin 2013 à partir du site <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/aboriginal-autochtone2-fra.htm>.
- Tetroe, J.M., Graham, I.D., Foy, R., Robinson, N., Eccles, M.P., Ward, J.E. et coll. (2008). Health research agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *The Milbank Quarterly*, 86(1): 125-155.
- Wong, G., Greenhalgh, T. et Pawson, R. (2010). Internet-based medical education: A realist review of what works, for whom and in what circumstances. *BMC Medical Education*, 10: 12.
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J. et Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: Realist syntheses. *BMC Medicine*, 11: 21. doi: 10.1186/1741-7015-11-21
- Wiebe, C. (2005). *Customary law and cultural & intellectual properties*. Rankin Inlet, NU : National Gathering on Indigenous Knowledge Discussion Paper, du 3 au 5 mai.

