Science of Nursing and Health Practices

Science infirmière et pratiques en santé

Article de protocole de recherche | Research protocol article

Intégration des savoirs traditionnels dans les soins des personnes avec une condition de santé au sein de la communauté atikamekw de Manawan : protocole de recherche d'une étude de cas qualitative participative

Integrating Traditional Knowledge Into the Care of People With Health Conditions in the Atikamekw Community of Manawan: Qualitative Participatory Case Study Research Protocol

Sandro Echaquan https://orcid.org/0009-0002-1401-1715 Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre de santé Masko-Siwin, Québec, Canada

David Buetti https://orcid.org/0000-0002-3892-9419 École de santé publique, Université de Montréal, Québec, Canada

Emmanuelle Bédard https://orcid.org/0009-0002-6777-1734 Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada

Stéphane Grenier https://orcid.org/0000-0003-4208-0152 École de travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada

Isabelle Toupin https://orcid.org/0000-0002-5576-5399 Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada

Hélène Pourcelot https://orcid.org/0009-0005-4455-8115 École de travail social, Université d'Ottawa, Ontario, Canada

Dave A. Bergeron https://orcid.org/0000-0002-8404-665X Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:
Dave A. Bergeron
Dave_Bergeron@uqar.ca

2025 S Echaquan, D Buetti, E Bédard, S Grenier, I Toupin, H Pourcelot, D A Bergeron.
Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-7516

Mots-clés

savoirs traditionnels; communautés autochtones; soins de santé; santé holistique; approche à double perspective

Résumé

Introduction : La vision biomédicale de la santé ne cadre pas avec la vision holistique qu'ont les peuples autochtones. Les différences entre ces visions de la santé engendrent chez les Autochtones de profondes peurs et une méfiance envers le système de santé. Or, les recherches montrent que l'intégration des savoirs traditionnels est prometteuse pour des soins de santé culturellement sécurisants. Bien que l'intégration des savoirs traditionnels soit encouragée, il existe peu de recherches empiriques au Québec (Canada) sur la manière dont cette intégration se déroule concrètement. **Objectifs** : 1) décrire comment les savoirs traditionnels sont intégrés dans les soins des personnes autochtones qui vivent avec une condition de santé, 2) explorer les mécanismes et les éléments contextuels pouvant influencer cette intégration et 3) identifier des pistes d'amélioration pour une meilleure intégration de ces savoirs traditionnels dans les soins. **Méthodes** : Étude de cas qualitative et participative menée au centre de santé de la communauté atikamekw de Manawan, utilisant l'approche à double perspective. Des cercles de parole, des entrevues familiales et individuelles seront réalisés avec des professionnels de la santé autochtones et allochtones, des guérisseurs traditionnels et des personnes autochtones. Les données seront analysées thématiquement et validées par des collaborateurs autochtones. **Discussion et retombées anticipées** : Les résultats permettront une meilleure compréhension des éléments influençant l'intégration des savoirs traditionnels autochtones dans les soins aux personnes autochtones. Ces résultats sont essentiels dans une perspective durable et globale de la santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux populations autochtones.

Keywords

traditional knowledge; indigenous communities; healthcare; holistic health; Two-Eyed-Seeing

Abstract

Introduction: The current biomedical vision of health is at odds with Indigenous peoples' holistic vision of health. The differences between these visions of health create profound fears and mistrust among Indigenous people towards the healthcare system. Yet research shows that integrating traditional knowledge is promising for delivering culturally safe healthcare. Although the integration of traditional knowledge is encouraged by many healthcare stakeholders, there is little empirical research in Quebec (Canada) on how this integration takes place. **Objectives**: 1) Describe how traditional knowledge is integrated within the care of Indigenous people living with a health condition, 2) explore the mechanisms and contextual elements that might influence this integration, and 3) identify paths of improvement for better integration of this traditional knowledge within care. **Methods**: A qualitative participatory case study guided by the principles of the realist approach will be conducted in the health center of the Atikamekw community of Manawan, using a Two-Eyed Seeing approach. Talking circles, family and individual interviews will be conducted with Indigenous and non-Indigenous health professionals, traditional healers, and Indigenous people. Data will be analyzed thematically and validated by Indigenous co-investigators and collaborators. **Discussion and Research Spin-offs**: The results will enable a better understanding of the elements influencing the integration of traditional knowledge into care for Indigenous people. These findings are crucial for a sustainable, holistic approach to health and to improve the quality and safety of care offered to Indigenous peoples.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les gouvernements canadiens et québécois, en fonction de leurs champs de compétences respectifs, ont mis en place des politiques et des mesures (Loi sur les Indiens, création des réserves, des hôpitaux indiens et des pensionnats autochtones) qui ont perpétué l'exclusion et le racisme systémique envers les peuples autochtones (Capitaine, 2018; Fraser et al., 2021; Phillips-Beck et al., 2020). Ces politiques discriminatoires ont engendré d'importantes disparités dans la répartition du pouvoir et des ressources, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé (Barbo et Alam, 2024; Phillips-Beck et al.; Posca, 2018; Reading et Wien, 2009). D'ailleurs, une étude canadienne met en évidence une forte relation entre les expériences de discrimination vécues par les personnes autochtones et leurs besoins de santé non satisfaits (Kitching et al., 2020). Au Québec (Canada), le rapport de la commission Viens souligne que les personnes autochtones vivant avec une condition de santé sont moins enclines à solliciter des soins médicaux en raison d'expériences passées marquées par la discrimination et le manque de reconnaissance de leur culture. Par conséquent, elles sont plus susceptibles de recevoir un dépistage tardif, augmentant ainsi les risques de complications graves et de conséquences irréversibles sur leur santé (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019).

Une condition de santé ne se résume pas à un diagnostic biomédical, mais inclut un ensemble de facteurs biologiques, sociaux, culturels et environnementaux qui influencent l'expérience de la maladie et du bien-être (Fawcett, 2021). Cette conception élargie contraste avec la vision biomédicale dominante au sein du système de santé, qui segmente la santé en pathologies distinctes, sans nécessairement tenir compte des réalités culturelles et des déterminants sociaux qui façonnent la santé des individus (Gall et al., 2021). En conséquence, de nombreuses personnes autochtones perçoivent les approches médicales utilisées dans les soins comme peu adaptées à leurs besoins, valeurs et réalités, ce qui alimente une méfiance accrue envers le système de santé (Browne et al., 2016; Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019).

Dans le but de réduire ces inégalités dans l'utilisation et l'accès aux soins, on remarque qu'un nombre grandissant d'établissements de santé du Québec cherchent à rendre leurs soins de santé culturellement sécurisants pour les communautés autochtones qu'ils servent (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021). Des soins de santé culturellement sécurisants réfèrent à : « des soins qui sont prodigués dans le respect de l'identité culturelle du patient, qui visent l'équité et qui sont exempts de relations de soins et de relations de pouvoir nocives entretenues par le système de santé dominant » (Leclerc et al., 2018, p. 50).

L'intégration des savoirs traditionnels au suivi des personnes autochtones figure parmi les stratégies prometteuses pour la prestation de soins de santé culturellement sécurisants (Allen et al., 2020; MSSS, 2021). Les savoirs traditionnels constituent un ensemble dynamique, holistique et intergénérationnel de connaissances (Battiste, 2005; Ragoonaden et al., 2021), généralement transmis oralement (Bergström, 2021; Ragoonaden et al.) et profondément liés à la langue (Battiste; Ragoonaden et al.), au territoire et à leur cosmovision (Bergström). Ces savoirs englobent des dimensions physique, émotionnelle, mentale et spirituelle, favorisant ainsi une approche holistique de la santé et du bien-être individuel et communautaire (Ragoonaden et al.). Ils incluent des pratiques telles que la médecine traditionnelle, les cérémonies spirituelles (Ragoonaden et al.), tout en reconnaissant l'importance des liens avec les écosystèmes et les cycles naturels (Battiste). En valorisant l'interconnexion entre tous les êtres vivants, ces savoirs contribuent non seulement à la préservation de la santé, mais également à la préservation de l'environnement et à la revitalisation culturelle (Battiste; Bergström; Ragoonaden et al.).

Dans les faits, les peuples autochtones ont tout à gagner à retrouver leurs pratiques de santé

et leurs savoirs traditionnels, car des données récentes suggèrent que leur intégration améliore leur santé holistique ainsi que l'adoption des mesures de prévention et de promotion de la santé (Allen et al., 2020; Barnabe, 2021). Les résultats d'une étude réalisée avec la communauté atikamekw de Manawan soulignent d'ailleurs la richesse des savoirs traditionnels et leur importance pour promouvoir la santé et le bien-être au sein de la communauté (Périllat-Amédée et al., 2021). Ainsi, la réappropriation des savoirs traditionnels autochtones apparaît comme un levier pertinent pour améliorer la santé globale des communautés.

Entre autres, les approches actuellement adoptées par les établissements de santé sont insuffisantes pour remédier aux inégalités en matière de santé touchant les Autochtones (Redvers et al., 2019). Plusieurs publications révèlent à ce sujet que la vision biomédicale de la santé, prédominante dans le système de santé québécois, est difficilement compatible avec les conceptions autochtones, qui reposent plutôt sur une vision holistique de la santé, intégrant les dimensions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles (Collin-Vézina et al., 2011). Ce décalage entre les paradigmes engendre un climat de méfiance et suscite, chez plusieurs Autochtones, des réticences à recourir aux services de santé (Collin-Vézina et al.; Leclerc et al., 2018).

Le décès de Joyce Echaquan, une « femme atikamekw originaire de [la communauté de] Manawan, mère de sept enfants, décédée sous les insultes de membres du personnel soignant d'un hôpital du Québec » (Jérôme et al., 2019, p. 3), a constitué un tournant majeur dans l'élaboration de recommandations visant à améliorer la qualité et la justice des soins offerts aux populations autochtones. Cet évènement a notamment conduit le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation atikamekw à publier conjointement le « Principe de Joyce », qui exige une meilleure intégration, une meilleure reconnaissance et un respect des savoirs traditionnels en matière de santé pour les personnes autochtones (Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation atikamekw, 2020). Face à ces constats, les établissements de santé doivent reconnaître la valeur des savoirs traditionnels et accompagner davantage leur utilisation dans le suivi des personnes autochtones (Allen et al., 2020; Redvers et Blondin, 2020).

Toutefois, bien que l'intégration des savoirs traditionnels dans les soins de santé destinés aux personnes autochtones soit largement recommandée (de Leeuw, 2017; Kyoon Achan et al., 2021), aucune étude empirique, à notre connaissance, n'a encore exploré, au Québec, la manière dont ces savoirs sont effectivement intégrés - ou non - par les professionnels de la santé, ni comment ils devraient l'être. Ce projet de recherche permettra d'approfondir cette question, contribuant ainsi à soutenir les initiatives en cours en matière de santé dans la communauté atikamekw de Manawan.

QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette étude vise à répondre à la question de recherche suivante : « Comment les savoirs traditionnels sont-ils intégrés lors du suivi des personnes autochtones vivant avec une condition de santé ? ». Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude sont :

1) décrire comment les savoirs traditionnels sont intégrés dans les soins des personnes autochtones qui vivent avec une condition de santé;
2) explorer les mécanismes et les éléments contextuels pouvant influencer l'intégration des savoirs traditionnels lors des soins à ces personnes;
3) identifier des pistes de solutions pour une meilleure intégration des savoirs traditionnels dans les soins aux personnes autochtones avec une condition de santé.

CADRE THÉORIQUE

L'approche à double perspective (*Two-Eyed Seeing*) guide l'ensemble de ce projet de recherche (Bartlett et al., 2012). Ce cadre théorique soutient qu'il existe différentes compréhensions du monde et qu'il est nécessaire de reconnaître, de respecter et d'intégrer cette diversité de perspectives sans perpétuer la domination de l'une sur l'autre (Hovey et al., 2017; Iwama et al., 2009; Martin, 2012). Il s'agit d'une approche de recherche holistique et réflexive qui valorise tous les points de vue pour faciliter l'intégration des différentes perspectives

et ainsi élargir la compréhension d'un phénomène (Bartlett et al.). Elle met l'accent sur la nécessité d'intégrer pleinement les perspectives autochtones et la complémentarité, en recherche, des perspectives autochtones et allochtones (Martin).

Pour ce faire, en recherche, il est nécessaire d'être sensible à différents modes de connaissances, de se remettre en question et de réfléchir à la partialité de sa propre perspective (Martin, 2012). Grâce à un processus dynamique, changeant, interactif et relationnel, l'approche à double perspective peut permettre de générer de nouvelles idées et concepts (Bartlett et al., 2012), et de tendre vers une compréhension commune entre Autochtones et Allochtones (Hovey et al., 2017). Du fait qu'elle favorise un partage équilibré et s'inscrit dans une dynamique collaborative, l'approche à double perspective est aussi considérée comme une approche anticoloniale dans la mesure où elle privilégie les connaissances, méthodologies et perspectives autochtones et cherche à analyser de manière critique les inégalités de pouvoir (Iwama et al., 2009; Martin; Peltier, 2018).

Martin (2012) présente l'approche à double perspective comme un cadre théorique prometteur permettant une meilleure compréhension des enjeux de santé des peuples autochtones, alors que l'Institut de la santé des peuples autochtones, issu des Instituts de recherche en santé du Canada, promeut son utilisation depuis 2011 pour guider la recherche en santé autochtone (Institute of Health Economics, 2011). Ce cadre théorique permet de concilier les exigences de la recherche scientifique avec les principes éthiques autochtones de respect, de pertinence, de réciprocité et de responsabilité (Jeffery et al., 2021).

Dans une revue de la portée sur l'utilisation de l'approche à double perspective dans les recherches en santé autochtone, Forbes et al. (2020) montrent que ce cadre peut être opérationnalisé à travers des méthodologies participatives, des processus de décision partagée et l'intégration de protocoles culturels locaux. À partir de l'analyse de 22 projets de recherche primaire, ces auteurs ont identifié quatre dimensions clés pour faciliter l'opérationnalisation de l'approche à double perspective : 1) le partage du pouvoir avec les communautés, 2) la création d'espaces culturellement sécuritaires, 3) le respect des processus éthiques communautaires et institutionnels et 4) la nature transformative des projets de recherche. De plus, l'utilisation de ce cadre théorique contribue à assurer la crédibilité et la rigueur des travaux de recherche par la triangulation des méthodes (en privilégiant des méthodes culturellement significatives), une analyse itérative des données, des descriptions détaillées des contextes et processus ainsi que par la validation des résultats par les détenteurs de savoirs autochtones (Forbes et al.).

MÉTHODES

En accord avec l'approche à double perspective, ce projet de recherche est issu d'un processus de coconstruction entre des chercheurs et des cliniciens-chercheurs autochtones et allochtones. La question et les objectifs de recherche ainsi que le devis de recherche ont été développés sur une période d'environ 12 mois lors de différentes rencontres de travail avec les membres de l'équipe de recherche et des professionnels de la santé autochtones et allochtones travaillant dans la communauté.

Pour répondre aux questions et aux objectifs de recherche, l'étude de cas qualitative (Merriam, 1998; Merriam et Tisdell, 2016) intégrant une approche participative sera utilisée afin de favoriser une compréhension partagée du phénomène et de son contexte à l'étude, ce qui contribuera au partage, au transfert et à l'utilisation des connaissances (Hudon et al., 2021). De plus, pour permettre une compréhension globale et multidimensionnelle de l'intégration des savoirs traditionnels dans les soins, ce devis de recherche sera également guidé par les principes de l'approche réaliste (Bergeron et al., 2021). L'approche réaliste est utile pour évaluer et comprendre des situations complexes, car elle permet de mettre en relation les éléments de contexte et les mécanismes sous-jacents qui peuvent influencer un processus dans un milieu donné (Van Belle et al., 2017). Dans cette approche, les éléments de contexte sont

dynamiques, non linéaires (Coldwell, 2019), préexistants au phénomène ou intervention étudiée (comme les politiques coloniales des gouvernements canadien et québécois ou la présence du racisme systémique dans les soins donnés à l'extérieur de la communauté) et présents à différents niveaux (de Souza, 2013). Les mécanismes sous-jacents sont des processus, souvent invisibles, activés dans un contexte particulier et qui permettent d'expliquer un phénomène (Westhorp, 2018). Cette approche est pertinente et complémentaire pour la recherche en santé avec les communautés autochtones du fait qu'elle est cohérente avec les ontologies autochtones (Bergeron et al., 2021).

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette étude sera réalisée dans la communauté atikamekw de Manawan, située en région forestière dans le nord de la région de Lanaudière, au Québec. Il s'agit d'une communauté isolée située à 88 kilomètres au nord de St-Michel-des-Saints, accessible via une route forestière. En 2017, Manawan comptait environ 2 900 membres (Béland, 2020). La communauté se distingue par une forte volonté de préserver la langue Nehiromowin et les pratiques culturelles traditionnelles, des éléments essentiels au bien-être des Atikamekw (Béland; Périllat-Amédée et al., 2021).

L'étude se déroulera plus précisément au Centre de santé Masko-Siwin (CSMS), un établissement de soins de première ligne qui offre une gamme de services curatifs et préventifs, incluant des soins médicaux, des services psychosociaux, ainsi que des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés aux réalités culturelles atikamekw. L'équipe interdisciplinaire du CSMS est composée de 55 professionnels, incluant des infirmières, infirmières auxiliaires et intervenants communautaires. Plusieurs des professionnels travaillant au CSMS sont membres de la communauté.

CAS À L'ÉTUDE

Cette étude porte sur l'intégration des savoirs traditionnels au CSMS dans le suivi des personnes autochtones vivant avec une condition de santé. Depuis 2014, le CSMS a mis en œuvre plusieurs initiatives pour mettre de l'avant les soins traditionnels et les pratiques de soins holistiques. Parmi les initiatives mises en place, le programme Mirerimowin vise à faciliter l'accès aux savoirs traditionnels pour les personnes de la communauté.

ÉCHANTILLONNAGE, PARTICIPANTS ET CRITÈRES DE SÉLECTION

Nous recruterons les participants au moyen d'un échantillonnage par choix raisonné afin de croiser différentes perspectives et d'assurer une cohérence avec les assises épistémologiques et axiologiques du projet (Campbell et al., 2020). Quatre groupes distincts de participants seront recrutés : 1) des professionnels de la santé autochtones et allochtones (≈ six personnes), 2) des guérisseurs traditionnels (≈ quatre personnes), des personnes autochtones recevant des soins au CSMS (≈ six personnes) et des membres de leurs familles (≈ 10 personnes). Cette diversité de profils permettra de recueillir des perspectives et expériences à la fois diversifiées et complémentaires, contribuant à une meilleure compréhension de la complexité du phénomène étudié et renforçant ainsi la crédibilité des résultats. Les critères d'inclusion seront : être reconnu comme un membre de la communauté ou travailler au sein de la communauté, s'exprimer en français ou en atikamekw, alors que le critère d'exclusion sera la présence de maladies ou de déficits cognitifs ou sensoriels limitant les interactions sociales. Afin d'avoir une triangulation des sources et d'atteindre une saturation des données, notre échantillon sera composé de 20 à 30 participants (Mtisi, 2022). Nous travaillerons à avoir un nombre paritaire de personnes s'identifiant comme homme ou femme parmi les participants (Gogovor et al., 2020).

COLLECTE DE DONNÉES

L'étude de cas sera basée sur une triangulation de données et de perspectives collectées (Miles et al., 2019) par les méthodes suivantes : cercles de paroles modifiés, entrevues familiales et entrevues individuelles semi-structurées. Premièrement, trois cercles de parole modifiés seront organisés. Chacun des cercles de parole modifiés regroupera

entre quatre et huit participants. Bien qu'il soit généralement recommandé d'inclure de six à 12 participants dans les groupes de discussion focalisée (Guest et al., 2017), des groupes plus restreints favorisent, dans le cadre des cercles de parole, un climat de respect et d'authenticité, une dynamique de discussion équilibrée, ainsi qu'un espace d'expression suffisant pour chacun, tout en renforçant la confiance entre les participants et avec l'équipe de recherche (Lavallée, 2009). Concrètement, deux de ces cercles de paroles réuniront uniquement des professionnels de la santé (autochtones et non autochtones), tandis que le troisième sera composé de guérisseurs traditionnels. Cette configuration des cercles de paroles modifiées permettra de mettre en commun les perspectives et expériences des participants (Maxwell, 2012) concernant l'intégration des savoirs traditionnels. Les cercles de parole modifiés s'inspirent de protocoles ancrés dans les traditions orales de peuples autochtones, mais intégrées dans un contexte de recherche (Clark, 2012), permettant ainsi de rejoindre les modes de discussion présents dans plusieurs communautés autochtones (Bergeron et al., 2022; Wright et al., 2016) alors que, dans son format traditionnel, le cercle de paroles sert de forum où chacun peut exprimer librement ses pensées et ses sentiments dans un esprit d'écoute et d'acceptation mutuelle (Dylan, 2003). L'utilisation des cercles de paroles modifiés permet ainsi de créer un espace culturellement sécuritaire pour les participants.

De manière concomitante, en intégrant les principes de l'approche systémique familiale (Duhamel, 2015), des entrevues familiales (Donalek, 2009) seront menées avec des personnes autochtones et des membres de leur famille (≈ six familles, deux à trois membres de la famille par entrevue) afin d'obtenir un portrait global des perceptions des personnes concernées par les enjeux. Considérant le rôle central de la famille dans les trajectoires de soins et les processus décisionnels en santé chez les Atikamekw (Périllat-Amédée et al., 2021), l'inclusion d'entrevues familiales permettra de mieux comprendre comment les savoirs traditionnels sont mobilisés collectivement dans les soins des personnes. Nous estimons que l'intégration d'entrevues familiales est susceptible de renforcer la sécurité culturelle du processus de recherche en valorisant les dynamiques relationnelles propres aux communautés autochtones.

Dans un second temps, des entrevues individuelles semi-structurées seront effectuées avec des participants provenant des différents groupes ciblés pour approfondir les thèmes ayant émergé (Kallio et al., 2016) lors des cercles de paroles modifiés et des entrevues familiales. En cohérence avec l'approche réaliste, les questions des guides d'entrevues pour les cercles de parole modifiés et les entrevues individuelles visent à susciter la réflexion des participants sur les éléments de contexte, mécanismes et effets (de Souza, 2013) et ceux-ci seront affinés au fil du temps pour intégrer les thèmes émergents (Miles et al., 2019). Considérant que les identités et expériences des personnes autochtones sont multiples et interconnectées (Native Women's Association of Canada, 2020), notamment au niveau des perspectives culturelles, des savoirs traditionnels et des expériences vécues (Sanchez-Pimienta et al., 2021), des questions explorant l'intersection de différentes identités des personnes sur l'intégration des savoirs traditionnels seront ajoutées aux guides d'entrevue.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données brutes se fera par une approche inductive générale (Thomas, 2006) et consistera en une analyse thématique continue (Paillé et Mucchielli, 2021) facilitée par le logiciel NVivo (version 14). Bien que de nature inductive, cette démarche intègre des éléments de l'approche réaliste, notamment par l'attention portée aux liens entre les éléments de contexte, mécanismes et effets observés (Bergeron et al., 2021). La démarche d'analyse inductive met de l'avant la flexibilité, l'interactivité, la réflexivité ainsi qu'un processus d'apprentissage expérientiel (Daigle et al., 2025), des principes qui sont en cohérence avec l'esprit de l'approche à double perspective (Martin, 2012). Une validation en continu sera faite avec des cochercheurs et collaborateurs autochtones, une stratégie en accord avec l'approche à double perspective

(Bartlett et al., 2012). L'analyse thématique continue permettra de produire une description riche et détaillée des façons dont les savoirs traditionnels sont intégrés dans les soins aux personnes autochtones vivant avec une condition de santé (objectif 1), ainsi que des facteurs pouvant influencer cette intégration (objectif 2). Cette analyse sera nourrie par une triangulation des données et des perspectives issues des différentes méthodes de collecte (Miles et al., 2019), ce qui contribuera à enrichir et valider les résultats. Au cours du processus d'analyse thématique continue, des mémos relatifs à l'identification des liens entre les concepts seront rédigés (Dalkin et al., 2020) afin de permettre le développement de configurations expliquant comment certains éléments de contexte et mécanismes peuvent influencer l'intégration des savoirs traditionnels dans les soins (Bergeron et Gaboury, 2020). En cohérence avec l'approche participative préconisée (Hudon et al., 2021) et l'approche à double perspective, les résultats préliminaires seront présentés aux membres du comité de pilotage et discutés avec des membres de la communauté autochtone lors d'un atelier d'interprétation collective des résultats (Réseau GRAINE Guyane, 2017) afin de s'assurer que les résultats intègrent et valorisent correctement leurs perspectives et leurs savoirs (Martin). L'atelier d'interprétation visera également à générer des résultats supplémentaires, de nouvelles hypothèses et des pistes d'actions, permettant une plus grande rigueur de l'analyse et un transfert des connaissances dans la pratique.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche institutionnel de l'Université du Québec à Rimouski (numéro d'approbation : CÉR-2024-238) ainsi que l'approbation de la direction du Centre de santé Masko-Siwin et du Conseil des Atikamekw de Manawan.

Nous nous sommes inspirés de la Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone (Basile et al., 2021) pour structurer le présent projet. La présentation du projet de recherche au sein de la communauté sera faite en français et en atikamekw. Lors du recrutement, aucune pression indue ne sera exercée sur les personnes pour qu'elles participent au projet. Tous les participants devront signer un formulaire d'information et de consentement avant de participer à l'étude. Les participants recevront une compensation financière pour chacune de leurs participations au projet de recherche. Afin de préserver l'identité des participants et de garantir la confidentialité, les participants seront identifiés par un numéro de code et les données seront anonymisées. Toutefois, les participants qui le désirent pourront être identifiés lors de la diffusion des résultats (un espace a été ajouté au formulaire de consentement pour consigner le tout). À la fin du projet, les résultats de recherche seront restitués au CSMS et des outils de transfert et de mobilisation de connaissances seront codéveloppés avec le CSMS. Une présentation publique des résultats sera également faite au sein de la communauté.

DISCUSSION ET RETOMBÉES ANTICIPÉES

Cette recherche originale a le potentiel d'avoir un impact social important en ce qui a trait à l'intégration des soins traditionnels dans les soins de santé au Québec, notamment dans les milieux qui servent une population autochtone. L'approche à double perspective, utilisée dans cette recherche, qui favorise la collaboration et le partage des visions autochtones et allochtones, peut aussi être utilisée dans les soins de santé (Hovey et al., 2017). Dans un paysage où les soins de santé sont encore largement structurés autour d'approches biomédicales dominantes (Parter et al., 2023), cette étude ouvre un espace pour reconnaître, interroger et valoriser des épistémologies de la santé enracinées dans les cultures, les territoires et les relations propres aux Premiers Peuples (Parter et al.; Wright et al., 2023).

À une échelle plus large, les travaux récents soulignent l'importance de reconnaître la complémentarité entre les systèmes de savoirs autochtones et allochtones pour répondre aux iniquités structurelles en santé et favoriser des approches de soins plus holistiques, ancrées dans les réalités culturelles des populations servies (Asamoah et al., 2023; Parter et al., 2023; Wright

et al., 2023). L'intégration des pratiques de guérison traditionnelles dans les milieux cliniques est ainsi perçue non seulement comme une réponse culturelle adaptée, mais aussi comme une démarche de justice sociale, de réparation et de transformation des rapports de pouvoir dans les systèmes de santé (Redvers et al., 2019).

Par ailleurs, cette recherche met en lumière l'intérêt de développer des espaces de dialogue fondés sur le respect, l'éthique relationnelle et la reconnaissance mutuelle entre praticiens de différentes traditions. Les études consultées insistent sur le fait que la mobilisation des savoirs autochtones ne peut se faire sans une implication directe des communautés (Wright et al., 2023), une attention à la sécurité culturelle, et un engagement soutenu pour bâtir des relations de confiance (Parter et al., 2023). Ces principes sont essentiels pour éviter les formes de réappropriation ou d'intégration symbolique, qui risquent de reproduire les logiques coloniales sous une autre forme (Asamoah et al., 2023).

Forces et limites de l'étude

Cette étude repose sur une approche participative et à double perspective, favorisant un partenariat équitable entre chercheurs et collaborateurs autochtones et allochtones (Bartlett et al., 2012; Forbes et al., 2020). L'utilisation de méthodes de collecte culturellement adaptées (cercles de parole modifiés, entrevues familiales) contribue à créer des espaces sécuritaires pour les participants (Wright et al., 2016). De plus, l'intégration de l'approche réaliste permet une compréhension plus holistique du phénomène à l'étude (Bergeron et al., 2021).

Cependant, certaines limites doivent être reconnues. D'abord, la conduite de l'étude dans une seule communauté limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes autochtones. Pour atténuer cette limite, nous allons documenter en détail le contexte local et les processus d'intégration des savoirs afin de permettre des comparaisons éclairées (Cleland et al., 2021). Ensuite, la participation volontaire peut être influencée par des dynamiques relationnelles ou institutionnelles locales, ce qui pourrait restreindre la diversité des voix. Pour limiter cet effet, nous avons mis en place un échantillonnage raisonné et inclusif, en visant une représentation équilibrée des genres et des rôles sociaux (Campbell et al., 2020).

Enfin, bien que les méthodes soient conçues pour favoriser l'expression libre, certaines dimensions sensibles liées aux savoirs traditionnels, à la spiritualité ou aux expériences de racisme systémique et de discrimination pourraient ne pas être pleinement abordées par les participants. Pour répondre à cette limite, des mécanismes de validation continue avec les cochercheurs et collaborateurs autochtones et un atelier d'interprétation collective des résultats ont été prévus (Hudon et al., 2021; Réseau GRAINE Guyane, 2017), afin de garantir que les résultats reflètent le plus fidèlement possibles les perspectives autochtones.

Retombées potentielles

Enfin, les retombées de cette recherche sont aussi à envisager du point de vue de la formation professionnelle et des politiques publiques. En documentant les conditions concrètes d'une intégration respectueuse des soins traditionnels, cette étude contribuera à outiller les professionnels de la santé pour mieux répondre aux besoins des communautés autochtones, tout en nourrissant une réflexion critique sur les transformations nécessaires des systèmes de santé. Les résultats issus de cette étude sont donc susceptibles de renforcer les démarches de plaidoyer menées par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation atikamekw visant une meilleure reconnaissance, intégration et respect des savoirs traditionnels en santé. Finalement, cette étude s'inscrit dans un mouvement international qui plaide pour une pleine reconnaissance des savoirs autochtones en santé, non pas comme des compléments, mais comme des composantes fondamentales de systèmes de santé pluriels, cohérents et inclusifs (Asamoah et al., 2023; Bergeron et al., 2022).

Contribution des auteur·trices : SE, DB, DAB, EB, SG et IT ont contribué à l'élaboration du protocole de recherche. IT et HP ont apporté des ajouts au protocole de recherche. DAB, DB et EB ont rédigé l'article. SE, SG, HP et IT ont fourni des commentaires sur l'article. L'ensemble des auteur·trices a lu et approuvé la version finale de l'article.

Remerciements : Les auteur·trices tiennent à remercier sincèrement tout le personnel du Centre de santé Masko-Siwin et les membres du Conseil des Atikamekw de Manawan pour leur précieuse collaboration dans ce projet de recherche. Plus particulièrement, nous désirons souligner la contribution de Jolianne Ottawa, Amanda Ottawa et Francine Moar, infirmières.

Sources de financements : Ce projet de recherche a été soutenu financièrement par les Fonds de démarrage 41 du Regroupement intersectoriel en santé de l'Université du Québec et du Collectif de recherche sur la santé en région ainsi que par le Fonds de recherche institutionnel de l'Université du Québec à Rimouski. Dave A. Bergeron bénéficie d'une bourse salariale Junior 1 du Fonds de recherche du Québec (Secteur Santé).

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur·trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 13 Juin/June 2024 **Publié/Published:** 5 Septembre/September 2025

RÉFÉRENCES

Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D. et Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. CMAJ : *Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne, 192*(9), E208–E216. https://doi.org/10.1503/cmaj.190728

Asamoah, G. D., Khakpour, M., Carr, T. et Groot, G. (2023). Exploring Indigenous Traditional Healing programs in Canada, Australia, and New Zealand: A scoping review. *Explore (New York, N.Y.), 19*(1), 14–25. https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.06.004

Barbo, G. et Alam, S. (2024). Indigenous people's experiences of primary health care in Canada: a qualitative systematic review. Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice, 44*(4), 131–151. https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.01

Barnabe, C. (2021). Towards attainment of Indigenous health through empowerment : Resetting health systems, services and provider approaches. *BMJ Global Health, 6*(2), e004052. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004052

Bartlett, C., Marshall, M. et Marshall, A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences, 2*(4), 331–340. https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8

Basile, S., Gros-Louis McHugh, N. et Gentelet, K. (2021). *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, équité, réciprocité, collaboration et culture.* Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Université du Québec en Outaouais et Réseau DIALOG. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4339592

Battiste, M. (2005). Indigenous Knowledge: Foundations for First Nations. *WINHEC: International Journal of Indigenous Education Scholarship*, (1), 1–17. https://journals.uvic.ca/index.php/winhec/article/view/19251

Béland, J. (2020). *Les enjeux et stratégies identitaires des Atikamekw Nehirowisiwok de Manawan* [mémoire de maîtrise, Université Laval]. CorpusUL. https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/2725f2bf-1b68-47a9-8be7-dac5f80d7c42/content

Bergeron, D. A. et Gaboury, I. (2020). Challenges related with the Analytical Process in Realist Evaluation and Latest Development on the Use of NVivo from a Realist Perspective. *International Journal of Social Research Methodology, 23*(3), 355–365. https://doi.org/10.1080/13645579.2019.1697167

Bergeron, D. A., Tremblay, M.-C., Dogba, M. J., Martin, D. et McGavock, J. (2021). The use of realist approaches for health research in Indigenous communities. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples, 17*(1), 106–110. https://doi.org/10.1177/1177180121996063

Bergeron, D. A., Rey, L., Murillo Salazar, F., Michaud, A. M. et Ccanahuire Laura, F. (2022). An ounce of prevention is worth a pound of cure – The arts as a vehicle for knowledge translation and exchange (KTE) in public health during a pandemic : A research protocol. *BMJ Open, 12*(9), e058874. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058874

Bergström, J. (2021). Whose Knowledge Counts? The Struggle to Revitalise Indigenous Knowledges in Guatemala. *Sustainability, 13*(21), 11589. https://doi.org/10.3390/su132111589

Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K. et Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations : Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research, 16*(1), 544. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9

Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D. et Walker, K. (2020). Purposive sampling : Complex or simple? Research case examples. *Journal of Research in Nursing : JRN, 25*(8), 652–661.

Capitaine, B. (2018). Expressions ordinaires et politiques du racisme anti-autochtone au Québec. *Sociologie et sociétés, 50*(2), 77–99. https://doi.org/10.7202/1066814ar

Clark M. J. (2012). Cross-cultural research: challenge and competence. *International journal of nursing practice, 18 Suppl 2*, 28–37. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02026.x

Cleland, J., MacLeod, A. et Ellaway, R. H. (2021). The curious case of case study research. *Medical education, 55*(10), 1131–1141. https://doi.org/10.1111/medu.14544

Coldwell, M. (2019). Reconsidering context: Six underlying features of context to improve learning from evaluation. *Evaluation, 25*(1), 99–117. https://doi.org/10.1177/1356389018803234

Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M. et Dutrisac, C. (2011). *Development of a Mental Health Service Organization Model Among the First Nations of Quebec.* Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. https://files.cssspnql.com/index.php/s/Z5xXiBJQVOuOyp9?_gl=1*purlwd*_ga*OTA0NDUzNTU2LjE3NDcyMzU1MDg.*_ga_906VEPXQGV*czE3NDcyNDA4MzAkbzIkZzAkdDE3NDcyNDA4MzAkajAkbDAkaDA.

Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : Écoute, réconciliation et progrès - Rapport final*. Gouvernement du Québec. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97224

Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation atikamekw. (2020). *Principe de Joyce.* https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce__FR.pdf

Daigle, M., Bergeron, D. et Ledoux, I. (2025). La démarche d'analyse inductive : principes, défis et pistes de solutions. *L'infirmière clinicienne, 22*(1), 1–11.

Dalkin, S., Forster, N., Hodgson, P., Lhussier, M. et Carr, S. M. (2020). Using computer assisted qualitative data analysis software (CAQDAS; NVivo) to assist in the complex process of realist theory generation, refinement and testing. *International Journal of Social Research Methodology, 24*(1), 123–134. https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1803528

de Leeuw S. (2017). Passer de l'appel à l'action: Traiter les patients autochtones en collaboration avec les guérisseurs et les aînés indigènes. *Canadian family physician Medecin de famille canadien, 63*(1), e70–e73.

de Souza, D. E. (2013). Elaborating the Context-Mechanism-Outcome configuration (CMOc) in realist evaluation: A critical realist perspective. *Evaluation, 19*(2), 141–154. https://doi.org/10.1177/1356389013485194

Donalek, J. G. (2009). The family research interview. *Nurse Researcher, 16*(3), 21–28. https://doi.org/10.7748/nr2009.04.16.3.21.c6943

Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Chenelière Education.

Dylan, A. (2003). Talking circles: A traditional form of group work. Dans N. Sullivan, L. Mitchell, D. Goodman, N. Lang et E. Mesbur (dir.), *Social Work with Groups—Social Justice Through Personal, Community, and Societal Change* (p. 119–133). Routledge.

Fawcett, J. (2021). The Conceptual Model of Nursology for Enhancing Equity and Quality: Population Health and Health Policy. Dans M. P. Moss et J. Phillips (dir.), *Health Equity and Nursing: Achieving Equity Through Policy, Population Health, and Interprofessional Collaboration* (p. 101–117). Springer. https://doi.org/10.1891/9780826195074.0007

Forbes, A., Ritchie, S., Walker, J. et Young, N. (2020). Applications of Two-Eyed seeing in primary research focused on Indigenous health: A scoping review. *International Journal of Qualitative Methods, 19*. https://doi.org/10.1177/1609406920929110

Fraser, S. L., Gaulin, D. et Fraser, W. D. (2021). Dissecting systemic racism: policies, practices and epistemologies creating racialized systems of care for Indigenous peoples. *International journal for equity in health, 20*(1), 164. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01500-8

Gall, A., Anderson, K., Howard, K., Diaz, A., King, A., Willing, E., Connolly, M., Lindsay, D. et Garvey, G. (2021). Wellbeing of Indigenous Peoples in Canada, Aotearoa (New Zealand) and the United States: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health, 18*(11), 5832. https://doi.org/10.3390/ijerph18115832

Gogovor, A., Mollayeva, T., Etherington, N., Colantonio, A. et Légaré, F. (2020). Sex and gender analysis in knowledge translation interventions: Challenges and solutions. *Health Research Policy and Systems, 18*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12961-020-00625-6

Guest, G., Namey, E. et McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field methods, 29*(1), 3–22. https://doi.org/10.1177/1525822X16639015

Hovey, R. B., Delormier, T., McComber, A. M., Lévesque, L. et Martin, D. (2017). Enhancing Indigenous Health Promotion Research Through Two-Eyed Seeing: A Hermeneutic Relational Process. *Qualitative health research, 27*(9), 1278–1287. https://doi.org/10.1177/1049732317697948

Hudon, C., Chouinard, M. C., Bisson, M., Danish, A., Karam, M., Girard, A., Bossé, P. L. et Lambert, M. (2021). Case Study With a Participatory Approach: Rethinking Pragmatics of Stakeholder Engagement for Implementation Research. *Annals of family medicine, 19*(6), 540–546. https://doi.org/10.1370/afm.2717

Institute of Health Economics. (2011). *About the Aboriginal peoples' wellness in Canada : Scaling up the knowledge roundtable—Cultural Context and Community Aspirations*. https://ihe.ca/files/aboriginal_roundtable_report.pdf

Iwama, M., Marshall, M., Marshall, A. et Bartlett, C. (2009). Two-Eyed Seeing and the Language of Healing in Community-Based Research. *Canadian Journal of Native Education, 32*(2), 3–23. https://doi.org/10.14288/cjne.v32i2.196493

Jeffery, T., Kurtz, D. L. et Jones, C. A. (2021). Two-eyed seeing: Current approaches, and discussion of medical applications. *British Columbia Medical Journal, 63*(8), 321–325.

Jérôme, L., Chalifoux, É. et Bousquet, M.-P. (2019). Mot de la direction : le racisme, une histoire qui se répète. *Recherches amérindiennes au Québec, 49*(3), 3–4.

Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R. et Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique, 111*(1), 40–49. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00242-z

Kyoon Achan, G., Eni, R., Kinew, K. A., Phillips-Beck, W., Lavoie, J. G. et Katz, A. (2021). The Two Great Healing Traditions: Issues, Opportunities, and Recommendations for an Integrated First Nations Healthcare System in Canada. *Health systems and reform, 7*(1), e1943814. https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1943814

Lavallée, L. F. (2009). Practical application of an Indigenous research framework and two qualitative Indigenous research methods: Sharing circles and Anishnaabe symbol-based reflection. *International Journal of Qualitative Methods, 8*(1), 21–40. https://doi.org/10.1177/160940690900800103

Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C et Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé : Un concept émergent. *Perspective infirmière, 15*(3), 50–53. https://www.oiiq.org/securisation-culturelle-en-sante-un-concept-emergent

Martin, D. H. (2012). Two-Eyed Seeing: A Framework for Understanding Indigenous and Non-Indigenous Approaches to Indigenous Health Research. *Canadian Journal of Nursing Research, 44*(2), 20–42.

Maxwell, J. A. (2012). *A Realist Approach for Qualitative Research*. Sage Publications, Inc.

Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education* (2e éd.). Jossey-Bass.

Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (4e éd.). Jossey-Bass.

Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2019). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4e éd.). Sage Publications, Inc.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021, mars). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* (publication no 20-613-02W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf

Mtisi, S. (2022). The Qualitative Case Study Research Strategy as Applied on a Rural Enterprise Development Doctoral Research Project. *International Journal of Qualitative Methods, 21*. https://doi.org/10.1177/16094069221145849

Native Women's Association of Canada. (2020, June). *A Culturally Relevant Gender-Based Analysis (CRGBA) Starter Kit: Introduction, Incorporation, and Illustrations of Use.* https://www.nwac.ca/assets-knowledge-centre/A-Culturally-Relevant-Gender-Based-Analysis.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.

Parter, C., Gwynn, J., Wilson, S., Skinner, J. C., Rix, E. et Hartz, D. (2023). Putting Indigenous Cultures and Indigenous Knowledges Front and Centre to Clinical Practice: Katherine Hospital Case Example. *International journal of environmental research and public health, 21*(1), 3. https://doi.org/10.3390/ijerph21010003

Peltier, C. (2018). An Application of Two-Eyed Seeing: Indigenous Research Methods With Participatory Action Research. *International Journal of Qualitative Methods, 17*(1), https://doi.org/10.1177/1609406918812346

Périllat-Amédée, S., Delormier, T., Flamand, S., Ottawa, G., Flamand, D., McBeath, B., McComber, A. M., Macaulay, A. et Lévesque, L. (2021). Atikamekw Nehirowisiw Mirowatisiwin: Identifying the Strengths of the Manawan Community to Promote Wellness and Healthy Lifestyles. *Turtle Island Journal of Indigenous Health, 1*(2). https://doi.org/10.33137/tijih.v1i2.36135

Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Avery Kinew, K., Kyoon Achan, G. et Katz, A. (2020). Confronting Racism within the Canadian Healthcare System: Systemic Exclusion of First Nations from Quality and Consistent Care. *International journal of environmental research and public health, 17*(22), 8343. https://doi.org/10.3390/ijerph17228343

Posca, J. (2018). *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf

Ragoonaden, K., Fraser, T., Hoffman, R. et Hebert, B. (2021). Mindfulness and Indigenous Knowledge: Shared Narratives About Reconciliation and Decolonization in Teacher Education. *Journal of Contemplative Inquiry, 8*(1), 12.

Reading, C. et Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf

Redvers, N. et Blondin, B. (2020). Traditional Indigenous medicine in North America: A scoping review. *PloS one, 15*(8), e0237531. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237531

Redvers, N., Marianayagam, J. et Blondin, B. (2019). Improving access to Indigenous medicine for patients in hospital-based settings: a challenge for health systems in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health, 78*(2). https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1589208

Réseau GRAINE Guyane. (2017). *AGIR ENSEMBLE pour notre environnement—Guide pratique d'accompagnement pour mettre en œuvre la participation et animer un projet participatif en Guyane*. https://graineguyane.org/wp-content/uploads/2017/01/GUIDE-DP-COMPLET.compressed.pdf

Sanchez-Pimienta, C. E., Masuda, J. R., Doucette, M. B., Lewis, D., Rotz, S., On Behalf Of The Native Women's Association Of Canada, Neufeld, H. T. et Castleden, H. (2021). Implementing Indigenous Gender-Based Analysis in Research: Principles, Practices and Lessons Learned. *International journal of environmental research and public health, 18*(21), 11572. https://doi.org/10.3390/ijerph182111572

Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237–246. https://doi.org/10.1177/1098214005283748

Van Belle, S., Rifkin, S. et Marchal, B. (2017). The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC health services research, 17*(1), 687. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-*z*

Westhorp, G. (2018). Understanding mechanisms in realist evaluation and research. Dans N. Emmel, J. Greenhalgh, A. Manzano, M. Monaghan et S. Dalkin (dir.), *Doing Realist Research* (p. 41–58). Sage Publications, Inc.

Wright, A. L., Wahoush, O., Ballantyne, M., Gabel, C. et Jack, S. M. (2016). Qualitative Health Research Involving Indigenous Peoples: Culturally Appropriate Data Collection Methods. *The Qualitative Report, 21*(12), 2230–2245. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2384

Wright, A., VanEvery, R., Burnside, H., Lopez, K. B., Kewageshig-Fyfe, K., Jacobs, B., Floyd, A. E. M. et Ferron, E. M. (2023). The Unexpected Benefits of a Decolonized Knowledge Translation Initiative for Indigenous Mother Participants. *Qualitative health research, 33*(7), 638–646. https://doi.org/10.1177/10497323231167308