

Université de Montréal

**La rencontre de la médecine traditionnelle et de la médecine
allopathique : analyse stratégique**

par Vanessa Sit

École de santé publique de l'Université de Montréal

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de doctorat
en santé publique
option gestion des services de santé

Février 2020

© Vanessa Sit, 2020

Université de Montréal

Unité académique : École de santé publique de l'Université de Montréal

Cette thèse intitulée

**La rencontre de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique : analyse
stratégique**

Présentée par

Vanessa Sit

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Béatrice Godard

Présidente-rapporteuse

Lise Lamothe

Directrice de recherche

Pierre S. Haddad

Codirecteur

Thomas Druetz

Représentant du doyen

Jean-Louis Denis

Examineur interne

Josée Lavoie

Examinatrice externe

Résumé

Les populations autochtones au Canada, comme partout dans le monde, sont moins en santé que leur contrepartie non autochtone. La médecine traditionnelle (MT), notamment pour les populations autochtones, offre une avenue intéressante à une amélioration de leur santé et elle peut être mise en place dans les programmes de santé publique. Par la notion de culture inscrite dans la MT, celle-ci permet d'offrir des soins culturellement adaptés. Bien que de nombreux avantages découlent de la combinaison des médecines, la combinaison dans un contexte de soins primaires présente des défis. À ce jour, il semble que les organisations de santé aient des difficultés à bien arrimer ces deux approches de soins.

L'objectif général de cette étude consiste à comprendre et analyser la dynamique d'interactions ayant cours entre les parties prenantes qui participent à la conception, au développement et à la planification d'une offre de soins et services qui permette une combinaison des MT et la médecine allopathique (MA).

Cette recherche qualitative avec cas multiples est menée dans deux communautés autochtones du Québec, Innu et Crie, ayant des caractéristiques variées. Les données proviennent d'entrevues individuelles et d'ateliers de transfert de connaissances réalisés auprès des Aînés et guérisseurs, des patients, des professionnels et des administrateurs de la santé, ainsi que de documents écrits et d'observations sur le terrain. Le cadre conceptuel s'appuie sur l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et sur le système des professions d'Abbott (1988).

Cette recherche met en évidence les multiples dimensions ayant un impact sur une offre de soins combinés. Ces dernières peuvent entre autres être liées à la culture comme les modes de transmission du savoir, et aux contextes organisationnel, administratif, réglementaire et même géographique. De plus, la compréhension des enjeux et des stratégies des parties prenantes permet de mieux comprendre l'organisation de chacun des deux mondes. Nos résultats montrent que, dans les deux cas à l'étude, la combinaison des deux médecines est coordonnée par le patient (modèle du patient coordonnateur). Mais dans un des cas, le patient est davantage soutenu dans sa trajectoire de soins.

Une meilleure compréhension des dynamiques d'interaction entre les parties prenantes permet d'avoir un impact sur une offre des soins mixtes améliorant la santé des autochtones. Cette étude soutient le développement d'un modèle de soins qui met de l'avant les médecines traditionnelles et suscite une réflexion sur les facteurs qui influencent la mise en œuvre d'une combinaison des médecines.

Mots-clés : médecine traditionnelle; médecine autochtone; médecine allopathique; populations autochtones; Nation Inue; Nation Crie; Québec.

Abstract

Indigenous peoples in Canada and around the world are less healthy than their non-Indigenous counterparts. Traditional medicine, especially for Indigenous populations, offers an interesting avenue for improving their health and it could be implemented in public health programs. Through the notion of culture enshrined in traditional medicine, the latter can provide culturally appropriate care. Although many advantages are derived from such mixed care models, this combination has significant challenges. To date, it seems that health organizations have difficulty to properly bring together these two-health approaches. The consideration of Indigenous knowledge and healing practices has begun, but it remains fragmented with discontinuous health services offered to the population.

The general objective of this research is to understand and analyze the dynamics of interaction going among actors who involved in the implementation of a mixed care model of delivery of services that combines traditional and allopathic medicines.

This multiple case qualitative research is conducted at two Indigenous communities in Quebec, Innu and Cree nations, with various characteristics. The data comes from individual interviews and knowledge transfer workshops with Elders and healers, patients, health professionals and health administrators, as well as written documents and participant observations. The conceptual framework builds on the strategic analysis of Crozier and Friedberg (1977) and Abbott's system of professions (1988).

This research highlights the multiple dimensions that have an impact on a mixed care offer. These can, among other things, be related to culture such as the modes of transmission of knowledge, and to organizational, administrative, regulatory and even geographic contexts. In addition, understanding the challenges and strategies of the actors makes it possible to better understand both worlds. Our results show that, in the two cases under study, the combination of the two medicines is coordinated by the patient (patient coordinator model). But in one of the cases, the patient is more supported in his care trajectory.

A better understanding of the dynamics of interaction between stakeholders makes it possible to have an impact on the delivery of mixed care improving the health of Indigenous people. This study has the potential to impact on the delivery of combined health care services, thereby improving prevention and health promotion for both Indigenous and non-Indigenous peoples. It supports the development of an alternative model of care, putting forward Indigenous traditional medicine. It encourages the reflection on the different factors involved in combining medicines.

Keywords : Traditional medicine, indigenous medicine, allopathic medicine, Indigenous communities, Innu nation, Cree nation, Quebec.

Table des matières

Résumé	2
Abstract.....	5
Table des matières.....	7
Liste des tableaux.....	12
Liste des figures	13
Liste des sigles et abréviations.....	14
Remerciements	17
Introduction	18
Pertinence de la médecine traditionnelle dans les soins de santé	18
Combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique : avantages et défis.....	21
Plan de la thèse	25
Chapitre 1 : État des connaissances.....	27
1.1 Quelques définitions.....	27
Médecine traditionnelle	27
Médecine allopathique	28
Populations autochtones	28
1.2 Formes de combinaisons rapportées par la littérature.....	29
1.3 Les facteurs de la mise œuvre	35
Patients	35
Producteurs de soins	36
Organisation.....	39
Système de santé.....	41
Chapitre 2 : Cadre conceptuel et objectifs de recherche	43
2.1 Cadre conceptuel	43

2.1.1 Analyse stratégique – Crozier et Friedberg	43
2.1.2 Dynamique interprofessionnelle – Abbott	51
2.1.3 Cadre conceptuel	52
2.2 Objectifs de la recherche	55
2.2.1 Objectif général.....	55
2.2.2 Objectifs secondaires.....	56
Chapitre 3 : Méthodologie.....	57
3.1 Stratégie de recherche.....	57
3.2 Collecte de l’information	58
Cueillette des données : Identifier les sources de données.....	58
3.3 Outil informatique	60
3.4 Choix des communautés.....	60
3.5 Échantillonnage.....	62
3.6 Méthode d’analyse	66
3.7 Critères de qualité et limites de la recherche.....	69
3.8 Considérations éthiques	70
Chapitre 4 : Cas d’étude 1 – Présentation de la communauté Ilnu de Mashteuiatsh.....	73
4.1 Situation géographique, sociale et économique	73
4.2 Organisation politique et administrative.....	77
4.2.1 Gouvernance.....	77
4.2.3 Priorités des Pekuakamiulnuatsh Takuhikan.....	78
4.2.4 Représentativité.....	81
4.2.5 Financement	82
4.3 Services de santé.....	83
4.3.1 Organisation des services de santé.....	83
4.3.2 Gouvernance.....	83

4.3.3	Financement des services de santé	87
4.3.4	Intégration de la culture dans les services de santé.....	89
4.4	Médecine traditionnelle autochtone.....	92
4.4.1	Le territoire, la Terre-mère	93
4.4.2	La spiritualité autochtone	97
4.4.3	La transmission orale du savoir en médecine traditionnelle.....	100
4.4.4	Accessibilité de la médecine traditionnelle	108
4.5	Tentative difficile d’une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique	113
4.5.1	Leadership administratif	113
4.5.2	Défis rencontrés lors de la tentative de combinaison par l’Association du Parc Sacré	118
4.5.3	Aspects légaux rattachés à la médecine traditionnelle	126
4.5.4	Règles administratives	131
4.6	Modèles émergents et proposés par les participants	135
4.6.1	Émergence du modèle du patient coordonnateur	135
4.6.2	Modèles organisationnels proposés par les participants	147
Chapitre 5	: cas d’étude 2 – Présentation de la communauté de Mistissini	158
5.1	Contexte général des Cris	159
5.1.1	Convention de la Baie-James et du Nord québécois	159
5.1.2	Gouvernance Régionale Crie.....	160
5.1.3	Le Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James	163
5.2	Mistissini	173
5.2.1	Situation géographique, sociale et économique	173
5.2.2	Organisation politique et administrative.....	175
5.3	Services de santé.....	178
5.3.1	Organisation des services de santé.....	178

5.3.2	Intégration de la culture dans les services de santé.....	179
5.4	Médecine traditionnelle autochtone.....	183
5.4.1	Le territoire	187
5.4.2	La spiritualité autochtone.....	190
5.4.3	La transmission orale du savoir en médecine traditionnelle.....	194
5.4.4	Accessibilité de la médecine traditionnelle	202
5.5	Tentative difficile d'une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique	208
5.5.1	Leadership administratif	208
5.5.2	Défis rencontrés lors de la combinaison au Multi-Service Day Centre	212
5.5.3	Aspects légaux rattachés à la médecine traditionnelle.....	229
5.5.4	Règles administratives	232
5.6	Modèles émergents et proposés par les participants	236
5.6.1	Émergence du modèle du patient coordonnateur	237
5.6.2	Modèles organisationnels proposés par les participants.....	244
Chapitre 6	: Discussion.....	252
6.1.	Rappel des points importants des deux cas à l'étude influant sur la combinaison de la MT et de la MA.....	252
6.2.	Combinaison des deux médecines : processus de légitimation des savoirs	255
6.2.1	Reconnaissance du savoir du patient et marge de manœuvre	256
6.2.2.	Deux systèmes de médecine différents : Dynamique de savoir entre les Aînés, les guérisseurs et les professionnels de la santé	259
6.3.	Système d'action concret : Organisation de santé dans laquelle se développe les stratégies des parties prenantes aux frontières des juridictions	274
6.4	Facteurs du contexte systémique	276
6.5	Contributions de la recherche	280
6.5.1	Contributions théoriques.....	280

6.5.2 Contributions empiriques	282
6.6 Limites	288
Conclusion de la recherche	290
Références bibliographiques	295
Annexe 1 : Roue de la médecine	316
Annexe 2a : Questionnaires des entrevues individuelles pour les patients.....	317
Annexe 2b : Questionnaires des entrevues individuelles pour les Aînés et guérisseurs	319
Annexe 2c : Questionnaires des entrevues individuelles pour les professionnels et administrateurs de la santé	321
Annexe 2d : Questionnaires des entrevues individuelles pour les patients (anglais)	323
Annexe 2e : Questionnaires des entrevues individuelles pour les Aînés et guérisseurs (anglais)	325
Annexe 2f : Questionnaires des entrevues individuelles pour les professionnels et administrateurs de la santé (anglais).....	327
Annexe 3a : Affiche de recrutement utilisée à Mashteuiatsh	329
Annexe 3b : Affiche de recrutement utilisée à Mistissini	330
Annexe 4 : Rapport de l’atelier de transfert de connaissances à Mashteuiatsh du 8 décembre 2017	331
Annexe 5 : Rapport de l’atelier de transfert de connaissances à Mistissini du 20 juin 2018.....	371
Annexe 6a: Formulaire de consentement aux entrevues individuelles	398
Annexe 6b : Formulaire de consentement aux cercles de partage	421
Annexe 6c : Formulaire de consentement aux ateliers de transfert de connaissances.....	433
Annexe 6d: Formulaire de consentement aux entrevues individuelles pour les participants (anglais).....	444

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Quelques faits sur la Loi sur les Indiens	24
Tableau 2. –	Description des catégories de participants interviewés.....	63
Tableau 3. –	Répartition des participants ayant participé aux entrevues selon leur catégorie	63
Tableau 4. –	Programmes et services de santé éligibles selon l'Approche de Transfert	85
Tableau 5. –	Programmes financés par Santé Canada	167
Tableau 6. –	Répartition des responsabilités du conseil local.....	176
Tableau 7. –	Points saillants des deux sites de l'étude	255
Tableau 8. –	Les systèmes de savoir de la MA et de la MT	259
Tableau 9. –	Les principaux facteurs et freins influençant une combinaison de la MT et de la MA	284
Tableau 10. –	Les stratégies permettant de rapprocher les producteurs de soins MT et MA	284

Liste des figures

Figure 1. – Contexte d’action et dynamique d’interactions entre les acteurs qui participent à la conception, au développement et à la planification d’un projet de combinaison de la MT et de la MA	55
Figure 2. – Carte géographique situant Mashteuiatsh	74
Figure 3. – Organigramme de la structure politico-administrative de Mashteuiatsh.....	82
Figure 4. – Carte du Nitassinan (Mashteuiatsh et son territoire ancestral).....	96
Figure 5. – Avertissement dans le livre sur les savoirs des Pekuakamiulnuatsh.....	130
Figure 6. – Schéma des trajectoires de soins possibles du patient	145
Figure 7. – La structure des rôles des gouvernements du Canada et du Québec en relation avec le Grand Conseil Cri	162
Figure 8. – Organigramme de la structure du CCSSSJB	164
Figure 9. – Les quatre orientations stratégiques du CCSSSJB.....	165
Figure 10. – Axes stratégiques de Nishiiyuu Miyupimaatisiun	169
Figure 11. – Objets traditionnels cris pour le nouveau-né.....	170
Figure 12. – Carte de Mistissini.....	174
Figure 13. – Tente dédiée à la médecine traditionnelle.....	197
Figure 14. – Bouteille avec l’étiquette d’identification	207
Figure 15. – Contexte d’action et dynamique d’interactions entre les acteurs qui participent à la conception, au développement et à la planification d’un projet de combinaison de la MT et de la MA (avec les changements proposés)	282

Liste des sigles et abréviations

AANC : Affaires autochtones et du Nord Canada

AÉOR : Accueil, Évaluation, Orientation et Référence

CA : Conseil d'administration

CBJNQ : Convention de la Baie-James et du Nord québécois

CMC : Centres Miyupimaatisiun communautaires

CCSSSBJ : Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CRPA : Commission royale sur les peuples autochtones

CSSS : Centre de santé et des services sociaux

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador

DPI : Développement Piekuakami Innuatsh

Etc. : Etcétera

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

MA : Médecine allopathique

MAPAQ : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

MSDC : Multi-Service Day Centre, Centre de jour multiservices en français

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

MT : Médecine traditionnelle

OBNL : Organisation à but non lucratif

RNI : Rapport International Normalisé

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

SAC : Système d'action concret

SDEI : Société de développement économique Inu

À Olivier

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier très chaleureusement ma directrice, Lise Lamothe et mon co-directeur, Pierre S. Haddad. Merci de m'avoir encouragée, soutenue et poussée à aller toujours plus loin dans ma réflexion. Merci pour votre disponibilité et votre patience qui ont contribué à un processus doctoral très enrichissant.

Je voudrais souligner la contribution d'Olivier. Merci pour ton amour, ton écoute, ta patience et ta compréhension.

Je tiens également à remercier du fond du cœur ma famille pour leurs encouragements et leur appui.

Un grand merci aux communautés de la nation Innu et Crie pour leur participation et leur intérêt.

J'aimerais souligner la contribution de tous ceux et celles qui m'ont permis de faire ne serait-ce qu'un pas de plus vers la fin du processus doctoral.

Je veux remercier l'équipe de recherche RTAAM, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal pour leur appui financier durant le doctorat.

Introduction

Le système de santé subit beaucoup de pressions telles que l'accroissement des coûts de santé et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Ces conditions encouragent l'apport de changements dans l'offre de soins. La médecine traditionnelle (MT) dans les soins de première ligne peut être pertinente (Organisation mondiale de la santé, 2013). Dans les communautés autochtones, il y a un intérêt grandissant pour la MT. Force est de constater que, malgré une volonté des communautés autochtones de mieux répondre aux besoins de la population entre autres par un meilleur accès à la MT, la rencontre de la MT et de la médecine allopathique (MA) comporte des défis.

Ce constat amène à s'interroger sur la conception, le développement et la planification d'une offre de soins et services qui permette la rencontre de la MT et la MA. Nous proposons d'étudier les dynamiques d'interaction entre les parties prenantes impliqués dans ce processus de rencontre entre les deux médecines dans des communautés Innu et Crie. Ces relations de pouvoir, entre les différentes parties prenantes inscrites dans un système d'action, révèlent les réels enjeux. Une meilleure connaissance des facteurs influençant un tel processus éclaire la construction de modèles de soins combinés.

Pertinence de la médecine traditionnelle dans les soins de santé

La MT offre des soins en première ligne et une gestion des maladies chroniques (Hollenberg, Lytle, Walji et Cooley, 2013). Dans les pays en développement, les guérisseurs sont une ressource pour l'accès aux soins primaires (Organisation mondiale de la santé, 2013; Vandebroek et al., 2004; Hoff, 1992). En plus de traiter les maladies infectieuses et les symptômes aigus, elle peut être utilisée dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le monde (Hollenberg, Zakus, Cook et Xu, 2008). Plusieurs auteurs (Hirschhorn et Bourgeault, 2005; Tataryn et Verhoef, 2001 cités dans Ning, 2013) constatent une augmentation des médecins de famille qui utilisent eux-mêmes certaines pratiques en MT.

La MT a une approche holistique qui incorpore l'éducation aux patients, qui est centrée sur la prévention, la spiritualité et *l'empowerment* (Hollenberg et al., 2013; Manitowabi et Shawande, 2013). Aussi, Hollenberg et al. (2013) constatent que la MT permet de rejoindre les patients tombés entre les mailles du système sanitaire. La MT est la première source de soins pour certains patients (Kayne, 2010). Plusieurs raisons peuvent l'expliquer telles que le faible ratio de médecin – population dans les communautés et un faible accès à la MA (Dobos, 2009; Hollenberg et al., 2008); ou encore, dans les communautés avec une importance culturelle accordée à la MT, la distance de la communauté par rapport à une ville ou un centre de santé (VandeBroek et al., 2004). Pour certaines populations autochtones, la MT a une place importante dans leurs processus de soins (National Aboriginal Health Organization, 2008; Organisation mondiale de la santé, 2007).

La MT peut contribuer à réduire non seulement les coûts de santé, mais aussi offrir une alternative aux patients dans le choix de leur traitement (Barrett et al., 2004; Coulter et Willis, 2004; Hollenberg, 2006; Johnson, 2009; Maizes, Rakel et Niemiec, 2009; Organisation mondiale de la santé, 2013). Actuellement, les priorités des systèmes de santé s'orientent vers une offre plus globale de soins et services aux personnes atteintes de maladies chroniques, la MT semble avoir une place non négligeable à jouer dans ce contexte (Hollenberg, 2006; Maizes et al., 2009; National Aboriginal Health Organization, 2008). La MT, notamment pour les populations autochtones, offre une autre avenue à une amélioration de leur santé et elle peut être mise en place dans les programmes de santé publique (National Aboriginal Health Organization, 2008). Par la notion de culture inscrite dans la MT (Waldrum, 2000), celle-ci permet d'offrir des soins culturellement adaptés. En effet, la MT est reconnue depuis plus de 30 ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un système médical en mesure d'offrir des soins de santé adaptés à la culture au niveau des soins primaires (Organisation mondiale de la santé, 1990).

Un autre attrait de la MT est qu'elle pourrait servir à réaffirmer l'identité ethnoculturelle (Kirmayer, 2004) et à guérir des injustices et des souffrances découlant d'une histoire coloniale (Kirmayer et al., 2003). Au niveau économique, la MT permet d'offrir des soins abordables et géographiquement accessibles à la population (Rees et Weil, 2001). Dans les pays en développement, l'OMS (1999) estime que la médecine traditionnelle joue un rôle important;

près de 80% de la population l'utilise comme principale source de soins (Organisation mondiale de la santé, 1999).

Les patients plus informés veulent plus qu'un soulagement des symptômes et ils voudraient préserver et améliorer leur état de santé, ce que la MT semble offrir (Bell et al., 2002; Dobos, 2009; Easthope, 2003). Les patients se tournent alors vers la MT comme alternative ou complément et une tendance se dessine chez les patients pour l'usage d'une combinaison des deux médecines, plutôt que la médecine allopathique (MA) ou la MT seule (Barrett, 2003; Boon et Kachan, 2008; Dobos, 2009; Goldner, 2000; Marbella et al., 1998; Shuval et al., 2002; Thorpe, 2008). Ning (2013) constate que la combinaison se fait au niveau informel par la diversité des croyances et pratiques de santé dans les sociétés qui fait partie des traditions culturelles de certains groupes, choix personnel ou l'accessibilité monétaire. Et au niveau formel, l'accessibilité aux différentes formes de soins de santé dépend de la quantité de capital symbolique et matériel détenu par les différents groupes dans cette société.

Au Canada, il y a un regain d'intérêt envers l'utilisation de la MT dans les communautés autochtones (Oulanova et Moodley, 2010). Cette tendance est notée également aux États-Unis (Eisenberg et al., 1998) et en Australie (MacLennan, Wilson et Taylor, 2002; Xue, Zhang, Lin, Da Costa et Story, 2007). Aussi, en Allemagne, un sondage sur l'opinion publique révèle que 61% préfèrent être traités par une combinaison de la MT chinoise et de la MA (Dobos, 2009). Torri et Laplante (2013) rapportent dans leur étude auprès d'une communauté Mapuche au Chili que la majorité des participants interviewés utilisent les deux médecines. L'utilisation des MT comparée à celle de la MA pour les patients autochtones augmente leur pouvoir sur les soins, ce qui est un déterminant majeur pour la santé et le bien-être (Auger, Howell et Gomes, 2016).

Combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique : avantages et défis

La combinaison de la MT avec la MA a le potentiel de jouer un rôle majeur dans le traitement des maladies chroniques et celles réfractaires à la MA (Dobos, 2009), ainsi que pour la santé maternelle et infantile¹. Cette combinaison peut entraîner un effet thérapeutique synergique (Dobos, 2009; Goldner, 2000). Le potentiel de la combinaison repose sur la prévention des maladies, *l'empowerment* des patients (Rees et Weil, 2001) et le soutien apporté dans les traitements allopathiques et la diminution des effets secondaires (Dobos, 2009). La combinaison permet au patient de choisir les soins qu'il veut (WalDRAM et al., 2006). Par ailleurs, Lincoln, Liang et Mackay (2015) dans une étude dans l'hôpital Makewe au Chili rapportent que l'ensemble des parties prenantes (utilisateurs, professionnels et gestionnaires) s'entendent à l'effet que les deux médecines sont utiles indépendamment de la problématique de santé.

Bien que de nombreux avantages prometteurs découlent de la combinaison des médecines, la combinaison présente des barrières considérables (Barrett et al., 2004). Plusieurs raisons expliquent cette difficulté à aboutir à une combinaison des médecines. Les divergences se trouvent sur ces aspects : la philosophie de soins et les techniques de diagnostic et de traitement (Bell et al., 2002; Easthope, 2003). Barrett et al. (2004) analysent cette difficulté au niveau du langage et de la terminologie, des attitudes et des croyances des praticiens, des références unidirectionnelles et de la peur des conséquences négatives. Shuval, Mizrachi et Smetannikov (2002) constatent que les difficultés au niveau philosophique sont remises au second plan lorsque la collaboration sur le terrain fonctionne bien et que les patients reçoivent les soins requis. Goldner (2000) mentionne que maintenir l'idéologie est primordial pour éviter que la MT soit réduite à des techniques. Donc arriver à combiner la MT et la MA demande une

¹ Au Canada, pour les services de sage-femme, il existe trois centres intégratifs autochtones (Skye, 2010). De plus, Ning (2012) constate que les domaines de la psychologie en MA semblent plus ouverts aux autres philosophies de soins, puisque dans leur pratique même, ils incorporent des éléments culturellement adaptés aux réalités des patients. Elle donne l'exemple du Centre de dépendance et santé mentale à Toronto qui prend en compte les pratiques de guérison traditionnelles autochtones dans leurs interventions thérapeutiques.

collaboration entre les praticiens de la MA ainsi que le soutien des différentes instances gouvernementales, institutionnelles régionales et locales, et professionnelles (Shuval et al., 2002). Ceci suppose un engagement et la démonstration d'une flexibilité de la part des parties prenantes du système de santé (Boon, Verhoef, O'Hara et Findlay, 2004).

La combinaison des médecines doit nécessairement passer par les dynamiques de pouvoir interprofessionnelles (Adams, Hollenberg, Lui, et Broom, 2009; Lakshmi et al., 2015). Goldner (2000) ajoute qu'il est nécessaire de développer une approche d'équipe dans laquelle les praticiens soient sur le même piédestal, à pouvoir égal et maintenant l'intégrité philosophique derrière leur pratique. Aussi, Gaboury et al. (2010) soulignent que ce sont davantage par les dynamiques d'interaction que par la structure clinique que les différences dans les pratiques de combinaison des médecines vont ressortir. La combinaison entre les praticiens de la MT et de la MA n'est pas automatique. À titre d'exemple, Oulanova et Moodley (2010) rapportent que, dans un cas en santé mentale, les professionnels de la santé ont des difficultés à bien arrimer ces deux approches de soins (Richardson, 2001). Les relations de pouvoir influent inévitablement sur ce qui est permis de pratiquer dans une organisation (Keshet, Ben-Arye et Schiff, 2012). Donc plus d'études devraient s'intéresser à cette dynamique de mise en œuvre (Keshet et al., 2012; Soklaridis, Kelner, Love et Cassidy, 2009).

Comme il n'existe pas de cadre de pratique qui combine les deux médecines (Maar et Shawande, 2013), dans les tentatives de rapprochement sans réconciliation, un risque est que la MT soit marginalisée. Kelner et al. (2004) constatent qu'habituellement, une incorporation de la MT dans la MA se produit. Cette pratique dénature les thérapies vers une forme plus compatible à la MA. Donc pour arriver à un système de soins combiné, il faut une approche qui réconcilie les deux médecines. Il faut un modèle de soins avec un langage commun et des lignes directrices (MacKenzie-Cook, 2006).

Les difficultés à combiner la MT et la MA peuvent aussi s'observer au Canada en ce qui concerne la MT autochtone. Les populations autochtones au Canada, comme partout dans le monde, sont moins en santé que leur contrepartie non autochtone (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2009). La santé des autochtones diffère de la

population en général (Gionet et Roshanafshar, 2013; Organisation mondiale de la santé, 2007). De 2007 à 2010, Gionet et Roshanafshar (2013) rapportent que les populations autochtones ont entre autres un état de santé moins bon et un taux plus élevé de conditions chroniques que les allochtones. La santé des populations autochtones est grandement affectée par les rapides changements sociétaux. Ils sont confrontés aux mêmes maladies que le reste de la population, mais avec des défis qui leur sont propres (Gionet et Roshanafshar, 2013). À titre d'exemple, ces défis peuvent être au niveau de l'adaptation culturelle des services. Des services de santé adaptés culturellement sont nécessaires pour améliorer la santé des populations autochtones (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2015; Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2009; Benoit, Carroll, et Chaudhry, 2003). Le système de santé canadien est inadéquat, car il ne répond pas aux problèmes à la base des maladies chez les populations autochtones (Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996). Or, l'adaptation aux réalités des populations autochtones est essentielle. Aussi, la législation canadienne crée des inégalités sociales dans les populations autochtones. En effet, la Loi sur les Indiens, par sa définition du statut d'Indien (voir tableau 1), accorde par le fait même à certains individus des avantages dont les non statués ne peuvent pas bénéficier. Les statués peuvent avoir accès aux services d'éducation, à l'aide au logement et dans certaines conditions une exemption des impôts (Affaires autochtones et du Nord du Canada, 2011).

Quelques faits sur la Loi sur les Indiens rattachée avec le statut d'Indien

On présente, ici, brièvement un historique de la Loi sur les Indiens qui définit les critères du statut d'Indien. À partir de 1820, les Britanniques ont entrepris des initiatives pour « civiliser » et assimiler les autochtones. Les agents des Indiens, agents de la Couronne entretenaient les registres des Indiens des années 1850 à 1951. Ils avaient donc le pouvoir d'accorder des avantages aux Indiens inscrits ou non. Ils occupaient également un rôle de gardien lorsque le gouvernement en 1884 interdit les cérémonies autochtones. Ils avaient le rôle de convaincre les Premières Nations d'abandonner leur mode de vie traditionnel comme la pêche et la chasse afin d'adopter un mode de vie sédentaire axé sur l'agriculture, comme celui

des Britanniques. Ces politiques visaient à assimiler les Premières Nations dans la société britannique.

C'est en 1876 que la Loi sur les Indiens fut adoptée. L'État acquiert alors un contrôle sur différents aspects de la vie quotidienne des autochtones. « La Loi sur les Indiens octroie au gouvernement de vastes pouvoirs concernant l'identité, les structures politiques, la gouvernance, les pratiques culturelles et l'éducation des Premières Nations. » (Henderson, 2018). L'objectif est d'exercer un contrôle et une assimilation des autochtones à la société allochtone. Les régulations portaient entre autres sur la gouvernance et la culture.

Du côté culturel, des interventions interdisaient la pratique de leur croyance religieuse, de leur langue et de leurs activités traditionnelles (chasse, pêche et trappe). La création des pensionnats, en obligeant les enfants des Premières Nations à s'y rendre, visait leur conversion au christianisme. Ceci a entraîné une oppression et une fragmentation voire une destruction de leur identité autochtone.

La loi a par la suite été modifiée à plusieurs reprises. Par exemple vers les années 1850, la politique gouvernementale stipulait que les femmes autochtones qui mariaient un allochtone verraient leur statut d'indienne retiré. Les enfants issus de ce mariage ne pourraient pas obtenir le statut non plus. Ce n'est qu'à partir de 1985, après plusieurs années de dénonciations des discriminations présentes dans la Loi sur les Indiens, que le Parlement du Canada a promulgué le projet de loi C-31. Cette loi annule le retrait du statut d'Indien relié à un mariage et permet au conseil de bande d'avoir le contrôle sur l'inscription au registre des Indiens et l'appartenance à une bande. L'enfant issu d'une mère qui s'est vue réattribuer son statut d'Indien a aussi le statut. Toutefois, s'il se marie à une personne allochtone, le statut d'Indien n'est alors pas transmis à l'enfant de la génération suivante.

Sources : Henderson, 2018; Coates, 2008; Leslie, 2002.

Tableau 1. – Quelques faits sur la Loi sur les Indiens

L'accès aux soins de santé au Canada pour les populations autochtones dépend de leur statut d'Indien et leur résidence sur une réserve ou non. En effet, selon la législation canadienne, les autochtones résidant dans les réserves et ayant le statut d'autochtone selon la Loi sur les Indiens sont sous la juridiction fédérale, les autres doivent se référer à la législation provinciale

(Wilson, Rosenberg et Abonyi, 2011). Quant au financement des services de santé et des services sociaux, il est aussi partagé entre le fédéral et le provincial². La dynamique politique et législative ajoute un niveau de complexité. L'intégration des connaissances autochtones et des pratiques de guérison a commencé, mais demeure fragmentée offrant des services de santé discontinus à la population (King, Smith et Gracey, 2009; National Aboriginal Health Organization, 2008).

Il est donc légitime de porter un regard critique sur les dynamiques d'interaction qui influencent la mise en œuvre d'une offre de soins combinant la MT et de la MA. Cette étude permet d'apporter un éclairage sur la question des défis et des stratégies lors d'un tel processus, ainsi que sur la conception, le développement et la planification efficaces d'une meilleure combinaison des MT et d'une MA.

Plan de la thèse

La thèse se divise en trois temps. Dans un premier temps, les chapitres 1 à 3 dressent un portrait du cadre dans laquelle la recherche se réalise. On brosse un état des connaissances, on présente le cadre conceptuel et les objectifs de recherche, et on décrit la méthodologie employée. Dans un second temps, les chapitres 4 et 5 offrent, dans chacun des cas à l'étude, une description et une analyse approfondie des enjeux et stratégies, provenant des entrevues. Dans un dernier temps, les chapitres 6 et 7 comportent la discussion et la conclusion. La discussion expose le processus de légitimation des savoirs, les dynamiques de savoir entre les

² En général, le gouvernement du Québec assume le financement des services de santé et des services sociaux obtenus hors de la communauté et pour ceux qui vivent dans des communautés conventionnées telles que Mistissini. Quant au gouvernement fédéral, il assure le financement pour les autochtones résidents dans les communautés non conventionnées telles que Mashteuiatsh sauf pour les soins déjà couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Santé Canada finance également plusieurs programmes comme les programmes de lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme, un programme de nutrition prénatale et une initiative contre le diabète.

D'autres règles s'appliquent pour les services offerts dans les organisations de santé et sociaux du réseau québécois notamment dans les centres jeunesse, pour l'hébergement dans les centres de réadaptation ou les ressources intermédiaires ou les ressources de type familial et pour le transport ambulancier. Par ailleurs, le régime d'assurance médicaments du Québec ne couvre aucun autochtone du Québec peu importe leur lieu de résidence. Puisque leurs services de santé sont déjà couverts par les programmes de services de santé non assurés (Gouvernement du Québec, 2007).

parties prenantes, le système d'action concret et le contexte systémique. Finalement, on met en lumière les contributions théoriques et empiriques pour la mise en œuvre d'une combinaison de deux médecines.

Chapitre 1 : État des connaissances

L'état des connaissances permet d'avoir la même conceptualisation des éléments clé et de cibler les zones cruciales sur lesquelles l'analyse stratégique apportera une meilleure compréhension. Dans les prochaines sections, nous présentons les définitions de la MT et de la MA, ensuite une description des formes organisationnelles combinant deux médecines, puis les facteurs influant sur sa mise en œuvre.

1.1 Quelques définitions

Médecine traditionnelle

Selon l'OMS (2000), la MT comprend un ensemble de pratiques, d'approches et de connaissances qui peuvent être transmises d'une génération à l'autre oralement soit dans la même lignée familiale soit par les universités. Il s'agit d'un savoir qui s'appuie sur des théories, croyances et expériences autochtones dans le but d'atteindre un état de santé et de bien-être (Organisation mondiale de la santé, 2000). Elle joue un rôle important dans certains systèmes de santé comme dans les pays africains et asiatiques (Organisation mondiale de la santé, 2003). Au Canada, la Commission Royale sur les peuples autochtones (1996) ajoute que ces pratiques peuvent agir au niveau physique avec des remèdes à base de plantes médicinales ou de parties animales, par exemple, et au niveau émotionnel et spirituel avec notamment les cérémonies et les enseignements des Aînés.

La MT valorise les observations et les expériences qui contribuent à l'évolution des théories fondatrices et des pratiques de guérison. Elle préconise ni le détachement objectif ni les méthodes analytiques (Kaptchuk et Miller, 2005). La santé est holistique et dépendante de l'harmonie qui règne entre l'individu, sa communauté et son environnement dans un sens plus large (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2009; Organisation mondiale de la santé, 2007) et reliée à la culture (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2009).

La MT se différencie de la médecine alternative et complémentaire par son origine associée soit à une population distincte ou à un emplacement géographique (Kayne, 2010). La MT peut considérer la santé et la maladie comme étant reliées aux croyances religieuses allant au-delà du monde matériel (Ning, 2013).

Dans plusieurs pays, les concepts médecine alternative, médecine complémentaire et médecine non conventionnelle, sont utilisés pour désigner la médecine traditionnelle (Organisation mondiale de la santé, 2000).

Médecine allopathique

La MA se réfère à la biomédecine, la médecine moderne ou la médecine conventionnelle (Dupuis, 1998). Elle se distingue de la MT par son engagement à poser un diagnostic et à traiter les patients en utilisant une science objective et progressive (Kaptchuk et Miller, 2005). Dans la MA, le savoir médical est considéré plus fiable quand il est testé dans des conditions expérimentales contrôlées même si les observations cliniques sont tout de même valides (Bell et al., 2002).

Populations autochtones

Les populations autochtones désignent les « Premiers Peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants » (Gouvernement du Canada, 2015). La législation canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones qui sont les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Les Premières Nations représentent les individus qui s'identifient comme descendants des premiers habitants du territoire, hormis les Métis et les Inuits. Les Métis renvoient à ceux qui ont une descendance européenne et des premières nations. Les Inuits, quant à eux, constituent le peuple de l'Arctique, de l'Alaska au Groenland. Le gouvernement québécois reconnaît 11 nations autochtones au Québec qui regroupent les Abénaquis, les Algonquins, les Attikameks, les Cris, les Innus, les Inuits, les Malécites, les Micmacs, les Mohawks, les Naskapis et les Wendats-Hurons.

Les populations autochtones du Canada sont marquées par une histoire coloniale qui affecte leur santé et leur bien-être à différents niveaux (individus, familles et communautés). Elles ont

vécu la dépossession de leurs terres, de leur langue et de leur culture. Des politiques particulières telles que la Loi sur les Indiens de 1876 influencent la santé de ces populations. Historiquement, ces politiques visaient à « éliminer les gouvernements autochtones, ignorer les droits des Autochtones, mettre fin aux traités conclus et, au moyen d'un processus d'assimilation, faire en sorte que les peuples autochtones cessent d'exister en tant qu'entités légales, sociales, culturelles, religieuses et raciales au Canada. » (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Ces politiques contribuent à maintenir des relations entre les communautés et le gouvernement.

Au Canada, les populations autochtones ont un taux plus élevé de maladie comparé aux non-Autochtones. Par exemple, Gracey et King (2009) notent un taux élevé de mortalité chez les nouveaux-nés; une espérance de vie plus courte; des problèmes sociaux, des maladies et des décès liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues; des accidents, de la violence interpersonnelle, des suicides; les maladies chroniques (obésité, diabète...) et des maladies causées par la contamination environnementale (par exemple, les métaux lourds, les gaz industriels et les rejets d'effluent) (Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2012; Gracey et King, 2009; King et al., 2009).

1.2 Formes de combinaisons rapportées par la littérature

La combinaison des médecines est comprise comme une rencontre de la MT et de la MA qui peut prendre différentes formes selon le contexte et la dynamique d'interaction entre les parties prenantes. Pour que les soins combinés se développent, de nouveaux modèles de soins sont requis (Dobos, 2009). Cette section présente alors des modèles de combinaison des deux médecines. On peut retrouver dans un même système de santé plusieurs modèles (Barrett et al., 2004; Gaboury et al., 2010). Les écrits sur la taxonomie pour les modèles combinant des MT autochtones et la MA est limitée (Hill, 2003; Manitowabi et Shawande, 2013), nous nous sommes alors orientés vers des formes de combinaison de deux médecines, généralement des médecines traditionnelles, alternatives et complémentaires et la médecine allopathique. Même si ces écrits ne sont pas spécifiques au contexte des MT autochtones, il demeure qu'elles apportent une perspective intéressante sur les modèles de soins combinés possibles. Par

ailleurs, il n'existe pas une taxonomie pour les modèles de soins combinés (Coulter, Khorsan, Crawford et Hsiao, 2010).

Voici les différents modèles qui se dégagent de la littérature :

Boon et al. (2004) décrivent différentes formes de combinaison dans les pratiques de soins de santé. La forme à l'extrémité inférieure du spectre est les soins en **parallèle**, quand les producteurs de soins travaillent en silos avec peu ou pas de communication ou de coordination entre eux. Si on poursuit sur le spectre, le prochain est le **consultatif** quand les patients consultent un praticien de MT, mais les producteurs de soins (MT et MA) ne travaillent pas ensemble dans les soins. Ensuite ce sont les soins **collaboratifs** quand il y a un partage d'information. Les soins **coordonnés** surviennent lorsqu'il y a une structure formalisée favorisant le partage d'information entre les praticiens avec une équipe responsable des soins au patient. Les soins **multidisciplinaires** apparaissent quand un *leader* est chargé des soins et coordonne les soins entre les praticiens. L'**intégration** se produit quand il n'existe plus de barrières hiérarchiques entre les praticiens des différentes professions qui travaillent ensemble pour offrir des soins holistiques au patient.

Mann et al. (2004) présentent sept modèles allant du système le plus simple au plus complexe. Le premier modèle est le **clinicien informé**. Le praticien en MA se forme en une ou plusieurs thérapies complémentaires et il devient alors apte à informer les patients au sujet de leur utilisation. Le but du praticien est principalement de communiquer et de partager ses connaissances en MT avec le patient, il peut également dans certaines situations recommander certaines thérapies. Le praticien doit alors connaître les principes de base relatifs aux modalités complémentaires et, aux stratégies de prise de décision pour le choix d'une telle thérapie, de même que l'étendue de la discipline, les méthodes d'application, les effets secondaires et indésirables. Toutefois, le praticien ne saisit pas les subtilités dans les choix des thérapies en MT. Le deuxième est le **clinicien informé en réseau**. Il se construit sur le premier en y ajoutant un réseau informel de références chez les praticiens en MT. Connaître l'environnement et les praticiens à qui ils réfèrent permet de développer une compréhension et une relation de confiance mutuelle. Le troisième est le **clinicien informé avec une formation en MT**. Il peut être

atteint directement à partir du premier modèle ou du second modèle. Le praticien en MA avec ou sans réseau de références ajoute une formation plus avancée en MT en plus des connaissances de base en MT. Le quatrième est le **groupe de pratique intégrative multidisciplinaire**. Les praticiens travaillent en partenariat pour offrir des soins tant en MA qu'en MT, ils s'orientent habituellement sur des problèmes cliniques spécifiques. Les praticiens sont dans un même espace physique et le choix est décidé par le patient. Le cinquième modèle est le **groupe de pratique combinée interdisciplinaire**. Ces groupes de pratique se concentrent sur des problèmes cliniques particuliers. Le *leader* est habituellement un médecin en MA tout comme le gestionnaire de cas. Une des possibilités de ce modèle est un groupe dans lequel tous les praticiens en MA ont une formation en MT. Le sixième modèle est **la combinaison basée dans un hôpital**. Ce modèle combine la MT et la MA dans une structure hospitalière. Un *leadership* de l'administration hospitalière est requis. Le dernier modèle est la **médecine combinée dans un centre médical académique**. Il inclut une combinaison non seulement des services directs aux patients, mais aussi de l'enseignement, de la recherche et de la clinique.

Leckridge (2004) propose une série de modèles basée sur comment les patients approchent les soins de santé. Le modèle du **marché** laissant le libre choix au patient de choisir les services qu'il désire, mais les services ne sont pas combinés. Le patient navigue dans un système fragmenté où peu de communication entre les services est présente. Le modèle **régulé** est similaire à celui du marché, par contre une instance gouvernementale ou professionnelle régule l'accessibilité et l'offre de soins. Toutefois cette régulation n'assure pas un pont entre les services. Le modèle d'**assimilé** est lorsque le médecin en MA s'approprie partiellement les méthodes de thérapie de la MT pour les offrir à ses patients. Le médecin en MA ne maîtrise pas toutes les thérapies disponibles pour répondre aux besoins du patient. Quant au modèle **centré sur le patient**, il se concentre sur le patient plutôt que les praticiens. Un travail d'équipe s'établit pour répondre à l'ensemble des aspects biopsychosociaux du patient. Le patient devient aussi un agent actif dans la prise en charge de ses soins.

Kaptchuk et Miller (2005) introduisent trois relations possibles entre la MT et la MA. Elle est intéressante, car elle n'assume pas qu'il y ait nécessairement une combinaison, il peut y avoir une opposition. Le **modèle d'opposition** se produit lorsque chacune des médecines vante la

sienne et dénigre l'autre. Chacune affirme le faire pour le bien-être du patient et voit du colportage dans le comportement de l'autre. Un climat hostile et tendu règne mettant le patient au centre de ces disputes et leurs choix ne sont pas respectés. Le modèle d'opposition est rapidement mis à l'écart pour être remplacé par celui **combiné**. Il offre des soins de santé plus en accord avec les besoins des patients en proposant des thérapies alternatives. Une approche holistique considérant l'aspect physique, émotionnel et spirituel de la maladie est mise de l'avant. Toutefois, le modèle combiné n'offre pas de cadre médical cohérent. Il n'y a pas de langage médical commun permettant à la MT et la MA d'égal à égal de poser un diagnostic et de prescrire un traitement. Il n'y a pas non plus de données probantes sur lesquelles s'appuyer pour décider d'une thérapie, donc les praticiens ne sont pas en mesure de donner des options de traitements claires et constantes. Quant au **modèle de pluralisme**, on y retrouve une coopération entre les praticiens de la MT et de la MA. Ce modèle encourage la tolérance et la coopération entre la MT et la MA. Ce modèle reconnaît les différences épistémologiques qui ne peuvent être reliées dans les méthodes de développement des connaissances médicales et de validation des traitements. Il reconnaît la force des deux à offrir des options de traitement tout aussi valides. Il offre un espace maintenant l'intégrité de la MT et de la MA.

Coulter et al. (2010) postulent que la combinaison peut se faire au niveau du **fournisseur de soins** et du **patient**. La combinaison au niveau du fournisseur de soins inclut l'incorporation de la MT dans un centre hospitalier en MA ou dans les pratiques de première ligne ou en laissant un nombre limité de praticiens en MT dans les centres de santé en MA. La combinaison au niveau du patient suggère que les patients soient en mesure de développer leurs propres stratégies en dehors de la combinaison organisationnelle. Ils décident quels praticiens consulter selon leurs problèmes de santé.

Wiese, Oster et Pincombe (2010) identifient trois approches générales dans l'offre de services de santé combinés. La première est **l'incorporation sélective** qui est le cas lorsque le médecin en MA offre certaines thérapies de MT ou lorsque des praticiens en MT offrent des services sous la supervision des médecins en MA. La seconde est la **médecine combinée** soit des équipes multidisciplinaires qui collaborent pour offrir un ensemble de services de MT avec des

services de MA. La troisième est le **pluralisme centré sur le patient**. Les patients choisissent le niveau de combinaison et reconnaissent les mésententes entre les différents paradigmes et philosophies de soins.

Templeman et Robinson (2011) décrivent les deux modèles dominants dans la mise en œuvre d'une combinaison des médecines. Le premier modèle est la **combinaison sélective des éléments les plus efficaces** de la MT et de la MA pour atteindre un état de santé optimal. Toutefois, les auteurs ne précisent pas la manière dont la sélection s'effectue. Ce modèle est qualifié d'idéal et potentiellement le plus efficace. Cette approche valorise tant les données probantes biomédicales que celles sur l'efficacité clinique et les résultats de santé de la MT. Elle favorise l'harmonie entre les pratiques. Les praticiens de la MT et de la MA sont sur le même pied d'égalité. Le deuxième modèle est **l'incorporation sélective des données probantes de la MT dans la MA**. Ce type d'approche place un praticien en MA au cœur de la coordination des services. Habituellement, c'est le médecin de famille qui agit à titre de *gatekeeper* et de premier contact pour faire les références subséquentes. C'est le modèle le plus commun. Toutefois, mettre l'accent sur le biomédical s'accompagne d'une perte des principes fondamentaux de la MT. Les subventions gouvernementales dans certains pays encouragent cette direction, comme en Suède par exemple. Si on regarde les relations interprofessionnelles entre la MT et la MA, on retrouve trois types de relations de pouvoir et de dynamiques interprofessionnelles dans ce deuxième modèle : a) Le partenariat équitable consiste à mettre les préférences et les besoins du patient au centre des soins; b) Le partenariat inéquitable qui peut prendre les formes suivantes. Quand le partenariat est inéquitable, c'est soit le praticien en MA soit celui en MT qui dirige. Il est plus commun de trouver la forme avec un praticien en MA qui dirige, ce qui suit la hiérarchie habituelle entre la MA et la MT. Le praticien de la MT est subordonné au praticien de la MA possédant moins d'autonomie. C'est la méthode de type parallèle qui est la plus employée avec deux médecines qui présentent peu de collaboration formelle. Le cas moins fréquent se présente lorsque le praticien de la MT dirige; cela se produit quand les praticiens de la MT ont déjà formé un groupe de pratique, puis décident d'inviter un médecin en MA à se joindre à eux. Le rôle de ce dernier est alors de fournir des diagnostics médicaux et l'admissibilité des tests aux assureurs médicaux. Une autre forme de relation

inéquitable est celle du réseau de références. Ce dernier se situe à l'extérieur de l'organisation pour des services en MT. C'est un modèle qui est de plus en plus populaire. Les références se font non seulement aux praticiens de la MT, mais aussi aux médecins en MA qui pratiquent la MT. Les références des praticiens de la MT à ceux de la MA quant à elles sont courantes.

En regardant ces différents modèles, des éléments communs peuvent être dégagés. Tout d'abord on peut observer que la combinaison peut prendre la forme où un médecin en MA incorpore les éléments de la MT, donc par un changement dans la pratique médicale. Une autre forme possible est celle basée sur les références. Aussi, la formation d'équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire regroupe et coordonne les actions des différentes professions afin d'assurer une meilleure prise en charge du patient. D'autres modèles laissent émerger une forme centrée sur les besoins du patient pour obtenir une coopération des professionnels.

Toutefois, la combinaison ne se fera pas automatiquement. Des parties prenantes doivent interagir pour faire la promotion de la collaboration entre les deux médecines. Boon et Kachan (2008) renchérisent que certains de ces parties prenantes émergent comme *leaders* ou porteurs du projet de combinaison. Les écrits nous renseignent peu à ce sujet. La présente étude cherche à combler cette lacune en s'intéressant aux dynamiques d'interactions entre les parties prenantes concernées.

Bien que ces modèles offrent des outils conceptuels pour décrire les pratiques de combinaison, leur utilisation demeure limitée au niveau des dynamiques de pratiques dans des contextes de soins variés (Adams et al., 2009). Ces auteurs nuancent l'utilité de ces modèles dans le concret. Ces modèles négligent les tensions entre les paradigmes médicaux ou les pratiques de soins. Ils affirment que ces modèles sont des idéaux types, ce qui ne reflète pas la réalité de la pratique. De plus, ces modèles ne proposent pas d'explications quant aux raisons de l'émergence d'une telle forme organisationnelle dans un tel contexte.

Il est nécessaire de savoir de quelle manière les dynamiques de parties prenantes amènent l'émergence d'une forme organisationnelle combinant la MT et la MA. Autrement les modèles resteront utopiques (Maizes et al., 2009).

1.3 Les facteurs de la mise œuvre

Un mélange complexe de facteurs influe sur la combinaison de la MT et de la MA. La combinaison est présente à différents niveaux : patients, praticiens, organisation et système de santé.

Patients

Le portrait des autochtones au Québec est loin d'être homogène sur les plans culturel, juridique et politique (Beaulieu, Gervais et Papillon, 2013). Au sein d'une communauté, il existe des variations importantes au niveau des connaissances, des pratiques et des attitudes entre les individus. Par exemple, certains croient aux enseignements du christianisme et d'autres croient à ceux du Créateur; ceci peut amener des divergences voire des conflits dans une même communauté (Kirmayer et al., 2003). L'utilisation de la MT pour les populations autochtones demeure un choix qui n'est pas unanime. Il existe une diversité de positionnement au sein d'une même communauté par rapport à la MT; il y a des personnes qui y croient et d'autres non (Manitowabi et Shawande, 2013). La compréhension de l'unicité de chaque communauté et chaque individu en relation avec leurs valeurs et leur niveau de confort avec la MT est importante (Maar, 2004).

Soklaridis, Kelner, Love et Cassidis (2009) affirment que le point de rencontre de la MT et de la MA est le besoin de santé non comblé des patients. Le choix du patient d'aller vers la MT et la MA dépend de facteurs culturels et personnels comme les croyances religieuses et spirituelles (Torri et Laplante, 2013), sa condition de santé dans le cas de maladies chroniques et de cas non urgents et son appréciation des bienfaits de la MT (Mann, Gaylord et Norton, 2004). Dans le cas des populations autochtones, de par leur histoire coloniale, certains individus ont développé une méfiance par rapport aux institutions comme les organisations de santé (Statistiques Canada, 2009). Les patients sont capables d'utiliser des stratégies propres à eux pour décider entre le MT et la MA (Coulter et al., 2010). Néanmoins, certains patients sont réticents à divulguer de l'information sur leur utilisation de la MT (Freeman, Morgan et Farquhar, 2001). Ning (2013) établit un parallèle avec le modèle de pratique, chez les omnipraticiens, qui est centré sur le patient. La tendance grandissante des patients à se diriger

vers la MT exerce une pression sur les praticiens, les organisations et le système de santé à offrir une combinaison de la MT et de la MA.

Producteurs de soins

Leaders, des parties prenantes essentielles à la combinaison de la MT et de la MA

Les personnes identifiées comme «champions» sont importantes pour concevoir et défendre le projet de combinaison de la MT et de la MA (Boon et Kachan, 2008; Favel, 2019; Walker, Cromarty, Linkewich, Semple et St Pierre-Hansen, 2009). Ils mobilisent le soutien à tous les niveaux de l'organisation et préparent les praticiens et les gestionnaires à la mise en œuvre. Nous pouvons l'observer dans plusieurs cas tels que celui de l'Hôpital *All Nations' Healing* (Saskatchewan, Canada) par Rick Favel (2019) ou encore le village-hôpital de Mbindo Lala au Zaïre (Bibeau, 2013). De plus, dans l'étude de Manitowabi et Shawande (2013), un médecin et un guérisseur ont travaillé en partenariat pour promouvoir la MT dans la région avant la mise en œuvre du programme de MT dans le centre de santé. Une *leader* clinique ayant les savoirs en MT et en MA coordonne ce programme. La connaissance des deux cultures, autochtones et allochtones, est un atout. Tout comme pour le porteur de projet dans le *Jambihuasi*, un centre de santé qui combine les deux médecines en Équateur (Bouchard, 2009).

Positionnement des praticiens en MA sur la combinaison des médecines

Au niveau des praticiens, des médecins plus sensibles à la culture des populations autochtones influencent la réussite de la combinaison et de l'utilisation de la MT par les patients. Une attitude favorable à la combinaison dépend aussi des facteurs plus personnels comme des expériences personnelles positives avec la MT et de bons retours de commentaires des patients sur la MT (Mann et al., 2004). L'éducation et la formation des praticiens influencent fortement leur comportement quant à leur implication dans la combinaison de la MT et de la MA (Hsiao, Ryan et Hays, 2006). D'ailleurs, Santa Ana (2001) défend que c'est à partir de là que se développe une compréhension mutuelle. Goldner (2000) ajoute que la connexion entre l'aspect spirituel et la pratique médicale peut amener les médecins à s'intéresser à la MT. Par exemple, dans l'étude de Torri et Laplante (2013), les médecins soulevaient leur incompréhension de certaines pratiques et croyances des guérisseurs. Le fait d'avoir une présence autochtone parmi

le personnel aide les praticiens et les patients à se reconnaître dans les valeurs et les expériences de vie. La participation des Aînés et guérisseurs qui portent les aspects culturel et spirituel, ainsi que la conception du bien-être chez les autochtones joue beaucoup sur la réussite de la combinaison (Benoit, Carroll et Chaudhry, 2003). En effet, la perception du patient traité par un médecin non autochtone et un professionnel autochtone n'est pas similaire. Il se sent comme un client avec le médecin, mais comme un ami avec un professionnel autochtone. Les professionnels de la santé qualifiés et autochtones sont difficiles à trouver au Canada. Il est donc possible de recourir à des bénévoles autochtones pour réduire l'écart culturel et avoir un environnement culturellement sécurisant (Benoit et al., 2003). Au niveau de l'offre de soins et services, les méthodes reflétant des habitudes traditionnelles de guérison telles que les cercles de guérison sont à privilégier.

Par ailleurs, Torri et Laplante (2013) constatent que certains médecins ne reconnaissent pas la non diplomation universitaire des guérisseurs, alors que les guérisseurs démontrent une ouverture à intégrer les ressources du système de santé allopathique dans leur pratique. Or, une compréhension mutuelle permet une communication efficace entre les différentes parties (Organisation mondiale de la santé, 2003). Ceci passe par une définition claire des tâches et des rôles de chacun dans une visée de combinaison de la MT et de la MA. Par ailleurs, il existe une crainte chez le corps médical des poursuites judiciaires, ce qui peut limiter leur intérêt dans la pratique de la MT (Goldner, 2000).

Boon et Kachan (2008) ajoutent que ce n'est qu'une fois la confiance établie, qu'une ouverture à étendre les pratiques de la MT se manifeste. Cette ouverture se traduit comme l'acceptation de reconnaître les limites de son paradigme médical (Hsiao et al., 2006; Organisation mondiale de la santé, 2003). Ceci implique d'admettre les bienfaits de la MT et de la combinaison des deux médecines. Hsiao et al. (2006) soutiennent que la forte croyance en l'efficacité de sa tradition médicale favorise la combinaison. Donc des praticiens qualifiés dans leur champ sont nécessaires (Organisation mondiale de la santé, 2003). La connaissance et la familiarisation aux pratiques de l'autre accroissent cette relation de confiance. La connaissance est la base pour la pratique et les références (Hsiao et al., 2006).

Positionnement des praticiens en MT

Les praticiens en MT sont connus et reconnus par les membres d'une communauté (Stiegelbauer, 1996). Le lien de confiance est déjà établi. Ils sont habituellement dans les pays en développement et ils sont la porte d'entrée dans les soins de première ligne dans les régions isolées (Hinojosa, 2004; Hoff, 1992; Sharma et Ross, 1990). Le désir de gagner en légitimité pousse des praticiens en MT à travailler avec les médecins en MA (Goldner, 2000). Mais certains praticiens en MT peuvent être réticents à partager leur savoir (First Nations Health Society, 2010).

Dans les projets de centre de santé qui combinent les MT et MA, la disponibilité des praticiens en MT est limitée (O'Neil, 1988 dans Bouchard, 2009; First Nations Health Society, 2010; Manitowabi et Shawande, 2013). Ils ne travaillent pas forcément dans un centre de santé; certains continuent de pratiquer la MT dans la communauté. Ceux qui travaillent dans les organisations de santé peuvent soit offrir les soins directs aux patients (Manitowabi et Shawande, 2013) avec ou sans certification additionnelle. En Alaska, au centre médical des Premières Nations d'Alaska (*Alaska Native Medical Center*), les docteurs tribaux ont reçu une formation additionnelle leur permettant de comprendre et d'intégrer des éléments de la MA dans leur pratique. On retrouve également au Nunavik, les sages-femmes qui reçoivent une formation pour être autorisées à pratiquer au centre de santé Inuulitsivik (Puvirnituk, Nunavik) (National Aboriginal Health Organization, 2006). Dans cette région, il existe une loi sur les sages-femmes qui reconnaît la pratique de celles-ci dans les organisations de santé. Elles sont d'ailleurs impliquées dans les rencontres multidisciplinaires et dans la formation des futures sages-femmes. Dans le centre Rankin Inlet (Rankin Inlet, Nunavut), une Aînée anime des groupes prénataux sur les enseignements traditionnels sur la nourriture et l'accouchement pour les femmes enceintes. Dans d'autres hôpitaux comme le Sioux Lookout, les sages-femmes traditionnelles peuvent pratiquer sous certaines conditions. À titre d'exemple, elles peuvent accompagner les femmes enceintes sauf pendant l'accouchement et elles ne peuvent pas accompagner les naissances à la maison. Dans le centre de santé des Six Nations (Ohsweken, Ontario), les guérisseurs pratiquent dans la communauté (Wieman, 2009).

Dans une organisation de santé, Drost (2019) ajoute que la présence des praticiens en MT contribue au respect des protocoles de la MT de la part des praticiens en MT et en MA. Ils exercent un mentorat et éduquent également les praticiens en MA sur la culture autochtone (First Nations Health Society, 2010). Ils peuvent également jouer un rôle conseil dans la mise en œuvre d'une combinaison de la MT et de la MA (Wieman, 2009). La création d'un groupe d'Aînés dans le but d'aider au développement, à la gestion et à la pérennité d'un programme de MT dans un centre de santé peut aussi soutenir et conseiller le conseil d'administration comme au centre de santé Sioux Lookout Meno Ya Win (nord de l'Ontario, communauté Anishnabe) (Walker et al., 2009).

Organisation

L'organisation doit donner la direction qu'elle veut prendre sur la combinaison de la MT et de la MA. Une mission valorisant la combinaison en favorise son acceptation au sein de celle-ci (Santa Ana, 2001). Une documentation sur la pertinence et le développement d'un programme de MT dans un centre de santé est également importante (Walker et al., 2009). De plus, un fort leadership de la direction composée des membres de la communauté peut faciliter la mise en œuvre d'un projet de combinaison. En effet, une étude faite dans un programme de santé autochtone en Alberta rapporte l'importance de la reconnaissance de la MT par le leadership organisationnel et l'équipe soignante (Drost, 2019).

Le développement de lignes directrices rattachées aux fondements de la culture autochtone qui transcende le centre de santé est important pour assurer la cohérence (Walker et al., 2010). Elles permettent entre autres de ne pas mettre le permis de pratique des professionnels de la santé en jeu et ainsi obtenir leur collaboration (Maar, 2004). Ceci a été un élément important et nécessaire pour une intégration réussie de la MT dans le centre de santé Noojmowin Teg (Maar, 2004). La collaboration peut se trouver aux différentes étapes de la mise en œuvre : à la planification entre les parties prenantes rattachées aux organisations de santé et politique autochtone pour atteindre un consensus, ou à la mise en œuvre pour le développement de protocoles de soins respectant les croyances et les traditions locales entre des Aînés et guérisseurs, des chercheurs et un coordonnateur de projet (Maar, 2004).

De ce fait, les parties prenantes dans une organisation de santé doivent s'assurer de créer des espaces pour permettre la rencontre la MT et la MA. L'aménagement d'un espace physique pour mettre en œuvre le projet (Boon et Kachan, 2008) et des espaces de rencontre entre les parties prenantes sont essentiels. Par exemple, le partage d'un même dossier patient entraîne un meilleur sens de partenariat et connaissance de l'autre médecine (Hsiao et al., 2006). Cela peut également se situer au niveau du conseil d'administration (CA) du centre de santé avec une représentativité importante des autochtones tel qu'il est le cas au centre de santé Sioux Lookout Meno Ya Win. En effet, deux tiers des membres du CA sont Anishnabes. De plus, un modèle de gestion combinant le modèle de chef et conseil avec le modèle conventionnel y est présent. Dans l'étude de Manitowabi et Shawande (2013), elles notent qu'une formation donnée aux professionnels et intervenants de la santé ne connaissant pas les pratiques de MT permet de les conscientiser sur ce sujet et ainsi favoriser une collaboration. Dans le centre de santé Noojmowin Teg, un poste de coordonnateur ayant les savoirs dans la MT et dans la MA assure entre autres le pont entre la direction du centre, les différents programmes de santé et les guérisseurs.

Dans le but d'assurer une qualification adéquate des Aînés et guérisseurs travaillant au centre de santé, un processus de certification des Aînés peut être mis en place (Walker et al., 2009), ou encore un processus informel par la reconnaissance sociale du guérisseur dans la communauté avec la mise en place d'un code d'éthique à suivre (Manitowabi et Shawande, 2013). Si un doute sur les compétences du guérisseur est présent, il n'est alors pas recruté (Maar et Shawande, 2013). Ce processus informel permet d'évacuer les possibilités de charlatanisme. Toutefois, l'expertise des Aînés et guérisseurs est moins bien définie que celle des professionnels de la santé dans les organisations de santé (Maar, 2004). Le gouvernement canadien reconnaît que cette tâche revient aux communautés et aux Aînés de le déterminer (Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones 1996 dans Maar, 2004). Maar (2004) suggère que ces discussions aient lieu au niveau de la communauté puisque la non-universalité des exigences et des qualifications peut ne pas être comprise par d'autres ne provenant pas du milieu.

Quant à l'aspect de la rémunération, les praticiens en MT ont une relation sacrée avec le patient et le Créateur, une majorité refuse alors de l'argent venant d'une tierce personne. Les guérisseurs fonctionnent avec un système de rémunération différent du système en MA pouvant ainsi être une barrière quant à la viabilité du projet de combinaison (Hollenberg et al., 2013). Et quand les praticiens en MT reçoivent une rémunération en clinique, elle se fait en grande partie par le secteur privé au Canada. Ceci entraîne une incapacité d'assister aux rencontres d'équipe de professionnels de la clinique ou de l'hôpital, constituant ainsi un frein à la transmission d'informations sur le patient entre les praticiens; ceci rend difficile la combinaison des pratiques (Hollenberg, 2007). Néanmoins, quand la MT est prise en charge par le gouvernement, les détenteurs de savoir de la MT peuvent être payés par les services publics et être recrutés tel que c'est le cas au centre de santé Noojmowin Teg en Ontario.

Systeme de santé

Le système de santé joue un rôle crucial dans l'émergence et la forme que la combinaison prendra (Achilles et al., 1999; Hollenberg, 2007; Templeman et Robinson, 2011). Cela comprend entre autres la politique nationale de santé et l'histoire et le statut des professionnels de la santé (Hollenberg, 2007) comme la définition des objectifs communs, la coordination des services et le rôle des guérisseurs par rapport aux professionnels de la santé (Hoff, 1992). Des programmes gouvernementaux qui subventionnent ce partenariat accompagné d'une gestion à différents niveaux favorisent la combinaison des deux médecines (Giordano, Garcia, Boatwright et Klein, 2003; Templeman et Robinson, 2011). Au Canada, il y a de plus en plus de politiques qui reconnaissent les pratiques de guérison traditionnelle autochtones telles qu'en Ontario avec la Loi sur les professions de la santé réglementées qui ne s'applique pas aux guérisseurs et sages-femmes autochtones. Cette exemption accordée par l'Ontario permet la pratique de la MT et la possibilité de financement avec la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Cette loi contribue positivement à l'implantation d'un programme de MT dans le centre de santé Noojmowin Teg en Ontario (Manitowabi et Shawande, 2013). La présence d'une réglementation pour les praticiens dans certaines pratiques de la MT favorise une acceptation de ceux-ci dans le système de santé actuel (Ning, 2013) et permet une uniformité dans les rôles et pratiques en MT. Les régulations de pouvoir et de contrôle telles que la Loi sur

les Indiens ont un impact sur la place de la MT (Manitowabi et Shawarde, 2013). En effet, elles déterminent ce qui est « acceptable » de pratiquer ou non. Ces régulations ont modifié les idéologies sur la santé. Il en résulte une perte des connaissances et pratiques traditionnelles, ainsi qu'une marginalisation de la MT (Hollenberg et al., 2008; Manitowabi et Shawande, 2013). Par ailleurs, même une fois la MT combinée dans un centre de santé, il demeure crucial de continuer à avoir des ressources humaines, financières et logistiques pour en assurer la pérennité (Drost, 2019).

L'État joue un rôle dans le soutien financier et la distribution équitable des ressources, ce qui est important pour l'accès et la pérennité de la MT. Au Canada, le système de santé ne couvre pas les traitements en MT, les patients doivent payer de leur poche et ils tendent alors d'arrêter le traitement quand ils ne sont plus capables de payer (Hollenberg, 2007). La résultante est une discontinuité et une diminution de l'accessibilité aux soins de santé. Santa Ana (2011) va dans la même direction, la présence d'une couverture qui rembourse les soins en MT est un facteur à considérer avant la mise en œuvre.

Il est clair que la collaboration entre les producteurs de soins en MT et en MA nécessite le soutien des organisations et du système de santé. Toutefois, les problèmes au niveau de la réglementation des pratiques autochtones et de la menace de la perte des connaissances traditionnelles subsistent et créent des tensions dans le partenariat entre la MT et la MA (Benoit et al., 2003). La MT autochtone apporte en plus de ceux de la combinaison de deux médecines des défis d'ordre culturel.

Les facteurs de la mise en œuvre d'une combinaison de la MT et de la MA permettent de préciser le cadre conceptuel, ainsi que le choix des théories pour l'analyse des dynamiques d'interaction entre les parties prenantes. Le cadre conceptuel et la méthodologie font l'objet des deux prochains chapitres.

Chapitre 2 : Cadre conceptuel et objectifs de recherche

2.1 Cadre conceptuel

Les approches théoriques choisies sont celle de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et celle du système des professions d'Abbott (1988). Elles sont présentées dans les prochains points.

2.1.1 Analyse stratégique – Crozier et Friedberg

Le cadre de référence s'inspire de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). L'analyse stratégique permet de « chercher dans le contexte organisationnel la rationalité de l'acteur et à comprendre le construit organisationnel dans le vécu des acteurs » (Crozier et Friedberg, 1977, p.57). Ce cadre permet de comprendre les interactions entre les parties prenantes qui participent à un processus de combinaison des médecines traditionnelle et allopathique inscrites dans un environnement de dimension sociale, politique, économique et culturelle. Ainsi, on découvre le fonctionnement réel par l'analyse des jeux de pouvoir et cela permet de mettre en évidence la marge de manœuvre dont disposent les parties prenantes à travers les règles organisationnelles prescrites.

« En étudiant de cette sorte une organisation du point de vue des relations de pouvoir à travers lesquelles les acteurs organisationnels utilisent les zones d'incertitude à leur disposition pour négocier sans cesse leur propre bon vouloir et pour imposer dans la mesure du possible leurs propres orientations aux autres acteurs, on découvre naturellement une deuxième structure de pouvoir, parallèle à celle codifiée et légitimée dans et par l'organisme officiel. » (Crozier et Friedberg, p.90)

L'analyse stratégique permet de concevoir l'interdépendance des parties prenantes dans un champ d'action permettant ainsi d'analyser les dynamiques d'interaction (Rouleau, 2007). Elle a comme principal focus, l'action collective. En effet, la question centrale est : « à quelles conditions et au prix de quelles contraintes l'action collective, c'est-à-dire l'action organisée, des hommes est-elle possible? » (Crozier et Friedberg, 1977, p.15). Crozier et Friedberg (1977)

cherchent à expliquer les dynamiques permettant l'existence et le maintien du construit social que sont les modes d'action collective.

L'action collective n'est pas le développement d'une coopération spontanée et automatique entre des parties prenantes, parce que le comportement de l'acteur est complexe. L'acteur est considéré comme un être rationnel stratégique (Rouleau, 2007). Il garde toujours une marge de liberté et n'est jamais réduit à une machine. Dans l'organisation, l'acteur est en constante relation de négociation. Les règles organisationnelles prescriptives déterminent le contexte d'action et les ressources dont il dispose. L'acteur cherche des solutions qui ne sont pas forcément les meilleures, mais toujours rattachées à un contexte, en fonction de ses ressources et ses capacités d'action pour résoudre des problèmes. Les solutions trouvées sont les construits d'action collective qui assurent la coopération entre les acteurs sans leur enlever l'entièreté de leur marge de manœuvre.

Toute relation sociale est rattachée au **pouvoir**, un concept fondamental dans l'analyse stratégique. Le pouvoir s'appuie sur les atouts, ressources et forces des acteurs. Il offre des possibilités d'action pour atteindre un but pertinent dans un construit organisationnel.

« le pouvoir réside (...) dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande. » (Crozier et Friedberg, p.69-70).

Friedberg (1997) définit la **relation de pouvoir** comme « la capacité d'action à structurer des processus d'échange plus ou moins durables en sa faveur en exploitant les contraintes et opportunités de la situation pour imposer les termes favorables à ses intérêts » (p.111). Crozier et Friedberg (1977) caractérisent le pouvoir par sa nature relationnelle, instrumentale, non transitive, et réciproque mais déséquilibrée. La nature relationnelle du pouvoir se trouve dans l'inégalité de la répartition des ressources. Le pouvoir existe à travers les relations entre les acteurs. Quant à la nature instrumentale, cela revient à dire que les acteurs ne sont motivés à s'engager dans une relation de pouvoir qu'avec la perspective d'un

but. La nature non transitive signifie que ce n'est pas parce qu'un acteur obtient une action d'un autre acteur que cet autre acteur accepte de le faire pour n'importe quel acteur. La relation de pouvoir est possible aussi longtemps que chacun des acteurs ait des ressources à engager pour négocier. Il est par contre nécessaire qu'il y ait une inégalité en faveur de l'un ou l'autre car cela permet un rapport de force. Considérer le pouvoir implique que l'acteur peut être autonome et a la possibilité d'agir autrement que ce qui est attendu de lui.

Les sources de pouvoir proviennent des zones d'incertitude créées par l'organisation. Crozier et Friedberg (1977) en distinguent quatre. Les sources de pouvoir sont l'expertise technique, l'expérience, le savoir et le savoir-faire; la maîtrise des relations entre l'organisation et ses environnements; la maîtrise de l'information et des courroies de transmission; et la maîtrise des règles organisationnelles.

- Détenir une compétence qui n'est pas possédée par tous et qui est pertinente pour trouver des solutions aux enjeux importants pour l'organisation. Plus il s'agit d'une expertise qui est difficile à remplacer, plus le pouvoir est important.
- Une organisation n'est pas imperméable aux influences de son environnement. Donc contrôler l'environnement est d'autant plus pertinent comme expertise dans la mesure que l'organisation en dépend afin d'obtenir des ressources nécessaires à son fonctionnement (professionnels de la santé, intervenants...) et pour l'offre de services.
- Par la complexité des tâches à accomplir par l'ensemble des ressources humaines dans une organisation, la personne a besoin d'information provenant d'un réseau de personnes notamment pour influencer les décisions.
- Les règles sont créées pour enlever les zones d'incertitude dans une organisation mais en réalité elles en créent d'autres. Ceci permet alors à ceux qui maîtrisent cette expertise de prendre avantage de ces zones d'incertitude puisque jamais les comportements de la personne ne sont entièrement contraints par les règles. Une marge de manœuvre subsiste toujours.

La partie prenante utilise des moyens pour agir au sein d'une **organisation** qui est productrice de régulations. L'organisation régularise les comportements, mais la structure organisationnelle est aussi modifiée à son tour par les actions des parties prenantes. Elle comporte toujours une part d'incertitude dans sa solution. L'incertitude constitue une ressource dans les relations avec les autres.

« Les acteurs sont inégaux devant les incertitudes pertinentes du problème. Ceux qui par leur situation, leurs ressources ou leurs capacités (...) sont capables de les contrôler, utiliseront leur pouvoir pour s'imposer face aux autres. » (Crozier et Friedberg, 1977, p.24)

Les règles et les structures cherchent à diminuer l'incertitude. Par le fait même, l'organisation crée d'autres zones d'incertitude qui peuvent être contrôlées par les parties prenantes. Le pouvoir détenu est en fonction de la zone d'incertitude que la partie prenante peut contrôler par rapport aux autres parties prenantes. Plus cette zone d'incertitude est pertinente par rapport au problème et aux intérêts des autres, plus la partie prenante a un contrôle sur la capacité d'action des autres, plus il disposera de pouvoir. Par exemple, pouvoir agir en dehors des normes établies peut être une source de pouvoir, puisque le comportement devient imprévisible. Les structures et les règles ne sont pas neutres et avantagent certains membres de l'organisation. Elles peuvent être contestées pour diminuer les contraintes qui leur sont imposées et augmenter leur marge de liberté. Il ne s'agit plus d'une organisation mécanique à la perspective taylorienne mais bien d'un univers où se jouent des dynamiques de pouvoir entre des parties prenantes qui possèdent différents ressources et intérêts.

« L'organisation n'est ici en fin de compte rien d'autre qu'un univers de conflit, et son fonctionnement le résultat des affrontements entre les rationalités contingentes, multiples et divergentes d'acteurs relativement libres, utilisant les sources de pouvoir à leur disposition. » (Crozier et Friedberg, p.92)

Raisonnement stratégique et systémique

L'analyse stratégique comporte deux modes de raisonnement stratégique et systémique qui sont complémentaires et simultanés. Le raisonnement stratégique part de la partie prenante pour découvrir les mécanismes du système qui contraint le comportement de celui-ci. Le chercheur tente de dégager des hypothèses sur la nature et les caractéristiques des jeux. En effet, Crozier et Friedberg (1977) proposent de comprendre le comportement humain en reconstruisant la liberté et la rationalité de la partie prenante par l'observation des comportements des parties prenantes dans un contexte et d'explicitier la nature et les règles des jeux des parties prenantes. La démarche stratégique passe par une analyse des relations de pouvoir entre les parties prenantes. Le concept de stratégie est introduit afin d'arrimer la

compréhension de la rationalité de la partie prenante dans un contexte particulier et celle des contraintes de l'organisation sur le comportement des parties prenantes. Il existe deux types de stratégies; une offensive en cherchant à avoir plus de pouvoir dans ses relations avec les autres parties prenantes de l'organisation; une défensive en protégeant sa marge de manœuvre et évitant les contraintes négociées par d'autres parties prenantes. Ces deux types de stratégies se complètent et coexistent. Néanmoins, la partie prenante agit à l'intérieur de certaines limites. En effet, il ne peut pas qu'augmenter ses ressources sans que d'autres parties prenantes aient du pouvoir sur lui. De cette manière, les relations de pouvoir se maintiennent et les règles qui encadrent ces relations continuent d'exister.

« «les règles du jeu» organisationnelles deviennent contraignantes pour tous les participants c'est-à-dire qu'elles s'appuient sur une source d'incertitude qui s'impose à tous, à savoir la possibilité de survie de l'organisation et, avec elle, de leurs capacités même de jouer. » (Crozier et Friedberg, p.106)

Pour comprendre les défis de l'action collective, il faut analyser les dynamiques d'interaction et les mécanismes à l'intérieur desquels elles prennent forme. Ceci passe par une réflexion autour des moyens à la disposition des parties prenantes et les buts qu'ils souhaitent poursuivre; il se dégage les propriétés de la structuration de l'action collective dans laquelle les problèmes sont traités. Pour Crozier et Friedberg (1977), la relation de pouvoir s'analyse en répondant à ces deux questions :

« Premièrement, quelles sont les ressources dont chaque partenaire dispose, c'est-à-dire quels sont les atouts qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté? Deuxièmement, quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable, c'est-à-dire quel est l'enjeu de la relation et quelles sont les contraintes structurelles dans lesquelles elle s'inscrit? » (Crozier et Friedberg, p.73-74)

La première question se rapporte aux ressources dont disposent la partie prenante. La définition de sa position sociale permet de connaître les différentes relations qu'il a, mais aussi de comprendre la manière dont les parties prenantes misent sur leurs possibilités d'action en considérant le facteur temps. En effet, le développement des relations se fait dans le temps. L'analyse stratégique postule que les parties prenantes sont inégales dans une

même situation, c'est-à-dire ils ne possèdent pas les mêmes ressources et atouts pour régler un problème. Pour que ce soit à l'avantage de la partie prenante, ses ressources doivent non seulement être pertinentes mais aussi mobilisables dans la relation de pouvoir, ce qui renvoie à la deuxième question rattachée aux contraintes structurelles d'une relation de pouvoir. Les contraintes définissent le cadre dans lequel les relations de pouvoir se développent. Pour que les parties prenantes mobilisent leurs atouts et ressources dans une relation de pouvoir, il faut qu'ils voient des enjeux suffisamment pertinents et importants pour s'y engager. Concrètement, le chercheur regarde les écarts dans les comportements par rapport à ce qui est attendu, parce que ces irrégularités indiquent qu'un choix est possible dans le rôle des parties prenantes permettant d'avoir des gains. Aussi, cela permet de voir comment le changement dans la structure émerge des dynamiques d'interactions entre les parties prenantes.

Le raisonnement stratégique est complété par le raisonnement systémique qui part du système pour retrouver l'ordre construit. Il permet d'expliquer les comportements qui peuvent paraître à première vue irrationnels, mais ne le sont pas dans ce système. C'est en dégagant les régularités dans les stratégies des parties prenantes que leur rationalité apparaît.

Pour rapprocher ces deux modes de raisonnement, le concept de jeu parvient à les intégrer. Le jeu permet d'intégrer les stratégies des parties prenantes. C'est «un modèle d'intégration des comportements humains qui suppose une vision dualiste et non intégrée du champ des rapports sociaux.» (p.237). Le jeu suppose l'existence d'un **système d'action concret** (SAC) qui se définit par l'articulation de l'ensemble des jeux structurés. Le « système d'action concret est un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure : c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux » (Crozier et Friedberg, 1977, p.286). L'organisation est vue comme une forme de SAC qui présente des particularités telles qu'au niveau « du degré de

formalisation, de structuration, de conscience des participants et de responsabilité humaine assumée ouvertement dans les régulations » (Crozier et Friedberg, 1977, p.287).

Concepts clé de l'analyse stratégique

Les concepts clé de l'analyse stratégique regroupant la partie prenante, les buts, les ressources, l'organisation, les stratégies, les enjeux, les zones d'incertitude et les règles du jeu se définissent comme suit :

La partie prenante est le point de départ. L'acteur peut être individuel ou collectif. Tout acteur possède une marge de manœuvre aussi minime qu'elle soit. L'acteur est libre et sa conduite est rationnelle par rapport à une situation donnée. Par la structure organisationnelle, les parties prenantes sont positionnées différemment, ce qui leur donne des ressources différentes. Ils perçoivent et interprètent alors autrement les buts (Crozier et Friedberg, 1977).

La partie prenante possède des **buts** qui conditionnent son comportement. L'action des parties prenantes dépend donc des buts fixés (Dupuis, 1998). Ces buts peuvent être explicites ou non. Ils peuvent être de nature variée, politiques, économiques ou symboliques. C'est par l'analyse des buts inavoués et cachés qu'on peut accéder à une meilleure compréhension des relations entre les parties prenantes .

L'action de la partie prenante dépend des **ressources** qu'il détient. Foudriat (2011) caractérise les ressources comme des moyens sur lesquels la partie prenante peut miser pour contrôler les zones d'incertitude. Ces opportunités perçues sont ordonnées par la structure organisationnelle formelle qui place les parties prenantes dans certaines positions hiérarchiques et distribue les tâches de chacun. Les ressources peuvent être de nature variée, matérielles ou symboliques.

Quant à **l'organisation**, Foudriat (2011) la définit comme un construit social. L'organisation est le produit de l'action humaine. Elle est contrainte par une structure et des règles visant à ordonner et à coordonner les relations de pouvoir entre les acteurs. L'organisation a une

structure formelle et informelle. C'est cette dernière qui constitue le fonctionnement réel de l'organisation.

La **stratégie** est choisie par les acteurs parmi un ensemble de possibilités qui s'offrent à eux dans un champ d'action particulier. Crozier et Friedberg (1977) regroupent les stratégies en deux catégories. Elles peuvent être offensives quand elles visent à augmenter leur marge de liberté ou défensives quand elles protègent leur marge de manœuvre. Pour mettre en œuvre les stratégies, les acteurs utilisent les ressources à leur disposition. Les stratégies s'opèrent à l'intérieur du SAC.

L'enjeu est «ce que chacun peut espérer gagner ou risque de perdre en engageant ses ressources dans une relation de pouvoir» (Crozier et Friedberg, 1977, p.80). L'acteur peut avoir plusieurs enjeux. Dupuis (1998) ajoute que les enjeux sont plus ou moins explicites. Les ressources et les règles peuvent également être des enjeux.

Les **zones d'incertitude** sont les espaces non régulés ou mal définis formellement par l'organisation. Ces zones découlent des différentes interprétations des règles de l'organisation (Rouleau, 2007). Les parties prenantes cherchent à contrôler ces zones d'incertitude. Ces dernières peuvent être perçues comme une marge de manœuvre ou de nouvelles contraintes (Foudriat, 2011). La pertinence de ces zones d'incertitude est en rapport au problème en question et les intérêts des autres acteurs concernés (Crozier et Friedberg, 1977).

Les **règles du jeu** imposent à toutes les parties prenantes des contraintes dans leurs interactions. Elles résultent des rapports de pouvoir entre les parties prenantes, ce qui explique qu'elles changent continuellement. Les règles du jeu offrent donc un cadre d'action entre les parties prenantes et le résultat de leurs échanges (Crozier et Friedberg, 1977).

Pour étudier le processus de combinaison de la MT et de la MA, l'analyse stratégique permet de comprendre les dynamiques d'interaction menant à des formes organisationnelles combinant les médecines. Les concepts centraux servent à initier la réflexion à partir des entrevues effectuées. La démarche stratégique permet d'expliquer empiriquement la

structuration du SAC, le processus menant aux formes organisationnelles combinées. L'analyse stratégique postule que chacune des parties prenantes agit selon ses intérêts et buts personnels ainsi qu'en fonction des ressources à sa disposition et des opportunités qu'il perçoit. Ces ressources peuvent se définir autour de la compétence et le savoir qui sont la pierre angulaire du pouvoir. Abbott (1988) soutient que le contrôle du savoir et de son application permettent d'améliorer son positionnement par rapport aux autres parties prenantes. Le savoir est un levier non négligeable dans les interactions entre les parties prenantes, notamment entre des producteurs de soins.

2.1.2 Dynamique interprofessionnelle – Abbott

Abbott (1988) élabore son modèle de « Système des professions » en étudiant les professions ayant une base de formation académique. Il s'intéresse aux frontières des professions, puisqu'il postule qu'à ces zones frontalières, les professions naissent ou meurent. Nous pouvons considérer que son analyse des rapports interprofessionnels peut inclure la rencontre avec les professions n'ayant pas nécessairement une base de formation académique. C'est donc la possession d'un savoir propre qui est importante dans son modèle. Puisque ce savoir est universellement important à travers l'ensemble des professions, il sert non seulement à légitimer le travail des professionnels, mais aussi à générer de nouvelles méthodes de diagnostic, traitements et inférence. Ceci permet d'inclure les guérisseurs et Aînés, possédant leur propre savoir, dans cette dynamique interprofessionnelle.

Abbott (1988) postule que les professions sont en interrelation et le système de connaissances professionnelles est central au maintien et à l'expansion d'une profession. Les interrelations entre les professions ne sont ni absolues ni permanentes. Les professions sont des groupes exclusifs mettant en application un savoir abstrait à des cas particuliers. Une profession est définie par son travail professionnel, lequel se base sur les trois éléments suivants : le diagnostic, l'inférence et le traitement. Le diagnostic est la classification du problème en prenant l'information contenue dans le système de savoir professionnel; l'inférence est le raisonnement sur le problème amenant au traitement; et le traitement est

l'action prise sur le problème en ramenant l'information au système de savoir. L'inférence est la seule modalité qui constitue réellement un acte professionnel. Le travail professionnel se base fondamentalement sur un système de savoir ordonné par les abstractions. Le prestige et le pouvoir des savoirs maintiennent les compétences, car elles apportent une légitimité au travail professionnel en clarifiant ses fondations et en les reliant aux valeurs culturelles.

Le système des professions postule que les professions sont en interdépendance et en compétition pour un domaine de compétence. Il s'agit de la particularité de cette théorie du système des professions d'Abbott (1988). Donc pour conserver et éventuellement étendre leur domaine de compétences, les professions travaillent à l'amélioration de leur capacité à poser un diagnostic, inférence et traitement par le renforcement du niveau d'abstraction de leur système de connaissances professionnelles.

Ce sont aux frontières des compétences que se trouvent des disputes perpétuelles entre les professions. Ce n'est qu'au moment où les professions entrent en concurrence que les dynamiques interprofessionnelles ressortent et prennent différentes formes. La première étant la réclamation complète et finale d'une compétence. La seconde est la subordination d'une profession à l'autre. La troisième concerne la subordination, mais à un état purement intellectuel, la profession dominante n'a qu'un contrôle cognitif sur la compétence, alors qu'en pratique la compétence est encore partagée. La quatrième se réalise lorsque les professions forment une division du travail qui sépare la compétence en deux parties interdépendantes et elles peuvent partager à l'occasion un espace sans qu'il n'y ait nécessairement une division de travail. La cinquième est de ne laisser à une profession qu'un contrôle-conseil sur certains aspects du travail professionnel. Finalement, les professions peuvent partager leurs compétences selon la clientèle et non selon le contenu du travail comme les autres formes possibles énumérées précédemment.

2.1.3 Cadre conceptuel

Nous cherchons à comprendre la dynamique d'interactions entre les acteurs qui participent à la conception, au développement et à la planification d'un projet de combinaison de deux

médecines : les MT et la MA. Pour développer un cadre conceptuel, nous nous sommes appuyés sur les principaux éléments dégagés dans l'état des connaissances sur les modèles organisationnels présentant une combinaison de la MT et de la MA. Ensuite, l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et le système des professions d'Abbott (1988) permettent de théoriser les principaux éléments et de les articuler entre eux. La figure 1 présente le cadre conceptuel qui en résulte.

Le cercle de la MT fait référence à la vision holistique de la MT, à la roue de la médecine (voir Annexe 1 : roue de la médecine) et à l'expérience de la vie circulaire (Gone, 2008) chez les populations autochtones. Castellano (2000) ajoute que c'est le cercle de la vie rattaché aux expériences de vie et à l'écosystème. La roue de la médecine est un symbole universel représentant l'entièreté (Dapice, 2006; Gone, 2008). Elle offre un cadre approprié pour structurer les données, puisqu'elle porte en elle les différents aspects de la vie chez les populations autochtones (Chapman, McCaskill et Newhouse, 1991). Elle est divisée en quatre quadrants représentant les points cardinaux : Est, Sud, Ouest et Nord qui peuvent être associés aux dimensions de l'individu : physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Dapice (2006) présente le quadrant Est comme relié au physique, soit les besoins physiologiques de la pyramide des besoins de Maslow. Le quadrant Sud regroupe ce qui se rapporte à l'émotionnel tel que la reconnaissance, le sentiment d'appartenance et l'identité individuelle, culturelle et collective. L'Ouest est associé au mental soit les perceptions, représentations, valeurs et convictions qui animent les individus et la communauté. Le dernier quadrant, Nord, est joint à la dimension spirituelle évoquant la connexion à la Terre, à la faune et la flore et aux autres communautés. La roue de la médecine renforce l'idée qu'une vie saine nécessite des relations saines que ce soit entre la femme et l'homme, l'individu et la communauté, ou les autochtones et les allochtones (Dapice, 2006). Les quatre quadrants ont été repris pour illustrer le contexte dans lequel se trouvent les dynamiques de pouvoir entre les parties prenantes qui participent à la conception, au développement et à la planification d'une combinaison des médecines. Le cercle représente aussi l'acceptation des autres

systèmes de guérison (Freeman, Morgan et Farquhar, 2001) et que les choses changent (Castellano, 2000).

La MA est représentée par un losange pour illustrer symboliquement le côté cartésien. La MT et la MA possèdent tous deux des ressources qui incluent le savoir abstrait; ainsi que des buts, des enjeux, des zones d'incertitude, des stratégies et des règles qui orientent leur action. La partie hachurée en mauve au croisement de la MT et de la MA représente un terrain commun d'où les formes organisationnelles possibles peuvent émerger lors de la combinaison de ces deux médecines. Par la nature cartésienne de la MA, en essayant de mettre le cercle de la MT dans la MA, on peut imaginer le risque d'imposer une structure et un contrôle sur le cercle. Or, si on place le losange dans le cercle, cela peut renforcer et mettre en valeur la MT et la MA (Freeman, Morgan et Farquhar, 2001).

Par cette interaction entre la MT et la MA, les jeux de pouvoir s'en dégagent. Les dynamiques d'interaction entre les parties prenantes de la MT et de la MA s'inscrivent à l'intérieur d'une organisation qui impose les contraintes et les opportunités de jeu. Les frontières de la MT et de la MA, des jeux de pouvoir et de l'organisation sont en pointillées pour illustrer la perméabilité de celles-ci. Le tout s'inscrit à son tour dans un contexte plus large représenté par le cercle mauve. Ce dernier structure les espaces de négociation et de jeu à l'intérieur desquels se déploient les dynamiques d'interaction qui nous intéressent. Le contexte santé, social, culturel, symbolique, politique et économique est divisé en quatre en référence à l'image de la roue de la médecine. Pour ne prendre qu'un exemple, cette réconciliation de la MT et de la MA fait face à plusieurs défis culturels. Gélinas (2003) rapporte que dans la culture des populations autochtones, certaines coutumes comme la valorisation de la tradition orale peuvent être sources de conflits.

La flèche orientée de gauche à droite en bas de la figure représente la progression dans le temps du projet de la conception, du développement et de la planification pour aboutir à un modèle de combinaison de la MT et de la MA. Cette progression correspond à un phénomène continu au cours duquel les dynamiques d'interaction entre les parties prenantes évoluent.

Ainsi, à partir des dynamiques d'interaction entre les parties prenantes émerge un modèle de combinaison des médecines s'inscrivant dans un contexte plus large, influencé par des décisions découlant des instances gouvernementales sur la pratique des parties prenantes.

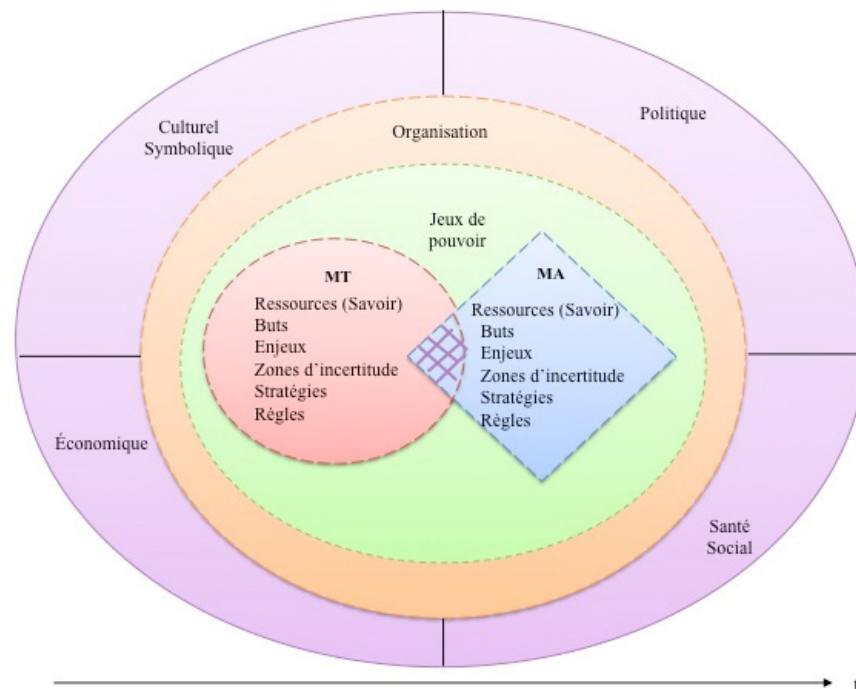


Figure 1. – Contexte d'action et dynamique d'interactions entre les parties prenantes qui participent à la conception, au développement et à la planification d'un projet de combinaison de la MT et de la MA

2.2 Objectifs de la recherche

2.2.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude consiste à comprendre et analyser la dynamique d'interactions ayant cours entre les parties prenantes qui participent à la conception, au

développement et à la planification d'une offre de soins et services qui permette une combinaison de la MT et de la MA.

2.2.2 Objectifs secondaires

Les sous objectifs sont (1) de décrire le processus évolutif de la conception, du développement et de la planification d'une offre de soins combinés; (2) d'analyser les dynamiques d'interactions entre les parties prenantes concernées qui se dégagent de ce processus afin de comprendre les divers facteurs ayant une influence sur l'avancement du projet; (3) contribuer au domaine des connaissances sur la construction d'un modèle de soins combinés; et (4) d'en tirer des recommandations pour la conception, le développement et la planification efficaces d'une meilleure combinaison de la MT et de la MA.

Chapitre 3 : Méthodologie

Comme il s'agit de comprendre un phénomène social complexe, l'approche qualitative apparaît la plus pertinente (Baumard et Ibert, 2007). L'approche qualitative est en cohérence avec le cadre de référence proposé, car les données qualitatives ont une grande utilité pour expliquer et comprendre un phénomène tel que la mise en œuvre d'une médecine combinée à travers la perspective des parties prenantes qui participent à sa conception, son développement et sa planification (Miles et Huberman, 2003). Une force des données qualitatives est de pouvoir se rapporter au vécu et à la signification de l'expérience des participants (Miles et Huberman, 2003) ce qui est d'autant plus pertinent pour recueillir des données auprès des membres de la communauté et des protecteurs du savoir en MT.

3.1 Stratégie de recherche

La **stratégie de recherche** utilisée est l'étude de cas. Selon Yin (2003), l'étude de cas est à privilégier lorsqu'on cherche à découvrir le pourquoi d'un phénomène. En particulier, lorsqu'on s'intéresse aux dynamiques (Eisenhardt, 1989). Cette stratégie est appropriée, car elle permet l'étude de cas contemporains sur lesquels le chercheur a peu de contrôle et elle permet aussi d'utiliser de multiples sources d'information (Yin, 2003).

Une étude de cas multiples est préférée à une étude de cas unique, car l'étude par cas multiples génère une puissance analytique substantielle (Yin, 2003). De plus, s'appuyant sur Yin (2003), le contexte des cas sélectionnés présente des différences intéressantes à ne pas négliger. L'étude de cas multiples est analogue aux expérimentations multiples au cours desquelles on reproduit le cas avec ou sans variation des conditions (Yin, 2003). Les deux cas à l'étude permettent une réplique littérale qui est la prédiction de résultats similaires. En effet, cela augmente la validité externe des résultats de l'étude selon une logique de réplique. La robustesse de l'étude est renforcée par le choix de cas multiples par rapport à un cas unique.

Cette recherche par cas multiples est menée sur deux sites : une communauté Cri (Mistissini) et une communauté Innu (Mashteuiatsh). Tel que mentionné, ces communautés ont été choisies en raison des caractéristiques variées de leur organisation des services de santé. En effet, Mistissini est une communauté Cri avec un centre de santé sous l'autorité provinciale. Quant à Mashteuiatsh, un centre de santé Innu est présent et opère sous l'autorité fédérale (voir section 3.4). Les **unités d'analyse** sont les deux communautés autochtones.

3.2 Collecte de l'information

Cueillette des données : Identifier les sources de données

Cette étude comporte quatre **sources de données** : les documents écrits, les entrevues individuelles, les ateliers de transfert de connaissances et les observations.

Les **entrevues individuelles** sont primordiales et privilégiées parce qu'elles permettent d'obtenir de l'information sur le vécu des acteurs et de dégager le contexte sous-jacent au processus étudié. Aussi, parce que le vécu des acteurs est une information importante dans le cadre de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). Les entrevues permettent de connaître l'intériorité de chaque acteur concerné à savoir comment il fait face à son contexte d'action, comment il élabore ses stratégies et ses perceptions quant à sa capacité à atteindre ses objectifs. Cela fait émerger leurs possibilités et leurs capacités d'action dans un contexte spécifique (Foudriat, 2011). Les entrevues individuelles sont semi-dirigées avec des questions ouvertes effectuées auprès de quatre catégories de participants : les patients, les Aînés et guérisseurs, ainsi que les professionnels de la santé et les administrateurs en santé au niveau local et régional. Les questionnaires en français et en anglais se trouvent aux annexes 2a, 2b, 2c, 2d, 2e et 2f. Elles sont enregistrées et retranscrites au fur et à mesure de leur réalisation. Une observation participante des **ateliers de transfert de connaissances** contribue à observer les différentes catégories de participants en interactions autour d'un projet

commun qui s'inscrit dans le cadre du projet mené par Dr Pierre S. Haddad³. Ce projet commun est la recherche d'un modèle visant à promouvoir l'accessibilité à la MT dans un système de soins allopathique et de stratégies d'implantation pour articuler la MT et la MA. Les ateliers de transfert de connaissances constituent les moments au cours desquels dans chacune des communautés, les analyses des données recueillies suite aux entrevues sont présentées aux représentants des différentes catégories de participants ainsi qu'aux parties prenantes. Des petits groupes de discussion sont privilégiés. Les chercheurs assurent l'animation et la prise des notes manuscrites et la possibilité d'avoir un traducteur a été suggéré mais n'a pas été requise. Un rapport est effectué à la suite de chaque atelier de transfert de connaissances (voir les annexes 4 et 5). En se basant sur les données présentées, chaque groupe définit les fondements sur lesquels les solutions sont construites afin d'accommoder les besoins et les contraintes de chacune des parties prenantes. Des stratégies à court, moyen et long terme pour une offre de soins combinés sécuritaire et culturellement adaptée sont ciblées. Chaque groupe rapporte les points clés de leur discussion en grand groupe et un consensus définissant les outils, les approches et les conditions pour développer une stratégie d'offre de soins intégrés est recherché. Cette approche par les ateliers de transfert de connaissances a été utilisée avec succès dans le passé par Dr Haddad. En se référant aux résultats de cette approche consensuelle, les comités locaux d'intégration de chaque communauté assureront l'implantation des solutions proposées.

Les documents écrits incluent les articles scientifiques, la littérature grise et les documents officiels publiés par Santé Canada, le MSSS, les organisations locales, etc. Cette recherche documentaire complète les informations manquantes et valide certains éléments mentionnés lors des entrevues individuelles.

³ Projet de recherche intitulé: The best of both worlds: developing strategies to provide safe and culturally appropriate access to traditional medicines for diabetes care in contemporary aboriginal primary healthcare (2014 – 2018). Chercheurs: Pierre S. Haddad, Alain Cuerrier, Lise Lamothe, François Chagnon, Jane Blacksmith, Minnie Awashish et Cory Harris. Sources de financement : Instituts de recherche en santé du Canada (PVXX5647-Subvention de fonctionnement incluant les subventions de fonctionnement programmatiques).

3.3 Outil informatique

Le logiciel N'Vivo version 11.4 spécialisé dans l'analyse qualitative a été l'outil informatique utilisé pour coder le corpus d'entrevues effectuées.

3.4 Choix des communautés

Les deux communautés, Mashteuiatsh et Mistissini, ont été choisies pour plusieurs raisons. L'intérêt de ces deux communautés réside dans la différence d'offre de services qu'elles présentent. Ces communautés ont des systèmes de santé gérés différemment, donc elles n'interagissent pas avec les mêmes parties prenantes. La manière dont les services de santé sont organisés diffère d'une communauté à l'autre.

Pour la communauté de Mashteuiatsh, elle ne bénéficie pas du statut particulier des Cris avec la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et elle est sous la gouverne de la Loi sur les Indiens du Canada. Pour les soins et les services de santé, Mashteuiatsh rend des comptes au niveau fédéral à Santé Canada et au niveau provincial à la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Au niveau de la communauté, la Direction de la santé et du mieux-être collectif assure une offre de services primaires incluant un programme de santé publique. Un comité du secteur de santé publique réfléchit à la possibilité d'offrir à sa population un accès aux pratiques et connaissances traditionnelles. Mashteuiatsh possède en son sein une organisation communautaire appelée *l'Association du Parc Sacré* qui a pour mission de promouvoir les connaissances et les pratiques de guérison traditionnelles des Innus. Elle travaille en partenariat avec les autorités de santé publique pour promouvoir et organiser l'utilisation de la MT Innu. La communauté Innu du Québec a exprimé un vif intérêt à collaborer au projet de recherche actuelle. Un espace dans la clinique de santé est déjà réservé pour la MT.

Quant à la communauté de Mistissini, le Conseil Cri de la Santé et Services Sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) en collaboration avec le Ministère de santé et services sociaux du Québec est responsable de l'offre de services de *l'Eeyou Istchee* (territoire Cri de la côte Est de la Baie

James) et Mistissini en fait partie (Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James, 2012b). Le CCSSSBJ se structure en cinq départements dont le département de *Nishiyuu Miyupimaatisiun* (mieux-être) qui s'occupe d'améliorer la santé de la population Cri en s'inspirant des valeurs et des connaissances traditionnelles (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2012a). Un désir de mieux offrir des soins et services associés à la MT dans le système de santé actuel est présent. Le CCSSSBJ est responsable des Centres Miyupimaatisiun communautaires (CMC) qui sont l'équivalent des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) du Québec. Les CMC sont présents dans chacune des neuf communautés sous l'autorité du CCSSSBJ. Les CMC offrent des services en médecine générale, soins à domicile, dentisterie et services sociaux. Ces centres ont été pensés de manière à offrir des soins de santé culturellement adaptés à la population, incluant entre autres, une intention de combiner la MT autochtone avec la MA. Les soins spécialisés sont accessibles par le biais d'une entente avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). Particulièrement à Mistissini, l'offre de services de santé s'organise depuis 2013 autour d'un CMC. Ce centre offre depuis une plus grande accessibilité aux services de santé à sa population. La conception de cette organisation de santé s'inspire de la pratique de guérison traditionnelle de la communauté Cri. Une salle en cèdre a été aménagée dans l'établissement pour les pratiques de la MT.

Le choix de ces deux communautés comme contexte d'étude réside aussi dans la complémentarité qui existe entre ce projet de recherche et une autre recherche en cours actuellement qui a pour objet d'étudier l'élaboration d'un modèle combinant la MT et la MA. Il s'agit d'une recherche qui porte sur l'identification des facteurs facilitants et contraignants lors de la conception, du développement et de la planification d'une combinaison de ces deux médecines. Le chercheur principal, Dr Pierre S. Haddad, a déjà mené des recherches avec les communautés Cris, il détient donc une expérience et une relation privilégiée avec ces communautés. Bien que la recherche du Dr Haddad s'intéresse entre autres à l'émergence d'un modèle combiné en utilisant la méthode du «Double regard», son objet ne vise pas à comprendre les dynamiques entre les parties prenantes ayant un effet sur la

progression d'un projet de conception, de développement et de planification comme tel, ce qui constitue précisément notre préoccupation de recherche.

De plus, mon implication depuis le début me place dans une position avantageuse pour la prise de contact dans ces communautés qui facilite le développement d'une compréhension fine de mon objet de recherche. Cette implication préalable sur le terrain constitue un atout en termes de faisabilité et de crédibilité. En effet, la faisabilité de mon étude est possible par l'accès au terrain qui est facilité par mon partenariat avec une équipe déjà bien acceptée et ayant acquis la collaboration des différentes parties prenantes sur place.

3.5 Échantillonnage

Les interviewés ont été sélectionnés par choix raisonné. Un éventail de perspectives des parties prenantes est nécessaire pour saisir les comportements des parties prenantes. Quatre catégories de participants ont été recrutées : les patients (jeunes et adultes des deux sexes), guérisseurs et Aînés, ainsi que les professionnels de la santé et les administrateurs en santé au niveau local et régional. Les Aînés et guérisseurs ont été regroupés de par leur légitimité reconnue par l'ensemble de la communauté (Kirmayer, 2004; Stiegelbauer, 1996). Les guérisseurs font partie de la communauté. Ils ont un rôle majeur dans le traitement des patients autochtones, car ils offrent des traitements spécifiques à leur culture et portent en eux une philosophie des soins cohérente avec les valeurs des populations autochtones (Hollenberg et al., 2013). Malgré les différences entre les communautés, il reste que les guérisseurs se basent sur la croyance d'un Créateur. Ils considèrent l'homme comme un être spirituel habitant un corps humain (Hollenberg et al., 2013). La notoriété qu'ils possèdent instaure aussi des méthodes collectives de régulation de l'autorité et des pratiques, mais elles sont peu à peu remplacées par une dynamique de marché ou de luttes de pouvoir entre les professions (Kirmayer, 2004). Dans le cas des Aînés, ils ne détiennent pas nécessairement des pouvoirs de guérison comme les guérisseurs, mais ils possèdent des connaissances sur les rituels de la vie et jouent un rôle dans les soins aux malades (First Nations Health Authority, 2010; Maher, 1999).

La sélection des participants par catégorie cessait dès qu'il y avait une redondance dans les thèmes évoqués par ceux-ci. Ceci explique la différence entre le nombre de participants dans chaque communauté. Voir les tableaux 2 et 3 ci-suit.

Catégories	Mashteuiatsh	Mistissini
Patients	Membres de la communauté, utilisateurs ou non des services allant de 20 à 53 ans.	
Aînés et guérisseurs	Membres de la communauté reconnus comme Aînés ou guérisseurs.	
Professionnels de la santé	Infirmières, technicienne en nutrition, agente d'intervention sociale et agente de relations humaines.	Médecins, infirmières, nutritionniste, pharmacien et éducateur spécialisé.
Administrateurs de la santé	Gestionnaires dans le centre de santé ou dans le conseil de bande ayant des dossiers en santé.	

Tableau 2. – Description des catégories de participants interviewés

Catégorie	Patients	Aînés et guérisseurs	Professionnels de la santé	Administrateurs de la santé	Total
Mashteuiatsh	11	11	11	8	41
Mistissini	6	10	9	6	31

Tableau 3. – Répartition des participants ayant participé aux entrevues selon leur catégorie

Recrutement des participants

Dans les deux cas à l'étude, les participants ont été recrutés par le biais des agents de liaison culturels (décrits au point suivant) et des informateurs clés. En effet, lors d'une entrevue, une

personne pouvait nous référer à une autre personne qui pourrait partager de l'information pertinente pour le projet de recherche. Par ailleurs, à Mashteuiatsh en plus de ces stratégies, un kiosque avec l'Association du Parc Sacré a été mis sur pied pendant les grands événements tels que la journée des autochtones ou le Pow-wow pour rejoindre les membres de la communauté et recruter des participants. Une affiche pour le recrutement a été développée à cet effet (voir affiche en annexe 3a). À Mistissini, une affiche a été posée dans la communauté par l'agente de liaison culturelle (annexe 3b). Donc plusieurs stratégies de recrutement ont été employées pour rejoindre les participants.

L'approche du «Double regard» soit en anglais le «*Two-Eyed Seeing*», développée par un Aîné Mi'kmaq Albert Marshall, est un guide permettant de prendre en compte à la fois les connaissances autochtones et non autochtones (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012). L'équipe de recherche a donc suivi ce cadre autochtone pour mettre en place plusieurs mécanismes dans le but de s'assurer du respect de la culture Innu et Cri. En effet, dans chacune des communautés, un comité d'intégration locale a été formé et une agente de liaison culturelle a été recrutée. Ces comités d'intégration locale sont composés des représentants de chaque catégorie de participant : les patients, Aînés et guérisseurs, ainsi que les professionnels de la santé et les administrateurs en santé au niveau local et régional. De plus, les chercheurs ont participé aux activités communautaires et sociales dans les communautés participantes.

Agentes de liaison culturelle

Le recrutement d'agentes de liaison culturelle aide dans la sélection des participants parce qu'ils connaissent bien la communauté (Eide et Allen, 2005) et permettent de réduire les barrières culturelles et linguistiques (Liamputtong, 2008). En effet, la connaissance du contexte est nécessaire pour nous amener à sélectionner des participants informés et crédibles. Ils servent de lien entre différentes cultures (Eide et Allen, 2005). Cet agent est habituellement autochtone et détient une connaissance des valeurs et des croyances de la communauté, ainsi que l'habileté de saisir les implications de la recherche scientifique dans leur communauté (Jack, Dobbins, Furgal, Greenwood et Brooks, 2010). Il doit connaître à la

fois la langue et la culture de la communauté (Hennink, 2008). Les rôles de l'agent de liaison culturel sont d'aider dans le développement de thèmes et de questions pour les entrevues individuelles; d'offrir un soutien dans l'organisation et l'animation des ateliers de transfert de connaissances en collaboration avec les chercheurs; d'être une personne-ressource pour la traduction et pour fournir davantage d'information aux participants et; d'organiser des rencontres avec le Conseil des Aînés de chaque communauté pour expliquer le projet ainsi que pour obtenir l'appui des Aînés. Les agents de liaison culturels permettent de rassembler les gens et de réduire les mauvaises interprétations (Eide et Allen, 2005). Leur rôle touche non seulement à la traduction des mots, mais aussi à la signification culturelle implicite (Hennink, 2008).

Description des agentes de liaison culturelle

Dans notre projet, les agentes de liaison culturelle ont été recrutées par les informateurs clés ou par le comité d'intégration locale dans chacune des deux communautés pour assurer entre autres un respect des méthodes de recherche autochtones. Tel que suggéré par Hennink (2008), une description de l'agent de liaison culturel est présentée ci-suit pour prendre en considération sa subjectivité telle que son positionnement social, culturel et politique sur le sujet traité.

L'agente de liaison culturelle à Mashteuiatsh a été suggérée et approuvée par le comité d'intégration locale. Elle est non autochtone et a participé à plusieurs projets sur les médecines autochtones, incluant son mémoire de recherche dans cette communauté. Elle y a vécu pendant plusieurs années. Elle connaît bien les membres de la communauté. Quant à l'agente de liaison culturelle à Mistissini, elle a été également suggérée et approuvée par le comité d'intégration locale. Elle est originaire de la communauté et a déjà travaillé en partenariat dans un projet de recherche sur les plantes médicinales antidiabétiques avec le chercheur principal, Dr Pierre S. Haddad. Elle a de l'expérience comme coordonnatrice au sein du conseil de bande notamment sur des projets rattachés à l'accessibilité de la MT. Elle connaît bien les membres de la communauté et les membres de l'équipe de recherche.

3.6 Méthode d'analyse

L'analyse des données s'appuie sur les travaux de Crozier et Friedberg (1977). La démarche adoptée en est une hypothético déductive. Elle se réalise par étapes successives : observation, comparaison et interprétation des dynamiques d'interaction entre les acteurs. Elle se divise en deux raisonnements stratégique et systémique qui sont indissociables. Le raisonnement stratégique part de l'expérience vécue des acteurs pour émettre et valider des hypothèses d'explications possibles sur la nature des règles du jeu. Ce ne sont pas des données explicites, on utilise une multitude de sources de données telles que les observations, les entrevues et les documents pour les déduire (Foudriat, 2011).

On cherche à comprendre de quelle manière les acteurs (Aînés, guérisseurs, membres de la communauté, professionnels de la santé et administrateurs de la santé) sont parvenus à travailler ensemble ou non pour arriver à une forme organisationnelle de combinaison des médecines. La réponse est contextualisée, car les problèmes soulevés dans les deux cas à l'étude sont rattachés à des situations qui leur sont spécifiques.

« De façon nécessairement et inéluctablement contingente, il s'agira chaque fois de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d'action. »
(Crozier et Friedberg, 1977, p.452)

Le comportement de l'acteur dans l'analyse stratégique est un outil de recherche pour comprendre les caractéristiques et le mode de régulation structurant les jeux auxquels les acteurs font face. Pour expliquer les comportements entre les acteurs, le chercheur tente d'explicitier les relations:

- Entre un ensemble de contraintes propres au champ étudié (contraintes techniques et économiques, dispositions réglementaires, etc.) définissant les zones d'incertitudes critiques;
- Et un ensemble de stratégies telles qu'il peut les reconstruire à partir des réponses recueillies lors de l'enquête et qui reflètent la perception stratégique qu'ont les différents acteurs de leurs possibilités respectives face à cet ensemble de contraintes. (Crozier et Friedberg, 1977, p.476)

On élabore donc des hypothèses à partir des données collectées en utilisant les instruments d'analyse qui sont les concepts centraux : stratégie, capacité, zone d'incertitude, nature et règles du jeu. Dans un premier temps d'analyse, on définit les caractéristiques psychologiques et sociales, ainsi que les ressources des acteurs dans un contexte particulier dans lequel s'exerce leur action. Ainsi, pour identifier les éléments importants, on commence en regardant les règles formalisées qui peuvent être utilisées par les acteurs pour réaliser leurs stratégies. À cette fin, l'analyse des documents officiels et des entrevues permet de définir les caractéristiques formelles de l'organisation (Foudriat, 2011). Toutefois, les contraintes objectives ne permettent pas de voir lesquelles sont réellement utilisées par les acteurs et le pourquoi des choix faits par ceux-ci dans le contrôle des zones d'incertitude. On adopte un raisonnement sur les écarts, c'est-à-dire, on identifie les comportements qui s'écartent de cette rationalité ou d'apparence contradictoire en comparant les témoignages d'un individu à l'autre. Les écarts de conduites par rapport à ce qui est observé en pratique dans la réalité sont des indices révélateurs sur les comportements réels des acteurs qui servent de point de départ au raisonnement stratégique.

On questionne dans une posture extérieure à la situation ce qui est observé à première vue et en même temps on rentre dans l'intériorité des acteurs pour découvrir le sens des comportements qui peuvent paraître contradictoires et illogiques de prime abord. Avoir accès à l'intériorité des acteurs est rendu possible par les entrevues qui offrent une perspective sur les ressources, les capacités et la marge de manœuvre dont dispose l'acteur. En effet, il y a une rationalité derrière chaque action et comportement des acteurs. La démarche est un processus itératif entre l'objectivité du phénomène étudié et la subjectivité de la logique interne des acteurs.

« Mais en même temps qu'elles permettent ainsi de connaître «de l'intérieur » la façon dont les membres d'un système d'action comptent se servir de la marge de liberté, donc de pouvoir, dont ils disposent dans le cadre des jeux, elles deviennent aussi inversement l'indice à partir duquel il est possible d'inférer les ressources et possibilités d'action que ce système répartit entre ses membres » (Crozier et Friedberg, 1977, p.471)

Parce que,

« Si aberrants, contradictoires et dépourvus de sens qu'ils lui paraissent de prime abord, il sait—c'est le postulat heuristique de base qui commande toute sa démarche – que tous les phénomènes qu'il observe ont un sens et correspondent à une rationalité à partir du moment où ils existent. » (Crozier et Friedberg, 1977, p.456)

On ne cherche pas à juger les comportements des acteurs mais bien à les comprendre dans un contexte précis. Un comportement ne prend sens que lorsqu'on l'inscrit dans son histoire, ses origines sociales et son contexte. Ensuite, on dégage le problème commun entre les Aînés, guérisseurs, membres de la communauté, professionnels de la santé et gestionnaires rattachés à la rencontre de la MT et de la MA. Puis, on confronte et compare les multiples rationalités de ces acteurs pour découvrir les jeux qui structurent le champ d'action. Il s'agit de mettre en évidence les interdépendances entre les acteurs (Foudriat, 2011). Cette interdépendance entraîne inévitablement des conflits, puisque chaque acteur défend ses propres intérêts et agit avant tout pour ses propres objectifs. L'analyse stratégique des relations de pouvoir chez Crozier et Friedberg (1977) tente donc de répondre dans un premier moment à :

Quelles sont les ressources dont chaque partenaire dispose, c'est-à-dire quels sont les atouts qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté? (Crozier et Friedberg, 1977, p.73)

Dans un deuxième temps d'analyse, on adopte le raisonnement systémique. Car sans ce second mode de raisonnement, l'analyse stratégique demeure anecdotique et il n'est pas possible de déterminer la pertinence des enjeux pour les acteurs. On compare les explications possibles entre les différentes catégories d'acteurs et entre les deux cas à l'étude, ce qui permet de formuler des hypothèses sur les stratégies et les jeux des acteurs. On cherche les explications possibles pour comprendre pourquoi on arrive à une telle forme organisationnelle combinant la MT et la MA. On fait appel à un processus de construction de sens à travers les enjeux qui se trouvent dans les arguments et les justifications énoncés par l'acteur lorsqu'il entre en relation avec d'autres acteurs. Ils sont mis en perspective par rapport aux contraintes auxquelles l'acteur est soumis. À partir des enjeux de chacun des acteurs, on tente de reconstituer le raisonnement stratégique qui a poussé l'acteur à agir de cette manière dans cette situation particulière. Ceci permet de comprendre les jeux

stratégiques des acteurs dans un phénomène de mise en œuvre d'un projet de combinaison de la MT et de la MA. Cette compréhension des jeux permet d'identifier les caractéristiques des formes organisationnelles de combinaison qui en émergent. On tente alors à cette étape de répondre à la question suivante :

Quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable, c'est-à-dire quel est l'enjeu de la relation et quelles sont les contraintes structurelles dans lesquelles elle s'inscrit? (Crozier et Friedberg, 1977, p. 74)

3.7 Critères de qualité et limites de la recherche

Toutes les entrevues ont été réalisées par la même chercheuse. Ceci permet de vérifier que l'ensemble des questions du guide d'entrevue ont été posées et d'assurer une cohérence dans les entrevues. Yin (2003) propose quatre tests pour établir la qualité d'une recherche empirique sociale.

Le premier test est la validité de construit, qui vise à déterminer si les mesures opérationnelles permettent de répondre aux concepts de l'étude. Yin (2003) suggère l'utilisation de sources multiples d'évidences. En effet, cette recherche emploie différentes méthodes de collecte de données afin d'arriver à une convergence. Plus précisément, ce sont trois méthodes qui sont utilisées : les entrevues individuelles, les ateliers de transfert de connaissances et les documents écrits qui aident à préciser et à délimiter les dynamiques d'interaction qu'on tente de comprendre.

Le deuxième test est celui de la validité interne, voir si la relation explicative entre des conditions qui en amènent d'autres est bien établie. Le fait de construire l'explication en partenariat avec les communautés autochtones renforce la validité interne. Une membre de la communauté de Mashteuiatsh et une de la communauté de Mistissini ont commenté les chapitres de résultats respectifs. Leurs commentaires ont été pris en compte. De plus, les discussions sur les thèmes avec les agentes de liaison culturelle et les comités d'intégration locale en assurent la cohérence et le sens. Ces derniers sont créés dans chacune des communautés et ils conseillent sur la stratégie de recrutement, les questions d'entrevue ainsi

que les thèmes des ateliers de transfert de connaissances. Par ailleurs, la participation de la chercheuse aux différents ateliers de transferts de connaissance dans les communautés autochtones permet de valider sa compréhension sur les aspects de son analyse des données.

Le troisième test est la validité externe qui est le champ dans lequel les résultats de l'étude peuvent être généralisés. À cette fin, l'étude actuelle réplique la collecte de données sur deux sites différents : une communauté Cri et une Innu. Les différences entre les communautés sont explicitées de manière détaillée afin que le lecteur puisse juger de la généralisabilité.

Le quatrième test est celui de la fiabilité par la démonstration que les opérations de l'étude peuvent être reproduites pour arriver aux mêmes résultats. Une description détaillée du contexte donnant l'information au lecteur pour juger si la situation s'applique à son cas ainsi que les procédures pour la collecte de données sont documentées. De plus, les documents sont révisés par trois chercheurs. Au niveau du codage et de l'analyse des données, l'analyse a été discutée avec d'autres chercheurs à plusieurs étapes du projet.

3.8 Considérations éthiques

Il s'agit d'une approche de recherche participative communautaire. Nous avons adopté une attitude ouverte et respectueuse lors du travail de terrain. Pour mieux connaître les membres des communautés et les communautés en soi, nous avons participé aux différentes activités communautaires que ce soit les pow-wow, les rassemblements annuels, la période de chasse à l'outarde, etc. Par ailleurs, il y a un désir que ce projet puisse bénéficier aux communautés, donc des mécanismes pour adopter un processus éthique et respectueux des traditions et coutumes, ainsi que pour favoriser leur participation ont été mises en place comme le recommandent les lignes directrices des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, 2018). Il est à noter que ce projet fait partie d'un plus grand projet de recherche qui est né d'un besoin exprimé par les communautés Cri suite au projet de recherche sur les plantes antidiabétiques. Le besoin est de comprendre comment rendre la MT plus accessible.

Afin que les résultats soient culturellement pertinents, les ateliers de transfert de connaissances permettent à chacune des communautés d'exprimer selon leurs priorités les stratégies à court, moyen et long terme qui leur correspondent. D'autres mécanismes existent tels que la création d'un comité d'intégration locale et le recrutement d'une agente de liaison culturelle dans chacune des communautés afin de respecter les particularités de chacune et éviter de généraliser. Ceci a pour but d'assurer un dialogue et une collaboration de l'ensemble des partis prenants dans ce projet de recherche. Le comité d'intégration locale inclut des représentants de toutes les catégories de participants dans le but qu'ils puissent être en mesure d'exprimer des perspectives diversifiées. Il a comme rôle entre autres d'évaluer les formulaires de consentements et les questionnaires d'entrevue.

L'approbation éthique a été obtenue du Comité d'éthique de recherche en santé de l'Université de Montréal. Une entente de recherche a été mise sur pied par une collaboration entre les conseillers juridiques du Gouvernement de la Nation Cri, de la communauté Mistissini, de la communauté Mashteuiatsh et de l'Université de Montréal avant de procéder au recrutement des participants.

Un consentement écrit de chaque participant a été demandé avant de procéder à l'enregistrement. Le consentement est disponible en français et en anglais (voir les annexes 6a, 6b, 6c et 6d). Un traducteur au besoin a été recruté afin de s'assurer de la traduction orale du formulaire dans la langue du participant. Un formulaire de consentement a été signé par tous les participants qui acceptent de prendre part aux entrevues individuelles. Les participants sont libres de choisir s'ils veulent être enregistrés. Si un participant ne veut pas que sa voix soit enregistrée, alors le microphone est fermé. Les annexes 6a, 6b, 6c et 6d présentent les formulaires de consentement prévus à cet effet. Les données recueillies sont confidentielles et l'anonymat des participants est respecté lors de la transcription des entrevues et de la publication des résultats. Les participants sont informés qu'ils sont libres de participer à la recherche et qu'ils peuvent mettre fin à leur participation sans qu'il leur soit demandé de justification et sans aucun préjudice à leur égard. Pour garder l'anonymat des participants, les noms ont été omis.

Tous les participants ont consenti d'être enregistrés audio sauf une Aînée et un guérisseur. Dans le cas des entrevues qui n'ont pas été enregistrées, les informations de l'entrevue ont été prises à la main par un autre chercheur présent pendant l'entrevue. Le chercheur principal a complété au besoin. Cela a été fait tout de suite après l'entrevue pour éviter au maximum les oublis.

Dans les deux prochains chapitres de résultats, une description détaillée de chacun des deux cas à l'étude est développée dans le but d'exposer le contexte à l'étude et de poser les éléments importants pour comprendre les dynamiques d'interaction des participants. En d'autres termes, il s'agit de développer une compréhension des choix des stratégies des acteurs dans les contextes particuliers à l'étude.

Chapitre 4 : Cas d'étude 1 – Présentation de la communauté

Ilnu de Mashteuiatsh

Ce chapitre a pour but de présenter la communauté de Mashteuiatsh qui signifie en langue ilnu⁴ : là où il y a une pointe, dans ses aspects géographique, social, économique, politique, de santé et culturel. Ceci permettra de donner un aperçu de la situation dans laquelle vivent actuellement les Pekuakamiulnuatsh (les Ilnus du lac peu profond). Comme on le verra tout au long de cette thèse, ces considérations exercent une influence sur les dynamiques d'interaction entre la médecine traditionnelle et la médecine allopathique.

4.1 Situation géographique, sociale et économique

La communauté de Mashteuiatsh, autrefois appelée Pointe-Bleue, se situe à environ 500 km de Montréal et 350 km de Québec. Mashteuiatsh est entourée de villes québécoises telles que Saint-Prime, Saint-Félicien et Roberval. Seulement sept kilomètres séparent Mashteuiatsh de Roberval. La carte (Figure 2) permet de visualiser la situation géographique de Mashteuiatsh. Il est donc facile pour les gens de la communauté d'avoir accès aux commerces et aux services. L'influence du monde des « Blancs »⁵ est alors inévitable en raison de la proximité et de fréquents échanges (Teoran, 2006). Historiquement, à l'époque du commerce des fourrures, Mashteuiatsh était l'intermédiaire entre les autochtones du centre et les allochtones.

⁴ Le choix de la présente orthographe de l'adjectif « ilnu » est l'appellation qui provient du dialecte de Mashteuiatsh. Alors qu'« innu » est un adjectif ayant été francisé.

⁵ Renvoient aux individus avec un mode de vie occidental. Terme utilisé par les gens de la communauté.

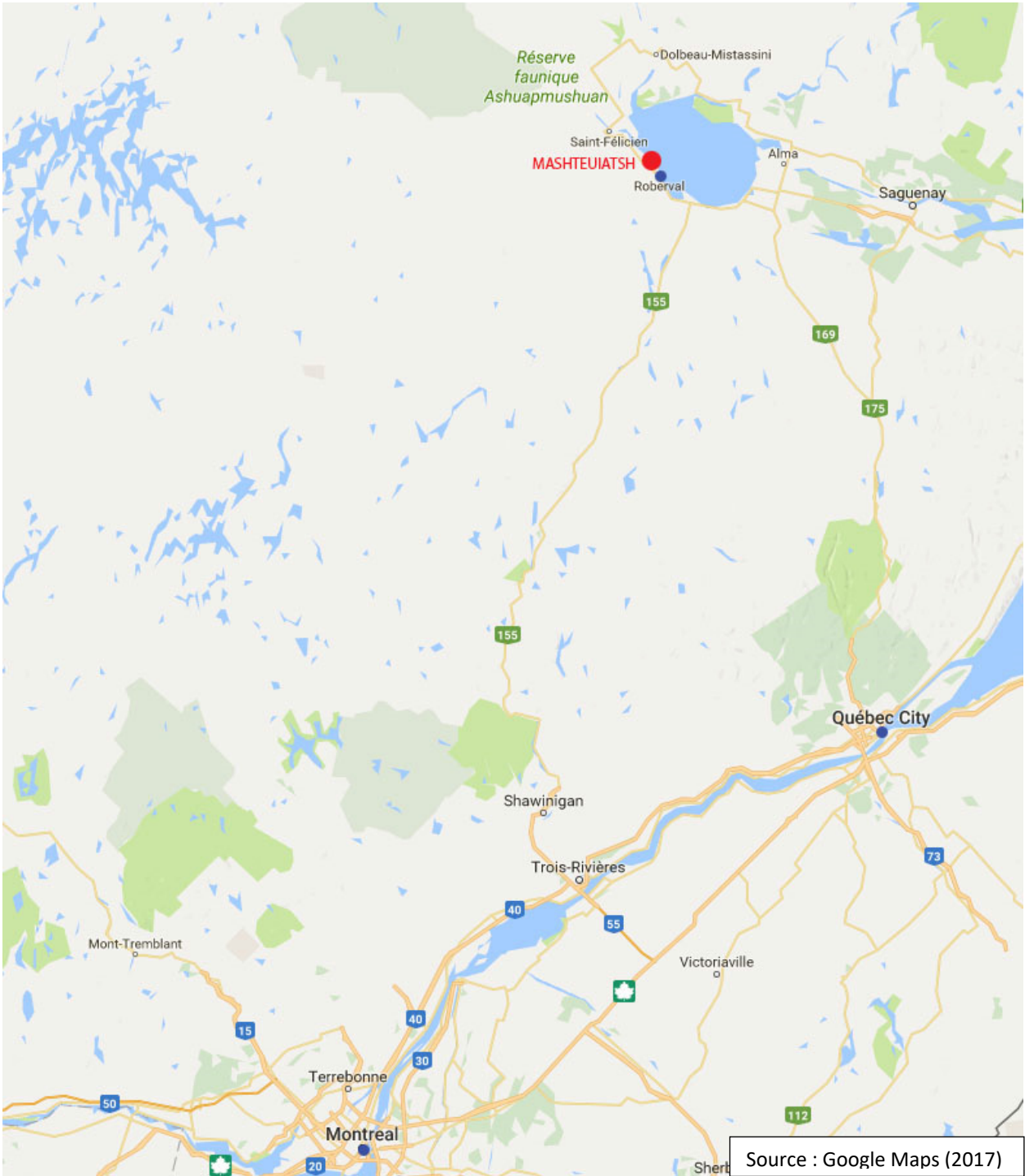


Figure 2. – Carte géographique situant Mashteuiatsh

Le mélange ethnique à Mashteuiatsh est avec les allochtones, mais aussi les autochtones des autres communautés en raison de leur localisation géographique avoisinant les Cris, les Attikameks et les Abénaquis. Le métissage dans la communauté semble rendre plus difficile une identification à une seule nation Innu⁶. De plus, avec les nombreux mélanges, que ce soit avec les allochtones ou d'autres communautés autochtones, des tensions ethniques au sein même de la communauté sont présentes (Teoran, 2006).

Une diversité dans les idéologies est présente, allant du continuum des « traditionalistes » aux « progressistes »⁷ (Goulet, 2004; Teoran, 2006). Cette hétérogénéité du tissu social à Mashteuiatsh génère des tensions entre les Innu⁸. Les traditionalistes ont grandi sur le territoire, ils portent en eux les connaissances, les valeurs et les croyances que leurs familles leur ont transmises valorisant le partage et la solidarité. Les traditionalistes considèrent la nature comme un cadeau du Créateur et elle fait partie de leur identité; ceci peut expliquer leur réticence à faire du profit avec les ressources naturelles (Teoran, 2006).

Aujourd'hui, les traditionalistes, les détenteurs du savoir traditionnel, sont ceux qui sont les plus défavorisés économiquement à Mashteuiatsh (Boucher, 2008, p. 6). Ceci est dû en partie au fait qu'ils ont moins fréquenté la communauté. Les emplois dans la communauté requièrent une éducation et des diplômes, choses que ceux qui ont vécu en territoire ne possèdent pas. Donc un fossé s'est créé entre les personnes dont le mode de vie dominant est rattaché davantage à la forêt versus à la communauté.

Les « progressistes » pour leur part, suivent un raisonnement autre, ils vivent davantage en accord avec les valeurs et croyances nord-américaines décrites comme un emploi rémunéré, une éducation académique, une importance accordée à l'argent, le pouvoir et les choses matérielles, et une vie sur le territoire ponctuelle (Boucher, 2008). Ils peuvent avoir une

⁶ L'orthographe d'Innu, ici, provient de l'exercice d'uniformisation de la langue par l'Institut Tshakapesh.

⁷ Il est à préciser que ceci reste un continuum et ce n'est pas la majorité des gens vivant à Mashteuiatsh qui se situe aux extrêmes.

⁸ La forme ilnu est préconisée dans le dialecte des Pekuakamiulnuatsh qui se distingue de la graphie innu utilisée principalement sur la Côte-Nord (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2017)

compréhension des croyances autochtones sans nécessairement les appliquer (Goulet, 2004). Il faut comprendre que le développement économique à Mashteuiatsh se fait par l'exploitation des ressources naturelles, de la forêt et des cours d'eau.

Pour leur développement économique, les Innu sont soumis à la Loi sur les Indiens. Cette loi ne confère aucun droit de propriété dans les réserves, car ces terres appartiennent au gouvernement. Ceci constitue d'ailleurs une barrière majeure quant à l'accès au crédit, essentiel pour établir un commerce. Pour pallier cela, Mashteuiatsh a mis sur pied la Société de développement économique ilnu (SDEI)⁹ en 2000 (SDEI, 2016a) et le Développement Pekuakami Innuatsh (DPI)¹⁰ en 2003 (Pekuakami Innuatsh Takuhikan, 2015b).

Grâce à ces deux sociétés, on retrouve près d'une centaine d'entreprises à Mashteuiatsh gérées par des autochtones. Les principaux employeurs sont l'organisation administrative et politique de Pekuakami Innuatsh Takuhikan, le musée amérindien, les entreprises privées dans le secteur forestier et des services (Pekuakami Innuatsh Takuhikan, 2015c). L'économie de Mashteuiatsh repose principalement sur les entreprises dans le domaine des services et des ressources naturelles.

⁹ La SDEI est née du désir des gens d'affaires intéressés à contribuer au développement économique de leur communauté. Cette volonté s'aligne avec l'orientation politique d'acquiescer une autonomie gouvernementale. Cette société a pour mission d'aider au développement économique de la communauté par des services de soutien aux organismes à but non lucratif et aux petites et moyennes entreprises.

¹⁰ Le DPI, pour sa part, est une société en commandite. Le commanditaire principal et unique est Pekuakami Innuatsh Takuhikan, soit le conseil des Montagnais de Mashteuiatsh. C'est donc le DPI qui est responsable de toutes ses dettes et obligations. En étant une société en commandite, les surplus reviennent au DPI. Il agit au nom de Mashteuiatsh et sert d'intermédiaire entre les grandes entreprises et le conseil pour la réalisation des contrats et des ententes. Il a pour mandat de respecter les objectifs de développement communautaire, notamment en termes de retombées en emplois locaux, pour les entreprises locales, assurer un transfert d'expertise dans la communauté et garantir une rentabilité financière (SDEI, 2016b). Par exemple, Mashteuiatsh a des ententes privilégiées d'embauche des autochtones pour les projets de l'État qui ont lieu sur le territoire ancestral des Pekuakami Innuatsh tels que des barrages ou dans l'exploitation forestière.

4.2 Organisation politique et administrative

4.2.1 Gouvernance

L'origine de la constitution des conseils de bande provient de la Loi sur les Indiens. Chaque conseil de bande dirige une communauté, équivalent à une municipalité, mais avec un mandat élargi¹¹. Inscrit sur la voie de l'autonomie depuis plusieurs décennies, Pekuakamiulnuatsh Takuhikan constitue un gouvernement à petite échelle. Le conseil des élus remplace les formes traditionnelles d'organisation sociale. Le conseil des élus constitue à la fois l'organisation politique et l'organisation administrative de la communauté. Il gère notamment les programmes et services rattachés aux activités traditionnelles, l'éducation, la santé, les services sociaux, les loisirs, les travaux publics, le logement et les infrastructures. Par ailleurs, le conseil des élus ajoute trois conseils consultatifs à sa structure; celle-ci se rapproche de la façon traditionnelle de prendre des décisions. Ils aident les élus à prendre des décisions tout en favorisant un transfert de connaissances et une concertation. Ces conseils regroupent le conseil des Aînés, le conseil des femmes et le conseil des jeunes. Ces derniers n'ont aucun pouvoir décisionnel, mais ont un pouvoir de recommandation.

Le conseil des élus est composé d'un chef et de six (6) conseillers élus par les membres de la communauté. Le nombre d'élus est proportionnel à la population, donc il peut varier d'une communauté à l'autre. Le chef et les conseillers sont élus par vote majoritaire pour un mandat d'une durée de 4 ans¹². Parmi les difficultés, les traditionalistes sont généralement sous représentés au conseil ; ceci peut soulever des tensions (Teoran, 2006). Par exemple, la

¹¹ Le conseil des élus en plus des fonctions des conseils municipaux s'occupe de l'éducation, de la santé, de la justice, des activités culturelles et du développement économique.

¹² À compter de la troisième année de leur mandat, la procédure du registre électoral s'applique automatiquement. S'il y a plus de cinq cent (500) personnes inscrites au registre, alors une élection est mise en place. Mais si le nombre est inférieur à cinq cent (500), le conseil de bande continue alors son mandat jusqu'à la quatrième année.

construction d'un barrage hydroélectrique sur le Nitassinan a créé des tensions et a heurté les valeurs des traditionalistes reliées à la préservation de leur Terre-mère.

4.2.3 Priorités des Pekuakamiulnuatsh Takuhikan

4.2.3.1 Droit à l'autonomie gouvernementale

Dans la démarche du droit à l'autonomie gouvernementale¹³, la culture ilnu est un élément crucial. D'une part, l'identité ilnu est fondée sur cette culture distinctive et d'autre part, les Pekuakamiulnuatsh possèdent une bonne connaissance des pratiques et valeurs culturelles; ils ont été sollicités dans l'élaboration de cette politique. Elle englobe plusieurs éléments, mais la MT n'en fait pas explicitement partie.

La valorisation de la culture ilnu est un élément majeur dans l'autonomie gouvernementale et ceci passe par l'affirmation et la défense des droits sur le territoire et les ressources naturelles. Le conseil des élus confirme que : « Notre culture demeure un élément de fierté et d'équilibre et constitue la clé de notre autonomie. Elle se situe au cœur de notre identité et la politique d'affirmation culturelle est l'instrument pour enrichir l'héritage que nous devons transmettre à nos descendants. » (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2008, p. 12).

Dans cette même continuité, Mashteuiatsh se dote de documents écrits qui sont des moyens de consolider et de renforcer l'identité collective et l'appartenance à la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh. Par exemple, l'écriture de la politique d'affirmation culturelle des Pekuakamiulnuatsh en 2005 reconnaît la culture des Pekuakamiulnuatsh comme l'assise de leur développement social, économique, politique et culturel. Ce travail a demandé une réflexion sur l'identité Ilnu et la pratique d'Ilnu Aitun¹⁴ (activités traditionnelles). Ceci

¹³ Le droit à l'autonomie gouvernementale signifie que «Les peuples autochtones ont le droit à l'autonomie gouvernementale sur leurs territoires traditionnels ou sur les terres possédées, occupées ou utilisées autrement par eux. Ils ont le droit de décider de leurs propres institutions sociales, économiques et politiques et d'assurer l'intégrité de leurs sociétés et territoires.» (Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, 2015).

¹⁴ Ilnu aitun signifie les activités traditionnelles en ilnu.

représente un symbole d'unité et de fierté des Pekuakamiulnuatsh. Cette Politique se base sur quatre thèmes: le territoire, le Pekuakamiulnuatsh, la culture et le patrimoine.

4.2.3.2 Négociations territoriales

Les Pekuakamiulnuatsh sont engagés dans la négociation territoriale globale depuis près de 40 ans. Les principaux enjeux de cette négociation sont le territoire, l'autonomie gouvernementale, la participation aux décisions en ce qui concerne l'exploitation du territoire et des ressources, le développement socio-économique et le financement. Le territoire ancestral représente le fondement de l'identité pour les Pekuakamiulnuatsh (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2017). Par ailleurs, selon le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012), la participation des autochtones à des activités traditionnelles comme la chasse, la pêche ou encore la cueillette en territoire est liée à un plus grand sentiment de bien-être par rapport à ceux qui n'y participent pas. En effet, depuis les années 1970, la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh négocie afin de faire reconnaître ses droits territoriaux, ses droits de participer aux décisions en ce qui a trait au développement et à l'exploitation du territoire et des ressources, la mise en place de gouvernement autonome possédant des pouvoirs à portée territoriale et personnelle, des mesures de développement socio-économique, et des sources de financement diverses.

En matière de MT, la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh a la volonté d'adopter ses propres lois. Comme l'explique une coordonnatrice au conseil des Pekuakamiulnuatsh :

« Dans l'entente de principe d'ordre général il est prévu d'avoir le pouvoir général d'adopter des lois. Nous, on ne voulait pas aller, comme les autres ententes, dans des listes où là, ce qui s'établit comme autonomie, c'est selon cette liste-là. (...) Donc, on a réussi par l'entente de principe d'aller vers une orientation générale. Le pouvoir général d'adopter des lois dans les aspects qui concernent notre indianité, comme, par exemple, justement, la question liée aux plantes médicinales, aux savoirs et connaissances traditionnels, à la langue, etc. Ces aspects-là, on veut être capable d'avoir des lois qui sont prépondérantes et différentes des lois d'application générale, provinciale et fédérale. (...) » (Administration/gestionnaire 32).

2.2.3.3 Langue

La langue ilnu, le nehluéun, est le patrimoine le plus important des Pekuakamiulnuatsh (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2015d). La langue ancestrale permet d'exprimer et de transmettre le savoir traditionnel (Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2010). La perte de la langue risque d'avoir un impact sur la légitimité au titre de communauté autochtone à long terme. La langue ancestrale peut jouer un rôle et a une valeur symbolique dans l'affirmation identitaire et les revendications politiques (Louis-Jacques et Anahy, 2010). La sauvegarde de la langue demeure une préoccupation importante, surtout que la grande majorité des Pekuakamiulnuatsh parlent le français, peu parlent encore le nehluéun. En effet, le directeur du département Patrimoine, Culture et Territoire du conseil des élus dans un article de presse explique la provenance de cette perte du nehluéun : « *Les jeunes de l'époque des années 50 qui ont dû fréquenter les pensionnats sont devenus parents et ont perdu l'automatisme de parler la langue à la maison et la fierté nécessaire pour transmettre cette langue-là. Ce qui fait qu'il y a eu une rupture au niveau de l'enseignement et de la transmission naturelle du nehluéun* » (Radio-Canada, 2012). Dans la peur de voir l'extinction de la langue, le conseil des élus met en place des initiatives pour la revitaliser. Par exemple, des cours de nehluéun sont offerts aux écoles Amishk et Kassinu Mamu¹⁵ ainsi qu'en ligne sur Internet.

La génération des 40-50 ans n'a pas reçu l'apprentissage de la langue. Comme l'explique un membre du personnel du centre de santé :

« Ma mère parlait le montagnais [elle] ne me l'a pas appris parce qu'elle avait pour son dire « tu vas t'en aller à l'extérieur quand même, ça ne te donne rien que je te fasse parler la langue, puis ça va plus te nuire qu'autre chose ». » (Professionnel/intervenant 50).

Il est rare que des gens de cette génération connaissent la langue. Comme le rapporte un membre de la communauté de 45 ans,

¹⁵ L'école Amishk est l'école primaire située à Mashteuiatsh. L'école Kassinu Mamu offre le programme éducatif du secondaire 1 à 5.

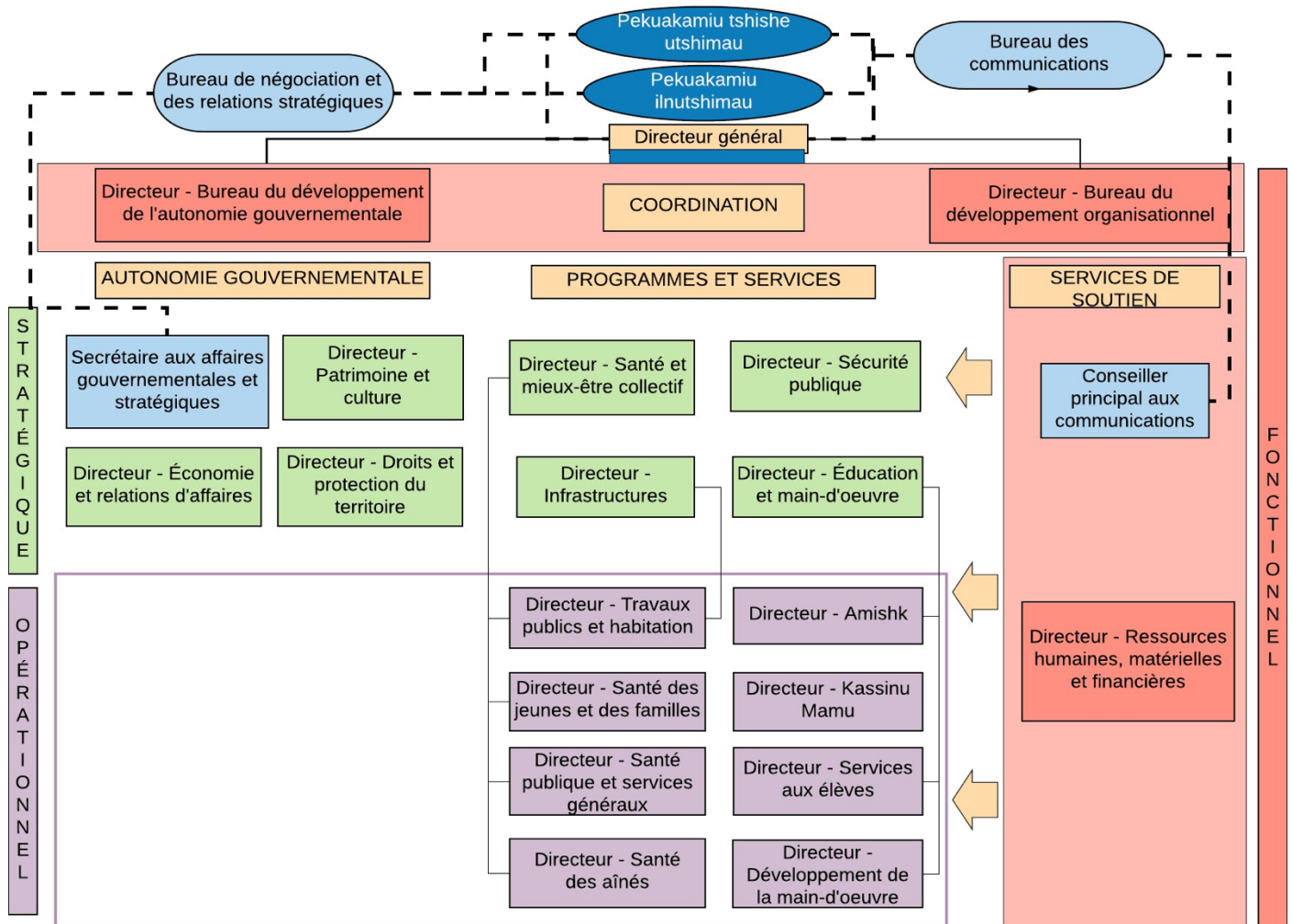
« J'étais toujours en langue ilnu pis tout ça. Pis c'est pour ça que le monde est surpris qu'à mon âge je parle ilnu et pis que je chante dans l'ilnu. C'est parce qu'il y a des gens de mon âge-là, j'ai des amis de mon âge, mais ils ne parlent pas ilnu. Ils l'apprennent tranquillement par des livres et tout ça, par leurs grands-parents aussi, parce que la culture revient tranquillement » (Membre de la communauté 27).

Et les membres de la communauté sont affectés par cette perte de la langue, comme en témoigne un membre de la communauté, ancien chef :

« Tu parles ici, aux gens, puis il y a un point sensible là. Les gens ne parlent pas tous la langue. Tu ne parles pas la langue. Fais juste leur dire ça! S'ils ne parlent pas la langue, tu vas te faire revirer de bord : « Sors d'ici, tu n'as pas d'affaire ici. Tu ne viendras pas me dire qui je suis, ici! » Donc il y a encore cette sensibilité-là, cette émotivité qui est là. » (Membre de la communauté 33).

4.2.4 Représentativité

La population de Mashteuiatsh, recensée pour 2015-2016, se compose de 2 080 personnes vivant sur la réserve et 4 506 vivant hors réserve (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2016), donc 6 586 sont inscrits au registre des Indiens. Les individus vivant hors réserve peuvent participer à la vie politique, mais Boucher (2005) souligne que leurs intérêts diffèrent de ceux des résidents.



Source : Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2015a

Figure 3. – Organigramme de la structure politico-administrative de Mashteuiatsh.

4.2.5 Financement

Le budget du conseil des élus inclut une portion de fonds autonomes, c'est-à-dire qui ne dépendent pas des gouvernements. Ils proviennent de plusieurs sources, mais principalement de la filière énergétique tels les remboursements par Énergie hydroélectrique Mistassini (Bureau d'audiences publiques sur l'environnement, 2015). Ces fonds sont investis dans le développement de la communauté. Ils ne peuvent pas servir à pallier au déficit budgétaire. Les fonds autonomes comprennent des fonds réservés (60%) et des fonds affectés (40%) (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2015a). Les fonds réservés sont la partie

dédiée aux investissements. Quant aux fonds affectés, ils peuvent être utilisés pour financer les projets communautaires non couverts par le gouvernement. Les cinq axes incluent le développement communautaire, culturel, économique, infrastructures et gouvernance. Les revenus autonomes financent le département patrimoine, culture et territoire du conseil de bande. Toutefois, le conseil des élus ne finance pas la MT.

4.3 Services de santé

4.3.1 Organisation des services de santé

Mashteuiatsh possède un centre de santé offrant des services de première ligne appelé Ashmikwits¹⁶, l'équivalent des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans le système de santé québécois¹⁷. Par ailleurs, le centre de santé a aménagé un local dédié à la MT lors de son agrandissement. Étant donné sa proximité des centres hospitaliers, les services d'urgence n'y sont pas offerts.

Le centre de santé n'est pas considéré comme un établissement du système québécois. Mais il se soumet tout de même aux exigences et normes d'Agrément Canada par souci d'amélioration continue (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2015a). L'organisation du système de santé de Mashteuiatsh est calquée sur les structures québécoises afin de faciliter la coordination des services aux patients. Mashteuiatsh ne couvre que les soins primaires, donc pour les tests diagnostiques ou les services spécialisés, les patients sont référés aux organisations du système de santé provincial.

4.3.2 Gouvernance

L'offre des services de santé et des services sociaux dans les communautés est sous la direction de deux instances gouvernementales fédérales. D'un côté, la direction générale de

¹⁶ Ashmikwits signifie jeune castor en ilnu.

¹⁷ Un CLSC est une organisation de santé qui offre des services de santé et sociaux de première ligne (MSSS, 2016, p.6). Les services peuvent être de nature préventive ou curative.

la santé des Premières Nations et des Inuits et de l'autre côté, le ministère des Affaires autochtones et du Nord du Canada.

À Mashteuiatsh, la planification et l'opérationnalisation des services relèvent du conseil des élus. Le centre de santé est géré en vertu d'une entente de transfert avec Santé Canada. Cette entente a pour objectif de déplacer, du gouvernement vers les communautés, le contrôle des ressources et la responsabilité des services de santé et des services sociaux. Ce transfert ne s'exprime pas qu'en terme monétaire, il porte également sur les connaissances et les compétences (Santé Canada, 1999).

Toutefois, certaines conditions s'appliquent lorsque les communautés décident de signer cette entente. Seuls certains programmes sont éligibles au contrôle par la communauté (tableau 4). Alors que la gestion des biens immobiliers demeure sous la gouvernance du gouvernement (Santé Canada, 1999).

Programmes et services de santé éligibles selon l'approche de transfert
<ul style="list-style-type: none">• Grandir ensemble• Développement de communautés en santé - Gestion de crise en santé mentale• Développement de communautés en santé - Programme sur l'abus des solvants• Programme canadien de nutrition prénatale (à l'exclusion des fonds de développement)• Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies et des blessures<ul style="list-style-type: none">○ Représentants en santé communautaire○ Soins infirmiers communautaires○ Formation en soins infirmiers○ Soutien aux services de la santé communautaire○ Éducation à la santé• <i>"Soins primaires des programmes de santé communautaire"</i><ul style="list-style-type: none">○ Soins infirmiers communautaires (des limites s'appliquent dans certaines provinces à cause de l'absence de loi applicable. Voir le Guide 2.)○ Soutien aux services de la santé communautaire

- Dento-thérapie
- Programme de santé environnementale
- Carrières en santé (à l'exclusion des bourses et bourses d'études)
- Services de santé
 - Fonctionnement et entretien des établissements et des résidences
 - Prévention des maladies transmissibles
 - Coordonnateurs de la santé et Conseil de santé
- Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones

Source : Santé Canada (1999).

Tableau 4. – Programmes et services de santé éligibles selon l'Approche de Transfert

Santé Canada s'occupe des services de santé et les affaires autochtones et du Nord du Canada gèrent les services sociaux. Ces programmes fédéraux ne sont adaptés ni à la culture ni à la réalité autochtone (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2015b). Un dilemme se présente alors. D'un côté le gouvernement fédéral oblige à mettre en place certains programmes pancanadiens et d'un autre côté, la communauté désire avoir des programmes qui reflètent sa culture. Par exemple en termes de programmes de santé permanents, cela comprend les services de santé non assurés, les programmes communautaires, les soins de santé primaires et la santé publique (Santé Canada, 2008). Mais la communauté n'a pas le contrôle sur tous ces programmes offerts; elle possède peu de ressources pour développer ses propres programmes culturellement adaptés.

De son côté, « le MSSS ainsi que le réseau offrent leur soutien au développement de services de première ligne dans les communautés non conventionnées, notamment sous l'angle:

1. du transfert de connaissances et d'expertise aux intervenants des communautés ;
2. de l'offre aux intervenants de programmes de formation qui sont destinés à ceux du réseau québécois ;

3. de l'accès aux applications informatiques du réseau québécois pour la gestion des dossiers en services sociaux de première ligne et en protection de la jeunesse. » (April, Rosebush, Lemay, Cotton et Vezina, 2017).

La double juridiction fédérale et provinciale pour les services peut créer des zones d'incertitude, comme le souligne une coordonnatrice du conseil des Pekuakamiulnuatsh :

« La population ne le voit pas, mais nous on le sait, c'est que la province n'est pas en mesure de recevoir nos gens sous prétexte qu'ils n'ont pas de financement pour nos gens. Donc il y a toujours la balance de : les Autochtones, c'est fédéral, puis nous, c'est provincial. Donc ils veulent bien les recevoir, mais ils reçoivent parfois de reculons. Puis là je ne vous parle même pas de racisme que nos gens peuvent vivre. Puis je ne vous parle pas de manque d'accès aux services. Je vous parle que déjà en entrant, il y a une frustration par les gestionnaires des services. Puis c'est normal! Si on n'est pas payé puis il y a une multitude de gens qui vont là, puis qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour soigner ces gens-là. Bien c'est sûr qu'à un moment donné, ça crée des frustrations. Puis nos gens le ressentent indirectement. » (Administration/gestionnaire 6).

Cette double juridiction a des impacts sur la population. En effet, comme Santé Canada ne finance que les services donnés à un autochtone avec un numéro de bande, une mère non autochtone qui a des enfants qui ont leur numéro de bande ne peut pas utiliser les services de Santé Canada, elle doit aller chercher ses soins de santé à l'extérieur de la communauté. Tandis que ses enfants autochtones bénéficient des services de Santé Canada dans la communauté. Comme une infirmière qui vit dans la communauté témoigne :

« Quand on reste sur la communauté, comme moi je suis une blanche, on m'appelle une blanche. Donc je n'ai pas le droit aux services [dans la communauté], parce que c'est une communauté fédérale. C'est géré par le fédéral, par Santé Canada. Ce n'est pas géré par la santé du Québec. Donc si je tombe malade, (il) faut (que) j'aille aux services à Roberval. Le CLSC. Si j'avais besoin d'un soin à domicile, (ce sont) les services de Roberval qui viendraient ici. (...) J'ai été enceinte trois fois. Je portais des enfants avec des numéros de bande, mais je n'avais pas le service [de Santé Canada]. Je porte l'enfant, mais je n'ai pas les services... Donc ils viennent à domicile. Après je vais [à titre d'infirmière] chez des madames qui viennent d'accoucher. Je vais soigner l'enfant, je vais donner de l'enseignement, mais les parents, il ne faut pas que je m'en occupe. Mais non, là. Moi, je suis humaine... (...) Il ne faudrait pas que je lui ouvre de dossier. (Il ne) faudrait pas que je m'en occupe, mais moi je trouve ça inhumain. Ou, des fois, on a l'opposé. On a les parents qui sont autochtones et que les enfants, ils n'ont pas les numéros de bande. Parce que c'est rendu à la troisième ou quatrième

génération. Donc il faut s'occuper du parent, mais quand l'enfant a besoin de services, il faut le référer à Roberval. Donc... (ce sont) des questions délicates. C'est au niveau des budgets, ça. Parce qu'on est vraiment géré par le fédéral. » (Professionnel/intervenant 64).

4.3.3 Financement des services de santé

Le financement des services de santé et des services sociaux provient de différentes sources selon la nature des services offerts et si la communauté fait partie d'une convention¹⁸ ou non (Gouvernement du Québec, 2007). Mashteuiatsh est une communauté non conventionnée, alors le financement découle du gouvernement fédéral, à l'exception des soins de santé couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)¹⁹ (Gouvernement du Québec, 2007). Les services de santé sont offerts en accord avec les financements alloués. Toutefois, le financement accompagne des programmes qui répondent à des besoins ciblés. Par exemple, le programme pour soutenir les individus qui vivent un trauma intergénérationnel relié aux pensionnats. Ceci laisse peu de flexibilité à la communauté dans la gestion financière des services de santé.

Le financement des services de santé provient du gouvernement fédéral alors que beaucoup de patients de Mashteuiatsh sont référés dans les organisations de santé du réseau québécois financées par le gouvernement provincial. À Mashteuiatsh, le Québec assume la responsabilité du financement dans deux cas. La première situation se présente chez les autochtones qui résident hors de la communauté, ils ont accès aux mêmes services de santé et services sociaux que le reste de la population québécoise. Tout est couvert par le gouvernement provincial excepté les services sous le programme de services de santé non assurés couverts par Santé Canada. Le deuxième cas s'applique pour les autochtones qui vivent à Mashteuiatsh où seuls les soins médicaux couverts par la RAMQ sont couverts au provincial. Par conséquent, les examens, les consultations, les actes diagnostiques et thérapeutiques, la chirurgie, la radiologie et l'anesthésie sont les services couverts par la

¹⁸ La convention, ici, désigne la Convention de la Baie-James et du Nord québécois dans le cas des Cris et Inuits ou la Convention du Nord-Est québécois dans le cas des Naskapis.

¹⁹ La RAMQ est la couverture pour l'assurance maladie au Québec.

RAMQ (Gouvernement du Québec, 2016). Aussi, quand un patient autochtone résidant dans une communauté est transféré vers le réseau québécois, si les soins dont il a besoin ne sont pas couverts par la RAMQ, c'est le gouvernement fédéral qui en assume les coûts suite à une réclamation du gouvernement provincial.

Les différentes sources de financement créent des inégalités de ressources dans le système de santé. Par exemple, Santé Canada limite le nombre de bandelettes pour prendre la glycémie chez les personnes diabétiques. Le nombre de bandelettes est calculé selon la condition de la personne et des médicaments qu'elle prend. Ceci ne permet pas aux patients de réajuster leur médication ou de faire un suivi de leur hypoglycémie. Alors que ce n'est pas le cas pour les organisations subventionnées par le gouvernement provincial. Comme le témoigne une infirmière :

« Elles [bandelettes] sont restreintes à quand tu prends de l'insuline, 4 fois par jour, elles sont restreintes à 5 bandelettes par jour. Si tu prends des médicaments par la bouche, des hypoglycémiant oraux, tu en as une par jour, si ce n'est pas une par deux jours, des bandelettes. Puis les personnes qui ne sont pas diagnostiquées, elles n'ont pas de bandelettes, puis les personnes qui ont juste de l'insuline le soir, ont une bandelette par jour. Donc là, quand ils font des hypo, bien là, on veut surveiller l'hypoglycémie, on veut la corriger, bien là il faut reprendre. Fait que là, ça va à quasiment deux, trois par jour, donc là on finit par en manquer. Fait qu'ils restreignent comme les bandelettes trop, tandis qu'au provincial, il n'y a pas de limite. » (Professionnel/intervenant 34).

De plus, ces inégalités se retrouvent dans le centre de santé même. Par exemple, le service de soins à domicile est financé par le gouvernement provincial (Gouvernement du Québec, 2007) alors que les services courants sont financés par Santé Canada. Une infirmière rapporte ces inégalités par le cas des pansements où Santé Canada requiert une prescription, tandis que le gouvernement provincial dans les services de soins à domicile lui accorde une subvention. Des échanges de ressources se font alors entre les programmes du centre de santé afin d'assurer une disponibilité des ressources pour les traitements en respectant les normes gouvernementales.

De plus, le financement fédéral est calculé au prorata de la population résidente. Ainsi, Mashteuiatsh obtient donc pour son Centre de santé un financement qui ne reflète pas la

quantité de services utilisés par la population autochtone avec le statut ou non²⁰, et allochtone. En effet, la population de Mashteuiatsh recensée en 2011 est de 2 213, mais on compte 6 478 d'inscrits au registre des membres (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2015d; Statistique Canada, 2013). Les inscrits²¹ au conseil des élus se composent de 2 066 personnes vivant sur la réserve et 4 412 personnes vivant hors réserve. Or, les membres se déplacent et peuvent revenir dans la communauté et ils peuvent alors bénéficier des services de santé. Mais les fonds ne suivent pas la personne.

4.3.4 Intégration de la culture dans les services de santé

La compréhension de la santé et de la maladie diffère dans la philosophie de la médecine allopathique et de la culture autochtone. Un membre de la communauté nous donne l'exemple de la vieillesse qui d'une part, est considérée comme un assagissement, et d'autre part est traitée comme une maladie :

« Le meilleur exemple, c'est avec la vieillesse, avec nos Aînés, la façon qu'on traite nos Aînés. À une certaine époque anciennement, les Aînés ont toujours été respectés comme les porteurs de savoir. Et la vieillesse n'était pas vue comme un handicap ou comme une dégradation de l'esprit et de la personne. Dans nos sociétés ces personnes-là, ces personnes deviennent improductives si une personne a travaillé dans une usine toute sa vie, ses connaissances une fois que la personne est retraitée... Bien, ses connaissances ne servent plus à grand-chose, une fois qu'elle est sortie de l'usine. La vieillesse n'est pas vue de la même façon. Si on considère la vieillesse comme une maladie, c'est certain que la vision n'est pas pareille. Je pense que c'est la même chose quand on regarde une personne qui tombe malade, qui devient improductive, qui coûte cher au système de santé, qui complique toutes les choses. Moi d'un point de vue traditionnel, je vois que c'est une occasion de se rapprocher de la personne, de donner des soins, de reconnecter la personne aux bonnes choses, de trouver qu'est-ce qui amène la maladie, ce qui amène le problème. » (Membre de la communauté 33).

²⁰ Pekuakamiulnuatsh Takuhikan (2012) constate une sous déclaration des naissances, ce qui fait que les statistiques présentés ne reflètent pas exactement la population exacte à Mashteuiatsh.

²¹ «Les Indiens inscrits sont les personnes inscrites auprès du gouvernement fédéral à titre d'Indiens aux termes de la Loi sur les Indiens. Les Indiens inscrits jouissent de certains droits et avantages auxquels n'ont pas droit les Indiens non-inscrits ou les Métis (...)» [AANC, 2011]. Le recensement repose sur l'auto-déclaration des individus qui s'identifient comme autochtone ou qui ont une ascendance autochtone.

Par ailleurs, le centre de santé est régi par un ensemble de règles ministérielles qui peuvent contribuer à la difficulté d'adaptation culturelle des services. Par exemple, le centre Tshishemishk²², qui héberge des personnes âgées, ne peut pas servir de la viande de gibier, parce qu'il n'y a pas de mécanismes garantissant la qualité de celle-ci selon les règles du Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). La coordonnatrice qui travaille au conseil des Pekuakamiulnuatsh nous rapporte que :

« Au centre des Aînés, la raison pour laquelle on ne peut pas servir du gibier au centre Tshishemishk, c'est parce qu'il n'y a pas de règles qui établissent la qualité de la viande de gibier. (...) Les lois provinciales nous disent : « tu ne peux pas servir du gibier là, parce qu'il pourrait y avoir quelqu'un qui pourrait être contaminé. » » (Administration/gestionnaire 32).

Il a été convenu que les familles apportent de la viande de gibier aux Aînés. De cette manière, ils ne contreviennent pas aux règles de la MAPAQ. Comme une infirmière rapporte :

« (...) à un moment donné, ce qu'on a convenu, c'est que les familles leur donnaient (...) donc il y en avait qui venaient leur porter un petit pabo²³ au lièvre. Ils venaient leur porter un petit morceau d'original. » (Professionnel/intervenant 65).

Par ailleurs, la pratique des professionnels n'intègre pas nécessairement la culture. Certains ne connaissent pas la culture ilnu; des tensions dans la compréhension culturelle peuvent survenir. En effet, la formation des professionnels de la santé n'enseigne pas nécessairement les spécificités culturelles. Ce qui fait que leur pratique n'est pas forcément adaptée culturellement. Un exemple qui illustre cette incompréhension culturelle est le cas d'un bébé qui porte un collier de noisettes. Une infirmière voyait un risque d'étouffement avec le collier de noisettes pourtant utilisé traditionnellement pour la dentition.

« Il y avait (...) les femmes qui venaient avec leur bébé, avec un petit collier de noisettes. Pour la dentition. On était deux infirmières, pis l'autre infirmière, elle disait : « enlevez-leur ça! Ils vont s'étouffer avec ce petit morceau de bois! » Je lui disais : « ben non! Voyons donc! » On n'était pas sur la même longueur d'onde. Donc je me suis positionnée... pour défendre plus l'utilisation des médecines

²² Tshishemishk signifie vieux castor en ilnu.

²³ Le *Pabo* est une sorte de ragoût traditionnel.

traditionnelles que la médication qui nous vient du monde pharmaceutique. »
(Professionnel/intervenant 25).

Aussi, une faible proportion de la population de Mashteuiatsh travaille comme professionnels ou intervenants dans le secteur de la santé, donc il y a peu de représentativité de la communauté au sein du centre de santé, ce qui nuit à une offre de soins culturellement adaptée. Statistiques Canada (2013) ne recense qu'un total de 20 personnes, parmi la population active, qui œuvrent dans le domaine de la santé à Mashteuiatsh. Plusieurs mesures sont mises en place par le conseil des élus telles qu'une politique d'embauche pour favoriser les employés de descendance ilnu. Toutefois, le numéro de bande ne garantit pas que la personne connaisse sa culture. Comme le mentionne un coordonnateur au conseil des Pekuakamiulnuatsh :

« Ils [les membres de la communauté] veulent avoir des infirmières Innués, (...), mais elles [les infirmières] n'ont jamais baigné dans la culture. Fait que c'est comme si tu embauchais un Allochtone, mais qui a des ascendances autochtones, une mentalité non autochtone, mais qui arrive ici [à Mashteuiatsh]. (...) C'est un peu ça qui est de valeur, c'est que tu as bien beau avoir des gens de la communauté qui ont un numéro de bande, mais ça n'apporte pas un service qui est adapté [culturellement] en tant que tel.» (Administration/gestionnaire 42).

De plus, le roulement des professionnels, intervenants dans les communautés est important étant donné les conditions de travail (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2015b). Mashteuiatsh dispose d'un médecin permanent, mais cela n'est pas suffisant pour la population qu'elle doit desservir. La CSSSPNQL (2015) met l'accent sur le manque de fonds pour investir dans l'infrastructure et le développement de nouveaux services.

Néanmoins, face à ce besoin d'adapter culturellement les services, les professionnels de la santé mettent en place plusieurs initiatives. Une intervenante illustre ce propos par le cas des plantes indigènes introduites dans le Centre de la Petite Enfance. La trousse pour les jeunes enfants dans laquelle les animaux de la ferme sont remplacés par les animaux de la forêt

comme le caribou, le castor et l'ours. Il faut souligner le programme « Marchons sur le Nitassinan »²⁴, un programme favorisant les échanges entre les Aînés et les jeunes participants pendant 1 à 3 jours de marche sur le territoire. Par contre, les efforts d'adaptation ou de traduction des programmes ou services ne bénéficient pas de financement. Des coûts supplémentaires sont engendrés (Furi et Wherret, 1996). En effet, les coûts de « traduction » d'un programme du gouvernement vers un programme adapté à la réalité autochtone sont assumés par l'organisation elle-même.

Les patients qui consultent au centre de santé utilisent aussi la MT. La culture n'étant pas nécessairement intégrée, que ce soit dans l'offre de services ou dans la pratique des professionnels, il leur est difficile d'offrir des soins globaux. Il est donc légitime de se demander ce qu'est la MT, comment le savoir en MT est transmis et où en est la pratique de la MT.

4.4 Médecine traditionnelle autochtone

Les participants définissent la MT de la manière suivante. La médecine traditionnelle est associée à un mode de vie et un savoir-être en territoire passant par la connaissance du territoire, la spiritualité autochtone et la transmission orale du savoir. En effet, ce sont des moyens permettant de rester en santé et en vie de génération en génération. Parce que tomber malade ou se blesser risquait de compromettre leur survie, réduisant leur habileté à chasser, pêcher et trapper. Comme le rapporte une Aînée Ilnu :

« S'ils ont réussi à survivre à tout ça, c'est parce que quelque part, ils avaient des savoirs autant dans la médecine traditionnelle que des savoirs être dans le bois aussi, comment se comporter. » (Détenteur de savoir en MT 25).

Par contre, avec la sédentarisation des Pekuakamiulnuatsh qui habitent dans la communauté où des services de santé sont déjà offerts, la MT n'est plus un moyen de survie. Elle fait partie du patrimoine (Laurendeau, 2011b). Les Aînés considèrent le savoir traditionnel comme une

²⁴ «Marchons sur le Nitassinan» signifie Marchons sur notre territoire

pratique quotidienne dans le bois, soit un mode de vie. Chez les jeunes, par contre, ce savoir est associé à quelque chose qu'ils doivent s'approprier pour développer leur culture et leur identité. Ceci ne fait pas partie de leur vie quotidienne dans la communauté. Les pratiques traditionnelles sont devenues un symbole de leur identité plutôt qu'un mode de vie traditionnel (Laurendeau, 2011b).

4.4.1 Le territoire, la Terre-mère

Le territoire est important pour les autochtones. La MT se passe en territoire. C'est la médecine qui provient de la Terre-mère, source de vie des animaux, des poissons et des plantes médicinales, nous rapporte un Aîné de la communauté. Ces éléments sont utilisés pour se soigner, s'abriter, se déplacer ou s'alimenter.

« La médecine traditionnelle c'est le territoire. Le territoire est rempli de médecine que ce soit la faune et la flore. La médecine est toute là. Que ce soit les feuilles, l'écorce, l'arbre, sa racine, l'animal que ce soit son os, sa graisse, ses abats, son poil, son cuir il y a toujours un usage. Puis tu sais la médecine traditionnelle ça passe aussi par l'échelle de Maslow. C'est-à-dire quand t'es en territoire, puisque tu grelottes de froid, aller te chercher du cuir pour te faire un manteau, c'est de la médecine traditionnelle. La médecine traditionnelle c'est le bien-être et le mieux-être de l'individu dans toutes ses sphères. C'est écosystémique la médecine traditionnelle. » (Professionnel/intervenant 61)

La pratique de la médecine traditionnelle varie selon la faune et la flore du territoire. Non seulement, être en territoire est une sorte de médecine, il s'agit aussi du lieu où se pratiquent et se transmettent les valeurs, les savoirs et les pratiques traditionnels (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2017). La connexion avec le territoire permet de se réapproprier la culture. Un membre de la communauté définit la MT de la manière suivante :

« Au sens le plus large, je dirais que ça part vraiment du contact avec la nature, juste en territoire, ça a des bienfaits sur nous. Moi je pense que ça part de là. C'est juste d'être en territoire, sinon c'est d'amener les éléments du territoire pour nous soigner, donc c'est d'utiliser ce qui est bon pour nous... d'abord l'alimentation, on sait que les petits fruits c'est reconnu. C'est une sorte de médecine pour moi. C'est une médecine qui est accessible, on n'a pas besoin de praticien nécessairement pour ça. Puis après ça, l'autre niveau, c'est vers les personnes qui ont les connaissances traditionnelles, des savoirs médicaux à partir des plantes. Des animaux aussi. Il y a certaines médecines qu'on retrouve

dans les animaux, donc pour moi c'est ça la médecine traditionnelle. » (Membre de la communauté 33).

En effet, se retrouver en territoire procure un sentiment de bien-être.

« Juste le fait de se retrouver en forêt c'est de la médecine. Tu sais c'est calme la forêt. Ça t'apporte une joie de vivre, une douceur, puis ça te reconforte. C'est personnel; mais je suis certain que je le partage avec d'autres. » (Professionnel/intervenant 61)

À Mashteuiatsh, ce sont les plantes qui sont les premiers éléments nommés par les participants quand on leur demande de définir la MT. Les plantes incluent entre autres l'écorce des arbres, les racines des plantes, les baies et les feuilles d'arbustes. Les plantes sont utilisées pour les problèmes de santé physique et spirituelle comme la sauge, souvent utilisée dans les cérémonies de purification. Plusieurs événements font en sorte que les plantes sont présentes dans le discours des gens. L'inventaire sur les plantes médicinales et le livre sur le savoir des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales, deux projets portés par l'Association du Parc Sacré, s'intéressent aux plantes. Quant aux parties animales, la queue de loutre, les rognons de castor et l'ours sont les plus fréquemment mentionnés par les participants.

Accessibilité au territoire

Quand il est question de MT, l'accessibilité et la relation au territoire sont importantes. Les ressources utilisées dans la MT se trouvent en territoire.

« On parle de la médecine traditionnelle, mais même notre état de situation globale, c'est relié aux territoires, ce n'est pas vrai qu'on va se développer dans 15 kilomètres carrés. Puis je ne parle pas du développement économique, je parle du développement personnel, du cheminement puis tout ça. Donc pour la médecine traditionnelle, un des gros obstacles, mais si on n'a pas accès aux territoires, ça va être bien dur d'avoir accès à la médecine traditionnelle, même si on essaie de réinventer plein d'affaires. Ça prend cette connexion-là, puis les gens qui sont en territoire, ils marchent, ils se nourrissent bien, ils font de l'activité physique, ils se changent les idées, ils sont plus connectés avec qui ils sont. Puis ça prend ça, donc c'est interrelié, interdépendant même. » (Administration/gestionnaire 45)

Toutefois dans la situation de Mashteuiatsh, le territoire est grand et la partie nord est loin de la communauté (voir figure 5). Donc l'accessibilité au territoire est limitée surtout pour les

Aînés et pour ceux qui travaillent. En effet, une grande distance sépare les Pekuakamiulnuatsh de leur Nitassinan, « notre terre » (dans la langue Innué) avec une superficie de 92 275km² et la partie commune avec Essipit et Pessamit de 21 106km². Pour les Aînés, l'accessibilité est limitée soit parce qu'ils ne sont pas physiquement aptes, n'ont pas de voiture ou n'ont pas d'enfants qui peuvent aller chercher les plantes à leur place.

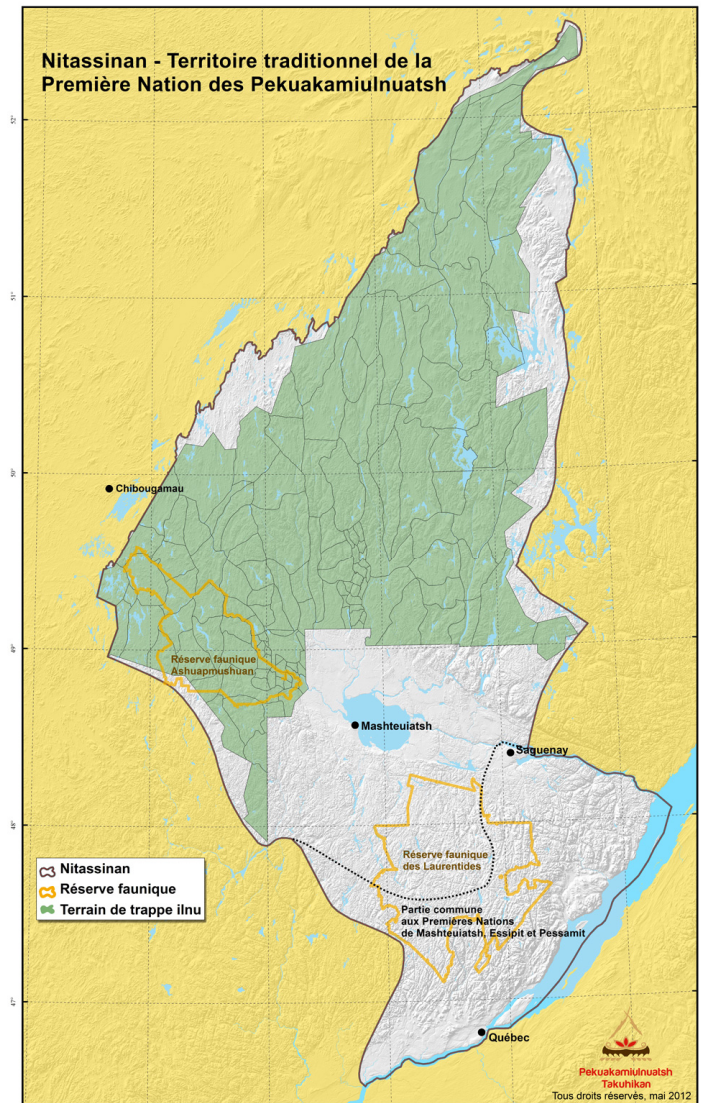
« L'amélioration de la médecine traditionnelle passe par justement l'éducation, la transmission c'est évident. Mais ça passe aussi par un meilleur accès au territoire. La plupart des communautés autochtones, leur réserve est dans le territoire. Nous, à Mashteuiatsh notre territoire il est à une heure d'ici. Les Aînés pour la plupart n'ont pas de moyen de transport soit parce qu'ils sont vieux soit parce qu'ils sont en situation de pauvreté. Puis l'accès au territoire pour eux autres est virtuellement très très difficile. Donc en facilitant l'accès au territoire, ça réglerait la moitié du problème. » (Professionnel/intervenant 61)

Les Aînés trouvent l'accès au territoire difficile, parce que cela demande de l'argent ainsi que de pouvoir conduire et d'avoir un véhicule pour se rendre à destination.

« C'est difficile, je pourrais dire pour l'individu ou les familles qui veulent faire des activités. C'est qu'aujourd'hui, on a besoin d'argent, on a besoin de ceci, on a besoin de toutes sortes de choses. Et puis, l'accès... au territoire est difficile parce que ce n'est pas tout le monde qui [a] des autos. » (Détenteur de savoir en MT 57).

Pour les gens qui travaillent, c'est le manque de temps relié à la longue distance à parcourir avant d'arriver à leur camp. L'horaire à temps plein permet difficilement d'aller en territoire sauf en fin de semaine.

« Présentement on travaille, pis ça roule, pis ça roule, tu n'as pas le temps d'aller en forêt chercher ce médicament-là. » (Membre de la communauté 27).



Source : Pekuakamiulnuatsh Takuhikan (2011-2015)

Figure 4. – Carte du Nitassinan (Mashteuiatsh et son territoire ancestral)

Le territoire a une grande importance pour les Inus, mais il n'est pas accessible à tous. Néanmoins, les gens connaissent le territoire, mais pas forcément les plantes médicinales. Il y a donc un potentiel d'utiliser le territoire en lien avec la MT non seulement au niveau de la santé, mais aussi au niveau socio-économique. Comme le suggère une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan :

« Les gens le connaissent par cœur, le territoire. Les gens, ils ne connaissent peut-être pas les plantes médicinales, mais ils connaissent par cœur le territoire, ils pourraient savoir où en trouver, aller voir. C'est sûr que bon, notre territoire est beaucoup dévasté. Donc il y a peut-être des plantes qu'on ne pourra pas retrouver malheureusement, mais il y a peut-être quelque chose qu'on peut faire justement pour revitaliser ça aussi. Il y a peut-être des plantes qu'on peut réussir à faire même, je ne le sais pas, n'importe quoi, d'une serre ou je ne le sais pas, les cultiver nous-mêmes! Moi je pense qu'il y a quelque chose à faire. Il y a même quelque chose à faire sur le plan d'économie sociale. Ça peut créer de l'emploi aussi. Donc je pense que c'est un vaste chantier qui peut avoir plusieurs horizons si c'est bien fait là, ça peut avoir plusieurs vertus et non pas juste au niveau de la santé. » (Administration/gestionnaire 45)

4.4.2 La spiritualité autochtone

Les membres de la communauté voient la santé d'une manière holistique. Certains parlent des quatre dimensions de la santé : spirituelle, émotionnelle, mentale et physique. La spiritualité est une composante de la MT.

« La spiritualité et la médecine traditionnelle, c'est intrinsèquement relié. Tu ne peux pas gérer une plante... nous on est animiste, puis on va toujours l'être. Chaque chose a sa pensée propre. Quand tu vas tuer un orignal, tu vas le remercier, tu vas lui parler. Quand tu vas aller cueillir des plantes médicinales, tu vas les remercier, tu vas leur parler. Ne serait-ce que ça, c'est la base. » (Professionnel/intervenant 61)

La spiritualité c'est le respect envers toutes formes de vie dans la nature. Elle se vit individuellement et elle est de l'ordre du personnel. Quand on demande ce qu'est la spiritualité, un Aîné explique :

« Quand je tuais un animal, j'y pensais à ça. C'est comme... Dans ma tête à moi, on ne sait pas c'est quoi, parce que je suis content d'avoir de la nourriture. Puis quand c'est fini, quand on a même enterré le reste des os, bien là, je ... La plupart du temps, j'allais les accrocher plus loin, les os accrochés, ça, je faisais ça à un moment donné. Bien c'était ça... Moi, je vivais de même encore... Parce que c'est pour respecter l'animal. » (Détenteur de savoir en MT 52)

Toutefois, la spiritualité a été longtemps un sujet tabou dans la communauté. Un membre de la communauté nous explique comment la communauté est arrivée à cette diversité sur la question de la spiritualité sous l'influence de la religion catholique.

« Toutes nos activités spirituelles qu'on avait, elles ont été toutes bannies. Donc ça a eu comme un raz-de-marée, je dirais, et on a perdu tout ça. Mais c'est faux!

On ne l'a pas perdu! Pour la simple raison qu'on restait en forêt tout le temps. Plus de temps. Et on pratiquait nos activités puis nos cérémonies en forêt. Ce qui faisait en sorte qu'il ne fallait pas en parler sous peur soit de se faire bannir par l'Église ou de [se faire] demander de quitter une communauté, tout simplement. Moi je pense que ça a été un peu ça. Ceux qui sont devenus plus sédentaires, plus vite, ils ont comme oublié cette dimension-là. Mais heureusement, il y en a beaucoup qui ne sont pas devenus [sédentaires], et ça a demeuré encore très actif aujourd'hui. Non, ça vient d'ici, écoute, il y a beaucoup de gens qui parlent de la Création, puis de comment est-ce que l'être humain a été chéri par le Créateur et comment tout le monde des vivants ont procédé à ça, le monde... Mais il y a des choses qu'il ne fallait pas parler! Qu'un ours ça l'ait un esprit! Il ne fallait pas que tu le dises. Il ne fallait pas que tu dises ça, sinon tu te retrouvais dans un endroit qui fait chaud, puis ce n'est pas la Floride (rires). Ça, c'est selon monsieur le Curé, donc les gens ne le disaient pas. » (Membre de la communauté 58).

Étant donné la diversité ethnique et culturelle à Mashteuiatsh, les autochtones se répartissent sur un spectre sur la question de la spiritualité. Parmi les croyances spirituelles, le Créateur prend une grande place. Leurs valeurs et leurs traditions sont des cadeaux du Créateur. Vivre en harmonie avec la nature est un des enseignements importants. Les autochtones, en signe de respect, remercient les éléments de la nature tels que les animaux et les plantes nécessaires à leur survie. Ils expriment un grand respect envers la nature par les chants, les danses, les cérémonies et les rassemblements (Affaires autochtones et du Nord du Canada, 2013). Comme un membre de la communauté rapporte :

« Mon père m'avait toujours dit : « Quand tu vas apprendre à tes enfants à chasser, tu ne tues jamais un animal devant eux autres avant qu'ils soient assez grands pour comprendre pourquoi tu le fais. ». Donc jamais tu ne vas mettre à mort un animal devant eux autres avant qu'ils le sachent. C'était la façon de faire, parce qu'il faut leur dire pourquoi qu'on fait ça. Quel respect qu'on donne à l'animal, puis ... C'est tout l'enseignement va à ça, donc c'est très faux de voir l'image de l'Indien tueur. Oui, il est chasseur, mais il le fait dans un certain respect, parce que c'est un sacrifice de la vie qui est demandé pour sa vie à lui. Ça aussi le côté spirituel est important... Puis la spiritualité, est-ce que c'est quelque chose qui est difficile à traduire, puis à expliquer. Je n'aime pas ça tomber dans les clichés de religion parce que c'est trop facile. Puis moi, la façon que je le faisais tout le temps, je disais c'est la relation entre toi puis la Création. La façon que tu veux le faire, la façon que tu veux le pratiquer, la façon que tu l'utilises, c'est de tes affaires. Ça, c'est tes affaires à toi. » (Membre de la communauté 58).

La pratique de la spiritualité peut prendre plusieurs formes telles que les cérémonies de purification, les tentes de sudation et le tewegan²⁵. Certaines pratiques ont changé au cours du temps. Une intervenante au centre de santé constate qu'autrefois les tentes de sudation étaient utilisées pour les problèmes physiques, mais qu'à présent, elles sont reprises pour soigner des problèmes psychologiques.

« Anciennement on utilisait les sweat lodges pour soigner le corps physique quand les trappeurs s'en allaient à la trappe durant l'hiver. Quand il y en a un qui tombait dans l'eau froide, il fallait l'amener quelque part pour aller le soigner pour ne pas qu'il soit plus malade. Mais aujourd'hui, on doit se servir encore de cette médecine-là, mais pour soigner l'âme... » (Professionnel/intervenant 51)

Toutefois, suite à la période d'assimilation des autochtones, une peur résidait quant à la pratique des cérémonies. Mais elle est de moins en moins présente. Ce que nous témoigne un Aîné :

« Ça revient ces (cérémonies et rituels), sûr, et puis on est très fiers maintenant de pouvoir partager ces connaissances-là avec notre entourage maintenant, qu'on tenait tabou pour un certain temps. C'est qu'à un moment donné je n'ai pas compris pourquoi que notre père nous interdi[sai]t de parler de certains rituels qu'on fait. Aujourd'hui, avec le temps, c'est peut-être qu'il avait peur des prêtres ou des différents représentants de religion auxquelles on appartenait. C'est sûr qu'en ce moment, toutes ces choses ont beaucoup changé. » (Détenteur de savoir en MT 57).

En effet, dans les années 1990, lorsque la communauté a tenu sa première tente de sudation, les gens de la communauté craignaient encore cette pratique, parce qu'elle était associée aux mauvais esprits. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré rapporte :

« Il y a du monde qui [a] peur de la spiritualité amérindienne parce que (...) Dans le temps (...) des pensionnats, c'étaient des mauvais esprits, c'étaient des méchants! (...) ils ont interdit une pratique comme la tente suante, la tente tremblante (...) Ça a amené dans la tête du monde : une peur! Il y a des gens, tu sais, quand tu as recommencé à faire des tentes suantes, ici à Mashteuiatsh dans les années quatre-vingt-dix, le monde au début, ils avaient peur (...) » (Membre de la communauté 35).

²⁵ Le tewegan est le tambour sacré. Seules certaines personnes peuvent en jouer, par exemple ceux qui en ont rêvé.

C'était un sujet tabou dans plusieurs familles, mais ça l'est moins. La spiritualité est de plus en plus acceptée en même temps que le mouvement d'affirmation culturelle autochtone.

Comme le rapporte un membre de la communauté :

« Oui, je me mets en situation voilà 10 ans dans un pow-wow qu'on avait eu ça. Quelqu'un arrivait en plume qui danse au son du tambour avec ses clochettes²⁶... le monde aurait ri. Qu'est-ce que tu fais là? C'est dérangeant. Ça aurait été mal vu ici en tout cas. Mais là depuis que c'est dans nos pow-wow, il y a encore beaucoup de préjugés, mais depuis c'est fait à l'échelle du Québec, à l'échelle du Canada, dans toutes les autres communautés, les jeunes veulent le faire, les jeunes voient ça. Ils veulent le faire aussitôt qu'ils ont 2-3 ans, ils aimeraient avoir ça, leur costume, et de danser. C'est devenu normal, c'est devenu quelque chose de commun. C'est la même chose pour la médecine traditionnelle, je pense. » (Membre de la communauté 33).

À présent, la spiritualité refait surface et les individus de 40-50 ans s'y intéressent (Aîné).

« Ils [jeunes de 40-50 ans] veulent avoir des connaissances, posent beaucoup de questions aussi sur les différentes cérémonies dont ils ont entendu parler par leur voie de communication à eux autres, et puis bien sûr qu'à ce moment-là, les anciens répondent à ces jeunes-là et puis ils commencent à sortir les traditions, la coutume de toutes ces choses-là, c'est sûr qu'à ce moment-là les cérémonies reviennent. Les croyances reviennent aussi (...) Les rituels aussi reviennent. Toutes ces choses-là donc aujourd'hui, il y a certaines familles qui connaissent ces choses-là, et puis ils l'ont gardé secret pendant un certain temps, parce que les parents, nos parents, demandent qu'on ne parle pas de ces choses-là. Pourtant c'était tellement beau ce qu'ils faisaient. Et puis c'était un respect envers la vie, notre vie à nous. » (Détenteur de savoir en MT 57)

À la base, la MT provient d'un mode de vie. Certaines familles l'ont connu et d'autres moins. Mais tous les participants ont déjà entendu parler de la médecine traditionnelle soit par les histoires, par l'observation ou par l'expérimentation.

4.4.3 La transmission orale du savoir en médecine traditionnelle

4.4.3.1 Mode et voie de transmission du savoir

Le savoir en médecine traditionnelle est familial, il était principalement transmis par les Aînés dans le cercle de la famille, de génération en génération. Seulement lors des mariages et des

²⁶ La danse des clochettes est destinée à la guérison.

rassemblements, le savoir se mélangeait entre les familles. Le savoir est donc particulier à chaque famille, il n'existe pas un savoir uniforme et généralisé à tous. Comme le mentionne un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan :

« Tout le monde en connaît un peu [de la médecine traditionnelle]. Il y en a qui en connaissent beaucoup plus. Oui, il doit avoir certains porteurs, mais la problématique c'est encore là dans un souci de protectionnisme, ils ne portent pas cette connaissance-là au nom de tous. Ils la portent parce qu'ils l'ont appris, *that's it that's all*. Ça leur a été transmis, mais il y a comme un bris dans la transmission avec les générations qui ont suivi. (...) Puis encore là, comme je dis, c'est le savoir d'une famille. Si on va dans [telle famille], ils connaissent des choses, si on va dans [une autre famille], ils en connaissent d'autres. Il y a des savoirs qui se recourent, mais ce n'est pas un contenu général qui est transmis puis qui est égal. » (Administration/gestionnaire 48).

La voie la plus commune de transmission est par la famille ou par un proche. Ce savoir peut être acquis de différentes manières. Un Aîné mentionne qu'il mène ses propres expériences et ses propres observations. De cette manière, il alimente constamment son bagage de savoir. Il consulte aussi les Aînés d'autres nations sur les plantes médicinales utilisées. D'autres reçoivent un don qu'un proche leur a confié. Par exemple, le don d'arrêter un saignement transmis du grand-père à sa petite-fille. Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan partage une histoire de transmission de don :

« Mon grand-père a déjà guéri ma mère quand elle était jeune, elle ne devait pas marcher puis aujourd'hui, bien, elle marche encore. Donc c'est à bout de patience, à bout de prières puis à bout de massages qu'il a redonné vie aux jambes à ma mère. Puis en faisant ça, puis là, je parle de ce que ma mère m'a déjà raconté, il lui a transmis quelque chose en le faisant. Peut-être de façon volontaire, peut-être de façon involontaire, mais il lui a transmis quelque chose qu'elle a senti. C'est ça qu'elle est capable d'utiliser aujourd'hui. Donc pour moi c'est ça un guérisseur, c'est quelqu'un qui va recevoir des dons d'une façon ou d'une autre. Il y a plusieurs façons [de] recevoir ce don-là. Bien je pense que c'est un peu comme une transmission. Comme ça peut être par les rêves, tu peux recevoir plusieurs choses par les rêves aussi. Tu peux recevoir le droit de tewegan²⁷ par les rêves. Tu y rêves de ça. Tu ne peux pas t'improviser joueur de tewegan. Donc par les rêves tu peux avoir beaucoup puis aujourd'hui on ne se permet plus nécessairement... on ne se donne plus le temps de rêver » (Administration/gestionnaire 38).

²⁷ Tambour sacré.

Les outils de transmission à l'écrit sont peu présents. Toutefois, un Aîné a fait son propre recueil pour documenter les plantes et une infirmière dans sa jeunesse, par intérêt personnel, a fait une recherche documentaire sur les plantes médicinales. Mais cela reste des initiatives personnelles. Par ailleurs, certaines personnes connaissent la médecine traditionnelle à travers les histoires, notamment ceux qui n'ont pas vécu en territoire. Ces personnes ont entendu la MT, mais ils ne l'ont pas nécessairement expérimentée. Comme témoigne un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan:

« Je n'ai jamais essayé encore les rognons de castor. Mais je suis convaincu que si je suis mal pris en territoire, je vais en mettre là. Mais justement, je n'ai pas vu personne le faire. Monsieur X, il m'en avait déjà glissé un mot, une aventure qu'il a eue dans le nord. » (Administration/gestionnaire 42).

4.4.3.2 Transmetteurs du savoir en médecine traditionnelle

L'Aîné est important dans la chaîne de transmission. Toutefois, le nombre d'Aînés diminue rapidement (Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, 2012). Un jeune de la communauté rapporte l'urgence d'agir afin de conserver ce savoir :

« C'est surtout les personnes âgées dans la communauté qui connaissent la médecine traditionnelle, puis si on attend trop pour faire des choses ils ne seront plus là. C'est pour ça, quand j'ai vu votre projet, j'ai embarqué parce que si tu attends et que tu fais ça dans 20 ans, mais ces personnes ne seront plus là, ceux qui connaissent très bien ça. » (Membre de la communauté 26).

Le terme « guérisseur » n'est pas couramment utilisé à Mashteuiatsh, ils sont vus comme des détenteurs du savoir en médecine traditionnelle ou des praticiens de soins en médecine traditionnelle. Ce sont des individus qui ont acquis un savoir qui n'est pas à la disposition de tous.

Les détenteurs du savoir en médecine traditionnelle veulent transmettre aux récepteurs. Les détenteurs du savoir comprennent la transmission du savoir comme un cercle en continu.

Une Aînée exprime :

« Je suis une personne ouverte d'esprit aussi, puis mes connaissances que j'ai apprises, ce n'est pas pour rien que mes parents et mes grands-parents me l'ont appris. C'est pour le transmettre. Le transmettre à mes générations, pis les

générations aussi dans la communauté de Mashteuiatsh. » (Détenteur de savoir en MT 29).

Un Pekuakamiulnuatsh 40-50 ans qui a grandi en territoire accorde une importance à la transmission de son savoir :

« Je trouve que c'est important [de transmettre]. Ce que j'aime le plus au monde c'est ça. C'est transmettre mon savoir aux jeunes. Parce que je sais que demain, je ne serai plus là. Il va y avoir eux autres qui vont être là, et il faut que ça se perpétue tout le temps. Donc c'est comme une roue, il faut que ça revienne tout le temps. » (Membre de la communauté 27).

Certains veulent transmettre, mais ils n'ont pas le savoir et ils vont eux-mêmes demander à d'autres Aînés. Une Aînée le mentionne :

« Mes enfants, ils ne sont pas dans la communauté, ils sont à l'extérieur. Puis ça fait plusieurs fois que j'aimerais que mes petits-enfants fassent la cérémonie des premiers pas, mais mes enfants : « oh, maman, on le ferait si c'était toi qui ferais la cérémonie. Avec d'autres personnes, ça me gêne, on ne les connaît pas. » Donc, j'ai jasé avec [un Aîné] qui en fait souvent. Je lui disais : « faut-tu vraiment un Moshum²⁸ pour faire la cérémonie, est-ce qu'une Kokum²⁹, ça se fait? ». Il me dit : « Pourquoi pas? » J'ai dit à ce moment-là, peux-tu me montrer comment faire? Il m'a dit : « quand je vais la faire à l'automne, je vais t'inviter, puis je vais te montrer comment faire. » Donc (...) j'étais contente parce qu'il veut le partager avec moi. Moi je veux le faire avec mes enfants, parce que je voudrais que ça continue. Mais ça ne se fera pas sur le territoire habituel de la communauté, mais ça va se faire. De toute façon, c'est le Nitassinan partout. Donc je vais le faire sur les lots de mon garçon à Saint-André. Il faut être capable d'ouvrir un tout petit peu. Il faut que les Aînés soient prêts à partager. Il faut que les jeunes soient prêts à recevoir aussi, puis à questionner. » (Détenteur de savoir en MT 25).

Toutefois, les Aînés n'ont pas nécessairement été socialisés à transmettre de la même manière que dans le système des allochtones. Un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan qui planifie des activités de transmission avec les Aînés nous partage la difficulté que les Aînés ont de comprendre ce fonctionnement. Par exemple, une période déterminée de trois heures, se présenter à une date et à un endroit précis et préparer le matériel pour les participants ne sont pas les paramètres du contexte dans lequel les Aînés ont l'habitude

²⁸ Mushum est le terme ilnu pour désigner le grand-père.

²⁹ Kukum est le terme ilnu pour désigner la grand-mère.

de transmettre leur savoir. La notion du temps n'est pas similaire. Alors que chez les Aînés, c'est un apprentissage sur une vie entière.

« On dit que l'[Aîné] n'est pas planifié, dans un sens, ils devraient, parce qu'ils le faisaient, ils se préparaient d'avance, mais souvent ils se préparaient quand ils en avaient besoin. Donc ils étaient tout le temps prêts en réalité. Ils n'avaient pas besoin de se planifier. Mais là aujourd'hui, on a besoin de se planifier. Pour nous autres aussi, c'est tout le temps une question de coût là. Fait que c'est une question de coût, puis il y a du monde qui attend, puis t'sais quand tu es tout seul, puis demain tu as mal au dos, bien tu ne le fais pas, ce n'est pas grave, tu vas le faire le lendemain. Mais quand tu as 12 personnes qui t'attendent pour le faire bien... c'est 12 appels à faire pour dire « C'est reporté. » Mais là, les personnes ont pris congé, c'est... Des fois, il y en a qui ne réalisent pas. »
(Administration/gestionnaire 42)

4.4.3.3 «Protectionnisme» du savoir en médecine traditionnelle

Il existe aussi des détenteurs du savoir qui choisissent de ne pas le partager pour différentes raisons. Boucher (2008, p.7) explique que ce n'est pas une priorité pour les détenteurs du savoir de transmettre, car ils sont pour la plupart dans une situation socioéconomique difficile. Dans un contexte où la subsistance devient précaire, la transmission de leur savoir est remise au second rang ou n'est juste pas possible. Alors que d'autres n'en voyaient juste pas la pertinence puisqu'il y avait déjà un centre de santé dans la communauté. Par exemple, un Aîné nous explique pourquoi sa mère ne lui a pas transmis ce savoir :

« Elle [sa mère] connaissait toutes ces choses-là [médecine traditionnelle], mais elle ne nous l'a pas transmis à nous autres. Parce que c'est le médecin. Pour elle la médecine, c'était le médecin, donc on allait voir le médecin, une petite prescription puis « Tu reviens nous voir dans 15 jours, une semaine. ». Pour elle, c'était ça. Donc ses connaissances elle ne nous les avait pas transmises. »
(Détenteur de savoir en MT 57).

Une membre de la communauté témoigne aussi dans ce sens que c'est plus facile de se rendre au centre de santé que de préparer son remède traditionnel :

« (les Ilnus) ont comme mis de côté [la médecine traditionnelle] pour la facilité. La facilité d'aujourd'hui est que tu prends un taxi, tu t'en vas à l'hôpital, tu te fais prescrire des médicaments. Tu reviens, c'est fait. Mais bon, quand il faut que peut-être tu amènes ton petit paquet de feuilles à la maison, il faut que tu le fasses bouillir, il faut que tu fasses... » (Membre de la communauté 40).

Une Aînée se demande si ceux qui refusent de partager possèdent ce savoir :

« C'est sûr qu'il y a quelques personnes, mais c'est partout pareil, là. Que ce soit ici, ou ailleurs, c'est un peu partout pareil. Il y a quelques personnes qui sont (réticentes) à transmettre ou ... des fois, je me pose réellement la question moi-même, est-ce que réellement ils connaissent? Est-ce qu'ils connaissent cette médecine-là? Oui, c'est à eux aussi, mais ils ne veulent pas la transmettre. Mais de toute façon, ils ne voient pas le côté que ce monde, les personnes qui ont connu cette médecine-là, qui l'ont transmise de génération en génération, même aujourd'hui, encore, elle est encore là. » (Détenteur de savoir en MT 29).

D'autres ne transmettent le savoir qu'à certaines personnes. Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan confirme que

« Ce n'est pas tous les Aînés qui pensent qu'on doit transmettre ces connaissances-là à n'importe qui » (Administration/gestionnaire 38).

Un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan ajoute que cette réticence peut être associée à la peur de la commercialisation du savoir, mais que l'argent peut permettre de mettre en place des mesures pour en assurer la sauvegarde.

« Une méfiance de transmettre leur savoir, puis surtout, tout le temps, de se faire de l'argent avec ça. Il ne faut pas que les gens se fassent de l'argent, mais dans un sens il faut avoir de l'argent pour s'assurer que ça reste. » (Administration/gestionnaire 42).

Ce protectionnisme du savoir chez certains Aînés n'est pas présent dans la génération suivante des 40-60 ans. Au contraire, la génération suivante veut diffuser le savoir, parce que la meilleure façon de le conserver est de le transmettre. Comme un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan l'explique :

« Les Aînés eux autres, ils cherchent à protéger ça, ces savoirs-là, parce qu'ils ont peur que ça se vende. Il y a un livre qui s'est écrit récemment sur les plantes, puis les Aînés ont protesté. Ils ont dit : « Si vous faites avec ça, vous allez vendre votre savoir. » En même temps, moi, je me dis qu'il faut diffuser la culture, il faut diffuser le maximum de ce qu'on sait. Pour qu'on rayonne puis qu'on reste présent. Mais les Aînés le voient à l'inverse eux autres. Eux autres, c'est une sorte de protectionnisme, c'est que « Non, non, on garde ça pour nous, c'est notre savoir. ». Mais tu sais on le partage ici entre nous, mais on ne le partage pas, on le garde ... Moi, je suis à cheval là-dessus. Dans un sens, je suis d'accord, mais dans un autre sens, je me dis : « Non, il faut rayonner, il faut... Surtout qu'on s'est fait écraser beaucoup à travers notre histoire. Là c'est l'heure que, non, non, on s'affirme puis on rend... » Puis ça, à la limite, je ne sais pas si c'est une question de

brevet ou quoique ce soit là, mais on peut s'organiser pour identifier des endroits comme étant typiquement Inus, parce que ça, c'est Inus, puis c'est organisé pour qu'à l'extérieur, ils le sachent. » (Administration/gestionnaire 48).

Par ailleurs, Boucher (2005) explique que les détenteurs du savoir peuvent restreindre la transmission du savoir parce qu'ils peuvent jouir d'une reconnaissance sociale lorsqu'ils sont consultés. La documentation de leur savoir leur enlève ce sentiment de reconnaissance et peut être leur sentiment d'utilité dans la communauté. Il peut alors se créer une jalousie et une réticence de leur part à partager leur savoir. Ce qu'un jeune de 20 ans dit :

« On dirait que c'est une peur. Souvent les gens... c'est une impression que j'ai, que les gens veulent conserver ça pour eux autres et je pense que c'est une peur que les autres utilisent leur connaissance. Ils ont peut-être l'impression qu'il ne leur reste pas grand-chose de leur culture, à part la langue, puis tout ça et ils veulent conserver ça. Mais en la conservant, ça ne se transmet pas nécessairement. » (Membre de la communauté 26).

4.4.3.4 Récepteurs du savoir en médecine traditionnelle

Les Aînés ne transmettent pas à n'importe qui, il faut un récepteur intéressé. Comme l'explique un jeune :

« Mes (arrière-grands-parents) ont de la misère à la transmettre à nous autres [arrière-petits-enfants]. Moi je suis le plus vieux de leurs arrière-petits-enfants, ils m'en ont montré, mais même à mes petits frères aujourd'hui ils ne leur montrent pas. (...) Bien on ne peut pas être proactif quand on est jeune (...) tu n'es pas conscient de ce que tu perds. Moi, j'ai eu conscience jeune que c'est important d'apprendre à faire de l'artisanat, puis d'apprendre les plantes, parce que ça partait, d'apprendre le montagnais. Mais la plupart des jeunes, ils s'en foutent. Puis c'est rendu à 25 puis 30 ans qu'ils vont se dire j'aurais ... dû apprendre ça de ma grand-mère. (...) Puis je pense que quand nos grands-parents le voient qu'on n'est pas intéressés ils ne se tannent pas pour rien [de transmettre aux jeunes]. » (Membre de la communauté 26).

Ce désintérêt des jeunes est noté par plusieurs membres de la communauté. Un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan ajoute que ce désintérêt des jeunes a pu amener une ouverture de certains Aînés à transmettre à l'extérieur de leur famille:

« Ils [les Aînés] gardaient beaucoup pour leur famille, leurs enfants, mais là je pense qu'ils se rendent compte que leurs enfants ou leurs petits-enfants, ils sont plus ou moins intéressés. Donc si leur famille est plus ou moins intéressée, bon, bien qui va assurer la suite? Fait que ça, j'ai senti, c'est comme... C'est vraiment malheureux, mais j'ai senti qu'il y en a plusieurs qui se sont ouverts justement.

Parce que ça reste probablement dans la famille. » (Administration/gestionnaire 42).

La **perte de la langue** affecte aussi les jeunes de 20 ans dans la transmission du savoir. En effet, le nehlueun est le véhicule pour transmettre la vision et une compréhension globale du savoir traditionnel (Battiste et Henderson, 2010; Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2010). Comme l'exprime un jeune de 20 ans :

« Le langage entre les Aînés puis les jeunes. Aujourd'hui nous autres les jeunes à Mashteuiatsh, on parle tous français quasiment. Puis il y a beaucoup d'Aînés qui parlent ilnu. leur première langue, malgré qu'il y en a beaucoup qui parlent français aussi. Mais si tu vas dans les communautés attikameks, c'est pratiquement 100% Attikamek, donc les connaissances elles se transmettent facilement, il n'y a pas de barrières de langue non plus. Nous c'est un autre problème encore qui affecte notre communauté, la langue. La langue, la transmission des savoirs, mais c'est encore plus compliqué (...). » (Membre de la communauté 26).

Pour les jeunes intéressés, face à la fermeture de certains détenteurs du savoir, ils adoptent d'autres moyens pour apprendre tels qu'en consultant des livres à la bibliothèque ou en faisant leur propre expérience. Une jeune exprime :

« Si tu ne me l'apprends pas [en parlant des détenteurs de savoir qui ne veulent pas partager], ce n'est pas grave. Moi je suis dans le bois en train d'apprendre tout par moi-même. C'est aussi bon parce que dans le temps c'est de même qu'ils ont commencé. S'ils ont des recettes, moi je dois être capable d'en faire aussi. » (Membre de la communauté 31).

Autrement, la transmission s'organise aussi autour d'activités communes. Depuis 2006, le grand rassemblement des Premières Nations ou pow-wow prend place à Mashteuiatsh. Habituellement, une danse de guérison est effectuée à la demande d'une personne malade (Gill, 2016). C'est une fête culturelle célébrée à travers le Canada et elle rassemble les gens de la communauté ainsi que ceux d'autres nations afin de réunir, d'échanger, de chanter et de danser avec leur regalia³⁰. C'est une occasion qui permet de continuer à pratiquer la

³⁰ Le regalia est l'habit traditionnel lors des cérémonies.

tradition et la culture. D'autres activités plus ponctuelles existent comme la confection de mocassins et le tannage de peau, comme on a pu le constater lors de notre travail de terrain.

4.4.4 Accessibilité de la médecine traditionnelle

La MT est encore pratiquée dans la communauté pour certains problèmes de santé tels que pour soigner la toux, le rhume, les plaies, les otites et les maux de ventre. Ce savoir permet de maintenir et préserver la santé en territoire et à domicile. La MT n'est pas pratiquée ou offerte au centre de santé. Les personnes intéressées par l'utilisation de la médecine traditionnelle consultent ceux qui détiennent ce savoir. L'accès à la MT passe par les détenteurs du savoir. C'est par le réseau informel des Pekuakamiulnuatsh qu'ils accèdent à cette médecine. Comme le mentionne une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan :

« Je ne pense pas tellement qu'elle [la médecine traditionnelle] est inaccessible, il faut juste savoir qui connaît [la médecine traditionnelle], qui a les connaissances par rapport à certaines choses. C'est sûr pour quelqu'un qui arrive comme ça du jour au lendemain qui veut avoir un traitement par rapport à quelque chose de spécifique, [il] faut qu'il aille voir la bonne personne. Puis je pense que j'ai cet avantage d'avoir côtoyé beaucoup les Aînés puis de connaître pas mal le monde de la communauté, donc je sais un peu vers qui me tourner selon ce que j'ai besoin. » (Administration/gestionnaire 38).

Par ailleurs, elle propose d'élaborer un bottin répertoriant les compétences et les champs d'expertise des détenteurs du savoir en médecine traditionnelle. De cette manière, les personnes intéressées à consulter en médecine traditionnelle sauraient à qui s'adresser.

Toutefois, un autre défi rattaché à l'accessibilité de la médecine traditionnelle est que beaucoup du savoir de la MT s'est perdu. Comme une coordonnatrice des Pekuakamiulnuatsh explique :

« Elle [la médecine traditionnelle] n'est pas assez accessible, parce que les gens ici, ils ne la connaissent pas, c'est une infime partie de gens qui la connaissent (...). Puis là on essaie de faire du rattrapage. Mais ce n'est pas facile, puis pour la médecine traditionnelle, je pense que c'est un peu la même chose, c'est qu'il y a plein de familles qui ont eu ces connaissances-là, qui les ont transmises. Mais qu'à un moment donné, il y a eu une coupure, avec toutes ces transmissions-là. Puis c'est ça qu'il va falloir ravoire, puis malheureusement, il y a peut-être des

enseignements qu'on n'aura plus jamais, puis il va falloir vivre avec ça. Mais au moins, conserver ce qu'on peut déjà avoir. (...) » (Administration/gestionnaire 45).

Cela a aussi pour conséquence que les Pekuakamiulnuatsh ont développé une dépendance aux services publics notamment aux services de santé. Comme l'explique un ancien chef de la communauté :

« Donc qui me fait prendre en compte que toutes ces années-là de la Loi sur les Indiens, sur la colonisation, a fait en sorte que mon peuple est devenu très dépendant de l'État. Tellement dépendant de l'État, qu'il est prêt à se laisser aller pour ça! Donc le dispensaire est devenu indispensable. Et le médecin est devenu indispensable. Le dentiste est devenu indispensable. Donc il y a eu une forme de déresponsabilisation qui s'est faite tant au niveau de l'éducation qu'au niveau des services essentiels de santé. Que les gens ont dit : « Bien je ne peux pas partir d'ici, j'ai besoin d'être suivi par un médecin. ». Donc les gens ne retournent pas en forêt. Donc, ils ne marchent pas toute une journée de temps. Donc ils restent dans leur maison, ils sont assis. Ils mangent, s'ils veulent manger traditionnellement, donc le gibier, le castor, qui est très gras. Mais si tu manges juste ça, bien tu ne marches pas, c'est sûr que tu vas avoir des problèmes d'espace à un moment donné, tu vas grossir. Et pour subir des conséquences, on est les meilleurs avec tout ce qu'on a survécu, ce n'est pas ça de plus qui va faire en sorte qu'on va être plus malheureux, donc on endure beaucoup. On ne prend pas soin de soi comme on le faisait traditionnellement. Puis moi je pense que c'est ça entre guillemets, quand on parle de médecine traditionnelle, c'est avant tout une façon d'être. La médecine c'est comme un peu le dernier essor. C'est parce que tu ne serais pas supposé de tomber malade! tu n'es pas supposé. » (Membre de la communauté 58).

Toutefois, il existe une initiative menée par des gens de la communauté qui rend la MT, particulièrement les plantes médicinales, accessibles (voir la section suivante, l'Association du Parc Sacré). Elle se dégage du réseau informel en l'offrant à un plus grand public.

L'Association du Parc Sacré : porteur du savoir sur les plantes médicinales

L'Association du Parc Sacré (en ilnu : Kanatakuliuetsh uapikun) est une organisation à but non lucratif (OBNL) créée et gérée par des membres de la communauté voulant agir pour favoriser l'accessibilité à la médecine traditionnelle, pour préserver le savoir sur les plantes et pour favoriser la transmission aux générations futures. L'adhésion des membres de l'Association du Parc Sacré provient de leur profonde croyance à la mission de cette organisation.

L'Association du Parc Sacré s'intéresse à la médecine traditionnelle, composante des activités traditionnelles : ilnu aitun. Cette Association est un organisme à but non lucratif avec la mission «de promouvoir la santé par les plantes, les moyens naturels traditionnels de guérison, et aussi de sauvegarder les savoirs traditionnels de [leurs] Aînés liés à ces pratiques et de les partager aux jeunes » rapporte la fondatrice (Robertson, 2015). Elle a donc deux objectifs, d'une part de favoriser la guérison par les plantes et d'autre part d'assurer la transmission des savoirs traditionnels (Laurendeau, 2012). Elle est composée de membres qui participent bénévolement et qui partagent cet intérêt sur les plantes médicinales.

La fondatrice de l'Association du Parc Sacré vient de Mashteuiatsh. Elle a été motivée par son désir de faire un projet unissant l'aménagement paysagiste et la santé par les plantes avec les gens de Mashteuiatsh. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré avait identifié un besoin dans la transmission du savoir traditionnel, un savoir qui se perdait à mesure que les Aînés partaient

« J'ai fait un projet que je considère important [...] qui est de fonder l'Association du Parc sacré. [...] Il y a eu la rupture dans la transmission des savoirs. [...] Je trouvais ça important de tenter de sauvegarder les savoirs des Aînés [...] Les derniers qui n'ont pas été au pensionnat [...] Qui connaissent encore, pour qu'ils puissent partager aux jeunes. » (Membre de la communauté 35).

L'initiative de l'Association du Parc Sacré amène une revalorisation de la culture comme l'a constaté le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré :

« Moi je le sais très bien, quand je regarde aujourd'hui, depuis 2001, quand on a parti le projet, on a éveillé du monde, on a semé des graines, on a ... Tu sais moi je me disais... C'était juste de se dire, de se sentir fier! » (Membre de la communauté 35).

L'Association du Parc Sacré fait appel à des personnes ayant différentes expertises pour animer les activités de transmission du savoir telles que les sorties en forêt, une journée de découverte du site Nuhtshimitsh de la Société d'histoire et d'archéologie de Mashteuiatsh et les conférences données par des herboristes.

L'Association du Parc Sacré organise depuis 2003 des **sorties en forêt** avec les Aînés pour identifier les plantes et leurs utilisations (Bergeron-Martel, 2011; Laurendeau, 2011a). Le lieu

de transmission et de pratique culturelle privilégié est le territoire. Les récits transmis sont accompagnés d'information sur le mode de vie et les écosystèmes, notamment sur les plantes médicinales. Le savoir traditionnel découle en grande partie de la connaissance observée et pratiquée sur le territoire. Les Aînés sont ceux qui ont vécu le plus longtemps dans la forêt et détiennent la connaissance du territoire.

Ces sorties en forêt créent en même temps un contexte de transmission c'est-à-dire un lien privilégié entre le transmetteur et le récepteur. Seuls les gens intéressés se présentent à ces activités. Les valeurs d'écoute et le respect des Aînés sont transmises par la même occasion.

Puisque se rendre en territoire requiert des ressources financières assez importantes, l'organisme a aussi organisé une **journée de découverte du site Nuhtshimitsh**³¹ en 2014 pour l'identification des plantes médicinales avec deux Aînés de la communauté. Toutefois, les Aînés sont contraints à plusieurs niveaux. La plante retirée de son habitat naturel ne peut être cueillie comme en territoire et le savoir transmis reste partiel dans le sens où la plante en soi est identifiée, mais pas de façon holistique, avec l'écosystème qui l'entoure (Laurendeau, 2011b).

Par ailleurs, comme le nombre de détenteurs du savoir diminue, on comprend que le savoir sur les plantes ne peut être acquis que par des sources venant de la communauté. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré organise des **conférences données par des herboristes**. Bergeron-Martel (2011) rapporte que la source du savoir sur les plantes médicinales chez les membres de la communauté vient de l'herboristerie ou d'autres nations autochtones.

Les membres de l'Association du Parc Sacré sont des bénévoles qui donnent de leur temps en dehors de leurs heures de travail. La situation économique de l'organisation est difficilement maintenue en ne se basant que sur les subventions gouvernementales ou celles de

³¹ Le site Nuhtshimitsh situé à l'arrière du musée amérindien de Mashteuiatsh est un jardin aménagé avec des plantes, arbustes et arbres indigènes pour reproduire le territoire des Pekuakamiulnuatsh sous 4 angles : se guérir, se déplacer, s'abriter et se nourrir.

Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. Dans la démarche d'assurer une pérennité économique à l'organisation, assez tôt dans la création de l'Association du Parc Sacré la **vente de remèdes traditionnels** préparés par l'organisme même était planifiée. Les produits comprennent notamment des tisanes et des onguents.

Des gens de la communauté leur ont reproché de vendre le savoir traditionnel et les plantes qui appartiennent à tous. Comme rapporte la chargée de projet, « Tu [ne] vends pas des plantes. Dans l'idée des autochtones, la médecine c'est à tout le monde. Tu vas cueillir tes propres plantes, tu ne vends pas tes plantes de la médecine traditionnelle ». Donc la conception d'un savoir et d'une ressource collectifs amène les tensions culturelles au niveau de la vente de produits médicinaux basés sur le savoir traditionnel ilnu. En 2012, l'organisme a donc repensé les produits mis en vente. Ce sont alors des produits pour le bien-être de la communauté en utilisant le savoir traditionnel, mais pas les recettes traditionnelles. (Laurendeau, 2012).

Le nœud du débat autour du savoir traditionnel notamment des recettes traditionnelles vues comme des secrets à garder est déjà ancré dans la communauté et sera présenté plus loin. Un paradoxe émerge, puisque ce savoir gardé secret amène l'extinction de celui-ci (Battiste et Henderson, 2010).

La MT est encore vivante dans la communauté. Et elle est importante pour les Pekuakamiulnuatsh, parce qu'elle ne permet pas seulement une guérison physique ou spirituelle, mais aussi identitaire. En effet, la médecine traditionnelle fait partie intégrante de la culture. Se réapproprier sa culture et se reconnecter avec ses racines peuvent permettre de solidifier son identité. Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan le mentionne :

« (...) je pense que la population, puis même ici notre structure... au niveau de la santé, il y a cette ouverture ... à faire de la place à quelque chose qui nous ressemble davantage puis qui va nous solidifier. Mais (...) ça peut aller au niveau de l'identité, ça peut aller au niveau de renforcer qui on est, nos connaissances, puis créer quelque chose qui nous ressemble, qui nous appartient aussi. (...) » (Administration/gestionnaire 45).

Mashteuiatsh entreprend alors différentes initiatives visant le développement et la préservation culturels dans la communauté. Parce que les besoins des Pekuakamilnuatsh de s'approprier ce savoir ne se situent plus dans une situation de survie en territoire, mais plus pour renforcer l'identité collective. Par exemple, la Société d'histoire et d'archéologie de Mashteuiatsh a pour mission de favoriser et de valoriser la culture et les traditions des Pekuakamilnuatsh. Comme peut en témoigner un membre de la communauté :

« Je trouve que la médecine traditionnelle elle a toujours été là, puis elle est encore là aujourd'hui, mais pas au degré où elle l'était avant. Et pas à la reconnaissance ou au mérite qu'elle avait avant. Ça a été remplacé par d'autres choses. Le dispensaire, les services d'infirmière, les médecins, les pharmacies, tout ça, qui vient jouer dans tout ça. » (Membre de la communauté 58).

La MT en combinaison avec la MA se vit à Mashteuiatsh. Ces dernières rencontrent toutefois des difficultés. Les exemples rapportés ci-bas permettront de l'illustrer.

4.5 Tentative difficile d'une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique

« Si on veut valoriser la médecine traditionnelle, il faut comme que la science soit avec nous, puis qu'on soit tous les deux à fonctionner ensemble, parce que, sinon, tout seul, on n'y arrivera pas, on va mourir. Puis, eux autres, ils ont besoin de nous autres. Parce que la science s'inspire des savoirs et connaissances traditionnels. » (Administration/gestionnaire)

4.5.1 Leadership administratif

4.5.1.1 Vision de combiner la médecine traditionnelle et la médecine allopathique

Au départ, en 2004, une initiative de combiner la MT et la MA dans le centre de santé était portée par la direction générale, ce qui a permis d'aménager un local dédié à la médecine traditionnelle. Mais deux ans après la construction du local, elle a accepté un poste au

ministère des Affaires indiennes. Par la suite, il y a eu trois autres directrices qui lui ont succédé.

Le mouvement d'affirmation culturelle apportait un enthousiasme dans la communauté. Mais suite au départ du porteur du projet, ce dernier n'a pas tenu. Comme le témoigne un membre de la communauté, ancien chef :

« C'était dans la demande pour la construction de la bâtisse. C'était fait au niveau du ministère de la Santé, je pense, en collaboration avec le ministère des Affaires indiennes, et si je ne me trompe pas c'était Madame X qui était là dans le temps, qui avait un peu mis en place cette idée-là. Puis je pense que même la salle était ronde, pour justement représenter le cercle. Je pense que c'est venu d'ici [de construire le local dédié à la médecine traditionnelle], puis le besoin était d'avoir une chambre... Parce qu'on avait travaillé beaucoup à ce moment-là avec le cercle. Dans les années quatre-vingt-dix, quand on a fait le développement linguistique ici, on s'est servi beaucoup du symbole du cercle pour le faire. Puis il y avait eu en Colombie-Britannique, une communauté qui était devenue sobre à partir de l'utilisation du cercle. Et pour nous autres, c'était un bel exemple de mettre ça en place, puis on a fait des recherches. On a travaillé avec The Four World Project je pense que ça s'appelait qui venait de l'Alberta... Donc on avait travaillé avec ça, puis ça été fort, ça a donné comme un gros boum. Ça donne toujours un gros boum! Bang! Tout le monde embarque, puis à un moment donné, ça s'effrite. Je ne comprends pas pourquoi. On ne doit pas être très fort pour former la relève. Ça doit être ça notre bobo. Parce que quand les gens partent, tout s'écroule. Tandis qu'il faut que ça reste là. Remarque, il doit y avoir des anciens qui m'ont dit : « La vie c'est comme des poumons, c'est comme ta respiration, tu expires, inspires, tu expires, inspires, tu expires... Ça vient, ça disparaît, ça vient... » C'est peut-être ça, peut-être que ça va revenir. Ça dépend si on est optimiste ou pessimiste. » (Membre de la communauté 58)

Dans cet engouement, le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré tente de développer avec le centre de santé une offre de médecine traditionnelle.

« J'ai voulu la [nouvelle directrice du centre de santé après la construction du local] rencontrer plusieurs fois, j'avais plein d'idées, puis elle a toujours (...) l'air à vouloir développer (...). Mais on ne la voyait jamais. Tu l'appelais, elle ne te répondait jamais, elle était tout le temps trop occupée! » (Membre de la communauté 35).

Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré a essayé d'avoir le soutien de la directrice du centre de santé sans succès. Une Aînée, infirmière et ayant travaillé à l'Association du

Parc Sacré, avait aussi essayé d'explorer l'ouverture de la direction, mais sans succès non plus :

« Moi quand j'étais là au Parc, j'avais essayé de commencer à rencontrer la direction de santé pour voir quel genre d'ouverture ils avaient. Puis là, on m'avait demandé s'il pourrait y avoir des rencontres entre les infirmières et le Parc³² pour leur donner un peu d'informations sur ce qu'est le parc et ce qu'on faisait. » (Détenteur de savoir en MT 25).

Avec l'arrivée de la directrice actuelle, le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré voit une opportunité parce que celle-ci est ouverte à la MT. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré croit que le changement de directrices du centre de santé a influencé la réussite de l'utilisation du local par l'Association du Parc Sacré. En effet, la vision de la direction sur la médecine traditionnelle est importante parce que des actions peuvent suivre.

« Si par exemple au centre de santé ils ne croient pas en ça (...) il faut qu'ils y croient, et il faut qu'ils démontrent qu'ils y croient pour que les gens soient capables de, aient confiance puis décident d'aller essayer au moins. Parce que, actuellement, il n'y a pas de démonstration, vraiment, que la médecine traditionnelle est importante. (...) » (Détenteur de savoir en MT 25).

L'ouverture de la direction du centre de santé est un facteur de la combinaison des médecines. De cette vision découle la structure du centre de santé qui a été réfléchi avec des représentations symboliques associées à la médecine traditionnelle.

4.5.1.2 Configuration structurelle

Le centre de santé est une organisation professionnelle normée et régulée comme le reste du système québécois. Le centre de santé, en 2004, a été configuré de manière à reprendre les symboles importants de la culture Innu. La directrice du centre de santé rapporte que :

« C'est la directrice qui était ici à l'époque qui a fait faire une salle (...) Et il y avait des lumières tamisées un peu il y avait un cercle au plafond avec une petite table ronde, ce qui est là justement, c'était cette table-là, elle était là-bas. Ils l'avaient mise en plein milieu donc c'était une place où les gens pouvaient aller se recueillir et discuter avec des intervenants et tout ça. (...) elle a été construite pour ça. » (Administration/gestionnaire 59).

³² Parc désigne l'Association du Parc Sacré.

Dans ces discussions, la directrice du centre de santé de l'époque a planifié un local appelé « médecine traditionnelle ». Une directrice du centre de santé décrit la configuration particulière de ce local :

« On voit un peu le lac [à partir du local dédié à la médecine traditionnelle], on voit la forêt. Fait que déjà où est-ce qu'il était situé, il permettait déjà de voir. Le plafond, il y a un cercle, la lumière est différente dans ce local-là. Moi c'est des néons super épeurants là-dedans. Mais ce local-là avait été réfléchi. (...) Mais il y a sûrement eu des réflexions en arrière de ce local-là. (...) Déjà, ça a déjà été intégré, je pense, puis de le ramener, je pense que c'est quelque chose qui est sûrement possible aussi. (...) Mais le local est vraiment différent, il y a des rideaux aussi. Il est vraiment différent des autres bureaux. » (Administration/gestionnaire 55).

Ces symboles envoient le message que l'organisation veut intégrer la culture dans ses services.

« Le centre de santé en lui-même il est en cercle, c'est des symboles, mais qui sont quand même puissants. On a les plantes, on a des œuvres d'art, c'est toutes des choses qui ... Pour le commun des mortels, on pense que ce n'est pas important, mais pour moi, puis pour sûrement d'autres Pekuakamiulnuatsh, ils comprennent cette importance-là dans la guérison (...) « On est collectif. » » (Administration/gestionnaire 55).

Le cercle représentait aussi l'approche holistique valorisée dans le centre de santé. Lors de l'ouverture du centre, une intervenante au centre de santé rapporte :

« On m'avait demandé d'écrire un texte pour une allocution d'ouverture, puis pour moi c'était clair, c'était l'approche holistique qu'il fallait qu'on intègre. (...) J'étais toute contente de voir enfin! ce rêve-là se réaliser pour la communauté. Oui, oui, ils ont fait une belle salle en forme de cercle (...) C'était vraiment l'approche holistique là, c'est ça qu'il fallait vraiment développer puis intégrer dans nos services. » (Professionnel/intervenant 51).

C'est une approche présente dans le discours des professionnels. Une infirmière du centre de santé rappelle :

« On parle tout le temps d'approche holistique (...) d'approche qu'on est supposé de préconiser. » (Professionnel/intervenant 56).

Mais comment définir l'approche holistique? Un ancien membre du conseil des élus témoigne :

« On [le centre de santé] avait réussi à développer une approche holistique. Finalement on s'est accroché (...) dans les fleurs de tapis, qu'est-ce que ça veut dire holistique? (...) Comment perdre le nord? (...) qu'est-ce qui est le plus dur dans l'organisation, c'est que l'organisation administrative est devenue tellement un organisme vivant, qu'elle s'est bâti des anticorps, puis ces anticorps-là sont contre le changement. Dès qu'il y a un changement qui arrive dans l'organisation là (...)! Les anticorps se mettent en place, et toutes les raisons sont bonnes pour ralentir, essayer de tuer ce changement-là qui s'en vient. (...) L'approche holistique c'était quelque chose de nouveau (...) Puis je me rappelle on faisait des cercles de partage, puis on avait intégré les tentes suantes dans nos activités. (...) Donc on avait tous les signes de notre côté pour dire que (...) On était bien parti. Et c'est là où à un moment donné, on rencontre plein d'obstacles en chemin. Des gens qui disent : « Bien c'est ça le chemin [rouge]³³. » » (Membre de la communauté 58)

La structure physique seule a été pensée, mais pas l'offre de soins combinés. Le centre de santé, en réfléchissant à sa structure physique sous forme de cercle et en intégrant un local dédié à la MT, démontre son ouverture vers la MT. L'Association du Parc Sacré a tenté d'utiliser ce local sans succès (voir section 4.4.4). Aucun participant au projet n'a rapporté d'autres projets soumis dans le but d'occuper ce local dédié à la médecine traditionnelle. Toutefois, une structure reste dénuée de sens en l'absence d'un champion, porteur du projet. Comme une infirmière explique :

« Parce que ça se développait, tous les services se développaient alors ils [la direction générale] ont dû penser centre de santé, médecine traditionnelle, on en parlait beaucoup, mais ça a comme arrêté. (...) Puis il s'est développé autre chose, par priorité, ils ont peut-être délaissé le projet pour... parce qu'on a les plantes, on a quelques plantes au mur, alors je me dis : « La pensée était là, puis la salle était de ce côté-là. » Fait que je me dis que c'était peut-être pensé, mais que ça ne s'est pas développé pour X raisons. Il n'y avait peut-être personne. » (Professionnel/intervenant 65).

Il s'agit d'un moment qui semble favorable à accueillir une interaction entre la médecine traditionnelle et la médecine allopathique. L'Association du Parc Sacré va tenter d'utiliser ce local. La tentative rencontre plusieurs défis tout d'abord au niveau de la réglementation, de l'organisation du système professionnel, du cadre légal et de l'administration.

³³ Le chemin rouge fait allusion au chemin des traditionalistes.

4.5.2 Défis rencontrés lors de la tentative de combinaison par l'Association du Parc Sacré

Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré souhaitait offrir des consultations basées sur la guérison par les plantes, ainsi que des activités de transmission du savoir sur les plantes. Cette idée d'offrir la médecine traditionnelle dans un lieu de médecine allopathique est inspirée de leur voyage en Équateur. En effet, le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré et quelques membres de son conseil d'administration (CA) ont visité l'hôpital andin³⁴ dans la région de Riobamba dans lequel la médecine allopathique, la médecine alternative et la médecine traditionnelle sont offertes.

L'Association du Parc Sacré envisageait alors de s'installer dans le local dédié à la médecine traditionnelle. Le local aurait été un lieu où il s'organiserait des consultations pour l'expertise de guérison par les plantes et des activités de transmission. L'Association du Parc Sacré prévoyait d'accueillir des gens et de leur offrir un choix de médecines dans une organisation de santé comme un « service supplémentaire », rapporte une membre du groupe fondateur. Cette rencontre entre ces deux logiques de fonctionnement crée des tensions rattachées aux aspects réglementaires, légaux, culturels, aux ordres professionnels et organisationnels.

4.5.2.1 Réglementation

L'Association du Parc Sacré voulait offrir la guérison par les plantes incluant les cérémonies de purification³⁵. Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan, ancienne membre de l'Association du Parc Sacré dit :

« Quand j'étais impliquée au Parc Sacré, on voulait avoir l'utilisation du local pour les plantes. Faire l'entreposage des plantes, faire des cérémonies de purification et

³⁴ Hospital andino alternativo del Riobamba. C'est un hôpital situé en Équateur qui offre de la médecine allopathique, de la médecine traditionnelle et de la médecine alternative. En ce qui attrait à la médecine traditionnelle, les praticiens sont le Yachak, la sabadora et la partera. Le Yachak ou shaman traditionnel purifie les patients et si le patient le souhaite il peut apporter son cochon d'inde pour que le Yachak pose un diagnostic via l'animal. La sabadora est une traumatologue traditionnelle qui traite entre autres les fractures, les douleurs musculaires et la douleur de la colonne. La partera est une sage-femme traditionnelle.

³⁵ Les cérémonies de purification ou *smudge* utilisent différentes plantes comme la sauge.

tout ça. Puis là, on nous disait (...) pour des raisons de sécurité et de santé, en vertu des lois de l'application générale, provinciale et fédérale, ce n'est pas possible. On ne peut pas vous donner accès à ce local-là, parce qu'il faudrait s'assurer que les plantes que vous emmenez-là (...) ne puissent pas être contaminées par quoi que ce soit, une bactérie, un virus, ou quoi que ce soit, qui ferait en sorte que cette plante-là pourrait avoir des effets ou pourrait contaminer le lieu. Et là, ce lieu-là ne pourrait pas être considéré comme étant un lieu (...) de bonne qualité. » (Membre de la communauté 32).

L'idée d'entreposer les plantes dans le centre de santé a été refusée pour des raisons **d'hygiène et salubrité, et de sécurité** puisque la cérémonie de purification implique souvent de brûler de la sauge, ce qui engendre de la fumée pouvant déclencher les extincteurs de feu. Une des stratégies possibles et suggérées par un coordonnateur de PekuakamiInuatsh Takuhikan est d'avoir une place de séchage et d'entreposage à l'extérieur du centre de santé. D'ailleurs, on a pu le constater lors de notre travail de terrain, les plantes de l'Association du Parc Sacré étaient séchées dans un cabanon sur le site Nuhtshimitsh.

En dehors des règlements rattachés à un bâtiment qui limitent l'entreposage des plantes et la cérémonie, il n'empêche qu'une solution a été trouvée pour le séchage et l'entreposage.

4.5.2.2 Organisation du système professionnel

Le positionnement des professionnels de la santé est difficile. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré témoigne d'une certaine ouverture chez les médecins et les infirmières :

« Les gens du Centre de santé, ils m'ont toujours dit qu'ils étaient très ouverts...il y a des infirmières (...) qui ont une ouverture » (Membre de la communauté 35).

Elle ajoute que le médecin voyait que la MT était encore utilisée chez ses patients, donc il démontrait un intérêt à voir l'Association du Parc Sacré dans le centre de santé :

« Quand moi j'étais encore au Parc Sacré, on avait fait la demande pour utiliser le local. Parce que je te dirais, le médecin, elle a la volonté. Parce qu'elle sait qu'il y a du monde qui en prend... Les Aînés, ils en prennent des plantes... Ils prennent de l'épinette, du bleuet, ils en prennent. Puis elle le sait, fait que c'est clair. Puis elle, elle aurait aimé ça, elle m'en a parlé. « Ça serait le fun! », elle me l'a dit de même! « Ça serait le fun que tu aies un local à côté. » Mais je ne sais pas, c'était l'administration, je pense ... Mais là, ce n'est plus la même directrice, peut-être bien que ça va changer. » (Membre de la communauté 35).

Une professionnelle de la santé ne verrait pas d'inconvénient à ce que l'Association du Parc Sacré occupe un local dans le centre de santé.

« Il y a un organisme, ici, dans la communauté qui, justement, qui a des plantes médicinales. C'est Madame X qui s'occupe de ça. Puis elle, c'est une autre approche, elle fait des ateliers, justement, sur les plantes, des champignons, puis des choses, puis elle a du monde. Mais, elle pourrait avoir un bureau ici (au centre de santé), je n'ai pas de problèmes avec ça. » (Professionnel/intervenant 64)

Une directrice du centre de santé voit le potentiel de l'organisme dans la possibilité d'offrir la médecine traditionnelle dans le centre de santé.

« Ça nous prendrait quelqu'un, une ressource qui pourrait conseiller les gens sur le type de traitement... Bien, je pense que le Parc sacré pourrait prendre un peu le *lead* là-dedans. Parce qu'ils ont déjà des connaissances. Ils sont en train de se fonder une belle crédibilité, aussi, je pense avec ce qu'ils font, là. Donc je pense qu'eux autres pourraient prendre le devant avec ça. À part eux autres... je ne vois pas vraiment... » (Administration/gestionnaire 47).

Les professionnels eux-mêmes se disent ouverts à la MT. Certains voient des parallèles dans les effets des remèdes traditionnels avec ceux allopathiques, une professionnelle du centre de santé trouve que ce n'est que l'appellation qui change.

« C'est sûr qu'au niveau du système québécois on va le nommer différemment, on va lui donner d'autres visages on va parler de psycho, de TCC³⁶, on va parler de toute sorte de choses ou de odorothérapie. Tandis que si on utilise la sauge pour purifier on vient de faire une petite TCC avec de l'odorothérapie. Fait que moi je crois qu'il y a toute sorte de médecine et puis il y a des gens qui partent en forêt se ressourcer. Il y a des gens qui savent ce que c'est que de se ressourcer et qui vont se ressourcer. Mais il y a d'autres personnes qui vont en forêt, ils pensent se ressourcer, mais ils ne font que s'isoler pour faire un arrêt d'agir sur certaines substances ou certaines situations dans leur vie. Donc plusieurs visages. Si on regarde certains produits de la terre, tantôt on parlait de tisane, c'est un produit qui vient nettoyer le corps; il y a certains médicaments aussi qui le font, ils font purger si on veut. (...) la zoothérapie c'est beaucoup plus l'utilisation de l'animal en tant que bienfait sur la santé mentale ou morale, santé mentale... Pour les gens qui font comme du ressourcement, les animaux deviennent importants, que ce soit les oiseaux ou la loutre qui est chassée, ça devient aussi, sans nécessairement être une zoothérapie, ça devient quand même une médecine traditionnelle à mon avis. » (Professionnel/intervenant 67)

³⁶ TCC fait référence à la thérapie cognitive-comportementale.

Même si l'ouverture des professionnels est une prédisposition favorable, dans la réalité, elle rencontre plusieurs contraintes comme leur code de déontologie et les données probantes. Ces contraintes émergent de la manière dont le système de la MA est organisé. En effet, une professionnelle de la santé témoigne qu'elle est ouverte, mais quand cela implique l'offre de la MT, certaines contraintes existent.

« Je suis très ouverte à ça, oui. Si c'est bien coordonné, si c'est bien géré, puis s'il n'y a pas de doublage de traitement, si le médecin approuve. S'il y a une entente entre les personnes qui prescrivent la médecine traditionnelle, et la médecine moderne, bien mon doux, ça serait merveilleux. Surtout en prévention. »
(Professionnel/intervenant 34)

4.5.2.2.1 Code de déontologie

En fait, la pratique du professionnel³⁷ est réglementée par un ordre professionnel. Ce dernier impose un **code de déontologie** aux professionnels. Donc, si les professionnels devaient offrir la médecine traditionnelle, cette pratique serait également soumise à la même réglementation. Comme une infirmière ajoute,

« Je [l'infirmière] pense que c'est plus les cadres administratifs ... Parce que les gens de la communauté (...) ils seraient sûrement favorables à ça. (...) Parce qu'il y en a beaucoup qui l'utilisent puis qui en parlent, donc je me dis que pour eux autres, ils ne devraient pas avoir de problème au niveau de la communauté, ça va être plus au niveau des structures, puis au niveau des ordres [professionnels], puis au niveau de l'administratif. Ça va être plus dans ce genre d'encadrement là, je pense qu'on va avoir de la misère. » (Professionnel/intervenant 65).

Certains professionnels et intervenants du centre de santé connaissent et croient en la médecine traditionnelle. Ils ne peuvent toutefois pas la pratiquer, parce que cette pratique est non conforme au code de déontologie. La pratique des professionnels de la santé est régulée; le centre de santé est une organisation professionnelle qui doit respecter ces règles. L'organisateur communautaire donne

« En exemple avec la médecine traditionnelle, on a eu beaucoup, dans le temps avant que j'arrive, il y avait des infirmières qui se permettaient de donner des

³⁷ Selon le Code des professions, un professionnel est défini comme « toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier » (Gouvernement du Québec, 2016b).

petits « cues ». Regarde, prends-toi du thé du labrador une fois par semaine, ça va te calmer. Fait que ça l'a été désapprouvé à l'époque. Puis par la suite, on a commencé à surveiller un peu plus notre monde. » (Professionnel/intervenant 61).

Une professionnelle de la santé témoigne :

« Toutes des choses [de la médecine traditionnelle] qu'ils utilisaient dans le bois, que je me suis appropriée (...) Mais en tant qu'infirmière ici, on n'applique pas nécessairement... Tu sais, infirmière on a un ordre professionnel, la médecine traditionnelle, ça ne fait pas partie vraiment de... C'est une autre façon de faire. » (Professionnel/intervenant 65).

Selon le code de déontologie des infirmières, elles ne peuvent pas prodiguer, utiliser, recommander ou faire le commerce de produits ou de traitements dits miracles (articles 4, 69 et 79). Les traitements miracles sont tout traitement qui n'a pas de preuves scientifiques pour l'appuyer. Le savoir en MT est basé sur l'expérience rapportée par les Aînés et leur légitimité est accordée par les pairs. De plus, il existe encore peu d'études sur les plantes médicinales ilnu (Laurendeau, 2011b). La MT est alors interprétée par les professionnels comme un traitement miracle. Si un professionnel enfreint son code de déontologie, son permis de pratique peut lui être retiré. Une infirmière dit que

« Dans mon code de déontologie, ça me dit que je ne peux pas prôner des produits miracles, entre parenthèses. Fait que moi, je pense que produits miracles on entend là, par des choses qui ne sont pas prouvées scientifiquement puis qui ont des risques pour la santé.... Ça ne serait pas éthique de ma part, de proposer tels ou tels médicaments. Premièrement ça serait un manque d'éthique, parce que je ne connais... pas assez ça. Je ne peux pas leur proposer, puis deuxièmement, je ne connais pas les interactions non plus qu'il pourrait y avoir avec leurs médicaments ou leur traitement, puis c'est encore trop méconnu. Tu sais si par exemple, il est pris du cœur puis qu'il prend tel médicament qui va épaissir son sang, exemple, puis qu'il fait un infarctus après, ce n'est pas mieux non plus. Donc moi, c'est sûr que ça serait illégal, si je proposais des choses qui ne sont pas prouvées scientifiquement » (Professionnel/intervenant 34)

Un professionnel de la santé qui connaît la médecine traditionnelle se trouve dans une zone grise. Par contre, si l'infirmière ou tout autre professionnel n'exécute pas l'acte, ils n'entrent pas en conflit avec leur code de déontologie. Cette tension est exprimée par une infirmière :

« Je me demande si l'ordre [des infirmières et infirmiers] accepterait une telle approche [de combiner la médecine traditionnelle et la médecine allopathique],

c'est sûr que ça appartient à l'établissement. Je pense, aussi, de déterminer ce qu'il veule offrir ou pas. Mais je dis une barrière, mais dans le fond, en y pensant, si je suis formée et informée, puis que ce n'est pas moi qui fait la consultation, puis qui donne les recommandations, il n'y en aura pas de barrières. (...) Mais c'est parce que t'es quand même une infirmière qui donne cette information-là. Ça vient à l'encontre de ce que tu viens de dire le jour pour ce qui est de l'insuline par exemple, je dis ça comme ça là. C'est ma crainte. » (Professionnel/intervenant 56).

Par contre, la MT arrive à exister dans le centre de santé. En effet, une infirmière s'assure que la vie du patient n'est pas à risque en le référant aux professionnels pertinents à la situation du patient. Par exemple, elle peut le référer au pharmacien pour évaluer les risques d'interaction. Cette stratégie permet alors au patient de choisir la MT avec un suivi par l'infirmière sans qu'elle perde son emploi. Une infirmière par peur d'enfreindre son code de déontologie mentionne :

« Je leur dis : « je n'ai pas les connaissances en lien avec ça, ni les compétences. » Je leur dis : « mon ordre ne m'autorise pas, non plus, à encourager cette prise de médecine, par contre, c'est votre choix. Et si vous voulez être mieux informé, mieux entouré, vous pouvez quand même aller voir le pharmacien. » Comme je vous ai dit tantôt, voir s'il n'y a pas d'interaction. Peut-être d'aller questionner ceux qui ont des connaissances par rapport à ça. Mais moi je dois vous dire que devez... ce que nous on enseigne, c'est la médication que votre médecin vous a prescrite. On y va dans ce sens-là. » (Professionnel/intervenant 56)

4.5.2.2 Compétence professionnelle

La compétence professionnelle repose entre autres sur les données probantes. D'ailleurs, selon le code de déontologie, le professionnel de la santé ne peut recommander que les traitements appuyés par les **données probantes**. Comme une infirmière l'explique

« Parce que ce [la médecine traditionnelle] n'est pas prouvé(e) scientifiquement, puis que en tant que professionnelle de la santé, on ne peut pas prôner des choses qui n'ont pas de preuve scientifique. C'est ça qui est tannant là, mais en même temps, c'est prudent. » (Professionnel/intervenant 34).

Une professionnelle de la santé confie qu'elle ne se sent pas à l'aise de proposer la MT à ses patients parce que ce n'est pas appuyé par la recherche scientifique.

« Je ne me vois pas en tout cas, proposer ça à des clients ... parce que dans le domaine de l'intervention, il faut toujours que les approches aient été, qu'il y a une recherche en arrière, puis c'est scientifiquement prouvé que ça fonctionne telle approche. Je ne sais pas si scientifiquement l'approche d'utiliser les plantes

médicinales pour, mettons « bois ça, ça réduit l'anxiété ». Je ne peux pas le proposer. Mon ordre professionnel ne voudrait pas de toute façon. » (Professionnel/intervenant 63)

C'est l'absence de preuve scientifique qui rend la médecine traditionnelle non recommandable par les professionnels de la santé. En effet, même le jus de canneberge peut être recommandé dans le cas des infections urinaires, parce qu'il y a eu des études à ce sujet. Comme le souligne une infirmière :

« Mais, c'est parce qu'on sait les effets de ça [jus de canneberge]! (...) Mais les plantes, c'est comme un champignon magique. Ou c'est parce que, je ne sais pas s'il n'y a pas assez de recherches qui nous démontrent que, qui nous prouvent que... » (Professionnel/intervenant 64).

Les preuves scientifiques qui appuient la MT sont rares, mais existent. La reconnaissance de la médecine traditionnelle par la médecine allopathique peut passer par les données probantes. Elles peuvent rassurer les professionnels de la santé et intervenants. Dans la médecine allopathique, la qualité des soins s'appuie sur les preuves scientifiques. Avoir des écrits sur le savoir en médecine traditionnelle est un facteur qui facilite la combinaison. En effet, la recherche appuie scientifiquement l'action, les effets et les interactions d'une plante. Sans cette recherche, il n'est pas possible d'affirmer la relation entre la plante et la guérison.

« Pour la médecine normale, la médecine contemporaine, il y a des instituts de recherche où ils font de la recherche puis du développement puis ils découvrent des nouveaux trucs. Mais le jour où ils vont inclure nos trucs médicaux [traditionnels] (...), peut-être que certains services vont s'offrir par nos centres de santé et tout ça (...). Mais là, il n'y a pas de recherches qui se font, c'est comme si ce n'était pas crédible, si ça n'avait aucune crédibilité sauf pour nous [Ilnus]. » (Administration/gestionnaire 48).

Une directrice du centre de santé ajoute la suggestion que la recherche scientifique permettrait aux professionnels d'utiliser la médecine traditionnelle :

« Un coup que la connaissance est prouvée, que les intervenants ont confiance, qu'ils savent que ça n'ira pas à l'encontre de leur pratique, qu'ils ne perdront pas leur compétence, puis que c'est reconnu officiellement. (...) » (Administration/gestionnaire 55).

Comme les plantes ont un réel impact sur le corps humain, elles ne sont pas à prendre à la légère. L'agente de liaison culturelle affirme qu'il y avait une inquiétude au sein de l'Association du Parc Sacré d'avoir assez de documentation pour soutenir que leurs produits ne causeraient pas d'effets secondaires ou indésirables chez le consommateur. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré propose d'utiliser la recherche pour démontrer le potentiel de guérison des plantes :

« Si on fait une recherche pour prouver que ce n'est pas si dangereux que ça les plantes. ... La peur, c'est tout le temps l'inconnu qui nous fait peur. Donc ce qu'on ne connaît pas ça nous fait peur. Ce qu'on n'a jamais utilisé. Donc d'avoir plus de connaissances sur quelque chose qu'on nous explique mieux. Bien ça fait baisser souvent la peur. » (Membre de la communauté 35).

Une démarche scientifique permettrait d'assurer la sécurité des patients et d'éviter des interactions médicamenteuses. Une jeune dans la vingtaine, ayant travaillé à l'Association du Parc Sacré rapporte :

« Il pourrait y avoir des complications c'est sûr. Pour l'efficacité des remèdes ou des plantes qui seront mis en cause. C'est quand même de la médecine, il ne faut pas rendre le monde malade, il faut faire attention. Ça demande de la recherche, ça demande de l'expertise. (...) Ça pourrait être dangereux, mais on va leur faire des tests, essayer des mélanges, élaborer des produits vraiment pour pouvoir remettre à la communauté les produits qui ont été faits pour soigner. Mais avant ça il faut passer par la maîtrise des plantes, la maîtrise de notre territoire puis de savoir où s'approvisionner. Puis où chercher, il ne faut pas que ce soit contaminé non plus. Il faut que ce soit utilisé à bonne dose, il faut savoir avec quoi le mélanger. Il faut passer par cette question-là avant de le redistribuer dans la communauté, » (Membre de la communauté 31).

Le manque de recherche scientifique sur la MT restreint l'usage de celle-ci dans la pratique des professionnels. Des stratégies possibles proposées par un membre de la communauté seraient l'approbation d'un traitement traditionnel par la communauté ou par Santé Canada.

« Je pense le problème comme dans tout projet, c'est l'acceptabilité sociale. Surtout dans un projet comme ça, c'est de savoir si les gens vont accepter que ce soit cette personne-là qui offre le service? Puis de quelle façon est-ce qu'on vérifie si c'est fait de la bonne façon? Puis on sait s'il y a des études cliniques pour connaître les résultats sur l'usage de la tente suante sur tel problème... on n'est pas sorti du bois. Mais d'avoir un endroit comme ça qui est reconnu. La thérapie intensive que j'ai faite, c'était approuvé par Santé Canada, donc eux autres reconnaissent ce qui est fait... donc à partir de là, il y a moyen d'amener ça un peu

plus loin pour ajouter des services ou que ce soit un fil conducteur, puisqu'il y a déjà une démarche entreprise. » (Membre de la communauté 33).

La démarche de documenter le savoir par écrit a commencé, ce qui permet à un plus grand cercle de personnes d'accéder à ce savoir. Ceci comporte des défis au niveau des droits de propriété intellectuelle et de l'imputabilité des détenteurs du savoir en MT.

4.5.3 Aspects légaux rattachés à la médecine traditionnelle

4.5.3.1 Droits de propriété intellectuelle sur le savoir

Une démarche de documentation du savoir sur la MT a déjà débuté. En effet, la communauté a produit un inventaire suivi de la publication d'un livre sur les savoirs des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales. La consultation des détenteurs du savoir est incontournable, mais ces derniers ne partagent pas leur savoir avec n'importe qui. Comme le mentionne une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan :

« Pour des expériences antérieures, c'est sûr que quand on parle de tout ce qui est nos connaissances au niveau de notre culture, je sais qu'il y a encore des chasses gardées, notamment à ce qui a trait au niveau de la transmission verbale, au niveau de transmettre *at large* nos connaissances et tout ça. Il y a encore des gens qui sont très frileux à écrire nos connaissances, nos valeurs, notre transmission tout ça. Il y a encore ça, cette préoccupation-là ici. Je pense qu'elle est bonne, mais ça dépend toujours de l'objectif (...) Toute la notion de commercialisation, ça peut être complexe aussi. » (Administration/gestionnaire 45).

Parce que si le remède est commercialisé, alors la transmission du savoir traditionnel s'effrite à mesure que les remèdes sont institutionnalisés, dans une pharmacie par exemple. Un membre de la communauté, ancien chef rapporte :

« La forêt est pleine [de ressources], prends ce que tu as besoin. Mais on a eu un gros débat, à un moment donné sur ça. Admettons que ça fonctionne... Il va en avoir un qui va vouloir mettre ça en marché un jour. Puis, la journée où il va vouloir mettre ça en marché, qu'est-ce que tu fais du bonhomme qui a appris ça. Qu'est-ce que tu fais de la madame qui enseigne ça à ses enfants? Tu viens de leur ... (bruit de bouche), parce que maintenant tu vas à la pharmacie. » (Membre de la communauté 58).

En effet, historiquement, le savoir autochtone a été peu protégé légalement, puisque celui-ci est peu ou pas documenté et concerne des éléments vivants tels que des plantes ou des

parties animales. Les règles de propriété intellectuelle sont alors difficilement applicables, régies sous une perspective non autochtone³⁸. Ces propriétés ont alors des mécanismes de protection pour des savoirs dits individuels, difficilement applicables à un savoir collectif appartenant à un ensemble d'individus. De plus, les propriétés intellectuelles requièrent un savoir avec des caractéristiques de nouveauté, d'originalité, d'innovation et de distinction, mais le savoir traditionnel est hérité de générations antérieures.

Le manque de réglementation pour protéger le savoir traditionnel offre une zone d'incertitude pour Mashteuiatsh à décider des mécanismes de protection et de partage de leur savoir traditionnel. Bergeron-Martel (2011), concepteur de l'inventaire des plantes médicinales à Mashteuiatsh, a suggéré un code d'éthique relié à l'utilisation de cette base de données pour assurer l'encadrement dans la cueillette et la protection du savoir. Il indique entre autres que l'information serait rendue disponible par l'intermédiaire d'un intervenant du système de santé ou d'un détenteur du savoir traditionnel (p.52). Mais c'est une zone pouvant aussi être exploitée par des organisations à but lucratif ou de recherche, notamment au niveau des composés actifs des plantes indigènes médicinales. Il importe de préciser que

³⁸ Pour en savoir plus sur les enjeux rattachés aux droits de propriété intellectuelle dans une communauté autochtone : il est possible que le savoir traditionnel de Mashteuiatsh appartienne à plusieurs communautés puisqu'elle était le lieu de rencontre de plusieurs nations. Il s'agit de déterminer qui réclame la propriété intellectuelle pour ne pas être deux communautés à faire les démarches pour le même savoir à protéger. Les droits de propriété intellectuelle sont constitués sur la base de la science allochtone, ce qui engendre plusieurs défis et pas nécessairement avantageux pour les communautés autochtones. La propriété intellectuelle est accordée à des personnes morales ou à des particuliers, mais elle ne tient pas compte de la nature collective du savoir transmis de génération en génération (Simeone, 2004, p.5; Brascoupé et Endemann, 1999, p.11). Les droits de propriété intellectuelle offrent une protection à durée déterminée à visée commerciale, alors que les autochtones désirent une protection de leur savoir pour la préserver et la transmettre aux futures générations de durée indéterminée (Brascoupé et Endemann, 1999, p.12). Par ailleurs, le coût important associé à l'enregistrement pouvant aller jusqu'à 20 000\$ est un critère qui contraint les communautés avec des ressources limitées.

Ce contexte permet de mettre en perspective la réticence de certains individus de la communauté de publier un livre sur le savoir des plantes médicinales. D'une part, si le savoir traditionnel diffusé à grande échelle devient une appartenance au domaine public, alors il devient difficile pour la communauté de jouir des droits de propriété intellectuelle (Brascoupé et Endemann, 1999, p.11). Et d'autre part, la diffusion au grand public entraîne un risque d'une mauvaise utilisation ou exploitation abusive du savoir traditionnel (Simeone, 2004, 3). Néanmoins, la création d'un inventaire et la publication d'un livre sont des stratégies défensives empêchant les autres d'obtenir les droits de propriété intellectuelle sur ce savoir (Simeone, 2004, p. 4).

les plantes ne sont pas brevetables, ce sont les composés actifs de celles-ci qui peuvent l'être. En effet, les critères d'obtention d'un brevet requièrent une nouveauté, une utilité et un changement (Brascoupé et Endemann, 1999). Seuls les composés actifs d'une plante indigène brevetés ne peuvent être commercialisés et les bénéfices obtenus ne seront pas retournés à la communauté. Par contre, cette dernière peut utiliser et commercialiser la plante entière ainsi que ses extraits bruts.

4.5.3.2 Réglementation rattachée à la pratique de la médecine traditionnelle

À ce jour au niveau national, il n'existe pas de **réglementation au sujet de la pratique** de la MT. En effet, la pratique des Aînés et des guérisseurs traditionnels n'est pas régulée par Santé Canada. La seule mention des guérisseurs apparaît dans le programme des services de santé non assurés. En effet, Santé Canada couvre les frais de déplacement, soit des patients qui désirent consulter un guérisseur, soit ceux des guérisseurs pour aller soigner un patient. Santé Canada (2012) précise certaines conditions; il est nécessaire d'avoir une preuve de la légitimité du guérisseur donnée par le conseil de bande, le conseil tribal local ou un professionnel de la santé. La localisation géographique du guérisseur est aussi prise en compte. Le guérisseur doit se trouver dans le même territoire. En plus, il faut la validation que le patient souffre bien d'un problème de santé ou social par un représentant du système de soins allopathique tel qu'un médecin ou un professionnel de la santé ou un représentant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Donc cette pratique en MT financée par le gouvernement doit quand même passer par une validation de la part d'un représentant du système de médecine allopathique. Une relation est maintenue par Santé Canada entre l'offre de la MT et celle de la MA.

Au niveau de la communauté, les Aînés obtiennent leur titre d'Aîné par le respect des autres pour leurs enseignements, leur intégrité et leur humilité. Ce sont ses valeurs qui encadrent **l'éthique de sa pratique**. Ils se sentent responsables de ce savoir. Quand les Aînés n'ont pas l'expérience pour soigner un problème de santé, ils réfèrent soit au médecin soit à une autre personne reconnue experte pour ce problème. Par exemple, un Aîné qui soigne par les plantes réfère le patient au médecin s'il constate que son traitement n'a pas fonctionné :

« Si au bout de 3 semaines, 1 mois, les symptômes persistent, il [le patient] va voir le médecin. Il ne faut pas que ça tarde trop longtemps, parce que moi, dans 3, 4 jours, c'est supposé de faire effet. C'est supposé de diminuer. Si ça ne diminue pas, bien là... il faut que tu ailles voir plus connaissant que moi. » (Détenteur de savoir en MT 43).

D'autres décident de ne pas prendre le risque d'aggraver la santé d'une personne par peur d'être tenues responsables. Une Aînée raconte que la MT, elle ne l'utilise que pour elle-même. Elle décide de ne pas soigner les autres pour ne pas être tenue responsable. Par contre, elle utilise sa spiritualité notamment auprès des jeunes pour les problèmes psychologiques. Un protocole de soins est suggéré pour encadrer la pratique de la MT.

« Puis c'est les assurances. Qu'est-ce qui arrive si madame, elle boit la potion Y de [Monsieur X] et puis qu'elle tombe dans le coma. (...) moi je pense qu'il faut vraiment avoir quelque chose d'ouvert [dans le centre de santé], puis il y a un protocole qui doit être mis en place pour assurer telles ou telles affaires. Parce que, remarque, si quelqu'un prend un mélange d'herbes de médecine traditionnelle, puis il se sent mal, bien c'est peut-être la meilleure place où ça peut arriver là. À côté [du centre de santé] ... » (Membre de la communauté 58).

Un membre de la communauté recommande de donner une quantité contrôlée du remède traditionnel pour éviter les abus et de rendre une personne plus malade.

« On donne telle quantité, on le sait qu'avec telle quantité, c'est bon pour 8 à 10 jours, des fois 5 jours. OK, puis après ça il arrête. Si on lui dit la plante, lui, ce qu'il va faire, il va aller la chercher. Puis là il va en faire un abus. S'il tombe malade : « Ah! C'est les sauvages³⁹ dans le bois qui m'ont donné ça. » » (Membre de la communauté 46)

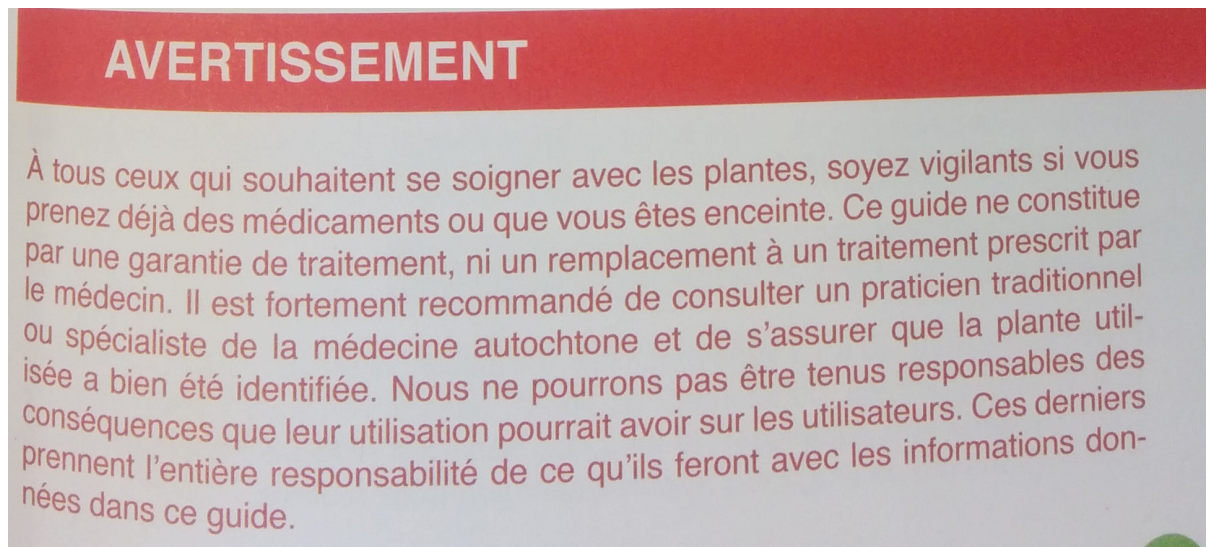
Le défi est qu'il n'y a pas d'encadrement quant à l'usage que les gens font du savoir lorsqu'il est publié. Il y a un risque de mauvaise utilisation de la MT. Un participant qui a travaillé sur le projet du livre sur les savoirs des Pekuakamiulnuatsh rapporte que certains Aînés sont réticents à partager le savoir sur certaines plantes avec des effets hallucinogènes de peur que les jeunes en abusent. Par ailleurs, au cours du processus de publication de ce livre, les Aînés ne voulaient pas que les recettes soient publiées. En effet, les recettes donnent la possibilité

³⁹ Autrefois, « sauvage » était un terme utilisé par les colons pour désigner les autochtones. Il provient du latin *silvaticus* qui signifie, de la forêt (Galluci, 2012). Ce terme a pris par la suite une connotation négative.

à tous de faire leurs propres remèdes, Inlus et gens de l'extérieur de la communauté. Or, la MT est une médecine généralement transmise dans les familles, il n'y pas d'uniformité dans les recettes, ce qui soulève la question de la généralisabilité et de l'imputabilité de ces recettes. Une informatrice souligne :

« C'est la peur que si on donne une mauvaise recette ou s'il y a quelqu'un qui l'utilise mal puis qu'on s'empoisonne puis que quelqu'un meurt ou développe un problème à cause de ça. Est-ce que vraiment nos recettes sont bonnes, est-ce que LA recette de telle madame c'est la vraie recette. » (Agente de liaison culturelle).

L'identification et l'explication des propriétés des plantes sont présentes dans le livre sur les savoirs des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales. Mais les enseignements qui accompagnent traditionnellement la transmission ne sont pas inscrits. Tout l'aspect du jugement du détenteur du savoir n'est pas écrit. Pour se protéger contre les poursuites et pour protéger le public, un avertissement des risques pour la santé est présent au début du livre (voir figure 5). Il est d'ailleurs recommandé de consulter un détenteur du savoir en médecine traditionnelle.



Source : Laurendeau, 2011

Figure 5. – Avertissement dans le livre sur les savoirs des Pekuakamiulnuatsh

L'absence de recettes n'est pas vue comme une barrière à l'utilisation de la MT. Au contraire, elle fait place à l'expérimentation, à la découverte du mélange qui convient à chacun. Une jeune ayant travaillé à l'Association du Parc Sacré :

« (...) quand tu connais les propriétés de la plante puis que tu sais que tu peux la mélanger avec ça, mais pas avec ça... Les recettes sont juste à portée de main. Les concoctions, les teintures, toutes ces choses-là tu y vas de toi. (...) Il y a tout le temps des dangers, mais justement des essais erreurs qu'on va apprendre à gérer. Il va y avoir une période d'adaptation (...) » (Membre de la communauté 31).

Comme les détenteurs du savoir en MT ne transmettent pas à tous ce savoir, la documentation sur la MT reste limitée. De plus, les professionnels de la santé ne peuvent pas pratiquer la MT, il faudrait donc réfléchir à une autre ressource possédant cette expertise en MT, soit les détenteurs du savoir en MT. Toutefois, le recrutement et la rémunération des détenteurs du savoir en MT sont difficiles. Parce qu'elles sont soumises aux règles administratives découlant du système de fonctionnement d'une organisation professionnelle.

4.5.4 Règles administratives

4.5.4.1 Recrutement des détenteurs du savoir en médecine traditionnelle

La démarche de recrutement des détenteurs du savoir en MT s'est fondée sur la base de certificats et de diplômes. Cette reconnaissance est détachée de la réalité, parce que les exigences demandées par les organisations ne peuvent aucunement être remplies par les détenteurs du savoir en médecine traditionnelle. Déjà, la grande majorité des Aînés n'ont pas complété leur secondaire et il n'existe pas d'Aîné avec un diplôme en herboristerie. Par ailleurs, la MT n'est pas offerte dans un programme organisé reconnu par le ministère de l'Éducation. Comme une membre de la communauté témoigne :

« Parce que le diplôme d'études professionnelles doit être reconnu par le ministère. Et [l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador] ne subventionne pas les programmes qui ne sont pas reconnus. Donc ça serait intéressant qu'il y ait une reconnaissance. Parce que je sais qu'il existe des

formations de naturopathe, mais c'est privé! Mais le centre de formation doit être reconnu par le ministère de l'Éducation. [l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador] ne pourrait pas aider financièrement un participant qui va aller suivre une femme autochtone pendant 6 mois pour faire la cueillette. » (Membre de la communauté 40).

Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan explique l'incohérence entre les critères d'embauche et la réalité.

« Ils [le centre de santé] n'ont pas trouvé la ressource à mettre dans [le local]. Je pense qu'ils ont été un peu compliqués dans ce qu'ils voulaient. Ça prenait un paquet de diplômes dans un paquet d'affaires (...). Ils demandaient un herboriste ou je ne sais plus trop pour les plantes là, mais on n'en a pas dans la communauté puis en même temps ils voulaient traditionnels » (Administration/gestionnaire 38).

Si une offre de MT se développe au centre de santé, la validation de la pratique des détenteurs du savoir en MT peut être établie par la MA pour en assurer la qualité. Ce que la directrice au centre Tshishemishk suggère :

« Il faudrait lui donner un cadre [détenteur du savoir en médecine traditionnelle]. Dire : « oui, nous autres [centre de santé], on est d'accord avec le traitement. Tel, tel et tel traitement. » On a quand même une responsabilité de qualité (...) dans les soins qu'on donne. Il faudrait sûrement donner des balises. Si quelqu'un veut s'annoncer guérisseur, puis faire ça chez eux, les gens y vont librement, ça, c'est une autre chose. Mais d'offrir dans le cadre de nos services, ou peut-être un service de consultant pour les gens, ou de guérisseur, il faudrait baliser un tout petit peu. » (Administration/gestionnaire 47).

Par ailleurs, les Aînés eux-mêmes ne se sentent pas à l'aise d'offrir de la MT dans le centre de santé. Un Aîné exprime l'inquiétude que la MT ne soit pas acceptée au centre de santé : « *ma médecine à moi, la médecine à ma mère. Vont-ils [centre de santé] être d'accord eux autres là-bas?* » (Aîné). Un autre Aîné partage cela : « On n'a pas d'instruction (...) Ceux qui ont plus d'instruction, ils ont plus de pouvoir dans leurs commentaires [auprès des organisations]. » (Aîné) Il mentionne aussi que l'expérience est peu reconnue : « *Vu qu'on a juste l'expérience..., c'est une grosse barrière [à la combinaison des deux médecines].* » (Détenteur de savoir en MT 52). Mais si les Aînés ne prennent pas ce rôle, qui d'autre peut le faire? Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré nous partage cette préoccupation qu'il y ait peu de personnes compétentes pour prendre la relève :

« Ce que je sais moi puis qui m'inquiète plus, c'est qu'au-delà des Aînés, y a-t-il d'autre monde qui soigne encore avec les plantes, tant que ça! C'est ça qui m'inquiète » (Membre de la communauté 35).

L'Association du Parc Sacré qui s'intéresse aux plantes médicinales n'a pas réussi à occuper le local : il n'y a pas assez de recherche scientifique pour appuyer les remèdes en MT et il n'y a pas de personnes répondant aux critères d'embauche. Avec le manque d'espace pour les intervenants au centre de santé, ce local a alors été transformé en bureau pour les consultations. Une directrice du centre de santé explique :

« Il n'y a jamais eu de gens qui sont venus pratiquer la médecine traditionnelle à cet endroit-là, donc après plusieurs années (...) à ma connaissance [directrice du centre de santé], ce [le local] n'était pas très utilisé. Puis on n'avait pas de médecin traditionnel, on avait un médecin moderne ici. (...) Quand je suis arrivée, il y a 7 ans, elle n'était pas utilisée, c'était toujours vide. Puis ça servait à faire des rencontres. (...) Donc après ça quand on a vu que ce n'était pas utilisé, comme il manquait de locaux, on l'a transformé en bureau. » (Administration/gestionnaire 59)

4.5.4.2 Rémunération de la pratique en médecine traditionnelle

Si le détenteur du savoir en MT offre ses services dans une organisation professionnelle, devrait-il être rémunéré comme les autres professionnels? La rémunération de la pratique en médecine traditionnelle est un sujet complexe. Le gouvernement ne finance la pratique de la médecine traditionnelle qu'en répondant aux critères mentionnés ci-haut (section 4.5.4.1). Certains membres de la communauté pensent que le salaire doit être similaire à celui du médecin parce que les deux soignent des gens. Le détenteur du savoir en MT mériterait alors la même reconnaissance. Comme une membre de la communauté rapporte :

« Puis la reconnaissance par le salaire comme un médecin... Je ne me considère pas comme la personne qui pourrait délimiter quel serait le salaire d'un médecin traditionnel. Mais je pense qu'il devrait avoir relativement la même compensation salariale qu'un médecin contemporain, vraiment. Il s'occupe de la santé et du bien-être d'un être humain; cette personne-là a été formée. C'est ce qu'on appelle la formation sur le tas. C'est dans la Nation autochtone, on le voit beaucoup. Ce n'est pas des gens qui sont allés à l'école. Mais c'est des gens qui ont été à l'école

de la vie. Puis les résultats sont là. Mais ils n'ont pas de baccalauréat! Ils n'ont pas de papier qui dit : « Je suis allé à l'Université Laval... » ou « Je suis allé à l'Université de Montréal. » Mais ils ont le savoir, puis de reconnaître ce savoir-là, par rapport aux résultats que ça a donnés comme compensation. » (Membre de la communauté 40).

Cette question de rémunération soulève entre autres une tension entre les règles administratives du système de soins allopathique et les valeurs culturelles. Un membre de la communauté rapporte :

« C'est une question qui est très délicate [que le centre de santé offre la médecine traditionnelle], parce que si on va sur les principes que la médecine traditionnelle c'est quelque chose qui est donné, ça serait les guérisseurs qui devraient venir au dispensaire puis offrir leur service gratuitement. Ça serait ça un peu la façon de le faire. Mais là est-ce qu'on cause un déséquilibre en offrant des services qui ne sont pas rémunérés, versus des services qui le sont? Et là, c'est la fameuse logique administrative qui rentre en ligne de compte... C'est que les personnes sont syndiquées, ôte-toi de là la médecine traditionnelle. Il n'y a pas de médecine traditionnelle qui entre dans les murs ici! À part du syndicat. Donc, n'essaie pas! Même si tu veux! Donc ça dépend de l'environnement où est-ce qu'on se trouve parce que les gens se sentent en danger, ils ne devraient pas! » (Membre de la communauté 58)

En effet, la coutume veut que les services du détenteur du savoir en médecine traditionnelle ne se vendent pas, les ressources de la Terre-mère sont gratuites, la « rémunération » se faisait plutôt par principe de don comme des couvertures et du tabac. Le requérant des services offre un cadeau. Comme en témoigne un membre de la communauté :

« La médecine traditionnelle, moi je pense que la personne qui fait de la médecine traditionnelle, il est là pour une raison, c'est pour aider les gens qui veulent avoir de l'aide, point. Ça devrait être gratuit, c'est quelque chose qui ne devrait pas être payé. C'est sûr que tu peux avoir des compensations. Nous autres on a une façon traditionnelle de demander de l'aide, on va offrir du tabac pour avoir des prières. On va offrir une couverture pour avoir de la médecine. ... Je parlais de mon gars de l'Alberta, j'ai dit : « J'ai un coffre de couvertures, puis j'ai un coffre de tabac. » Le tabac ce n'est pas bon, donc je ne sais pas pourquoi qu'il me donne toujours du tabac (rires). Mais là, il a dit : « Fais-le brûler... Lui il partait dans un village, il allait aider des gens, les gens le connaissaient, c'est du bouche-à-oreille hein! Il n'y a pas de réseau officiel. Ah! Il s'en vient! Ah! Good, je vais y aller. Là ils allaient le voir, il allait voir les gens. Puis il sortait de là avec des couvertures. Du tabac, puis il connaissait les communautés, puis il allait [voir] les défavorisés, puis il allait leur donner ses couvertures. Puis il offrait le tabac à ceux qui étaient là donc c'était comme un échange. Mais aujourd'hui, peux-tu vivre comme ça encore? Moi je pense qu'au niveau de l'esprit, oui. Moi je pense qu'il faut que tu vives encore de

cette façon-là. Mais ça ne veut pas dire que tu ne peux pas avoir des compensations. Je regarde mes anciens, ici, ils ne sont plus capables d'aller à la chasse. Tu vas aller chasser des outardes pour eux, tu vas aller leur donner, ils vont te donner de l'argent. Tu dis : « Non, non, ce n'est pas à vendre. ». « Non, non, ce n'est pas pour acheter, ça c'est pour acheter tes balles. Les balles que tu as prises pour tuer l'outarde je te les paie. » C'est bien différent de dire : « Je vends mon outarde. » » (Membre de la communauté 58).

Il ajoute que cette approche par don crée une relation de guérison différente avec les personnes qui viennent consulter un détenteur du savoir en MT.

« Je pense que quelqu'un qui a des connaissances médicales, il est fait pour guérir, il est fait pour aider des gens. Donc ils ne devraient même pas se poser de questions sur ça. Aujourd'hui, c'est un métier être médecin, être infirmière, tout ça. Ça, c'est correct. Mais quelqu'un qui est de la médecine traditionnelle... Comme je vous ai parlé la dernière fois de la connaissance que j'avais, le monsieur de l'Alberta, il ne faisait pas ça pour l'argent. Puis il ne fallait pas qu'il fasse ça pour l'argent, parce que ça allait tout complètement briser son approche envers les personnes. » (Membre de la communauté 58).

Par contre, avec l'économie actuelle, les dons ne sont plus suffisants pour vivre (Hill, 2003). Un Aîné confirme qu'il refuse qu'on le paie pour ses services ou ses plantes, mais il accepte les montants qui couvrent les frais accessoires comme le gaz pour extraire l'huile de queue de loutre.

Les difficultés rencontrées dans cet exemple de tentative de combinaison entre la MT et la MA ont fait que la proposition de l'Association du Parc Sacré d'offrir des consultations dans le local dédié à la MT a été refusée. Ce local sert désormais comme un bureau de consultation pour les services courants. Néanmoins, la médecine traditionnelle est encore pratiquée dans la communauté.

4.6. Modèles émergents et proposés par les participants

4.6.1 Émergence du modèle du patient coordonnateur

Les contraintes au niveau de la pratique professionnelle et de l'administration du centre de santé peuvent être surmontées en laissant le choix au patient de coordonner ses propres soins.

« Bien moi je dirais qu'on s'en remet encore à l'individu. Est-ce que l'individu veut avoir un traitement qui va inclure ça ou qui ne veut pas l'inclure (la médecine traditionnelle). Puis je pense qu'il faut toujours avoir au cœur la personne. Moi je vois le Centre de santé, ou nous autres, comme on l'accompagne dans sa guérison. Donc si elle souhaite avoir des médicaments ou elle souhaite se faire guérir de façon plus traditionnelle, bien je pense que ça revient au choix de la personne. Mais là encore, on est encadré par des lois, on est encadré par des normes professionnelles, qui même au niveau de l'individu, des fois, il n'y a peut-être même pas ce choix-là. Je pense à un refus de traitement... des fois, on n'a pas toujours le choix... Puis il ne faut pas voir comme vouloir la médecine traditionnelle, comme un refus de traitement, mais ça peut être interprété comme ça, parce que tu manques de preuves scientifiques. Mais moi je pense qu'il faut se remettre au cœur, c'est le client. Qu'est-ce que lui, il souhaite, puis je ne pense pas que le Centre de santé ne puisse pas accompagner. On est pris dans un cadre législatif, on est obligé de donner certains services, mais ça ne nous empêche pas peut-être de donner les autres aussi, si c'est ce que la personne souhaite. Mais il y a toute la question des enjeux presque éthiques puis de valeur... quand on parle de mourir dans la dignité, refus de traitement... C'est des réflexions à avoir. » (Administration/gestionnaire 55)

4.6.1.1 Choix du traitement

Le choix du patient est influencé par des critères subjectifs tels que ses croyances et valeurs personnelles ainsi que par des critères objectifs tels que la nature et la gravité du problème de santé. En effet, la décision peut se baser sur ses **valeurs** notamment si le patient ne connaît pas la médecine traditionnelle, comme en témoigne un membre de la communauté :

« Il y a un coup de dés à faire, parce que la connaissance je ne l'ai pas tant au niveau de la médecine occidentale que de la médecine traditionnelle. Je n'ai pas assez de connaissance pour comparer les deux. Je sais que la médecine occidentale peut être super efficace, mais je pense que c'est un jugement de valeur en quelque part aussi. Comme quelqu'un qui va décider de ne pas avoir de chimiothérapie ou de vaccin. La personne va faire un choix de valeur, même si elle sait que ça peut être efficace. Mais si on a les deux choix, puis qu'on a l'information nécessaire, puis qu'il y a les personnes compétentes nécessaires, moi sans hésiter, j'irais vers la médecine traditionnelle, parce que c'est quelque chose qui me parle plus, ça me fait bien me sentir juste de savoir que je me fais soigner avec la médecine traditionnelle, donc déjà là ça a un effet positif. » (Membre de la communauté 33).

Ce choix peut être influencé par les **préférences personnelles**, certains associant la MT aux remèdes naturels en opposition aux médicaments chimiques et transformés. Et ils préfèrent

la médecine traditionnelle parce qu'ils croient que c'est plus naturel. Comme un jeune rapporte :

« C'est sûr que moi j'aimerais que tu aies le choix. Que t'aies le choix de soit passer par la médecine traditionnelle ou passer par la médecine moderne. Je pense que c'est au choix de la personne. Mais si ça serait mon choix à moi, c'est sûr que je prendrais la médecine traditionnelle dans le meilleur des cas. (Parce que) c'est naturel. Ton corps il est fait pour ça. Tandis que des fois par exemple ma mère l'autre jour c'est un peu extrême, mais je lui ai dit : « si j'ai le cancer, les affaires de chimio je n'en veux pas de ces cochonneries-là. C'est tellement chimique et tout ça moi je n'en veux pas ». Elle dit «voyons toi». Je lui ai dit «non je n'en veux pas». Moi ces affaires-là je n'aime pas ça. Puis c'est pour ça que je dis s'il y avait un moyen au niveau traditionnel c'est sûr que je prendrais ça. Je trouve que c'est déjà plus normal, plus naturel de passer par là. » (Membre de la communauté 26)

Ce choix peut aussi être influencé par des **expériences passées** négatives avec le système de santé allopathique. Par ailleurs, certains Aînés croient que la MT est meilleure pour leur santé que la médecine allopathique.

« La médecine traditionnelle, c'est meilleur un petit peu, que les médicaments, parce que moi j'en prends des médicaments, puis ça ne me guérit pas. Bien je veux dire pour mon mal de dos, pour calmer ma douleur, il n'y en a pas. Comme les anti-inflammatoires ça ne marche pas. Moi ce qui me soulage, c'est les calmants, ce n'est pas bon, ce n'est pas fait pour... Ce n'est pas un truc qu'il faut prendre à long terme. On risque d'être accroché avec ça. Moi j'ai pris ça, à un moment donné, puis je suis resté avec ça, le calmant... » (Détenteur de savoir en MT 52)

Mais le choix entre les deux médecines dépend aussi de la **cause** du problème.

« Mettons quelqu'un, il se réveille le matin : « Ah! j'ai mal au dos. ». Puis là, il est resté avec ça. Il s'est réveillé de même. Alors c'est la gomme d'épinette... Si mettons quelqu'un, comme moi, c'est un coup que j'ai eu, parce que moi, je vais continuer à prendre des calmants, ça me soulage, mais c'est dangereux. J'ai besoin qu'on me soulage, ça va tu me soulager? Je ne le sais pas, je n'ai aucune idée, parce que c'est un coup que j'ai eu. Un disque écrasé. » (Détenteur de savoir en MT 52).

En addition aux critères subjectifs, des critères objectifs influencent la décision du patient. Certains associent **la médecine traditionnelle aux cas légers, aux traitements des maladies chroniques, à la santé mentale**. La directrice du centre des Aînés :

« Je pense que les maladies chroniques, diabète, maladie pulmonaire, ou peut-être même des maladies de peau, ou peut-être même au niveau de la santé mentale, mais léger (...). Peut-être de dépression, et tout ça. Ça pourrait bien convenir à la médecine traditionnelle. Tandis que d'autres choses, comme les problèmes plus... Le cancer, tout ce qui nécessite des interventions chirurgicales, ou vraiment, des gros problèmes de santé mentale, schizophrénie et tout ça, c'est peut-être pas assez fort comme médecine, la médecine traditionnelle. » (Administration/gestionnaire 47).

Une professionnelle de la santé concevrait la MT dans le traitement de problèmes mineurs sans diagnostic médical comme la constipation.

« La médecine traditionnelle serait pour des choses mineures. Je pense pour les, justement, pour la constipation. Ils font des brûlements d'estomac ou des choses qui n'ont pas de diagnostic. Justement les infections d'urine... Moi, je vois des choses comme ça. Et, quand t'es vraiment rendu dans le pointu... Bien moi, c'est rare qu'on va y aller soigner un diabète chez les enfants avec des plantes. » (Professionnel/intervenant 64)

Une intervenante du centre de santé ajoute que les deux médecines ont leur place, mais pour la **santé mentale**, la MT semble avoir un rôle plus important à jouer.

« Je pense pour tout ce qui est santé mentale je pense que la médecine traditionnelle a vraiment sa place. Médecine physique, tout ce qui est problème de santé physique, il y a assurément des traitements qui peuvent aider. Je vous dirais à mon avis, je ne crois pas qu'on puisse traiter un cancer des os avec la médecine traditionnelle. Même si on a la meilleure purification, même si on a le meilleur traitement, je ne crois pas. Il reste que la médecine moderne a sa place. La médecine traditionnelle a une place à prendre. » (Professionnel/intervenant 67)

Les services en santé mentale sont déjà combinés avec la MT. Par exemple, au centre de santé, un programme pour les anciens pensionnaires des écoles résidentielles a commencé en 2014⁴⁰. Dans ce programme particulier, l'approche de la MT est utilisée par l'intervenante.

⁴⁰ Pour le programme réservé aux anciens pensionnaires, l'intervenante en charge de ce programme a établi un partenariat avec un fournisseur de soutien culturel de la communauté qui offre le service d'une tente de sudation. Le fournisseur de soutien culturel est le terme employé par Santé Canada dans le programme de résolution des questions des pensionnats indiens. De plus, des activités de ressourcement psychologique sont organisées en forêt.

Il y a aussi l'exemple du centre Wapan⁴¹ qui est un centre de réadaptation destiné à plusieurs Premières Nations, dont celle de Mashteuiatsh. Un centre qui combine l'approche des Alcooliques Anonymes avec la spiritualité autochtone.

La MT avec la composante culturelle pour la santé mentale permet de traiter la source du problème et ne pas traiter juste en superficiele.

« Pour des thérapies, par exemple. Plus pour des thérapies, au niveau de la consommation, parce que c'est plus au niveau des cercles de partage qui se passent. Ou des, je pense qu'il y a un... Ils les mettent dans d'autres communautés. C'est plus au niveau (des thérapies) pour arrêter de consommer. Je pense que c'est basé plus ... l'approche est plus au niveau autochtone. Parce que c'est plus au niveau culturel. Ça y va vraiment avec l'âme, et pas juste santé, de guérir le problème. Ça y va, des fois, plus loin. C'est le problème, des fois, il est beaucoup plus loin. Fait qu'ils y vont avec les choses qu'ils utilisent, la sauge, les purifications, les tentes suantes, les choses comme ça. »
(Professionnel/intervenant 64)

Quant à la MA, elle est associée aux cas **sévères ou aux interventions urgentes et immédiates**. En effet, un membre de la communauté rapporte que la MA agit plus rapidement que la MT. Donc dans le cas d'une situation urgente, la MA est suggérée :

⁴¹ Le centre Wapan construit en 1990 est un centre de thérapie fermée de 34 jours pour les gens aux prises avec des problèmes de dépendance. Il est celui situé le plus proche de Mashteuiatsh. C'est une organisation qui joint la philosophie des alcooliques anonymes (AA) avec la spiritualité autochtone. La philosophie des AA est adaptée en incluant la spiritualité autochtone (Bousquet, 2005). « Au début de l'année 2014-2015, le centre s'est adjoint les services de la Firme GRIPMA pour l'application d'un plan d'action visant à implanter un nouveau programme, celui-ci basé sur le modèle des douze étapes AA et intégrant le volet culturel des Premières Nations.» (Centre de réadaptation Wapan, 2016b, p.9). Les activités traditionnelles sont encouragées telles que les tentes de sudation, les cercles de parole et l'artisanat. D'ailleurs, une tente traditionnelle est construite à l'arrière du centre.

Le centre Wapan provient d'une initiative fédérale combinant la médecine traditionnelle et la médecine allopathique qui a débuté en 1990 pour répondre à un problème social important, les problèmes de dépendance. Santé Canada dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'Alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) finance alors la création de centres de réadaptation dont le centre Wapan qui dessert la population de Mashteuiatsh. Il fait partie d'un des six centres de réadaptation au Québec dédié à une clientèle autochtone. Il vise à offrir des soins holistiques et adaptés à la culture de leur clientèle. « Lorsqu'une personne décide de participer au programme, elle accepte de respecter l'éthique du cercle et la discipline et valeurs de groupe, établies par le centre.» Il dessert également les communautés Abénaquis, Attikamekw, Hurons-Wendats et Innus. Plus précisément, les communautés de Wemotaci, Opitciwan, Manawan, Essipit, Wendake, Wolinak, Odanak et Mashteuiatsh.

« Si ça saigne abondamment puis que tu n'as pas ce qu'il faut, tu n'iras pas prendre le chemin le plus long (médecine traditionnelle), parce qu'il faut que tu prennes le raccourci (médecine allopathique). » (Membre de la communauté 46).

Un jeune de la communauté donne l'exemple d'une rate perforée qui ne peut pas être soignée rapidement par la MT.

« Quand t'es en forêt. Tu ne peux pas rien faire. Puis tu sais c'est beau les plantes médicinales, mais quand tu as une rate explosée tu ne peux pas faire grand-chose. » (Membre de la communauté 26).

Le choix entre l'utilisation de la MT et de la MA dépend aussi de **l'accessibilité des médecines**. Par exemple, dans le cas d'une entorse faite en forêt, un membre de la communauté rapporte qu'il resterait en forêt. Mais il ne prend pas la même décision dans le cas d'une fracture, il se dirigerait vers le centre de santé pour obtenir des soins.

« Je ne descends pas dans la communauté pour une entorse. Pour une cassure, c'est différent, mais pour une entorse, je vais m'organiser pour rester en forêt. Pour aller chercher ce que j'ai besoin. » (Membre de la communauté 46).

Le choix peut se baser sur la **connaissance** du patient sur la médecine traditionnelle. Certains utilisent d'emblée la médecine traditionnelle dans les cas où ils savent comment traiter le problème. En effet, ce choix est possible si l'individu a aussi un territoire où s'en procurer. Comme le rapporte une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan:

« Si ... tu connais des choses par rapport à ça [à la médecine traditionnelle], puis que t'as quelque chose [problème de santé], que [tu sois] capable d'utiliser. Comme moi, demain matin, je sais que la menthe, ça m'aide à digérer, puis que le thé du Labrador ça m'aide aussi à dormir, et tout ça, bien je suis autonome. Ça veut dire que je n'ai pas été voir un médecin, j'ai pas été voir le pharmacien, je n'ai pas dépensé d'essence pour aller à la pharmacie, j'ai peut-être dépensé de l'essence pour aller chercher du thé du Labrador, parce que moi je ne peux pas en cueillir, il faudrait que j'aie un terrain⁴², mais je n'en ai pas. Donc, c'est une forme d'autonomie. » (Administration/gestionnaire 32).

⁴² Terrain, ici, désigne le terrain de chasse familial. Il est à noter que les membres de la Première Nation a accès à l'ensemble du territoire ancestral.

4.6.1.2 Différentes trajectoires de soins

Les patients empruntent différentes trajectoires de soins émergeant de l'utilisation coordonnée par le patient de la MT et de la MA. Les trajectoires ne sont pas en silos. Il se peut pour un même épisode de soins que le patient choisisse plus d'une trajectoire (voir figure 6). Les trois principales trajectoires sont :

1. Consulter en premier lieu la MA et **quand la MA ne fonctionne pas**, ils s'orientent vers la MT pour explorer d'autres traitements. Par exemple, une autre membre de la communauté souffrant de sévères problèmes dermatologiques et voyant que la MA n'aidait pas, elle a choisi d'autres médecines comme l'acupuncture.

« Si c'est récurrent, tu dis : « Ah! ça se répète, puis cette médecine moderne ne m'a pas aidé. Donc je vais aller à la forêt, je vais aller chercher ce que j'ai besoin. »
» (Membre de la communauté 46).

Un détenteur de savoir en MT témoigne de son expérience :

« J'avais 20 ans à peu près, et puis je me brûle les doigts. Et puis à ce moment-là, je vais voir le docteur. Le docteur me donne toutes sortes de pansements là-dessus, pas capable de me guérir, ça ne veut pas guérir. Et puis à un moment donné, bien, on me donnait une poudre aussi. C'est le médecin qui me recommande de mettre une poudre là-dessus. Qui ressemblait à je ne sais pas, de la poudre de sang. Je ne savais pas trop c'était quoi cette affaire-là. En tout cas, je n'ai rien compris. Et puis c'est que moi, bien, je croyais beaucoup à la médecine [traditionnelle] que les gens se servaient, que moi j'avais déjà vu. Je vais voir un de mes amis, et puis il me recommande de mettre de l'écorce de sapin sur ma plaie avec de la résine de sapin. Croyez-moi ça a guéri, et puis je n'ai pas perdu mon travail à cause de ça, je suis allé travailler et puis là-bas, dans mon travail, à tous les soirs je changeais mon pansement, du sapin, il y en a partout ici. Donc là-bas j'avais toujours un morceau d'écorce de sapin frais, à mettre dessus, et puis ça a guéri, juste avec le sapin. La résine de sapin et l'écorce que j'enveloppais mon doigt avec ça. C'était quand même une grosse brûlure. » (Détenteur de savoir en MT 57)

2. Consulter en premier lieu la médecine traditionnelle et **quand la MT ne fonctionne pas**, ils se dirigent vers la MA.

« S'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, puis j'ai essayé une telle plante, puis j'essaie une nouvelle plante, je n'irai pas essayer une troisième plante, parce que je vais en avoir trop dans mon corps, puis je m'aperçois que les deux plantes que j'ai utilisées ça ne fonctionne pas, là, il y a quelque chose qui va m'allumer. Je

ne persisterai pas dans ça, je vais descendre, je vais aller à la clinique. » (Membre de la communauté 46).

Ou encore l'expérience d'un père qui utilise la MT sur son fils pour traiter une otite, mais vu que cela n'a pas fonctionné, il s'est dirigé vers les services de santé.

« J'avais donné de la graisse de queue de loutre à mon garçon, une fois. Puis on s'est fait chicaner là... Le médecin, elle était vraiment fâchée! « C'est quoi qu'il a dans l'oreille? » « Bien on a essayé ça, ... on en a mis, mais finalement, ça n'a pas guéri, cette fois-là... » Elle était très fâchée. Elle a donné l'antibiotique pendant 10 jours. Ça a guéri après ça. Est-ce qu'il était trop avancé? C'est pour ça que ça n'a pas marché? Je ne le sais pas. Bien c'est sûr que c'est une jeune médecin, c'était quasiment avoir voulu empoisonner mon garçon, c'était très raide comme commentaire. Ils ne pouvaient pas s'imaginer qu'on puisse essayer ça. Pour elle c'est de la sorcellerie pratiquement, de la manière que j'ai compris. Fait que non, c'est sûr que c'est tannant de se faire ramasser de même. Mais ma grand-mère m'en a mis, puis je ne suis pas mort, puis ça a guéri. » (Administration/gestionnaire 42)

Ou une membre de la communauté a perçu que son corps ne réagit plus de la même manière à partir d'un certain moment d'utilisation de la médecine traditionnelle

« Quand j'étais plus jeune, j'essayais tout le temps de me guérir le plus possible... Mettons, le médicament, c'était la dernière option. Quand j'étais plus jeune. Puis aller jusqu'à, mettons, je vous dirais, je n'ai pas l'âge exact, mais aller jusqu'à l'âge de début quarantaine. Puis là, à partir de là, je vais l'avouer c'est comme si la partie qui est médicament est obligatoire. Donc je n'avais pas le choix d'être à la cortisone orale. Puis, j'avais essayé d'autres choses avant. J'avais essayé l'aloès. Donc, à partir de 40 ans, on dirait que la partie traditionnelle a pris un peu le bord. Puis la médecine contemporaine, elle a pris plus de place, parce que la médecine traditionnelle ne faisait pas la *job*. » (Membre de la communauté 32)

Certains professionnels de la santé croient également que l'utilisation de la MT plus « naturelle » pourrait être la première option si des données probantes appuyaient cette pratique. Parce que la MA ne soigne pas tous les problèmes de santé. Néanmoins, la décision du patient de choisir la MT doit être respectée. Et si la médecine traditionnelle ne fonctionne pas, la MA pourrait alors être utilisée.

« Bien, essayer au naturel avant. S'il y a des preuves de tout ça (la médecine traditionnelle). Puis après, y aller avec les médicaments, mais il y en a tellement qui sont comme moi. J'en ai une cliente, elle est contre la vaccination. ...Je la respecte là-dedans... Elle est allée avec les plantes, ces choses-là. Je dirais la médecine traditionnelle, vraiment, en premier. En premier, tu l'essaies, puis si ça

ne marche pas, bien, on y va avec la médication, avec la médecine moderne. Parce que c'est sûr que si ça soigne, ça peut enlever plein de médicaments que le monde prend, bien tant mieux! Les compagnies de pharmacie se font tellement d'argent, ça n'a pas de bon sens. Moi, je pense qu'il y a une limite (dans la médecine moderne pour guérir quelqu'un complètement). C'est ma perception. » (Professionnel/intervenant 64)

3. Consulter la MA avec la MT en **complément**. Un coordonnateur de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan rapporte :

« Bien je pense qu'on ne peut pas remplacer la médecine, la médecine d'aujourd'hui, si quelqu'un a le cancer et tout ça, bien c'est sûr qu'il va le voir à la machine là-bas, puis il n'a comme pas le choix, mais par contre, est-ce que je peux avoir quelqu'un à côté qui va me permettre de me donner des tisanes pour me remonter... Mais il va falloir que j'y aille quand même ... Eux autres, d'après moi, Roberval... Ils ne voudront même pas le noter... Est-ce que ça se note au dossier que j'ai pris de la tisane hier... Pour eux autres, c'est comme... Je ne pense pas que [ce soit] un facteur influent sur la guérison... Bien ça donne de l'énergie, puis il y a des remèdes qui sont très forts. » (Administration/gestionnaire 42).

Il n'est pas toujours évident pour les parents d'un enfant malade de combiner les deux médecines. Les parents essaient la MA et ajoutent des remèdes traditionnels que ce soit sous forme spirituelle ou de tisane ou de parties animales. Pour l'otite, les parents ont utilisé l'huile de queue de loutre sans problème. Mais pour la tisane qui vise à renforcer le système immunitaire, les parents ont demandé la permission du médecin. C'est une situation où la MA n'a pas de traitement, même les professionnels permettent l'utilisation de la MT si cela procure un bien-être au patient.

« Si on prend notre garçon justement qui a été très malade. Notre garçon est tombé dans le coma il y a presque 2 ans. Puis il a été transféré d'urgence à Québec, il a été réanimé quelquefois en route, on a passé 3 mois à l'hôpital avec notre garçon, puis quand il était dans le coma les médecins nous ont rencontrés pour nous dire qu'il fallait penser aux soins palliatifs. Ça faisait 48 heures qu'il était tombé malade, puis moi je n'ai pas voulu. Moi je savais que mon garçon était fort puis qu'il allait s'en sortir. À un moment donné, on était allés au zoo puis il y a comme une plume qui est tombée à côté de notre garçon, une plume d'aigle. Fait que je l'ai pris puis je l'ai gardée. Puis quand notre garçon est tombé malade, on a beaucoup prié avec sa plume puis on a beaucoup fait de chants de la loge aussi. Puis tous les matins, je passais sa plume sur tous ces membres. Puis je priais en même temps parce que notre garçon en fait il aurait été supposé d'être amputé. Au début c'était une main, les orteils, un pied... Donc avec la plume je la passais comme plusieurs fois quand même dans la journée là puis je priais en même

temps. Donc on travaille quand même beaucoup avec ça nous autres. Puis notre garçon on soigne souvent ces otites avec de l'huile de queue de loutre, notre bébé aussi, il a tendance à faire des otites aussi. Notre garçon n'en fait plus là parce qu'ils lui ont mis des tubes. Ça a toujours été un débat entre la médecine moderne versus la médecine traditionnelle. Ça a été une chicane à Québec la première fois parce que le médecin voulait lui mettre des tubes, mais moi dans ma tête les tubes il faut toujours faire attention à l'eau puis il ne peut pas se baigner même son bain, ça devient compliqué de lui laver les cheveux, donc je ne voulais rien savoir. Assez qu'il a fallu appeler à monsieur X puis monsieur X m'a dit de faire confiance à la médecine moderne. J'ai fait OK. Finalement ils lui ont installé des tubes, mais je les avertis, s'il refait une otite là, oubliez ça il n'en aura plus jamais de tubes. Il les a eus 1 an et 3 mois puis il n'a pas fait d'otite depuis ce temps-là. Quand il a perdu ces tubes, il a refait une otite. On remet des tubes parce qu'on ne peut pas prendre de risques à ce qu'il soit malade; il faut mettre toutes les chances de son bord. Donc la période il a été un 3 mois sans avoir de tubes puis il nous a fait 2 otites ... Donc à la fin on mettait de l'huile juste pour dire... ne pas prendre de chance là. Quand notre garçon est sorti de l'hôpital, on a fait faire une tisane. En fait j'ai rencontré les Aînés, j'étais allée à une de leurs rencontres puis je leur avais demandé pour la tisane pour éviter que notre garçon tombe malade. J'ai plus confiance dans ça que dans tous les produits qu'on a été obligés de lui donner. À un moment donné ça avait plus de bon sens, on avait une douzaine de médicaments différents à lui donner. C'est terrible ça ne finissait plus là fait que je suis allée voir les Aînés puis madame X nous avait fait une tisane. Il prenait des médicaments aussi, mais on avait déjà fait le **test** sans la tisane avant, parce que ça a quand même pris du temps avant qu'on commence la tisane. Donc juste avec les médicaments il avait quand même un rhume. On est sorti au mois de mars il y avait encore des rhumes, puis la grippe, puis il tombait encore malade, puis on se ramassait encore à l'hôpital pendant une semaine parce qu'il avait fait de la température un peu. Donc après ça on a commencé la tisane, on lui a donné pendant 6 mois tous les jours puis il n'est pas tombé malade une seule fois dans ces 6 mois-là. C'est là que le médecin a vu la différence. Il a dit ce qu'on pouvait faire de bon pour lui ... On lui avait demandé la **permission** parce que justement il avait beaucoup de médicaments puis on ne voulait pas qu'il y ait de contre-indications. Il nous avait demandé ce qui allait avoir dedans fait qu'on lui avait dit ce qui avait dedans, mais pas en quelle quantité, dans quoi. Fait que... puis il avait dit OK de l'essayer. Qu'on n'avait rien à perdre, c'est pour ça qu'on l'a fait. Cet hiver on a regretté de ne pas avoir demandé encore de la tisane parce qu'il a eu des rhumes encore assez souvent. » (Administration/gestionnaire 38)

Les parents ont encore de la difficulté à faire confiance à la MA, mais ils reconnaissent le potentiel de guérison sur leur enfant.

« Ils (la médecine allopathique) n'ont pas la science infuse. Mais moi la façon de voir c'est vraiment ça. Je ne peux pas me dire qu'ils ont la réponse à tout, qu'ils ont raison dans tout parce qu'ils se sont trompés la première fois pour les soins palliatifs de mon garçon. Donc je ne peux pas passer à côté de ça. Si j'avais

accepté son diagnostic à ce moment-là mon garçon ne serait plus là aujourd'hui. Fait que moi oui je garde toujours ça en tête, j'ai toujours une petite réticence par rapport à ça, mais je sais aussi sans la médecine contemporaine mon garçon ne serait pas là non plus. Parce que ses reins ont arrêté de fonctionner, il a eu de la dialyse, il a eu des transfusions de plaquettes, de sang, il a des ponctions lombaires, ponctions de moelle osseuse à chaque année pour voir l'état de la moelle et si ça semble avoir fonctionné. Il a besoin d'enzymes pour digérer sa nourriture parce que son pancréas n'en produit pas suffisamment. Donc, en même temps faire confiance à la médecine contemporaine, il en prend beaucoup puis on passe environ une semaine aux 2 mois à Québec, à voir la vingtaine de spécialistes qui suivent notre garçon. Puis il a subi plusieurs opérations à travers tout ça avec les risques d'infection puis toutes ces affaires-là. J'ai une réticence, mais je fais confiance. » (Administration/gestionnaire 38)

Figure 6. – Schéma des trajectoires de soins possibles du patient

4.6.1.3 Précautions prises par les patients qui combinent les deux médecines

Certains membres de la communauté utilisent à la fois la MT et la MA. Ils sont soucieux des **risques d'interaction médicamenteuse**. Chacun le vit différemment et peu parlent à leur médecin de la prise conjointe de deux thérapies. Un membre de la communauté rapporte :

« Il faut dire [aux jeunes] aussi qu'il peut y avoir des contre-indications pour telle médecine. Si vous prenez une petite pilule, un médicament pas traditionnel, contemporain, aujourd'hui, de la médecine. Il ne faut pas faire des mélanges, c'est ça qui est dangereux. C'est le même principe quelqu'un qui est cardiaque, il y a des herbes que dans la médecine je ne peux pas utiliser. Parce que ça peut me

causer plus de tort que de bien. Parce que je sais où je suis rendu dans ma santé, donc je vais éviter ces plantes-là, parce qu'elles vont être néfastes pour moi. » (Membre de la communauté 46).

Quant à une Aînée, elle écarte la prise des médicaments et de sa tisane, comme elle nous le témoigne :

« Je prends des deux (médecines). (rire), Mais je ne prends pas en même temps. Mes pilules, je le prends le matin. Puis la tisane, je la prends vers 10h, l'avant-midi. Puis après ça dans l'après-midi, je prends (encore) ma tisane. » (Détenteur de savoir en MT 49).

Un autre Aîné exprime son souci de respecter les contre-indications rattachées au Coumadin tel qu'éviter de consommer des aliments verts :

« Je continue à les prendre [les médicaments dans le bois]. Mais maintenant, si je veux aller prendre une tisane, Je regarde la tisane, elle est rouge! « Ah! parfait, j'ai dit, pas de problème, elle n'est pas verte. » (rire), Mais je ne prends pas un verre, j'en prends à peu près ça dans le verre. Juste pour y goûter. Là je pense à ça, j'ai dit : « Aïe! La feuille est verte. Là je viens d'aller contre mes indications que j'avais dans la prescription." Mais juste le fait de penser à ça, ça dérange déjà. Ça affaiblit une personne. Si tu penses à ça négativement. Au lieu de penser positivement, non, ce n'est pas un problème, je suis capable de passer à travers ça. Moi je dis, la moitié de notre guérison, ça vient d'ici... de la tête, oui. Ce qu'on pense... » (Détenteur de savoir en MT 57).

Un membre de la communauté fait ses propres ajustements quand il prend les deux médecines :

« Parce qu'avec les prescriptions que moi je reçois, puis je sais qu'il ne faut pas que je les mélange avec ça. Comme les pieds de bleuets, je le sais qu'il est compatible avec ce que je prends. Ça, c'est bon. Parce que je l'ai testé avant. Aussitôt que j'ai eu le diagnostic diabétique là, ça je le savais que la médecine de la racine était bonne pour le diabète. Parce que Jeanne me l'a expliqué. Mais aussitôt que j'ai eu ça, j'ai dit : « Je vais le tester avant." Si j'ai quelque chose qui ne marche pas, si mon taux est trop monté ou trop bas, je l'ai testé, 3, 4 jours, puis là je prenais mes tests sanguins. Puis je les testais..., à un moment donné quand je suis monté à 12, 13, j'ai dit : « On va faire une autre tisane. ». Parce que je vais voir si c'est bon. Quand ça fait 2, 3 jours que tu as 12, 13, tu n'as même pas baissé. Puis tu essaies la racine, tu t'aperçois elle tombe à 8, elle tombe à 7, alors c'est bon. Jusqu'à temps qu'elle tombe à 5. Quand elle tombe à 5, moi j'arrête. T'sais je le sais que si j'en prends trop, je risque de tomber peut-être dans le coma. » (Membre de la communauté 46).

Par ailleurs, il comprend le mélange des deux médecines de cette manière :

« Tu es libre de prendre la médecine moderne, ou tu es libre de prendre la médecine traditionnelle. Mais si tu combines les deux, il faut que tu respectes ce qui est néfaste parce que tu ne peux pas combattre avec les deux. Parce que dans le corps, ça va faire un bombardement. C'est comme une bombe nucléaire qui va éclater. » (Membre de la communauté 46).

Un membre de la communauté par peur d'abuser des médicaments, respecte la prescription médicale, mais il utilise la MT pour ajuster sa glycémie :

« (ma glycémie varie) entre 5 et 7. Mais quand je m'aperçois qu'elle est en flèche, elle monte à 12, 13, là je monte en forêt puis je vais chercher ce que j'ai besoin. Là je fais descendre (la glycémie). Quand elle descend, j'arrête! J'arrête, parce que ça peut faire l'inverse aussi. Il faut respecter le dosage puis comme le médecin qui nous donne une prescription, il faut la respecter la prescription. En tout cas, moi je ne joue pas avec ça là, parce que moi, les médicaments, j'ai peur de ça. » (Membre de la communauté 46).

Il précise que ce soit la MT ou la MA, le dosage est important :

« Moi je respecte toujours les dosages, même en forêt traditionnelle, si les grands-parents à l'époque, ils disaient : « Ah! ça, c'est bon, mais il faut que tu en prennes juste 4 jours. ». Je ne prendrai pas 5, 6, 7 jours, s'ils m'ont dit 4 jours, c'est 4 jours, j'arrête là. Puis c'est là, que si ça ne s'améliore pas, j'arrête une semaine ou deux et je recommence. » (Membre de la communauté 46).

Le patient a la possibilité de coordonner ses propres soins. Il peut alors décider du traitement qui lui convient davantage, mais le choix n'est pas évident par moment.

4.6.2 Modèles organisationnels proposés par les participants

4.6.2.1 Pour rendre la médecine traditionnelle accessible

Offrir le choix au patient peut demander de rendre la MT plus accessible. Pour arriver à cela, un jeune de la communauté suggère que la MT familiale transige vers un service communautaire.

« C'est sûr qu'en ayant une place qui est vraiment pour ça (la médecine traditionnelle), puis que ces gens sont reconnus. Je pense que les gens peuvent avoir déjà plus confiance. Parce qu'actuellement, va voir un tel il fait ça chez lui, puis ce n'est pas sécurisant. Mais en ayant une clinique ou un secteur (dédié à la médecine traditionnelle), ça rassure les gens. C'est lui qui a appris ça il connaît ça, mais anciennement c'était comme ça, va voir un tel c'est le guérisseur de la communauté. Il connaît ça; il va te guérir. Je ne sais pas si on peut en venir à avoir

une place vraiment pour ça. Il y en a (des guérisseurs), mais c'est plus familial. Comme chez nous, l'huile de queue de loutre on va le [celui qui détient le savoir en médecine traditionnelle] voir. Puis ils ont appris ça quand ils étaient jeunes. **C'est surtout familial je vous dirais. Il faut être capable de rendre ça un service communautaire.** » (Membre de la communauté 26).

Plusieurs participants pour rendre la MT accessible proposent le modèle de **pharmacie autochtone** inspirée de celle à Mingan⁴³. Comme le présente une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan:

« Moi, ce que j'ai vu sur la Côte-Nord, c'est une pharmacie autochtone, puis j'ai trouvé ça tellement bien, c'était financé par Santé Canada. C'est à Mingan. Je pense qu'on a des gens dans la communauté qui peuvent contribuer fortement à ça, puis je ne parle pas de gens diplômés, je parle de gens qui ont les connaissances. Ça va être aussi de voir comment on va reconnaître ces gens-là, comment on va leur laisser la place également à ces gens-là. (...)» (Administration/gestionnaire 45).

Parce que l'accessibilité au territoire est limitée, alors avoir des plantes déjà prêtes à utiliser dans la communauté est intéressant. Le groupe fondateur de l'Association du Parc Sacré pense que les plantes médicinales peuvent être offertes comme les pilules de la MA.

« Parce que les Aînés aussi, il y en a plein qui ne peuvent plus aller dans le bois chercher leurs affaires. Il y en a qui peuvent demander à leurs enfants quand ils leur ont montré. Mais il y en a d'autres qui ne l'ont montré à personne, puis qui n'ont même pas d'enfant. Donc c'est sûr que rendre les plantes accessibles, déjà sèches, déjà prêtes, c'est intéressant. Quand tu vas au Centre de santé, puis que tu as besoin de pilules, genre les Tylenol ou bien des condoms. Bien, ils pourraient te donner (des plantes). Ça pourrait même déjà être mélangé. La voisine de ma mère, quand ma mère a eu le cancer, elle lui avait préparé de l'épinette rouge. Elle lui avait amené déjà toute prête dans une bouteille de Pepsi. Tu n'as même pas besoin de savoir comment elle fait. Comme une pharmacie. On pourrait apprendre... tu pourrais avoir différentes affaires pour différents problèmes, disponibles. » (Membre de la communauté 35)

Un jeune va dans le même sens en suggérant que le remède traditionnel soit offert comme les pilules de la pharmacie. Par exemple, avoir des plantes offertes sous forme de capsules ou de pilules.

⁴³ Mingan est une communauté innu située sur la Côte-Nord au Québec

« Je vois le guérisseur nous remettre le remède, parce qu'aller chercher le remède en territoire c'est compliqué. Est-ce la bonne sorte de plantes, c'est tu ça? c'est tu ça? Puis les concentrations aussi, il faut que tu fasses attention, il y des plantes qui peuvent être dangereuses. Donc moi personnellement, je vois que **le remède soit comme les médicaments à la pharmacie**. Tu arrives puis ils te donnent tes pilules, ils sont prêts. Ça serait à peu près le même principe. Pourquoi pas faire des capsules, des pilules à partir des plantes. » (Membre de la communauté 26).

Un membre de la communauté ajoute qu'un détenteur du savoir en MT pourrait travailler dans cette pharmacie. Parce que cette personne pourrait fournir de l'information sur la MT. Les remèdes traditionnels y seraient vendus sous les conseils du détenteur du savoir en MT.

« S'il y avait une pharmacie traditionnelle, ça serait bon. Tu arrives, puis il y a quelqu'un qui peut te référer (à la médecine traditionnelle). Il connaît assez à quoi ça sert, puis en quoi consiste le médicament, ce qu'il peut t'apporter, des choses comme ça. (...) C'est comme un produit naturel. S'il y avait une pharmacie de produits naturels ou un magasin général de produits naturels. Pourquoi, ça ne pourrait pas se vendre? Tu ne peux pas vendre à des prix de fou, mais si c'est raisonnable. Comme dans les pays normaux dans le monde avec des taxes et tout ça! » (Membre de la communauté 27)

Pour la localisation de la pharmacie, il suggère qu'elle soit dans ou à proximité du centre de santé, parce que c'est en lien avec la santé et plusieurs services sont présents géographiquement autour du bâtiment comme l'école, les loisirs, le centre Tshishemishk et le Domaine Kateri ⁴⁴.

« Ce n'est pas obligé (d'être dans le centre de santé), ça serait peut-être à l'autre bâtisse. Peut-être là où il y a le magasin général. Une bâtisse avec quelqu'un qui est consultant, quelqu'un qui est capable de te référer à la médecine traditionnelle. Pour des choses extrêmes, comme une opération, ou des choses comme ça, il peut te référer à une personne qui collabore. (...) La pharmacie peut-être en haut, pas loin du centre de santé. » (Membre de la communauté 27)

Une Aînée suggère aussi que cette pharmacie soit localisée dans le centre de santé, parce que peu importe le choix du patient, les deux médecines lui seraient accessibles. Avoir accès

⁴⁴ Le Domaine Kateri, ou communément appelé les 31 logements, constitue un regroupement de logements pour les personnes âgées de 50 ans et plus autonomes ou semi-autonomes. Les logements sont gérés par Pekuakamiulnuatsh Takuhikan

aux deux médecines dans le même centre véhicule l'image que la MT est équivalente à la MA.

« Si on peut avoir une pharmacie, par exemple, dans la communauté. On pourrait finalement introduire dans la même bâtisse..., avoir une pharmacie (dans le centre de santé), et avoir, d'un côté médecine d'aujourd'hui. À ce moment, si une personne préfère prendre ce médicament, je ne verrais pas pourquoi on ne pourrait pas. (...) J'aimerais fortement qu'on aille plus loin encore à ce niveau-là : Aller chercher comme aujourd'hui, je prends une pilule pour l'estomac, par exemple. Je prends de la savoyane, et c'est au même niveau. C'est exactement la même chose. Parce que, il y a des gens qui ont pris des médicaments pour l'estomac, puis qu'à un moment donné, ils ont pris la tisane de savoyane. Puis ils ont dit : « regarde, c'est l'équivalent. Je n'ai plus mal à l'estomac. » » (Détenteur de savoir en MT 29)

4.6.2.2 Pour combiner la médecine traditionnelle et la médecine allopathique

Le centre de santé offre la médecine traditionnelle

Certaines stratégies pour arriver à un modèle de soins combinés sont présentées. Un membre de la communauté envisage deux possibilités. Une plus « simple » en combinant la MT à la MA. Une autre plus longue qui serait de laisser la communauté décider du développement de l'offre de la MT.

« Il y a un centre de santé, il y a des soins de santé conventionnels, comme on connaît. La façon la plus simple ou la plus rapide, c'est d'amener les services, d'intégrer les services de médecine traditionnelle aux services qu'il y a présentement. Donc c'est une adaptation de la médecine traditionnelle au contexte présent, mais je pense qu'il y a moyen de faire une certaine adaptation de ce qui existe au niveau du centre de santé ou au niveau de la médecine conventionnelle pour qu'elle s'adapte aussi. Je pense que ça doit se faire dans les 2 sens, puis éventuellement si on prend cette route-là, ça serait d'offrir des infrastructures, d'offrir des infrastructures, puis des structures qui permettraient justement à la médecine traditionnelle d'être pratiquée comme elle devrait être pratiquée et pas selon un cadre déjà en place. Et il y a peut-être la route la plus longue qui pourrait être de ne pas passer par le centre de santé et attendre qu'on puisse le faire, comme ça doit être fait pour que ce soit plus complet comme approche. Mais sinon, tu peux avoir le point de vue, tu prends la plante, puis tu soignes avec, comme tu prends une pilule et tu soignes avec. C'est quelque chose qui peut se faire au centre de santé. Je pense au plus simple, c'est de savoir si on respecte comment c'est fait, comment ça doit être fait (...) Plus douce pour les gens plutôt que de mettre ça dans un contexte où on offre quelque chose de totalement nouveau dans un contexte totalement nouveau. » (Membre de la communauté 33)

Il explique qu'offrir la MT dans le centre de santé est plus simple, parce que le centre de santé a déjà une vocation de soigner et symbolise la MA. Cette organisation est perçue comme une garantie de qualité et d'efficacité appuyée par les preuves scientifiques. De plus, comme toute la communauté connaît le centre de santé, les gens de la communauté seront plus confiants dans la MT.

« Je pense que les gens sont habitués à utiliser le centre de santé, d'utiliser les services qu'on connaît. Donc si c'était intégré à ces services, je pense que ça faciliterait la transition pour les gens, pas nécessairement la tradition, mais les gens vont pouvoir le voir dans un contexte à l'aise. Puis, si c'est fait par le médecin de la place, par les infirmiers de la place... des gens avec qui on est habitué de se faire soigner, et que les autres puissent appliquer sous supervision d'un guérisseur, par exemple; ça pourrait rassurer et mettre les gens en confiance. Quand on arrive dans une salle à l'hôpital ou au centre de santé, il y a toujours des dépliants, de l'information, il y a eu de la recherche qui s'est faite là-dessus, il y a une pratique. Ils savent ce qu'ils vont faire. Je pense que d'avoir de l'information, un beau poster, je pense que pour les gens... même s'ils ne lisent pas l'information, c'est symbolique. Ils sont dans un milieu où il y a cette connaissance qui est appliquée. Ce n'est pas quelque chose que tu sors en dessous du comptoir « regarde, on a ça aussi ». C'est moins clandestin. Mais de traiter cette médecine-là au même titre que la médecine occidentale, pas comme « ah, on n'a peut-être ça aussi comme option. » La traiter au même niveau, puis de l'amener comme quelque chose qui est aussi efficace, qui est aussi connu, qui est aussi sécuritaire. C'est sûr que ça met les gens en confiance. Si je me dis « ah moi, je connais quelqu'un qui est capable de faire une tisane, qui est capable de faire un cataplasme, puis il faut aller chez lui, ils vont aller cueillir ça et ils vont faire une recette » c'est pas comme aller se faire soigner par quelqu'un en sarrau dans un centre de santé qui va t'apporter des soins...que tu es habitué d'avoir. » (Membre de la communauté 33).

Par ailleurs, une offre combinée dans le même lieu procure au patient un espace pour choisir la médecine qu'il souhaite. Les deux médecines pourraient travailler en partenariat. Et comme le souligne un membre de la communauté, la présence des deux médecines dans le même environnement montre symboliquement que les deux travaillent ensemble.

« Je le verrais carrément dans les mêmes structures que la médecine contemporaine. Où est-ce que les uns et les autres peuvent dire au patient « Regarde, voici ce que la médecine contemporaine peut faire pour toi. Et voici ce que la médecine traditionnelle peut faire pour toi. » Que chaque personne, ou peu importe où elle a choisi d'aller, me donne l'information que je puisse avoir le choix. Puis voilà, que ça soit, comme je disais tout à l'heure en partenariat avec ce qui existe aujourd'hui. Que ça soit la même chose [au niveau de la médecine

allopathique], mais tu as le choix. Dans le même secteur, peut-être un bâtiment séparé, mais dans le même secteur pour la facilité et l'accessibilité. Puis aussi, il y a le degré d'ouverture de la personne aussi. Je pense que s'il y a un bon partenariat entre la médecine et la médecine traditionnelle, la personne va se sentir beaucoup plus à l'aise d'avoir le choix. Parce que s'ils voient ça séparé, ils vont comme dire : « Ils sont en chicane! ». » (Membre de la communauté 40).

De plus, avoir les deux médecines dans un même lieu physique évite la discrimination vis-à-vis du choix du patient.

« Moi je crois que le lieu physique ça serait bien que ce soit ici (centre de santé), parce que l'ensemble des services sont donnés ici. Prendre soin de sa santé, prendre soin de soi, prendre soin de son corps, prendre soin de l'intérieur de sa tête, l'intérieur de son cœur se fait ici. Je trouverais logique que ça se fasse dans le même environnement pour ne pas étiqueter. » (Professionnel/intervenant 67).

Au niveau de l'offre de soins, une professionnelle de la santé souligne que la MT n'étant pas offerte dans le réseau socio-sanitaire, elle n'arrivait pas à assurer le suivi de certains patients.

« Parce que des fois on en perd. On perd des personnes qui ne veulent pas se guérir avec la médecine moderne. Tandis que là au moins, tant qu'à perdre cette personne, je vais l'envoyer dans quelque chose auquel elle croit ou qui lui ressemble le plus. Je vais l'envoyer à un guérisseur. Puis à ce moment, ils travaillent ensemble le médecin et le guérisseur pour avoir le meilleur choix... » (Professionnel/intervenant 34)

Pour cela, un membre de la communauté propose deux options. La première est d'avoir la MT dans le centre de santé. Le patient peut alors être référé à un détenteur du savoir en MT ou être informé de la journée réservée pour offrir la MT ou la MT peut être offerte directement au centre de santé. La deuxième option est similaire aux soins à domicile dans la MA. C'est-à-dire que le détenteur du savoir en MT se rend dans le milieu de vie du patient. Le milieu de vie peut aussi bien être la maison du patient qu'en territoire.

« Dans le concret, je vais au centre de santé pour me faire soigner. Vite comme ça, je verrai deux façons... que ce soit offert sur place, que l'infirmière dise... bien, on aurait peut-être une façon de te soigner autrement avec la médecine traditionnelle. On peut te référer à quelqu'un ou tu peux revenir (au centre de santé) et on peut planifier une rencontre pour ça ou sinon ils peuvent faire l'intervention directement. On peut dire le mardi après-midi on fait de la médecine traditionnelle, donc tous les gens qui veulent, ils sont invités le mardi après-midi à venir se faire soigner par la médecine traditionnelle. Puis, sinon il y a

la possibilité de se déplacer dans les maisons. Ça pourrait être une bonne chose que les guérisseurs ou que les gens du service de santé aillent dans le milieu de vie de la personne, dans un contexte qui est différent de la médecine traditionnelle, je pense une approche qui respecte plus la démarche, je dirais, holistique de la médecine traditionnelle. Aller chez la personne, voir comment la personne vit dans son élément, dans son milieu et de pouvoir la traiter à partir de son milieu de vie et pourquoi pas, idéalement, que ça se fasse en territoire, que ça se fasse dans les lieux où on prend la médecine. Idéalement, ça serait ça.

J'ai vu un documentaire qui se passe au Brésil où les soins avec des guérisseurs sont offerts en pleine jungle. Ils vont chercher la médecine sur place et ils restent là tout le long du traitement. Les participants disaient que juste le fait d'être coupés de mon milieu, d'être coupés de ce que je connais, d'avoir le contact avec la nature, de savoir que la médecine provient de là, je fais partie d'un tout, bien juste ça, ça avait de grosses vertus thérapeutiques. Donc idéalement moi je verrais ça de même. Apporter la personne à la médecine. » (Membre de la communauté 33)

Une professionnelle de la santé propose qu'un point d'ancrage entre les deux médecines serait l'intervenant à l'Accueil, Évaluation, Orientation et Référence (AÉOR). Cet intervenant pourrait évaluer et référer le patient vers la bonne ressource dans les services de médecine traditionnelle ou de médecine allopathique.

« T'arriverais au secrétariat, puis tu prendrais un rendez-vous. Mais il faudrait un intervenant spécialiste (dans la médecine traditionnelle). Ça prendrait une madame qui connaît ça... (Le patient) viendrait, comme s'il venait consulter l'infirmière en santé courante, ou la diététicienne... Je pense que ça se ferait. Il y aurait peut-être des petites frictions dans le système, mais je me dis que pour se soigner avec des plantes, ce n'est pas pire que quand les gens vont à un site plus loin, à Sainte-Edwige, justement, pour faire des tentes suantes... se purifier avec de la sauge, danser, puis ils expriment toute leur colère en dansant toute la fin de semaine, des choses comme ça. Je me dis, s'ils ne prennent pas d'antidépresseurs, ce n'est pas pire d'aller danser toute la fin de semaine... Donc tu prends rendez-vous, puis... on est parti là. Elle serait vraiment orientée, comme c'est évalué là. Il y a un [intervenant] AÉOR. Elle évalue tout... L'évaluation globale de la personne. Elle la réfère vers la bonne personne, mais c'est selon les besoins. Si la personne va la voir puis elle dit : « j'ai besoin de me ressourcer, j'ai besoin d'avoir de l'information. » Bien, c'est elle qui va la référer vers les bonnes ressources. Ou, si elle veut venir voir une infirmière... Donc je pense que ça se ferait. » (Professionnel/intervenant 64)

Toutefois, l'intervenant à l'AÉOR nécessite que l'information sur les services en médecine traditionnelle lui soit disponible ou que ces services soient déjà mis en place.

Une autre suggestion est **un intervenant pivot** qui aurait aussi le rôle de prodiguer les soins en MT, en plus de coordonner les soins du patient. Cet intervenant doit détenir une expertise en MT lui permettant de connaître les possibilités en termes de prévention, de promotion et de traitement.

« Vous savez ici comment ça fonctionne, on a un directeur, il y a des programmes, il y a des services. Il n'y a rien qui relie tout ça, tout ensemble, parce qu'il y a 3 directeurs, il y a des services, il y a des programmes dans chacune des directions. Il y en a qui ne sont vraiment pas liés. Je pense que la personne qui pourrait orchestrer, si on regarde les soins, ce qu'on appelle l'intervenant pivot, je pense que ça serait vraiment la personne qui serait nommée pour offrir les services en médecine traditionnelle. Elle deviendrait quand même autonome, parce que cette personne-là aurait une expertise qui serait reconnue aussi. Je pense que ça serait à cette personne-là d'orchestrer. (...) À moins qu'ils soient 2 ou 3. À moins qu'il y ait 400 personnes qui s'inscrivent ou qui demandent en même temps, moi je pense que 1 personne ou 2, un homme puis une femme ça serait peut-être bien. Il aurait un rôle de promotion, un rôle en prévention. Et puis il y aurait un rôle de donner les soins. Je pense qu'il aurait ces rôles-là. Parce que faire la promotion justement de ce qui est possible d'avoir, de ce qui est possible d'obtenir, promouvoir les bienfaits autant en curatif qu'en prévention et puis de pouvoir amener justement les services eux-mêmes. » (Professionnel/intervenant 67)

L'intervenant pivot pourrait travailler en complémentarité avec les professionnels et les intervenants. Une coordonnatrice de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan propose que ce soit un détenteur du savoir en MT qui aurait en plus du rôle d'offrir le soin en MT et de transmettre son savoir aux professionnels de la santé.

« Moi, ce serait les mêmes équipes, mais il y aurait un intervenant pivot, qui se rajouterait dans les équipes, qui viendrait justement en complémentarité aux autres. À court terme, je le verrais dans deux temps. À court terme, on aurait un intervenant pivot, qui viendrait faire le cercle, mais je pense qu'à moyen terme chacun pourrait être porteur de cette connaissance-là. Puis ça serait beaucoup plus efficace. Puis un coup qu'on aura nos études puis qu'on aura toute la confiance puis que les gens vont être prêts à le faire, qu'ils vont avoir les appuis, bien ça, (...) Je pense que dans un premier temps (...) on n'aura pas toutes les connaissances d'un coup, on n'aura pas toutes les confirmations d'un coup, mais ça pourrait commencer par 1, 2, 3 aspects qui soient intégrés. Puis plus ça va aller, plus on va en intégrer, puis là plus on va être capables de faire le tour du cercle...

Un intervenant pivot, je le vois comme un intervenant qui vient autant supporter la personne, l'individu, mais l'équipe aussi. Donc (...) je vais donner un exemple qui n'est peut-être pas réaliste, mais mettons en santé mentale, on sait que certaines plantes peuvent traiter (...) la dépression. Donc tu as l'infirmière qui accompagne

la personne qui prend des médicaments en santé mentale. Mais tu aurais l'intervenant aussi qui pourrait suggérer des choses par rapport à certaines plantes. Donc ils travailleraient en équipe, toujours si la personne le souhaite. Puis à moyen terme, bien ces connaissances-là, vu que les deux interviennent ensemble sur le client. Mais à un moment donné, les connaissances de l'infirmière sont augmentées, donc on peut mettre l'intervenant pivot dans un autre champ. » (Administration/gestionnaire 55)

Une professionnelle de la santé suggère aussi que l'intervenant pivot choisi devrait non seulement reconnaître que le patient souffre d'un problème, mais aussi qu'il connaisse la médecine traditionnelle. Un professionnel de la santé pourrait assumer ce rôle seulement s'il n'a pas un parti pris pour la médecine allopathique.

« Je ne voudrais pas reproduire le modèle infirmier, mais en quelque part, ça prendrait quelqu'un qui est capable, qui a les capacités de coordonner, de suivre l'état de santé de la personne. C'est sûr, il y aurait peut-être l'infirmière qui pourrait être le pivot. Peut-être. Mais il ne faut pas que ça soit une personne qui forme comme une alliance avec le médecin non plus. Il faut que ce soit quelqu'un d'assez neutre, pour être capable de... À ce moment-là, je dis que l'infirmière, peut-être qu'elle ne serait pas assez neutre. Peut-être qu'il y aurait une autre personne. Un autre genre de personne. Ça prend quelqu'un qui est capable, aussi, de reconnaître qu'il y a un problème. Que ça ne va pas. Puis qui réfère à l'équipe. À moins d'avoir une infirmière formée plus à l'approche traditionnelle. Il y en a sûrement, je pense à (nom d'un détenteur de savoir en MT), elle serait capable de faire ça elle. Malgré qu'elle soit infirmière, puis qu'elle a un Bac. Parce que je sais, par sa vision, qu'elle serait capable. » (Détenteur de savoir en MT 25)

Au niveau de la responsabilité professionnelle, une professionnelle de la santé propose que le détenteur du savoir en médecine traditionnelle et le médecin travaillent ensemble et soient tous deux imputables vis-à-vis des soins au patient.

« (le professionnel de la santé) l'envoie voir le guérisseur, comme on pourrait l'appeler, puis le guérisseur prescrit quelque chose, il l'envoie au médecin et le médecin signe pour dire que c'est ok. Il ne peut pas se décharger pour les responsabilités, mais il peut dire juste son accord par rapport à... Ça serait plus simple que d'avoir une seule personne ressource qui connaît tout là. Mais travailler ensemble » (Professionnel/intervenant 34)

Le centre de mieux-être en territoire

Plusieurs participants ont noté que les services de santé présentent des lacunes au niveau de la santé mentale et de la guérison émotionnelle. Le patient n'est pas considéré dans sa globalité selon les quatre dimensions de la roue de médecine. D'ailleurs, selon une

professionnelle du centre de santé, un centre de thérapie en territoire pourrait rapidement combler cette lacune.

« On a souvent parlé puis c'est pour toute la guérison mentale, puis spirituelle, je le vois beaucoup, là où on pourrait travailler rapidement. Parce que c'est beaucoup une dimension qui est évacuée du traitement. On parlait de traitement moderne, mais traitement de la santé, on oublie souvent ces aspects-là, santé mentale, santé émotionnelle. Puis ça ne fait pas longtemps qu'ils font partie de la guérison. Si on parle en terme québécois de la chose, ou de la vision des choses. Donc c'est dur de l'intégrer dans l'holistique de la personne. Puis ça a des impacts que ça ait été mis de côté. On le voit, il y a des problèmes qui persistent puis on commence à mieux le[s] comprendre. Mais avant, ça se faisait, c'était naturel que tous les côtés de la personne soient pris en compte, puis vu que c'est un terrain où il y a plus à défricher, bien je pense que ça va être plus vite d'avancer, je pense. Donc ça serait vraiment là qu'on pourrait travailler. Je pense tout ce qui est santé mentale, (...) prévention, puis début d'intervention santé mentale. Dépression, *burn-out*, pas dépression où il faut que tu sois médicamenté, mais juste avant! L'épuisement professionnel. Ça fait des années et des années qu'on en parle de centre de thérapie en territoire. (...) je vis trop de stress, tu t'en vas en territoire, c'est comme un moyen de guérison. Donc, je pense que ça serait rapide [à] être mis en place, que ça ne serait pas trop complexe non plus. » (Professionnel/intervenant 34).

Le développement d'un centre de guérison et de ressourcement était un besoin identifié dans le Rapport final de la Commission consultative sur la réalité sociale au cours de laquelle la population a été consultée (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2008). Il est aussi identifié par les intervenants du centre de santé, mais il n'a pas encore été créé.

« Ça fait longtemps, les intervenants, on parle d'un centre comme ça [centre de guérison] qui serait aidant pour les gens de la communauté, ça fait plusieurs années je vous dirais qu'on l'a mentionné. On n'est pas souvent consultés, mais ça a déjà été nommé au niveau de la direction, qu'on voit que ce serait un besoin. (...) Justement l'absence de ressources [services], il n'y en a pas. (...) » (Professionnel/intervenant 67).

Une intervenante ajoute qu'il y a une urgence d'agir puisque les détenteurs du savoir en MT sont moins nombreux.

« Ce que j'avais proposé, c'est ce que je demande ici depuis des années! On entend peu parler maintenant, un centre du mieux-être en territoire. Mais ça, je le demande, quand est-ce qu'on va l'avoir? Est-ce que vous attendez qu'il y en ait encore d'autres qui se suicident? Est-ce que vous attendez que des gens comme nous, qu'on soit plein d'arthrite puis qu'on ne soit plus capables de travailler de

façon traditionnelle. (...) Un centre du mieux-être, c'est ce qu'ils auraient dû faire avec tous ces argents, de construire des centres du mieux-être, pour travailler avec l'individu, avec la famille, avec la communauté. » (Professionnel/intervenant 51)

Il demeure que tous les participants soutiennent l'importance de l'existence des deux médecines. Comme un membre de la communauté témoigne :

« C'est sûr que la médecine traditionnelle peut être bonne. Mais il ne faut jamais délaissé la médecine moderne. Parce que les deux, c'est une combinaison... Ça ne fait pas un adverse de l'un et l'autre, les deux sont bons. » (Membre de la communauté 46).

Que ce soit une pharmacie autochtone, une offre de MT dans le centre de santé ou sur le territoire, le fait de l'offrir sous plusieurs formes organisationnelles permet de rejoindre plus de gens. Comme le mentionne un membre de la communauté.

« [Avoir plusieurs façons d'amener la médecine traditionnelle à la personne] rejoindraient les différents types de personnes. Moi, l'approche qui est multiple comme ça, ça rejoindrait plus de personnes et encore, c'est tout le temps le faire pour ne pas dénaturer ce que c'est la médecine traditionnelle, c'est pas juste de mettre ça dans un petit pot et soigner avec ça, parce que les gens doivent comprendre ça aussi. » (Membre de la communauté 33).

C'est un projet qui va au-delà de la guérison physique et elle peut toucher l'identité collective de la communauté.

« Il faut que ça ait aussi (...) quelque chose d'identitaire, d'au-delà de la santé. C'est sûr que ça prend des objectifs puis l'objectif c'est d'aider au niveau du diabète et tout ça. Mais ce n'est pas juste le diabète qu'on va aider. C'est la personne dans son entier, puis c'est de se reconnecter avec les enseignements qu'on a eus ou qu'on n'a pas eus. C'est quelque chose de plus gros, puis c'est peut-être ça aussi qui va rendre la pérennité d'un tel projet. Il faut aller chercher quelque chose de plus grand que l'objectif lui-même, qui va embarquer peut-être plus la population. » (Administration/gestionnaire 45).

Dans ce chapitre, on comprend les enjeux notamment d'ordre réglementaire, légal et professionnel des différents partis prenants dans le processus de combinaison de la MT et de la MA. De plus, les participants ont proposé diverses stratégies pour arriver à une rencontre des deux médecines. Cette dernière présente des enjeux et des stratégies similaires et

différentes dans la communauté de Mistissini. Ils vont être présentés dans le prochain chapitre.

Chapitre 5 : cas d'étude 2 – Présentation de la communauté de Mistissini

Une brève description de la gouvernance crie ouvrira ce chapitre qui a pour but de présenter la communauté de Mistissini, dans ses aspects géographique, social, économique, politique, santé et culturel. Ceci permettra de donner un aperçu de la situation dans laquelle vivent actuellement les Crie de l'intérieur (*inland Cree*) plus précisément de Mistissini. Comme on le verra tout au long de cette thèse, ces considérations exercent une influence sur les dynamiques d'interaction entre la MT et la MA.

5.1 Contexte général des Crie

Le territoire Crie de la Baie-James est constitué de 9 communautés : Chisasibi, Eastmain, Mistissini, Nemaska, Oujé-Bougoumou, Waskaganish, Waswanipi, Wemindji et Whapmagoostui. Le territoire des Eeyou s'étend sur une superficie de 450 000 km carrés. Pour les Crie, les terres, les eaux, les plantes et les animaux sont sacrés (Grand Conseil des Crie, 2011). La Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) les unit sous une même gouvernance Crie qui est présentée dans les sections suivantes.

5.1.1 Convention de la Baie-James et du Nord québécois

En 1971, l'annonce de la construction de grands barrages hydroélectriques dans la région de la Baie-James a mobilisé la Nation Crie. En effet, le gouvernement québécois voyait le développement de barrages hydroélectriques sur les fleuves de la Baie-James comme une économie à croître (Petit, 2011). En 1975, à la suite de négociations tenues avec les gouvernements du Québec et du Canada, les Crie et les Inuits signent la CBJNQ. Il s'agit d'un traité qui est protégé par la loi constitutionnelle de 1982⁴⁵ qui reconnaît les droits

⁴⁵ Section 35

constitutionnels des populations autochtones du Canada. Cette convention a entre autres permis d'amener les Cris à se rassembler et d'unifier leurs voix. En 2017, une entente concernant la relation entre le gouvernement du Canada et les Cris a été ratifiée (Grand conseil des Cris, 2019b). De cette entente, il naît la Constitution crie qui renforce l'autonomie gouvernementale des Cris et leur permet d'exercer la compétence de faire des lois et pas uniquement des règlements. Cette entente s'inscrit dans un processus pour la création d'une Nation Crie.

Avec la signature de la CBJNQ, les Cris cèdent leurs droits, titres et intérêts autochtones sur le territoire du Québec. La convention a notamment défini un régime territorial leur assurant des droits exclusifs de chasse, de pêche et de piégeage, ainsi qu'une participation notable aux structures d'évaluation environnementale des projets de développement sur le territoire. La convention leur a également accordé des responsabilités gouvernementales, en particulier dans les domaines de la santé et des services sociaux, de l'éducation, de la sécurité du revenu, et leur a assuré le financement nécessaire pour la prise en charge de ces obligations. Les Cris déterminent l'offre des services de santé et sociaux, ainsi que les programmes d'éducation (Gouvernement du Québec, 2011). De là, une Gouvernance Régionale Crie a été mise en place. Plusieurs organismes ont alors été créés dont l'Administration Régionale Crie⁴⁶, la Commission Scolaire Crie, le Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James et l'Office de la Sécurité du Revenu des Chasseurs et Piégeurs Cris. Les Cris ne sont plus soumis à la Loi sur les Indiens, contrairement à Mashteuiatsh (Gouvernement du Québec, 2011), et deviennent responsables de leur autonomie gouvernementale.

5.1.2 Gouvernance Régionale Crie

Le Grand Conseil des Cris et le Gouvernement de la Nation Crie constituent les entités administratif et exécutif du Gouvernement Cri, de l'ensemble des Cris du Québec. Les deux

⁴⁶ L'Administration Régionale Crie a pour mandat de mettre en application la Convention de la Baie-James et du Nord du Québec (Oblin, 2011)

entités sont gérées comme une seule, elles sont composées des mêmes membres, du même CA, et sont dotées des mêmes structures de gouvernance (Grand conseil des Cris, 2019a). Le conseil est composé de 20 membres : un Grand Chef et un vice Grand Chef tous deux élus par les Cris; les chefs élus dans chacune des 9 communautés Cries ainsi qu'un représentant pour chaque communauté. Le Grand conseil des Cris protège les droits des Eeyou et s'occupe des dossiers politiques et socioéconomiques influençant les Eeyou⁴⁷. Son mandat décrit dans les Lettres patentes⁴⁸ consiste entre autres à promouvoir le développement des communautés Cries, ainsi qu'à préserver le mode de vie, les valeurs et les traditions des Cris (Grand conseil des Cris, s.d.).

⁴⁷ Eeyou (prononcé Eenouch en dialecte de l'intérieur de Mistissini) désigne les Cris qui viennent de l'est de la Baie James et du Sud de la baie d'Hudson dans le nord du Québec

⁴⁸ Grand Conseil Cri (EI) Lettres Patentes:

- agir à titre de conseil régional, de groupe ou d'association pour résoudre et aider à résoudre les problèmes du peuple Cri du Québec;
- assister le peuple Cri du Québec par tous les moyens autorisés par la loi pour affirmer, exercer, protéger, élargir et reconnaître et accepter les droits, revendications et intérêts du peuple Cri du Québec;
- favoriser, promouvoir, protéger et aider à préserver le mode de vie, les valeurs et les traditions du peuple Cri du Québec;
- améliorer et aider à améliorer les conditions dans les communautés et les terres Cries du nord du Québec et favoriser et promouvoir le développement des communautés, des terres et des peuples Cries du Québec
- agir comme un gouvernement régional ou local, une autorité, un organe administratif ou de gestion, une institution ou un groupe en lien avec les sujets qui peuvent lui être données, déléguées ou confiées par le peuple Cri;
- fournir des services régionaux en lien avec les programmes, les communications et les activités susceptibles d'affecter ou de profiter au peuple Cri du Québec. (Traduction libre)

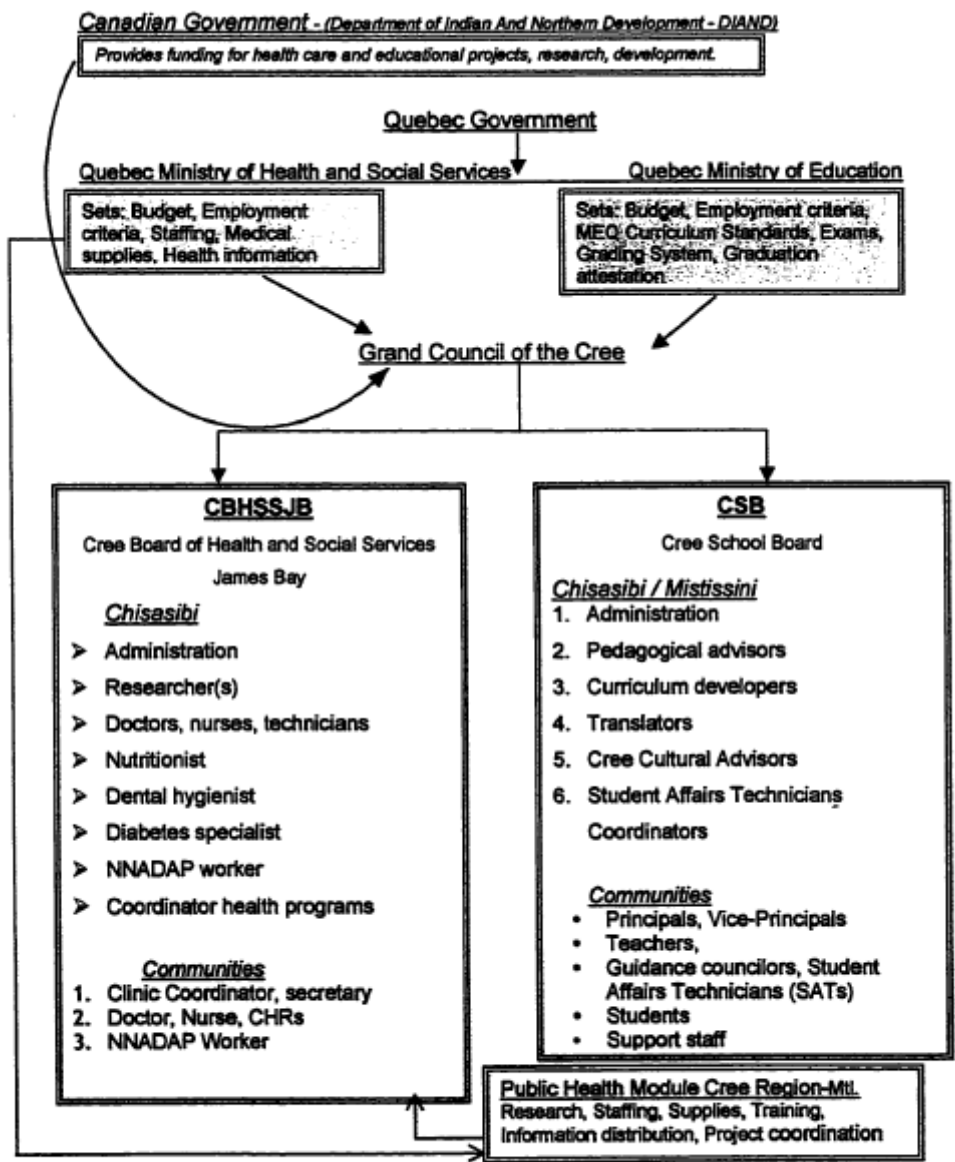


Figure 2: Roles of Quebec and Canadian governments and the Grand Council of the Cree entities.

8

Source : Reney, 2001

Figure 7. – La structure des rôles des gouvernements du Canada et du Québec en relation avec le Grand Conseil des Cris

Les **priorités du Grand Conseil des Cris** regroupent entre autres les questions de gouvernance des territoires, le renforcement des compétences chez les jeunes pour trouver un emploi et l'application d'une vision cri dans les développements incluant le Plan Nord.

5.1.3 Le Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James

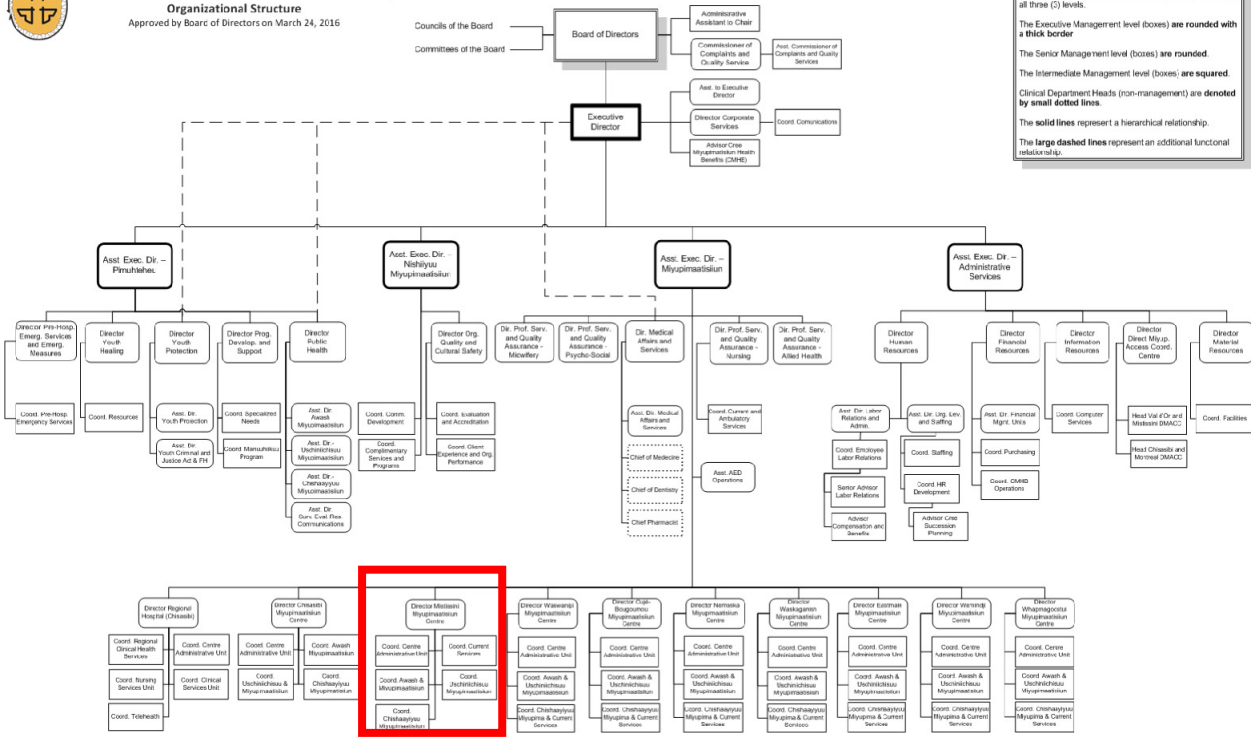
Le CCSSSBJ créé en 1978 gère les services de santé pour les résidents permanents ou temporaires sur les Terres Cries de la Baie-James. Leur mandat est inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris dans le chapitre S-5⁴⁹. Le CCSSSJB est gouverné par et rend des comptes au Grand Conseil des Cris. Le CCSSSJB offre des services à une population approximative de 18,563 membres cris ainsi qu'à un 5% additionnel de gens non autochtones.

La direction générale du CCSSSJB est appuyée par 4 directeurs généraux adjoints responsables de la gestion du programme Pimuhteheu, le programme Nishiiyuu Miyupimaatisiun, le programme Miyupimaatisiun et le service administratif.

⁴⁹ Pour consulter, le chapitre S-5 : <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-5/derniere/rlrq-c-s-5.html>



Cree Board of Health and Social Services James Bay
Organizational Structure
 Approved by Board of Directors on March 24, 2016



LEGEND:
 This organization chart shows the management positions by all three (3) levels.
 The Executive Management level (boxes) are rounded with a thick border.
 The Intermediate Management level (boxes) are rounded.
 Clinical Department Heads (non-management) are denoted by small dotted lines.
 The solid lines represent a hierarchical relationship.
 The large dashed lines represent an additional functional relationship.

Source : CCSSBJNQ (2017)

Figure 8. – Organigramme de la structure du CCSSJB

Les priorités pour les années 2016-2021 sont indiquées dans la figure 9 ci-dessous.

LES QUATRE ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Inspirées de l'Assemblée générale régionale Eeyou/Eenou 2016 sur les services de santé et les services sociaux tenue à Waskaganish (CCSSSBJ, 2016), et tenant compte des données les plus récentes sur l'état de santé de la population ainsi que des réalisations et des lacunes tirées du plan stratégique régional 2004-2014, les quatre orientations suivantes ont été ciblées pour le plan stratégique régional 2016-2021 :

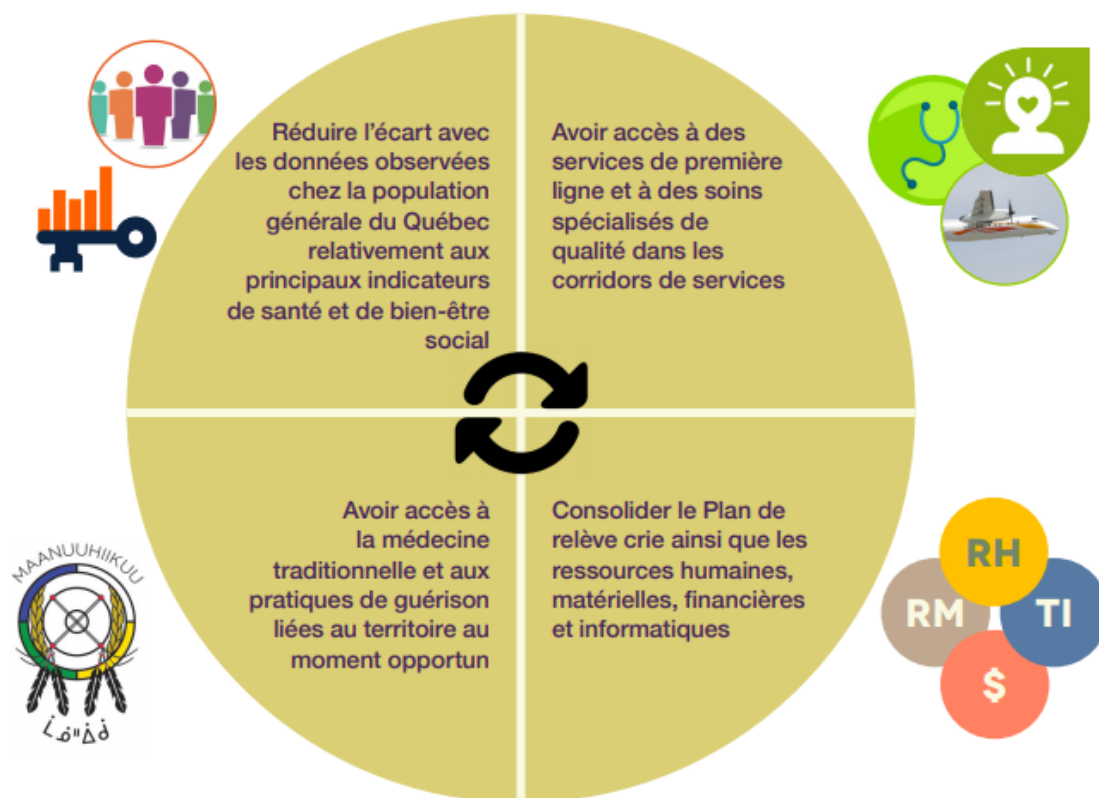


Diagramme 2 : Quatre orientations stratégiques

Source : Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux, 2017

Figure 9. – Les quatre orientations stratégiques du CCSSSJB

Une des 4 orientations prioritaires du plan stratégique 2016-2021 du CCSSSJB concerne la médecine traditionnelle, soit d'« avoir accès à la médecine traditionnelle et aux pratiques de guérison liées au territoire au moment opportun » (Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James, 2017). À titre d'exemple, un projet d'amendement de la loi S-5, loi

sur les services de santé et les services sociaux pour la Nation Crie, est en cours pour qu'il y ait une reconnaissance officielle de la MT.

5.1.3.1 Structure du CCSSSJB

Le CCSSSJB est divisé en 4 départements :

- Le département Miyupimaatisiun⁵⁰ est celui qui offre les services médicaux et sociaux. Il comprend les Centres Miyupimaatisiun communautaires (CMC), les services aux patients cris, l'hôpital régional de Chisasibi et la direction des affaires médicales et universitaires. Dans chacune des 9 communautés de Eeyou Istchee, les CMC offrent les soins généraux, les soins à domicile, les services dentaires et les services sociaux. Le CCSSSJB a un partenariat avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de McGill et a des corridors de service avec Chibougamau, Val-d'Or et Montréal;
- Le département Pimuhteheu est responsable de la planification, de la qualité des services et de la santé publique. La santé publique est composée de 4 programmes (CCSSSJB, 2012) : Le programme Awash⁵¹ a pour but d'assurer que de la naissance aux premières années de vie les enfants soient en santé. Le programme Uschiniichisuu⁵² vise à soutenir la santé et la réussite de l'enfant à l'école jusqu'à l'âge adulte pour les jeunes de 10 à 29 ans. Le programme Chishaayiyuu⁵³ cible les adultes de plus de 30 ans et agit sur les saines habitudes de vie, la prévention de blessures et la santé environnementale. Le programme de surveillance, évaluation, recherche et communication ainsi que les pratiques cliniques en prévention sont sous ce département;
- Le département Nishiyyuu Miyupimaatisiun veille à ce que les services et programmes soient offerts d'une manière respectueuse de la culture et des valeurs cries (décrit plus en détail au point 1.3.3); et
- Le département administratif comprend les ressources humaines, le soutien informatique, les finances et les ressources matérielles.

5.1.3.2 Financement

Par la CBJNQ, le financement des services de santé et des services sociaux des Cris provient en majorité du gouvernement provincial. Certains programmes font exception comme les soins à domicile et des initiatives qui sont financés par Santé Canada. Il est à noter que le lieu

⁵⁰ Miyupimaatisiun est un mot cri désignant la santé et le bien-être sous une perspective holistique. Adelson (1998) donne une explication plus détaillée et approfondie de la définition de ce terme.

⁵¹ Awash signifie enfant

⁵² Uschiniichisuu signifie jeunes

⁵³ Chishaayiyuu signifie homme mature

de résidence influence la provenance du financement. En effet, les services de santé non assurés pour les Cris résidant dans la communauté sont sous la responsabilité du gouvernement du Québec, alors que pour les Cris résidant hors de la communauté, c'est le gouvernement fédéral (Gouvernement du Québec, 2007).

Programmes financés par Santé Canada
<ul style="list-style-type: none"> • Santé maternelle et infantile (nutrition prénatale, sensibilisation et la prévention de l'ETCAF) • Bien-être mental (PNLAADA, abus de solvants, soutien aux survivants des pensionnats) • Saines habitudes de vie (prévention des maladies chroniques, Initiative autochtone sur le diabète, réduction du tabagisme) • Soins primaires (soins à domicile et communautaire) • Planification de la santé, gestion et gouvernance

Tableau 5. – Programmes financés par Santé Canada

Par contre, cette double source de financement apporte des difficultés lors de la reddition de compte auprès de chacun des gouvernements. Comme un administrateur de la santé témoigne :

« Enough to give me headaches. Lots of them. And I don't know, it seems great now, it seems to be in competition of who can find which words doesn't go, so they don't have to sign some papers. Because like when they are funding, if we've been (funded) last year we would hold up until... it finished on March 21st. It is about the 28th, then Quebec decided they didn't sign up. So our funding for the whole year would had to be funded but with an overlap (that) went under to like 580 000 \$, half a million boxes, because Quebec didn't like the way one word was in the agreement. So there is that relationship between the bureaucrats that are kind of neck picking, I guess you could call it, in trying to find any little thing where they don't have to support it. Because Quebec wants to control. But yet Quebec won't give the extra money because the Fed is giving it. So you were caught in that situation. And the other thing too is that they both want their own reports. (...) And I refuse to write two reports. (...) Because I am not gonna be divided down, say OK, the Fed gave me 582 000 \$, the provincial gave me 1.3 million, and now all of these 1.3 million, I did this, this, and this. Oh! No! I didn't serve the meal, yeah, that was the federal and then you have taken that... or... No! If we are gonna give a report of the activities, send it to them and say: "Hey! 1.2, can we contribute to most of this? And hey! Your half a million contribute to a lot of this. And that was what accomplished." Because for me, to look at it, the overall, the outcome is more important than whose dollar got spent where. But the government doesn't think that way. » (Administration/Gestionnaire 14)

Cette fragmentation du financement amène la direction des services de santé à être agile dans sa gestion. En effet, l'argent de l'un complète les services manquants pour la population.

« Well, the better example is the nutritionist... the provincial funds one nutritionist to be in service over there. They want them to do activities. But they don't have any money! So the money for the activities comes from the federal. And the federal wants to do the community activities and programs, so those are the communities' activities and programs that are funded...»
(Administration/gestionnaire 14)

En termes de financement, un des avantages est que le CCSSBJ n'a pas eu de compressions budgétaires contrairement au reste du réseau québécois de la santé. Ceci leur permet d'assurer un développement des services et de leur croissance sans restriction de ressources humaines ou autres.

5.1.3.3 L'intégration au niveau régional de la culture dans les services de santé : Nishiiyu Miyupimaatisiin

Depuis la CBJNQ, le désir d'intégrer des valeurs et traditions crie est un élément clé dans la prestation des services. C'est en 2011, lors de l'élaboration du plan stratégique régional que le département Nishiiyu Miyupimaatisiin est né afin d'« offrir une intégration des approches traditionnelles dans les services de médecine et sociaux (Méthodes d'aide crie) [traduction libre]» (CBHSSJB, 2004).

Nishiiyu Miyupimaatisiin est le service du Conseil Cri visant à ramener les pratiques de guérison traditionnelles dans la population d'Eeyou Istchee. « Le principal objectif du plan est de préparer la voie à la nation Eeyou vers un mode de vie sain et productif. Les programmes du service Nishiiyu qui appuient les concepts Nitahuu Aschii Ihtuun⁵⁴, Waapimaausun⁵⁵, la médecine et le savoir traditionnels, de même que les rites de passage peuvent contribuer à

⁵⁴ Nitahuu Aschii Ihtuun signifie la guérison axée sur la terre

⁵⁵ Waapimaausun désigne le savoir traditionnel concernant les naissances

l'atteinte de cet objectif et sont considérés comme une priorité par les Aînés Cris. » (CCSSSBJ, 2012a, p.33)

Sa mission est « de promouvoir la santé holistique, la guérison et le bien-être en Eeyou Istchee en tenant compte des aspects physiques, émotionnels, mentaux, spirituels, environnementaux, économiques, sociaux et culturels du bien-être. Les Aînés Cris ont toujours maintenu que la nature est l'ultime agent de guérison et c'est le principe directeur qui sous-tend l'approche Nishiiyuu qui vise à rétablir, chez les Cris, l'état de santé et de bien-être de leurs ancêtres. » (CCSSSBJ, 2012a, 32).



Source : CCSSSJB (2012), p.32

Figure 10. – Axes stratégiques de Nishiiyuu Miyupimaatisiun

Ses objectifs prioritaires sont :

- Soutenir les Aînés et la communauté Cri dans l'offre de programmes
- Soutenir les plans stratégiques, partenariats et collaborations des communautés Cries
- Soutenir le conseil Nishiiyuu régional dans le but de guider, conseiller et diriger les programmes
- Créer un partenariat avec le Conseil Chishaaiyuu dans le développement des programmes du Nishiiyuu
- Élaborer une nouvelle législation pour la médecine Crie, élément clé dans l'offre de services de santé et de service sociaux (CCSSSJB, 2012)

Le département Nishiiyuu Miyupimaatisiun a aussi élaboré deux programmes qui sont mis en place pour contribuer à la santé et au bien-être tant des individus, des familles et des communautés en lien avec le savoir traditionnel: Waapimaausun (pour les naissances) et

Nitahuu Aschii Ihtuun (pour la guérison en territoire). Ces programmes créent non seulement de la documentation écrite sur le savoir traditionnel, mais se joignent à des programmes dans les CMC pour offrir par exemple une trousse avec des objets traditionnels pour l'accueil du nouveau-né par les parents cris (voir figure 11). Aussi, en santé mentale, il se développe conjointement avec le département Maanuhiikuu, en santé mentale, des services de guérison culturellement adaptés entre autres sur le territoire.



Source : CCSSBJ, 2012

Figure 11. – Objets traditionnels cris pour le nouveau-né

Projet de sage-femme et des naissances

Un projet particulier va nous intéresser, c'est celui du projet de sage-femme et des naissances. Parce qu'il nous renseigne sur les questions qui peuvent être soulevées lorsqu'un nouveau groupe d'intervenants intègre l'équipe de soins.

Les naissances se font toutes à l'extérieur des communautés Cries, à Val-d'Or pour les Cries de la côte (coastal Cree) et à Chibougamau pour les Cries de l'intérieur du territoire (*inland*

Cree). La directrice du CA avait la vision de ramener les accouchements dans les communautés de manière sécuritaire en collaborant avec des sages-femmes. Cette vision est appuyée par un désir des communautés d'Eeyou Istchee. De là est né le projet de sage-femme et des naissances géré par le Conseil Cri de Santé. Comme un administrateur de la santé témoigne :

« Ce besoin-là d'avoir de la médecine traditionnelle, ça remonte à voilà 10, 15 ans dans une réunion, ils appellent ça des pow-wow, puis des *gathering* puis là, en Haute Chibougamau, je ne me souviens jamais de la date, ils ont décidé que la médecine traditionnelle, qu'il y aurait de la *midwifery* t'sais des femmes accoucheuses, ce n'est pas demain la veille. Ça fait longtemps qu'on en parle, ça va venir! Ça s'en vient là ... La population a décidé : « Oui, on en veut. ». L'organisation en a fait un point prioritaire, on veut des sages-femmes (...) on veut être capable d'avoir le choix au niveau de nos services. La médecine traditionnelle ou la médecine de nous ce qu'on connaît. T'sais, ça, c'est la population qui a voté sur le territoire. » (Administration/gestionnaire 7)

Dans le cadre de ce projet, le savoir traditionnel des Aînés sur le processus des naissances est rassemblé et documenté par le Conseil Cri de la Santé. Ce savoir sert d'assise dans l'élaboration d'un tel projet. Pendant notre travail sur le terrain, nous avons été témoin d'un groupe de kokum ⁵⁶ qui échangeait sur les pratiques traditionnelles autour des naissances. Cette discussion était d'ailleurs filmée pour en conserver le savoir.

« C'était plus fondamental, je pense, pour l'estime culturelle de ces gens-là. Puis écoute c'est un savoir millénaire, c'est comme en Afrique, ils ont des savoirs millénaires. Puis ces gens-là ont survécu des milliers d'années dans des conditions difficiles de vie. Voyons donc, ils peuvent nous en apprendre, mais malheureusement... bien heureusement, ça s'est beaucoup perdu, mais il y a eu, bien je pense que c'est (prénom) aussi qui ont eu voilà, 4, 5 ans là, ils ont fait le tour des dernières *medicine men, women* âgés pour essayer de... Bien ils ont fait un lien... avant que ça se perde, parce que ça ne se transmettait pas... » (Professionnel/intervenant 17)

Un des objectifs de ce projet de sage-femme est d'inclure la perspective Crie et le savoir traditionnel dans les soins offerts. Ce sera un projet qui sera également intégré dans les programmes Awash. L'élaboration d'un manuel de procédures est en cours et Nishiiyuu

⁵⁶ Kokum, terme en cri, désignant les grand-mères.

Miyupimaatisiun prévoit la mise en œuvre de ce projet de sage-femme dans le cas des grossesses normales (CCSSBJ, 2017). Il est prévu que des maisons de naissances soient construites à Chisasibi, Waskaganish et Mistissini. Comme en témoigne un médecin :

« La chair woman du conseil d'administration, ça fait 10 ans qu'elle veut ça. Parce qu'elle dit « Moi, j'ai accouché. Je suis née dans mon village. Mes filles ont toutes accouché à l'extérieur. Moi je veux que mes petits-enfants naissent ici. ». Elle s'était vraiment battue fort. » (Professionnel/intervenant 17)

Toutefois, quand d'autres intervenants s'ajoutent à l'équipe de soins, la question de l'imputabilité se pose. En particulier pour les cas de grossesse à risque, les sages-femmes devront les prendre en charge sachant qu'une grande majorité des individus sont atteints de diverses maladies chroniques à un jeune âge. Sachant que dans les cas complexes, le risque de complications est plus élevé, qui assumera la responsabilité du patient si ça se complique? Comme une infirmière partage :

« Puis de mettre en place les structures pour... parce que le pire des scénarios c'est d'agir sur quelque chose qui n'a pas été prévu, pis c'est ça qui est difficile. C'est que là en ce moment on a un service, mais l'équipe qui est en place... parce qu'on ne fait pas d'accouchements ici. Nous là, moi des accouchements à part les miens, je n'ai pas d'autres connaissances. Je sais qu'on est un peu loin de la médecine traditionnelle, mais ça rejoint ça aussi, c'est que si moi je suis de garde pis qu'il y a une grossesse qui ne va pas bien, pis il faut que je sois capable d'intervenir avec eux autres, mais quand tu ne connais pas ça ou t'es pas dans un terrain connu, t'es pas aussi efficace que tu le serais dans un terrain que tu connais plus. Mais c'est plus ça qu'on se trouve confronté à... pas de structuration au niveau de qu'est-ce que ça implique. C'est correct de faire des accouchements à domicile puis si la communauté veut ça, mais d'un autre côté c'est qui qui va recevoir les cas qui ne vont pas bien? Pis il va falloir les gérer. Oui, la sage-femme va suivre, va continuer à être là, mais moi mon rôle par rapport à ça ou puis mon manque de connaissance c'est bien plus ça. » (Professionnel/intervenant 6)

Bien que ce soit le palier régional qui assure une intégration de la culture et des valeurs crieuses dans les différents services à la population, l'impact au niveau local n'est pas encore perçu par les communautés. Comme un coordonnateur au conseil de bande témoigne:

«There hasn't been a big link with the regional organization with the local. Nishiyuu is more of a regional initiative. And I haven't really felt the impact at the local level yet. (...) I think that for us their role is to standardize things for all of the Cree nation. But there are many nations, many Cree communities that are already doing work for their community member. Mistissini has been known to sort of

trail blaze a lot of initiatives that are taken place. So a lot of the ideas that come from our communities somehow, we have influence with other communities or even regional organizations. And we've seen a lot of the stuff that we did here materialize at the regional level or even other communities. I haven't seen that direct link with Nishiiyuu with ourselves. Although we are working on some projects related to the well-being of the communities. »
(Administration/gestionnaires 31)

Chaque communauté Crie possède ses caractéristiques qui lui sont propres tant sur le plan culturel que sur l'organisation des services de santé. Nous allons à présent nous intéresser à la communauté de Mistissini.

5.2 Mistissini

5.2.1 Situation géographique, sociale et économique

Parmi les 9 communautés Cries, Mistissini (ᑭᑭᑭᑭᑭ) est l'une des plus grandes communautés Crie de la Baie-James du Québec. Elle n'est accessible par la route que depuis 1970. Mistissini signifie *la grosse pierre* en référence à la roche près de la décharge du lac Mistassini. La communauté est située à l'intérieur des terres Cries, au sud-est du lac Mistassini à 780 km de Montréal et 730 km de Québec. Chibougamau à 130 km de Mistissini est la ville québécoise la plus proche. La population est de 3 992 au total dont 3 618 résidents et 374 non résidents (Affaires autochtones et du Nord Canada, 2015). La carte du Québec (Figure 12) permet de visualiser la situation géographique de Mistissini.

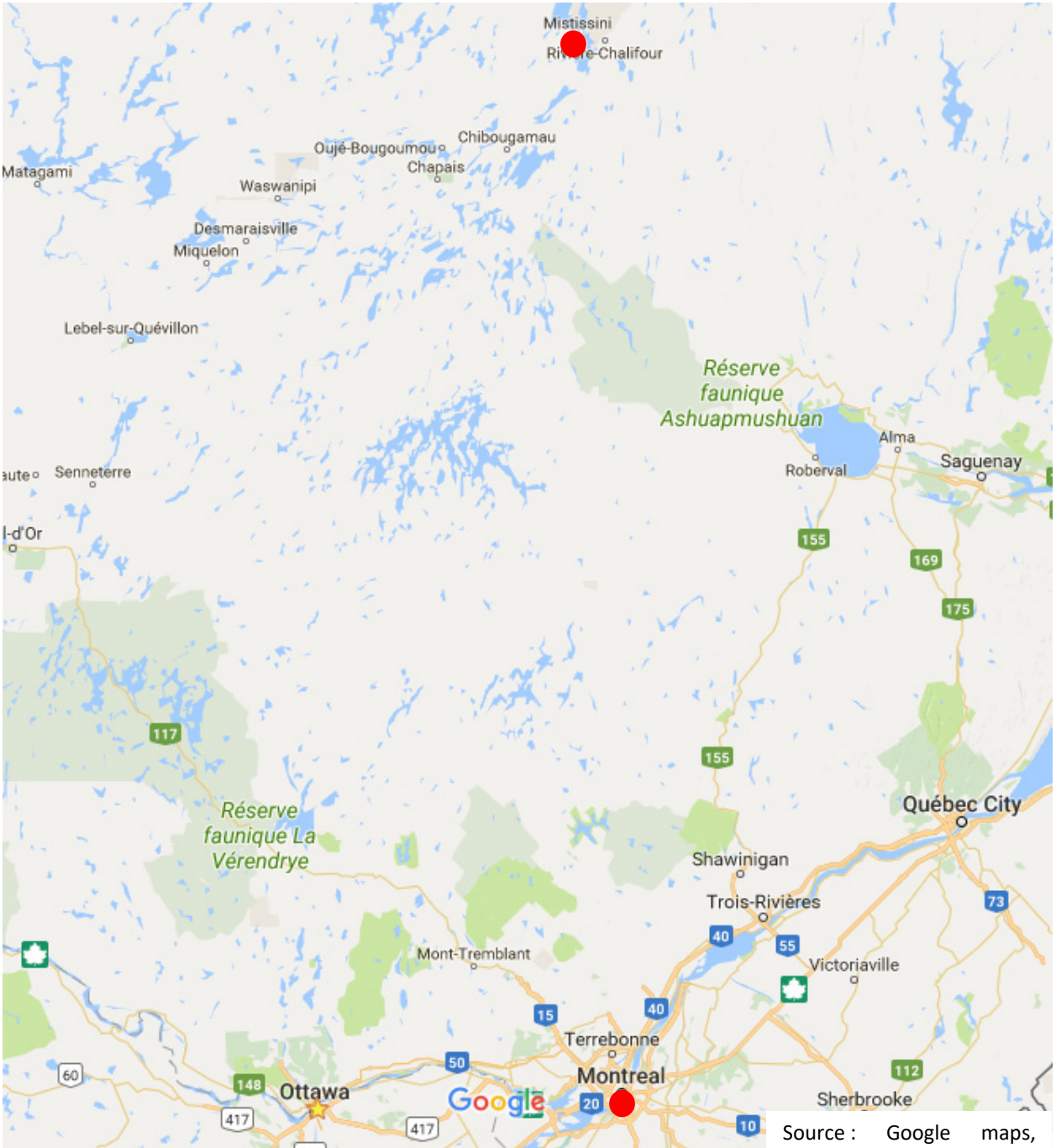


Figure 12. – Carte de Mistissini

Pour son développement économique, Mistissini a investi dans une compagnie entièrement Crie, appelée Eskan. Cette entreprise a pour objectif de créer de l'emploi tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté. Elle offre des services entre autres dans les domaines

suivants : construction, foresterie, transport, vente de détails et restauration (Mistissini, 2017).

Au niveau social, un administrateur de la santé partage sa représentation des membres de la communauté vis-à-vis de la culture Crie. Il mentionne 4 catégories d'individus. :

- les Aînés qui ont perdu leurs enfants dans les écoles résidentielles et continuent de pratiquer les activités traditionnelles;
- ceux qui sont allés dans les écoles résidentielles et cherchent un sens à leur vie;
- ceux dans leur trentaine ou quarantaine qui se questionnent sur leur vie culturelle et leur vie dans la communauté; et
- ceux qui ne s'intéressent pas à la culture Crie.

Ce ne sont pas tous les membres qui croient en la MT. Comme le rapportent des Aînés :

«The barriers, I believe, would be the mindset of people, because Native peoples have always been taught that what you are doing is not right. (laugh) What you are doing is not right! It is wrong, our way is the best way. So some people have that kind of mentality. The modern way or the ... I don't like to use the other term, is the best way of doing thing. And then they are kind of like their own... They put down their own culture, their own traditions, they think that the modern way is the best way. So you might have to change certain mindset of people. (...) in the First Nations group, there is a certain group of people that opposed as I said, there is some native peoples, or First Nations' people that don't really regard, traditional healing as the best. They look up to modern medicine and then that kind of term "traditional healers" they kind of like fight against that, so you have to come up with another term. » (Détenteurs de savoir en MT 10-11)

5.2.2 Organisation politique et administrative

Le conseil local est composé d'un chef, d'un chef adjoint et de sept (7) conseillers élus. Il est doté des pouvoirs réglementaires équivalents à ceux dans la Loi sur les Indiens (CBJNQ, article 73). Les responsabilités du conseil local sont décrites dans le tableau 6.

Élus	Champs de responsabilités
Chef	Gouvernance Éducation et formation Logement Communication

Chef adjoint	Administration Logement Développement économique Culture, langue et savoir traditionnels
Conseiller	Culture, langue et savoir traditionnel Environnement
Conseiller	Santé et social Développement de la communauté Infrastructures
Conseiller	Emplois Secteur des jeunes, des femmes et des familles Éducation et formation
Conseiller	Administration Emplois Communication
Conseiller	Développement économique Développement de la communauté Infrastructures
Conseiller	Communication Environnement Secteur des jeunes, des femmes et des familles
Conseiller	Gouvernance Santé et social Logement

Source : Mistissini, 2019

Tableau 6. – Répartition des responsabilités du conseil local

Le CCSSSJB et le conseil de bande ont accepté que la recherche actuelle se déroule dans la communauté; ceci indique une ouverture politique pour offrir la MT. Comme un coordonnateur au conseil de bande témoigne:

« I work for the local government, and local government sets the tone for the community, and because the local Chief and Council have already indicated their interest in having this research project happen means – it signifies to me that to provide that alternatives to the people that are going through different things with their health. Either they want to go to “western” medication or to “traditional” medication. So there is a signal there to me that the leadership up here is very open to either one, which will help the people. Because a lot of our people do depend on traditional medicine already. Already, they’re on. Not really on, but they take certain teas, certain drinks to help them cope and manage things. » (Administration/gestionnaire 31)

Il existe un département de la santé et du développement social au conseil de bande qui a le mandat de promouvoir les activités touchant la guérison et le bien-être de la communauté, ainsi que de trouver des moyens de favoriser une guérison holistique. Comme en témoigne une ancienne coordonnatrice du conseil de bande :

« My team and I, we were responsible for promoting healing and wellness activities within our community. More physical, staying away from medicinal, clinical, staying away from that. But finding more ways to heal physically, emotionally, spiritually, those kinds. » (Détentrice de savoir en MT 23)

Depuis le projet sur les plantes antidiabétiques, le conseil de bande soutient la promotion de la médecine traditionnelle. D’ailleurs, l’utilisation de la médecine traditionnelle a augmenté. Comme le rapporte un administrateur de la santé.

« It is becoming more of a known thing, the knowledge, now that traditional medicine is out there. And it is something that actually sponsors by the Band, now. Since then, because before never it would be. Because the church was kind of the top of the pyramid and they spanked on it, so nobody is supportive. But now it’s been supported more, it’s been used more... » (Administration/gestionnaire 14)

5.3 Services de santé

5.3.1 Organisation des services de santé

Mistissini possède un CMC, un centre de santé offrant des services de première ligne, l'équivalent des CLSC dans le système de santé québécois. Par ailleurs, lors de la construction du CMC en 2013, une salle ronde faite de cèdre pour la pratique de la médecine traditionnelle et la guérison guidée par des Aînés a été aménagée (Morrow, 2013). Le CMC est régi par le département Miyupimaatisiun du CCSSBJ. Il s'agit d'un établissement du système québécois. Il se soumet aux exigences et aux normes du MSSS. L'organisation couvre non seulement les soins primaires, mais aussi les services d'urgence et de dialyse. Pour les autres services, les patients sont référés à différentes organisations de santé.

La structure par programmes s'appuie sur une mentalité du Sud qui ne reflète pas nécessairement le mode de vie des membres de la communauté.

« On comprend que culturellement parlant, ce n'est pas une population qui vit dans le futur, c'est une population qui est... C'est aujourd'hui, ça se passe là, j'ai mal, je consulte et là on passera à un autre appel. Tandis que là, c'est plus tout le concept de *caseload* puis de suivi long terme, ça, c'est une mentalité du Sud. Ce n'est pas vraiment pas eux autres. (...) À mon avis très personnel, je trouve qu'on se plante! Pour faire du suivi. C'est pour ça, que je vous dis, il faut réinventer quelque chose. Il faut aller les chercher d'une autre façon. Ce n'est pas une population qui ... T'sais ils n'ont pas d'argent en banque, ils n'ont pas de REER⁵⁷, ce n'est pas une population qui va prévoir du long terme. Ça fait que quand tu arrives dans la prévention, à un moment donné, c'est ça l'enjeu, je veux dire. Parce que tu traites souvent, tu dépistes une maladie qui n'a pas d'impact à court, court terme il n'y en a pas. Et dire que dans 10 ans, il va perdre ces reins, OK. Ça, on dit ça dans le Sud, puis OK, ce n'est pas péjoratif là c'est juste c'est une conceptualisation qui est différente. Puis si on leur propose la solution du Sud, on passe à côté, ils ne répondent pas. Puis on se l'est fait dire aussi à travers des entrevues, à travers... »
(professionnel 8)

Cette structure peut constituer une barrière à une offre de soins combinée avec la médecine traditionnelle et favorise la fragmentation des services. Le même professionnel de la santé

⁵⁷ REER désigne au Canada le Régime enregistré d'épargne-retraite

donne l'exemple d'une femme enceinte suivi dans le programme Awash qui est référée aux soins courants pour un problème de santé aigu. Et il ajoute que le lien de confiance est difficile à bâtir avec le patient.

« Puis ça (la structure du Sud) pourrait être un gros handicap à l'implantation de cette médecine traditionnelle-là. Parce qu'on est dans une structure de Sud, puis on s'aligne tellement Sud, puis je ne sais pas. Pour avoir connu des petites communautés, pour avoir connu tout ça, maintenant c'est du copier/coller à une clinique à Rockland, je veux dire, c'est la même chose! Chacun a son petit champ de pratique, chacun a son petit chose... « Ah! non, ça, ce n'est pas ma clientèle, ça c'est ta clientèle. » « Non, moi je ne le vois pas. Moi, je ne suis que sur rendez-vous. » (...) (la structure du Sud c'est) une structure planifiée, cadrée, les petites cases ou tu ne rentres pas là, tu n'es pas là. Je ne te vois pas, je te reverrai demain. Va au Service courant. (rires) T'sais, ça, tu ne vois pas ça dans les petites communautés. Ou du moins au début de ma pratique nordique. Comme je disais, on était deux. Le patient se présente, on va le voir, puis il n'y a pas de structure, puis de programme, puis de sous-programme, puis de... Ça devient tellement compliqué. » (Professionnel/intervenant 8)

5.3.2 Intégration de la culture dans les services de santé

La culture est de plus en plus intégrée dans les services de santé tant au niveau gestion que professionnel. Par exemple, dans la gestion des services de santé, la notion du temps diffère de celle dans le Sud, ce qui influence entre autres la gestion des horaires des employés. Comme un administrateur de la santé témoigne de son expérience lorsqu'il a commencé à travailler dans le Nord:

« Quand je suis arrivé, c'est la vitesse que tout se passe, ici ... Eux autres, les Indiens disent Indian Time... Il n'y a rien qui stresse là. Ça ne presse pas. On est habitué, moi je suis dans le beat de ça « Ça ne presse plus. » (rires). J'ai encore quand même mon background, mais ... T'sais il passe des outardes, « Bien là, moi je m'en vais parce que là c'est la chasse, puis là je m'en vais, ce n'est pas le temps de travailler. ». T'sais au début, moi j'étais « Bien voyons! Tu as une *job*, tu es à temps complet, il faut que tu demandes des vacances. », t'sais si tu veux être vraiment dans le cadre, Sud, encadré, 8 h à 4 h, puis là... Bien aïe! Ici là, ce n'est pas ça pantoute. Ça prend un grand... Être capable de s'adapter au Nord, parce que les gens sont comme ça. Les employés sont comme ça, ce n'est pas qu'ils sont lâches, ce n'est pas qu'ils sont *slow*, ils sont comme ça. Eux, leur vie... Ça a changé, moi je suis là depuis longtemps, ça a changé, mais encore là... Moi j'aime la façon qu'on vit ici, mais dans la communauté tout est ... C'est ça, on a une mentalité simpliste un peu, moi je parle cliniquement là. Mais la vie en dehors, le respect de la nature, le lac, la pêche, le ski-doo, la chasse! T'sais tout est fait par respect par

rapport aux gens, la résilience incroyable des Autochtones. »
(Administration/gestionnaire 7)

Du côté des professionnels, la plupart viennent du Sud et ils notent que l'approche de soins avec le patient n'est pas comme celle enseignée. Par exemple être directif ne fonctionne pas avec les patients dans la communauté. Il faut qu'ils soient considérés dans le traitement. Serrer la main à un Aîné est important pour établir un premier contact. Autrement, la relation entre le professionnel et le patient peut être difficile à établir. Les professionnels qui travaillent dans le Nord ne reçoivent que très peu de préparation et de formation sur la culture Crie dans les services de santé. L'équipe de soins devrait être au courant des théories médicales, des cérémonies de purification et de l'approche holistique, par exemple. De cette manière, ils peuvent trouver des solutions adéquates pour améliorer la situation. Comme le note un professionnel de la santé:

« D'avoir une approche, une structure axée plus (sur la) prise en charge globale pour les patients atteints de cancer. Qu'ils soient accompagnés quand ils vont à l'extérieur. (Une professionnelle) nous disait : « Il n'y a aucune préparation, ces gens-là arrivent ici du jour au lendemain, ils sont dans une autre culture. ». Mais ils ne savent pas, (il faut) qu'il y ait au moins une connaissance et une petite formation ou un petit échange pour dire, dans notre culture c'est ça. Comme organisme de santé, bien que du côté Cri, ils aient leur mot à dire face à l'approche aux patients. Je te dirais ici, moi si tous mes étudiants qui viennent maintenant, tu ne rentres pas dans une salle de consultation, surtout s'il y a une personne âgée. Le premier geste c'est d'aller donner la main. Ça, c'est comme une insulte si tu ne fais pas ça, ils ne te le diront pas, mais c'est comme « Au moins! » Alors que (la médecine allopathique), ils nous disent d'enseigner, bien garder la bonne distance, vous êtes de l'autre bord du bureau puis rester neutre et tout ça. Alors c'est vraiment dans l'interculturel, des grosses différences. Alors qu'ici, au moins aller saluer une personne âgée, lui donner la main. Déjà, ça va ouvrir la porte. Alors c'est comme d'avoir une préparation. » (Professionnel/intervenant 17)

Une autre composante de la culture est la langue Crie encore très parlée par les membres de la communauté. Mais la grande majorité des professionnels ne parlent pas le cri et les affiches de prévention et promotion de la santé ne sont pas toutes traduites en cri ou en anglais. Un professionnel de la santé suggère d'utiliser les arts, les couleurs, les images et les affiches en cri afin de mettre les gens confortables et à l'aise.

« Arts! You need to have things, you need to have like arts from the community, traditional arts, traditional colors when you walk in and you see it, you feel comfortable. Pictures and posters in Cree, not in English, not in French. You need to have pictures of Aboriginal people's faces, people from the community faces on it. Aboriginal kids, not two White kids and you are talking about nutrition. No have two Cree kids, there is a couple, they have done things like that. But you need to have things that it's made of their own versus other cultures. (...) It makes you feel comfortable. (...) ». (Professionnel/intervenant 4)

Les services non adaptés culturellement pourraient amener une *non-compliance* aux traitements, une absence aux rendez-vous médicaux et une perte de confiance dans la relation thérapeutique. Par exemple, le dentiste en cri est traduit par « celui qui arrache les dents ». Cette image négative a des répercussions sur la promotion de saines habitudes dentaires, par exemple. Comme en témoigne une gestionnaire du CMC :

« We just had an oral health workshop and when I think about this, what other people's perception of what the dentistry is. The Cree word for a dentist is the one who pulls teeth, and then you hear even now parents who are my age, or even younger than me, they, you know, school their kids by saying: "You better be good or I am gonna take you to the dentist." So it is a lot of changing on how people perceive us. Even the CMC. » (Administration/gestionnaire 5)

Ainsi, le CMC met en place des stratégies pour éviter de perdre des patients dans les différences interculturelles. Mis à part les programmes régionaux, il y a des ressources en santé communautaire, ou plus communément appelées dans les communautés, les intervenants en ressources communautaires, communément appelé en anglais, **community health representative (CHR)** qui travaillent en collaboration avec l'équipe de professionnels de la santé pour diminuer les incompréhensions culturelles, assurer un accompagnement dans le suivi du dossier et ainsi favoriser la compliance des patients. Ils ont également le rôle d'accueillir, d'orienter et de référer le patient vers les bonnes ressources.

« Bien on l'a fait ici, en Chayo en tout cas, avec nos patients diabétiques (avec qui) on n'arrive à rien, malgré du counseling intensif. (...) Alors ce qu'on fait maintenant, c'est qu'on les jumelle à un travailleur communautaire Cri qui va accompagner nos patients, 3 fois/semaine puis qui va faire le suivi, il peut même aller à la maison. « Est-ce tu t'es donné ton insuline ce matin? ». « Ah! Non! » Il va lui donner. Au moins, il va avoir son insuline, 3 fois dans la semaine. Et de l'accompagnement, ce qu'on n'a pas le temps de faire. Puis dans la maison, puis de voir, de donner tranquillement pour que ça se passe (bien), toute l'information, puis pourquoi? Qu'est-ce qui ne marche pas? Toutes nos questions. Est-ce qu'il ne

comprend pas? Est-il limité intellectuellement? Est-ce que c'est une question de langue? Qu'est-ce qui fait qu'on n'arrive pas à de bons résultats? Alors moi je pense que ça pourrait (être) la porte d'entrée. Puis moi ça a toujours été de même « avez-vous été consulté vos médecines traditionnelles avant? » Puis ils vont te dire « oui ». En Afrique, beaucoup, c'est aussi très populaire au Pérou. Que ça soit la première porte d'entrée, et que ces gens-là après puissent nous référer des patients. Mais je ne suis pas sûr qu'ici on soit rendu là. » (Professionnel/intervenant 17)

Les intervenants en ressources communautaires apportent avec eux leur approche traditionnelle, par exemple dans le programme Awash, une intervenante en ressources communautaires partage ses enseignements aux patients en racontant des histoires sur les traditions culturelles autour des naissances. Avoir des Aînés dans l'équipe peut offrir une alternative aux patients et aux professionnels de la santé.

« (...) And they always have a lot of stories to tell, and we have one lady her name is (anonymized), she retired and she works in the Awash department as a CHR, which is a community helper representative and she always had stories about birth. You know, like what kind of medicine you needed to have your milk coming, to breast feed, the importance of breast feeding and then, you know, the walking out ceremony and like the different rites of passage, and there is just... She had a lot, a lot of those stories to tell (...) » (Administration/gestionnaire 5)

Par ailleurs, un administrateur de la santé ajoute que le rôle des intervenants en ressources communautaires se développe beaucoup. Ils reçoivent une formation pour travailler avec la télé médecine telle que pour envoyer les photos des plaies par exemple aux médecins traitants. Ceci augmente l'accessibilité aux services spécialisés culturellement adaptés. Par contre, comme les membres de la communauté se connaissent entre eux, avoir des intervenants en ressources communautaires venant de la communauté peut aussi créer des conflits d'intérêts entre les patients et ces intervenants. Comme une professionnelle de la santé témoigne:

«when I am in my program and I arrange families and we are doing the whole monthly dimensions, quite helping, I'll invite my community worker, but she will say: "No, I can't go." And then she said it is related to something that happened between my family and their family in the past, you know. Stuff from the past came up, you know. And then there is a lot of... taboos about conjuring (shaking tent and medicine) and all that stuff too. (...) There is a lot of Christianity too. » (Professionnel/intervenant 21)

Plus spécifiquement dans la pharmacie du centre de santé, des assistants techniques autochtones sont également embauchés et formés par le CMC. Ils servent également d'interprètes pour adapter culturellement les services de santé. Toutefois, le recrutement d'employés autochtones n'implique pas forcément qu'ils connaissent la culture. Un professionnel de la santé rapporte :

« Il y a beaucoup d'autochtonisation de l'administration, c'est visible. Puis c'est souvent des gens qui ont leur bagage, mais qui n'en ont pas tant que ça. Il faut travailler avec ce qu'ils sont. Puis c'est correct aussi, parce que c'est... Moi je pense que c'est dans l'interculturel aussi, travailler avec les gens qui sont là. Nous autres, on passe. Mais eux autres, ils vont rester. Puis souvent les administrateurs nous disent : « Si vous voulez nous accompagner, nous aider on en a besoin parce qu'on n'est pas super compétent. » Surtout dans le domaine de la santé... » (professionnel/intervenant 17)

Que ce soient les professionnels de la santé ou les intervenants, ils ont des patients qui consultent et utilisent la MT. Il est donc légitime de se demander ce qu'est la MT, comment le savoir en médecine traditionnelle est transmis et où en est la pratique de la MT à Mistissini.

5.4 Médecine traditionnelle autochtone

« Preserving for both nature and knowledge-wise because some of the medicines are considered sacred and it is something that we have always known. I guess it is also more keeping identity as well. So when it comes to these types of things, no matter where you go in an Aboriginal community, each community has their own set of traditional medicine as well. Whether they are living in poverty or living the way like this way, like the way we are. Each community has their own set of medicine to help each other. That's why traditional medicine, I think, should stay within the local, locally. » (Jeunes 27-28)

Les participants définissent la MT de la manière suivante. La MT est associée à un savoir en territoire dans chacune des familles qui se basait sur la connaissance du territoire, la spiritualité autochtone et la transmission orale du savoir. Chaque famille possédait un savoir pour survivre dans le bois, parce qu'il n'y avait pas d'accès aux services de santé. Une Aînée partage:

« Each family household, they did their medicine. There was no traditional medicine or doctor. Everybody was a doctor in their own home. This traditional medicine today, because (a person) has a lot of knowledge, she has been identified as somebody who is very knowledgeable. Therefore, now she is a traditional medicine person. But long time ago, every family member was their own, there was no going to her father. It didn't happen like that. Beside that everybody was in their hunting grounds you know, doing their own thing. » (Détenteur de savoir en MT 23)

La MT a une approche holistique. Elle explore la cause en amont du problème de santé. La vie en général dans le bois se base sur une approche de prévention et de promotion de la santé, parce que la survie de la famille en dépendait. La santé publique au niveau régional tente de reprendre ce rôle qui était autrefois au niveau individuel.

« The other thing that was really strong in the past but we kind of lost is the... I don't know what you could call it. Either the public health... Prevented messages, I guess. Saying that well if you do this... If you haven't done this, this, and this, and this, you wouldn't be having this problem. Like for pneumonia, when I was up building cabins, and they told me: "Well if you end up in and working up, getting well and if you are an Aboriginal, nan, nan, nan, like you wouldn't have this problem." But in 3 days I was feeling back to normal, probably faster than antibiotics would have helped me. Better so traditional medicine. So yeah! It works. » (Administration/gestionnaire 14)

La MT est principalement utilisée pour ces problèmes de santé : érythème fessier chez les nouveau-nés, toux, douleur à la gorge, plaies, douleurs musculaires et articulaires, ongles incarnés, crampes aux jambes, paralysie cérébrale, eczéma, douleurs rénales, caillots sanguins lors des menstruations et infections urinaires. Elle peut aussi être utile pour diminuer la pression artérielle et contrôler la glycémie.

« Coughing... Sometimes somebody would come in with sores in their mouth. Sore throat ... Psoriasis or eczema, one or the other. Especially our children. And ingrow toenails. Pulled muscles or joints, you know, joints. Diaper rashes... So herself, as a traditional medicine person, she just gets the medicine from the plants or the trees, she also gets it from animals. The goose, bear... yeah! She has seen a beaver's balls⁵⁸, you know what I mean? You see the oil of those things to rub the baby over here and the diaper rashes. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

⁵⁸ Beavers' balls désigne les huileux des castors.

La personne qui vient chercher de l'aide a aussi un rôle important dans son processus de guérison. Elle doit avant tout croire en la MT et que cette dernière puisse soigner le problème de santé. Ceci fait partie intégrante du processus de soins en médecine traditionnelle. L'important n'est pas tant pour la personne de prendre le remède que de comprendre ce qui lui arrive. Comme rapporte une Aînée:

« I think you really have to believe the medicine that you are taking that comes from traditional medicine, but they say like if you don't believe it's not going to work for you. So you have to make that person understand and... That if she is taking this, not to take, not to mix, to understand, to make them understand that ...» (Membres de la communauté 19-20)

La génération après les Aînés a un discours dans lequel la médecine traditionnelle repose sur une conception de la santé d'un individu basée sur l'équilibre de quatre dimensions. «Four aspects to traditional medicine. There is mental, physical, emotional and spiritual. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites). Et ne pas considérer l'ensemble risque de causer un déséquilibre, ainsi un mal-être. Comme l'illustre un administrateur de la santé:

« If you have a car and you take one wheel off and throw it away, you are not gonna go very good. And everything within the Cree culture, and within the daily thing it is all bounced with the four. The four aspects or the four directions or I don't know how we want to call it, the medicine wheel. So if we take a chunk out and throw it away, the rest they are not going to go too good. And I think that's what they've done, they screwed up the physical part, and screwed up the traditional medicine part, and now we are riding on a bicycle trying to hold up the other two parts of the car. » (Administration/gestionnaire 14)

Par exemple, la narration d'histoires fait partie, pour certains, de la MT. Elle peut aider émotionnellement et mentalement. Comme le raconte un jeune de la communauté :

« Another traditional medicine is storytelling, it's probably known as well, so even that you have to tell a certain story as the season changes. Because if you tell a summer story in the winter, it is considered disrespectful to the spirit, how that works. And if you believe in such things, it also gives you some bad luck when you go hunting as well. Or when you go harvest the medicine, harvesting you get bad luck in that too. So story is also the medicine too. So if you tell that at the wrong time you get bad luck in a way (laugh). That's pretty much what I learned from my grandparents, a lot of these things because, some of these things that people don't consider traditional medicine, but they are in a way. When you hear a story, it helps emotionally, mentally. Because what most indigenous group believe in is that everything is interconnected in a circle, mental, spiritual, physical, and

emotional. So everything you do is ... Everything when you try to help someone is medicine. Be it humor, be it literally traditional medicine, spiritual healing, or ... storytelling. » (Membres de la communauté 27-28)

Malgré la diversité des croyances au sujet de la MT, elle est en train de revivre et le projet sur les plantes antidiabétiques a aidé dans ce sens en la valorisant par la recherche. Comme en témoigne un médecin :

« Il y en a (des traditionalistes), mais ça aussi, c'est en train de revivre, ça a été très ostracisé, ça a été très challengé. Puis encore ça l'est. Le projet, le premier projet (de recherche) en tout cas, ça les a valorisés, mais les gens ont peur de... parce qu'il y a eu, puis il y a encore un gros malaise. Les églises sont très présentes, puis il y a des rituels qui se refont maintenant ici, mais tu ne le dis pas! Ils ne sont pas encore à l'aise puis la population a perdu confiance en leur médecine traditionnelle. Ça va prendre du temps à revenir, puis je pense que ça va revenir aussi avec un équilibre des deux cultures : la médecine américaine et la médecine traditionnelle. Mais je pense que c'est beaucoup, nous, qui pouvons redonner une confiance ou une dignité à leur culture puis à leur médecine. Comme moi quand je dis : « ce n'est bon à rien mes affaires, on a tout essayé, et bien va essayer ailleurs. ». Puis tu en as de la médecine ici, puis la médecine qui peut être meilleure pour toi, c'est ta médecine traditionnelle à toi, et il y a des gens que tu vois déjà, c'est «non». Mais tu vois, ça a marché, parce qu'elle (nom d'une détenteuse du savoir en médecine traditionnelle) me dit : « Arrête de m'en envoyer, j'en ai trop! ». » (Professionnel/intervenant 17)

Une Aînée va dans le même sens, le projet sur les plantes antidiabétiques a apporté plusieurs bénéfices à la communauté. D'une part, il y avait une reconnaissance des bienfaits de la MT et d'autre part de l'importance d'adopter de saines habitudes de vie.

« Not only do we know that traditional medicine is beneficial, we also learned the importance of physical activities to maybe cut the diseases, diabetes and... And intake of food, healthy eating. Those are some things that we learned along the way on top of the importance of traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Un professionnel de la santé note aussi qu'il y a une appropriation par les membres de la communauté de leur propre santé et médecine qui leur amène une fierté et une plus grande estime.

« Avec le projet (sur les plantes antidiabétiques) aussi sur la médecine traditionnelle et diabète. Il y a peut-être une plante qui a fait une différence. Mais ce n'est pas rien que de voir l'effet sur des prises de sang, c'est de voir l'effet chez les gens qui vont se remobiliser, puis qui vont aller ramasser leurs plantes, puis qui

vont refaire les ... C'est long faire ces affaires-là, ces préparations-là. Tu vois c'est tout, de reprendre contact avec la nature, puis ce qui a été perdu. » (Professionnel/intervenant 17)

Toutefois, certains regrettent que seules les plantes aient été traitées dans ce projet, alors que la MT englobe bien plus que les plantes, elle inclut entre autres les parties animales et les cérémonies. Comme le précise une Aînée:

« (...) One of the elders said the other day: "They just focused on one or two kinds. We need to do other plants, animals." We really need to promote the beaver balls (laugh) and the ceremonies. Something that is almost non-existing. This little sweat lodge, even the big sweat lodge, where you go in, and you just walk in. It's kind of not accepted here, because they say, it comes from out west. But that's not true. My father-in-law who is long gone now, built some sweat lodges where you have to crawl in, lay down and crawl in. The sweat lodge heals many things in your body: Blood clots, blood veins, lots of things. That's almost non-existing, we should promote more healing in that way. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Le projet sur les plantes antidiabétiques appuie, par la science, l'importance de la MT. Malgré tout, il n'y a pas une homogénéité des membres de la communauté quant aux croyances sur la médecine traditionnelle. Il existe plusieurs mentalités sur la médecine traditionnelle dans la communauté : ceux qui n'y croient pas, ceux qui y sont indifférents et ceux qui veulent l'essayer et ceux qui y croient. Comme en témoigne une Aînée:

« There are different mentalities in this community, there are those who don't believe in traditional medicine, there are those who don't care about traditional medicine. There are those who want to try it. Then there are those that believe, those are the different people I think she could say. Not everybody is the same. They don't have the same beliefs about traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 1)

5.4.1 Le territoire

La MT utilise les éléments qui proviennent de la terre comme les plantes médicinales, les parties animales ou l'eau. Elle provient du territoire ancestral. Comme un Aîné partage:

« When I hear traditional medicine, I think about our land, where our ancestors used a long time ago, before we are introduced to the southern places. That's what comes to mind, the medicine that they used from our lands. » (Détenteur de savoir en MT 18)

La Terre mère est une médecine. Quand les gens vont en territoire, leur corps en absorbe les bienfaits. Un détenteur du savoir en MT ajoute une explication sur l'importance du territoire dans la guérison.

« The skin is like the kidney. It filters, it takes out everything. When you walk on the land, it is like you are healing yourself. When you are in the wood, all skin absorbs medicine, you breathe medicine, you see medicine. The skin sucks everything, all the medicine from the land, sucks it through the air, through the skin. I noticed that with my parents. They are both sick. Their diabetes are controlled on the land, because they are so active and their skin absorbs everything. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

La MT n'est pas composée que de ces éléments, mais c'est une manière de se guérir qui est aussi rattachée à l'identité culturelle. Par exemple lors des deuils ou des moments difficiles émotionnellement, certains choisissent d'être en territoire. Comme une professionnelle de la santé et membre de la communauté partage:

« Traditional medicine is a way of healing ourselves. It is not only, you know, products, but it is more... It is spiritual too. It has to deal with our ... who we are as, you know, in our wheel. Let's say like our medicine wheel. There is a balance with our spiritual side and our emotional, physical and mental. » (Professionnel/intervenant 21)

Un administrateur de la santé reconnaît que le territoire est important et en constate l'impact sur la santé des familles quand on leur retire leur terrain de chasse et de trappe. Il constate également que les gens sont plus actifs en territoire, ce qui a un impact sur la santé physique et mentale des individus.

« The land it is important because even like in Waswanipi, there was one group of families that their trap line was clear cut. And we have a lot of social mental issues, and societal issues and that family, they trap on the trap line. And that you see that show my mom went out, they are talking about the broad back river. And now the Waswanipi trap line, I think there are only 3 or 4 that haven't been touched in some way by forestry. That's not very many out of a few hundred trap lines. And most of it, it is clear cut, so I guess he blocked 5 or 6 trap lines and clear cut everything so. Yeah the land it is a big thing, but that's a part of your... That's a part of everything the land. (...) because if you don't have any land, you don't have any daily life. » (Administration/gestionnaire 14)

Accessibilité au territoire

Fondamentalement, l'accessibilité du territoire passe par une préservation de celui-ci.

Comme le souligne un administrateur de la santé:

« As long as the land is healthy, the access will always be there.... by minimizing the development that happens in the territory. Because if you have development of any sort in the territory, it compromises the health of the land and the health of the people and the health of the animals. Not just for our people but for everyone in the world. Because if you look at Mistissini lake, you can literally go on the lake and take a cup of water and drink it directly from the lake. For as, if you go elsewhere in the world, it's very hard to do that. But I always strain my water because, sometimes, there are bugs in the water. (Laugh). But I'm still able to do that today. » (Administration/gestionnaire 31)

Comme les ressources se trouvent en territoire et que la plante n'a pas les mêmes propriétés en territoire qu'en serre, il faut non seulement être en mesure d'assumer les coûts rattachés au déplacement, mais aussi de détenir un savoir pour reconnaître et cueillir la bonne plante. Sur le plan financier, des fonds d'indemnisation permettent aux membres de la communauté de couvrir une partie du déplacement et des coûts reliés à adopter une vie en territoire. Au niveau du savoir, le détenteur de savoir en MT peut préparer le remède, mais ayant une mobilité réduite pour aller chercher la plante, il peut alors soit demander à un membre de sa famille qui détient également ce savoir ou demander à la personne elle-même d'aller la chercher.

« Because the medicine itself for the elders, it is difficult to get because of the availability of it and the amount of mining and forces you need to reach it. So, a lot of times if it is not available... Well not a lot of times, if it is not in natural environment, the medicine doesn't have the strength, like you can go out in a clear cut and find beautiful Labrador tea. But it has no... It doesn't have the strength that the Labrador tea that you find in a natural environment. ... So that's one of the problems of access, it is actually getting access to a good place. And then the other part it is not over harvesting it. ... I know there is some research done about the pitcher plant, but they did the part on it growing back, they didn't do the part of how strong it was. But that's still on the same properties. So those are things that need to be looked at yet. But I think it is pretty well... Well, for the elders anyway they are pretty well sure that he can't grow out in a greenhouse because they won't have the same power as if you got her from nature. But as to the people actually getting it in the community, what we're trying to do, what we'd like to do, is to have the elders, to tell them... Or the healer to tell them what is needed, ... to help them to understand how to make the medication and how to

harvest it. And that's the way it's gonna be sustainable. »
(Administration/gestionnaire 14)

5.4.2 La spiritualité autochtone

La MT est vivante. C'est une connexion avec le Créateur, soit le Chamandu. La connexion peut se faire par les rêves. Comme une professionnelle de la santé témoigne :

«Traditional medicine is alive... I think it is alive... Traditional medicine has a spirit. Yeah... It is connected... It's probably... Well, a connection, there is a connection, you know, with all the elements. When you use traditional medicine... You are using water too, water is life. And then you are using your prayers too and your prayers are... your connection with Chamandu and how everything ... When you look at a pill or something. You don't think of it as a life, you just think of it as a pill. But when you look at traditional medicine you look at it as, it is a spirit. And everything is connected within that. And then when you take your medicine he knows... that spirit knows. I don't know if... I make sense? Because it'll be the spirit of the medicine that will say (if it will work or not). It is just not medicine, it is spirit... You can write it down there, your traditional medicine, what is traditional medicine. It is a spirit too, I feel it is connected, a connection between you know... everything as a whole and one... with that Chamandu...»
(Professionnel/intervenant 21)

Il existe différentes pratiques de la médecine traditionnelle. Elles ne se limitent pas aux problèmes physiques et peuvent aussi agir sur les aspects mental, spirituel et émotionnel. Les tentes de sudation font partie de la pratique de la spiritualité. Les tentes de sudation étaient individuelles autrefois, alors qu'aujourd'hui c'est pour un groupe de personnes. Elles étaient utilisées pour les femmes qui avaient des embolies lors de leurs menstruations, pour les gens très malades ou quand le problème de santé était non identifié. Tandis qu'aujourd'hui elle est davantage utilisée pour la santé mentale. Un détenteur du savoir en MT ajoute que la spiritualité peut apporter beaucoup dans les soins de santé.

« Ceremonies and sweat lodges are really good for healing. It is part of spirituality. Traditional medicine helps to wake up spirituality. (...) spirituality is still part of traditional medicine. And I believe it is time for Nishiiyuu to step it up and take more place. It would really get them going if the traditional medicine was in health care. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

En plus des tentes de sudation, on peut nommer les rites de passage, les tentes tremblantes, les chants et le tambour. Les participants ont parlé d'autres cérémonies pour localiser le gibier, pour visiter d'autres campements ou visiter les esprits ou encore prévoir dans un

avenir rapproché ce qui va se passer. Ce savoir peut se transmettre. Comme une membre de la communauté témoigne :

« With like hunting they can... Some people who are very ... have always lived off in the land... they seem to be able to communicate with some animals. In my father's case, he knew the bear very much, everything about the bear, and with his mind that's what he told me one time: "I think something in my mind..." he explained to me one time, when he was in the bush there hunting, the bear was halfway up the mountain, and he didn't want to kill the bear halfway up the mountain. And it took time. But he did it with his mind he said, he kept looking at it and ... Actually, talking to him too in a certain way, actually using words in Cree.... and looking at the bear constantly. And then he would go slowly, slightly to the side, that he was coming down, slightly he would eat the berries there (laughs) and then he would look at him again and kind of use his mind talking to and he kept moving, moving down. And while he was moving down, he was going closer to the bear (laugh). And that's how he does it, and some people, it is certain other animals that they seem to be able to communicate. (..) They used to drum too, when they go hunting to find out where they are on their territory. Because they close their mind when they are drumming, and they are singing. And when they close their eyes, they can vision their territory and they see where the moose is standing. My grandfather was really good at that. I think my dad learned that too. » (Détenteur de savoir en MT 12)

La spiritualité inclut aussi la connexion avec les animaux notamment l'ours qui peut jouer un rôle dans la guérison mentale.

« You can use the bear hide for mental health problem and there are ceremonies for that. I use the bear hide in the sweat lodge to help an old man who was losing his mind. The elder asked him to build a sweat lodge and use the bear hide (because he was losing his mind). Few days later, he was active again. And my bones are still hot he said. There is a belief that the bear takes care of the mind. And his mind is back again. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Il reste que dans la communauté, il existe plusieurs croyances vis-à-vis de la spiritualité autochtone. Pour certains, la spiritualité autochtone fait partie de la MT et pour d'autres ce n'est pas le cas. Une Aînée témoigne que la spiritualité est un Dieu qui a créé la MT pour qu'elle soit disponible à tous. Par contre, elle ne conçoit pas une guérison par les cérémonies, elle le comprend plutôt comme une façon de maintenir la culture (Détenteur de savoir en MT 3). Pour d'autres, c'est une force supérieure qui diffère des religions. Et d'autres conçoivent la spiritualité comme une religion. Cette diversité de croyances amène des tensions au niveau de la question de spiritualité.

Tensions dans la communauté au niveau de la spiritualité

Les pratiques spirituelles sont sacrées et ne sont pas courantes à Mistissini. Des jeunes l'expliquent par le trauma intergénérationnel découlant des oppressions vécues par les autochtones.

« But the type of medicine that is used for spiritual uses, it is sacred. Let's say a meeting starts or a gathering starts. Sometimes they would smudge... But not here, because it is not as accepted here because of the religion aspect of the community. So I think in a way it should be introduced but like gradually but not like right on like that. I think it would take time because in our studies we learned that there is such thing called intergenerational trauma, and I believe a lot of it is still here. Like there are still people that are hurt. So... Because of the oppression that they experienced. There it is still... very much implemented like religious ways. So... it would take time. » (Membres de la communauté 27-28)

Durant cette oppression, non seulement les cérémonies étaient associées au diable, mais aussi les détenteurs du savoir traditionnel ont perdu leur statut et leur reconnaissance de la part des gens de la communauté. Un coordonnateur du conseil de bande explique :

« Ceremonies, sweat lodge... a very touchy thing. I think the reason why it's touchy is back in 40s 50s and 60s when they had the people from the Church come here like the nuns or the priests. They told our people that it's evil. So eventually our people started believing that a lot of the stuff that they were doing as Aboriginal people was evil. And that sort of demoralized people and sort of put people in a – maybe a compromise. I'm not sure. But they went through a lot. There is a lot of history in why people are the way they are in terms of responding to anything related to Cree traditions. Many people are scared of ceremonies that happen in the community because back then when they had medicine men, and there are still medicine men in the community. They are not viewed highly as they used to be before. They have been put down and they make them feel as they are nothing. Because of the Christian community. Because of their beliefs and the way they view anything related to traditional. About 20 years ago, I remember hearing about that letter that circulated to all Indian agents in Canada, back in the 1900s, where it instructed all Indian agents to ensure that there were nothing related to any ceremonies. Anything related to that would be banned on native reserves. And I remember, I don't remember the time, I remember that letter, it angered me to see that letter. Because it sorts of put my people on a very low level because what they did was, if you do ceremonies, you are viewed as being evil. » (Administration/gestionnaire 31)

Ces croyances sont encore présentes dans la communauté. Toutefois, même si la religion chrétienne a rejeté les cérémonies, il reste que certaines personnes les pratiquent tout de même. Comme un coordonnateur du conseil de bande témoigne:

« Many of the Christian community look down on anything related to Cree. And yet they still practice certain things like Walking Out Ceremonies and all that type of stuff. So I'm trying to figure that one out. (Laugh) It's complicated. But when you think about it, the elders would be a key, even the people who carry that knowledge and anything related to medication or the history of our people. » (Administration/gestionnaire 31)

Des participants apportent la nuance que c'est parce que la religion n'est pas contre la MT. Elle s'oppose plutôt à la dimension spirituelle de la MT.

« It is because of the religion. People were more into Christianity, they didn't accept the shaking tents. So it is more into religion. No, it is not that religion is against traditional medicine. Even Christian can do, have medicine from the plants... What they didn't like is that shaking tent...The spiritual stuff. And all the traditional food is, everybody accepts it. » (Membres de la communauté 19-20)

D'ailleurs, la décision de mettre la spiritualité dans la MT appartient à l'individu. Comme en témoigne un membre de la communauté:

« I think traditional medicine is apart from spirituality, it is something, it is knowledge. You can put your spirituality into it. But you don't have to, like anybody else can do it. It is apart. » (Membre de la communauté 9)

Pour éviter des tensions avec les croyances religieuses, une Aînée suggère de séparer la spiritualité des plantes pour soigner les gens.

« Because way back there was a lot of ... There was a lot of sorcery... Shamanism and shaking tents, and curses we put on people, it kind of connects itself to that kind of thinking. And you have Christian people in the community that go to church. They go to the Anglican Church, they go to whatever church and they are opposed to that way of thinking. So in some ways you have to break from that kind of way of thinking that's it can be some kind of hocus-pocus thing. So that you kind of isolate it and say: "This plant here is for you to benefit from and that's it". You have to separate that. The spiritual from the plants itself, just this plant will do this to you. It has no spiritual connexion to it. » (Détenteurs de savoir en MT 10-11)

Néanmoins, cette peur est de moins en moins présente. Il y a une ouverture de l'église vers la spiritualité autochtone. Le pow-wow illustre bien l'acceptation progressive des membres

de la communauté. En effet, ça a pris près de 3 ans avant que les pow-wow soient acceptés dans la communauté. Et à la troisième année, il y avait une section réservée pour la MT au pow-wow. Comme en témoigne une coordonnatrice au conseil de bande:

«I think that everyone has the right to choose where and how they would like to honor a greater power or that type of thing. I know that the traditional spirituality has been oppressed in our community because of Christianity. We tried for many years to do the pow-wow. And that brings like traditional spirituality, right? Like the drums, the dancing, that type of thing and the Christian community didn't want it for 3 years and then it finally was kind of approved so it is really oppressed in the community and if someone is wanting to do a sweat lodge, I think that they would have a hard time because of how the Christianity had played a major role in the community.» (Administration/gestionnaire 30)

Étant donné ce contexte, l'accès à la pratique spirituelle à Mistissini n'est pas évident. Pour cela, il faut aller dans d'autres communautés ou savoir par le bouche-à-oreille qu'une cérémonie prend place ou connaître les personnes qui possèdent une tente de sudation par exemple. Ce que nous partagent des jeunes de la communauté :

« Here in Mistissini I don't get much access when I want to do some ceremonies, or help participating in ceremonies. They are too religious. But when I get the chance, when I hear about it, I do. Let's say if somebody is doing in Oujé-bougoumou, I would try my best to go there. Or one of my cousins, if they want to do a ceremony, I told them to let me know. » (Membres de la communauté 27-28)

Il existe un continuum de croyances allant du refus de croire ou d'utiliser la MT à une utilisation de la celle-ci. Ceci s'accompagne des nuances quant à l'acceptation des plantes et des animaux, mais pas nécessairement la spiritualité autochtone. On constate que la MT est encore présente et ce savoir continue de se transmettre.

5.4.3 La transmission orale du savoir en médecine traditionnelle

5.4.3.1 Mode et voie de transmission du savoir

La transmission du savoir se fait à l'oral dans la lignée familiale d'une génération à l'autre. Par les mariages, la belle-famille vient enrichir ce bagage de connaissances. Le savoir est propre à chaque famille, il n'existe pas un savoir uniforme et généralisé à tous. Ce que nous partage une détentrice du savoir en MT :

« She learned from her father, her own father. She just started to remember her mother. She was very young when she died, so she learned everything from her father. So when she left her father's home, when she got married, she married a man that has the knowledge, plus the in laws, father figure, those were her teacher, up there. Yes, she learned at a very young age. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Dans les familles, il se transmet également des dons tels que le pouvoir de faire des tentes tremblantes.

« Not everybody was doing it, there is just certain people that were able, (that) had that spirit. Like the man that was doing the shaking tent was passing it to his son, to his grandson. » (Membres de la communauté 19-20)

De plus, la transmission du savoir se fait aussi à chaque fois que le détenteur du savoir en MT soigne un malade, parce qu'il lui enseigne par la même occasion comment faire le remède et ainsi pouvoir le transmettre à son tour à ses enfants. Un administrateur de la santé rapporte que c'est une manière de responsabiliser le patient.

« But I think the only way to ensure that (traditional medicine) stay alive and going well, it is the pass of knowledge on. So is that it's not function? Who knows how to make the cure for infected toe, or just process one of this antibiotic. But it is the elders who give it to the person that has the infected toe. ...This is how you do it. You make it like this and then you continue because they know their kids get infected toes. It takes the burden off the health care. And the parents already know how to produce it, so they'll be able to treat that one illness. » (Administration/gestionnaire 14)

Par ailleurs, une détentrice du savoir en MT nous partage qu'elle essaye le remède traditionnel sur elle avant de le recommander aux gens afin de voir s'il y a des effets indésirables. Et si elle n'est pas certaine, elle consulte sa mère qui a plus de connaissances.

« Sometimes I try it on myself. I don't want to try with somebody else first, so then I will know if it has any side effects or something (laugh) go for it! That's how I learn by telling, by them telling me stories. You learn a lot, learning more and more of the medicine. » (Détenteur de savoir en MT 2)

La transmission du savoir traditionnel ne s'appuie pas uniquement sur les familles. L'école joue aussi un rôle dans ce processus avec les camps culturels Cris et les cours de culture Crie durant lesquels des éléments de base de la MT y sont enseignés. Toutefois, des discussions sont en cours à savoir si l'école garde ces cours de culture Crie ou non. Il existe aussi un

programme collégial sur la santé et le bien-être des autochtones avec une composante rattachée à la MT. Il s'agit d'un programme construit en collaboration avec des Aînés dont certains enseignent des cours.

« Our program was pretty unique. It was an indigenous run program. Some of the elders had input on the program. It actually had elder teachers as well. So that was quite an experience where they taught us a thing or two and how to... And also to prepare some crafts, how to make slippers of the hide, rattles... » (Membres de la communauté 27-28)

En dehors de l'école, des programmes mis en place par le conseil de bande permettent cette transmission du savoir. Par exemple, Nitahuu Aschii Ihtuun qui forme les aidants des guérisseurs pour les gens en crise. Ou encore le projet « Apprendre des Aînés⁵⁹ » (traduction libre) mené par le Conseil de bande où un Aîné prépare, enseigne et offre de la MT pendant le rassemblement annuel des Aînés. Pendant notre travail de terrain, une tente dédiée à la MT y était installée (Figure 13).



⁵⁹ *Learning from the Elders*

Figure 13. – Tente dédiée à la médecine traditionnelle

5.4.3.2 Transmetteurs du savoir en médecine traditionnelle

La transmission du savoir repose sur les détenteurs du savoir. Mais leur nombre est en diminution et en plus certains membres de la communauté ne savent pas qu'ils détiennent un pouvoir de guérison. Comme un administrateur de la santé rapporte:

« We had more before than we do now! (laugh) There is still some, yeah! But they won't say or stick on their door saying that they are healers. Those you see the sticker on the side of the door saying: "Hey! I am a healer!" They are generally not that good! It is a borrow of power they have. But even for the ones that speak to the Spirits regularly, there is not a lot of them ... Not everybody will know who they are neither. Some people in their own family, you know, don't even realize what power they have. » (Administration/gestionnaire 14)

Il amène également une distinction entre un Aîné et un guérisseur. Ce n'est pas par l'âge qu'on reconnaît un Aîné, mais plutôt en demandant aux autres Aînés d'identifier ceux qui ont les compétences. Les guérisseurs ont la compétence particulière de soigner. La transmission peut se passer à ce niveau également. Comme un administrateur de la santé rapporte:

« Because the ones that are healers, some of them are ... actually they are old. But the title of an elder doesn't refer to everybody that's old. Does that make sense? Because some of the elders would say: "Oh! Yeah, this guy is an elder ..." and sometimes the elder would say "No, for them, no! It is just an old person, they don't know nothing about that." So you have that aspect too. Well you have to get the right elders and the right healers. (...) Because some say: "Oh! Yeah! Yeah! I am a healer." But yet, they are not able to ... They are able to do certain things or certain recipes or certain stuff that they learned on the one-time thing. Like I can make medicine for wounds. My dad can do, he is good at it. But if somebody comes to you with a cold... You can't serve the same thing. And a good example would be the late mister (name), he was stuck on the bush without his diabetic medication. So through working and figuring it out, and talking to the Spirits, he figured what to use to make his... To make something that helped him like insulin. And he was able to go for 6 or 7 weeks with him and his wife, without any European medication at all to treat their high blood pressure and their diabetes. So like it wasn't something that someone told him or somebody told him how to treat his diabetes. No! He treated the symptoms that he had ... He was peeing all the time, he was thirsty so he took something else for that and this ended up, putting 10 or 15 different plants and herbs and stuff, roots and... It worked! That's what a healer is... Oh! Yeah! My grandmother told me how to do this, so yeah, I can treat your skin infection, but anything else well forget it. » (Administration/gestionnaire 14)

Avec l'évènement des écoles résidentielles, les détenteurs du savoir en MT étaient peu reconnus dans la communauté jusqu'à il y a une dizaine d'années avec le projet de recherche sur les plantes antidiabétiques. Cette reconnaissance des Aînés entraîne avec elle un retour de la MT.

« There was one time, way back in history, not long ago, we have no use for elders, because of the residential school syndrome. Any teaching or parenting was taken away from the elders when they took the kids out. So we had to regain the use of our elders. They had to regain their self-esteem, their confidence, and that is when traditional medicine started to slowly come back; when we started to recognize our elders as our teachers, as our knowledgeable people. We didn't recognize them for a long time. There was a resolution passed in 1994 or so. That said, it is a people's resolution that said: "Chief of Council, we want to see traditional medicine being brought back." So from there, it started too slowly, slowly! I didn't know what to do about traditional medicine. And it kind of really picked up when (researcher's name) came in with his University. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Les détenteurs du savoir traditionnel sont reconnus et embauchés dans différents programmes du conseil de bande pour assurer une transmission du savoir, mais ils sont peu présents dans l'école.

5.4.3.3 «Protectionnisme» du savoir en médecine traditionnelle

La transmission du savoir est importante notamment pour la survie de la MT. Plusieurs comportements apparaissent en réaction à la question de la sauvegarde et de la transmission du savoir. Certains détenteurs du savoir en MT sont ouverts à partager, alors que d'autres préfèrent le garder. Une administratrice de la santé explique ce protectionnisme, parce qu'il y a un manque de confiance causé notamment par les expériences passées de vol de savoir.

« So the access, I think a lot of knowledge keepers are dying. And I know that for a fact that a lot of our knowledge keepers don't want to share their information in the event that somebody else gains from it. It's happened, it's happened, like it happened to the Blackfoot in Alberta, somebody infiltrated their community and learned the language, got the trust of the elders and then wrote a book, and then cleared all rights over all that medicine. (...) So when that lack of trust also comes from like the Indian act and the Indian agents and how the Indian agents were then everything and the prosecutor, and the judgement, you know, they control everything so... And then residential schools, you have to look at like the 7th generation of what happened to Aboriginal people so the trust is never there. » (Administration/gestionnaire 5)

Le protectionnisme peut aussi être lié à un statut social découlant de la position de détenteur du savoir. En effet en gardant le savoir pour lui, cela leur permet d'avoir un levier pour être embauchés. Comme le rapporte une Aînée:

«... they want to be alone, as a traditional medicine person. They don't want to share their knowledge and information because they are afraid that... too many people become trained and qualified. People won't hire them, people won't give them work as traditional medicine people. ... Some traditional medicine people, they want to get paid. Therefore, they would hold information about traditional medicine, so they can continue to be hired. And she doesn't believe that is right. People should just do it for free. » (Détenteur de savoir en MT 16, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Néanmoins, pour certains la crainte de perdre le savoir est plus grande que le protectionnisme, ils décident de partager leur savoir. On peut notamment l'observer dans le cadre de la recherche sur les plantes antidiabétiques. Ce que rapporte une détentrice du savoir en MT:

« Because that's why my dad wanted to do a research. Because they were afraid that they might lose it. ... Because right now most of the elders are gone now, like my dad. The only person that's left that knows traditional medicine is my mom, you know. Because other people are saying: "They shouldn't let science and all that, you know, do the research on our traditional medicine, we are gonna lose it, the white man is gonna take over." But like I said, it is kind of like a mixed feeling, that's why my dad, I think, wanted to go towards the searching medicine ... People would understand more what traditional medicine is all about, you know. At the same time, that's where it comes to keep it like secret, or keep it as our own in a way. » (Détenteur de savoir en MT 2)

Pour les détenteurs du savoir en MT, ce savoir appartient à tous. Ceci s'illustre bien lors du comité sur les propriétés intellectuelles et le savoir traditionnel en 2012 (WIPO, 2012) durant lequel le projet de recherche sur les plantes antidiabétiques a été discuté. Les Aînés ajoutent que les bienfaits de la MT, ainsi que les profits monétaires devraient être partagés au sein de la nation Cri. Une Aînée ajoute que cette attitude de protectionnisme s'oppose à la conception que certains Aînés ont de leur rôle. Pour être reconnu comme un Aîné ou un

guérisseur⁶⁰ il faut tout d'abord partager le savoir. Il faut une transparence dans la pratique de ces détenteurs de savoir et non un comportement de garder des secrets. Sinon c'est un frein à la promotion de la MT.

« She said in order to become recognized you are going to have to learn to share your knowledge, this thing about confidentiality, intellectual property, as long as we have those things in place, it is going to be an obstacle to promote traditional medicine. We have to get rid of these hidings: "No, this is my medicine, nobody knows how to make it except me." That kind of mentality has to go, before traditional medicine will start to really become effective in the community. How do you expect people to learn traditional medicine if you are going to be holding on to your knowledge? (...) Today she is a little disappointed about not sharing knowledge especially when people die and go home with all this knowledge; she is not happy about that. She says, if you are going to consider yourself a traditional medicine person, you should be able to share what you know! Without looking like you are hiding something. She has a problem with that, about not sharing medicine. Even the people that exist today, they know a lot of traditional medicine, they know! But they won't share it. » (Détenteur de savoir en MT 16, traduction par l'agente de liaison culturelle)

5.4.3.4 Récepteurs du savoir en médecine traditionnelle

Dans ce mouvement de réappropriation culturelle, les jeunes sont de plus en plus intéressés aux pratiques traditionnelles. Une coordonnatrice au centre jeunesse croit que ces pratiques auraient des bénéfices pour eux notamment pour trouver un sens à leur vie.

« I think everyone is now really open to bringing back our traditional way. There is a high interest in a handful of youths! Not all... And plus, for the people 30 years old and plus, there is a lot of people who are very interested in our traditional medicine, traditional way of life, and there is just something going on there. (...) I think it is really important to bring back our traditional medicines. I think that the whole aboriginal spirituality needs to be stronger in our community, because even the atmosphere in the community, it is kind of very rough exterior, because there are a lot of things that happen in individuals' life, that traditional healing and traditional knowledge, practicing traditional will be ideal for our youths. Because

⁶⁰ Il existe différents types de guérisseurs. Un participant suggère le terme «the traditional healer». Certains sont bons en counselling, d'autres à travailler avec les jeunes en difficulté et d'autres avec les esprits. «Depending on what they do. Because you have traditionalist that are very good in counselling. And working with youth in difficulties or peoples in difficulties. You also have traditional that are very good in working on the land, and getting like supplies and stuff from the land. And then you have the traditional healer who is an elder and he doesn't have to be old but an elder that is really good in traditional medicine. And then with the other one that they have the shaman and that is the one that is really good in the spiritual part. So depending on what part you want. If you want somebody just to do medicine the way that they are doing medicine in the medical part is the traditional healer. » (administration 14)

then they wouldn't feel as lost in their life. Bring them out on the land would like bring them peace. » (Administration/gestionnaire 30)

Les jeunes vivent surtout la MT à travers les histoires de leurs grands-parents ou lors des camps culturels Cris.

« The youth would probably tell stories of the time that their grandmother probably used traditional medicine on them. I remember as a child that my grandma would tell me to collect some ingredients. One time my cousin cut herself on the hand during preparing food. She asked me to collect some ingredients and so I did. And she placed the medicine on her hand and then in a couple of days the cut was gone. So those are the kind of stories that you'll probably hear from the youth. I remember as a child there is this teacher in school that whenever we went to culture camp, he will teach us some traditional medicine as well. Mostly on the girls' side though. For the men, it is just more intense traditional medicine⁶¹. » (Membres de la communauté 27-28)

Bien que des jeunes aient un intérêt pour la MT, il demeure la question de l'accessibilité à ce savoir. Se rendre en territoire pour l'apprendre doit se faire en dehors des jours de classe, ce qui n'est pas toujours facile. Un jeune suggère qu'il y ait plus d'exposition à la MT et de différentes manières chez les jeunes.

« I guess what today... It would be like a learning experiment for them, because a lot of youth nowadays... I am just wondering like if they would have patience to actually go out and learn about it, but I am pretty sure they would, but it is just a matter of having access to do so. Because it is also during school year. In the summertime there are a lot of activities going on. And I believe it would actually be beneficial to have that... to have more access to that ... I guess different ways to learn about traditional medicine today. Because it is still widely used today, but it is just a matter of getting them to go out there and learn about today's medicine. » (Membres de la communauté 27-28)

Et une plus grande exposition à la MT chez les jeunes pourrait aussi augmenter les chances qu'ils la considèrent ou la demandent quand ils en ont besoin. Comme le constate un détenteur de savoir en MT:

⁶¹ Intense traditional medicine. Pour ce jeune, la médecine traditionnelle a deux formes. D'une part, les éléments de base tels que les plantes et les éléments plus intenses tels que les cérémonies. «It is a lot of various forms. I mean some of the things, I know that are really intensive, such as you have to go to ceremonies to get them first. But with the basic stuff, plants, certain type of dirt or... muds... for example.» (membres 27-28)

« Some youth they witness the traditional medicine being used and working. Then they request traditional medicine themselves. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

La transmission du savoir a déjà commencé. Une relève est en train de se former. Des adultes de 30-40 ans s'y intéressent et acquièrent de plus en plus de connaissances. Comme le constate une Aînée:

« At one time, there was just the elders practicing, making the medicine, it is getting younger, the age group is getting younger doing that. (healer's name) for example, he is really into it. He is young. That's what I've seen. Only elders could do that at one time. Because along the way we are teaching the young: how to make the medicine, how to recognize it. They are picking up. » (Détenteur de savoir en MT 23)

L'accessibilité passe non seulement par une reconnaissance des détenteurs du savoir pour qu'ils puissent continuer à transmettre leur savoir. Mais aussi par un intérêt grandissant pour la MT chez les jeunes. Néanmoins, le protectionnisme peut freiner l'accessibilité à la MT.

5.4.4 Accessibilité de la médecine traditionnelle

La MT est encore pratiquée dans la communauté. Les deux traitements les plus connus sont ceux pour le diabète et pour les plaies. Pour garder la MT accessible, il y a aussi la question de la préservation de la nature et du savoir à laquelle le conseil de bande a un rôle à jouer et qui est intimement rattachée à l'identité culturelle.

« Band Council too that also to protect the medicines. (...) You know like, it's gonna be their own, it's gone be their people that are gone be making the medicines and then for the environment and stuff like that, to have protection in some areas and make sure, you know. That kind of stuff. (...) More like saying: "We want to build a road over here." And then there is a lot of Otushbe (plant name) over there and they gone spoiled that area. Or there (are) a lot medicines there. » (Professionnel/intervenant 21)

Mais à l'état actuel des services de santé, la MT n'est pas offerte dans le centre de santé. Il n'y a pas de corridor de coordination entre le centre de santé et la MT.

« She has never really had a dialogue, between the clinic, doctors or nurses. She is more self-reliant and I just ask her, did the doctor not send somebody over? She said, no, no. Everybody just... they come to her and the doctor does not refer. So

she has not had any contact with the clinic. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Les personnes intéressées à utiliser la MT consultent ceux qui détiennent le savoir. La MT est accessible principalement par le bouche-à-oreille.

« So most of the information is from being heard throughout the community, mouth to mouth or ear to ear. And then sometimes somebody would bring their child in. Their faces are all sore and need medicine. And the radio has talked about traditional medicine, and giving her name as the traditional medicine person. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Il est aussi possible de connaître, les ressources spécialisées dans la MT vers qui se diriger, par la radio communautaire ou d'y avoir accès par le Murray's lodge pendant l'été et l'hiver (cette initiative est décrite plus en détail dans la section 5.4.4.1.). Il est aussi possible d'y avoir accès lors du rassemblement annuel des Aînés durant lequel ils offrent de la MT et expliquent comment la préparer. Un coordonnateur au conseil de bande rapporte:

« Traditional medicine has already been practiced today through traditional medicine (...). That's the elders' program that we have here on an annual basis. They give medication, traditional teas or other stuff. And that type of practicing is already happening but it's at the discretion of the individual. They explain to the person making the medication what they are going through and all that type of stuff and they make medication for that person. » (Administration/gestionnaire 31)

Donc, en plus du réseau informel, plusieurs initiatives sont mises en place pour rendre la MT plus accessible telles que la radio communautaire, le rassemblement annuel des Aînés et le *Murray's lodge*. Ce dernier est une structure mise en place pour rendre la MT accessible et sera décrite au point suivant.

5.4.4.1 Murray's lodge

Depuis les 15 dernières années, le nombre d'Aînés a grandement diminué, ce qui pose un défi à l'accessibilité de la MT. Mais les Cris ne se sont pas arrêtés au réseau informel, le Conseil de bande a mis en place une structure parallèle qui offre la MT : le *Murray's lodge*. Cette initiative a débuté lors d'un rassemblement des Aînés puis est gérée par le conseil de bande.

« The initiative first came out at one of the traditional gatherings where we had elders teach on the spot, show the use (of traditional medicine) to the community's members. And one of the teacher was her husband. Because she learned too with her husband. So that's where the idea came. We have to continue this. We have to... » (détentrice 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Des Aînés et des aidants sont embauchés et rémunérés par le conseil de bande de manière saisonnière pour enseigner les activités traditionnelles. Ce n'est pas un service offert à l'année longue, seulement durant l'été au Elders' point et en hiver au *Murray's lodge*. Les activités traditionnelles incluent la cuisine traditionnelle, le tissage de filet de pêche, le tannage de peau d'animal et l'offre de la MT. Pendant que nous étions à Mistissini, nous avons vu un groupe de jeunes qui recevait les enseignements sur la préparation des diverses médecines traditionnelles. La MT est disponible pour tous gratuitement. Les gens peuvent être dirigés vers cette structure pour essayer ou pour utiliser la MT.

« I don't make an attempt to make anything (of traditional medicine). I don't feel confident enough. But I learned at the Murray's Lodge, in that traditional medicine project. I will tell them: "Oh! You know, you should use that for diaper rash or something." Then I would tell them "you should go over there, use traditional medicine." I move them towards that. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Par contre, un Aîné précise que les tentes de sudation ne sont pas présentes parce que des gens de la communauté ne l'acceptent pas.

« (...) if you are grieving, there are people there that would help, talking to you and speaking if you need advice. There was a peaceful place to go. It is calm. But they didn't introduce sweat lodge, because lots of people they don't believe in that. So you have to stay with what the people request, the kind of services and any projects that there are accepted there. » (Détenteur de savoir en MT 18)

Le *Murray's lodge* s'inscrit dans le mouvement de la promotion de la MT.

« Si je regarde le premier projet, ça a été d'avoir... Bien je te le dis, tous les *medecine healers* qu'on avait, ils sont quasiment disparus déjà. Parce qu'ils étaient déjà malades, puis souvent des complications du diabète. Puis c'est d'avoir une continuité. Mais il y a eu Bella Petawabano qui a travaillé fort. (...) elle faisait toutes les recettes, moi j'allais la voir (rire). Mais elle a travaillé fort, puis il y a des gens qui ont travaillé fort pour fournir les médecines traditionnelles pour l'étude (recherche sur les plantes antidiabétiques) et pour les gens qu'on leur envoie aussi. Mais au *Murray's lodge*, c'est de montrer aux gens comment faire vos médecines traditionnelles vous-même. Puis c'est là aussi, c'est d'avoir une

continuité pour l'étude, ça a marché. Parce que là, c'était une *job*, mais après ça, les gens... moi je me disais : « Peut-être que tu as vu, ça marche, ça t'a aidé. Bien continue. » Mais c'est quelque chose de faire ça ... Le Murray's lodge a continué à fournir des médecines traditionnelles ; pas mal. Il y avait un problème de distance. Parce que tu sais comme moi, que tu ne peux pas dire : « Bien moi, je veux mon thé du Labrador. » Le chaman, il ne fonctionne pas de même. Il faut qu'il y ait un contact avant, une consultation. Il fallait que les gens se rendent là-bas. Il y a des gens qui ne pouvaient pas. Question de transport, il n'y a pas d'autobus.... Si c'était accessible localement, je pense que ce serait déjà bien. Que serait le mieux? Bien moi, je pense qu'il faut que ça vienne d'eux aussi. Il faut que ça vienne d'eux, mais grâce à nous, on coopère avec eux aussi. » (Professionnel/intervenant 17)

Par ailleurs, le *Murray's lodge* a aussi la mission de former les jeunes qui sont intéressés à la MT. L'Aîné(e) travaille avec un ou plusieurs aidants afin de les former jusqu'au point où l'aidant peut devenir à son tour un enseignant. Ceci permet d'offrir un emploi à ceux qui en ont besoin et d'assurer une rotation pour donner la chance à tous.

« Because we need the helper when we hire somebody who is going to make the medicine, so we need a helper. We need somebody who is physically active to get what they need. (...) More than one person trainer or helper... (it is a team), and the person teaches the helper ... Then slowly we try to build that person to become a trainer. So that's what... But we can't hire the same person ... It is to help the community too, people that don't have jobs. So we are trying to help. » (Administration/gestionnaire 25)

En effet, une détentrice du savoir en MT partage que ce sont de plus en plus des jeunes adultes qui sont embauchés plutôt que des Aînés pour faire cet enseignement.

« They include the traditional teaching there (at the Murray's lodge). So it's been going on for quite a... But for the last year and half now, since I work there. I was the teacher... But we didn't have any elder. That's what my mom was mentioning. Since a year and half now, I've never seeing an elder sitting with us. But when I see them... that know how to make the medicine, I ask them for their opinion. Even with her, she helps me a lot, so I know how to teach, to show them the (medicine) or give them what they want in the project. So they come. But they have it in difference places here. In the summer, we have it at the point, Elders' point. Then in the winter, in the fall we have it at Murray's Lodge. » (détentric 2)

Quant au financement, le Murray's lodge a été d'abord financé par la structure régionale et est maintenant soutenu par le Conseil de bande. Une championne locale portait le projet et avait l'appui d'un détenteur du savoir en MT très impliqué dans ce projet, ainsi que le soutien de la communauté.

« Originally the traditional medicine project was funded on its own. It was funded under a local regional funding call Niskamoon (Cree word). That's how we got money to do that. And we did it about 5 years, I think, 6 years, and then the money was ... depleted. No more funding to do that. So the Murray's Lodge program, they still have funding. So I was the boss then. I said: "You are going to do the traditional medicine, you want it inserted in there." So it continued then and it continues today, because that was important. (...) I don't recall "barriers"; everybody liked the project. It was something to look forward to in the future. That could become something big. Like what's happening here, I hope. (...) I had traditional medicine people. That was important too. I had late (healer's name). Late (healer's name) was really interested, showed amount of interest in traditional activities. He was a very good resource. The elders started to come out, as our teachers, because we were giving them back their role throughout their activities. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Le savoir étant familial, il n'y a donc pas d'uniformité, ce qui peut créer des tensions. Par exemple, certains critiquaient la manière de préparer les tisanes médicinales. D'autres commentaires ont été également émis sur le type de contenant à utiliser, c'est-à-dire favoriser des bouteilles en verre plutôt qu'en plastique.

« There was the tea, the drinks, and also the containers there... Well, somebody brought that up: "You shouldn't boil it." I think it was a non-Native that said that, it shouldn't be the bottling of the... They didn't use glass bottles. The glass bottle so that would've been better, that's what they said. Because it was still really hot when they were filling the plastic bottles, the dark color ones, it was about this high. When they first started it, but in the bush though, when they made theirs, there was only enamel cups. Metal cups covered with enamel, even the pots! So it worked well in those containers, with enamel. Cups and plates were enamel. When they were in the bush. » (Détenteur de savoir en MT 12)

Une Aînée ajoute qu'il est important que cette offre de MT soit appuyée par des formations et de l'équipement adéquat pour la sécurité des utilisateurs. En effet, elle suggère d'étiqueter et de mettre la posologie, ainsi que la fréquence de la prise du remède sur les contenants. De cette manière, l'utilisateur sait de quoi est composé le remède. Elle suggère d'utiliser du matériel plus professionnel, plus adéquat, comme dans la médecine allopathique, afin d'éviter d'empoisonner ou de rendre les gens malades. Pendant le travail de terrain, on a effectivement constaté que l'étiquetage des bouteilles en plastique est fait (Figure 14).

« All these people that say: "I am a traditional medicine person, they need to have training on security." How to label all of traditional medicine, how to label that,

what's in there. Because she said she had seen those water bottles filled, she is not very happy about that being filled with traditional medicine and being giving out. Yes, it is accessible but it is also not proper, to go and find an empty bottle and put traditional medicine and say: "Here." So she says these people need training, how to do things properly. They need to be equipped ... » (Détenteur de savoir en MT 16)



Figure 14. – Bouteille avec l'étiquette d'identification

L'intérêt envers la MT se trouve chez les autochtones et les non autochtones. Ce qu'un détenteur du savoir en MT rapporte:

« I think it would be a very good place for people to come and try traditional medicine. Because I noticed that when we were one day at the lodge, a lot of people coming in asking for ... "Can I have this?" "Can I try this?" and all that, you know. Even White people came around and said: "I want to try this medicine for me and my kids." Cough medicine, like that... simple medicines that you need, like for wounds or rash, something like that. Those kinds of medicines are really easy

to make. If you have a skin infection, like babies having skin infections sometimes, rash, diaper rash, those kinds of things that are easy to make for people. » (Détenteur de savoir en MT 18)

Une tendance générale est donc notée : de plus en plus de gens se tournent vers la MT.

« That's the trend. They are going back to traditional medicine. She said we did not need a whole lot of traditional medicine, because we were not sick in the bush. So they didn't need it, but she finds that the trend is going back to traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 16, traduction par l'agente de liaison culturelle)

5.5 Tentative difficile d'une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique

5.5.1 Leadership administratif

5.5.1.1 Vision de combiner la médecine traditionnelle et la médecine allopathique

En 2013, une initiative de combiner la MT et la MA dans le Centre de santé était présente par l'aménagement d'une salle en cèdre⁶² dédiée à la MT. Une détentrice du savoir en MT mentionne que c'était dans le mouvement du projet de recherche sur les plantes antidiabétiques qu'elle a entendu parler de cette salle. Mais depuis sa construction, cette salle n'a été que très peu utilisée.

« Because with the project that they did the last time. It was really, really helpful at the same time and ... Because when they did that project with the diabetes and ... because I was working with the Cree Health Board, and that's what they were saying that they were aiming for ... we heard about it that they would gonna have a little area where they was supposed to have a little office with the traditional medicine. And that's how I heard it before they built that clinic. And after that, there was nothing. That's where it stopped. So there was nothing going on after. I guess after when the project was finished, I guess everything died down. (...) So after that ... when the clinic was open, I was looking around (laugh). Looking for

⁶² Cette salle est décrite comme suit par le Conseil Cri de la Santé « the cedar room, an organic space inside the building set aside for traditional practices, reflection and healing under the guidance of Cree elders. » (CBHSSJB, 2012, page consultée le 20 mars 2018 de <http://www.creehealth.org/news/community-stories/inauguration-mistissini-cmc>)

the office where they were supposed to... But that never ...» (Détenteur de savoir en MT 2)

Une gestionnaire du CMC voit le potentiel de cette salle pour des cercles de partage⁶³. Elle conçoit embaucher des Aînés dans le Centre de santé, parce qu'ils peuvent avoir une contribution non négligeable notamment sur l'aspect de la santé mentale.

« It (The cedar room) could be like a sharing circle, it could be, you know... Because eventually too, what I really want to see is having elders on staff. ... But under no circumstances will I ever see that in the legislation, that we hire an elder or hire a female or a male elder. Because, you know, some of our pre-retirees they have a lot of knowledge and they have a lot of stories and the elders how they like to communicate is by having us... presenting stuff and stories. And they always have a lot of stories to tell (...) and it would be nice to have an elder male and female on staff, because not always the psychologist, not always the community workers, not always the social workers, and the mental health nurse or the mental health community worker, not always those positions will be able to hear about you what an elder can provide you. What I say is, you know, when I asked about the 25 \$ that you are paying them, well... To me, those, our elders have the knowledge of a PHD. It might not be the academic PHD, but they have the PHD out of the wilderness, they have a PHD about life. They've seen the world for a very, very long time. » (Administration/gestionnaire 5)

Toutefois, une nouvelle directrice vient d'entrer en poste. Ses priorités et sa conception de la MT influencent la présence et le développement de celle-ci dans le Centre de santé.

« The other problem is a lot of education needs to be done with the new one coming in. Like we have a new local director. I am not sure how she's done on traditional medicine. Whereas the old one was OK with it. And the one before was straight from the devil. So we have a possibility of three different approaches with 3 different directors. (Laugh.) But it is difficult to try to explain because each one has its own idea what traditional medicine is. » (Administration/gestionnaire 14)

Le thème de la MT est souvent présent sur les comités professionnels. Comme en témoigne un professionnel de la santé :

« J'entends parler du désir de la communauté à avoir une meilleure accessibilité à la médecine traditionnelle. Bien que ce soit aussi dans nos divers comités, c'est un sujet qui revient ... qui est souvent amené. C'est un objectif qui a été ciblé. Est-ce

⁶³ Les cercles de partage sont des espaces sécuritaires où les gens peuvent exprimer leurs points de vue dans le respect.

qu'il est dans le plan stratégique, je pense que oui. Il est dans le plan stratégique. Nishiiyuu, ou même dans le Conseil Cri, dans les dix orientations... Je pense qu'il est même là. En tout cas, c'est pour ça que je dis que j'en entends parler aux divers comités, donc on le sait que ça se ramasse sur des plans stratégiques, parce que c'est une des orientations de la communauté. » (Professionnel/intervenant 13)

Mais ce n'est peut-être pas la priorité des professionnels et des administrateurs de la santé.

« Je pense que ce qui arrive aussi avec ça (l'utilisation de la médecine traditionnelle), c'est que les professionnels de la santé, on a déjà nos propres défis. Puis on met peut-être ça de manière comme secondaire en ce moment. Je fais juste dire ça. Je ne sais pas si c'est une bonne ou une mauvaise chose. Je fais juste dire ça, sans jugement. J'ai tellement de défi en ce moment à organiser mes soins cliniques, que je me dis, ça, c'est comme un autre truc à faire sur le côté, puis est-ce que c'est dans ma priorité, je ne connais pas ça. Donc c'est de choisir à un moment donné ce que je veux faire en premier. Donc c'est sûr que j'y vais de manière naturelle avec ce que je connais, spontanément. » (Professionnel/intervenant 13)

5.5.1.2 Configuration structurelle

Il s'agit d'une salle ronde entièrement faite de cèdre que nous avons pu visiter pendant notre travail de terrain; elle est située au deuxième étage du Centre de santé. Il n'y a pas d'indication claire au premier étage pour se diriger vers cette salle. D'ailleurs, ce n'est qu'au deuxième étage qu'on voit des représentations et des symboles de la culture autochtone.

« Like the clinic here is very White. It is all White. Like that's the way it is. You walk in, even now when you walk in the main entrance, you see any Aboriginal art? It is only when you come up to the second floor, you start seeing where they work. There, you can't see anything! (...) That room is on the second floor, and you have to go through a sketchy grey staircase, or take the elevator, to get up to see it. You don't see it anywhere else from the outside or from the inside. ...When you walk into this clinic, it looks like a normal-looking building, like a western building. You walk in, there is no art, there is no culture, there is no nothing to make you feel like you are still in your community. You are at the clinic. That's where you are. You are not in a place that's in the community. The only thing that you have, that's remotely Cree when you walk in, there are Cree receptionists. » (Professionnel/intervenant 4)

La vocation de la salle en cèdre s'adressait davantage à la dimension spirituelle qu'à l'offre de traitements traditionnels.

« À ma connaissance, je pensais que c'était pour les traitements plutôt spirituels. Moi c'est ça que j'avais entendu. Je savais qu'il y avait des affaires traditionnelles, mais je pensais que c'était plus spirituel que côté médicament. »
(Professionnel/intervenant 13)

Toutefois, la conception de cette salle n'a pas été pensée pour la pratique spirituelle. En effet, elle n'est pas munie d'un système d'aération permettant de faire brûler des plantes médicinales par exemple.

« It is supposed to be like a sharing room, it doesn't have an exhaust in it so I don't think that we can burn sage or anything like that. There is no room like that in here in the CMC, but it is supposed to be like a sharing room. No (it has not been used) ... They had a science fair couple of months ago, and part of it, like scientist becoming a doctor or nurse or some pharmacists or lab or radiologists or whatever, so they came in, we had kids coming in, do a tour of it, and we had our program. Program presenters do their presentation in that round little room because nobody really uses it. But it is a pretty neat little room. »
(Administration/gestionnaire 5)

Une chose est certaine, c'est que cette salle n'est pas utilisée. Par ailleurs, lors de nos séjours à Mistissini, il n'y avait aucune activité planifiée dans cette salle ronde.

« Like it is ... around cedar room there... I don't think it's been used for its purposes yet. And it is to hold talking circles. And to discuss with the elders and that I don't think anybody ever used it for that... We did some sharing circles with public health about our plans and what we are gonna do with them. So we used it for that, but that's about the only time I think it's been used. »
(Administration/gestionnaire 14)

Il y avait toutefois une volonté de promouvoir la MT. Mais l'opérationnalisation de celle-ci ne s'est pas réalisée. Comme nous le partage un médecin :

« Quand le CMC a été construit, il y a eu le département de médecine traditionnelle, ça fait 2 ans qu'on est ici. Ce qu'on nous avait dit c'est qu'on allait en avoir des traditionnels et dans la clinique, et qu'ils allaient travailler avec nous, qu'ils allaient voir... qu'ils allaient fonctionner. Mais ce n'est pas encore actif. (...) Ça aurait été souhaité, c'est souhaitable (que la salle soit utilisée pour ce qu'elle a été construite), mais je ne le sais pas ... Justement de *medecine man and woman*, mais il y en a, et pour votre projet, vous en avez aussi. Vous en avez trouvés, ils en ont trouvés pour le projet. » (Professionnel/intervenant 17)

En effet le comment de la mise en œuvre de la combinaison est resté et demeure non répondu, comme le rapporte un gestionnaire du CMC :

« Moi ce que j'entends à mon niveau, oui (le dossier de la médecine traditionnelle est sur la table de la direction du Centre de santé et du Cree Health Board). Comment ça va être appliqué ? Comment ça va se faire ? Ça, je ne le sais pas. Je ne peux pas vous répondre, je ne le sais pas. Je le sais qu'il y a une volonté. La bâtisse qui a été construite ici, ça fait déjà 3 ans, on a déjà un local pour les gens de la médecine traditionnelle qui a été pensé pour eux. » (Administration/gestionnaire 7)

Il s'agit d'un espace pour accueillir une interaction entre la MT et la MA. Mais il n'y a pas de porteur de ce projet dans l'enceinte du Centre de santé. Néanmoins, une combinaison de la MT et de la MA est indirectement déjà mise en place au Centre de santé par le biais du Centre de jour multiservice, ou plus communément appelé le *Multi-Service Day Centre* (MSDC). Elle est rattachée principalement à l'utilisation de la MT principalement pour le traitement des plaies, et offerte aux patients à domicile sous le suivi d'un médecin et d'une infirmière. Toutefois, cette combinaison rencontre plusieurs défis au niveau de la réglementation, de l'organisation du système professionnel et des règles administratives qui sont présentés dans la section suivante.

5.5.2 Défis rencontrés lors de la combinaison au Multi-Service Day Centre

5.5.2.1 Réglementation

Le MSDC, un établissement du Conseil Cri de la Santé, joue un rôle important dans la MT. Il offre des programmes et des services aux personnes âgées et aux adultes avec des besoins particuliers. Ce centre vise à permettre aux Aînés de rester actifs, de sortir de l'isolement et de continuer leurs activités traditionnelles telles que les arts et la broderie. Toutefois les pratiques traditionnelles en termes de MT ou de nourriture traditionnelle ne sont pas permises. Par exemple, un détenteur du savoir en MT souhaite préparer et offrir la MT au MSDC, mais cela lui a été refusé.

« Well, I asked once my boss, but she told me, "No, we can't because it is a government building." So ... we are not allowed to bring anything from our traditional way of life in that building. Because I ask them a few times if we can... Even traditional food, we are having a hard time to get it. (...) Yeah. It is kind of really complicated in the way... The way they prepare or the way they are

supposed to have ... A little complicated. (...) Most of the time, I prepared it here at home. If they ask for traditional medicine, if I have time. Most of the time I don't... Because I am always busy during the week. So I don't have time during the week, if I don't go somewhere else during the weekend I'll prepare traditional medicine for them. But I asked my boss, the other day: "Can I prepare some medicine at the MSDC?" like they said "No." » (Professionnel/intervenant 29)

En effet, s'il y a une combinaison entre les deux médecines dans le CMC, l'organisation de santé a aussi une responsabilité dans la qualité des soins offerts et dans l'instauration d'une structure et d'un fonctionnement pour la MT. Un administrateur de la santé suggère qu'un formulaire de retrait de responsabilité soit signé par le patient, ce qui formalise son choix d'aller voir un détenteur du savoir en MT.

« La journée que ça (la médecine traditionnelle) va être dans notre cour puis qu'on peut s'en servir, les questions que je me pose là, elles vont se poser. Est-ce que je peux moi, faire une consultation puis qu'il aille voir telle personne. Est-ce que je suis couvert ? Y a-t-il un risque que je me fasse poursuivre ? C'est là quand je dis qu'on prend la décision de mettre la médecine traditionnelle dans l'organisation, l'organisation a une responsabilité. L'employé, le médecin, a une responsabilité. Dès que la consulte est faite sur papier là, puis que lui l'envoie voir le guérisseur, bien là, je prends la responsabilité de l'envoyer voir quelqu'un. Cette partie-là, c'est sûr là, la plupart des professionnels ici vont me poser la question. Est-ce que je suis légal moi ? Est-ce que je suis légal de faire ça ? Bien là, moi, il va falloir que j'aie la réponse. Je ne l'ai pas la réponse, mais tu sais je m'attends à ce que si l'organisation instaure un système de médecine traditionnelle, j'imagine que le reste va venir avec. Il va peut-être y avoir des procédures, comme nous, les infirmières au rôle élargi ; elles ne font pas ce qu'elles veulent. On a un livre de politiques et procédures, les protocoles, qu'ils suivent ! Ils ne font pas ce qu'ils veulent. ... Bien il va pouvoir attribuer telle potion, telle crème, telle affaire. Mais moi, je pense là. Moi, c'est une vision du Sud. » (Administration/gestionnaire 7)

5.5.2.2 Organisation du système professionnel

Il y a une quinzaine d'années, l'idée d'offrir la MT au MSDC n'était pas acceptée par les médecins. La confiance des professionnels de la santé en la MT n'était pas encore établie. C'est en étant témoin des succès de la MT que tranquillement ils ont changé d'avis.

« Barriers met at the MSDC by my wife (nurse at the MSDC): at the beginning, doctors disagreed and were against it. They changed their minds after witnessing it. Now there is more partnership. But they backed off when they (traditional healer) did traditional medicine, to leave the space to traditional healers, so they can't jeopardize their license. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

En effet, il y a plusieurs évènements qui ont permis aux professionnels de la santé et aux détenteurs du savoir en MT d'être en contact. Par exemple, avec le projet de recherche sur les plantes antidiabétiques. Comme en témoigne un médecin : « le projet, ça a fait qu'on a un contact un peu avec ces gens-là (de la médecine traditionnelle) qu'on ne voyait pas à la clinique. » (Professionnel/intervenant 17). Par ailleurs, une Aînée exprime qu'elle envisage une bonne relation de travail avec les professionnels de la santé.

« She feels that today (health professionals) want to know what it is traditional medicine. But (elders are) still not telling them how it is made. The working relationship would be good (between health professionals and elders. »
(Détenteur de savoir en MT 3, traduction par l'agente de liaison culturelle)

L'ouverture vers la MT est bien présente chez les professionnels de la santé. Par contre, la résistance de certains ne vient pas tant de l'idée de combiner les deux médecines, mais plutôt de la crainte d'une charge de travail additionnelle dans un contexte de restructuration. En effet, il y a un manque de ressources humaines et une instabilité des équipes de soins qui ne permettent ni de créer une relation de confiance avec les patients ni de bien comprendre la réalité culturelle.

« Je pense que l'ouverture (des professionnels de la santé) serait là, mais jusqu'à quoi? Je vois bien des infirmières d'agence puis tout ça, qui ne sont pas plus informées en arrivant, puis je ne pense pas qu'elle va dire à une jeune maman : « Bien ton bébé... la médecine traditionnelle, pour son eczéma, ils peuvent t'aider beaucoup. ». Il y a un contact à faire entre nous, puis ça prend du personnel stable aussi. Mais on est quand même une équipe assez stable dans les différents départements. » (Professionnel/intervenant 17)

L'équipe aux soins courants ne se sent pas suffisamment stable et disponible pour s'engager dans une autre organisation de leurs services.

« C'est toujours le même débat... Je pense au niveau de la question du principe, je crois que la majorité serait ouverte. Pour être dans le Nord, à un moment donné, il faut que tu sois ouvert à ça. Tu ne peux pas arriver dans le Nord, puis tu ne peux pas garder une mentalité de Sud. (...) je pense que la majorité des gens serait tout à fait ouverte. Le problème ne viendrait pas de là, ça serait plus au niveau de l'accessibilité dans le sens : comment ça va être fait ? Puis qui va le faire ? Puis la réticence viendrait là. (...) C'est ça que je veux dire, au niveau de la philosophie, je pense que ça passerait à 90 %, tout le monde serait d'accord avec ça. Pas d'objection, c'est plus dans l'organisation, comment ça serait apporté, au niveau

de la charge de travail, tout ce qui est plus terre à terre. »
(Professionnel/intervenant 8)

Pourtant, la MT habiliterait les membres de la communauté à soigner les problèmes mineurs, que ce soient des douleurs aux dents ou oreilles et érythème fessier, au lieu de se présenter au Centre de santé. Ceci diminuerait les coûts pour les ressources infirmières, ce que suggère une professionnelle de la santé :

« It will diminish the cost of nurses over the weekend or in the evening. We have a lot of young moms, they don't know what to do if their baby has earache or a toothache or you know something really minor that kokum could fix. If they knew the traditional medicine, what they used to use in the past and stuff like that. »
(Professionnel/intervenant 21)

Même si l'ouverture des professionnels et des administrateurs de la santé est une prédisposition favorable, dans la réalité, elle rencontre plusieurs contraintes comme les codes de déontologie et les données probantes. Ces contraintes découlent de la manière dont le système de MA est organisé.

5.5.2.2.1 Codes de déontologie

La pratique des professionnels de la santé est réglementée par un ordre professionnel. Ce dernier impose un code de déontologie aux professionnels qui ne permet pas à ceux-ci de prodiguer, d'utiliser, de recommander ou de faire le commerce de produits ou de traitements dits miracles. Les professionnels de la santé ont leur propre mode de fonctionnement. Mais ces règles ont été pensées dans un contexte du Sud. Le contexte de pratique dans le Nord offre une plus grande place à la composante éthique.

« L'éthique prend une grande place ici, malgré tout. Puis ça fait partie des défis, puis comme on sait, il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse, c'est très long en débattre, puis c'est le genre de trucs, oui, on a nos codes, nos lois, nos règles. Mais tu es ici dans un milieu, qu'est-ce qu'on peut faire ? Puis trouver une solution. C'est pour ça que je dis oui c'est un milieu du Nord, des fois on s'en permet un peu plus qu'ailleurs, parce qu'on prend des décisions parce que le contexte fait en sorte que dans le cas présent, c'est la meilleure chose à faire. Même si ça va au-delà de certaines choses qu'autrement je n'aurais pas faites. Ça, oui. C'est sûr qu'à la base on est des scientifiques, bien je parle pour moi, je suis scientifique, beaucoup dans le cadre, mais comme je t'ai dit, j'ai suivi un cours

santé internationale. À un moment donné, tu apprends à t'ouvrir, à t'adapter, oui, j'ai une plus grande ouverture que j'en avais. Mais ça, c'est un cheminement personnel. » (Professionnel/intervenant 13)

D'ailleurs, un médecin croit aux bienfaits de la MT au-delà du traitement physique. Il adapte sa pratique à la réalité culturelle avec une équipe de soins qui se fait confiance.

« Bien, il y a le légal ici, moi écoute, ça fait 15 ans que je suis ici, puis il y a toute cette approche légale, qui fait qu'il y a beaucoup de choses, d'actes, en tout cas, je ne les connais pas tous pour ne pas incriminer les infirmières. C'est sûr, moi, quand je suis arrivé ici, j'étais le seul médecin, alors les infirmières, elles faisaient beaucoup d'actes médicaux, mais avec la légalité. Mais de moins en moins, elles ne peuvent plus faire ça, c'est un peu dommage. (L'infirmière) a un rôle élargi, qui est légal en attendant qu'on ait des infirmières praticiennes diplômées universitaires qui, elles, vont faire plus. Elles vont être capables de prescrire, elles vont être capables de demander des examens diagnostiques. Mais heureusement qu'on travaille en équipe. Parce qu'il faut travailler ensemble aussi. Il y a la même chose avec la médecine traditionnelle. Mais je pense que des projets comme vous autres, des projets comme il y a eu, bien ça... c'est vraiment que cette pratique-là va revivre. Ça va prendre du temps, peut-être une ou deux générations. Puis redonner confiance et une estime culturelle à ces gens-là pour qu'ils retournent vers des pratiques. Comme moi je dis toujours... j'ai fait des approches dans l'Arizona, au niveau psycho, sacré, puis des rituels et tout ça, surtout chez les Navajo qui ressemblent aux Cris comme deux gouttes d'eau. » (Professionnel/intervenant 17)

Par exemple, un administrateur en santé témoigne qu'un patient ayant subi une coupure sévère arrive avec un remède traditionnel sur la blessure, une infirmière voulait le retirer, mais le médecin a respecté le choix du patient. Voyant une guérison de la plaie sans signe d'infection, il a prescrit simplement des points de suture.

« Well, they are dealing with them regardless if they want to or not, because they all have access to the same service. So, the other thing is: if the patient is honest with what he is using and not or if the person, the caregiver, bothers to ask. Because lots of them, probably some of the nurses don't even know what traditional medicine is. And today we had a guy that sliced his arm up pretty good, he felt out the boat, and they used the pitch to close it up. That's about 5 or 6 years ago, maybe 7 years ago now. But he cut like from here all the way, like right around. And they used pitch to close it up and the doctor looked at it and said: "Yeah, it is OK." But the nurse looked at it and wanted to take all the pitch off because it was red around the edge: "Oh! You are infected. You can lose your arm." But the doctor came in and looked at it, he said: "No it is healing good, it is

no more red and we have to put stitches.” And they left him and sent him home. But so obviously some are better than others...» (Administration/gestionnaire 14)

Un autre exemple est au niveau de la surveillance du Rapport International Normalisé (RNI) lors de la prise du Coumadin. Le patient choisit de prendre une MT. Dans ce cas, les professionnels surveillent de manière plus rapprochée le RNI et ajustent au besoin.

« (Mostly people use both medicines together) It works really, really good for skin infections or for infections, to use both, the traditional medicine and European medicine. That works really good. We had a patient... That was a rat poisoning call to thinner their blood. Oh! warfarin. And the traditional medicine lady said: “No, I don’t want to give her that, because it is gone appear in her blood or more...” So the person really wanted to take it, so she talked to doctor, and the doctor said: “Well we’ll monitor their PT, PTT⁶⁴ more frequently. So they started to drink the thing and, of course, her blood got so thin that it almost came through her pores. They stopped the warfarin right away and with the traditional medicine, I was able to keep her PT in the range they wanted her to prevent the heart attack, so...” (Administration/gestionnaire 14)

Il existe tout de même une crainte de perdre son permis de pratique en défendant le choix du patient d’utiliser la MT. Un médecin raconte :

« En soins à domicile, il fallait transférer un patient à la Clinique des plaies au Royal-Vic⁶⁵ en plastie. Bien là, je m’étais dit, le premier qui va arriver avec son écorce bouillie, puis qu’il met ça, bien... Bien j’avais dit à (une infirmière) : « Je vais peut-être perdre ma licence. », mais au contraire, ça a été... Puis c’est une façon aussi, on peut peut-être sensibiliser. Il commence à y avoir un contact au Québec en tout cas on a des chamans au Québec, il y a des rituels qui se refont tranquillement. (...) Puis les pow-wow, ils vont aider aussi. Puis au dernier pow-wow, il y avait un volet médecine traditionnelle qui n’était pas là les deux autres [années]. Ils ont vu que ça marchait. Bien ils m’ont dit : « Continuez ! » Puis il y a des patients qui ont été gardés des semaines de temps. ...Il faut que ça soit frais fait, fait qu’on l’a fait. Puis le plasticien, en tout cas, je n’ai pas perdu ma licence, puis...le patient est revenu puis il nous a dit de continuer le traitement. Ça marche. Puis même j’ai vu des notes qui étaient positives du spécialiste. » (Professionnel/intervenant 17)

En dehors des traitements traditionnels employés par le patient, une collaboration entre un médecin et une infirmière Crie soutient le choix du patient. Un médecin travaille depuis plus

⁶⁴ PT désigne en anglais le *prothrombin time* et PTT désigne en anglais le *partial thromboplastin time*, des tests pour évaluer la coagulation chez un individu.

⁶⁵ Royal-Vic est un raccourci pour le centre hospitalier Royal-Victoria situé à Montréal.

de 15 ans dans la communauté et démontre une ouverture à la MT. Il s'intéresse à la MT et se renseigne à ce sujet. Il aborde la question de la MT de front et il discute ouvertement avec ses patients de la MT. La présence de cette infirmière qui connaît aussi la MT est un atout. Elle facilite la coordination des soins. Parce qu'elle connaît les limites de chacune des deux médecines. Cette collaboration existe depuis 5 à 6 ans. Comme le rapporte une infirmière :

« Je pense que tu n'es pas obligée d'être infirmière pour traiter ... donner des conseils pour la médecine traditionnelle, mais seulement si tu as les deux, c'est bon. Parce que tu peux voir où sont les limites avec la médecine traditionnelle. »
(Professionnel/intervenant 26)

En effet, cette infirmière elle-même convaincue de la pertinence de la MT a su rallier le médecin à sa vision.

« The only nurse that was convinced that "You should use your medicine." Because she is a Cree, she is a native. That's the only person that convinced the doctor because she convinced the doctor that I can use traditional medicine to another person, because she saw what I was doing to that person. And she saw that it worked and trying to explain to that doctor, you know. It is kind of like ... it is better than mine, and yours is none... (...) Modern medicine and traditional medicine it's kind of like in both ways, so people don't really... doctors or nurses don't really understand how it works too. But if you combine those two together it would be much easier for people to heal. » (Professionnel/intervenant 29)

Pour la coordination des soins, le médecin réfère les patients qui souhaitent recevoir de la MT à cette infirmière. Mais comme l'infirmière est restreinte par son code de déontologie, elle fait alors appel à un employé du MSDC qui détient un savoir en MT.

« Somebody talks to their doctor and says: "Hey! I want traditional medicine." "Oh! Go see (name of a traditional healer)." And I am the home care so they always try to... They'll send somebody to me. And then I'll say... "Go see the traditional healer. He'll work with you." And the traditional healer would say, you know... "I'm gone show you how to make your medicine and then you gonna do it yourself." I am not gonna come every day. I only do that for the home care clients. »
(Professionnel/intervenant 21)

Ce détenteur de savoir en MT est d'ailleurs recommandé par les patients du soin à domicile. Il vient d'une famille qui pratique la médecine traditionnelle. De cette manière, l'infirmière est entrée en contact avec celui-ci. Il travaille au MSDC comme éducateur et a accepté de pratiquer la MT à condition d'avoir l'approbation du médecin et de l'infirmière.

« I know one of the nurses and she told me: “Do you think you can do something about the wound that this elder has?” I told her: “If you agree to... if you guys agree that I can do it, I’ll do it during the week.” And she talked the head nurse... No, I don’t know if she talked to the head doctor or somebody, and they agree that I can go and do ... And I did a few... I think at least 4 or 5 wounds for the elders during the week and it worked. » (Professionnel/intervenant 29)

Donc, l’infirmière et le détenteur du savoir MT travaillent conjointement avec l’appui du médecin. L’infirmière Crie facilite les relations entre le médecin, le patient et le détenteur de savoir en médecine traditionnelle. Cette pratique s’applique principalement pour les plaies. Parce que le savoir transmis à l’éducateur est rattaché aux traitements des plaies.

« I only know the basic stuff that I know about wounds and the way my dad taught me, the way my father showed me. But all the knowledge that the others have right now, like I said, I only know a few, not even 10 of them right now that are still alive. Like my mom, I don’t know how many more years she will survive but, you know, that’s the steps that we have to take right now. » (Professionnel/intervenant 29)

Et aussi parce que les plaies sont des problèmes de santé visibles, le diagnostic ainsi que le traitement qui s’en suivent sont alors évidents.

« Well the best thing would be, I think, at least try traditional medicine. I think the hardest part is to prescribe... What exactly was the pain? Or why are you sick? It is really easy to manage a wound, when you have wounds, you’ll see the wound, it is there, just put tamarack (name of a medicinal plant). You put antibiotics with that... » (Professionnel/intervenant 29)

Néanmoins, l’infirmière exige certaines conditions avant d’accepter l’utilisation de la MT. Par exemple, si le patient n’a pas une bonne adhésion au traitement ou si elle n’est pas en mesure d’en assurer le suivi.

« No, I can’t do (traditional medicine). No, I don’t... I know I am not allowed because of my license. Yeah, but I watch the progress of it, like I’ll be the one that says: “Ok.” I don’t agree with this now can we stop now or ...We did it on one elderly man that didn’t keep his appointments. So, there is one time that we lost him for about ... a week and he ended up in Chibougamau Hospital with that big ... So, he said, we can’t do it to somebody that’s gone be always gone... you have to be there, and we have to monitor him. » (Professionnel/intervenant 21)

Par conséquent, dans ce modèle de coordination des soins de la MT et de la MA, ni l'infirmière ni le médecin n'offre la MT. Ils assurent toutefois une surveillance clinique de la plaie et appliquent un traitement adéquat selon l'évaluation effectuée.

« (Name of a nurse) is a nurse at the MSDC, so she knows a lot about modern medicine. She works with home care and elders sometimes they request TM. When an elder wants traditional medicine, she calls, asks for (name of a traditional healer) for traditional medicine. He is a permanent worker at the MSDC. In this case, (name of a traditional healer) takes care of the elders. (Name of a nurse) nurse backs off a little bit. But she helps with replacing the bandages. As a nurse she does the bandage. They work together modern medicine and traditional medicine. She trusts the traditional medicine, but not all nurses are like that. (...) For the past 15 years, home care uses traditional medicine because it was requested by the elders. People can take traditional medicine and doctors can observe the progress, like what my wife does in the MSDC. Example, when elders have wound to heal, the doctor comes. Some elders use traditional medicine from the bush on their diabetic sores and there is one doctor (name of a doctor), he came and he removed all the black stuff on the skin, the dead stuff. He cut the bad skin. And he asks afterwards if the elder wants the traditional medicine or the modern medicine. And the elder asks for traditional medicine to continue his healing. Then the doctor leaves and the traditional healer comes to do his job. It works. It is done with the MSDC with the elder's request. But not at the clinic. »
(Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Cette offre de MT ne s'étend pas à l'ensemble du CMC, il reste entre ces parties prenantes. L'infirmière est le point de coordination informel entre le Centre de santé et l'accès à la MT, qui peut également se faire par le Murray's lodge.

« It is only me and him. And it is the clinic that would come to me and say: "The family is looking for somebody that does traditional medicine." And then I'll say: "Go see those people. They are looking..." And then he'll say: "Tell them to go to Murray's Lodge, my mom is over there or my dad or my sister." »
(Professionnel/intervenant 21)

Un autre détenteur du savoir en MT précise que malgré les contraintes de leur ordre professionnel, les professionnels de la santé devraient être plus exposés à la MT afin de favoriser une plus grande ouverture et pouvoir observer qu'elle fonctionne.

« You have to bring it out the traditional medicine, to have the professional to see. It requires people to be more open and to show that it works. I don't see doctor or nurse very implicated because of their order. Because they will have jeopardized their permit. The division of responsibility, the healer gives the TM and the doctor

does the monitoring, example blood test. The communication is important, has to be improved. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Les professionnels de la santé dans ses situations de rencontre avec la MT, sans enfreindre leur code de déontologie, peuvent respecter le choix, donner de l'information, assurer le suivi et intervenir selon leur champ d'expertise au besoin. À titre d'exemple, le patient a une douleur aux dents, le médecin laisse le traitement traditionnel en autant qu'il agit et réfère au dentiste.

« Je rentre un matin, c'était dans la vieille clinique, puis la dentisterie, je vois un grand jack de 18 ans, 6 pieds et 4... Qui avait sûrement un énorme abcès dentaire, puis moi j'arrivais à 9 h, mais le dentiste, le département n'était pas ouvert. Fait que j'ai dit : « Veux-tu je vais te faire donner un calmant tout de suite. ». Il a dit : « Bien non, ma grand-mère m'a soigné en fin de semaine dans le bois. ». J'ai dit : « Ah ! Oui ! Qu'est-ce qu'elle a fait ? » « Bien... traditionnellement... » Lui, c'est un garçon, donc elle a pris des selles de bébé fille, là je ne sais pas est-ce que ça va aller loin ça ? Puis là, il me dit : « J'ai mis ça sur ma joue, puis je n'ai plus eu de douleur. » J'ai dit : « Bon bien, c'est correct. Super ! » En tout cas, puis là bien j'ai dit : « Ils vont te voir en urgence, tout ça. » Puis ma première patiente, que j'avais ce matin-là c'était sa grand-mère (rires). Puis elle, c'est notre grande *medecine woman* ici, fait que là, j'ai dit : « Tu as soigné ton petit-fils en fin de semaine. » Elle a dit : « Bien oui. » Tu penses ! (rires) » (Professionnel/intervenant 17)

Ou encore comme en témoigne une professionnelle de la santé :

« Ils vont nous le dire qu'ils préfèrent aller voir le *traditional healer*. Nous on fait nos recommandations puis on leur dit aussi qu'on respecte leur choix. Mais, on donne quand même l'information. De par mon rôle, je n'ai pas le choix d'aviser le patient que nous on ferait ça ça ça ça. Mais si toi tu veux aller voir un *traditional healer* je respecte ça. Si tu permets, est-ce que tu permets qu'on regarde ta plaie une fois par semaine? Juste pour voir si ça va bien ou si c'est statu quo ou ça empire. Juste pour que nous on puisse objectiver si ça va bien ou pas. » (Professionnel/intervenant 6)

Le fait d'informer le patient sur les choix offerts en MA lui permet de prendre une décision plus informée et remet la responsabilité de sa santé entre ses propres mains.

« Bien, je pense que la responsabilité correspond à notre champ de pratique. C'est sûr que je ne peux pas garantir, c'est quoi les herbes qu'il va se mettre sous le bras. Mais moi je peux lui dire que si je lui donne un antibiotique, c'est prouvé que ça fait ça. Ça, c'est mon champ de pratique, je suis obligé de lui dire que ça, dans mon schème de pensée à moi, dans mon analyse à moi. Si lui, il me dit : « Un steak, c'est beau. » Ça lui appartient, il faut qu'il soit aussi responsable de son geste. Si lui il décide de mettre une tranche de viande, OK, parce qu'il y croit, il ne

peut pas venir m'en blâmer après. C'est ça que je veux dire. Il faut qu'il assume aussi son geste. Moi je lui propose mon magasin, si tu en veux, tu en veux, mais si tu n'en veux pas... je n'ai pas d'obligation outre que de lui dire le pour et le contre de ce que moi je peux lui offrir. » (Professionnel/intervenant 8)

Par contre si le patient prend des médicaments et des traitements traditionnels, les défis sur le plan d'interaction médicamenteuse sont présents. Dans ce cas, il est important de recueillir cette information sur l'utilisation des traitements traditionnels et d'être vigilant. En effet, un médecin témoigne que cette information sur les pratiques en médecine traditionnelle utilisées par le patient d'une part contribue à établir une relation de confiance et d'autre part peut changer le plan de traitement. Un médecin suggère alors d'ajouter une section culturelle à l'évaluation du patient afin de recueillir cette information de manière plus systématique.

« You need to care, there is a cultural aspect ... That's gonna change your plan. And that's why you need to actually introduce that. So just have an extra section of traditional aspects, traditional medicine that you are doing. I think it is just be cultural assessment and then it could be medication, practices, beliefs and sort of things like that. And I am thinking on the top of my head, so I can take an actual component just put it there. But a little section, that you just need to put in the hope to guide your action. » (Professionnel/intervenant 4)

Il ajoute que certaines contre-indications appuyées scientifiquement peuvent être données aux patients. Par exemple, le professionnel peut informer un patient souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique sur les risques de pratiquer les cérémonies de purification ou sur l'interaction entre l'antidépresseur et la plante millepertuis ou le petit thé des bois pour ses effets analgésiques.

« Inhalothérapeute, people like that, they need to be aware that they need to understand natural medicine, major thing it is smudging⁶⁶, right! You are mumbling a lot of smoke, things like that. You have a guy with COPD⁶⁷ with the chronic pulmonary problem, you don't want him smudging. You have a little baby with pulmonary problems you don't want to smudge the baby. You need to be

⁶⁶ Une précision est apportée par la réviseuse concernant le smudging. Le smudging avec de la sauge est bon pour le système respiratoire alors que bouillir la sauge est bon pour les bronchites, la toux et le rhume.

⁶⁷ COPD est l'abréviation en anglais qui désigne la maladie pulmonaire obstructive chronique.

able to have them aware of that, of all those things so they don't react in a negative way. They don't do anything like that. You need to be able to identify what is their natural medicine... Like I said before we need that respect... if you want to do these natural things, know about them, read about them, find out if that is an option.

An antidepressant versus somebody that wants to take... Saint-John's Wort tea and then talk to people... This is cultural behaviour therapy, that's what it is. Getting with their people, that's gonna have a bigger effect on the depression than the SSRI⁶⁸. You need to focus on that... All the reasons that you have said SSRI. But that's for White people. That's pretty average White population. And even then, in a situation like that he has a choice between SSRI or talking to his dad and going on trek and finding about things. Deal with your problems, deal with your sources, don't put a band aid on it. The nice thing about natural medicine is that it deals with the sources of things...I think natural elements are one of the best things you can use. In terms of effect that has on our body it is variable. Saint-John Wort actually has SSRI components. That's why you can't have it when you are in SSRI, you'll get serotonin syndrome because you'll overdose.

Like we were saying before, wintergreen has pain killer effect. There is a whole bunch of stuff that they actually has an effect and hey humidity. Smudging might actually had something real, back in the day, and a natural effect, and it is true! There are better ways of doing it now. We have better ways of manipulating the actual physical effect ... But as psychological in that cultural aspect... It brings family together. It brings community together and it is like glue in that culture! That makes who you are. And that makes you use your identity. And you need that, that's very important that, you need to enable because that's something that you can use. If you respect that, you respect that. And a lot of the other workers don't do that. » (Professionnel/intervenant 4)

5.5.2.2 Compétence professionnelle

La compétence professionnelle repose entre autres sur les données probantes. D'ailleurs, selon le code de déontologie, le professionnel de la santé ne peut recommander que les traitements appuyés par les données probantes. Une grande partie des professionnels ne connaissent pas bien la MT ce qui en restreint son usage dans la pratique de ceux-ci. Ils approuveraient la MT à condition qu'il y ait des preuves de son efficacité et de sa sécurité pour le patient.

⁶⁸ SSRI désigne les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine pour traiter entre autres la dépression.

« Je pense que si les professionnels ont l'information, la connaissance de ça, puis on s'assure un processus qu'on est capable de monitorer, ou contrôler puis qu'on sait que ça ne sera pas dangereux, je pense qu'on serait beaucoup plus enclin à recommander, puis à l'intégrer à nos pratiques. » (Professionnel/intervenant 13)

En ayant les études qui appuient ces traitements traditionnels, les professionnels de la santé n'ont pas d'objection à les recommander. Dans ce cas, un professionnel de la santé soulève la question de qui va alors le donner et ceci n'est pas défini clairement.

« Nous autres qu'est-ce qui se passe en ce moment, il y a toujours des naturopathes ou des gens avec ce type de profession, d'encadrement, eux jouent ce rôle, en ce moment, dans la société. C'est toujours à mon avis... C'est un peu une zone grise parce qu'il y a certains traitements traditionnels qui peuvent fonctionner, puis qui sont démontrés sur des bases scientifiques. À ce moment-là, est-ce qu'on devrait les donner? La pharmacie? Ou un naturopathe? Ça, c'est une question qu'il faudrait peut-être négocier. » (Professionnel/intervenant 13)

Par ailleurs, un médecin suggère plusieurs façons d'aller chercher de l'information sur la MT. Par exemple se renseigner auprès de ses collègues, des employés Cris ou sur Internet.

« I wasn't familiar with one of the plants she says it is in Cree. I got to translate it. I went to report to my staff, I went to one of the ladies upfront, and I said: "Do you know what this is?", I said the word... "Oh! Yeah! This is..." and then I go Google and checking up the data to see if there are any counter indications. That happened once. (...) there is a ton of data and a lot of these compounds are well known. There are things they've been investigated and if you go on PubMed you will find out what they are made out of. And usually Wikipedia is good at giving you a hint, and then you take Wikipedia and you put in top of the query. » (Professionnel/intervenant 4)

Ou il est possible de l'intégrer dans la formation continue des professionnels de la santé.

« (...) je pense que s'il y aurait une intégration de la médecine traditionnelle avec la médecine moderne je pense qu'il pourrait y avoir des infirmières qui soient au courant ou en tout cas ou du moins formées. Parce qu'ils ont des formations annuelles à toutes les années. (...) ou bien qu'ils aient une certaine collaboration (...) » (Professionnel/intervenant 6)

Présentement, même si le savoir en MT n'est pas entièrement documenté par la recherche scientifique, il demeure que les professionnels sont capables de distinguer par leur jugement professionnel certains traitements traditionnels qui ont du sens ou non sans perdre de vue le résultat recherché. Un professionnel de la santé peut catégoriser le traitement traditionnel sur trois plans : 1) dommageable pour la santé et où le professionnel doit manifester son

opposition; 2) le patient ressent un bienfait avec la prise de la médecine traditionnelle, cela reste sans danger pour la santé, mais il n'y a pas de preuves scientifiques et; 3) les plantes appuyées par des preuves scientifiques. Ce sont les cas où il n'y a pas de preuves scientifiques qu'il est difficile pour le professionnel de se positionner par rapport aux traitements traditionnels. Il faut alors être vigilant par rapport aux risques d'interaction avec les traitements allopathiques.

« Habituellement, sur un traitement traditionnel, je vais y aller en général. Ça, c'est ma ligne de conduite. Il y a trois types que je vois. Il y a les traitements traditionnels qui peuvent... ceux qui sont *harmful*, qui peuvent avoir des impacts négatifs, quelque chose, exemple, une plaie, on met quelque chose sur la plaie, mais ça la contamine. C'est quelque chose qu'il faut essayer de changer. Ça, c'est plus difficile ... parce que la population sait ... que les professionnels ne sont pas d'accord avec ça. C'est tout le défi d'essayer de trouver des moyens pour qu'on arrive les deux à nos fins. Ce n'est pas simple. Il y a celui que le traitement traditionnel pour lequel on n'a pas de preuve scientifique, mais il n'est pas dommageable... Si ça fait du bien à la personne, *why not?* Prenez-le si ça va bien. Si vous vous sentez bien avec ça, c'est correct. Mais je n'ai pas souvent plus d'information à donner que ça, parce que je n'en ai pas... mon rôle est assez limité, à part, peut-être rassurer la personne à ce niveau-là. Mais comme on a dit, des fois, on ne connaît pas l'interaction de ces choses-là. Il faut y penser, on peut juste mettre des mises en garde pour avoir un œil averti. Mais outre ça, on ne peut pas faire grand-chose. Puis il y en a quelques-uns, on sait qu'il y a des plantes qui sont à la base de plein de nos traitements occidentaux. Il y a plein de plantes comme ça, elles ont probablement un effet qui est démontré. C'est juste à mon avis, une autre forme de... que ça soit un cocktail ou une pilule, c'est juste une autre habitude de prendre le traitement à mon avis. Ça, il y a du fondement. Là encore une fois, c'est juste de s'assurer d'avoir un effet prédictible qui joue à ce moment-là. L'effet escompté. » (Professionnel/intervenant 13)

Aussi, dans les situations d'urgence ou quand le risque pour la santé du patient est trop élevé, ce sont des conditions où la médecine traditionnelle a moins sa place. Un infirmier témoigne :

« Bien nous autres (en médecine allopathique), là où il n'y a pas de réponse, il y a des conditions. Il ne faut pas penser que la médecine traditionnelle, peut traiter un infarctus, je veux dire ou un ACV... À un moment donné, il y a des choses qu'il faut faire attention. À chacun son champ d'activités. Ou du moins, il y a des situations médicales qui font que tu peux t'essayer de façon sécuritaire, des méthodes traditionnelles, des problèmes de peau, des rhumes, des bronchites... Mais par contre, une plaie de césarienne infectée, le risque est trop gros. ... Je pense que selon la gravité, selon le problème concret, on peut aller à différentes

intensités. Puis c'est une des questions qu'il faudrait que la madame qui soit aux médecines traditionnelles, soit très affûtée de ça, qu'est-ce qui est dangereux, qu'est-ce qui ne l'est pas ? » (Professionnel/intervenant 8)

Par ailleurs, lorsque le détenteur du savoir en MT offre son soin, certaines précautions sont prises. En effet, l'infirmière cesse certains traitements de la MA qu'elle juge ayant un risque pour la santé du patient. Comme le rapporte le détenteur du savoir en MT :

« Well, most of the time, I noticed like they were stopping antibiotics while I was working with the traditional medicine. And I told the nurse a few times: "Maybe you should try to use those antibiotics for..." The doctor doesn't want it ... because it might affect their health. And I told them it doesn't... it won't affect modern medicine or the traditional medicine... I am not sure if they used the antibiotics or things like that while I was using that. I know they were using other pills for their other health [problems]. Like they have heart problem or diabetics, they were using those pills... They never affected anything on those traditional medicine. But like I said it would be much easier for a person to heal if you use modern medicine with traditional medicine. Well, it would be for sure... it would be... It would heal twice faster I think. So if you combine those two together, act twice faster. » (Professionnel/intervenant 29)

Les professionnels de la santé gardent l'œil ouvert pour les risques d'interaction médicamenteuse dans leur pratique. Ils peuvent entre autres cesser les médicaments prescrits pendant le traitement traditionnel ou informer les détenteurs du savoir en médecine traditionnelle de certaines précautions à prendre notamment pour les cas de greffe, pacemaker ou cathéter. Ce sont des contre-indications apprises avec l'expérience de travail avec les deux médecines. En effet, comme la MT n'est pas toujours démontrée scientifiquement ni standardisée, il est difficile pour le professionnel de la santé d'en juger la pertinence en particulier dans les situations non urgentes. Comme une infirmière témoigne :

« Avec les connaissances de la médecine moderne qu'on a, avec l'utilisation de certaines substances qui sont utilisées par les autochtones, j'ai de la difficulté à voir où se situe le bien-être, ça dépend de l'utilisation que l'on en fait. Par exemple, si on utilise de la graisse d'ours... comme hydratant pour la peau à la limite, je trouve que ça va chercher l'effet similaire à tous les autres produits. Par exemple, prendre de la graisse d'ours et l'appliquer sur une infection. Là j'ai un peu plus de misère à trouver où est le bienfait par rapport à... faudrait pousser un peu plus, voir qu'est-ce que ça peut amener, c'est sûr peut-être avec les années ils ont leurs propres résultats pis ils ont vu des bienfaits associés à ça. Aussi là, j'ai vu beaucoup d'enfants... qui avaient des otites puis ils mettaient du beurre fondu dans l'oreille, encore là j'avais de la difficulté à trouver que c'était, oui la chaleur,

le fait de mettre de la chaleur ça peut faire du bien, mais du beurre fondu chaud dans l'oreille, je pense que, le côté aidant n'est pas là. C'est à ça qu'on est confronté, je pense, comme professionnel de la santé. C'est de dire je veux respecter la culture, je suis bien prêt à faire en sorte que ça soit intégré, mais d'un autre côté il y a un certain niveau dans l'utilisation que j'ai de la difficulté moi à comprendre si ça peut vraiment améliorer versus détériorer une condition. C'est plus dans cette ambivalence qu'on est. » (Professionnel/intervenant 6)

Par ailleurs, afin d'éviter les contraintes reliées à la pratique des professionnels de la santé, un coordonnateur au Conseil de bande suggère l'implication du ministère, d'une instance plus haute pour obtenir une reconnaissance de la MT.

« One of the things I remember talking to the doctors was that they can't prescribe Cree medication if I'm correct. That's why I say there has to be an acknowledgement – maybe the ministry. Because I know from the ministry as well they talked about children being born at home – midwives. That's another project that they are working on. So just the acknowledgement of Aboriginal or Cree – anything related to Cree life when it comes to medication or anything related to – anything else – just an acknowledgement like that. So research projects like this will complement stuff we are trying to do in the Cree communities. » (Administration/gestionnaire 31)

Par contre, en impliquant le ministère, il y a le risque de se faire imposer des règlements qui ne sont pas compris par la communauté. Comme le rapporte un coordonnateur du Conseil de bande:

« You could maybe have a problem from the government. Sometimes I find the governments try to impose their laws to the Cree people. And when you impose things on people that never really understand the concept of the western laws or the western way of doing things. When you impose that kind of stuff to them, it's harder for them to comprehend and understand as to why certain things happen to our people. » (Administration/gestionnaire 31)

Un détenteur de savoir en MT suggère plutôt que le Conseil Cri de la Santé soit l'entité responsable du patient dans les cas où les deux médecines sont combinées.

« The system could work in the MSDC which is beside the clinic because the medical files, emergency staff and services are close by. They can be well monitored by health professionals. The combination could be done through the use of traditional medicine by healers and patient and by monitoring their health through the services and professionals of the Cree health board. The responsibility would be with the Cree health board. Cree health board takes responsibility for the patient (in the situation when it is combined). You will need consent form to make it legal. We have to work together on this. Chronic diseases are really

expensive and some can be fixed by traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Les professionnels de la santé peuvent donc effectuer plusieurs interventions auprès d'un patient utilisant la médecine traditionnelle sans enfreindre leurs règles de pratique. Les professionnels de la santé demeurent vigilants face aux traitements traditionnels et certains vont plus loin en documentant le traitement et le suivi au dossier médical. De cette manière, en cas de complications ou pour poser un diagnostic, ils sont au courant de l'historique des traitements utilisés par le patient.

5.5.2.2.3 Notes au dossier

Les notes au dossier ont une utilité pratique qui permettent aux professionnels de la santé d'avoir l'information pour prévenir les risques d'interaction, ainsi que d'assurer le suivi et de le considérer lors de la venue d'un problème de santé.

« Les médicaments, on est les mieux aguerris ou les mieux préparés par nos connaissances pour pouvoir répondre, puis donner la meilleure intervention. Mais dans le cas d'un traitement traditionnel, comme je dis, un œil averti. On ne sait pas ce que ça va faire. Si le patient veut le prendre ou il prend déjà depuis quelque temps, c'est d'avoir des annotations au dossier pour indiquer aux autres personnes qui prendraient en charge le patient. « Hey! Celui-là prend un traitement traditionnel. » Donc si jamais il arrive à l'hôpital, il est hospitalisé, c'était peut-être à cause de ça? Il faut au moins qu'on ait une trace pour guider notre intervention. C'est ça que je voulais dire par œil averti ... c'est toujours dans les possibilités de diagnostic qu'il faut le garder en tête. » (Professionnel/intervenant 13)

Les notes au dossier créent aussi des données potentielles pouvant faire avancer la recherche scientifique. Un détenteur du savoir en MT abonde dans ce sens:

« Patients need to inform healers and doctors when they are using traditional medicine or modern medicine. It should be written down in the files that TM is being used or even a list of what is used (examples of plants used). It is good to know because if it works or not, it allows proper follow up. There is one healer who asked a patient to stop using medicines for 4 days, during the beginning of a traditional treatment. Because of counterattacks (side effect, interaction) Now we have no record of the use of traditional medicine. We don't know the side effect if we combine the two medicines. The patient has to tell the doctor they use traditional medicine. This (side effect) should be eventually studied. Just a suggestion for future research. (...) » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Elles permettent également de légitimer la poursuite ou non d'un traitement traditionnel.

« When they (professionnels) see something, they'll say: "Ah! This stuff is no good, look at the wound." But they didn't see it before. And then they call me and they say: "Did you see this wound?" and I say: "Did you see my notes? It's better than, you know, what it looked like a couple of weeks ago. » (Professionnel/intervenant 21)

Une infirmière précise qu'il n'est pas suffisant de documenter seulement la visite d'un détenteur du savoir en MT, mais plutôt le traitement prodigué. Et elle ne verrait pas un détenteur de savoir en MT consulter le dossier médical puisqu'il n'a pas de formation dans ce domaine.

« I don't think the traditionalist needs to see the file... I don't think they have any medical background or history of... But the notes should go into the main chart, like a CC copy. » (Professionnel/intervenant 21)

Les notes au dossier ont aussi une utilité symbolique. Elles permettent de valoriser la MT dans le système de la MA et d'en parler ouvertement.

« It has to be available so the nurse will see... There has been notes too for the traditional, you know, what was done. Because I find that it is almost like hidden, like the traditional medicine that we used. They only document the seeing of traditional healers, that's it and they don't document anything else. He doesn't document anything. » (Professionnel/intervenant 21)

La documentation et la recherche scientifique sur le savoir en MT ont commencé dans la communauté entre autres avec le projet sur les plantes antidiabétiques. Les notes au dossier témoignent de l'utilisation de la MT et de ses effets. Toutefois, des défis au niveau des droits de propriété intellectuelle et de l'imputabilité des détenteurs du savoir en MT sont à considérer.

5.5.3 Aspects légaux rattachés à la médecine traditionnelle

5.5.3.1 Droits de propriété intellectuelle en lien avec le savoir traditionnel

Dans la démarche de documentation et de recherche scientifique (incluant ce projet de recherche), la consultation des détenteurs du savoir en MT est essentielle. Mais ils ne sont pas tous ouverts à partager leur savoir. Une Aînée fait part que, pour elle, la propriété

intellectuelle avec l'idée de garder le savoir comme un secret est un frein à l'accessibilité de la MT. Elle suggère plutôt de partager le savoir et d'en faire une fierté.

« I am not too keen about intellectual property. "I own this, this is mine!" I don't really agree with that. If you want something to be known in the world, well you never mind about intellectual property. You give it, you show it. And then it would be accessible, but as long as you teach the elders "Don't give out your secret recipe." It is going to be a barrier. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Toutefois, elle amène une précision sur la question de la propriété intellectuelle. Cette dernière devrait être appliquée sur ce qui se fait dans le bois comme l'identification et la méthode de préparation des traitements traditionnels. Comme rapporte une Aînée :

« The intellectual property business is out here in the bush. That's where it is. Where you say: "This is the plant, this is how I am going to make it." That's the intellectual property. Over there at the clinic, the consultation, intellectual property should not come in at all. Otherwise if it does, it is going to ruin what we want to do. We've been living there safely, and being scared of the doctor taking away the recipe. Over here in the bush is the secret! (laugh) But not the medicine itself. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Cette compréhension de la propriété intellectuelle offre la possibilité d'une collaboration entre les deux médecines, parce que la plante utilisée peut être mentionnée tout en protégeant le savoir en MT.

« If the doctor asks (what is in the traditional medicine), but you don't necessarily have to tell him: "This is how I make it." You know, "I boil it for 5 hours, and then I strain it." Leave that out! You can say "watnagan⁶⁹, this is watnagan and you boil it." Period! very simple then it kind of goes with intellectual property, you are not giving that. » (Détenteur de savoir en MT 23)

En raison des histoires de vol de savoir, un gestionnaire du CMC renchérit sur l'idée de la propriété intellectuelle qui doit assurer une reconnaissance de ce qui provient du savoir traditionnel autochtone.

« The ownership of different knowledge that you guys have! Like I know that up North, they have a medicine up there and it is protected by the secrecy law, is it the secrecy law? You know how KFC is able to keep their recipe a secret (...) like

⁶⁹ Watnagan est le nom cri désignant une plante médicinale.

KFC, they don't have to list all their ingredients, because it is their special recipe, right? This is how we protect some of our medicine. But I think you have to go across the Board. Because I know that with insulin, the people, the Iroquois were the ones that were helping that doctor who produced and found insulin. And then even in his Nobel Prize, he never even mentioned the Iroquois. So I mean... where is the trust ? » (Administration/gestionnaire 5)

5.5.3.2 Réglementation rattachée à la pratique de la médecine traditionnelle

Comme il n'y a pas un ordre professionnel qui régule et protège les patients de la pratique des détenteurs du savoir en MT, les professionnels ne peuvent pas garantir la qualité du traitement offert en MT et ne sont pas confortables de leur référer les patients.

« Comme dans mon Ordre des infirmiers infirmières, si je réfère, si je prends la responsabilité de te dire : « Va voir tel spécialiste. ». Bien les spécialistes, je les connais, je sais que ... Mais si c'est quelqu'un qui ...n'a pas d'Ordre... Moi, je ne peux pas dire : « Vas-y voir. », parce que je ne le sais pas. Je vais le suggérer. » (Administration/gestionnaire 7)

Il n'existe aucune réglementation pour assurer la qualité de l'offre en MT. Toutefois, une infirmière précise que le détenteur du savoir en MT suit ses propres protocoles et non ceux du système de santé allopathique.

« He has his own protocol with him, just him, you know. They have their own protocol so when they pick medicine, make medicine, they have their protocol but it is not part of the MSDC. Yeah, he is not part of the MSDC under traditional medicine. » (Professionnel/intervenant 21)

Les détenteurs du savoir en MT tout comme les professionnels de la santé sont alertes vis-à-vis des risques d'interaction et en informent les gens qui viennent les consulter.

« You have to know what kind of medicine is used. For example, before people would take a sample of the blood and put it in carnation can. And when you leave the blood overnight, it separates. You let the blood rest one night. (Il fait le mouvement de se couper au niveau du poignet) Top part that's where all the toxins go. Nowadays you have to be careful. If the person is taking blood thinner, it is dangerous. He could bleed out. Healers have to know. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Ils peuvent alors recommander à leur patient de demander au médecin de cesser les autres médicaments prescrits et qu'il y ait une collaboration qui s'établit entre le médecin et le détenteur de savoir en MT.

« The traditional person or the healer would say: “are you sure you are not taking any medication and I want you to go to your doctors if you could stop those medications and see if you can take this.” It has to be a collaboration between the doctor and the patient and the healer. » (Professionnel/intervenant 21)

Une détentrice du savoir en MT reconnaît ses propres limites. Par exemple dans le cas de problèmes graves, elle envoie directement le patient vers la MA. Aussi, elle partage son inquiétude de ne pas être protégée légalement contre les poursuites judiciaires. Cette crainte des poursuites judiciaires n’a pas été soulevée par l’ensemble des Aînés.

« But sometimes I would be afraid to help them out. For me and how I feel, I am afraid to... Like if they have any side effects or... So I don’t have anything like to protect me. ... That’s where I have my boundaries. Like I would say, because like it is serious, I say: “I can’t, because it is too serious.” So that’s how I work. (...) for a rash, the baby was very... the face was hot and pus and ... he had full of pus on the face and it looked like it was really bad. But they still insisted that they wanted to try the (traditional) medicine. And why they wanted to try this, because they came from the clinic. Sometimes I am afraid that something happens to them. They might like... You don’t know what they... some people are capable of doing. They might sue you... Because I don’t have a card or certificate (...) But sometimes when it is not serious, so I just give them what they want. » (Détenteur de savoir en MT 2)

Ou encore dans d’autres cas, quand le patient a des problèmes de consommation, le détenteur du savoir en MT refuse de traiter des patients, parce que sa médecine ne fonctionnera pas.

« They don’t have to, because they work with traditional medicine so long that they know how it’s gonna help an individual by the way the individual is, you know, with his belief system. I know a healer says: “I can’t work with him.” And I say: “Why then he is asking, I know him.” He will say: “Oh... In what kind of way?” “He likes to drink booze and he does drugs, my medicine won’t help him.” You know, you have to... It is like a spiritual thing too. » (Professionnel/intervenant 21)

5.5.4 Règles administratives

5.5.4.1 Recrutement des détenteurs du savoir en médecine traditionnelle

Le critère d’embauche pour le détenteur de savoir en MT au MSDC est la légitimité accordée par les pairs.

« Moi je dirais, c'est par la reconnaissance des pairs autour. Nous autres on est bien mauvais, on ne les connaît pas. Puis je pense qu'il n'y a pas de... je sais qu'aux États-Unis, tu vas voir il y a des formations universitaires, mais ici, c'est sur le terrain ... Dans la forêt. En Arizona, en tout cas (...) il y a des chamans très formés. Même Blancs. » (Professionnel/intervenant 17)

De plus, dans le cas où le détenteur de savoir est déjà un employé du Conseil Cri de la Santé, cela évite de passer dans un processus de recrutement.

« Actually, we were so lucky to have one of our healers that was employed with the Cree Health Board. So, I would tell my supervisor: "His family... He comes from a family of traditional healers and this family has asked for a healer, and can I take him for a couple of hours?" And she'll say: "Ok." And then that's when he would go and do his work. (...) MSDC has nothing to do with traditional medicine, but just me and the healer. The healer works in the MSDC. He has a different job title, he doesn't solely work on traditional medicine. (...) His title is educator. He works for the special needs. And his family is the one that makes traditional medicines. (...) he has that knowledge, that background. His family is recognized. » (Professionnel/intervenant 21)

Par contre, cela amène son lot de défis en particulier pour le libérer de son poste actuel et pratiquer la MT. L'infirmière ajoute que la croyance de son supérieur a une influence aussi.

« Our supervisor, we have the same supervisor, so when I need him, I call my supervisor "I need him, because the family has requested him." And then she gets somebody to cover his job, and then he'll come and do this other job with me. (...) I find that is getting harder though (with) his immediate supervisor. » (Professionnel/intervenant 21)

La reconnaissance par le système allopathique de ce que fait le détenteur du savoir en MT peut être difficile sans attestation officielle. Un détenteur du savoir en MT suggère qu'il y en ait une pour leur savoir en MT.

« (...) I don't have a doctor's degree, I don't have any kind of things like that. And if I go to a doctor and say: "I can do this and I can do that." "You don't have a degree." That's where ... the main problem is always here in my head. It's not I don't have a diploma that says that I am a doctor or a nurse or whatever... You know! But I was thinking the other day, how can I get to people understand what I do. It is really something important, you know. The way my dad and my mom started was that they had to go downtown somewhere in Ontario, I think, that's where they practice traditional medicine and they went over there to educate them and at the same time they were educating those people how to make medicine. And that's how they got their paper to practice traditional medicine. » (Professionnel/intervenant 29)

Une Aînée nuance que la légitimité du détenteur de savoir en MT ne provient pas d'un certificat, mais bien de l'individu lui-même.

« We need to empower our medicine people, they need to be aware that they are important. That they are needed and have them get qualified. Well, more empowerment in a small way, the more empowerment we give somebody, the more self-confidence they have and then they feel qualified. You don't necessarily give them a bachelor, their knowledge will increase, it is there. » (Détenteur de savoir en MT 23)

Une Aînée ajoute que peu importe qui est le détenteur du savoir en MT, le critère essentiel est qu'il doit être très connaissant tant dans l'identification des plantes que dans la préparation et la voie d'administration du traitement. Parce que certains traitements mal utilisés peuvent être nocifs pour la santé, voire causer la mort.

« She wants to make sure that whoever is going to be the pharmacist of traditional medicine, to make sure that that person is knowledgeable about traditional medicine. That's number one. She says that she has a concern about traditional medicine. There are traditional medicines, you can drink, they are some you can't, you should not take it orally, and it is just her thoughts that whoever gets involved in identifying the plants, and how to make it, and all that. That person better have a lot of knowledge. So we know what we are giving out. There are medicines that you drink but there are also medicines that you use as a rub. There is also medication that you can use as a Band-Aid, what traditional medicine can do. And she just wants to make sure that whoever is going to be involved in distributing this, they have to be very, very knowledgeable. » (Détenteur de savoir en MT 16, traduction par l'agente de liaison culturelle)

D'ailleurs, un administrateur de la santé donne l'exemple du modèle de soins mixtes en Ontario où le centre de santé a son propre système de recrutement.

« Like the way that Ontario protects and sells (the medicines). Usually the clinic will have their own way of vetting their healers. Like to go through a criminal records track, a vulnerable sector is checked, and then... And they usually know those healers because they have grown around them. » (Administration/gestionnaire 5)

5.5.4.2 Rémunération de la pratique en médecine traditionnelle

Le détenteur du savoir en MT devrait être rémunéré; surtout que ce dernier n'a parfois pas de revenu suffisant. Dans le cas de la combinaison au MSDC, le détenteur du savoir en MT est

rémunéré comme un employé du Conseil Cri de la Santé. De même, ceux qui travaillent au Murray's lodge reçoivent également une compensation pour leurs heures.

« I think when you run a project in our community, they do (rémunération). It is a project, you have to be there, 9 to 5. It is like a house-working, same thing for them. You hire an elder to be there all the time, so they pay them. (...) I think today it is because everything is expensive, like the food. Today they want a little bit of money for their time. I hired elders with my project last year. I hired an elder to come and talk to the youth. Then they were there half a day, and I gave them incentives during their time. » (Membres de la communauté 19-20)

Par ailleurs, les détenteurs du savoir en MT ne demandent pas d'argent en échange de leur traitement traditionnel, ce qui peut créer un déséquilibre avec le système de la MA où les médicaments y sont vendus.

« Insurance and all of that. If the Cree Health Board would have some kind of help, to convince the government that we have our medicine because that's where the government doesn't accept the medicines... I guess the modern medicine is making money out of it. And us we don't sell our medicine. Because the government makes a lot of money out of it, especially when you have your pills ... And us, we don't charge them. Like for me, I don't charge somebody to give him the medicine... But sometimes they do give us money, like when we make our medicine or when I don't work. When I don't work at the traditional, sometimes they give us money, but sometimes they don't. So if they don't give you money... because I don't have license to sell, I just make them the medicine. » (Détenteur de savoir en MT 2)

La reconnaissance et la valeur monétaire du travail effectué par le guérisseur pourraient être évaluées par les gens de la communauté qui ont une plus grande connaissance de la valeur de ce type de travail. Ce que suggère un gestionnaire du CMC :

« Je ne pense pas que (le guérisseur) va faire ça gratuitement. Il n'y a rien de gratuit dans la vie. Comment ça serait évalué ? Elle vaut combien de l'heure cette personne-là ? T'sais on le paie comme un médecin ? Comme une infirmière ? Comme la fille qui fait le ménage ? Je ne sais pas moi, ce n'est pas mon organisation, c'est une organisation Crie. Ils savent plus que moi, c'est quoi l'évaluation d'un travail de ce genre-là. Mais moi, je pense que oui, il devrait être rémunéré comme toutes les personnes qui travaillent ici pour le Conseil Cri. Personne ne fait du bénévolat. » (Administration/gestionnaire 7)

Toutefois, même si les Aînés obtiennent une reconnaissance de la communauté, d'où provient l'argent pour les payer ? Un administrateur de la santé précise que les subventions ne vont pas suivre tant que cette reconnaissance ne se rend pas au palier ministériel.

« But the problem with that is that we are funded through the MSSS. MSSS doesn't recognize them. So the maximum we can give them is a few hundred dollars, once in a while as a honorarium to do something. But if their knowledge is the same as a doctor, they should be making the same as the doctor... which is pretty good ... to get your 100 % and then you stay up for 5 or 6 years and make like 200 % of your salary down south. And so there is... there is a lot of complications. But they manage to figure out what acupuncture and others, even what they call those guys, that crack all your bones... chiropractor, yeah! That used to be another one that was never really ... really in there. It wasn't part of it. So ... Yeah! There is a lot of work to do, but I think, locally to look at that, the way they have to find a funding source to really be able to fund the elders. »
(Administration/gestionnaire 14)

Une administratrice de la santé suggère de développer un fond mutuel qui servirait à embaucher des Aînés ou des guérisseurs et de s'appuyer sur le projet de sage-femme.

« I am trying to convince upper management, like executive management to develop a trust fund. They want to be able to have a fund available for people who are stuck in certain situations and then they should actually have it going towards, you know, hiring elders. So we have elders on staff or even traditional healers, because I think the government would ever fund anything like that, unless it is lobbied and then made legislation, ratified... (...) But, you know, a good way to get in is probably utilizing the midwifery but with midwives here in CMC, like we are depending on bringing them in. But they have to be on a service agreement, like a contract, because they can never be our staff. It's gonna be a service agreement, so it'll be like a consultant. Because in Ontario they passed a law that Aboriginal healers and Aboriginal midwives didn't have to belong to an association and that they could practice. I know I did a lot research on this and I would love a CMC where I could have that available, traditional medicine and western medicine, but there is a lot of barriers. » (Administration/gestionnaire 5)

5.6 Modèles émergents et proposés par les participants

« Hiring an elder who is knowledgeable in traditional medicine. Hiring an elder maybe along with a young person almost like a training position and having these two based at the clinic with already made traditional medicine. (...) Sometimes in collaboration with the doctor. Work together. » (Détenteur de savoir en MT 23)

5.6.1 Émergence du modèle du patient coordonnateur

Les contraintes au niveau de la pratique professionnelle et de l'administration des organisations de santé peuvent être surmontées en laissant le choix au patient de coordonner ses propres soins. Il y a une cohérence entre le modèle du patient coordonnateur et la philosophie de la MT. Par exemple, il est nécessaire que le patient croie que la MT va fonctionner ; c'est un critère important dans sa guérison. Donc, ce n'est pas aux professionnels de la santé d'évaluer la pertinence de la MT pour une problématique de santé vécue pour le patient, mais c'est au patient de décider ce qui lui convient le mieux. D'où l'importance de la place du patient dans ses soins notamment pour ses soins traditionnels.

« We never refer directly. It has to come from the patient. The patient has to believe, you know, in the traditional medicine if you'll like force it somebody, then it won't work you know. It has to be like... It has to come from them. (...) That's the main requirement for traditional medicine, when the patient has to want it then ... Not push on to them. » (Professionnel/intervenant 21)

Aussi, l'absence de structure organisationnelle offrant la MT fait que les patients qui souhaitent utiliser la médecine traditionnelle vont le chercher par eux-mêmes.

« C'est le patient qui va vraiment aller chercher ce service-là s'il en ressent le besoin. Pour le moment, il n'y a pas de structure où est-ce qu'on inclut les 'traditional healer'. On sait qu'ils sont là, on sait qu'il y en a dans la communauté, mais à ma connaissance, il n'y a pas de lien entre la clinique pis ces personnes-là. » (Professionnel/intervenant 6)

5.6.1.1 Choix du traitement

Le choix du patient est influencé par des **critères subjectifs** tels que ses croyances et ses valeurs personnelles ainsi que par des critères objectifs tels que la nature et la gravité du problème de santé. En effet, la décision peut se baser sur sa **croissance** que la MT a moins d'effets secondaires.

« I think I would go for traditional, because of lesser side effects. I think that's why I would give it a try to go for traditional medicine. And then also it seems more natural to me to go for that. It is literally next to none side effects. » (Membres de la communauté 27-28)

Ou qu'elle soit **plus naturelle** et moins transformée que la MA.

« It [traditional medicine] is a medication that's more natural than we get from the western because I find that pharmaceutical medications seem to... It's scary for me to know that some medications can actually get us sick more than what we have. When it comes to traditional medications it's more something that's directly from the land and something directly from the land is much healthier than it is, than medications being made on a machine. » (Administration/gestionnaire 31)

Les **expériences passées** négatives avec la MA ont une influence sur le choix du patient notamment avec les effets indésirables ou les traitements douloureux.

« I don't like to take pills. They make me sick, maybe I am taking too many. Anyway, I don't like to take pills. So I would prefer traditional medicine. From what I have taken in traditional medicine, it is not painful. The plants medicine, they boil it, you drink it, and it is not painful. The way western medicine is, it is quite painful. » (Détenteur de savoir en MT 23)

En plus des critères subjectifs, des **critères objectifs** influencent la décision du patient. Pour certains, lors de **problèmes de santé mineurs ou de maladies chroniques**, la MT a sa place. Pour une intervention chirurgicale, la MA est plus pertinente. Il demeure que les deux médecines sont importantes.

« I guess if I need a surgeon I would go to the clinic... (laugh) If I just need something for another reason, I would go to the traditional. Something major, like a surgeon, because I know the traditional medicine they don't provide surgery, they don't have them. I guess something more on the surface, not in the body. (...) I did a lot of interviews when I worked for the archeologists like we lived out on the land during the summer, so I heard people have problem with their appendix and people died from, because they needed surgery right away. Yes (it is emergency cases) and they couldn't help the person. I interviewed an older woman with a child birth, and they couldn't save the baby or the mother, that's why we need both (medicines). » (Administration/gestionnaire 25)

La condition de santé influence également le choix. La MT est entre autres pertinente pour la **santé mentale**.

« Comme dans le trauma nous ici, on n'arrive à rien en psychothérapie en trauma. Moi, je pense qu'on fait souvent souffrir le patient, alors que moi, je pense que le meilleur rituel, la meilleure thérapie, c'est les rituels de passage⁷⁰, pour aller plus dans l'instinct puis sortir de nous-mêmes puis de la raison. En tout cas, c'est mon avis. » (Professionnel/intervenant 17)

⁷⁰ Les rituels de passage font référence aux rites de passage comme la cérémonie des premiers pas.

Le patient peut appuyer son choix selon la **sévérité** du problème de santé. Dans les cas graves ou les nouvelles maladies, la MA serait le premier choix.

« Depending on what the health problem is. Because I know in some of the acute – the worst health conditions, they do need to be followed up by the clinic. When it comes to cancer or any other diseases. A lot of the diseases that people have now are fairly new. I know a few cases of scleroderma that attacks the muscles, the joints and the person eventually gets into not being able to move freely like they used to. » (Administration/gestionnaire 31)

Quand la personne a les **connaissances** et les moyens pour se soigner avec la MT, elle le fait. Mais si ce n'est pas possible, elle se dirige vers la MA.

« Unless I fall down on the floor and I cannot move, I cannot do anything, that's when I want to go to the clinic... Like the other day I had a sore neck because I was coughing too much, and I could feel my neck here... 4 days now I could hardly move, I could hardly get up. I didn't go to the clinic, I made my traditional medicine and I put it on my back for 2, 3 days, the last time I did it was yesterday. And now the pain is gone. So unless I am really sick I can hardly breathe or something is not right, or I want to faint or something that's why I am gonna go the clinic. If I can get this, I will try to do my best to fight it as much as I can. » (Professionnel/intervenant 29)

Certains préfèrent la MA pour le sentiment de confiance apporté par les **études scientifiques**, la pose d'un diagnostic et la rapidité des traitements. Alors que la MT se base sur une approche empirique.

« I guess a lot of people find comfort in accurate facts about what they are going through. Let's say someone is going through diabetes, they should know how well their sugar is doing. Or if someone has a high blood pressure, they want to check that out first. Or an infection, you need it immediately, you have to go to the clinic, because you got to know what it is in order to treat it. So that's one of the things why I go to the clinic right away for tests and stuff. But with traditional medicine you have to try and try and try different medicines to find out what is going on. » (Membres de la communauté 27-28)

Dans les cas **urgents** où un traitement rapide est nécessaire, par exemple lors d'une réaction allergique, la MA est choisie, parce qu'elle offre un traitement rapide et efficace.

« When she was young, we had a walking out ceremony here, and what we did was, we made a snare, rabbit snare, and we had that rabbit there. She was young at that time, and she wasn't allergic, nothing happened during that time. We cooked the rabbit and we ate. But after another time, she had those allergies, they

were hunting, they brought what they killed. And that was rabbit. So it was in that kitchen, still not cleaned, and she was running around, then we saw big spots, we didn't know what it was at the beginning, so we had to come to the community to see what it was. So that was allergies. (...) we didn't use traditional medicine for that, because we need to do things fast, and we need to do ... She couldn't breathe. Like I wouldn't have time to go seek for a plant, do this and that. She would have died. So that's ... It is a good thing that there was this western and White man medicine. (laugh) It is fast, it is there! » (Membres de la communauté 19-20)

L'accès à la MT est difficile pour certaines personnes, parce qu'il faut notamment connaître la MT, aller en territoire pour chercher les ressources telles que des plantes ou des parties animales puis préparer le traitement. Ceci limite alors leurs choix en termes de traitement, entre autres parce qu'elle n'est pas disponible et prête à être utilisée.

« I use a lot of White man [medicine] today, because we don't have that ready. Like I asked my mom when I first came out from the hospital, I wanted to use some plants for my back. Just to heal my scar, so I took her in the bush, and they showed us the ... he went to pick the tree, they just point at it: "This is the tree you are going to be using". So if there was a traditional pharmacy ready, I would probably use it. But I am not able to use it, because we have to go get it. Like for that pharmacy that clinic pharmacy, it's where everything is there you just go and pick up. So it is easy access for us and our traditional medicine. » (Membres de la communauté 19-20)

La **localisation géographique** et la non-disponibilité de la MA sont au contraire des facteurs qui influencent la décision de choisir la MT.

« I would practice traditional medicine if I have no western [medicine]. I would practice it if I am in the bush for a moose break and I run out of cough medicine. Then I would call on the radio "allo! (name of a healer)! What do I do?" Then I would do it in camp. You boil that stuff, and you strain it, and you drink that. So I would practice it if I don't have western medicine. » (Détenteur de savoir en MT 23)

5.6.1.2 Différentes trajectoires de soins

Les patients empruntent différentes trajectoires de soins émergeant de l'utilisation, coordonnée par eux-mêmes, de la MT et de la MA. Les trajectoires ne sont pas en silos, c'est-à-dire il se peut, pour un même épisode de soins, que le patient choisisse plus d'une trajectoire (figure 6). Les trois principales trajectoires sont :

1. Consulter en premier lieu la MA et **quand la MA ne fonctionne pas**, les patients s'orientent vers la MT pour explorer d'autres traitements. Par exemple, des points de suture qui ne restaient pas en place.

« One family member who has a cut on his finger and he has stitches at the clinic. His stitches kept reopening because he has an active lifestyle. I used traditional medicine to heal the wound, to close it up. Now he (the guy who cut his finger) sees the value of traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 15, notes manuscrites)

Un autre exemple d'un cas où la MA n'avait pas de traitement et que la patiente s'est tournée vers la MT.

« I give you an example... My late stepsister, she passed away several years ago, and she had 3 different lung diseases and she couldn't get on the transplant list because one of those diseases was just gonna kill the new lungs so it was inevitable. And she was diagnosed with only using 10 % of her lungs capacity. So I brought her to that traditional healer that I know and we have to talk to him, we have to give him tobacco, and we have to tell him why we were visiting him. And she had to share with him, you know, like what was going on with her in her life and then what he did, was he went out into the bush, and you know ... I don't know how he knew what medicine was best for her, but then the next time we met him he had this medicine with him. And ... He prepared it all for her, put it in a little paper bag and said "Ok, this is how you are going to prepare it." And then we gave him a gift and that was like the reciprocity and then we went back to her place and when I told her, I said "Make sure that you talk to that medicine and tell that medicine what you are using it for, and to thank him for giving up his life to ... so you could have more of a life." So she did that and then she went back to the doctors and they tested her again for her lungs capacity and it was at 48 %. So she was using 48 % instead of 10. And the doctors couldn't figure it out. » (Administration/gestionnaire 5)

Ce que confirme une détenteur du savoir en MT.

« Most of the time they have gone to the clinic, and when their creams or their medicine (don't work), then they come here. "We want to try traditional medicine." Most of the time they come back and say: "It works." They go to the clinic first. Only if it doesn't work they come. » (Détenteur de savoir en MT 1)

Il demeure que certains patients avant d'aller vers la MT demandent la permission à leur médecin pour obtenir sa collaboration.

« She had an experience where one of her boys, had that facial paralysis. And the doctor gave him medication for it and they were not helping. So she went to the

clinic and asked the doctor, "Can I take my son off your medicine and I want to do my medicine." So the doctor was just thinking and finally she said: "Ok." So the collaboration needs to be there. That's why she was sharing that story. She did the traditional on her son, 2 days. And his face was perfect. My brother, the one that she healed, he went on the radio, told that to everybody that [she] healed [him]. » (Détenteur de savoir en MT 16, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Les professionnels de la santé sont aussi conscients des limites de la MA. Par exemple dans le traitement de certains cas d'eczéma.

« Puis moi je me dis... En tout cas, je dirais 20 % des jeunes, je ne sais pas moi... Les cas d'eczéma, l'eczéma, on n'arrive à rien, c'est désespérant! Crème, crème, 8, 10 fois par jour, bien moi je me dis : « On a tout essayé, vous voyez bien que notre médecine, elle ne guérit pas ça. Bien, allez voir. » Appliquer de la graisse d'ours, au bout d'une semaine c'était fini! Mais c'est ça qui va donner confiance aux gens. Mais là la jeune maman : « Ça pue la graisse d'ours! Ça m'écœure, je ne mettrai pas ça... » Mais quand ils ont... Si elles voient que ça peut marcher! » (Professionnel/intervenant 17)

2. Consulter en premier lieu la médecine traditionnelle et **quand la MT ne fonctionne pas**, ils se dirigent vers la médecine allopathique. Une Aînée rapporte qu'elle irait plutôt vers la MT avant de se diriger vers la MA.

« I think I would ask for traditional medicine, before seeing the nurse. Because I saw some medicine that healed. Just the traditional medicine not including the... I've seen the healing, it is the plants. And if I were to take just the plant, I would just take the plant. And maybe if it didn't work for me, I would then go to the counter for pills. » (Membres de la communauté 19-20)

3. Consulter la MA avec la MT en **complément**. Plusieurs utilisent les deux médecines conjointement et ne voient pas d'effets néfastes sur leur santé. Par exemple une Aînée combine les deux médecines parce qu'elle voit les bienfaits sur sa santé.

« She, herself, has used western and traditional medicine together, but she had found that it doesn't harm her. It actually helps her. So to do that in the future would be really good, to be able to that. » (Détenteur de savoir en MT 3, traduction libre par l'agente de liaison culturelle)

Ou encore un patient choisit d'utiliser chacune des deux médecines pour différents problèmes de santé. Par exemple, il utilise la MT pour guérir sa plaie et la MA pour diminuer la douleur.

« For me it was OK to mix traditional medicine and modern medicine together. I was able to use the medicine to close my wound that I had. And I am still here living tight, like the muscles and everything. That's when I took my pills to ease the pain and everything. More likely it was to close the wound nice. » (Membres de la communauté 19-20)

Dans des cas où la MA arrive à la limite de ses traitements non invasifs, certains patients demandent à leur médecin s'ils peuvent essayer la MT. Puis ils reviennent vers le Centre de santé pour un suivi, un complément d'information ou une validation de leur traitement traditionnel.

« If you have an abscess and it is really very, very infected. The traditional medicine, it really does help. And how I knew this story about my dad helping this man. The man was supposed to get his leg amputated. So he came from Montreal, back to Mistissini, and said: "The doctor is giving me 2 weeks." Because that man said that I asked the doctor if I can use my medicine. So the doctor agreed to let the man go, because they gonna amputate his leg. So they gave him 2 weeks, so when he came back, then he came to see my dad, and tell him: "Can you make this traditional medicine for me, because the doctor is gonna amputate my leg." So what my dad did, he went to see that man, he went to see what's the situation, how the leg was looking. So that's when he started making that traditional medicine. ... But the clinic gave him gauzes and everything to put on. (...) Then after two weeks, the guy went back and he was sent back home and was told: "Do what you were doing because we see that the leg is healing really well." » (Détenteur de savoir en MT 2)

Certains membres de la communauté qui utilisent à la fois la MT et la MA expriment qu'ils sont soucieux des risques **d'interaction médicamenteuse**. Ils ajustent aussi leur médication traditionnelle dépendamment de la sévérité du problème de santé.

« Sometimes, what I do is when I feel like worst, I take the traditional medicine. » (Détenteur de savoir en MT 2)

Les patients sont accompagnés dans leur démarche de soins par les détenteurs de savoir en MT et les professionnels de la santé qui sont de plus en plus soucieux de ces risques puisque c'est cette réalité est bien présente dans la communauté.

5.6.2 Modèles organisationnels proposés par les participants

Pour rendre la médecine traditionnelle accessible

En plus du Murray's lodge, un **dispensaire Cri** a été suggéré par des participants. Ce serait une pharmacie dans la communauté à proximité du centre de santé. En effet, la MT n'est pas accessible par tous et ce n'est pas tout le monde qui a la connaissance pour faire le traitement traditionnel. La cueillette et la préparation demandent une énergie qu'une personne malade n'aurait pas la possibilité de fournir. Toutefois, certains membres de la communauté nous partagent que traditionnellement, le détenteur de savoir en MT cueille uniquement ce dont il a besoin pour soigner les gens. Avec une demande croissante pour la MT, il risque d'y avoir de nombreux déplacements et un risque d'une récolte abusive. Un participant propose alors de mettre sur pied un centre de distribution regroupant les différentes plantes des autres communautés à un endroit.

Pour combiner la médecine traditionnelle et la médecine allopathique

Offre de la médecine traditionnelle dans le centre de santé

Mettre la MT comme une option dans le centre de santé est une vision partagée par les Aînés, les membres de la communauté, les professionnels et gestionnaires de la santé. Pour les Aînés, la MT peut être offerte dans le centre de santé s'il y a une ouverture des professionnels de la santé à travailler ensemble.

« She [the elder interviewed] wants to see traditional medicine practice inside the community, inside the clinic, [having a] collaboration [between the two medicines]. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction libre par l'agente de liaison culturelle)

C'est aussi un désir partagé par des membres de la communauté.

« I would like to see somebody [in traditional medicine] to be there [in the clinic] to tell us, like what plants should we take for what kind of sickness we have. If maybe [the healer] can ask us: "Do you want to try this?" before you try take pills." » (Membres de la communauté 19-20)

Ceci permettrait non seulement à un plus grand ensemble de personnes d'y accéder et d'avoir l'option de choisir.

« Dans la mesure où ça (la médecine traditionnelle) répondrait à un besoin, ça serait disponible. Et ça serait ouvertement reconnu à travers une structure, à travers une bâtisse, à travers un service. Ça serait formalisé, je n'aime pas le mot, mais ça serait : 'L'option est là.', dans le sens où on veut le promouvoir. Si on est un franc défenseur de ça, la meilleure façon de le rentrer c'est de le mettre à contribution, parce que dans le fond, le travail, c'est conjoint, puis c'est de le publiciser... C'est parce que je ne suis pas sûr que tout le monde ait accès à une tante qui en fait. C'est de le rendre disponible comme étant un soin ou un service comme un autre... » (Professionnel/intervenant 8)

Mais aussi à symboliser la reconnaissance de la MT par le système de la MA en l'acceptant dans son enceinte. Par exemple, une Aînée suggère que la MT soit présente à l'accueil du centre de santé, bien visible.

« At which point? As soon as I go pass the door. (Laugh) Yeah, right at the reception, there should be traditional medicine. You get the direction right there. You go through that hallway, turn left. I don't want to have to go and look for it by myself. It should be right there. » (Détenteur de savoir en MT 23)

C'est cohérent avec la trajectoire de soins des patients, ajoute une infirmière qui travaille avec les deux médecines.

« I think like a setting set up in the clinic, because they [the patients] have so much trust with the, you know, modern medicine... I find that they... A lot of them in my program would, you know, would come to the clinic and go to see like traditionalist and then when it is the last resort kind of thing, that's when they say: "I want to see an traditionalist now." especially with the wound care and stuff like that. » (Professionnel/intervenant 21)

Quant à la préparation de la MT, les Aînés suggèrent qu'elle se fasse à un autre endroit pour des raisons tels que le bruit des coups pour attendrir l'écorce, la vapeur pour bouillir les plantes, les odeurs très fortes de certaines parties animales telles que les glandes du castor produisant le castoréum⁷¹.

⁷¹ Sécrétion très odorante provenant des glandes du castor.

« Somebody from the clinic a while back, quite a while back, told her that it is in the plans to make a house in the community, where you make traditional medicine. Now, whatever you make here, then you transfer to the clinic, and at the clinic there should be somebody giving out the traditional medicine. Traditional medicine, who knows about traditional medicine. A specific place over there at the clinic. Where you make it, boil it, all that, it should be in a different area but in the community. (...) The preparation. You have to boil traditional medicine, you have to use all that steam would not be wise at the clinic. Plus there are some plants that you have to hit, hit, hit, like it's gonna be a lot of noise for the clinic. So those are something that she is talking about that it should be made separately for the protection of the clinic. » (Détenteur de savoir en MT 3, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Dans une perspective plus organisationnelle, avoir les deux médecines à un même endroit revêt un côté pratique, cela évite au patient de se déplacer à plusieurs endroits pour chercher ses soins et évite la fragmentation dans la continuité des soins. L'offre de la MT pourrait se développer dans les programmes plutôt dans les soins courants.

« Est-ce que ça serait dans la clinique ou à l'extérieur de la clinique ? Ça serait quoi les conséquences de l'un ou les avantages de l'un ou de l'autre, j'essaie de penser. À l'extérieur de la clinique... ça fait comme deux endroits à aller, ce n'est pas pratique pour un patient. Puis l'autre chose, c'est que là, ça commence à être difficile, on fractionne les informations aussi, surtout ça, ça devient plus compliqué. Si c'est dans la clinique bien ça peut être un ou deux endroits, près de la pharmacie ou un autre local. On a un peu la même réalité, mais au moins le patient est à un endroit. » (Professionnel/intervenant 13)

Cela aurait comme avantage de pouvoir transférer rapidement la personne de la MT vers les services de la MA pour des problématiques de santé urgentes.

« Sometimes it could happen that the person is allergic to traditional medicine, we have to keep that in mind. And we have to know when to send that person over to the western medicine. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction libre par l'agente de liaison culturelle)

La présence d'un détenteur du savoir en MT au centre de santé permettrait aux patients et aux professionnels de la santé d'obtenir plus d'information sur la MT et ils pourraient travailler ensemble pour un but commun, le bien-être du patient.

« To some extent in my opinion [TM has a place in the clinic]. Back in the past they had [traditional] medicine there. I think it'll be [a] good idea that [the] medicine man collaborates with the clinic or something like that (...) » (Membres de la communauté, 27-28)

Par exemple, le médecin au lieu d'appeler la pharmacie aurait une ressource vers qui se diriger s'il a besoin d'information sur la MT. Ce qu'un membre de la communauté suggère:

« That's where I would like to see a connection right away. Like the doctor can call the person making the medication and say this person is going through that. Do you have any medication they can take from the Cree? So if there is a link between that where the doctor can actually call somebody instead of calling the pharmacy. » (Administration/gestionnaire 31)

Dès que le cas du patient sort des zones de compétences du détenteur du savoir en MT, une référence peut être faite vers la MA.

« Il pourrait y avoir un *traditional healer* dans la communauté ou même dans le CMC pis qui voit des patients et qui pourraient un peu avoir des rendez-vous pis quand qui a des choses que c'est en dehors ou moins confortable, bien il pourrait à ce moment-là voir avec un médecin ou une infirmière qu'est-ce qu'on en pense, je ne sais pas...ça serait quelque chose à développer... » (Professionnel/intervenant 6)

Les références peuvent se faire dans l'autre sens aussi.

« C'est sûr qu'il y aurait une partie d'intégration avec l'équipe. Parce que moi, c'est sûr que quelqu'un ici dans la bâtisse, qui travaillerait en médecine traditionnelle, j'aimerais ça qu'il travaille, que ça soit multidisciplinaire avec les autres, pour qu'il nous dise, puis moi je serais intéressé de voir, je ne veux pas avoir sa recette. (...) moi j'aimerais ça que s'il est dans la bâtisse, qu'on travaille ensemble. Parce qu'on pourrait à la rigueur, on pourrait le médecin ou l'infirmière voir un problème dire « Ce genre de problème de peau là, Monsieur X qui est en haut là, on a eu des bons résultats avec sa crème qu'il fait à la pâte d'ours. ». Puis on pourrait le référer. « Est-ce que ça vous tente ? » Le client dit oui ou non. C'est toujours le choix du client. » (Administration/gestionnaire 7)

Afin de délimiter les frontières entre les professionnels de la santé et les détenteurs du savoir en MT, un professionnel suggère un **protocole de soins** pour coordonner les soins combinés entre la MT et la MA.

« Mais quand on instaure ça, bien il faut que la madame ou le monsieur qui s'occupe de médecine traditionnelle, il faut qu'elle sache à quel point, à quel niveau qu'il faut qu'elle transfère, c'est quel point qu'elle peut se sentir que « Ici, là, je ne suis plus capable, il faut que je cède ce patient pour qu'il soit suivi en médecine moderne complètement. ». ... Je pense qu'en implantant ça, il faut qu'il y ait un protocole pour guider le monde pour savoir quand il faut référer à... » (Professionnel/intervenant 22)

Par ailleurs, un poste de **gestionnaire de cas** pourrait aider à faire la coordination entre les parties prenantes des deux médecines. Le centre de santé devrait prendre le leadership dans l'offre de la médecine traditionnelle en son sein, parce qu'il a aussi la vocation de soigner les gens.

« Moi, je pense qu'il y aurait besoin de créer un nouveau poste, et qui pourrait être là pour juger les cas. Ça nécessiterait comme un nouveau poste de quelqu'un qui va comme gérer les cas, et puis qui va comme appeler la réunion multidisciplinaire pour gérer à l'aider dans les deux camps. »
(Professionnel/intervenant 22)

Une autre stratégie serait d'avoir une ressource à l'accueil où les deux médecines seraient offertes au patient. **L'intervenant au triage** pourrait travailler en collaboration avec les professionnels de la santé.

« Ça pourrait être lui qui devrait le demander. La ressource, bien c'est sûr qu'il y a toute la mise en place de faire savoir à la communauté qu'il y a quelqu'un de disponible pour ça dans la clinique. Si les personnes veulent avoir des services. Ils peuvent se présenter à l'admission puis demander de voir le *traditional healer* pis peut-être que le « traditional healer » peut avoir un genre de *caseload*. Voir les patients aussi, s'il pense que c'est problématique ou que lui de son bagage, de ses connaissances il ne peut pas rien faire, référer vers les services plus modernes. Il y a plein de choses qui peuvent être faites. Mais je pense que si le patient demande, à la limite, ça serait déjà un bon début là. » (Professionnel/intervenant 6)

L'offre de la MT ne se limiterait donc pas aux traitements, mais elle pourrait aussi inclure du **counseling** permettant aux patients qui ne souhaitent pas se faire traiter par un psychologue d'avoir une alternative. Des jeunes proposent qu'un Aîné puisse être une alternative au psychologue.

« That is a good idea to have an elder at the clinic whenever a psychologist is not around. (...) Or just have an elder there. Even if there is a psychologist. Just to have access to... Some peoples are more comfortable talking to their own people then someone from out of town. » (Membres de la communauté 27-28)

Par ailleurs, certains professionnels suggèrent que les plantes associées à des choses concrètes, faciles à étudier par la science allopathique seraient plus faciles à combiner que la spiritualité autochtone. Cette dernière pourrait plutôt être associée au domaine de la psychologie.

« Il y a plein de sortes de traitements traditionnels, mais souvent quand on est plus du côté pharmacie, on va prendre plutôt des plantes parce que c'est avec nous autres, des molécules c'est des choses plutôt concrètes. Qu'on travaille. Parce que la spiritualité, c'est plus une autre sorte qu'on ne connaît pas. Ça peut aller plus vers mettons ton domaine de la psychologie ou d'autre chose. » (Professionnel/intervenant 13)

Offre de la médecine traditionnelle hors du centre de santé

Certains voient l'offre de la MT à l'extérieur du centre de santé. Une coordonnatrice du CMC trouve peu compatible le temps alloué pour une visite par rapport à la pratique des détenteurs du savoir en MT qui peut prendre jusqu'à quelques jours.

« When you ask me if (traditional medicine) can be administered in the CMC under us? It is more than just an hour of visit and then giving a prescription for a pill. It was a couple of days It took that healer... had to go out into the bush and find out which one was the best medicine. And then come back and prepare it, and then give instructions on how to prepare that medicine for her to take it. So it doesn't conform to legislation. It doesn't conform to the standards that happen here. So we'll ever be together under one roof? Well, I don't know how successful they are in those 13 urban centers, but for sure it is more than just an hour visit. And it does, like what the pharmacy has a whole bunch of pills, and just like dispense them but it is more than just that. » (Administration/gestionnaire 5)

Le centre de santé n'est pas non plus un lieu où tout le monde se sent confortable.

« When I wait in the doctor's office, I get nervous, you know, it is because of the place, I am not used to, because I was raised in... I was born in a tent. So I guess that's my... When I am... Ok, I have to wait for the doctor, maybe I should exempt myself and write a note and go! (laugh) I guess the way I was raised I were in a camp, after ... It is not the same... our culture... » (Administration/gestionnaire 25)

Le centre de santé n'est pas non plus une place que les jeunes fréquentent souvent. Une coordonnatrice au centre jeunesse suggère que l'offre de la médecine traditionnelle soit offerte dans le centre de ressources familial et que des intervenants soient formés en MT pour que les jeunes soient davantage exposés à la MT.

« Because not a lot of youth go to the clinic, and so I don't think that would be like the best location for it. Perhaps, if it was at the Family Resources Center... If perhaps if it was somewhere else, other than the clinic, it would be easier for the youth to use it or discover it, because I think that it would need to be showcased a

lot on every event or every major thing that's happening. So they can see and pick it up. » (Administration/gestionnaire 30)

Un autre modèle combinant les deux médecines en Ontario pourrait inspirer la communauté.

« I know that within urban centers there in Ontario, they have like an apothecary like they walk in... You walk through the door and you have a healer sitting there and he asks you what is wrong? And then he prepares the medicines, just pulls them out, whatever he needs to put in different. So it is also harvesting the medicine, you have to harvest them, you have to like make sure that they are pick in a good way, and then the healer is... (...) But I think there is enough in the territory for that. Because I know a whole bunch of healers in this territory already! So... Can it happen? Yeah! I think it can happen, but the other element like I said legislation has to approve but then you'll have organized religion. » (Administration/gestionnaire 5)

Le financement ainsi qu'informer la communauté sur la MT sont des facteurs importants.

« The one thing that prevents us from going further to access to traditional medicine, it is funding. We need money to do that. And we need to communicate, to talk about it. Bring awareness, learning in the community about traditional medicine, because if we don't say anything, if we don't do anything, it is not going to move forward, we have to talk about it. » (Détenteur de savoir en MT 3)

Pour la question de la source du financement, un professionnel de la santé propose qu'il provienne du fédéral.

« At the end of the day it should be federal government that still gives the band money and everything, it should be through that fund. When you think about the actual logistic behind it, it is to improve their cultural awareness and everything on these lines. The band gives money to the healthcare anyway to the general public health of the reserve anyway. It is sort of public health that will bring up sort of mood, bring up compliance, and sort of bring a healthier thing. So it should really be that more than the RAMQ or anything like that. » (Professionnel/intervenant 4)

En bout de ligne, le désir d'avoir un meilleur accès à la MT est partagé par les participants. Toutefois, il faut mettre en place des actions sur plusieurs plans tels que la reconnaissance des détenteurs de savoir en MT, la volonté politique, le financement et la relève.

« It would be nice if the access would be there, but we have to identify people who know the traditional medicine in order for the medicine to stay alive. Otherwise it is going to go down if we don't identify the traditional medicine peoples first. We have to ensure that our leadership, our leaders (Chief and Council) support the maintaining of traditional medicine. We have to make sure that there is a funding to teach traditional medicine. Otherwise it is going to go

down, so we should finance, we should identify, find out who knows traditional medicine, who can teach it, you know and teach our young people. So it keeps going. » (Détenteur de savoir en MT 1, traduction par l'agente de liaison culturelle)

Un professionnel de la santé précise que le processus peut être facilité par des non autochtones, mais en termes de contenu, il est primordial que ce soit des Aînés qui soient impliqués, ainsi que les membres de la communauté.

« Who should be involved, it shouldn't be any White people. I think that White people should be able to facilitate it, in terms of allowing funding and helping with that whole situation. But in terms of generating the content, it should be the elders, the people that you have here. You have a lot of elders and volunteers like come and help you. It should be with the community workers. They should be organizing it. There is people that know, they grew up learning these things and they know what needs to be brought up and what's important, what is not. » (Professionnel/intervenant 4)

Chapitre 6 : Discussion

Dans ce chapitre, nous cherchons à donner un sens aux stratégies des parties prenantes afin de mieux comprendre la combinaison de la MT et de la MA. La combinaison des deux médecines est une zone d'incertitude où les parties prenantes ont une marge de manœuvre pour arrimer leur savoir, pour trouver une manière de combiner leur pratique dans le but d'offrir des soins sécuritaires et culturellement appropriés aux patients. Nous allons mettre en évidence les stratégies employées par les parties prenantes de chacune des deux médecines ainsi que les facteurs organisationnels et systémiques agissant sur les dynamiques d'interaction dans un processus de combinaison. La compréhension des stratégies des parties prenantes sert de base pour dégager la forme organisationnelle combinant les deux médecines.

6.1. Rappel des points importants des deux cas à l'étude influant sur la combinaison de la MT et de la MA

Notre étude se déroule dans deux communautés autochtones de nations différentes. Nos résultats montrent que, dans les deux cas à l'étude, le modèle du patient coordonnateur est observé, malgré les différences contextuelles et organisationnelles (résumées dans le tableau 7 ici-bas). Toutefois, à Mistissini, le patient qui combine les deux médecines est davantage soutenu dans ses choix. Une analyse comparée de ces deux situations nous permet de mieux comprendre les facteurs et dynamiques entre les parties prenantes concernés ayant influencé la mise en œuvre d'une combinaison des deux médecines et d'expliquer comment on arrive dans les deux cas à l'étude au même modèle du patient coordonnateur et que dans l'un de ces deux cas, on observe un modèle soutenant davantage le patient avec une partie prenante-coordonnatrice. Mais dans une des deux communautés, un modèle coordonné par une infirmière qui détient les deux savoirs soutient le choix du patient. La différence entre les modèles trouvés dans une communauté et non dans l'autre s'explique par les dynamiques d'interaction entre les parties prenantes inscrites dans un contexte organisationnel et

systemique différent. La mise en place d'une combinaison de la MT et de la MA passe par des actions aux différents paliers (local, provincial et fédéral) en collaboration avec les principales parties prenantes concernées, les membres de la communauté incluant les producteurs de soins en MT.

Mashteuiatsh	Mistissini
Contexte	
Grande proximité avec les villes	Faible proximité avec les villes
Accès plus ou moins facile au territoire ancestral, Nitassinan	À proximité du territoire ancestral
Structure de gouvernance	
Loi écrite par les gouvernements (Loi sur les Indiens)	Règles écrites en partenariat entre le gouvernement du Québec et les Cris (Convention de la Baie-James et du Nord québécois)
Absence de gouvernance régionale ilnu	Présence d'une Gouvernance Régionale Crie, donnant un plus grand levier pour adapter le système à la culture
Absence d'un département dédié à s'inspirer de la culture et du savoir traditionnel	Présence d'un département régional promouvant des pratiques inspirées du savoir traditionnel et de la culture
Présence d'un conseil de bande local incluant la culture dans ses priorités	Présence d'un conseil de bande local incluant la culture dans ses priorités et conjuguant les priorités locales avec le centre de santé

Organisation des services de santé	
Santé Canada	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Services de première ligne	Services de première ligne avec des services d'urgence et de dialyse
Centre de santé	
Local planifié pour la MT (non-utilisé à cette fin encore)	Local planifié pour la MT (non-utilisé à cette fin encore)
Vision de la direction de la santé dans la combinaison de la MT et de la MA	Vision dans la combinaison de la MT et de la MA
Accessibilité à la MT	
Organisation à but non lucratif offrant l'accès à la MT	Organisation gérée par le conseil de bande offrant l'accès à la MT
Systèmes de savoir	
Documentation du savoir dans un livre et une base de données uniquement sur les plantes médicinales	Documentation du savoir par une équipe de recherche ayant travaillé en étroite collaboration avec la communauté uniquement sur les plantes médicinales antidiabétiques; et par d'autres ouvrages écrits précédents
Préservation du savoir soutenue par les initiatives locales	Préservation du savoir soutenue par les initiatives régionales et locales
Transmission du savoir faite dans des organisations publiques locales (Musée/site	Transmission du savoir faite dans une organisation assurant un accès à la MT

Uashasshitsh) et des infrastructures scolaires	(Murray's lodge) et dans les infrastructures scolaires
--	--

Tableau 7. – Points saillants des deux sites de l'étude

6.2. Combinaison des deux médecines : processus de légitimation des savoirs

Cette section présente le défi de la légitimation des savoirs dans un contexte de combinaison de la MT et de la MA. On s'intéresse aux savoirs parce qu'ils sont la source de pouvoir des professions. Une profession se caractérise, selon Abbott (1988), par le jugement utilisé dans le travail qui est basé sur un savoir abstrait; ce qui est le cas de la profession en MA. Nous pouvons considérer que les guérisseurs exercent un travail professionnel au sens d'Abbott (1988). Ils font des actes de diagnostic, de traitement et d'inférence qui proviennent du système de savoir. Il y a inférence lorsque la profession prend l'information du diagnostic et y associe un éventail de traitements avec les résultats possibles. L'inférence est utilisée par la profession quand le lien entre le diagnostic et le traitement n'est pas routinier. C'est un acte de type professionnel qui fait partie du travail des guérisseurs. Les Aînés, guérisseurs et professionnels de la santé (producteurs de soins) portent un savoir expert de chacune des deux médecines. Le savoir des Aînés et des guérisseurs est un savoir traditionnel qui peut être considéré comme un savoir professionnel au sens d'Abbott (1988). Ces professions s'inscrivent dans un système des professions (Abbott, 1988). Voir les professions dans un système implique entre autres qu'un changement de position d'une profession (étendre sa juridiction ou occuper une autre juridiction) en affecte une autre.

Nos résultats montrent que dans les deux communautés, la rencontre des deux médecines est possible au niveau du patient, ce qui constitue une zone d'incertitude. Les services de santé offerts par les producteurs de soins existent parce qu'il y a un besoin de soins de santé. Le patient est celui qui utilise les services des producteurs de soins. Il confie sa santé aux producteurs de soins. Néanmoins, par son choix d'aller vers une médecine ou l'autre, il peut influencer le positionnement que vont prendre les producteurs de soins dans le système des

professions. Dans les prochaines sections, nous allons explorer comment la capacité d'agir du patient influence le positionnement des producteurs de soins, ainsi que les dynamiques d'interaction qui en émergent.

6.2.1 Reconnaissance du savoir du patient et marge de manœuvre

Une combinaison des deux médecines par le patient s'observe dans les deux cas à l'étude. Le patient a la capacité de décider de la médecine qu'il souhaite et d'aller chercher l'information requise. On parle d'un patient inscrit dans une mouvance d'affirmation culturelle. Il choisit l'une ou l'autre des médecines selon plusieurs facteurs tels que son système de croyances, ses connaissances en MT ou la sévérité de la situation. La MT n'est pas intégrée au système de santé mais ceci n'empêche pas le patient de choisir ses soins. Au contraire, c'est une zone d'incertitude laissant plusieurs possibilités d'action au patient.

6.2.1.1 Reconnaissance du savoir du patient

Le patient s'occupe généralement de sa propre santé et a appris à développer des compétences pour la gérer au quotidien. La santé et le mieux-être sont définis par une vision holistique qui englobe tous les aspects de la personne. Le patient détient un savoir rattaché à son expérience avec sa santé, ainsi que ses expériences de soins au cours desquelles il interprète le savoir de la MT et de la MA. C'est un savoir propre à chacun. Dans la MT, le patient est reconnu comme un partenaire dans les soins. Il a un rôle actif dans sa guérison et cela commence par son désir et sa demande de guérir adressée au guérisseur (Morse, Young et Swartz, 1991). Le patient amène alors un cadeau tel que du tabac ou une pièce de tissu au guérisseur. Cette approche fait partie du processus de guérison, parce que faire un don (couverture, tabac...) peut témoigner de son engagement dans le processus de guérison. Ce concept d'engagement dans les soins fait partie des caractéristiques clés des soins primaires qui sont centrés sur le patient (Davis, Schoenbaum et Audet, 2005). De plus, l'engagement du patient dans ses soins, inscrit dans la mouvance de la MA, apporte des bienfaits tels qu'une amélioration de l'expérience de soins et des meilleures décisions pour le patient puisque plusieurs points de vue sont pris en compte (Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam et Hamzehgardeshi, 2014; Coulter, 2012).

6.2.1.2 Marge de manœuvre du patient dans ses soins

Les services de santé offerts en MA, peuvent ne pas correspondre aux besoins et à la définition de la santé du patient. Dans la MT, la santé est vue de manière holistique avec les 4 dimensions constituantes : physique, mentale, spirituelle et émotionnelle. Elle ne se limite pas à ces 4 éléments mais s'étend aussi aux autres, à la communauté et au monde spirituel comme entités en soi (King, Smith et Gracey, 2009). Les services de la MA répondent faiblement à certaines dimensions de la santé, notamment la spiritualité, le mental et l'émotionnel. Ainsi, pour travailler sur ces dimensions, le patient est encouragé à consulter en MT.

Le patient est une partie prenante qui cherche à améliorer sa santé et avoir accès à des soins qui correspondent à ses valeurs. Toutefois dans sa recherche de soins, il peut vivre du racisme, de la stigmatisation et de la discrimination systémique dans le système de soins ce qui engendre des structures et une offre de services qui ne sont pas culturellement sécurisants pour le patient. Ces insatisfactions peuvent être une source de motivation le poussant à aller consulter la MT. Les conditions des patients sont variables, ceci crée une zone d'incertitude pouvant être contrôlée par le patient. Il peut donc prendre des décisions correspondant à ses besoins et croyances.

Toutefois, le patient ne possède pas toujours toute l'information pour faire un choix éclairé et informé, il existe un déséquilibre de pouvoir dans la relation entre le patient et les producteurs de soins qui détiennent un savoir expert. Le patient doit alors **chercher l'information** notamment en consultant les experts en MT et en MA. Pour accéder aux experts de la MT, le patient les connaît soit par la famille, soit par le 'bouche-à-oreille', soit par la radio communautaire, soit par des infrastructures mises en place telles que l'Association du Parc Sacré ou le *Murray's Lodge*. Pour accéder aux experts de la MA, le patient se présente dans les organisations de santé. Nous constatons que les structures d'accès à la MT dans chacune des deux communautés ne se conforment pas aux règles du système de soins. Elles existent en parallèle. Cette absence de continuum dans les soins entre les deux systèmes est une contrainte pour le patient, parce que la continuité des soins

ne repose que sur lui. Ainsi, les précautions vis-à-vis, par exemple, des interactions plante-médicament (comme de distancer la prise de médicaments avec celle des plantes médicinales) dépendent du patient. En même temps, cela donne une marge de manœuvre (opportunité) au patient pour faire ses propres choix.

Nos résultats montrent également que le patient ne partage pas nécessairement aux professionnels de la santé les traitements traditionnels que les Aînés leur ont recommandés ou fournis. Il emploie des stratégies pour **contrôler l'information** avec les professionnels de la santé. En effet, il peut choisir de les informer ou non de son utilisation de la MT. Cook (2005) rapporte que dans son étude sur l'utilisation de la MT Mi'kmaq, près de 92% des autochtones qui utilisent la MT ne partagent pas cette information avec les professionnels de la santé. Les raisons de ne pas divulguer l'utilisation de la MT sont multiples. Elles incluent la crainte d'être jugé négativement par les professionnels de la santé, de subir de la discrimination et que cela affecte la relation entre le patient et les professionnels de la santé. Ces facteurs de non-divulgence sont cohérents avec la revue des écrits menée par Robinson et McGrail (2004), de même que Ouellet et al. (2018). Effectivement, la faible compréhension des professionnels de la santé sur la MT, le manque de respect à l'égard de la MT (Gall et al., 2018) et l'inquiétude de recevoir une réponse négative du professionnel de la santé (Robinson et McGrail, 2004) peuvent entraver la communication entre le patient et le professionnel de la santé (Ouellet et al., 2018). En contrepartie, une bonne communication entre le patient et le professionnel de la santé peut permettre une meilleure identification des risques d'interaction médicamenteuse (médicaments pharmaceutiques et plantes médicinales), ainsi qu'un respect des choix du patient (Robinson et McGrail, 2004).

Par ailleurs, nos résultats montrent que le choix du patient peut rapprocher les deux médecines. Mais le patient est peu ou pas soutenu dans ses trajectoires de soins. Il doit alors naviguer seul entre les deux systèmes de savoir dont l'un est sous le contrôle des Aînés, guérisseurs et l'autre sous celui des professionnels de la santé. Nous examinons dans la prochaine section les dynamiques de savoir entre les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé qui sont respectivement en contrôle du savoir en MT et en MA, ainsi que les

stratégies de rapprochement des deux systèmes de savoir et les défis auxquels ils ont dû faire face pour arriver à se rapprocher.

6.2.2. Deux systèmes de médecine différents : Dynamique de savoir entre les Aînés, les guérisseurs et les professionnels de la santé

Les parties prenantes impliquées directement dans le processus de soins mixtes du patient (professionnels de la santé, Aînés et guérisseurs) ne relèvent pas tous d'une même organisation et d'un même système de savoir. La place du savoir dans une logique de système des professions représente la capacité d'une profession à maintenir sa juridiction fondée sur son savoir. Ce savoir maintient les juridictions en apportant une légitimité au travail professionnel (Abbott, 1988). Les principales différences entre les deux systèmes de savoir allopathique et traditionnel ont été résumées dans le tableau 8 ci-après.

Facteurs	Savoir allopathique	Savoir autochtone
Approche	Compartimenté	Holistique
Méthodes de communication	Écrit	Oral
Méthodes de transmission	Cours, théories	Observations, expériences
Méthodes d'explication	Théorie, objectivité	Spirituel, valeurs sociales

Source : Département des Affaires indiennes et du Nord du Canada (2001) (traduction libre)

Tableau 8. – Les systèmes de savoir de la MA et de la MT

Ainsi, nous allons analyser les dynamiques entre les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé dans un système d'interdépendance. C'est par la compréhension des dynamiques de savoir qu'on peut dégager les pouvoirs rattachés à la légitimité des savoirs de chacune des médecines. La prochaine section introduit dans un premier temps les deux systèmes de savoir mis en tension, ensuite les stratégies de rapprochement entre ces deux systèmes, ainsi que les défis surmontés.

6.2.2.1 Système de savoir MT : source de pouvoir et stratégie de protection

Il y a une distinction entre les Aînés et les guérisseurs. Les Aînés sont ceux qui possèdent une expérience de la vie reconnue et valorisée par la communauté, leur permettant d'aider certaines personnes par leurs enseignements et valeurs traditionnelles. Cette expérience concerne plusieurs sphères de connaissances, incluant mais ne se limitant pas à la médecine traditionnelle qui aide à guérir. Seulement certains Aînés sont guérisseurs, ce sont ceux qui cherchent à guérir notamment par le tambour, les plantes médicinales ou les cérémonies (Stiegelbauer, 1996). Ils sont, en général, des gens qui ont un intérêt ou un don concernant la santé. Ils offrent leurs services aux gens qui le demandent, habituellement sans frais. Ils possèdent le savoir pour déterminer quel traitement utiliser et ils sont habituellement en mesure de préparer le traitement. Ils soignent avec les éléments de la nature (plantes, animaux, etc.) et n'utilisent pas les médicaments de la MA dans leurs traitements. Nous observons que des Aînés et guérisseurs peuvent avoir une spécialité, par exemple dans le soin des plaies.

Comment le savoir de la MT est construit/transmis?

Castellano (2000) présente le savoir autochtone sous trois composantes : le savoir traditionnel (transmis de génération en génération), le savoir empirique (tiré de l'observation de l'environnement) et le savoir révélé (intuition, visions et rêves). Les caractéristiques principales du savoir traditionnel sont, selon Castellano (2000): « *The primary characteristics of Indigenous knowledges are that they are personal/personalized (i.e. there are no claims to universality) ; trust in knowledge is tied instead to integrity, familiarity, and the perceptiveness of the "speaker" »* (p.114). Le savoir demeure subjectif et ne cherche pas l'universalité. La véracité du savoir dépend de la personne qui en parle et s'inscrit dans un contexte. Parce que le savoir est unique à chaque personne, les contradictions sont possibles et acceptées (Castellano, 2000).

Le savoir de la MT est un savoir personnel expérientiel basé, en bonne partie, sur la survie en territoire : habitation, guérison, alimentation et déplacement. C'est à la fois un savoir familial et un savoir détenu par des experts. Une personne peut faire elle-même ses traitements à la maison et consulter un guérisseur quand elle ne possède pas ce savoir ou n'a pas la capacité de préparer le traitement. Pour certains, le savoir de la MT est rattaché à la spiritualité et pour d'autres ce n'est pas le cas. Le savoir peut aussi avoir la forme de dons. Il est transmis oralement de génération en génération habituellement dans la lignée familiale. La transmission se fait par l'observation, les histoires et la pratique (« hands on ») d'un membre de la famille vers un récepteur qui démontre les capacités et l'intérêt requis. Ce processus est généralement dans la langue des Aînés et des guérisseurs soit le nehlueun ou le Cri. C'est un savoir rattaché à la culture des Ilnus ou des Cris et à un territoire et une langue. La communication du savoir comporte les mêmes référents culturels que les membres de la communauté. Les Aînés et les guérisseurs en sont les conservateurs et transmetteurs. La protection et la transmission de ce savoir sont intimement liées à la question de survie culturelle, ce qui crée un sentiment d'appartenance.

Quels sont les mécanismes de légitimité du savoir de la MT?

Les Aînés et les guérisseurs ont leurs propres règles de légitimité du savoir. Ils sont un groupe peu nombreux mais ils s'inscrivent dans un environnement où tout le monde se connaît. Les succès de leurs traitements et la reconnaissance de leur sagesse, altruisme, vocation, humilité et sens de la responsabilité circulent rapidement. Le savoir de la MT porté par un Aîné ou guérisseur est légitimé par la reconnaissance des pairs qui ont témoigné du succès des traitements effectués par celui-ci. Les patients consultent un Aîné ou guérisseur principalement pour des problèmes physiques mineurs non urgents, mineurs ou/et de santé mentale. Ce sont des situations où les coûts de l'échec d'un traitement sont faibles, ils adoptent la méthode essai-erreur. À mesure que le succès augmente, l'efficacité des traitements paraît plus évidente, ce qui renforce le contrôle des guérisseurs sur ces problématiques.

Les Aînés et guérisseurs occupent une partie de la juridiction sur la santé des membres de leur communauté. Il y a un changement dans les valeurs culturelles où les valeurs de bien-être de la communauté et de participation active dans les soins sont mises de l'avant dans la communauté. Ce changement peut affecter la demande des services qui s'oriente vers la MT. Nos résultats montrent que les guérisseurs ne veulent pas la pleine juridiction, mais seulement une partie, puisqu'ils reconnaissent également la pertinence de la MA pour améliorer la santé des gens. D'ailleurs, certains espaces sont plus vulnérables à une incursion par d'autres (Abbott, 1988). À titre d'exemple, pour les problèmes mineurs non urgents ou lorsque l'inférence est faible. Par ailleurs, dans le cas de la santé mentale, le patient perçoit une meilleure compréhension de sa réalité par les Aînés et guérisseurs ce qui est un avantage pour eux.

Pour garder le contrôle sur la juridiction, les Aînés et guérisseurs conservent les recettes qui constituent une technologie (discuté au prochain point). L'expertise sur la MT leur appartient dans la mesure où leur travail ne suit pas strictement un protocole prédéfini. Toutefois, seule la MA dispose de traitements pour des problèmes urgents et graves. La juridiction entre les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé se négocie alors autour des problèmes de santé où ils possèdent un savoir expert, soit les problèmes mineurs non urgents ou les problèmes en santé mentale. Nous l'observons dans le cas des soins de plaies ou de la toux.

Quelles sont les stratégies employées par les Aînés et guérisseurs pour maintenir et occuper une juridiction?

On se situe dans un contexte où les actions d'assimilation des autochtones ont laissé un savoir de la MT fragmenté. Ce savoir est menacé de disparaître. Les Aînés et guérisseurs sont conscients que le savoir est une source de pouvoir d'où la réticence de certains à le partager, notamment par peur d'une mauvaise utilisation ou d'une usurpation. Ils sentent une responsabilité de **transmettre et de préserver le savoir**. Ils sont à un moment où ils doivent le partager s'ils veulent préserver leur culture et assurer une relève. Ils partagent l'information avec ceux qui s'y intéressent pour préserver l'héritage culturel. On observe dans les deux communautés une transmission du savoir des Aînés et guérisseurs vers les gens

intéressés de la communauté qui sont dignes de confiance. Les gens intéressés vont les voir mais ne s'investissent pas forcément pour devenir guérisseurs eux-mêmes.

Au-delà du niveau individuel, il existe d'autres stratégies pour préserver le savoir de la MT. Dans l'une des deux communautés, des actions sont prises en intégrant des jeunes dans les activités rattachées à la MT. Par ailleurs, Nishiyuu Miyupimaatisiun utilise des outils audiovisuels qui ouvrent à de nouvelles opportunités pour préserver le savoir oral traditionnel et pour le documenter dans un format audiovisuel avec la vidéo. Dans les deux communautés, les participants (membres de la communautés, producteurs de soins en MT et en MA et administrateurs de la santé) arrivent à un consensus, lors des ateliers de transfert de connaissances, sur l'importance de s'approprier, protéger et transmettre ce savoir. Ils planifient notamment d'identifier les porteurs de savoir, d'inclure le savoir traditionnel dans les différentes activités organisées et faire un livret contenant le savoir traditionnel. Aussi, les droits de propriété intellectuelle sont des outils pouvant servir pour protéger le savoir en MT. Malgré qu'ils soient peu adaptés au savoir de la MT, une Aînée de Mistissini considère qu'il vaille mieux utiliser les outils disponibles que de ne pas agir. Dans tous les cas, la transmission n'a lieu uniquement quand l'Aîné ou le guérisseur veut le partager et qu'il y ait des gens intéressés par ce savoir; par exemple, lorsqu'il enseigne la recette d'un traitement traditionnel à une personne qui en fera usage.

Les Aînés et guérisseurs s'appuient sur le **contrôle du savoir et des recettes (technologies)** pour garder leur juridiction. Le savoir sur la MT, incluant les dons, et les recettes font partie de la capacité exclusive de ces parties prenantes, c'est leur source de pouvoir dans les relations interprofessionnelles. Face aux risques de vol de savoir, ils protègent donc le cœur de leur métier en gardant les recettes secrètes, voire l'identification des plantes. En effet, les recettes représentent la technologie utilisée pour réaliser le traitement. Rendre cette technologie explicite risque de la modifier sous la forme d'une routine, ce qui réduit jusqu'à un certain point la nécessité des patients de recourir aux guérisseurs en autant que le diagnostic soit établi. Il s'agit d'un contrôle sur le processus de fabrication des traitements, une technologie exclusive aux guérisseurs. Leur source de pouvoir s'appuie sur le contrôle de

ce savoir et de cette technologie. À Mashteuiatsh, la préparation du livre sur les plantes médicinales a été contestée par certains Aînés en raison de la présence des recettes, celles-ci ont alors été omises lors de la publication finale.

Nous nous trouvons dans un contexte où il y a un mouvement d'affirmation culturelle dans les communautés. Les Aînés et les guérisseurs saisissent cette fenêtre d'opportunité pour faire **reconnaître et promouvoir la MT**. L'opinion publique peut donner la légitimité de pratiquer le travail de guérisseur (Abbott, 1988). À leur avantage, les Aînés et les guérisseurs ont la sympathie des membres de la communauté entre autres parce qu'ils possèdent le même langage, le même ancrage historique et social, un lien particulier de confiance, ils incarnent la symbolique de la sagesse et de l'expert. On l'observe dans les communautés à travers l'utilisation des outils de promotion tels que les activités de transmission culturelle et la radio communautaire. La participation dans des projets de recherche peut être une stratégie pour obtenir une visibilité auprès des membres de la communauté et ainsi augmenter la promotion et la reconnaissance des Aînés et des guérisseurs. Il s'agit de manières de préserver et d'affirmer leur identité culturelle distinctive.

6.2.2.2 Système de savoir MA : source de pouvoir et stratégies de protection

Les professionnels de la santé, beaucoup plus nombreux que les Aînés et guérisseurs, apprennent leur métier dans des institutions qui assurent une uniformité des compétences à maîtriser. Plusieurs raisons incitent les personnes à choisir de travailler dans le Nord : désir d'aider les populations locales, difficultés d'adaptation aux codes sociaux du Sud, désir de développer une autonomie professionnelle, celui de mettre en valeur ses compétences infirmières, un intérêt pour la découverte d'autres cultures et désir de faire de l'argent (Talbot et Roy, 2015). Ils travaillent dans les organisations de santé publiques ou privées. Ils offrent leurs services aux gens qui viennent les consulter. Certains services sont couverts par le RAMQ et d'autres nécessitent que le patient paye. Les professionnels de la santé, notamment les médecins, possèdent le savoir pour déterminer quel traitement utiliser. Le traitement peut être appliqué par le professionnel de la santé ou un autre intervenant. Il existe différentes professions qui ont chacune leur champ de pratique et leur spécialité. Des

organisations professionnelles existent pour en assurer la régulation, telles que les ordres et associations professionnels.

Comment le savoir de la MA est construit?

La MA est fondée sur les principes de l'objectivité, du positivisme, de la rationalité et de l'universalité. Une caractéristique importante du savoir de la MA est son abstraction qui est ensuite formalisée à travers des organisations (éducation, ordres professionnels et associations professionnelles). La MA est dominante dans le système de soins actuel et la pratique des professionnels de la santé se base sur le savoir académique alimenté par la recherche scientifique qui développe et maintient l'abstraction de celui-ci. Les chercheurs produisent et ajoutent de nouveaux éléments au savoir de la MA. Le savoir de la MA est maîtrisé par les professionnels de la santé et s'applique dans les organisations de santé. Le pouvoir expert des professionnels de la santé est en tension avec le pouvoir managérial détenu par les administrateurs en santé.

Quels sont les mécanismes de légitimité du savoir de la MA?

Les professions de la MA maintiennent leur juridiction par une structure basée sur une recherche scientifique maîtrisée par une élite. La structure des professions de la MA peut être illustrée par les organisations qui gèrent les examens, les enregistrements de permis de pratique, les comités disciplinaires, les accréditations, les codes d'éthique et de déontologie. Cette structure garantit que les modes de pratique soient uniformes, rationnels et scientifiques et que l'exécution des actes se fasse adéquatement dans le but d'assurer une qualité des soins. L'université, siège de la production de savoir dans les sociétés modernes, déploie des mécanismes pour démontrer l'efficacité du travail professionnel afin de maintenir la légitimité des professions de la MA.

Quels sont les mécanismes employés par les professionnels de la santé pour maintenir ou occuper une juridiction?

L'utilité des ordres professionnels dans ce contexte est de maintenir une image publique claire des juridictions des professions favorisant celles de la MA, ce qu'Abbott (1988) nomme

la manipulation des médias. Pour cela, les professions de la MA cherchent à protéger leur juridiction en argumentant, avec la perspective de leurs valeurs que les Aînés et les guérisseurs doivent démontrer de la rigueur, clarté et logique scientifique dans le travail professionnel, ce qui représente les règles des professions de la MA (p.54). Ceci permet de **maintenir un monopole de la MA par la protection du savoir**. Les professions de la MA ont recours à la théorie plutôt que la pratique (ce que les guérisseurs peuvent apporter de concret), parce qu'ils ont le contrôle sur la théorie et c'est ce qui maintient leur position dominante dans le système des professions. Le savoir académique est légitimé dans une société qui met de l'avant les valeurs culturelles de la rationalité, la science et la logique.

La structure de la MA notamment les ordres professionnels, ne reconnaît pas le savoir de la MT comme un savoir académique, basé sur des données probantes. Elle cherche à protéger le savoir de la MA **par l'exclusion des autres formes de savoir**. Par ailleurs, l'inférence utilisée par les guérisseurs ne leur est pas divulguée, ils ne comprennent donc pas avec la perspective académique comment le système de savoir des guérisseurs associe un diagnostic au traitement. Comme Abbott (1988) le souligne, trop d'inférence donne l'impression que c'est basé sur des jugements personnels, ce qui rend les guérisseurs vulnérables aux critiques par les professionnels de la MA. Ainsi, les professions de la MA pointent le risque de moindre qualité et de sécurité des soins offerts par les guérisseurs selon leurs normes établies. Les professionnels de la santé se conforment à une pratique rattachée à la formation et aux règles de bonnes pratiques enseignées. Les professions de la MA maintiennent une frontière avec ceux qui ne détiennent pas ce savoir académique.

Les savoirs de la MT ne sont pas tous reconnus et validés par la science, ce qui crée un déséquilibre de pouvoir dans les relations entre les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé. Le savoir des deux médecines est légitimé par des mécanismes qui présentent des similarités (études de cas et essai-erreur) et des différences (légitimité basée sur la recherche scientifique, les articles et les ouvrages écrits). En Amérique, la médecine avait adopté dans ses débuts une approche par essai-erreur. La légitimité scientifique a pris le dessus sur l'expérience clinique personnelle avec la valorisation de la notion d'efficacité.

D'ailleurs, les deux médecines ont un code de déontologie pour une pratique éthique, permettant de protéger les patients situés dans une relation de pouvoir déséquilibrée par rapport aux producteurs de soins. L'une des deux médecines est assurée par une organisation qui surveille les déviances et s'assure du respect des normes établies par l'ensemble des professionnels de la santé et l'autre se base notamment sur les valeurs des Aînés et guérisseurs.

Malgré les différences entre les deux systèmes de savoir, des producteurs de soins réussissent à se rapprocher dans le but commun d'améliorer la santé des individus et dans un cas à l'étude de soutenir leur trajectoire de soins. La compréhension des dynamiques de rencontre entre les deux médecines passe également par les parties prenantes qui portent ce savoir.

6.2.2.3 Dynamiques de savoir : rencontre de deux systèmes – jeux des parties prenantes (stratégies et défis)

Pour Abbott (1988), la juridiction est exclusive et partagée aux frontières pour certaines professions, c'est-à-dire qu'une profession ne peut occuper une juridiction que lorsqu'elle n'est pas occupée et qu'elle met en œuvre des actions pour l'occuper. Néanmoins, dans les communautés, le manque de ressources amène une augmentation de l'étendue de la juridiction des professionnels par rapport à ceux qui œuvrent dans le Sud, de manière légale et réglementée. Les producteurs de soins constituent une partie du système des professions. Si les guérisseurs entrent dans le système des professions, leur contribution étend les frontières de la juridiction notamment sur la dimension spirituelle. Nos résultats mettent en évidence que dans les deux communautés à l'étude, les parties prenantes emploient des stratégies qui rendent possible la gestion du rapprochement des deux systèmes de savoir. Dans cette section, nous allons présenter les stratégies employées aux frontières de la juridiction ainsi que les défis qui ont été surmontés.

Stratégies de rapprochement aux frontières de la juridiction entre les guérisseurs et les professionnels de santé : qu'est-ce qui favorise ce rapprochement?

Nous observons plusieurs stratégies qui favorisent le rapprochement des guérisseurs et des professionnels de la santé que ce soient au niveau des parties prenantes (catalyseurs, traducteurs), des artéfacts, des mécanismes de coordination, des espaces propices au rapprochement ou des problématiques partagées. Elles seront présentées plus en détail ci-suit :

Le savoir de la MT a été peu étudié dans le contexte de la recherche académique, ce qui représente une zone d'incertitude. Nos résultats montrent que des **parties prenantes catalyseurs** tels que les chercheurs l'ont vu comme une opportunité. Les chercheurs ont une position privilégiée dans la production du contenu scientifique et peuvent soutenir le rapprochement des deux systèmes de savoir. Par exemple, des chercheurs se tournent vers le savoir autochtone pour trouver par exemple de nouvelles molécules⁷². Aussi, la participation à la recherche est une manière de créer des points de rapprochement entre les deux professions, manière de se connaître et de pouvoir enclencher un dialogue avec l'autre.

Dans le cas de Mistissini, par le projet sur les plantes antidiabétiques, les chercheurs qui maîtrisent le savoir de la MA ont créé un rapprochement entre les Aînés, les guérisseurs et les professionnels de la santé pour favoriser les échanges de savoir. Ils ont la capacité de produire du contenu scientifique pour traduire le savoir de la MT dans le langage compréhensible par le monde de la MA. Pour y arriver, la connaissance de l'autre et l'établissement d'une relation de confiance tant entre les chercheurs et les Aînés que les professionnels de la santé et les Aînés ont été essentiels. La relation de confiance passait entre autres par un respect du savoir autochtone et une implication des Aînés et guérisseurs comme partenaires au projet de recherche. Les chercheurs ont joué le rôle de catalyseur des savoirs. Alors qu'à Mashteuiatsh, les projets de recherche visaient davantage à documenter

⁷² À titre d'exemple, l'if du Canada a contribué à découvrir une molécule jouant un rôle dans le traitement de certains types de cancer.

les plantes médicinales pour promouvoir le patrimoine culturel Innu. Il n'y a pas eu de parties prenantes qui ont joué ce rôle de catalyseur entre les deux systèmes de savoir.

Il s'agit d'un rapprochement du système de transmission à l'écrit et à l'oral. Les mécanismes de transmission du savoir de la MT se transforment et s'adaptent pour leur permettre de le préserver. Les conditions pour réaliser un livre doivent respecter les standards et valeurs des Aînés et guérisseurs. Un travail étroit et des relations de confiance entre les porteurs de projet du livre et les Aînés doivent être mis en place. Dans les deux communautés, des **documents écrits sur les plantes médicinales** existent (artéfacts). Les plantes médicinales semblent être des outils qui rapprochent les deux médecines. En effet, les molécules des plantes médicinales se trouvent synthétisées dans des traitements de la MA. Néanmoins, nous observons que les enseignements des Aînés et guérisseurs ne sont pas ou peu inscrits dans ces documents. Le défi est de documenter un savoir unique à chacun qui était transmis par compagnonnage dans un contexte où les principes de l'universalité sont dominants.

Nos résultats montrent que pour réduire l'écart culturel dans les services de santé et ainsi tendre vers les frontières entre les deux systèmes de savoir, il est utile de recruter des **employés autochtones dans les organisations de santé; ils deviennent des personnes-relais**. En effet, ils ont le rôle de rendre intelligible la communication entre les professionnels de la santé et les patients. Son application diffère d'une communauté à l'autre. À Mashteuiatsh, le recrutement des employés d'origine autochtone est favorisé dans les organisations. À Mistissini, un poste est dédié à ce rôle de relais, les CHR.

Certains Aînés souhaitent se soigner avec la MT. Comme il n'existe pas d'encadrement quant à l'offre de la MT, il s'agit d'une zone d'incertitude perçue comme une opportunité par les parties prenantes traductrices. Nos résultats montrent qu'un acteur possédant la maîtrise des deux savoirs peut soutenir le rapprochement des deux systèmes de savoir. En effet, il a les ressources pour comprendre les deux mondes sans avoir à passer par un intermédiaire. On l'appelle **la partie prenante traductrice-coordonnatrice**, celui qui détient la maîtrise des deux systèmes de savoir.

Dans le cas de Mistissini, l'infirmière dans ce rôle dispose de ressources pertinentes qui lui permettent de soutenir le patient dans ses capacités à franchir les barrières d'accès aux soins qui répondent à ses besoins et valeurs. Sa pratique aux frontières des deux médecines se construit à partir des savoirs découlant de sa formation d'infirmière et des savoirs de la MT. Les savoirs qu'elle porte permettent de créer et de renforcer un pont entre les deux médecines. Toutefois, le manque de reconnaissance du savoir de la MT s'exprime sous la forme d'incompréhension ou de remise en question par les professionnels de la santé. Ceci peut créer chez l'infirmière aux frontières des médecines un inconfort dans sa pratique. La pratique des professionnels de la santé dans un contexte socioculturel diversifié nécessite une alliance et un agencement des savoirs. Nos résultats montrent que le rôle de cette infirmière aux frontières des deux médecines dévie du rôle habituellement attendu et confronte le modèle de la MA auquel elle a été socialisée dans sa formation. Face aux stratégies de type défensif adoptées par ses collègues, elle voit une opportunité d'employer une stratégie de type offensif pour amener un changement : capitaliser sur sa maîtrise des deux médecines pour traduire la culture autochtone. Au sens de Callon et Latour, elle rend intelligibles les éléments de chacun des systèmes afin d'amener une compréhension entre ceux-ci (Callon, 2013). Elle soutient le choix du patient d'utiliser la MT, ainsi que la pratique de la MT en assurant le suivi infirmier. On peut se demander si le projet sur les plantes antidiabétiques n'aurait pas créé un environnement favorable à l'émergence d'un tel rôle de traducteur-coordonnateur, par la reconnaissance du savoir sur les plantes médicinales dans le système allopathique et par la collaboration établie entre les Aînés, les professionnels de la santé et les chercheurs.

Nos résultats montrent que dans un contexte différent, la partie prenante traductrice peut aller plus loin que la traduction dans ses actions. Hors des règles organisationnelles établies, cette partie prenante peut créer des partenariats avec des professionnels de la santé et des détenteurs de savoir en MT pour offrir les services de MT. Ces différentes professions collaborent autour d'un travail ayant un objectif commun de soigner les gens, au-delà d'une clientèle commune. Cette stratégie s'inscrit dans un contexte où certains professionnels de la

santé travaillant dans le Nord ont une prédisposition d'ouverture à l'autre. Ils peuvent respecter le choix des patients et leur donner un espace de liberté. Nos résultats montrent qu'ils sont ouverts à la MT, mais ils ont de la difficulté à adapter un autre système de savoir à leur pratique. En effet, la connaissance de l'autre système est préliminaire aux relations entre les deux systèmes de savoir. Le système de savoir de la MT n'est généralement pas bien connu des professionnels de la santé. À Mistissini, l'infirmière crée des relations avec des parties prenantes stratégiques au sein de l'organisation afin de répondre aux besoins des Aînés (patients). Elle s'allie avec un médecin (qui porte un intérêt fort envers la MT) et un détenteur de savoir en MT (qui a une expertise reconnue par les pairs). Elle fait la liaison entre ces deux systèmes de savoir et entretient les liens entre les professionnels de la santé et les patients. Il s'avère indispensable de réfléchir sur la légitimité des savoirs pour poursuivre le développement d'une dynamique d'interaction aux frontières de deux médecines.

Le cas de l'infirmière aux frontières des deux médecines permet de voir la gestion aux frontières des deux savoirs : celui défendu par les parties prenantes qui protègent la MA et celui défendu par ceux qui revendiquent la reconnaissance de la MT. Son rôle aux frontières des deux médecines contribue à rapprocher les deux médecines par le soutien et le respect du choix du patient. Le cas de la partie prenante coordonnatrice assure un rôle clé dans le suivi et la communication. Il s'agit d'un mécanisme utilisé également ailleurs que dans cette communauté tel qu'au Manitoulin avec l'infirmière herboriste (Manitowabi et Shawande, 2013), au Nunavik avec les sages-femmes traditionnelles⁷³ (Skye, 2010) ou en Alaska avec les docteurs tribaux⁷⁴ (Freeman, Morgan et Farquhar, 2001).

⁷³ Les sages-femmes traditionnelles exerçant au Nunavik ont une formation les autorisant à pratiquer dans cette région.

⁷⁴ Les docteurs tribaux sont des guérisseurs reconnus qui consentent à respecter règles, réglementations, certification ou exigences d'agrément venant d'un environnement allopathique ou de médecine intégrative (Freeman, Morgan et Farquhar, 2001).

Toutefois, le contexte organisationnel n'est pas d'emblée favorable (discuté dans la prochaine section 7.3). Les actions de la partie prenante traductrice-coordonnatrice ne sont pas nécessairement appuyées par les administrateurs. Ces derniers maîtrisent les règles organisationnelles et ont un pouvoir sur la pratique des professionnels de la santé. En effet, dans le cas de Mistissini, l'infirmière n'a pas l'approbation de ses supérieurs. Cette barrière peut être rattachée à un respect des règles de l'organisation et à des croyances personnelles défavorables quant à la présence de la MT dans les institutions.

Les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé n'ont pas de règles de coordination, mais ils peuvent toutefois user de **mécanismes de coordination** comme le protocole de soins, les notes au dossier, l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas pour coordonner le fonctionnement des deux systèmes de savoir. Ces mécanismes permettent de coordonner la combinaison du savoir de la MT et de la MA mais le défi est que la ressource humaine doit maîtriser les deux systèmes de savoir et avoir une relation de confiance avec les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé. À titre d'exemple, dans le cas de Mistissini, avoir une partie prenante traductrice-coordonnatrice a permis de documenter les médecines traditionnelles dans les notes au dossier. Le dossier médical, outil de communication entre les professionnels de la santé, peut également servir de pont de rapprochement entre les deux systèmes de savoir. Il s'agit également d'une ressource symbolique qui permet d'inscrire littéralement la MT dans le champ de la MA.

Dans certains services de santé, les aspects spirituel, mental et émotionnel ne sont pas bien pris en charge par le système de santé MA. Ce sont des zones vulnérables aux revendications de juridiction en raison de plusieurs variables. En effet, le traitement proposé par les professions de la MA ne prend pas ou peu en compte les dimensions spirituelle, mentale et émotionnelle. Les résultats du traitement sont difficiles à mesurer, les problématiques enracinées dans la culture ne font pas partie de la liste des tâches principales des professions de la MA. Il s'agit des **espaces regroupant des problématiques « périphériques/résiduelles »** (Abbott, 1988), des espaces où les patients ne tolèrent plus la non-considération des autres aspects de l'humain dans les traitements offerts par la MA et se tournent vers d'autres

producteurs de soins tels que les Aînés et guérisseurs (Abbott, 1988). Ce sont des problèmes qui ne demandent pas une efficacité technique mais où la personnalité des Aînés et guérisseurs joue un rôle important. Ceci crée une zone d'incertitude où les Aînés et guérisseurs revendiquent ces espaces juridictionnels : spiritualité, mental et émotionnel. Ces aspects permettent d'étendre le champ de la santé. À titre d'exemple, chez les membres de la communauté Crie, le projet de sage-femme (santé maternelle et infantile) et la santé mentale (projet de guérison axée sur la terre) sont les zones dans lesquelles les Aînés et les guérisseurs ont perçu une opportunité d'action. En Colombie Britannique, la santé mentale, les problèmes de dépendance, la santé des jeunes et Aînés semblent être des espaces qui permettent une plus grande facilité de combiner les deux médecines (First Nations Health Society, 2010). En effet, Ning (2013) constate que les domaines de la psychologie en MA semblent plus ouverts aux autres philosophies de soins, puisque dans leur pratique même, ils incorporent des éléments culturellement adaptés aux réalités des patients. Elle donne l'exemple du Centre de dépendance et santé mentale à Toronto qui prend en compte les pratiques de MT dans leurs interventions thérapeutiques. On constate que les centres de santé intégrant les deux médecines au Canada sont rattachés principalement à la santé mentale (le centre de santé sur l'île Manitoulin (Manitowabi et Shawande, 2013)) et les centres de réadaptation financés par Santé Canada) et à la santé maternelle (les centres de maternité au Nunavut et Nunavik (Skye, 2010)). Par ailleurs, les juridictions autour du contrôle de la santé d'une personne peuvent être partagées, en particulier autour de problématiques mineures et non urgentes tels que la toux et l'érythème fessier, ainsi que des problématiques de santé complexe telles que le diabète et le cancer. Ces problématiques ne sont pas monopolisées par les professionnels de la santé. Ces derniers tentent de ne pas le mettre de l'avant sur la scène publique, mais ceci renforce l'image que les Aînés et les guérisseurs ont une place dans la juridiction de la santé.

Pour bien comprendre les revendications de juridictions, il est important d'examiner ces dynamiques de savoir à l'intérieur du contexte organisationnel dans lequel elles s'inscrivent. Dans les milieux de travail, les frontières entre les juridictions sont floues, il y a une forme de

transfert de connaissance entre les producteurs de soins. Cet espace est moins bien défini par les règles. Les parties prenantes ont alors une marge de manœuvre permettant la rencontre avec un autre système de savoir. Cette rencontre entre les deux systèmes de savoir est discutée au prochain point.

6.3. Système d'action concret : Organisation de santé dans laquelle se développe les stratégies des parties prenantes aux frontières des juridictions

Le centre de santé est contraint par une structure et des règles visant à ordonner et à coordonner les relations de pouvoir entre les parties prenantes. Il s'agit d'une organisation professionnelle où le pouvoir est décentralisé aux producteurs de soins (Mintzberg, 2004), qui est la partie clé de l'organisation de santé. C'est un espace où les frontières entre les professions sont plus floues pour arriver à soigner le patient. Les savoirs des différentes professions dans la pratique s'imprègnent les uns aux autres. Ce n'est plus le statut qui compte mais le résultat de santé dont va bénéficier le patient. Par exemple, tant que le traitement traditionnel fait du bien et ne nuit pas à sa santé, nos résultats montrent que les professionnels de la santé ne s'y opposent pas nécessairement. C'est dans cet espace que peut émerger des formes de pratique combinant les deux médecines.

Le fonctionnement logistique et administratif du centre de santé est sous la juridiction des administrateurs de la santé qui sont responsables entre autres de soutenir le travail des professionnels de la santé. Ils ont majoritairement une formation initiale dans une profession en santé et ne maîtrisent pas forcément le savoir sur la MT. Les administrateurs ont un rôle de relais assurant les courroies d'information entre l'organisation et l'environnement plus large que la communauté. Les administrateurs mettent en place des règles qui régissent et structurent les relations entre les parties prenantes. Ils ne contrôlent pas ce qui se passe sur le terrain entre les producteurs de soins. Néanmoins ils ont la capacité de créer des espaces afin de favoriser l'émergence de la combinaison tels que par l'aménagement d'une salle de la MT dans le centre de santé. Les gestionnaires semblent donc avoir un désir d'avoir une

pratique de la MT dans le centre de santé. Toutefois, nos résultats montrent que le leadership de la direction n'est pas suffisant s'il n'y a pas une mobilisation des parties prenantes maîtrisant le savoir de la MT ou MA pour porter le projet. Dans les deux cas à l'étude, il y a une vision de la direction de vouloir combiner les deux médecines qui s'est traduite par la mise en place d'un espace dédié à la MT. Mais l'opérationnalisation de celle-ci n'a pas abouti. L'aménagement d'une infrastructure n'implique pas nécessairement une utilisation de celle-ci par les Aînés et guérisseurs pour pratiquer la MT. Par ailleurs, on constate que malgré ces efforts de type structurel (photographie de plantes médicinales, arts autochtones...), les membres de la communauté n'ont pas noté cette combinaison. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas été engagés dans ce processus. L'absence de porteur de projet ainsi que de lignes directrices sur le partage des rôles et responsabilités des diverses parties prenantes ont pu avoir une influence sur l'utilisation de ces locaux. On peut se demander si la salle non adaptée culturellement et non utilisée reflète une méconnaissance des pratiques des médecines traditionnelles par les gestionnaires ou encore s'il y a eu un questionnement sur l'utilisation réelle des locaux lors de la conceptualisation. En partant de cet exemple des locaux de MT, ceci nous amène à réfléchir sur les questions de partage des rôles et responsabilités dans le centre de santé. Pendant le travail de terrain, aucun document ou protocole de soins indiquant un partage des tâches entre les producteurs de la MT et de la MA n'existait. Mais, nous observons que ce sujet fait partie des discussions en cours chez les Cris pour le projet avec les sages-femmes. On constate qu'une fois que les participants ont appris l'existence de ces locaux, ils ont proposé la stratégie de les utiliser pour la MT.

Quand les Aînés et les guérisseurs veulent pratiquer dans le centre de santé, ils se confrontent à plusieurs obstacles au niveau des règles administratives telles que l'entreposage de plantes médicinales dans le centre de santé refusé pour des raisons de salubrité du bâtiment. Néanmoins, nous observons à Mashteuiatsh que les acteurs ont entreposé des plantes médicinales à l'extérieur du centre de santé. Nos résultats montrent qu'il existe des solutions qui respectent les règles administratives et les réalités culturelles.

Par exemple nous avons observé que la nourriture traditionnelle est offerte dans l'hôpital de Chisasibi ou que le système d'aération a été adapté pour les cérémonies de purification lors d'une visite à l'Université de Saskatchewan.

Par ailleurs, à Mistissini nous observons moins cette contrainte puisque les Aînés et les guérisseurs n'ont pas tenté de pratiquer dans l'enceinte du centre de santé. Nos résultats montrent que la rencontre entre les producteurs de soins se déroule à l'extérieur du centre de santé, en dehors des contraintes organisationnelles. Par exemple, nous constatons que les dynamiques d'interaction entre la partie prenante traductrice-coordonnatrice et ses collaborateurs dans la MT et dans la MA sont possibles au domicile des gens et non au centre de santé. Il s'agit aussi du lieu où se pratique généralement la MT dans la communauté.

6.4 Facteurs du contexte systémique

Les Aînés, guérisseurs et les professionnels de la santé créent eux-mêmes leur pratique combinée selon les ressources dont ils disposent. Par contre, les ressources des producteurs de soins diffèrent d'une communauté à l'autre. Les effets systémiques interdépendants permettent de mieux comprendre la rationalité et les ressources dont disposent les parties prenantes. Cette section présente donc l'influence du contexte systémique au cours d'une combinaison de la MT et de la MA qui produit des règles qui influencent les dynamiques d'interaction entre les Aînés, guérisseurs et professionnels de la santé. Il s'agit de présenter plusieurs facteurs externes qui peuvent ébranler le positionnement des professions dans le système que ce soit par son contrôle des aspects légaux et réglementaires, politiques, etc.

Au niveau de la **santé**, on observe une volonté et une fierté des populations autochtones d'affirmer leur identité culturelle (Secrétariat aux affaires autochtones, 2017) intimement reliée au territoire. Ceci peut se traduire dans les efforts mis pour avoir des services de santé culturellement adaptés mais aussi dans les autres sphères de la communauté telles que dans la politique et la législation. Il y a également l'intention d'enseigner aux professionnels de la santé ce qu'est la culture et la MT pour la communauté, ainsi que de diminuer les préjugés sur la MT véhiculés dans le réseau de la santé. De plus, les patients souhaitent participer plus

activement dans les décisions rattachées à leurs soins de santé. D'un autre côté, dans le contexte de la santé un désir de tendre vers une approche de soins globale centrée sur le patient est notée (Bergevin et al., 2016). La relation du patient avec les professionnels de la santé qui autrefois était orientée vers une relation majoritairement paternaliste se modifie pour une approche engageant davantage le patient.

Au niveau **légal**, l'ordre professionnel exerce sur l'ensemble des professionnels de la santé une régulation pour contrôler la pratique professionnelle et a une influence sur la relation de ceux-ci avec les Aînés et guérisseurs. En effet, les professionnels de la santé ne peuvent pas recommander ou mettre en pratique le savoir en MT pour des enjeux de sécurité et qualité des soins dictés par leur code de déontologie. L'ordre professionnel émet certaines règles pour protéger le public telles que l'importance d'une pratique appuyée par des données probantes. Le savoir en médecine traditionnelle est généralement légitimé par d'autres méthodes que la recherche scientifique. Toutefois, il existe des données probantes sur l'efficacité des plantes médicinales notamment chez les Cris. Nous constatons que les lois et les ordres professionnels ne régulent pas la pratique de la MT dans le système de santé, il s'agit d'une zone d'incertitude dans la rencontre des deux médecines qui permet l'émergence de pratique combinée comme discuté ci-haut. Nous observons qu'à Mistissini, les Cris se sont dotés de la capacité légale de créer des lois et pas uniquement des règlements, par l'entente sur la gouvernance, et ils sont en processus d'obtenir un amendement à la Loi S5 pour légaliser les pratiques de MT.

Par ailleurs, la présence d'une organisation attitrée à la sauvegarde et à la transmission du savoir qui ne dépend pas de l'intérêt de personnes individuelles est un atout. Par exemple Mistissini bénéficie de la présence d'un Conseil Cri Régional de la santé avec le département Nishiiyuu Miyupimaatisiin. Cette structure permet notamment de préserver la culture, la langue et l'accès au territoire. Ces derniers sont tous des éléments importants dans la transmission du savoir. Une sauvegarde de ce savoir est intimement liée à une reconnaissance de celui-ci et des Aînés et guérisseurs dans la communauté. Alors que dans le cas de la communauté de Mashteuiatsh, nous observons de plus grands défis quant à la

barrière de la langue et l'accès au territoire. Ils se sont dotés de documents tels que la politique d'affirmation culturelle pour montrer leur intérêt de protéger leur patrimoine culturel et témoigner de la fierté d'être Innu.

Au niveau **politique et économique**, les administrateurs de la santé ont aussi un rôle de relais assurant les courroies d'information entre le centre de santé et l'environnement. À Mashteuiatsh, ils négocient directement avec le ministère alors qu'à Mistissini et dans les autres communautés Cris, ils acceptent de se faire représenter par le CCSSSBJ, une instance régionale, auprès des ministères tout en demeurant protégés des pressions extérieures. Le CCSSSBJ maintient son pouvoir avec la grande représentativité des neuf communautés unies ensemble, ce qui constitue un plus grand levier d'action. Cette alliance entre les neuf communautés permet d'assurer une prospérité et une croissance intéressante aux Cris. Nos résultats montrent que dans un cas où le leadership politique est important par le nombre de membres et de communautés, ceci crée une plus grande capacité d'action et de négociation, ainsi plus de ressources pour atteindre leurs objectifs.

Le gouvernement canadien reconnaît de plus en plus les pratiques de guérison mais les moyens et les ressources ne suivent pas nécessairement. À titre d'exemple, Robbins et Dewar (2011) ont étudié la Fondation autochtone de guérison, qui pourtant avait suggéré des recommandations pertinentes, mais la mise en action n'a pas suivi. Néanmoins, le gouvernement du Canada finance des projets qui permettent la combinaison des deux médecines notamment le centre de réadaptation de Wapan à La Tuque. Toutefois, ce financement n'inclut pas forcément les projets des communautés au niveau local. Par ailleurs, les gouvernements canadiens et québécois allouent un budget pour des programmes de santé et de services sociaux spécifiques qui n'incluent pas la MT; avoir le pouvoir de décider de l'allocation des ressources financières selon leurs besoins particuliers est important pour l'émergence d'initiatives soutenant le savoir et la pratique de la médecine traditionnelle. En effet, dans une des communautés, pour soutenir des initiatives rattachées à la MT, les fonds peuvent provenir de revenus autonomes, sinon l'organisme doit faire lui-même les demandes de subventions gouvernementales. Tandis que dans l'autre

communauté, des compensations financières découlant de la signature de la CBJNQ permettent une plus grande flexibilité dans le financement des projets rattachés notamment à la MT. Cette flexibilité dans la gestion des fonds peut influencer la pérennité des initiatives. On observe que chez les Inus, l'Association du Parc Sacré, une OBNL offrant un accès aux plantes médicinales, doit chercher des subventions régulièrement pour financer les activités. Quant aux Cris, le Murray's lodge, une structure offrant également un accès à la MT, est soutenu financièrement par le conseil de bande qui y assure aussi la gestion des ressources humaines.

Au niveau **socioculturel**, nous observons des différences entre les deux communautés. L'accès à la communauté par les routes et l'urbanisation sont arrivés plus tôt chez les Inus que les Cris. L'hétérogénéité du tissu social est grande chez les Inus. Près de 50% de la population à Mashteuiatsh est hors réserve, c'est-à-dire ne vit pas dans la communauté. De plus, la proportion des Inus qui parlent le nehlueun est faible. Sur le terrain, on observe que les Inus de Mashteuiatsh ont la caractéristique de parler très peu leur langue. Alors que chez les Cris, la majorité des Cris vivent dans la communauté et parlent encore couramment le Cri. Or comme l'ont présenté Robbins et Dewar (2011), le territoire et la langue sont intimement liés avec la reconnaissance et la transmission du savoir parmi les membres d'une communauté. La pérennité des ressources naturelles est ancrée dans les valeurs, les communautés cherchent à trouver un équilibre entre prendre seulement ce dont ils ont besoin et préserver le territoire.

Finalement, le patient a la possibilité de choisir la médecine qui lui convient parce qu'il se situe dans un contexte légal, politique et socioculturel qui offre des conditions lui permettant d'avoir une marge de manœuvre pour choisir. Il peut être soutenu ou non selon les ressources pertinentes dont disposent les producteurs de soins dans le contexte organisationnel.

6.5 Contributions de la recherche

6.5.1 Contributions théoriques

Cette recherche alimentée par un travail de terrain contribue à enrichir le cadre conceptuel basé sur le système des professions d'Abbott (1988) et l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1987). L'amalgame de ces deux théories est original pour comprendre les dynamiques d'interaction entre les parties prenantes, leurs jeux de pouvoir et les conditions de leur collaboration ou non qui permettent la combinaison de la MT et la MA. Le point clé d'arrimage entre ces deux théories est le savoir rattaché à la compétence. Le savoir est considéré comme une source de pouvoir chez Crozier et Friedberg (1987) et comme une unité d'analyse fondamentale chez Abbott (1988). L'utilisation de ces deux théories permet de reconnaître que fondamentalement les dynamiques d'interaction s'analysent par la légitimation des savoirs des producteurs de soins.

Par ailleurs, l'originalité de cette étude repose aussi sur le fait que le système des professions d'Abbott (1988) a été peu utilisé pour étudier un savoir non professionnalisé tel que celui des détenteurs de savoir en MT. Le savoir en MT remplit bien les fonctions d'un savoir abstrait tel que défini par Abbott (1988) : former la relève, être socialisé aux valeurs culturelles et permettre de produire de nouveaux savoirs. Par ailleurs, les travaux de Carvalho et Santiago (2016) soulignent que le focus des théories dans la sociologie des professions dont celle d'Abbott (1988) n'est plus le savoir purement académique mais l'inclusion d'autres formes de savoir tel que le savoir tacite. Un savoir tacite est un savoir ancré dans un environnement spécifique acquis par l'expérience pratique qui est un processus d'apprentissage en continu (Nonaka, 1994). Le savoir tacite est au cœur de la production de nouveaux savoirs. En effet les Aînés et guérisseurs possèdent un savoir majoritairement sous une forme tacite peu explicité. L'apprentissage des Aînés et guérisseurs se fait par le compagnonnage, ils partagent avec les apprentis non seulement leur savoir et leur expérience mais aussi leur vision du monde et leur schème mental. Un processus transformant un savoir tacite en savoir explicite, au sens défini par Nonaka (1994), est un processus de socialisation. Ce dernier comporte une

grande limite, soit l'applicabilité à d'autres contextes. Nonaka (1994) montre qu'il est possible de transformer un savoir tacite en savoir explicite. Ceci se réalise par des dialogues successifs qui révèlent le savoir tacite (processus d'externalisation) (Nonaka, 1994). Les livres sur les plantes médicinales en sont des illustrations. Cette externalisation du savoir tacite permet qu'il ne soit plus d'ordre personnel et d'étendre celui-ci par des dynamiques d'interaction. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1987) et le système des professions d'Abbott (1988) permettent donc d'identifier les facteurs facilitants et les freins au processus de combinaison de la MT et de la MA et d'apporter un regard nouveau sur le rôle et la place des producteurs en MT dans le système de santé.

Suite à cette recherche, certaines dimensions systémiques pourraient être ajoutées au cadre conceptuel notamment : spirituelle, historique (coloniale), linguistique et environnementale. En effet, ces dimensions revêtent une grande importance dans la conception de la santé holistique et de la guérison dans les communautés autochtones à l'étude. De plus, la co-construction du savoir entre les deux médecines peut être représentée par la spirale de la création dynamique du savoir entre les modes de savoir (socialisation, combinaison, externalisation et internalisation), s'agrandissant à mesure que plus de parties prenantes et d'organisations s'y engagent (Nonaka, 1994). Par ailleurs, représenter la personne à l'intersection des deux médecines et au centre du cadre conceptuel est important pour reconnaître l'origine des besoins à répondre et sa capacité d'action dans le processus de combinaison de la MT et de la MA. Vous trouvez les changements mentionnés dans la figure 15.

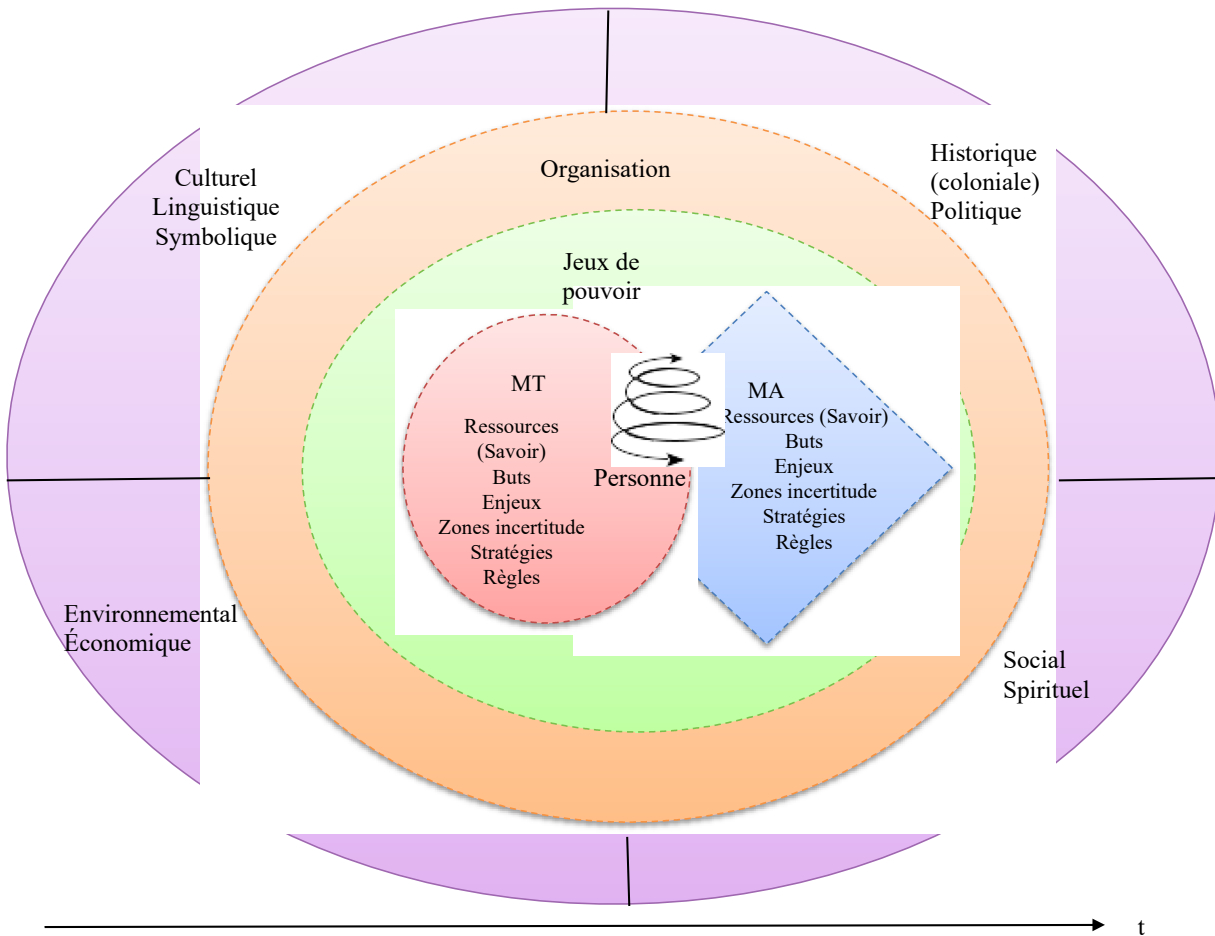


Figure 15. – Contexte d’action et dynamique d’interactions entre les parties prenantes qui participent à la conception, au développement et à la planification d’un projet de combinaison de la MT et de la MA (avec les changements proposés)

6.5.2 Contributions empiriques

Cette étude offre une compréhension de la conception, du développement et de la planification d’une offre de soins combinés dans deux communautés autochtones du Québec, ce qui n’a pas encore été comparé dans une perspective d’analyse stratégique. Elle peut apporter aux membres de la communauté, aux producteurs de soins en MT et en MA, ainsi qu’aux gestionnaires dans le système de santé une meilleure compréhension sur :

- les dynamiques d’interaction entre les différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de la combinaison de la MT et de la MA;

- les enjeux et les stratégies lors de la mise en œuvre d'une combinaison de la MT et de la MA;
- les facteurs facilitants et des freins à la mise en œuvre d'une combinaison de la MT et de la MA (présentés dans le tableau 9); et
- les stratégies qui peuvent permettre de gérer le rapprochement de deux systèmes de savoir (présentées dans le tableau 10).

Principaux facteurs facilitants la combinaison de la MT et de la MA:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture du système de la MA à la MT que ce soit tant de la direction du centre de santé que des professionnels de la santé. Ce n'est pas l'ensemble des professionnels de la santé qui connaissent la MT; - Ouverture de la MT à la MA; - Documentation écrite sur le savoir en MT; - Appui scientifique aux savoirs en MT; et - Éthique de la pratique des détenteurs du savoir en MT. |
|---|

Principaux freins à la combinaison de la MT et de la MA :
--

Organisationnel et structurel :
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement d'une structure physique sans porteur de projet sur l'utilisation de celle-ci; - Règlementations pensées dans une logique de MA; - Difficulté d'adaptation culturelle des services de santé; - Accès difficile au territoire; et - Peu d'espaces de communication entre les producteurs de soins MT et MA. |
|--|

<p>Bonnes pratiques de la MA telles que le code de déontologie et l'utilisation de données probantes sur la médecine traditionnelle sachant que la littérature sur l'efficacité de la médecine traditionnelle est limitée.</p>

Règlementation et organisation de la MT :

- la fragilité dans les droits des propriétés intellectuelles;
- l'absence de politiques dans l'encadrement de la pratique; et
- la difficulté à recruter des détenteurs du savoir en MT.

Tableau 9. – Les principaux facteurs et freins influençant une combinaison de la MT et de la MA

Stratégies dans la gestion du rapprochement de deux systèmes

- Parties prenantes catalyseurs : ils ont la capacité de produire du contenu pour traduire le savoir de la MT dans un langage compréhensible par la MA.
- Artéfacts : les documents écrits sur les plantes médicinales.
- Personnes-relais : elles ont la capacité de réduire l'écart culturel dans les services de santé en rendant la communication intelligible entre les producteurs de soins et le patient.
- Partie prenante traductrice-coordonnatrice : ils possèdent les ressources pour comprendre les deux systèmes de la MT et de la MA sans passer par un intermédiaire. Ils ont la capacité de renforcer les ponts et de créer des partenariats entre les producteurs de soins en MT et en MA.
- Mécanismes de coordination : les gestionnaires de cas, les protocoles de soins, etc.
- Espaces regroupant des problématiques «périphériques/résiduelles» : les espaces où le patient ne tolère plus la non-considération des autres aspects de sa personne. Il se dirige alors vers d'autres ressources comme la MT.

Tableau 10. – Les stratégies permettant de rapprocher les producteurs de soins MT et MA

Par ailleurs, lorsque les membres de la communauté, les Aînés, les guérisseurs, les professionnels et les administrateurs de la santé se sont assis ensemble pour discuter des résultats de la recherche (annexes 4 et 5). Cette rencontre a été enrichissante et de

nombreuses stratégies qui n'ont pas été mentionnées dans les entrevues individuelles en sont ressorties telles que :

- Promouvoir la MT et la culture : mettre l'accent sur les plantes médicinales dans les sorties en territoire en particulier avec les jeunes, réviser le curriculum des élèves pour intégrer davantage de savoir traditionnel, avoir des présentoirs lors des événements publics durant lesquels un Aîné parle de la MT et inclure une activité sur les plantes médicinales dans les activités organisées et identifier un coordonnateur pour diriger les patients vers les Aînés;
- Réapproprier le savoir traditionnel : identifier les Aînés et guérisseurs, élaborer un livret sur les plantes médicinales et développer un code d'éthique avec les Aînés selon ce qui est approprié;
- Établir une meilleure communication entre les différents groupes : réserver un moment pour partager les connaissances et travailler sur les stéréotypes présents dans les deux médecines;
- Développer les compétences culturelles : informer les professionnels de la santé sur les pratiques locales liées aux plantes médicinales, les encourager à participer aux activités de la communauté tel que les rassemblements traditionnels et éventuellement développer une formation culturelle obligatoire pour les professionnels de la santé;
- Créer des partenariats avec l'Association des trappeurs pour gérer les ressources naturelles comme les plantes médicinales; et
- Informer le réseau de santé élargi de la direction que prend la communauté par rapport à la MT.

On peut constater dans les ateliers de transfert de connaissances que les plans d'action, élaborés par les deux communautés, touchent principalement des stratégies rattachées au savoir traditionnel. Ce dernier permet de renforcer la juridiction des producteurs de soins en MT (Abbott, 1988) et d'avoir une reconnaissance collective de ce savoir notamment par la communauté, le réseau de la santé et des services sociaux, et sur le plan politique. Le savoir traditionnel et la culture sont importants dans l'affirmation de l'identité culturelle. Avec un tel plan d'action, il est envisageable que les dynamiques d'interaction entre les patients, les producteurs de soins en MT et MA et les administrateurs de la santé changent avec le temps, de même pour les modèles de soins. Pour ne nommer qu'un exemple, les participants ont

planifié d'occuper le local de MT ou la salle de cèdre pour la MT, qui jusqu'au moment de la recherche ne sont pas utilisés à cette fin.

À partir de cette étude, certaines recommandations pour la conception, le développement et la planification efficaces d'une meilleure combinaison de la MT et de la MA peuvent être émises :

a. La réappropriation, la protection et la transmission du savoir traditionnel sont essentiels dans un processus de combinaison de la MT et de la MA puisqu'il s'agit de la base pour la pratique de la MT.

b. L'ouverture et le respect mutuel des producteurs de soins en MT et en MA sont primordiaux afin de pouvoir partager leur expérience vécue pour mieux comprendre l'autre. Il s'agit d'amorcer la construction d'une perspective commune sur le sujet. Les résultats montrent qu'il existe peu d'espace de communication et de négociation entre eux. Ce qui est confirmé par les rencontres avec les communautés dans le cadre de la suite du projet de recherche durant lesquelles les producteurs de soins ont reconnu l'importance de pouvoir échanger et de connaître l'autre. En effet, la création d'espaces de communication entre les différentes parties prenantes est cruciale afin de permettre la connaissance, l'ouverture et l'acceptation de l'autre dans un processus empreint de respect, d'humilité et de confiance, ainsi que de reconnaître la multitude des savoirs, des manières de connaître et d'apprendre. Ce qui va dans la même lignée que les travaux sur l'espace éthique de l'engagement de Willie Ermine (2007) et les recommandations de Maar (2004) et Drost (2019), une combinaison doit passer par une collaboration respectueuse culturellement et par une approche multidisciplinaire. Dans l'étude de Maar et Shawande (2010), elles constatent que les interactions entre les producteurs de soins MT et MA jumelées à de la formation sur la culture autochtone ont permis aux producteurs de soins en MA d'adopter une approche holistique et culturellement sécuritaire.

c. Pour l'acceptation sociale d'un tel projet, il est recommandé que les membres de la communauté, les producteurs de soins et les gestionnaires soient mis à contribution dans

l'élaboration de toute politique et de toute pratique de combinaison. Dans la visée de co-construire, il faudrait un partenariat aux différentes étapes de la mise en œuvre, c'est-à-dire de la conception du projet jusqu'après son implantation et son évaluation. Ceci permettra de créer un projet ancré dans la communauté et répondant aux réels besoins de celle-ci. Tous les parties prenantes retirent des bénéfices d'une combinaison des deux médecines. Que ce soit le patient soutenu dans ses choix, les producteurs et les gestionnaires de soins dans la continuité, sécurité et qualité des soins. Ces recommandations vont dans le sens de celles de Drost (2019).

d. La mise en place d'un cadre de référence avec des procédures et protocoles clairs respectueux de la culture aident le travail des producteurs de soins dans une organisation de soins.

e. La reconnaissance politique de l'importance de la MT et plus largement de la culture facilite le processus de combinaison. Ceci implique aussi de reconnaître la place du territoire dans la santé physique, mentale, spirituelle et émotionnelle des autochtones. De plus, des ressources humaines, financières et logistiques doivent accompagner un tel changement.

Bien que loin d'être complète, la compréhension des dynamiques dans la mise en œuvre de la MT et de la MA peut être bonifiée par de futures recherches :

- Ciblant une autre communauté. La présente recherche s'est penchée sur deux communautés Cri et Innu. D'autres recherches pourraient s'intéresser à la transférabilité des résultats à d'autres communautés, voire d'autres nations au niveau provincial, national et international.
- Comparant les dynamiques d'interaction dans la mise en œuvre d'une combinaison de la MT et MA avec une qui est plus «mature».
- S'intéressant aux stratégies pour réussir une offre de soins combinant la MT et la MA. Dans cette recherche, on constate que des initiatives sont proposées par les participants, comme la pharmacie autochtone.
- S'intéressant aux variations dans les formes organisationnelles combinant la MT et la MA permettrait de mieux soutenir la trajectoire de soins du patient. Dans les écrits, le modèle du patient coordonnateur est présent mais les formes organisationnelles qui soutiennent la trajectoire de soins de celui-ci varient.

- Utilisant le cadre conceptuel pour analyser les dynamiques d'interaction dans la mise en œuvre d'une combinaison entre les médecines alternatives et complémentaires (ne se limitant pas à la MT) et la MA.

6.6 Limites

Il peut avoir un biais dans l'échantillonnage étant donné que celui-ci a été influencé par les personnes connues par l'agente de liaison culturelle, ainsi que l'intérêt des personnes à participer à ce projet. Il peut également avoir un biais par le travail fait avec les agentes de liaison culturelle. En effet, avoir recours à des agentes de liaison culturelle crée de la distance entre les chercheurs et les participants. De plus, les agents de liaison culturels, tout comme les chercheurs, ont leur propre subjectivité par leurs perspectives et leurs expériences, ce qui peut créer des biais (Hennink, 2008). Pour pallier le biais subjectif, Hennink (2008) suggère de faire preuve de transparence, de réflexivité et d'intégrer l'agent de liaison culturelle dans l'équipe de recherche. Une description détaillée des agentes de liaison culturelle (Méthodologie, section 3.4) a été partagée dans ce sens. Par ailleurs, des participants auraient pu être inconfortables de parler de certains sujets avec la présence d'une agente de liaison culturelle vivant dans la même communauté qu'eux.

Malgré le fait que le cadre théorique provient d'un champ de savoir majoritairement allopathique, plusieurs mécanismes sont mis en œuvre pour reconnaître le savoir autochtone :

- Adopter une approche du Double regard;
- Interviewer des parties prenantes autochtones et non autochtones dans la mise en œuvre d'une combinaison de deux médecines;
- Avoir une équipe de recherche ayant une grande expérience avec les communautés autochtones; et
- Assurer une relecture des chapitres de résultats par une membre autochtone dans chacune des communautés.

Étant donné que l'étude n'est effectuée que dans deux communautés de différentes nations, la transférabilité des résultats peut être limitée. Une autre limite peut être rattachée au fait qu'aucun des professeurs et doctorants ne viennent de ces communautés, mais nous nous sommes assurés d'avoir des agents de liaison culturels, un comité local et l'approbation des descriptions des cas par les membres de la communauté pour nous assurer de la justesse de notre compréhension culturelle.

Conclusion de la recherche

La mise en œuvre d'une combinaison de la MT et de la MA dans les deux communautés autochtones étudiées à partir du cadre conceptuel (Cozier et Friedberg, 1977; Abbott, 1988) permet de comprendre les dynamiques d'interaction entre les différentes parties prenantes.

Les résultats montrent que fondamentalement la rencontre des deux médecines émerge d'un besoin de la personne qui le négocie dans ses choix de traitements pour correspondre à sa compréhension de la santé et du bien-être. Sa conception de la santé inclut un bien-être qui touche les 4 dimensions (spirituelle, émotionnelle, physique et psychologique) intrinsèquement liées au territoire. La MT apporte un aspect spirituel qui n'est pas répondu dans la MA, ce qui est également soulevé par les guérisseurs Anishnabe dans l'étude faite par Struthers, Eschiti et Patchell (2008). De ce fait même, les producteurs de soins en MT et en MA ayant le même but qui est de répondre aux besoins de santé de la communauté peuvent être amenés à interagir, toutefois cette collaboration ne se fait pas sans obstacles. Malgré tout, on constate que la combinaison des deux médecines peut prendre plusieurs formes. Dans les deux cas à l'étude, on observe le même modèle coordonné par le patient. Mais dans l'un des cas, le patient est plus soutenu dans sa trajectoire de soins.

Les soins primaires sont offerts par le système de santé et la combinaison entre les deux médecines peut être pertinente pour accompagner les patients qui choisissent d'utiliser les deux. Il y a un besoin pour plus de recherche sur les meilleures stratégies pour soutenir le patient dans ses choix et pour établir une collaboration entre les producteurs de soins ayant des systèmes de savoir différents. Ainsi les patients autochtones et non autochtones peuvent bénéficier d'un accompagnement dans leurs trajectoires de soins rattachées à plusieurs médecines, ce qui reflète davantage la réalité. Une réalité pluraliste dans le système de santé dans lequel les deux systèmes de médecine sont organiques, ils ont la capacité de s'adapter et d'être cohérents avec le vécu du patient. La mise en œuvre d'une combinaison de la MT et

de la MA n'est pas qu'une question de guérison physique et mentale, mais va au-delà en touchant à l'identité collective des communautés autochtones.

Précisions sur les développements récents apportés par la réviseuse du Conseil Cri

Nous tenons à préciser que certaines approches rapportées par les auteurs dans l'état des connaissances reflètent le colonialisme notamment dans la relation entre le médecin et le guérisseur traditionnel avec le modèle où le guérisseur traditionnel est supervisé par les professionnels de la santé. Par ailleurs, un désaccord est présent au sujet de la médecine traditionnelle qui n'est pas une alternative, mais plutôt vue comme un retour vers l'utilisation des pratiques de guérison. Ces dernières font partie de leur identité mais qu'auparavant étaient bannies lors de la colonisation.

Un projet de combinaison des médecines traditionnelles et de la médecine allopathique demeure un processus organique qui continue de changer et de se construire. Dans les prochains paragraphes, des précisions additionnelles sont apportées par le Conseil Cri de la santé.

À la fin de la cueillette des données pour cette recherche en juin 2018, le département Nishiiyuu Miyupimaatissiu continue sa préparation pour la mise en œuvre d'un accès aux médecines traditionnelles prévue pour 2021. Par ailleurs, la recherche a été faite par le département Régional de Santé Publique. Des initiatives pour conserver et transmettre le savoir traditionnel se poursuivent, par exemple, des cartes sur les plantes médicinales ont été distribuées à l'ensemble des membres en même temps que les informations sur la pandémie Covid-19. Le département a recruté des Aînés et des guérisseurs pour apporter un soutien psychosocial durant la pandémie. Aussi, une liste des Aînés et des guérisseurs est en construction. Advenant qu'un livre sur les médecines traditionnelles soit publié, il sera la propriété de Mistissini et du Conseil Cri de la Santé.

Par ailleurs, le Grand Conseil des Cris est dans un processus de consultations pour mettre en place des politiques culturelles dans la Constitution Crie. Plus spécifiquement pour les médecines traditionnelles, le département régional de santé publique est responsable de l'aspect recherche et documentation, alors que le département Nishiiyuu Miyupimaatissiu est responsable, pour l'ensemble des 9 communautés Cries dont Mistissini, de mettre en

place les protocoles pour l'utilisation de la médecine traditionnelle. Il est la porte d'accès pour les médecines traditionnelles, ce n'est pas sous le directeur ou la directrice du CMC. Ce travail s'est fait en collaboration avec le Conseil Nishiyuu des Aînés. Deux agents de planification, de programmation et de recherche (APPR) et un agent de relations humaines travaillent en étroit partenariat avec chacune des communautés et sont en mesure de référer les personnes vers les programmes de soins traditionnels. La référence vers le programme Maanuhiikuu, en santé mentale, est aussi possible par les professionnels de la santé.

Pour arriver à combiner les deux médecines, la collaboration est essentielle entre les Aînés, les guérisseurs et les professionnels de la santé, mais le soutien des gouvernements l'est tout autant. C'est pour cela que le Conseil Cri de la Santé a soumis un projet d'amendements à la loi S-5 au sujet des approches de guérison traditionnelle, des médecines traditionnelles et du travail des guérisseurs traditionnels. Actuellement, le Conseil Cri de la Santé est en discussion au sujet du processus d'offre de la médecine traditionnelle soutenue par le système de santé qui se fera par des ententes de contribution, ainsi que par le développement de protocoles internes entre autres pour les formulaires de référence et de consentement, le travail et le recrutement des guérisseurs traditionnels. Quant à la rémunération des guérisseurs traditionnels, des ententes de services seront mises en place et pour le travail des Aînés et des guérisseurs, ils seront accompagnés d'apprentis. Une collaboration avec d'autres communautés des Premières Nations est déjà établie pour le développement de protocoles sur la division des responsabilités entre les guérisseurs et les professionnels de la santé. Il nous est mentionné que le rôle de coordonnateur-traducteur est une possibilité envisagée par le Conseil Cri de la Santé.

Un processus de consultation au niveau local, mené par le Conseil Cri de la Santé, est en cours afin de déterminer avec les communautés les trajectoires de soins traditionnels et les corridors de services avec les organisations de santé. Il n'y a pas d'offre formelle de médecine traditionnelle dans le CMC ou dans le MSDC, néanmoins dans certaines communautés Cries, des infusions de plantes médicinales peuvent être offertes aux Aînés lors des activités.

Pour le financement, une partie provient du gouvernement fédéral pour l'embauche des guérisseurs et les amendements à la loi S-5 vont permettre d'avoir des fonds provenant des Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits.

Références bibliographiques

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*.
Chicago : The University of Chicago Press.
- Achilles, R., Adelson, N., Antze, P., Biggs, C. L., Chabot, P., Gilmour, J., ... Muldoon, J. (1999).
Complementary and Alternative Health Practices and Therapies - A Canadian Overview.
Toronto, ON: York University Centre for Health Studies. Repéré à
http://www.ibrarian.net/navon/paper/Complementary_and_Alternative_Health_Practices_an.pdf?paperid=3577014
- Adams, J., Hollenberg, D., Lui, C. et Broom, A. (2009). Contextualizing integration: a critical social science approach to integrative health care. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 32(9), 792-798. doi:10.1016/j.jmpt.2009.10.006
- Affaires autochtones et du Nord du Canada. (2011). Le Registre des Indiens. Repéré à
<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032475/1100100032476>
- Affaires autochtones et du Nord du Canada. (2013). Les Premières Nations au Canada. Repéré à
<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1307460755710/1307460872523>
- April, L., Rosebush, N., Lemay, P., Cotton, A. et Vezina, J.-F. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille: orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3081750>
- Auger, M., Howell, T. et Gomes, T. (2016). Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian*

Journal of Public Health, 107(4), e393-e398.
doi:<https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5366>

Barrett, B. (2003). Alternative, Complementary, and Conventional Medicine: Is Integration Upon Us? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3).
doi:10.1089/107555303765551642

Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J., Appelbaum, D., Plane, M. B., Blustein, J., ... Capperino, C. (2004). What Complementary and Alternative Medicine Practitioners Say About Health and Health Care. *Annals of Family Medicine*, 2(3), 253-259. doi:10.1370/afm.81

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.
doi:10.1007/s13412-012-0086-8

Battiste, M. et Henderson, J. Y. (2010). UBC Press | Protecting Indigenous Knowledge and Heritage - A Global Challenge. *UBC Press*. Repéré à <https://www.ubcpres.ca/protecting-indigenous-knowledge-and-heritage>

Baumard, P. et Ibert, J. (2007). Quelles approches avec quelles données? Dans *Méthodes de recherche en management*. DUNOD.

Beaulieu, A., Gervais, S. et Papillon, M. (2013). *Les autochtones et le Québec : des premiers contacts au Plan Nord*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=944371>

Bell, I. R., Caspi, O., Schwartz, G. E. R., Grant, K. L., Gaudet, T. W., Rychener, D., ... Weil, A. (2002). Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. *Archives of Internal Medicine*, 162(2), 133-140.

- Benoit, C., Carroll, D. et Chaudhry, M. (2003). In search of a Healing Place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, 56(4), 821-833. doi:10.1016/S0277-9536(02)00081-3
- Bergeron-Martel, O. (2011). *La transmission et la pratique de la médecine traditionnelle ilnue au sein du parc sacré kanatukuliuetsh uapikun de Mashteuiatsh; Une recherche collaborative valorisant l'initiative culturelle communautaire* (Mémoire, Université du Québec à Chicoutimi). Repéré à <http://constellation.uqac.ca/2559/1/030289216.pdf>
- Bergevin, Y., Habib, B., Elicksen, K., Samis, S., Rochon, J., Adaimé, C., ... Roy, D. (2016). Vers le triple objectif visant une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour les Canadiens : transformer les régions en systèmes de santé à rendement élevé. Repéré à https://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/on-call/oncall-regionalization-report-f.pdf?sfvrsn=50f2d244_2
- Bibeau, G. (2013). Un hôpital en forme de village : au temps de la politique mobutiste de l'« authenticité » (1972-1977). *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 25-43. doi:<https://doi.org/10.7202/1024077ar>
- Boon, H. S. et Kachan, N. (2008). Integrative medicine: a tale of two clinics. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8(1), 32. doi:10.1186/1472-6882-8-32
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D. et Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(15), 1-5. doi:10.1186/1472-6963-4-15
- Bouchard, L. (2009). The Awakening of Collaboration between Quichua Healers and Psychiatrists in the Andes. Dans *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health* (p. 79-91). John Wiley & Sons, Ltd. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470741054.ch7>

- Boucher, N. (2008). Qui est Pekuakamiulnu ? L'hétérogénéité du tissu social de Mashteuiatsh. *Aspects sociologiques*, 15(1), 1-12.
- Brascoupé, S. et Endemann, K. (1999). Propriété intellectuelle et Autochtones : document de travail. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/R32-204-1999F.pdf>
- Callon, M. (2013). Sociologie de l'acteur réseau. Dans M. Akrich et B. Latour (dir.), *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs* (p. 267-276). Paris : Presses des Mines. Repéré à <http://books.openedition.org/pressesmines/1201>
- Carvalho, T. & Santiago, R. (2016). Professionalism and knowledge. Dans M. Dent, I. Lynn Bourgeault, J.-L. Denis et E. Kuhlmann (dir.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (p.144-157). Routledge.
- Castellano, M. B. (2000). Updating Aboriginal traditions of knowledge. Dans *Indigenous Knowledges in Global Contexts: Multiple Readings of Our World*. University of Toronto Press.
- Centre national de collaboration de la santé autochtone. (2010). Cadre de travail sur la santé en milieu scolaire autochtone fondé sur les principes culturels. Repéré à <https://www.ccnsa.ca/docs/health/RPT-FrameworkIndigenousSchoolHealth-Tagalik-FR.pdf>
- Centre national de collaboration de la santé autochtone. (2012). L'état des connaissances sur la santé des Autochtones: examen de la santé publique autochtone au Canada. Prince George, Colombie-Britannique. Auteur.
- Chapman, I., McCaskill, D. et Newhouse, D. (1991). Management in contemporary aboriginal organizations, 17.

Coates, K. (2008). La loi sur les Indiens et l'avenir de la gouvernance autochtone au Canada.

Centre National Pour La Gouvernance des Premières Nations. Repéré à http://www.fngovernance.org/ncfng_research/coates_fr.pdf

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

(2015a). Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec : une gouvernance repensée & favorable à l'autodétermination. Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

(2015b). Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec : une gouvernance repensée & favorable à l'autodétermination. Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada.

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Repéré à

https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Honorer_la_v%C3%A9rit%C3%A9_r%C3%A9concilier_pour_l%E2%80%99avenir.pdf

Commission royale sur les Peuples autochtones. (1996). Rapport de la Commission royale sur les

les Peuples autochtones. Affaires indiennes et du Nord Canada. Repéré à http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071207000748/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/si21_e.html

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. (2012a). About us. Repéré à

<http://creehealth.org/about-us>

- Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. (2009). *State of the World's Indigenous peoples*. New York: United Nations Publications.
- Dobos, G. (2009). Integrative Medicine – Medicine of the future or ‘Old Wine in New Skins’? *European Journal of Integrative Medicine*, 1(3), 109-115. doi:10.1016/j.eujim.2009.08.001
- Drost, J. L. (2019). Developing the Alliances to Expand Traditional Indigenous Healing Practices Within Alberta Health Services. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 25, S69-S77. doi:10.1089/acm.2018.0387
- Dupuis, J.-P. (1998). Une approche sociologique de la dynamique interne de l'entreprise. Dans *Sociologie de l'économie, du travail et de l'entreprise* (p. 500). Gaëtan Morin.
- Easthope, G. (2003). Alternative, complementary, or integrative? *Complementary therapies in medicine*, 11, 2-3. doi:https://doi.org/10.1016/S0965-2299(03)00005-0
- Eide, P. et Allen, C. B. (2005). Recruiting Transcultural Qualitative Research Participants: A Conceptual Model. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 44-56. doi:10.1177/160940690500400204
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. et Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280(18), 1569-1575. doi:10.1001/jama.280.18.1569
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. doi:10.2307/258557
- Ermine, W. (2007). The Ethical Space of Engagement. *Indigenous Law Journal*, 6(1), p.193-203.
- Favel, R. (2019). *Communication All Nations Healing Hospital*. Communication présentée au Congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, Montréal, Québec.

- First Nations Health Authority. (2010). Environmental Scan: Traditional Models of Wellness [Traditional Medicines and Practices]. Repéré à http://www.fnha.ca/wellnessContent/Documents/Traditional_Models_of_Wellness_Report_2010.pdf
- First Nations Health Society. (2010). Environmental Scan: Traditional Models of Wellness. Repéré à http://www.fnha.ca/wellnessContent/Documents/Traditional_Models_of_Wellness_Report_2010.pdf
- Foudriat, M. (2011). L'analyse stratégique et systémique. Dans *Sociologie des professions* (3e éd., p. 141-195). France : Pearson Éducation.
- Freeman LW, Morgan R et Farquhar T. (2001). Traditional peoples and the circle of healing. *Complementary Health Practice Review*, 7(1), 5-15.
- Gaboury, I., Boon, H., Verhoef, M., Bujold, M., Lapierre, L. M. et Moher, D. (2010). Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 10(289), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-10-289
- Gélinas, C. (2003). La représentation des Autochtones depuis le contact. Dans *Les Autochtones et le Québec Des premiers contacts au Plan Nord*. Montréal : Collection PUM.
- Gill, P. (2016). Le beau temps était de la partie à Mashteuiatsh. Un succès pour le 10e Grand rassemblement des Premières Nations! *Premières Nations*. Repéré à <https://premieresnations.ca/articles/mobilisation-generale-mashteuiatsh-prepare-le-10e-grand-rassemblement-des-premieres-nations>

- Gionet, L. et Roshanafshar, S. (2013). Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11763-eng.pdf>
- Giordano, J., Garcia, M. K., Boatwright, D. et Klein, K. (2003). Complementary and Alternative Medicine in Mainstream Public Health: A Role for Research in Fostering Integration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3), 441-445. doi:10.1089/107555303765551660
- Goldner, M. (2000). Integrative medicine: Issues to consider in this emerging form of health care [Book-part]. Repéré à [https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1016/S0275-4959\(00\)80047-2/full/html](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1016/S0275-4959(00)80047-2/full/html)
- Gone, J. P. (2008). The Pisimweyapiy Counselling Centre: Paving the Red Road to Wellness in Northern Manitoba. Dans *Aboriginal healing in Canada: studies in therapeutic meaning and practice* (p. 131-203). Ottawa, Ontario : Aboriginal Healing Foundation. Repéré à <http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=centennial&url=https://www.deslibris.ca/ID/216188>
- Goulet, J.-G. (2004). Une question éthique venue de l'autre monde : au-delà du Grand Partage entre nous et les autres. *Anthropologie et Sociétés*, 28(1), 109-126. doi:<https://doi.org/10.7202/008573ar>
- Gouvernement du Québec. (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*. Document inédit. Québec : Canada.
- Gouvernement du Québec. (2011). *Amérindiens et Inuits portrait des nations autochtones du Québec*. Québec : Direction des communications, Ministère du conseil exécutif. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2218590>

- Gouvernement du Québec. (2016). Assurance maladie. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-medicaux.aspx>
- Gracey, M. et King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4
- Grand conseil des Cris. (2019a). Gouvernance et structure. *The Grand Council of the Crees (Eeyou Istchee)*. Repéré à <https://www.cngov.ca/fr/gouvernance-et-structure/>
- Grand conseil des Cris. (2019b). Ratification de l'Entente sur la gouvernance entre le gouvernement du Canada et la Nation crie. *The Grand Council of the Crees (Eeyou Istchee)*. Repéré à <https://www.cngov.ca/fr/ratification-de-lentente-sur-la-gouvernance-entre-le-gouvernement-du-canada-et-la-nation-crie/>
- Henderson, W. B. (2018). Loi sur les Indiens | l'Encyclopédie Canadienne. *L'encyclopédie canadienne*. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/loi-sur-les-indiens>
- Hennink, M. M. (2008). Language and Communication in Cross-Cultural Qualitative Research. Dans *Doing Cross-Cultural Research Social* (vol. 34, p. 21-33). US : Pranee Liamputtong.
- Hill, D. M. (2003). Traditional medicine in contemporary contexts: Protecting and Respecting Indigenous Knowledge and Medicine. National Aboriginal Health Organization.
- Hinojosa, S. Z. (2004). Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery. *Social Science & Medicine*, 59(3), 637-651. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.011

- Hirschhorn, K. A. (2005). Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*, 28(5), 533-557. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00506.x>
- Hoff, W. (1992). Traditional healers and community health. *World Health Forum*, 13, 182-187.
- Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine* (1982), 62(3), 731-744. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.030
- Hollenberg, D. (2007). How Do Private CAM Therapies Affect Integrative Health Care Settings in a Publicly Funded Health Care System? *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 4(1). doi:10.2202/1553-3840.1056
- Hollenberg, D., Lytle, M., Walji, R. et Cooley, K. (2013). Addressing provider shortage in underserved areas: The role of traditional, complementary and alternative medicine (TCAM) providers in Canadian rural healthcare. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(1), 15-26. doi:10.1016/j.eujim.2012.08.008
- Hollenberg, D., Zakus, D., Cook, T. et Xu, X. W. (2008). Re-positioning the role of traditional, complementary and alternative medicine as essential health knowledge in global health: do they still have a role to play? *World Health & Population*, 10(4), 62-75.
- Hsiao, A.-F., Ryan, G. W. et Hays, R. D. (2006). Variations in provider conceptions of integrative medicine. *Social Science & Medicine*, 62(12), 2973-2987.
- Jack, S., Dobbins, M., Furgal, C., Greenwood, M. et Brooks, S. (2010). Aboriginal environmental health issues: Researchers' and decision makers' perceptions of knowledge transfer and exchange processes. National Aboriginal Health Organization. Repéré à <https://www.nccah-ccnsa.ca/docs/emerging/RPT-AboriginalEnvironmentalHealth-Jack-Dobbins-Furgal-Greenwood-Brooks-EN.pdf>

- Johnson, C. (2009). Health care transitions: a review of integrated, integrative, and integration concepts. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(9), 703-713. doi:10.1016/j.jmpt.2009.11.001
- Kaptchuk, T. et Miller, F. (2005). Viewpoint: What is the Best and Most Ethical Model for the Relationship Between Mainstream and Alternative Medicine: Opposition, Integration, or Pluralism? *Academic Medicine*, 80(3), 286-290.
- Kayne, S. B. (2010). Introduction to traditional medicine. Dans *Traditional medicine : A Global Perspective* (p. 352). Londres (RU) : Pharmaceutical Press.
- Kelner, M., Wellman, B. et Boon, H. (2004). Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science & Medicine*, 59(5), 915-930.
- Keshet, Y., Ben-Arye, E. et Schiff, E. (2012). Can holism be practiced in a biomedical setting? A qualitative study of the integration of complementary medicine to a surgical department. *Health*, 16(6), 585-601. doi:10.1177/1363459312438566
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8
- Kirmayer, L. J. (2004). The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin*, 69(1), 33-48. doi:10.1093/bmb/ldh006
- Kirmayer, L. J., Simpson, C. et Cargo, M. D. (2003). *Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples*. doi:10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x
- Lakshmi, J. K., Nambiar, D., Narayan, V., Sathyanarayana, T. N., Porter, J. et Sheikh, K. (2015). Cultural consonance, constructions of science and co-existence: a review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-

income countries. *Health Policy and Planning*, 30(8), 1067-1077.
doi:10.1093/heapol/czu096

Laurendeau, G. (2011a). Inventaire des savoirs et des connaissances des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales : rapport final. Repéré à http://www.foretmodeledulacsaintjean.ca/donnees/media/fichiers/rapportinventairephase1final_petit.pdf

Laurendeau, G. (2011b). *Usages des plantes par les Pekuakamiulnuatsh : étude sur la transmission des savoirs dans la communauté ilnu de Mashteuiatsh* (Mémoire, Université de Laval à Québec). Repéré à www.theses.ulaval.ca/2011/27871/27871.pdf

Laurendeau, G. (2012). Inventaire des savoirs et des connaissances des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales : rapport final 2011-2012. Repéré à <http://www.foretmodeledulacsaintjean.ca/donnees/media/fichiers/212-2222%20Plantes%20medicinales%20rapport%20final.pdf>

Leckridge, B. (2004). The Future of Complementary and Alternative Medicine— Models of Integration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(2), 413-416.
doi:10.1089/107555304323062446

Leslie, J. F. (2002). La Loi sur les Indiens : perspective historique. *Revue parlementaire canadienne*. Repéré à <http://www.canlii.org/t/x8jg>

Liamputtong, P. (2008). Doing Research in a Cross-Cultural Context: Methodological and Ethical Challenges. Dans P. Liamputtong (dir.), *Doing Cross-Cultural Research: Ethical and Methodological Perspectives* (p. 3-20). Dordrecht : Springer Netherlands.
doi:10.1007/978-1-4020-8567-3_1

- Lincoln, E., Liang, B. A. et Mackey, T. K. (s. d.). Interculturalidad and Chilean Health: Stakeholder Perceptions and the Intercultural Hospital Delivery Model. *International Journal of Indigenous Health*, 10(2), 66-87.
- Louis-Jacques, D. et Anahy, G. (2010). *Autochtonie, identité et langue : regard croisé sur les Wendat et les Diaguïta* [Actes du colloque de l'ARIC]. Fribourg.
- Maar, M. (2004). Clearing the Path for Community Health Empowerment: Integrating Health Care Services at an Aboriginal Health Access Centre in Rural North Central Ontario. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1), 54-64.
- Maar, M. A. et Shawande, M. (2013). *Traditional Anishinabe Healing in a Clinical Setting: The Development of an Aboriginal Interdisciplinary Approach to Community-based Aboriginal Mental Health Care*. doi:10.18357/ijih61201012342
- MacKenzie-Cook, P. D. (2006). Challenging the New Orthodoxy in Integrative Medicine. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12(7), 679-683. doi:10.1089/acm.2006.12.679
- MacLennan, A. H., Wilson, D. H. et Taylor, A. W. (2002). The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Preventive Medicine*, 35(2), 166-173. doi:10.1006/pmed.2002.1057
- Maher, P. (1999). A Review of 'Traditional' Aboriginal Health Beliefs. *Australian Journal of Rural Health*, 7(4), 229-236. doi:10.1046/j.1440-1584.1999.00264.x
- Maizes, V., Rakel, D. et Niemiec, C. (2009). Integrative medicine and patient-centered care. *Explore (New York, N.Y.)*, 5(5), 277-289. doi:10.1016/j.explore.2009.06.008
- Manitowabi, D. et Shawande, M. (2013). Negotiating the clinical integration of traditional Aboriginal medicine at Noojmowin Teg. *Canadian Journal of Native Studies*, 33, 97-124.
- Mann, D., Gaylord, S. et Norton, S. K. (2004). Integrating Complementary & Alternative Therapies with Conventional Care (The Convergence of Complementary, Alternative and

- Conventional Health Care: Educational Resources for Health Professionals). University of North Carolina.
- Marbella, A. M., Harris, M. C., Diehr, S., Ignace, G. et Ignace, G. (1998). Use of Native American healers among Native American patients in an urban Native American health center. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 182-185.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris : Université de Boeck.
- Mintzberg, H. (2004). *Le management : voyage au centre des organisations* (Deuxième édition revue et corrigée). Paris : Éditions d'Organisation.
- Morse, J. M., Young, D. E. et Swartz, L. (1991). Cree Indian Healing Practices and Western Health Care: A Comparative Analysis. *Social Science and Medicine*, 32(12), 1361-1366.
- National Aboriginal Health Organization. (2006). Exploring Models for Quality Maternity Care in First Nations and Inuit Communities: A Preliminary Needs Assessment. Repéré à <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/30538>
- National Aboriginal Health Organization. (2008). An Overview Of Traditional Knowledge And Medicine And Public Health In Canada. Ottawa : Author. Repéré à https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=7878&cf_id=68&lang=en
- Ning, A. M. (2013). How « alternative » is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health*, 17(2), 135-158. doi:10.1177/1363459312447252
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.

- Organisation mondiale de la santé. (1990). Rapport de la consultation sur le SIDA et la médecine traditionnelle: Contribution possible des tradipraticiens. Repéré à <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2956f/>
- Organisation mondiale de la santé. (2000). General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Organisation mondiale de la santé. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé. (2003). Traditional medicine. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/en/>
- Organisation mondiale de la santé. (2007). La santé des populations autochtones. Aide-mémoire N°326. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Organisation mondiale de la santé.
- Ouellet, C., Saïas, T., Sit, V., Lamothe, L., Rapinski, M., Cuerrier, A. et Haddad, P. S. (2018). Access to Indigenous and allopathic medicines: A systematic review of barriers and facilitators. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 9(2), 1-38.
- Oulanova, O. et Moodley, R. (2010). Navigating Two Worlds: Experiences of Counsellors who Integrate Aboriginal Traditional Healing Practices. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 44(4), 346-362.
- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2012). Révision de la planification communautaire. Repéré à <http://www.mashteuiatsh.ca/images/stories/bureau/pdf/revisionplanificationcommunautairenovembre2012.pdf>
- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2015a). Bulletin d'information, 28(4), 12.

- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2015b). Développement Pekuakami Ilnuatsh. Repéré à <http://www.mashteuiatsh.ca/entrepreneur/developpement-piekuakami-ilnuatsh.html>
- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2015c). Portrait économique. Repéré à <http://www.mashteuiatsh.ca/entrepreneur/portrait-economique.html>
- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2015d). Rapport annuel 2014-2015. Repéré à <http://www.mashteuiatsh.ca/images/stories/bureau/pdf/RapportAnnuel20142015vd.pdf>
- Pekuakamiulnuatsh Takuhikan. (2017). Responsabilités spécifiques des élus. Repéré à <https://www.mashteuiatsh.ca/images/stories/bureau/pdf/ResponsabilitesSpecifiquesElus20172021.pdf>
- Petit, J.-G. (2011). Cris et Inuit du Nord du Québec : deux peuples entre tradition et modernité (1975-2010). Dans *Les Inuit et les Cris du Nord du Québec : Territoire, gouvernance, société et culture*. (p. 15-27). Presses de l'Université du Québec.
- Radio-Canada. (2012). Une langue est menacée à Mashteuiatsh | Nehlueun, une langue menacée. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/588345/nehlueun-langue-menacee>
- Rees, L. et Weil, A. (2001). Integrated medicine. *British Medical Journal*, 322(7279), 119-120.
- Reney, B. (2001). *A study of the development and formative evaluation of the Miyupimaatisiiuwin curriculum* (masters, Concordia University). Repéré à <https://spectrum.library.concordia.ca/1334/>
- Richardson, J. (2001). Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 793-798. doi:10.1111/j.1365-2702.2001.00554.x
- Robbins, J. A. et Dewar, J. (2011). Traditional Indigenous Approaches to Healing and the modern welfare of Traditional Knowledge, Spirituality and Lands: A critical reflection on

practices and policies taken from the Canadian Indigenous Example. *International Indigenous Policy Journal*, 2(4). doi:10.18584/iipj.2011.2.4.2

Robertson, S. (2015). Témoignage de Sonia Robertson. Dans *Savoirs des Pekuakamiulnuatsh sur les plantes médicinales*. (p. 15-17). Saint-Félicien, Québec : Forêt modèle du Lac-Saint-Jean.

Robinson, A. et Chesters, J. (2008). RURAL DIVERSITY IN CAM USAGE: THE RELATIONSHIP BETWEEN RURAL DIVERSITY AND THE USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE MODALITIES. *Rural Society*, 18(1), 64-75. doi:10.5172/rsj.351.18.1.64

Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Santa Ana, C. F. (2001). The adoption of complementary and alternative medicine by hospitals: a framework for decision making. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 46(4), 250-260.

Santé Canada. (1999, révisé en 2014). Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits. Guide 1 : Introduction aux trois approches. Repéré à http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/2004_trans_handbook-guide_1/index-fra.php

Santé Canada. (2008). Fiche d'information - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-fra.php>

Secrétariat aux affaires autochtones. (2017). Axes 2 : promouvoir les cultures et les langues autochtones. Repéré à <https://www.autochtones.gouv.qc.ca/plan-action-social-culturel/2->

axes-promouvoir-culture-langues.asp<https://www.autochtones.gouv.qc.ca/plan-action-social-culturel/2-axes-promouvoir-culture-langues.asp>

Sharma, A. et Ross, J. (1990). Nepal: integrating traditional and modern health services in the remote area of Bashkharka. *International Journal of Nursing Studies*, 27(4), 343-353. doi:10.1016/0020-7489(90)90093-X

Shuval, J. T., Mizrachi, N. et Smetannikov, E. (2002). Entering the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1745-1755. doi:[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00305-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00305-7)

Simeone, T. (2004). Connaissances traditionnelles autochtones et droits de propriété intellectuelle. Direction de la recherche parlementaire.

Soklaridis, S., Kelner, M., Love, R. L. et Cassidy, J. D. (2009). Integrative health care in a hospital setting: Communication patterns between CAM and biomedical practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 655-667. doi:10.3109/13561820902886287

Statistique Canada. (2013). Profil de la population autochtone de l'enquête nationale auprès des ménages (ENM), 2011. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/aprof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2491802&Data=Count&SearchText=mashteuiatsh&SearchType=Begins&SearchPR=01&A1=All&Custom=&TABID=1>

Statistiques Canada. (2009). Census 2006: Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census: Findings. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-eng.cfm>

Stiegelbauer, S. M. (1996). What is an elder?: First nation elders as teachers in culture-based urban organizations. *The Canadian Journal of Native Studies XVI, 1*, 37-66.

Struthers R, Eschiti VS et Patchell B. (2008). The experience of being an Anishinabe man healer: ancient healing in a modern world. *Journal of Cultural Diversity*, 15(2), 70-75.

- Templeman, K. et Robinson, A. (2011). Integrative medicine models in contemporary primary health care. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(2), 84-92.
doi:10.1016/j.ctim.2011.02.003
- Teoran, J. (2006). Mashteuiatsh : Analyse d'un conflit interne chez les Pekuakamiulnuatsh. *Civilisations. Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*, (55), 35-51.
doi:10.4000/civilisations.195
- Thorpe, R. D. (2008). Integrating biomedical and CAM approaches: The experiences of people living with HIV/AIDS. *Health Sociology Review*, 17(4), 410-418.
doi:10.5172/hesr.451.17.4.410
- Torri, M. C. et Laplante, J. (2013). Traditional Medicine and Biomedicine among Mapuche Communities in Temuco, Chile: New Forms of Medical Pluralism in Health Care Delivery. *Anthropologica*, 55(2), 413-423.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S. et Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1). doi:10.5812/ircmj.12454
- Vandebroek, I., Calewaert, J.-B., Puyvelde, L. V. et Kimpe, N. D. (2004). Use of medicinal plants and pharmaceuticals by indigenous communities in the Bolivian Andes and Amazon. *Bulletin of the World Health Organization*, 8.
- Waldram, J. B. (2000). The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(4), 603-625.
- Waldram, J., Herring, D. A. et Young, T. K. (2006). *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives* (2 edition). Toronto: Buffalo : University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.

- Walker, R., Cromarty, H., Linkewich, B., Semple, D. et St Pierre-Hansen, N. (2009). Achieving Cultural Integration in Health Services: Design of Comprehensive Hospital Model for Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 58-69. doi:10.18357/ijih61201012346
- Wieman, C. (2009). Six Nations Mental Health Services: A Model of Care for Aboriginal Communities. Dans *Healing Traditions The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. (UBC Press: Vancouver, p. 401-418).
- Wiese, M., Oster, C. et Pincombe, J. (2010). Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: A review of the literature. *Health*, 14(3), 326-342. doi:10.1177/1363459309358594
- Wilson, K., Rosenberg, M. W. et Abonyi, S. (2011). Aboriginal peoples, health and healing approaches: The effects of age and place on health. *Social Science & Medicine*, 72(3), 355-364. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.022
- World intellectual property organization. (2012). Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore. Repéré à https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_tk_2.pdf
- Xue, C. C., Zhang, A. L., Lin, V., Da Costa, C. et Story, D. F. (2007). Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 13(6), 643-650. doi:10.1089/acm.2006.6355
- Yin, R. K. (2003). Case Study Research. Dans *Designing Case Studies* (p. 19-56). Sage Publications.

Annexe 1 : Roue de la médecine

Figure 1: Medicine Wheel

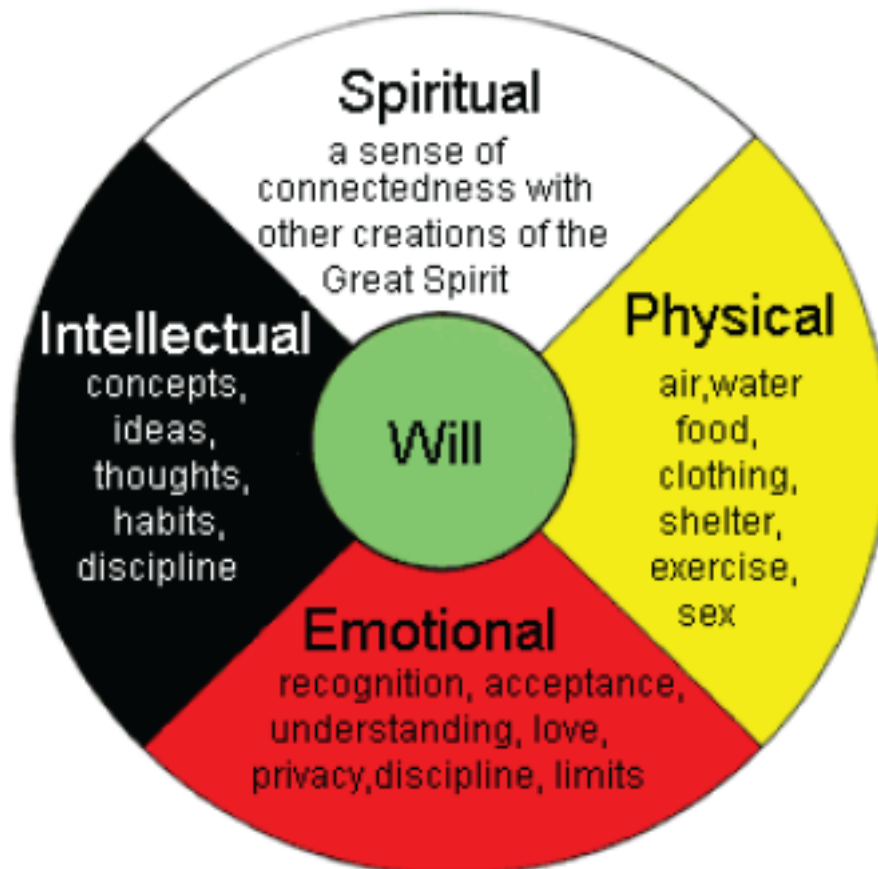


Diagram recreated by Teagan Orchard from The Aboriginal Healing Foundation, 2005.

Source : Graham et Stamler (2010).

Annexe 2a : Questionnaires des entrevues individuelles pour les patients

SITUATION DU PATIENT PAR RAPPORT À SES PROBLÈMES DE SANTÉ

1. Pour quels problèmes de santé consultez-vous? (tant en médecine traditionnelle qu'en médecine contemporaine)

(où vont-ils consulter?)

2. Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un organisme de santé? (Raisons du choix)

MÉDECINE CONTEMPORAINE ET COORDINATION

Dans quelles situations êtes-vous amenés à consulter un médecin en médecine contemporaine?
(Raisons du choix)

Pourriez-vous me décrire comment ça se passe lorsque vous consultez un médecin en médecine contemporaine?

4. À part les professionnels de l'organisme de santé, y a-t-il d'autres intervenants que vous rencontrez pour vos problèmes de santé? Faites-vous appel à d'autres organismes de santé?
*Comment avez-vous été amené à entrer en contact avec eux?
Êtes-vous suivi par un autre médecin (MD spécialiste)*

Vous arrive-t-il d'être référé à un guérisseur par un médecin ou tout autre professionnel de la santé?

MÉDECINE TRADITIONNELLE

5. Que connaissez-vous de la médecine traditionnelle?
6. Dans quelles circonstances êtes-vous amené à consulter un guérisseur? (Raisons du choix)

Pourriez-vous me décrire comment ça se passe lorsque vous consultez un guérisseur?

Vous arrive-t-il d'être rencontré par plus d'un guérisseur en même temps? Consultez-vous en parallèle un médecin pour le même problème?

Vous arrive-t-il que le guérisseur vous réfère aux professionnels de la santé ou autres organismes de santé?

EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DE SES PROBLÈMES DE SANTÉ

7. Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de la médecine contemporaine et de la médecine traditionnelle?

8. Si vous aviez les moyens de changer, comme vous le désirez, la façon dont les services sont organisés pour les personnes autochtones, que changeriez-vous? Qu'est-ce que vous conserveriez?

CONCLUSION

Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et qu'à votre avis, je devrais connaître?

Remerciements

Annexe 2b : Questionnaires des entrevues individuelles pour les Aînés et guérisseurs

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Communauté - Pouvez-vous me décrire votre rôle dans la communauté?

PROFIL DES PATIENTS

Pourriez-vous me décrire les patients qui viennent vous consulter? Voyez-vous au fil du temps un changement dans les profils des patients?

Les types de problèmes de santé. Qu'est-ce qui aurait pu l'influencer? Quelle est la tendance actuelle?

FORMATION DES GUÉRISSEURS

Comment avez-vous appris à pratiquer la médecine traditionnelle? (Décrire votre apprentissage)

Pourriez-vous décrire un traitement «typique» lorsque vous avez un cas de diabète? (Examen, diagnostic, choix du traitement).

Dans quel contexte pratiquez-vous la médecine (comment votre pratique a changé au cours du temps ...)? (Lieu, modalités ...)

Existe-t-il une relève?

USAGE COMBINÉ DES DEUX MÉDECINES

Que pensez-vous de la combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine contemporaine?

Quelles sont vos considérations concernant l'usage combiné de la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine? (facteurs facilitants et contraignants)

Comment voyez-vous le partage des rôles et des responsabilités?

CONCLUSION

Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et qu'à votre avis, je devrais connaître? Résumé de l'entrevue - Demander à la personne interrogée si elle a d'autres choses à ajouter.

Remerciement

Annexe 2c : Questionnaires des entrevues individuelles pour les professionnels et administrateurs de la santé

INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT

Formation et expérience professionnelle antérieure Fonction actuelle et date d'entrée en fonction

1. Pouvez-vous me décrire brièvement votre rôle dans les services de santé de la communauté?

CLIENTÈLE

2. Quels sont les principaux problèmes de santé des patients que vous rencontrez? Qu'est-ce qui les ont influencés?

- particulièrement dans le continuum obésité - diabète

OFFRE DE SERVICES

3. De votre point de vue, qu'est-ce qui constitue les priorités d'intervention dans l'intervention chez vos patients obèses et/ou diabétiques?

USAGE COMBINÉ DES DEUX MÉDECINES

4. Que pensez-vous de la médecine traditionnelle autochtone?

5. Comment voyez-vous l'amélioration de l'accès à la médecine traditionnelle? Dans quelle mesure estimez-vous que votre équipe parviendrait à répondre à cet usage combiné des deux médecines? Quelles sont les démarches envisageables?

6. Quel est le modèle souhaité? Quels contextes facilitateurs et obstacles envisagez-vous dans l'implantation de ce modèle souhaité?

RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES

7. Qui sont les autres professionnels/administrateurs/guérisseurs/Aînés susceptibles d'être impliqués dans le processus de soins combinés impliquant les médecines allopathique et traditionnelle?

8. Comment envisagez-vous le partage des rôles et responsabilités dans le contexte de soins combinés impliquant les médecines contemporaine et traditionnelle?

RELATIONS INTERORGANISATIONNELLES

9. Quels sont les établissements ou organismes avec lesquels vous entretenez des liens dans le cadre de votre pratique avec cette clientèle?
Comment qualifieriez-vous ces liens?
Quelles sont les sources de friction?

CONCLUSION

10. Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et qu'à votre avis, je devrais connaître?

Résumé de l'entretien – demande si l'interviewé a d'autres données à ajouter

Remerciements

Annexe 2d : Questionnaires des entrevues individuelles pour les patients (anglais)

SITUATION OF THE PATIENT WITH REGARDS TO HIS HEALTH PROBLEMS

1. What motivated you to seek health advice from a specific organisation/institution/center (Reason for the choice)

COORDINATION AND SUPPORT

2. Can you describe your typical experience when you visit a health center for a consultation?

3. Apart from the professionals at your health center, are there other healthcare providers that you consult for your health problems? Do you call on other health organisations?

- *How did you come to get in touch with them?*
- *Are you followed by another physician (MD specialist) ?*
- *Have you ever been referred to a healer?*

TRADITIONAL MEDICINE

4. How much do you know of traditional medicine?

5. Have you already used traditional medicine?

6. When do you consult a healer? (Reasons for the choice)

- *Where do you go? How do you hear about the healer?*
- *Does more than one healer ever meet you at the same time?*
- *Would you also consult a physician for the same problem?*
- *Has a traditional practitioner ever referred you to other healthcare professionals or*

health centers/organisation?

EXPERIENCE WITH THE MANAGEMENT OF HEALTH PROBLEMS

7. Is there a treatment that is more appropriate for you/satisfies you most?

- *What could be the advantages and inconveniences of “western” and traditional medicine?*
- *Does the nurse give you advice when you come for your consultation?*
- *Do you habitually see another healthcare professional?*

8. If you had the means to change the way services are organised and managed in your community, what would you change? What would you keep?

CONCLUSION

Are there other elements that you judge to be important that I should know of? Conclusion of the interview – Ask if the participants has anything else to add

Thanks

Annexe 2e : Questionnaires des entrevues individuelles pour les Aînés et guérisseurs (anglais)

PERSONAL INFORMATION

1. Community—Can you describe your role in the community?

PATIENT PROFILES

2. Can you describe what type of people consult you?

3. Have you seen a change through time in the profile of patients visiting you?

- Types of health problems?
- What might have influenced them?
- What is the actual trend?

HEALER TRAINING

4. How did you come to learn to practice traditional medicine? (Describe your learning experience)

5. In what context do you practice medicine (how has your practice changed through time ...)? (Location, methods, approaches ...)

JOINT USE OF BOTH MEDICINES

6. What do you think of more access to traditional medicine?

7. What do you think of more access to allopathic medicine?

8. Concerning the joint use of traditional and allopathic medicine, what factors would you consider? (Facilitators and obstacles)

9. How do you foresee the distribution of roles and responsibilities? CONCLUSION?
Are there other elements that you judge to be important that I should know of? Conclusion of the interview – Ask if the participants has anything else to add

Thanks

Annexe 2f : Questionnaires des entrevues individuelles pour les professionnels et administrateurs de la santé (anglais)

Information on the participant

- Past training and professional experience • Current position and starting date

1. Can you briefly describe your role in providing healthcare services to your community?

CLIENTELE

2. What are the principle health problems that you encounter in the patients that you meet? What has influenced them?

- particularly concerning the continuum or the evolution of obesity-diabetes

SERVICES OFFERED

3. From your point of view, what constitutes the main objectives for intervention in your patients suffering from obesity and/or diabetes?

INTERPROFESSIONAL

RELATIONS

4. Who are other professionals/administrators susceptible of being implicated in the process

of joint healthcare involving allopathic and traditional medicines?

5. How do you foresee the distribution of roles and responsibilities in the context of joint healthcare involving allopathic and traditional medicines?

INTERORGANISATIONAL

RELATIONS

6. Within the scope of your practice with your clientele, with what establishments or organisations do you maintain links?

How would you qualify these relationships? What are the sources of friction?

COMBINED USAGE OF BOTH MEDICINES

7. What do you know about medicinal plants and traditional knowledge? Do you think increased access to traditional medicine would be beneficial?

8. How do you see the improvement of access to traditional medicine? To what extent do you feel that your team will be able to comply with the combined use of both medicines? What are the possible steps or approaches?

9. What facilitators or obstacles do you predict?

CONCLUSION

10. Are there other elements that you judge to be important that I should know of?

Conclusion of the interview – Ask if the participants has anything else to add

Thanks

Annexe 3a : Affiche de recrutement utilisée à Mashteuiatsh

« LE MEILLEUR DES DEUX MONDES:
MÉDECINE TRADITIONNELLE ET MÉDECINE CONTEMPORAINE »

**VOUS AVEZ UN INTÉRÊT POUR LA
MÉDECINE TRADITIONNELLE?**

**VOUS AIMERIEZ CONTRIBUER À LA
RECHERCHE DANS VOTRE COMMUNAUTÉ
ET PARTAGER VOS IDÉES SUR LE SUJET?**

L'équipe de recherche sera à
MASHTEUIATSH
DU 6 AU 25 JUILLET 2015

LAISSEZ-NOUS VOS COORDONNÉES
au CENTRE DE SANTÉ
au MUSÉE AMÉRINDIEN DE MASHTEUIATSH

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

MICHEL RAPINSKI
rapinski@gmail.com
(514) 772-1710

VANESSA SIT
vanessa.sit@umontreal.ca
(514) 969-2286

GÉRALDINE LAURENDEAU
spiraldine@gmail.com
(514) 232-9446

**ASSOCIATION DU PARC SACRÉ
JIMMY SIMÉON**
parcsacre@hotmail.com
(418) 630-8866

Projet de recherche sous la direction de
Pierre Haddad, Pharmacologie, Université de Montréal
Alain Cuernier, IRBV, Université de Montréal
Lise Lamothe, ESPUM, Université de Montréal



Institut de recherche
en biologie végétale



Université
de Montréal



Pekuakomlunuatsh
Takuhikon



KAHATUKULUETS
U A P I R U M
Association du Parc Sacré

Annexe 3b : Affiche de recrutement utilisée à Mistissini

"BEST OF BOTH WORLDS: TRADITIONAL AND MODERN MEDICINE"

ARE YOU INTERESTED IN CREE TRADITIONAL MEDICINE?

DO YOU WANT TO PARTICIPATE IN A RESEARCH STUDY AND SHARE YOUR VIEWS ON THIS SUBJECT?

The research Team will be in
MISTISSINI
JUNE 21ST TO JULY 7TH, 2016

LEAVE YOUR NAME AND COORDINATES
at the **SAND OFFICE**
**DE PARTENARIAT ET DE RECHERCHE
ET SOCIALE DE L'UNIVERSITÉ**

JANE VIGORIS
Programme de Médecine Com
438-431-1001 ext. 538

JANE BLACKBURN
438-431-1001

ADA BY BIRNBOY
Director of Health and a Social Science Program
438-431-1001 ext. 538

MICHEL MAFRESI
438-431-1001

VANDRA GUY
438-431-1001

CAROLINE GIBLET
438-431-1001

Le projet est en collaboration avec le Cree Health Board et le Cree Nation of Mistissini.

Le projet est financé par le Programme de Médecine Com et le Programme de Recherche et de Développement Social de l'Université de Moncton.

Université de Moncton



Annexe 4 : Rapport de l'atelier de transfert de connaissances à Mashteuiatsh du 8 décembre 2017

Objectifs du projet

Projet

Cultures autochtones et science contre le diabète

Rapport de recherche et résumé de la
rencontre du 8 décembre 2017

Première Nation des Pekuakamiulnuatsh –
Mashteuiatsh



CIHR Team in Aboriginal Anti-Diabetic Medicines
Équipe IRSC sur les médecines autochtones antidiabétiques



**Pekuakamiulnuatsh
Takuhikan**

Le présent document a été réalisé pour L'équipe IRSC sur les médecines autochtones antidiabétiques

Rédaction

Isidora Janezic

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le présent rapport présente la synthèse des échanges qui ont eu lieu le 8 décembre à Mashteuiatsh. De plus, il fait état des différents programmes et activités en lien avec le projet Cultures autochtones et science contre le diabète et en vigueur actuellement à Mashteuitash.

Les objectifs de cet atelier étaient, entre autres, de faire un bilan sur les points suivants :

- Identifier les priorités communautaires (besoins, désirs et capacités).
- Répertorier les programmes et activités présentement en cours qui sont reliés à la prévention et à la gestion du diabète, notamment en lien avec l'activité physique, l'alimentation traditionnelle et la médecine traditionnelle.
- Faire interagir les participants sur trois thèmes en lien avec la prévention et la gestion du diabète (la médecine traditionnelle, l'alimentation traditionnelle et les activités culturelles) afin de dégager des pistes pour la mise en place d'une intervention concertée pouvant être testée lors d'un essai clinique d'un an.

Les programmes et activités ont été déclinés selon les secteurs auxquels ils appartiennent. Ainsi, le secteur Saines habitudes de vie met en place plusieurs activités dans le but de prévenir le diabète. Néanmoins, le manque de motivation chez les participants semble être un frein majeur et l'équipe est constamment à la recherche de moyens pour inciter les gens à participer et à s'engager de façon plus permanente. Les restrictions imposées par la MAPAQ constituent un obstacle quant à la distribution des aliments traditionnels (gibier) dans le cadre de certaines activités. À cet effet, il a été

suggéré de consulter la communauté de Chisasibi afin de s'informer sur la procédure qu'ils ont suivi pour intégrer les viandes de bois dans le menu hospitalier.

L'unité Santé des jeunes et des familles se focalise sur le bien-être et la santé des familles. Le programme se divise en cinq volets et chacun de ces volets offre des services différents et culturellement adaptés. À ce propos, mentionnons notamment la maison de la famille Shaputuan Puamun ainsi que le centre Miluelimun. Ce dernier offre des programmes d'entraînement qui tiennent compte des sports traditionnels des Pekuakamiulnuatsh valorisant ainsi l'héritage culturel.

À l'instar des secteurs énumérés précédemment, le secteur Développement social offre plusieurs programmes. Il est à noter que les trois instances de concertation Comité mieux-être, Table de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de Mashteuiatsh et Comité Auassatsh ont été fusionnées pour devenir la nouvelle instance sur le développement social de Mashteuiatsh en 2017. La nouvelle instance regroupe différentes actions, entre autres, l'offre alimentaire et le plan de santé communautaire.

Le secteur Éducation a notamment comme un de ses principaux objectifs de développer chez les jeunes des compétences linguistiques et culturelles propres aux Pekuakamiulnuatsh. Dans cette perspective, on intègre du contenu culturel ainsi que l'enseignement du nehlueun comme langue seconde. Dans le contexte d'éducation, il a été soulevé qu'il serait nécessaire de former les enseignants sur le diabète et ses répercussions. Il a également été suggéré qu'on pourrait intégrer l'enseignement sur les plantes médicinales aux sorties en territoire.

Le programme Ilnu aitun est central dans le secteur Territoire et son objectif principal est de favoriser le sentiment de fierté et d'appartenance des Pekuakamiulnuatsh. Plusieurs activités sont réalisées dans la visée de favoriser le lien avec le territoire qui est la pierre angulaire de l'identité des Pekuakamiulnuatsh. Dans ce contexte, il a été suggéré que ce programme pourrait aussi servir et être adapté pour fournir à la communauté des plantes médicinales.

La mission première de l'association du Parc Sacré est la forêt nourricière et son but principal est de promouvoir la santé par les plantes médicinales. Ainsi, les plantes médicinales et l'accès au territoire font partie des projets. Entre autres, l'importance d'intégrer les plantes ayant des propriétés antidiabétiques à l'association du Parc Sacré a été soulignée. En outre, il a été soulevé que des connaissances plus approfondies sur les propriétés des plantes antidiabétiques sont nécessaires.

Le secteur Patrimoine et culture vise à préserver, à promouvoir et à développer le pekuakami aihitun et, plus précisément, le shashish nehluen ainsi que le patrimoine naturel, matériel et immatériel. Une des barrières majeures quant à l'identité des Pekuakamiulnuatsh semblent être les séquelles des pensionnats ainsi que la discrimination et les préjugés qui en découlent. En vue de surmonter cette barrière, il a été mentionné que l'art thérapie fait beaucoup de bien et qu'il est nécessaire de continuer à nourrir le sentiment de fierté chez les Pekuakamiulnuatsh.

À la lumière des échanges du 8 décembre, un élément central et unificateur émerge – l'identité culturelle et l'héritage ancestral des Pekuakamiulnuatsh. D'ailleurs, l'aspect identitaire résonne avec les trois thèmes abordés lors des groupes de discussion, soit la médecine traditionnelle, l'alimentation traditionnelle et les activités traditionnelles. Ainsi, les approches qui permettraient aux Pekuakamiulnuatsh de regagner la fierté de leurs racines, de leurs traditions et de leurs valeurs ancestrales auront peut-être plus de chances d'avoir du succès et d'être certainement plus parlantes au sein de la communauté.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé exécutif	i
Objectifs du projet	1
Programmes et activités en lien avec le projet.....	2
Secteur santé – saines habitudes de vie	2
Volet prévention	2

Volet intervention	3
Secteur santé – santé des jeunes et des familles /Auassatsh mahk pekutenuatsh umilueliniunau .	3
Santé mentale et dépendances	4
Santé des jeunes et des familles – familles impliquées, fières et en santé	4
Programme famille – jeunesse	5
Services scolaires	5
Infrastructures de loisirs	5
Commentaires et Suggestions	6
Secteur Développement social.....	7
Auassatsh - Comité santé des jeunes de Mashteuiatsh	7
Comité mieux-être	8
Table de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de Mashteuiatsh (TLPESM)	8
Groupe de tâches sur la réalité sociale	9
Nouvelle instance sur le développement social – NIDS.....	9
Les partenaires de la NIDS	10
Rôles et responsabilités du partenaire et du substitut (NIDS)	11
Commentaires et suggestions	11
Secteur éducation – Intégration des contenus culturels des pekuakamiulnuatsh	12
Enseignement au primaire – Katshishkutamatshcutshuap Amishk 2e et 3e cycle du primaire	13
Enseignement au secondaire – école Kassinu Mamu	18
Commentaires et suggestions	20
Première Nation des Pekuakamiulnuatsh – Mashteuiatsh Cultures autochtones et science contre le diabète	
Rapport de recherche et résumé de la rencontre du 8 décembre 2017	
Page iv	
Secteur territoire – droits et protection du territoire (DPT)	21

Programme Innu aitun	21
Services offerts par DPT	21
Stratégie d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu	23
Code d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu	23
Commentaires et suggestions	24
Association du Parc Sacré - Kanatakuliuetssh uapikun	25
Commentaires et suggestions	25
Secteur patrimoine et culture	27
Commentaires et suggestions	27
Groupes de discussion	28
Thème 1 – La médecine traditionnelle et le diabète	28
Thème 2 – L'alimentation traditionnelle et le diabète	30
Thème 3 – Les activités culturelles et le diabète	32

OBJECTIFS DU PROJET

La prévalence du diabète chez les Premières Nations est de 3 à 5 fois plus élevée que chez le reste de la population canadienne. Afin de résoudre cette problématique, la médecine traditionnelle a été et continue d'être utilisée. Néanmoins, plus de connaissances sont nécessaires afin d'établir quels aliments et plantes issus de la médecine traditionnelle puissent être efficaces pour prévenir et mieux gérer le diabète. À cet effet, l'équipe de chercheurs, d'Aînés, d'organismes et intervenants communautaires, professionnels de la santé ainsi que des utilisateurs des soins continue d'accumuler les évidences scientifiques sur les plantes médicinales et les aliments traditionnels ainsi que leurs rôles dans la prévention et la gestion du diabète.

Le projet vise l'atteinte de quatre objectifs :

1. Identifier les priorités communautaires (besoins, désirs et capacités) et les programmes présentement en cours qui sont reliés à la prévention et à la gestion du diabète, notamment en ce qui a trait à la médecine traditionnelle et aux interventions culturelles.
2. Développer des outils d'éducation et de sensibilisation dans le but de promouvoir l'utilisation efficace et sécuritaire des médecines et aliments traditionnels pour aider à prévenir et gérer le diabète.
3. Promouvoir des programmes d'activité physique culturellement pertinents.
4. Établir l'innocuité et l'efficacité de certaines plantes médicinales identifiées par chaque communauté.

PROGRAMMES ET ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LE PROJET

Dans les sections qui suivent, les différents programmes ainsi que les activités qui leur sont inhérentes seront présentés.

SECTEUR SANTÉ – SAINES HABITUDES DE VIE

Le programme saines habitudes de vie et maladies chroniques a pour objectifs d'augmenter l'adoption de saines habitudes de vie et de diminuer la prévalence des maladies chroniques. À cet effet, le programme se divise en deux volets – la prévention et l'intervention.

VOLET PRÉVENTION

Différentes activités préventives sont réalisées au sein de l'équipe des saines habitudes de vie, dont :

- L'accompagnement à l'épicerie
- L'animation d'activités culturelles
- Les activités communautaires
- Les cuisines collectives
- Ateliers culinaires
- Offre d'eau à toutes les activités et des collations santé
- L'animation des ateliers dans les écoles et garderies
- Bingo sur le thème du diabète (français et nehlueun)
- Sensibilisation afin de devenir ambassadeur des saines habitudes
- Tables de discussion sur le diabète avec une infirmière et une technicienne en nutrition pour corriger les fausses impressions sur le diabète

- Création d'une plantation nourricière
- Marchons sur Nitassinan
- Marches communautaires et randonnées pédestres
- Défi Kanametat – parcours de 3 km avec obstacles et défis
- Activités physiques pour les aînés du Centre Tshishemishk
- Cliniques de dépistage pour le diabète, hypertension artérielle et monoxyde de carbone
- Sensibilisation et campagnes d'information (diffusion d'information par le biais de la radio (capsules, entrevues), site web, brochures)
- La gang allumée – initiative visant à prévenir et à réduire le tabagisme.

VOLET INTERVENTION

- Rencontres individuelles
- Counseling

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Il a été mentionné qu'un « camp de diabète » dans la forêt avait déjà fonctionné dans le passé, mais que ce n'est plus une activité qui est pratiquée aujourd'hui. Les membres de l'équipe ont d'ailleurs soulevé que motiver les gens à participer aux activités demeure un défi majeur et qu'ils sont toujours à la recherche de nouvelles activités/initiatives susceptibles de motiver les gens à participer et à s'impliquer.

Un projet pilote avec des activités traditionnelles est une des suggestions qui a été proposée.

En ce qui a trait aux restrictions imposées par la MAPAQ quant à la distribution du gibier dans les hôpitaux de même que dans les infrastructures du conseil, il a été suggéré d'établir un lien avec l'hôpital à Chisasibi afin de voir comment ils ont procédé pour intégrer les viandes de bois dans le menu hospitalier.

Plusieurs façons d'accéder à l'alimentation traditionnelle, par exemple: un réfrigérateur communautaire pourrait aider ceux qui n'ont pas accès à la viande de gibier ou instaurer un lieu communautaire où il serait possible de préparer les mets traditionnels.

L'unité « santé des jeunes et des familles » se focalise sur le bien-être et la santé des familles. Dans le but de mieux arrimer les objectifs et les besoins des familles, le programme se divise en cinq volets, soit

1. Services de la maison et de la famille
2. Infrastructures de loisirs
3. Familles – jeunesse
4. Santé mentale et dépendances
5. Services scolaires

SECTEUR SANTÉ – SANTÉ DES JEUNES ET DES FAMILLES /AUASSATSH MAHK PEKUTENUATSH UMILUELINIUNUAU

L'unité « santé des jeunes et des familles » se focalise sur le bien-être et la santé des familles. Dans le but de mieux arrimer les objectifs et les besoins des familles, le programme se divise en cinq volets, soit

1. Services de la maison et de la famille
2. Infrastructures de loisirs
3. Familles – jeunesse
4. Santé mentale et dépendances
5. Services scolaires

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

Programme qui s'adresse à tous les Pekuakamiulnuatsh qui ont des besoins liés à la dépendance (ex.: drogue, alcool, jeu, etc.) et la santé mentale. L'équipe multidisciplinaire comprend des intervenants sociaux, du personnel infirmier et en santé mentale, une travailleuse de proximité, un animateur et des agents de relations humaines. Lors d'appel au service 811, ce sont des intervenants de Mashteuiatsh qui sont appelés.

SERVICES OFFERTS

- Travail de proximité
- Soins culturels (ex. : tente à sudation)
- Suivi psychosocial en santé mentale ou en dépendance
- Carrefour social Ushkui (lieu de création de réseaux sociaux sains, offre de repas pour personnes en situation de précarité financière)
- Suivis étroits lors de risques suicidaires
- Actions préventives concertées avec le milieu :

o Semaine de la santé mentale

o Semaine de prévention des toxicomanies

o Semaine de promotion de la vie

o Semaine de la communication positive – (ex. : l’accent est placé sur la célébration de la vie plutôt que sur une initiative contre le suicide)

SANTÉ DES JEUNES ET DES FAMILLES – FAMILLES IMPLIQUÉES, FIÈRES ET EN SANTÉ

MAISON DE LA FAMILLE SHAPUTUAN PUAMUN

La maison de la famille Shaputuan Puamun, localisée dans le lieu le plus symbolique pour les familles – l’aréna, offre des soins culturellement adaptés. Les concepts de famille et de l’autorité ne reposent pas uniquement sur les parents, mais aussi sur les kukum (grands-parents), tantes, oncles, parrains et la communauté.

Équipe multidisciplinaire composée d’infirmières, d’une agente de relations humaines, d’une éducatrice spécialisée et de kupanishkueu (aide-maman).

SERVICES OFFERTS

- Répit-parents
- Vérification de siège d’auto
- Petite école
- Atelier de groupe Bébé en santé
- Thématique concertée (semaine des familles)

PROGRAMME FAMILLE – JEUNESSE

Équipe multidisciplinaire composée d'une orthophoniste, une psychoéducatrice, un agent de relations humaines et une éducatrice spécialisée dont le but est de soutenir les familles et les jeunes.

SERVICES OFFERTS

- Suivi de groupes et individuels
- Appartement supervisé

SERVICES SCOLAIRES

- Activités de groupes et individuelles qui visent la prévention et l'intervention auprès des jeunes de la maternelle 4 ans à la 5^e secondaire.
- Ateliers de prévention sur les toxicomanies, la santé mentale et physique offerts au primaire et au secondaire.
- Dépistage auprès de tous les enfants (visuel, auditif, physique)
- Vaccination
- Santé buccodentaire

INFRASTRUCTURES DE LOISIRS

Complémentaires à l'ensemble des services, les infrastructures visent à soutenir et à encourager la santé physique, mentale, spirituelle et émotionnelle de tous les Pekuakamiulnuatsh.

CENTRE AMISHKUISHT

Centre sportif qui comprend un aréna (glace ou surface de béton), des salles (salle communautaires Ush, Ushkui et Uauitshitun) et un gymnase. Plusieurs activités gratuites. Prêt d'équipement sportif gratuit.

CENTRE DE CONDITIONNEMENT MILUELIMUN

Ce centre offre des programmes d'entraînement qui tiennent compte des sports traditionnels des Pekuakamiulnuatsh.

Une place particulière est accordée à la famille pour la transmission des valeurs d'un mode de vie actif.

Santé mentale et physique par l'environnement extérieur avec plantes médicinales, comestibles et odorantes qui soutiennent l'augmentation d'endorphine créée par l'activité physique.

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Lors des discussions, il a été souligné que le carrefour social Ushkui est accessible à tous et non seulement aux toxicomanes. Il s'agit plutôt d'un milieu convivial, désigné à la socialisation et aux rencontres, entre autres. Certaines plages horaires sont réservées aux rencontres avec les intervenants, notamment pour les rencontres avec les travailleurs sociaux en santé mentale. Cet endroit est particulièrement propice pour les personnes qui n'aiment pas aller au centre de santé et qui préfèrent un milieu plus convivial pour chercher ce support.

- Communication positive : inverser les termes pour rendre les activités plus positives (célébration de la vie au lieu d'une activité contre le suicide).
- Carrefour Ushkui n'est pas seulement réservé aux personnes aux prises avec différents problèmes, il est ouvert à tous. Il faudrait établir des liens de confiance; se créer des contacts.
- Les intervenants sociaux sont appelés directement lors de situations urgentes.
- Pour les familles qui ne participent pas : 3^e ou 4^e enfant, ou ne sentent plus le

SECTEUR DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'année 2006 avait été une année marquante pour la communauté de Mashteuiatsh. Les suicides de quelques jeunes ont exacerbé la vulnérabilité des Pekuakamiulnuatsh face aux calamités sociales. C'est notamment le suicide d'une jeune fille qui a déclenché une vaste mobilisation au sein de la communauté dans le but de trouver des solutions pour mettre fin au taux élevé de suicides dans la communauté.

AUASSATSH - COMITÉ SANTÉ DES JEUNES DE MASHTEUIATSH

Auassatsh est un regroupement composé de divers partenaires du secteur privé, institutionnel et communautaire ayant à cœur la mission d’Auassatsh.

La mission principale d’Auassatsh est de mobiliser ses partenaires dans le but de soutenir les actions visant la prévention des problèmes liés au développement, à l’intégration sociale et l’adaptation des jeunes Pekuakamiulnuatsh de 0 à 18 ans. À cet effet, les travaux et les actions reposent sur une mobilisation communautaire par une approche holistique, intersectorielle et multidisciplinaire.

AXES

- Saines habitudes de vie
- Le développement des enfants

RETOMBÉES

- 15 actions planifiées et réalisées en 2015-2016:
 - o 225 enfants de 0 à 5 ans rejoints;
 - o 78 parents rejoints;
 - o 40 intervenants rejoints.
- 9 actions planifiées et réalisées en 2016-2017 :
 - o 727 enfants de 0 à 18 mois rejoints;
 - o 1518 enfants de 19 mois à 3 ans rejoints;
 - o 1366 enfants de 4 à 5 ans rejoints;
 - o Total enfants de 0 à 5 ans rejoints : 3611;
 - o 5365 parents rejoints;

- 203 intervenants rejoints.

COMITÉ MIEUX-ÊTRE

Le comité mieux-être adhère à une approche holistique sur les déterminants de la santé.

AXES

- Le développement sain durant l'enfance
- Les saines habitudes de vie
- La santé mentale et les dépendances
- La promotion de l'autonomie des Aînés à domicile

RETOMBÉES

- Programme santé des jeunes et des familles
- Programme santé des Aînés
- Programme santé publique et services généraux
- Démarche d'agrément
- Réalisation d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle (90% satisfaits)

TABLE DE LUTTE À LA PAUVRETÉ ET À L'EXCLUSION SOCIALE DE MASHTEUIATSH (TLPESM)

La table de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de Mashteuiatsh est une concertation de plusieurs partenaires (communautaires, secteur de la santé, gouvernementaux) travaillant avec les Pekuakamiulnuatsh en situation de fragilité sociale (approche inclusive).

PROJETS RÉALISÉS

- Cuisines collectives pour les Aînés
- Salle de psychomotricité
- Jardin au centre de la petite enfance
 - Jardin communautaire

RETOMBÉES

- Amélioration de la sécurité alimentaire chez les Aînés et les familles
- Création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie pour les jeunes et les adultes
- Mamu piminuetau (Cuisinons ensemble) – Cuisine collective pour les Aînés -
25 Aînés et leurs familles ont été rejoints
- Amélioration des services en petite enfance (0-5 ans)
- Un trésor dans mon jardin (Aménagement de l'aire de jeux à l'extérieur)
- Cultiver l'autonomie par le partage et l'entraide (Jardin communautaire) – la communauté entière a été rejointe par ce projet

GROUPE DE TÂCHES SUR LA RÉALITÉ SOCIALE

- L'arrimage politico-administratif de Pekuakamiulnuatsh Takuhikan
- Réflexion sur les différents comités en place (arrimage)
- Création du groupe de tâches sur la réalité sociale

MANDAT

- Phase 1 – Création de la nouvelle structure (avril – novembre 2016)

- Phase 2 – Mise en œuvre de la nouvelle structure (décembre 2016 – mars 2017)
- Phase 3 – Consolidation de la nouvelle structure (avril 2017 -)
- En continu - Effectuer l'auto-évaluation de la démarche de fusion

NOUVELLE INSTANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL – NIDS

À l'heure actuelle, à Mashteuiatsh, les trois instances de concertation présentées précédemment (Comité mieux-être, Table de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de Mashteuiatsh et Comité Auassatsh), qui ont été mises en place suite aux travaux de la Commission consultative sur la réalité sociale, ont été fusionnées pour devenir la nouvelle instance sur le développement social de Mashteuiatsh en 2017.

MISSION

Mobiliser et susciter l'engagement de la communauté dans la cohésion des actions en regard des changements collectifs visés afin d'assurer le mieux-être et le renforcement de l'identité culturelle des Pekuakamiulnuatsh.

VISION

Les Pekuakamiulnuatsh participent ensemble à leur mieux-être individuel et collectif.

VALEURS

- Respect
- Ecoute des besoins
- Bien-être de la communauté
- Rayonnement
- Inclusion sociale

LES PARTENAIRES DE LA NIDS

REPRÉSENTANTS PEKUAKAMIULNUATSH

- Shawn Dominique
- Alice Germain
- Carina Dominique
- Lynda Murray

REPRÉSENTANTS ENTREPRENEURS

- Louise Bergeron, Société de développement économique Ilnu
- Mario Alwin, Caisse Desjardins du Pekuakami
- Mathieu Savard, Électro Ilnu
- Carl Paul, Granules LG

REPRÉSENTANTS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- Bernadette Girard, Puakuteu-comité de femmes
- Lise Savard, CPE-BC Auetissatsh
- Joannie Gill, Conseil des jeunes Pekuakamiulnuatsh
- Louise Bélanger, Coopérative nimirupan nitshinatsh
- Annick Ouellet, Association du Parc Sacré-Kanatukuliuetsh Uapikun
- Sonia Robertson, Association des artistes et artisans de Mashteuiatsh - Kamishkat'Arts

REPRÉSENTANT ÉLU

- Jonathan Germain
- Stéphane Germain

REPRÉSENTANTS DES UNITÉS ADMINISTRATIVES-PEKUAKAMIULNUATSH TAKUHIKAN

- Christine Tremblay, Éducation main-d'œuvre
- Patrick Robertson, Infrastructures et services publics
- Mendy Bossum-Launière, Patrimoine et culture
- Véronique Larouche, Santé mieux-être collectif

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU PARTENAIRE ET DU SUBSTITUT (NIDS)

- S'impliquer dans l'atteinte des objectifs
- Assurer sa participation
- Être ponctuel et assidu
- Avoir à cœur la mission et la vision
- Partager son expertise pour la collectivité

- Mettre les Pekuakamiulnuatsh au cœur des actions
- Se respecter entre partenaires
- Ramener l'information du comité central vers le milieu et du milieu vers le comité central afin de susciter l'engagement des milieux

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Il a été soulevé que ce serait une bonne occasion pour le projet de recherche d'influencer le nouveau comité pour la mise en place de leur plan d'action. Devenir partenaires ou effectuer un projet «pilote», puisque le projet de recherche possède un financement et une fonction de recherche scientifique.

La nouvelle instance regroupe les milieux suivants :

- Entrepreneurial
- Public
- Communautaire
- Politique
- Pekuakamiulnuatsh

Et les différentes actions :

- Offre alimentaire
- Évènements communautaires
- Aménagement d'arbres fruitiers
- Activités physiques 0-5 ans et 1^{er} cycle du primaire
- Sport attitude 5^e et 6^e années
- Comités thématiques
- Plan de santé communautaire
- Santé des aînés

Des réflexions et des actions concertées (mieux-être) sont à développer par tous les organismes.

Les Pekuakamiulnuatsh se sont réapproprié et ont pris en charge leur système d'éducation en 1980.

Un des objectifs principaux est de développer chez les jeunes des compétences linguistiques et culturelles propres aux Pekuakamiulnuatsh. Dans cette visée, le contenu culturel a été intégré dans les programmes scolaires au primaire et au secondaire. Depuis 2006, on enseigne le nehlueun comme langue seconde. En outre, le programme d'univers social qui tient compte de la réalité des Pekuakamiulnuatsh est également intégré au programme disciplinaire (l'histoire des Pekuakamiulnuatsh, la vision du monde, l'économie, etc.). Depuis 2010, ajout de 20 % de contenu culturel.

SECTEUR ÉDUCATION – INTÉGRATION DES CONTENUS CULTURELS DES PEKUAKAMIULNUATSH

ENSEIGNEMENT AU PRIMAIRE – KATSHISHKUTAMATSHEUTSHUAP AMISHK 2^E ET 3^E CYCLE DU PRIMAIRE

L'école primaire Amishk offre le programme de formation du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) de la maternelle 4 ans à la 6^e année. Qui plus est, dans le cadre des domaines de l'univers social et du développement de la personne (éthique et culture religieuse), l'histoire des Pekuakamiulnuatsh est enseignée aux élèves.

UNIVERS SOCIAL

Compétences à développer :

- 1- Lire l'organisation d'une société sur le territoire
- 2- Interpréter le changement dans une société et sur son territoire
- 3- S'ouvrir à la diversité des sociétés et de leur territoire

Différents modules :

- Les Montagnais du Lac-Saint-Jean du XVI et XIX siècle
- La société des Pekuakamiulnuatsh vers 1800

o Objectif du module : comparer la vie de sa nation avec celle de ses ancêtres.

o Comprendre les changements survenus et les raisons de ces changements qui ont influencé le mode de vie des Pekuakamiulnuatsh.



- Les Montagnais et les Inuits vers 1980

o Croyances

o Coutumes

o Arts

o Traditions

Société	Nombre de villages	Nombre d'habitants	Langues parlées
Montagnais	9	8 010	Innu (neuhleun) Français Anglais
Inuits	14	6 850	Inuktitut Français Anglais

- Les Innuatsh du Québec

o Localisation des communautés innuatsh o Composition de la forêt boréale

o Notion d'écosystème

- Mode de vie traditionnel des Pekuakamiulnuatsh

o Mashteuiatsh – première réserve

- o Ingéniosité des Pekuakamiulnuatsh
- o Mode de vie traditionnel nomade sur le Nitassinan
- La rencontre - L'arrivée des Européens bouleverse le mode de vie des Pekuakamiulnuatsh.
 - o Maladies
 - o Dépossession des terres o Traités
 - o Colonisation
 - o Exploitation de la forêt
- La loi sur les Indiens o Assimilation
 - o Discrimination
 - o Tutelle
 - o Réserves
 - o Citoyens mineurs o Bandes
- Une nation distincte - Les négociations et revendications :
 - o Reconnaissance des droits ancestraux
 - o Le lien des Pekuakamiulnuatsh avec le Nitassinan
 - o Cohabitation harmonieuse
 - o Partenariat pour l'exploitation des ressources
 - o Prise en charge de la destinée des Pekuakamiulnuatsh par les Pekuakamiulnuatsh
- Les activités économiques des Pekuakamiulnuatsh o Conseil de bande – principal employeur
 - o Code de pratique
 - o Tourisme
 - o Commerces et entreprises

- Culture matérielle et artisanat
 - Les traditions des Pekuakamiulnuatsh
- o Médecine traditionnelle o Croyances
- o Teuehikan
- o Langue
- o Sports
- Les fêtes en 1980
- o Les fêtes amérindiennes o Pow-wow – compétitions o Activités
- L'organisation sociale
- o Conseil de bande (services)
- o Radio communautaire et les journaux
- Défis du XXI siècle
- o Autonomie gouvernementale
- ♣ Éducation ♣ Santé
- ♣ Économie ♣ Ressources ♣ Juridique
- o Transmission culture-langue

ÉTHIQUE ET CULTURE RELIGIEUSE

Première année

Nommer les rituels de la naissance :

- Choix du prénom
- Cérémonie des premiers pas

Associer des fêtes (rassemblements) à leur tradition d'origine :

- Journée nationale des Autochtones

- Mukushan

Deuxième année

Nommer les éléments importants d'un récit lié à une fête ou à un personnage important :

- Messou le Grand lièvre – version racontée par une aînée

Troisième année

Nommer les célébrations religieuses quotidiennes, hebdomadaires, annuelles ou occasionnelles :

- Les prières et remerciements

Décrire des pratiques de prière et de méditation :

- Les objets de rituels (Teuehikan, Shishikun)

Associer des éléments d'une célébration vécue en communauté à la tradition religieuse appropriée :

- Le grand rassemblement des Premières Nations

Quatrième année

Décrire des pratiques de prières et de méditations :

- Respect de la nature
- Respect des animaux Célébrations religieuses occasionnelles :
 - Funérailles

Cinquième année

Décrire différentes représentations ou conceptions du temps :

- La façon de mesurer le temps
- Calendrier des 5 saisons

Expliquer la signification de certaines pratiques alimentaires :

- Le rituel du jeûne

Sixième année

Nommer les valeurs et les normes proposées :

- Respect de ce qui est chassé, pêché et cueilli Décrire les pratiques vestimentaires :
 - Le « Bonnet montagnais »
 - Vêtements portés lors des cérémonies

ENSEIGNEMENT AU SECONDAIRE – ÉCOLE KASSINU MAMU

L'école secondaire Kassinu Mamu offre le programme de formation Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR) de premier et deuxième cycle du secondaire (1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e et 5^e secondaire). De plus, l'école offre un programme de nehlueun, des sorties en territoire et d'enrichissement.

UNIVERS SOCIAL

Au premier cycle du secondaire 1, deux principaux thèmes sont abordés, soit l'organisation locale et les prises de décisions.



Contenu local
a) situer dans le temps le peuplement du Canada (la grande marche humaine)
b) comprendre les raisons du peuplement du Canada
c) explorer le mode de vie nomade chez les Autochtones
d) à l'aide d'une situation TNI (tableau numérique interactif), explorer l'organisation sociale des sociétés nomades
Contenu MEESR
a) situer dans le temps et l'espace les premières manifestations de la sédentarisation et de l'apparition de l'agriculture
b) explorer les débuts de la sédentarisation et de l'agriculture et comprendre l'organisation de la vie dans les premières sociétés
c) à l'aide de documents écrits et iconographiques, interroger et interpréter le mode de vie des Amérindiens au 16 ^e siècle en appliquant les concepts et les savoirs historiques du chapitre
d) prendre conscience de son rôle dans l'école et du rôle de l'individu dans la société et établir des liens entre le rôle des individus dans les premières sociétés et dans les sociétés d'aujourd'hui

Au premier cycle du secondaire 2, les principaux thèmes abordés sont l'impact de l'arrivée des Européens chez les Pekuakamiulnuatsh ainsi que l'importance du Nitassinan chez les Pekuakamiulnuatsh.

Contenu local
a) établir un portrait du territoire des Pekuakamiulnuatsh
b) connaître les causes des négociations territoriales
c) comprendre l'impact de la signature éventuelle d'un traité avec le gouvernement
d) schématiser sa compréhension de l'enjeu auquel les Pekuakamiulnuatsh sont confrontés
e) s'informer sur la Déclaration sur les droits des peuples autochtones
Contenu MEESR
a) étudier un territoire autochtone précis du Québec (portrait du territoire et principaux enjeux auxquels doit faire face cette communauté autochtone)

ÉTHIQUE ET CULTURE RELIGIEUSE

Contenus au premier cycle:

- Patrimoine religieux des Innuatsh
- Les éléments fondamentaux des traditions religieuses
- Les représentations du divin et des êtres mythiques et surnaturels

Les toponymes :

- Sont le reflet de l'histoire des Pekuakamiulnuatsh
- Jouent un rôle essentiel dans la conservation du patrimoine
- Sont révélateurs des traditions, us et coutumes et de la spiritualité

Influence des traditions religieuses = arrivée des missionnaires
Éléments du patrimoine religieux

Rituels et les cérémonies

Contenus au deuxième cycle

- • Religions au fil du temps

- • Questions existentielles
- • Expériences religieuses
- • Références religieuses - arts et culture

PROGRAMME DE SORTIES EN TERRITOIRE

Comprendre ou se représenter le mode de vie en territoire:

- Connaître les outils nécessaires en forêt
- Monter un campement
- Repérer l'habitat
- Connaître les techniques de chasse et pêche

Mettre à profit les connaissances liées au mode de vie en territoire :

- Appâter le gibier
- Dépecer le gibier
- S'orienter en forêt
- Utiliser la langue

Adopter les attitudes et les comportements lors des sorties en territoire :

- Respect de tout ce qui vit
- Entraide
- Méthodes de travail

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Les formations auprès du corps enseignant sur le diabète sont nécessaires. En ce qui concerne la prise de glycémie, il faudrait également leur expliquer le diabète du type 1 (DT1) et le diabète du type 2 (DT2) et la différence entre les deux. Il n'y a pas encore eu de cas documentés de diabète parmi les jeunes, mais il a été soulevé que si on se fie à la manière dont le diabète s'est propagé dans la communauté, il est fort à parier que ceci arrivera dans les prochaines années.

Les écoles sont également touchées par les règlementations sur le gibier, mais les jeunes en mangent quand ils sont sur le territoire. Il y a aussi une formation pour les jeunes transmetteurs de pratiques et savoirs traditionnels à l'école secondaire Kassinu Mamu. À

ce propos, certains participants affirment déjà remarquer une amélioration chez les jeunes par rapport aux savoirs traditionnels. Ils soulignent d'ailleurs que plusieurs d'entre eux démontrent une volonté et un désir de s'engager de manière sérieuse. Les jeunes sont fiers et engagés par la transmission des savoirs familiaux.

Programme de sorties en territoire (printemps et automne) pour les jeunes du secondaire en lien avec la transmission des savoirs millénaires des Pekuakamiulnuatsh. Il a été mentionné qu'il pourrait y avoir une intégration de l'enseignement sur les plantes médicinales.

SECTEUR TERRITOIRE – DROITS ET PROTECTION DU TERRITOIRE (DPT)

Programme Ilnu aitun (séjour en forêt). Afin d'encourager et de faciliter l'accès au territoire, une aide financière journalière est accordée aux participants selon différents volets.

PROGRAMME ILNU AITUN

Le but primaire de ce programme est de favoriser le sentiment de fierté et d'appartenance des Pekuakamiulnuatsh. Plusieurs activités sont réalisées dans la visée de favoriser le lien avec le territoire qui est la pierre angulaire de l'identité des Pekuakamiulnuatsh.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

- Favoriser l'occupation et l'utilisation de Tshitassinu par les Pekuakamiulnuatsh
- Approfondir et renforcer le sentiment d'appartenance et de fierté des Pekuakamiulnuatsh à Tshitassinu
- Favoriser la transmission et l'application des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire des Pekuakamiulnuatsh

SERVICES OFFERTS PAR DPT

- Location de tentes
- Transport et services en territoire

- Transport médical en territoire
- Prêt pour l'achat d'équipement et de matériaux pour l'occupation du territoire
- Gestion du gibier communautaire

LOCATION DE TENTES

Le programme de location de tentes se présente sous forme de location de carré de tente, de tente et de poêle de tôle pour la pratique d'ilnu aitun sur Tshitassinu. Ce programme vise à contribuer à l'atteinte de différents objectifs inscrits dans la stratégie d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu :

- Documenter l'occupation et l'utilisation de Tshitassinu
- Consolider l'utilisation de la réserve faunique des Laurentides et de l'ensemble de Tshitassinu
- Favoriser la transmission et l'application des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire des Pekuakamiulnuatsh

TRANSPORT ET SERVICE EN TERRITOIRE ET TRANSPORT MÉDICAL EN TERRITOIRE

La raison d'être de ce programme est de fournir les services adaptés aux besoins des Pekuakamiulnuatsh.

- Favoriser l'accessibilité et un accès équitable à Tshitassinu
- Offrir un service de qualité

GESTION DU GIBIER COMMUNAUTAIRE

Il s'agit des animaux qui sont souvent utilisés lors des rassemblements communautaires et pour les festins (mukushan). Le gibier est remis pour l'utilisation communautaire (ex. : dans les écoles - sorties en territoire).

Type de gibier communautaire:

- Orignal
- Castor
- Outardes (oiseaux migrateurs)
- Poisson

- Petit gibier (lièvre ou perdrix)

ENCADREMENT EN MATIÈRE D'OCCUPATION ET D'UTILISATION DE TSHITASSINU

Stratégie d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu

- • Code de pratique sur les prélèvements fauniques
 - • Code d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu
- STRATÉGIE D'OCCUPATION ET D'UTILISATION DE TSHITASSINU

Cette stratégie identifie les orientations qui soutiennent les démarches visant à assurer la pérennité des liens forts et profonds qui existent entre les Pekuakamiulnuatsh et Tshitassinu. Ainsi, par le biais de cette stratégie on vise à :

- Assurer l'occupation et l'utilisation de Tshitassinu par les Pekuakamiulnuatsh
- Préserver les ressources essentielles à la pratique d'ilnu aitun
- Veiller au respect de l'environnement
- Perpétuer la transmission des valeurs, des savoirs traditionnels et de la pratique d'ilnu aitun
- Protéger et affirmer les droits ancestraux y compris le titre Ilnu
- Assurer un canal de communication efficace entre Pekuakamiulnuatsh Takuhikan et les Pekuakamiulnuatsh

CODE D'OCCUPATION ET D'UTILISATION DE TSHITASSINU

Le code a pour objectifs:

- De permettre aux Pekuakamiulnuatsh d'occuper et d'utiliser Tshitassinu dans un cadre structuré et reconnu
- D'augmenter l'accessibilité au territoire
- De favoriser une cohabitation harmonieuse
- De clarifier les procédures et les mesures à respecter par les Pekuakamiulnuatsh en matière d'occupation et d'utilisation de Tshitassinu

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

En ce moment, l'utilisation des plantes médicinales n'est ni encadrée ni ciblée par le programme Ilnu aitun, les plantes demeurent néanmoins un point focal et sont un

élément intrinsèque d'ilnu aitun. Il y aurait, par conséquent, des liens à faire avec, par exemple, le programme de chasse, etc.

Pierre Haddad soulève le point que ce programme pourrait aussi servir et être adapté pour fournir à la communauté des plantes médicinales.

Utilisateur, accompagnateur, apprenti et accompagnatrice (conjointe) – reconnaissance du rôle de la femme. Les services offerts aux participants :

- Ravitaillement et transport de matériel
- Transport médical (plus de 30 jours en forêt)
- Prêt sans intérêts pour l'achat de matériaux

Il est difficile de recruter les jeunes pour le volet apprenti étant donné le contexte des études et du travail. Il faudrait trouver un autre mode de fonctionnement.

Prêt d'équipement pour les rassemblements : Printemps (Pekhupessekau – Journée des Autochtones – Grand rassemblement des Premières Nations – Automne (Ushkui-Shipi)

Il n'y pas d'information ou de statistiques concernant la cueillette de petits fruits, de champignons ou de plantes médicinales. Les gens cueillent selon leurs besoins.

Concernant un projet de dispensaire de plantes médicinales, il est mentionné que cela pourrait être réalisable à la condition qu'il y ait des transmetteurs.

ASSOCIATION DU PARC SACRÉ - KANATAKULIUETSH UAPIKUN

La mission première de l'association du Parc Sacré est la forêt nourricière (aménagements comestibles en continuité).

Qui plus est, l'association du Parc Sacré vise à promouvoir la santé par les plantes médicinales. Ainsi, les plantes médicinales et l'accès au territoire font partie des projets. Pour cela, il faut cibler les ressources disponibles et avoir accès à un local adéquat pour

l'entreposage des plantes médicinales et des champignons. Il y a également le souhait d'une serre ou d'une pépinière communautaire.

Activités: transmission des connaissances et du savoir, forêt nourricière, aménagements comestibles dans les écoles.

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Les besoins ciblés sont un local de transformation de produits forestiers non ligneux, par exemple, un endroit où les sécher.

Il y a la possibilité de les cultiver en forêt, mais il n'y pas assez de ressources pour faire la récolte sauvage (« wild harvesting »). L'association du Parc Sacré est ouverte aux serres et aux pépinières pour faire la cultivation.

Alain Cuerrier pose la question sur le questionnaire sur les 15 symptômes pour cerner les plantes antidiabétiques. Ceci fait référence aux entretiens ethnobotaniques qui ont pour but de cibler, de la pharmacopée et des savoirs locaux, des plantes à potentiel antidiabétique à partir de 15 symptômes et les complications pouvant être associées au diabète ce qui concorde avec le 4^e objectif du projet Cultures autochtones et science contre le diabète. Donc, il se questionne quant à la meilleure approche pour faire considérer la réalisation du questionnaire des 15 symptômes, il se demande également s'il faut passer par les Aînés en premier ou bien par le conseil de bande ou bien s'il y a d'autres personnes auxquelles il faut proposer le projet. À cet effet, on lui répond que l'association du Parc Sacré pourrait être impliquée dans ce projet et qu'ils seraient ouverts à cela. Il faudrait, par contre, bien expliquer le projet aux Aînés qui sont réticents à partager leurs savoirs, il faut également bien expliquer aux Aînés et à la communauté la manière dont le savoir sera protégé. Il a été soulevé que des savoirs liés à des plantes médicinales et leur utilisation ont déjà été enregistrés.

Parmi les autres suggestions, on retrouve aussi :

- L'idée de promouvoir la santé par les plantes médicinales.
 - La possibilité de créer un répertoire de savoirs qui pourrait constituer un outil de travail pour un porteur de savoirs. Ceci pourrait, par ailleurs, générer plus de confiance.
 - Amorcer une démarche qui protège les savoirs traditionnels.
 - Créer un outil pour les travailleurs de la santé afin de leur permettre de savoir quelle plante médicinale administrer et à quel moment.
 - Un plan d'action doit être élaboré – vers quoi la communauté s'en va et vers quoi elle veut aller. La volonté des Aînés est très importante pour le développement de cette association.
 - Valider la volonté et l'acceptation des Aînés. À cet effet, il faudrait leur poser des questions sur leurs craintes et sur ce qui pourrait être fait pour obtenir leur consentement et stimuler leur désir de participer.
 - Les connaissances sur les champignons ont été perdues dans l'histoire, mais c'est un sujet qui pourrait connaître un regain de popularité.
 - Projets futurs : formation de cueilleurs, protection des lieux de cueillette, local de conditionnement pour les plantes et champignons et accueil d'un stagiaire en cartographie.
 - Intégrer les plantes médicinales antidiabétiques à l'association du Parc Sacré. Trouver une manière pour impliquer les différents acteurs de la communauté et voir de quelle manière ils peuvent offrir leur soutien ou aider à développer cette idée.
 - Aspect de l'éthique (protection des savoirs) par rapport aux recettes de plantes médicinales qui ont été partagées aux chercheurs, mais de manière confidentielle.
 - Il y a déjà un inventaire des plantes, mais pas nécessairement au niveau du diabète.
 - Interaction entre les médicaments et les plantes médicinales.
 - L'équipe CIRH-TAAM se met disponible pour tout questionnement ou crainte par rapport aux interactions ou effets particuliers des plantes médicinales qui seraient intégrées au à l'association du Parc Sacré.
 - Plan d'action et porteur du projet (aînés?).
 - Une consultation pourrait être faite un peu plus tard avec la population en général.
-
- Tenir compte de l'élément de transmission au sein des familles avant les étrangers.
 - Refaire des sorties en territoire pour faire de l'herborisation.
 - Travail de synthèse à faire.
 - Stratégie de sortie en territoire.
 - Il faut arriver à un consensus afin de valider quels symptômes et quelles plantes sont à prioriser.

SECTEUR PATRIMOINE ET CULTURE

La direction du Patrimoine, de la culture et du territoire a pour mission :

- De préserver, de promouvoir et de développer le pekuakami aihitun et plus spécifiquement le shashish nehluéun ainsi que le patrimoine naturel, matériel et immatériel.
- De favoriser l'occupation optimale de l'ensemble de Tshitassinu selon la philosophie de pekuakami aihitun et du mode de gestion millénaire des Pekuakamiulnuatsh (développement durable).

Services offerts :

- Recueils de connaissances : cuisson du castor, de l'orignal et de la bannique, etc.
- Service de traduction
- Service-conseil
- Service aux écoles
- Outil de transmission : Nehluéun.com
- Production de vidéo de sensibilisation à la culture
- Programme de descente en rivière offert aux adultes et familles (pas de programmation officielle, la transmission se fait de façon naturelle)

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

On mentionne notamment les problèmes liés aux pensionnats et que l'art thérapie fait beaucoup de bien pour atténuer les séquelles néfastes de cette période.

Approfondir et favoriser le sentiment de fierté identitaire chez les Pekuakamiulnuatsh « on n'a pas envie de travailler sur soi lorsqu'on ne sait pas qui on est ».

Les recueils de connaissances sont disponibles au musée et dans les écoles pour consultation seulement (ne peuvent pas être ramenés à la maison).

GROUPES DE DISCUSSION

Résultats saillants des groupes de discussion qui s'érigaient autour de trois thèmes principaux – la médecine traditionnelle et le diabète, l'alimentation traditionnelle et le diabète, les activités traditionnelles et le diabète.

THÈME 1 – LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET LE DIABÈTE

- Promouvoir la prise de plantes traditionnelles pour contrer le diabète et ainsi diminuer les préjugés par rapport aux plantes médicinales.
- Élaborer un livret avec photos de plantes antidiabétiques.
- Informer les professionnels de la santé sur les pratiques locales liées aux plantes médicinales.
- Mettre à jour et valider les connaissances, par un comité, des transmetteurs disponibles et en faire la promotion.
- Pour l'étude clinique, les lieux suivants ont été ciblés :

o Shaputuan

o Centre de santé

o En Territoire

o À la maison (réseau informel)

- Donner des boutures, des graines, etc. aux particuliers pour qu'ils puissent se faire des plates-bandes nourricières.
- Lors de l'activité Marchons sur Nitassinan, inclure une activité sur les plantes médicinales.
- Donner l'information aux professionnels de la santé, les animateurs et tous les intervenants.
- Un objectif à court terme serait de mettre à jour une liste de connaisseurs/transmetteurs qui a été établie dans les années 80 – 90.
- Établir une meilleure communication entre les différents groupes – réserver un moment pour se partager les connaissances.
- Se réapproprier le local de médecine traditionnelle dans le centre de santé. Trouver un emplacement culturellement approprié.
- Lors de rencontres, des activités ou de Mukushan, ajouter les tisanes comme choix de breuvage.
- Offrir des tisanes à la place du café ou du moins donner le choix. Cette initiative devrait être accompagnée d'une personne qui expliquerait le raisonnement sur lequel cette décision est bâtie. Impliquer l'association du Parc Sacré pour fournir des tisanes/plantes.
- Inclure 3-4 questions sur les plantes médicinales – bingo sur le diabète.
- Bien cerner les critères d'inclusion et d'exclusion des participants de l'étude clinique.
- Informer le réseau de santé élargi (Roberval, St-Prime) de la direction que prend Mashteuiatsh.



THÈME 2 – L’ALIMENTATION TRADITIONNELLE ET LE DIABÈTE

- Le problème majeur réside dans le fait que les viandes de bois ne peuvent pas être consommées ou utilisées dans les infrastructures du Conseil dû aux règlements de l’Agence canadienne d’inspection des aliments. Des solutions peuvent être envisageables :

- o Projet-pilote

- o Permis communautaire

- o Traiteur

- o Cuisine privée

- o Local géré par un organisme externe au Conseil

- Mieux transmettre les connaissances sur les aliments traditionnels, car ceux-ci ont des pouvoirs médicinaux aussi.
- Savoir comment préparer la viande de gibier de façon sécuritaire. Formation à offrir aux chasseurs pour préparer la viande de gibier.

- Établir une règle/politique de servir uniquement les aliments traditionnels lors des évènements. À cet effet, il faudrait s'assurer que ceci soit accessible et voir comment faire pour obtenir du financement.
 - Intégrer davantage la culture dans les activités culinaires et communautaires. Trouver une manière de promouvoir le patrimoine culturel à travers l'alimentation traditionnelle.
 - Faire mieux connaître les activités disponibles ou adapter les activités aux besoins et désirs de la communauté.
 - Travailler en prévention de la maladie – permettre à tous les membres de la communauté de participer et offrir des activités non seulement pour ceux qui sont atteints de DT2 mais aussi pour les prédiabétiques.
 - Identifier les activités qui font partie du programme. Attribuer un logo aux activités reliées au traitement du DT2 pour permettre aux personnes de les repérer facilement.
 - Faciliter la méthode de documentation de son alimentation pour les participants du projet (ex. : journal de bord, photos, enregistrements vocaux, etc.).
 - Toutes les initiatives doivent être accompagnées d'un effort d'établissement de liens. C'est-à-dire, si un nouvel élément culturel est ajouté (ex. : thé du labrador), il faudrait expliquer aux personnes pourquoi celui-ci est ajouté pour ainsi mettre en relief sa pertinence et valoriser la culture.
-
- Faire un inventaire des activités qui existent afin de trouver une manière adéquate de travailler ensemble et intégrer du contenu culturel.
 - Se focaliser sur la transmission des recettes traditionnelles. Livre de recettes traditionnelles.
 - Se réapproprier les connaissances sur la nourriture que les ancêtres consommaient – recherche à faire.
 - Instaurer des activités de jeûne. Promouvoir le respect de la nourriture.
 - Organiser des activités de cueillette pour les jeunes.
 - Rendre disponible la documentation sur la préparation et la cuisson des aliments traditionnels (ex. : vidéos, blogue, etc.).



THÈME 3 – LES ACTIVITÉS CULTURELLES ET LE DIABÈTE

- Mettre l'accent sur les plantes médicinales dans les sorties en territoire, mais aussi en classe (étudiants).
- Promenade d'initiation aux plantes médicinales, arbres, fruits, cueillette d'écorce.
- Projet entrepreneurial pour la confection de tisane à l'école Kassinu Mamu.
- Il faut relier la médecine traditionnelle à la culture et l'identité des Pekuakamiulnuatsh.
- L'art aide à guérir. Il est avant tout nécessaire de favoriser l'amour envers soi-même. Un travail pour retrouver sa fierté reste à faire afin de se défaire d'un manque d'amour propre et d'un manque de confiance en soi générés par les préjugés et la discrimination.
- Pratique des arts : peinture, chant, broderie, danse, etc. Reconnexion avec qui nous sommes, d'où on vient.
- Art thérapie – projet diabète. Développer une activité sur l'identification de la maladie.
- Établir un centre de mieux-être en territoire qui offrirait des activités culturelles et artistiques
- Jeux autochtones interbandes, notion de l'effort à démystifier. Il faut également changer la notion de constance, par exemple, les entraînements pour les jeux se font sur une courte période et par la suite il n'y a pas de suivi.

- Sortie en territoire – limitation à vérifier. Il faut commencer par une évaluation avant de proposer des activités, comme le canotage et le portage.
- Trouver une façon de soutenir l'intérêt des gens pour les activités.
- Approche par le jeu.
- Diffuser l'information sur les plantes médicinales via les médias sociaux et la radio communautaire.
- Ateliers dans les différentes garderies.
- Trouver des modèles de réussite, afin de donner le goût de se prendre en main et de persévérer.
- Motivation et le empowerment par les « role models » (ex. : les diabétiques qui ont changé leur mode de vie).
- Outiller les personnes qui aiment être les porteurs de messages – avoir une base sur comment passer un message de manière appropriée.
- Se focaliser sur les activités qui répondent aux besoins des gens.
- Se réappropriier la vraie histoire.
- Comment perçoit-on la culture? Les visions plus traditionnelles et les visons plus modernes.

Étude clinique

- Ajouter l'enseignement des plantes médicinales lors des randonnées pédestres.
- Rétribution financière des participants pour se présenter aux trois mois (glycémie, pression artérielle et poids).
- Documenter les changements alimentaires.
- Formulaire de qualité de vie – capter le bien-être général de la personne.
- Mettre en place un processus d'aide pour la guérison intérieure également, car beaucoup de dimensions dans la santé globale.
- Outils à développer avec le Centre de santé.



Niaut uelapissish!

**Annexe 5 : Rapport de l'atelier de transfert de
connaissances à Mistissini du 20 juin 2018**

Knowledge Transfer and Exchange Workshop - Mistissini

June 20 2018

Best of Both Worlds

Meeting Summary

Cree Nation of Mistissini



TABLE OF CONTENTS

Participants	373
Project objectives.....	375
Mixed care – Vanessa Sit	376
Health care in Mistissini	376
Barriers and facilitators – Caroline Ouellet.....	377
Barriers and facilitators toward access and use of <i>Eeyou Entouquinn</i>	377
Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>	377
Strategies promoting mixed care.....	377
Observed and implemented strategies	377
Favorable environment	378
Strategies promoting mixed health care	378
Main conclusions.....	379
<i>Best of Both Worlds</i> project	379
Challenges	380
Comments	380
Mixed care models – Vanessa Sit.....	380
Mixed care models in Canada	381
Mixed care models – international	382
"Catalytic" role of health professionals	383
Models by specific areas of healthcare	383
Focus groups	384
How can facilitating factors be used to overcome barriers?	384

Are there any best practices from mixed care models that are interesting for Mistissini?

386

What solutions are feasible in the short, medium and long term context? 388

APPENDIX 1 – Barriers and facilitators toward access and use of Eeyou Entouquinn..... 392

APPENDIX 2 – Barriers and facilitators toward access and use of *Whamstegooutchiou Entouquinn*..... 395

Participants

1. Pierre Haddad
2. Cory Harris
3. Alain Cuerrier
4. Isidora Janezic
5. Caroline Ouellet
6. Vanessa Sit
7. Ashley Iserhoff, Director of Health and Social Development Department
8. Julie Matoush, Community Researcher/Local Research Coordinator
13. Sonia Lachance, Public Health and Diabetes team
14. Gladice Salem, CDE, Diabetes Educator
15. Helene Porada, RD, CDE, Diabetes Educator
16. Mihigo Muganda, Awash Nutritionist
17. Alex Hunting, Doctor
18. Mabel Gunner, Elder
19. Deanna Petawabano, Elder’s Council Administrator

9. Jane Voyageur, Coordinator Of
Cultural Programs and Development

20. Chantal Vinet, Public Health
Nutritionist, PPRO

10. Mary Jane Jimikin, Elder

21. Maggie Coonishish, Administrative
Technician

11. Charlie Jimikin. Elder

12. Monique Laliberte, Nurse, Diabetes
Educator

Project objectives

Indigenous populations in Canada and abroad often suffer from a higher burden of disease than their neighboring non-indigenous populations. The reasons for poorer health profiles in these populations are complex and include inequities at various levels that are related to social determinants of health (for instance, housing, education, food security and so on).

When it comes to finding ways to mitigate these Indigenous health inequities, access to quality primary care for Indigenous populations, both geographically and culturally, becomes an essential factor to consider. Yet, even when services are available locally, there often exists a cultural disconnect between Indigenous ways of healing and contemporary health care. Indeed, traditional medicine and healing practices are often neither fully recognized nor considered part of the regular primary health care system. Hence, traditional methods are usually only accessible as alternative options working in parallel to the mainstream system.

The project should increase non-Indigenous practitioners' knowledge on Indigenous healing ways and their importance for population health, as well as instill a community-based, participative and complementary (Two-Eyed Seeing) approach. Moreover, implementation of the mixed care model should contribute to increasing Indigenous communities' control and access to safe and culturally relevant primary care options. Finally, because the project will involve communities with different primary health care contexts, the knowledge generated will help support health care policies in integrating Indigenous traditional medicine and, as such, contribute to reducing health inequities faced by many Indigenous populations in Canada and abroad.

Mixed care – Vanessa Sit

Main benefits of a mixed care system:

Another option in health care

Enhances cultural adaptation of health services

Holds potential for the treatment of chronic diseases and for those refractory to modern medicine

Improves the prevention of diseases

Empowers patients

During some of the exchanges at the meeting it was mentioned that the patients should have the right to choose a mixed health care. Alex Hunting, a doctor who was present at the meeting also mentioned that the Cree patients are often discriminated and called racial slurs, which can contribute to the patients' isolation and mistrust. This in turn highlights the need for a culturally appropriate health care system that values and respects Cree traditions and way of life.

Health care in Mistissini

Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Regional initiative

Nishiyuu Miyupimaatisiun Department – the aim is to provide integration for traditional approaches to medicine and social services (Cree Helping Methods).

Local initiative

Murray's Lodge – a facility where, among others, elders pass down cultural knowledge and skills to members of the community.

Barriers and facilitators – Caroline Ouellet

The main facilitators and barriers that were identified by the participants are presented in this section.

Barriers and facilitators toward access and use of Eeyou Entouquinn

The main barriers and facilitators as identified by the participants were divided into different categories depending on their nature (e.g. personal/individual, relational, cultural, structural, policy-related and medical).

The analysis of the interviews was mainly based on the frequency of mention. The categories that received the highest number of mentions, were considered to be the most important.

The detailed tables are included in the Appendix 1 of this document.

Barriers and facilitators toward access and use of Whamstegooutchiou Entouquinn

Just as with the barriers towards the access and use of the Eeyou Entouquinn, the facilitating and constraining factors in accessing and using Whamstegooutchiou Entouquinn were divided into the same categories (personal/individual, relational, cultural, structural, policy-related and medical) and were analyzed according to the number-of-mentions approach.

The detailed tables are included in the Appendix 2.

Strategies promoting mixed care

Observed and implemented strategies

Hiring of a knowledge holder

Collaboration between health professionals and knowledge holders

Referral system between the doctor and the nurse

Favorable environment

Organizational

Elders' request the home care service

Availability of an Eeyou Entouquinn knowledge holder

Nurse who has knowledge about Eeyou Entouquinn and is willing to act as an intermediary.

Openness of the health professionals

Support of the manager

Local/Regional

Recognition of Eeyou Entouquinn by the Band Council and Nishiyuu Miyupimaatisiun.

Strategies promoting mixed health care

Accessibility

Cree pharmacy

Traditional remedies dispensary

Eeyou Entouquinn in the clinic

Coordination

Referrals (both ways)

Care protocols

Case manager – would help coordinate the actors of both medicines.

Logistic

Treatments

Preparation of Eeyou Entouquinn

Treatments could also include counseling. This would be especially beneficial for patients who do not want to consult a psychologist. It was also mentioned that it would be good to have an Elder present.

Health care approach

Plants/spirituality

Non compatibility of the time allowed for a consultation

Not everyone feels comfortable at the clinic

Ontario's models of care – this is an interesting example as the patient can choose whether he/she wants to see a doctor or a healer.

Traditional medicine goes way beyond care.

Main conclusions

Best of Both Worlds project

The desire for better access to Eeyou Entouquinn is shared by all.

Structural barriers are significant.

Despite openness and growing mutual respect, mistrust toward each other's medicine persists because of historical trauma (Cree) and lack of knowledge (non-Cree).

Time is ripe for greater communication/education/ relationship between Cree Knowledge holders and health professionals.

Challenges

Identification of knowledge holders.

Leadership of the Chief and Council.

Funding to support the teaching of Eeyou Entouquinn/ Knowledge transfer to youth.

Cree Health Board and Nishiiyuu need to step up to the plate.

Comments

Emerging model – more research is needed on drug interactions. This has been a part of the project for a long time now.

Better trust needs to exist in the patient/doctor relationship. Patients need to feel at ease and feel comfortable to talk to their doctors and tell them they are using traditional medicine. Doctors can also manage drug interactions. It was pointed out that there is a leaflet on plants that have an interaction with antidiabetic drugs.

More training on traditional medicine is needed for the health professionals. They need to know more about the culture, traditional knowledge and traditional medicine.

Traditional medicine should not be self-administered; it should be done under the guidance of the Elders/knowledge holders.

The patient should be accompanied in his/her decision to use traditional medicine. There should always be a knowledge holder, an Elder and a close follow-up by a nurse or a doctor.

Mixed care models – Vanessa Sit

Finding balance between traditional and Western medicine.

Mixed care models in Canada

Traditional and modern medicine coexist with mutual respect under one roof.

All Nations' Healing Hospital (Saskatchewan)



Whitehorse General Hospital (Yukon)



Where there is a greater combination of the two medicines

Noojmowin Teg Health Center (Ontario)



Sioux Lookout Hospital (Ontario)



The relationship between the healer and the patient is of outmost importance. In general, the patient brings the healer a gift as a sign of his/her commitment to the healing process. The gift can sometimes depend on the length of the treatment.

Mixed care models – international

Inventory, keep and protect traditional medicine

Intercultural exchanges

Costa Rica, Mexico, Bolivia and Nicaragua

Exceptions

Jambi Huasi (Ecuador)

In Sierra Leone, the patient coordinator model is emerging

In Oceania

West: model of the patient coordinator with an evolution towards mixed care

Central West: collaboration and mutual respect between health professionals and healers

The staff is mainly composed of health care professionals and indigenous health care workers.

The whole health care team facilitates the access to traditional medicine.

"Catalytic" role of health professionals

The health care team facilitates access to traditional medicine for patients who request it

Six Nations Mental Health Services (Ontario)

Barefoot doctors (Guatemala)

Preserve and promote the use of traditional medicine in rural areas

Los Naturistas (Bolivia)

Combine modalities of traditional medicine and modern medicine but are very selective in the illnesses that they treat.

Tribal Doctor (Alaska Native Medical Center)

Different from the traditional healer

A recognized doctor

Models by specific areas of healthcare

Maternal and child health

Inuulitsivik Maternity Center (Nunavik) – They have a certificate. In order to obtain this certification, they have to accumulate a certain number of hours and attend to a certain number of patients.

Mental health

Wapan Center (Quebec), Healing Lodge (Manitoba)

Black Feet cultural camps (United States) – organized in nature for people with addiction problems.

Focus groups

A focus group was held on three different themes in order to assess the best approaches to improve access to Cree Traditional Medicine in the context of current health care in the Cree Nation of Mistissini.

How can facilitating factors be used to overcome barriers?

Knowledge transfer workshops.

Elders' Council – to promote healthy habits among Elders and to advise the Social Development Department.

Get access to more stories from Elders who had diabetes.

Elders in Mistissini are dying at a high rate. They are also very lonely and need to be included in programs.

There is a need for a facilitator for a traditional medicine practitioner.

There needs to be a mechanism to help in identifying a traditional knowledge holder.

Support an open type of policy at Murray's Lodge – Elders are hired to work for the program – traditional medicine, cooking (traditional meals), and sewing – anything that has to do with traditional knowledge.

How can knowledge transfer be supported and transmitted to the youth? It is more effective when done “in the bush”. The doctors are sometimes involved and this type of activity is usually done in the summer.

Hire more young people at Murray’s Lodge.

Many of the teachings are not written. Knowledge is transferred by word, in the bush, by actions. It is harder to do this in a building setting. It is a lot easier to learn hands-on, in the right environment.

Youth Council can organize events to promote knowledge transfer (e.g. Youth Pathways – a new program in Mistissini, like the Harlem Project. It is a way for the youth to document what they are learning).

Youth mentoring – Trappers and Elders take youth to the bush. Youth that have fallen through the cracks are included in these programs – when you are physically present, you are mentally there too.

Doctors and nurses should be more involved and present at traditional gatherings – this would be a good way for a more “hands-on” learning about the Cree culture and traditional ways.

There should be sharing in both directions and more interactions outside the clinic. This changes the power structure. In addition, being in the bush is helpful in stimulating deep conversations, allows patients to be themselves and allows for intercultural sharing. The youth were proud to show the doctors and other health care practitioners a glimpse of their culture.

The doctors wanted to show a different face of the clinic – they talked about confidentiality and they let the youth set the agenda. Everyone felt much more at ease. It was a wonderful way to share and made the subsequent meetings much more pleasant. The contact between patients and health care practitioners is much easier outside the clinic.

Policy – leadership of the Band and the Council

How do we know who is a good healer? How do we know we won't get sued (the healers)?

Learn more on how Elders perceive their role on working with doctors?

Mabel Gunner has had the traditional knowledge passed on to her by different people.

Mary Jane Jimikin mentioned that they learn from observing others.

It was mentioned that there is a medication, a mix of cranberries and blueberries that can help with deteriorating health. If this is done right, in an appropriate setting, a sick person can get their health back.

It was also mentioned that sick peoples' health improved significantly when traditional food was brought to them at the hospital.

Jane Voyageur shared an experience with traditional medicine – her aunt helped heal a burn using traditional medicine.

Ashley Iserhoff also shared his experience with traditional medicine – he had back problems (tension) for three months and went to the clinic about 5 to 6 times. After he almost collapsed from the pain, the clinic offered narcotics. George then told him about his mother's medication at Murray's Lodge. A week within taking the traditional medicine, the pain was gone. An Elder taught him how to apply the medication to his body. He stopped taking the narcotics and mentioned that if the traditional medicine was suggested straight away, he probably would have never taken the pain killers prescribed at the clinic.

Are there any best practices from mixed care models that are interesting for Mistissini?

In Cree, there is no word for healer. The terminology needs to be used in the right way. In the Cree belief system, the medicine people have a gift. There is no title for healers.

There is a cedar room in Mistissini that was built for traditional medicine, but not a lot of people even know that it exists.

Deanna practiced her labour in that room and said that it was nice and private.

Traditional medicine is often not available as they usually collect only as much as they need. This is part of the culture. Medicine is not stored; you have to go out in bush to get it. In winter, you can still get some berries and bark.

The Elders are needed at the clinic. Having only the plants and no one to “administer” them wouldn’t work. There is much more to it than just plants, it is mainly the relationship between a healer and a patient – a human connection.

The healing is not confined to a room or a building.

Jane shared a story about an Elder who had a gift but didn’t know what to do with it, but as soon as he would go out in the land he would know exactly what to do. He had a gift to feel which plants to gather and this was amplified by his connection to the land.

Skunk’s smell is considered medicine – it is known that it has medicinal properties for treating cancer.

Having a better access to traditional medicine is needed (e.g. a pamphlet with information). People need to know more about traditional medicine.

Health professionals should receive training on traditional medicine.

The more knowledge they have, the better they can assist and understand patients.

The initial assessment should include traditional medicine.

Make people aware of the cedar room as not everyone has the same mobility and access to the land.

There has to be a balance between traditional and western medicine.

The key people need to decide on how to work together.

The patients are the ones who should decide which medicine works best for their problems.

Having a case manager who can coordinate both systems would be useful.

CIHR needs to know more on traditional medicine.

What solutions are feasible in the short, medium and long term context?

SHORT TERM (about a year from now)	MEDIUM TERM (2 to 5 years)	LONG TERM (10 years)
1. Traditional gathering with health professionals (doctors, nurses, nutritionist, pharmacists, CHR, etc.). A less formal way for favoring interactions.	1. Structural barriers and policy. Systemic actions should be undertaken.	1. Make sure not to take too much from the environment. The Elders that collaborated on the project brought up the sustainability issue. There is also the issue of there being more and more harvesters.
2. Booklet containing all the data collected in 15 years updated with the information since 2015. This is a booklet on antidiabetic plants, but can serve as a model for a booklet on traditional medicine.	2. Nishiyuu recognition of traditional medicine. By 2020, organize regional meetings with Elders on traditional medicine.	2. Cultural competency for the health workers. Determine who would provide the training. Compulsory training for Cree health board staff. Traditional medicine should be part of this training.
3. The role of the CHR needs to be discussed. What role can they play	3. Find a way to promote and value the Cree	3. Introduce a program that values traditional practices

and what should they not play?	traditional ways.	and traditional knowledge.
4. Identify traditional medicine practitioners.	4. Identify a specific area where the combination of the two medicines can happen (e.g. mental health, birth centers, etc.)	4. Formalize the code of conduct. This would depend on the Elders.
5. Find a way to steer people toward traditional medicine.	5. Spread the information on what is being done in other communities.	5. Have everyone in the community know how to practice and use traditional medicine and use it to treat their family.
6. Find a coordinator who can steer the patients toward Elders. Lists are a very western approach, so Cory mentioned snowball sampling.	6. Find ways to get funding to preserve traditional knowledge.	6. Work with the Trappers' Association. As they set trap lines, they come in contact with many plants. They could help manage traditional medicine plant resources.
7. Get the cedar room more known. Get people to visit the room. Find out why the room was designed and use this for marketing purposes.	7. Address the issues of paying Elders for their services. Workshops are a way of hiring Elders to give workshops (e.g. how to make a snare or use roots).	7. Find a way to tackle the stereotypes that exist on both medicines.
8. The physical space at the	8. Change school	

<p>clinic can be made more culturally appropriate by adding arts, posters, etc. that reflect the Cree cultural identity. For example, a round waiting room to promote gathering. It was mentioned that the Cultural Programs and Development Department could have this on their radar.</p>	<p>curriculum. Integrate more traditional knowledge (e.g. Nunavik).</p>	
<p>9. The idea of making a medicinal plants dispensary is not compatible with Cree values as they only take what they need and live in respect with nature.</p>	<p>9. Have Elders come to school classes and talk about traditional medicine.</p>	
<p>10. Organize walks in nature to identify medicinal plants. It was mentioned that the youth are very interested in these types of walks when there is knowledge transfer with Elders, especially on traditional medicine, but also on other traditional</p>	<p>10. Have permanent caretakers at the shaputuan.</p>	

activities.		
11. Have a booth with a how-to presentation by Elders on medicinal plants during public events.	11. Talk about plants and traditional practices within everyday work.	
12. Have Elders talk about traditional medicine on National Indigenous Peoples Day.		
13. Organize cultural camps and youth mentoring.		
14. Present the project in lay language to youth in schools.		
15. SLIC/ Nishiyuu have to commit to form a group of stakeholders to put everything into place (see Ashley's group).		
16. Organize a Cree cultural class – teach traditional medicine from a scientific perspective.		

APPENDIX 1 – Barriers and facilitators toward access and use of Eeyou Entouquinn

Barriers and facilitators toward access and use of Eeyou Entouquinn				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Personal-individual	Attitudes, values and beliefs against traditional medicine	26	Positive attitudes, values and beliefs towards traditional medicine	28
	Lack of knowledge about traditional medicine	24	Knowing traditional medicine brings the autonomy in healing	27
	Changes occurring through time and generations diminish the exposition to traditional medicine	20	Having knowledge about traditional medicine	25
	Lack of interest in learning traditional medicine	15	Patients' ability to identify their needs increases the use of traditional medicine	13
	Resistance to change	10	Healers having knowledge and practicing about specific diseases	6
	Negative perception of traditional medicine as esotericism	8		

Barriers and facilitators toward access and use of Eeyou Entouquinn				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Personal-individual	Attitudes, values and beliefs against traditional medicine	26	Positive attitudes, values and beliefs towards traditional medicine	28
	Lack of knowledge about traditional medicine	24	Knowing traditional medicine brings the autonomy in healing	27
	Changes occurring through time and generations diminish the exposition to traditional medicine	20	Having knowledge about traditional medicine	25
	Lack of interest in learning traditional medicine	15	Patients' ability to identify their needs increases the use of traditional medicine	13
	Resistance to change	10	Healers having knowledge and practicing about specific diseases	6
	Negative perception of traditional medicine as esotericism	8		

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Eeyou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Cultural	Culture of secrecy about traditional medicine	19	Teaching traditional medicine and culture to community members and health professionals	26
	Disconnection towards traditional medicine following historical events	17	Living with and using traditional medicines are part of the culture	25
	Cultural changes growing apart from traditional medicine	6	Restoring trust and cultural esteem towards traditional medicine	5
	Larger communities are harder to influence in promoting and using traditional medicine	5	Community members and healers wishing to settle a formal vocabulary for traditional medicine practices	5
			Exposing and showing cultural representations of traditional medicines in the clinic's environment will ease patients sharing its use and using it	3

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Eeyou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Structural	Lack of knowledge transfer about traditional medicine	25	Adequacy and proximity of practice place	28
	Difficulty accessing traditional medicine	21	Improving health care design - health care adaptation of structures, rules and services	28
	Inadequacy of actual structure (south model) to implement traditional medicine	19	Availability of traditional medicine services	26
	Time consuming for traditional medicine usage and preparation	18	Traditional healers' education and training	25
	Absent standard on traditional medicine preparation and its use	13	Efficient communication network	20
	Lack of wages for traditional medicine providers	5	Stakeholders are community members	19
	Lack of standard certification	4	Efficient communication and promotion of traditional medicine in the clinic and in the community	14
	Lack of legacy following projects on traditional medicine	1	Evaluation of actual community needs and expectations about traditional medicine	6
			Operational readiness	4

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Eeyou Entouquinn</i>					
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention	
Policy	Lack of regulation for official use and practice responsibility	17	Recognition of traditional medicine and healers by policy makers	15	
	Limited oral and written sharing about traditional medicines caused by the fear of biopiracy	12	Financial support - developing trust fund	12	
	Lack of funding	8	Decisions about health services taken by the community	10	
	Imposed laws by the government		1	Creation of Nishiiyuu department	4
				Development of research agreement to protect knowledge	1
				Having the autonomy, in the community, to build their own clinic	1

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Eeyou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Medical	Variable efficacy of traditional preparations	25	Wide range of applications of traditional medicine	27
	Variable patient responses	13	Efficacy of traditional medicine	26
	Limits and difficult availability of traditional preparations	9	Easier to follow traditional medicine treatment than modern medicine treatment	5

APPENDIX 2 – Barriers and facilitators toward access and use of Whamstegooutchiou Entouquinn

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Personal-individual	Attitudes, values and beliefs against modern medicine	21	Positive attitudes, values and beliefs towards modern medicine	19
	Dissatisfaction towards health system	10	Patients' ability to identify symptoms that are relevant to consult in the modern system	15
	Lack of knowledge and orientation in the modern medicine system	2	Positive experience while consulting at the clinic	5
	Negative feedback from other users preventing the use of modern medicine	2	Positive feedback from other users promoting the use of modern medicine or both medicines	2

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Relational	Lack of trust towards health professionals	9	Efficient and functional communication between individuals and between structures	16
	Language barrier	9	Health professionals educating patients about diseases-treatments	12
	Infantilization of patients	4	Availability of health professionals	10
	Limited time with available with health professionals	3	Developing healthy therapeutic relation	9
	Racism towards community members	2		
	Patients feel their questions are not answered by health professionals	2		
	Conflict between professional and community life preventing the patient seeking help	1		

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Cultural	Challenging mutual understanding due to different cultural backgrounds	13	Knowledge exchange about modern medicine and traditional medicine	10
	Lack of cultural training for health professionals	8	Hiring more Cree people in the clinic	8
	Lack of Cree cultural representations in the clinic	5	Need for leaders to promote modern medicine in the community	6
	Modern medicine is foreign to the local culture	5	Cultural representation in the clinic help patient to feel more comfortable in the modern setting	4
	Conflicting religious beliefs with modern medicine practices	4	Aboriginal youths have been exposed to modern medicine and they are asking for it	3

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Structural	Unavailability of services	21	Improving health care design - health care adaptation of structures, rules and services	26
	Long distance to receive speciality care	20	Adapting professional's practices to the culture	20
	Temporal constraints	19	Proximity of services	18
	Negative impact of staff turnover, insufficient staffing and non-representativeness of Cree staff	16	Availability of services	14
	South model imposed without adaption	14	Positive impact of staff stability, sufficient staff and health professional adaptation to the culture	14
	Hard to navigate the modern health system	12	Quick access and flexibility of schedule	11
	Variation in the quality of care	5	Offering up-to-date health services	11
	Difficult access to health services for Cree patients consulting outside the Cree system	3	Educating and training community members and healers about modern medicine	9
	High cost of medical system	2	Recognition of modern medicine because it is an evidence-based medicine with standard practices	7
	Lack of follow-up with patients	1	Facilitating access to services	2

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Policy	Overwhelming dominance of Western medicine system	6	Financing of medication and the access to health services	3
	Tensions between stakeholders	5	Investment from the government	3
	Lack of communication among organizations	4	Bestowing scholarship to Cree students to study modern medicine	2
	Profit inclined services	4		

Barriers and facilitators toward access and use of <i>Whamstegooutchiou Entouquinn</i>				
Categories	Barriers	Frequency of mention	Facilitators	Frequency of mention
Medical	Variable efficacy of modern medical treatments	25	Efficacy of modern medicine	17
	Negative effects of treatments	23	Patients said they become dependent on health care	7
	Modern medicine brings back memories of colonization	7	Using a holistic approach	7
	Healthy community members don't need to consult	7	Last resort - nothing else works	4

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit



Formulaire de consentement aux entrevues individuelles

Faculté de santé publique

Département administration des services de santé

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Chercheur

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

Santé Publique – Administration des services de santé, Université de
Montréal

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Téléphone : (514) 343-6111

Courriel : vanessa.sit@umontreal.ca

Nom du ou des chercheur(s) :

- Vanessa Sit
- Lise Lamothe, professeure titulaire, Département en Administration de la Santé de l'Université de Montréal, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Université de Montréal
- Pierre S. Haddad, professeur titulaire, Département de pharmacologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de Recherche sur la Santé du Canada.

Aucun conflit d'intérêts des membres de l'équipe de recherche.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet de recherche :

Objectif L'**objectif général** est de comprendre le processus pour arriver à une combinaison de deux médecines : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine.

Description La recherche actuelle s'intéresse à la combinaison de deux médecines. L'une des clés pour comprendre ces processus complexes réside dans l'interaction entre les acteurs. Ainsi, pour

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

comprendre ces processus, nous sommes intéressés à rencontrer des patients, des guérisseurs et Aînés, des professionnels et gestionnaires impliqués de près dans un projet de combinaison.

Ce projet de recherche s'inscrit dans une recherche plus large visant à élaborer un modèle de soins pour améliorer l'accès à la médecine traditionnelle autochtone.

Contexte Les cas à l'étude sont deux communautés Cris : Chisasibi et Mistissini et une communauté Innu : Mashteuiatsh. Pour les entrevues individuelles, nous solliciterons environ 30 participants par communauté. Pour les cercles de partage, 12 participants par cercle (3 cercles par communauté) et pour les ateliers de transfert de connaissances, 40 participants par communauté.

Retombées Une meilleure compréhension des dynamiques entre les acteurs permettra de réfléchir sur une offre de soins combinés auprès des populations autochtones. Ce projet favorisera une accessibilité accrue aux pratiques traditionnelles.

Nature, durée et conditions de la participation :

Afin de connaître le point de vue des patients; des guérisseurs, Aînés; et des professionnels et gestionnaires, nous souhaitons procéder à des entrevues individuelles.

Chaque entrevue pourra durer environ une heure et sous enregistrement audio.

Les rencontres auront lieu à la clinique ou à l'endroit qui vous conviendra le mieux.

Durant l'entrevue, un des chercheurs associés au projet vous posera des questions sur les services reçus/offerts et vos impressions à cet égard. Vous serez libre en tout temps de répondre ou non aux questions. Vous pouvez également décider d'arrêter l'entrevue sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Nous vous demanderons la permission d'enregistrer l'entrevue. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'enregistrement n'est pas une condition à votre participation. L'objectif de cet enregistrement est de refléter le plus exactement possible vos propos.

Suite du projet De plus, dans ce même projet de recherche, nous vous invitons également à participer aux cercles de partage et aux ateliers de transfert de connaissances qui feront suite aux entrevues individuelles. Votre participation à cette entrevue ne vous engage aucunement à participer à la suite du projet de recherche. Vous êtes libres d'accepter ou de refuser. Ils permettront de valider et de discuter sur des thèmes tels que vos perceptions sur l'utilisation de la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Risques et inconvénients :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite pas de risque. L'entrevue pourrait susciter de l'inconfort par rapport à certaines questions, mais vous n'êtes aucunement obligés d'y répondre.

Avantages et bénéfiques :

Il n'y aura aucun avantage ou bénéfice directs pour vous.

Par contre, ce projet de recherche représente un premier pas vers une offre de services offrant les thérapies traditionnelles et ceux de la médecine contemporaine. Il se réalisera par la conjugaison des connaissances des guérisseurs et Aînés avec ceux de l'équipe de recherche.

L'objectif ultime est de rendre la médecine traditionnelle accessible aux communautés, ainsi qu'à tous qui pourraient en bénéficier.

Confidentialité :

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Les informations que vous nous transmettez seront confidentielles. Elles ne seront disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheurs et agents de recherche). Les entrevues seront retranscrites afin de faciliter l'analyse. Toute donnée nominative sera codée de façon à protéger votre identité. Les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés d'un mot de passe.

Anonymat :

Vos noms ne seront pas publiés à moins que vous y consentiez.

Votre renoncement à l'anonymat sera obtenu par écrit et approuvé par les différents comités concernés. Par contre, si l'identification peut nuire au groupe de participants, alors le chercheur maintiendra l'anonymat de tous.

Conservation des données :

Les données recueillies dans le cadre du projet seront conservées dans un casier fermé à clé à l'Université de Montréal. À la fin du projet, les chercheurs remettront aux communautés d'origine les données recueillies (entrevues, cercles de partage, ateliers de transfert de connaissances et vidéos). Les chercheurs ne pourront plus se servir des connaissances transmises par les participants à l'exception des éléments déjà publiés.

Une copie des données sera aussi conservée dans les archives établies dans les communautés autochtones.

Selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées au moins 7 ans après la fin du projet (i.e. le dépôt de la thèse).

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Vanessa Sit

Retour des résultats :

Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échange avec les communautés dans le but d'améliorer les services de soins combinés. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Les résultats généraux du projet de recherche seront diffusés par des résumés vulgarisés sur notre page Web à l'adresse suivante : <http://www.taam-emaad.umontreal.ca/>

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Vous n'avez qu'à en informer la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Compensation financière :

Une compensation monétaire de 40\$ par entrevue individuelle est prévue pour vous dédommager pour le temps consacré.

Responsabilité de l'équipe de recherche :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Commercialisation :

Aucun projet de brevetage ou de commercialisation des nouvelles connaissances n'aura lieu. Le projet ne touche pas les connaissances traditionnelles médicinales, mais bien les dynamiques d'interaction entre les acteurs travaillant conjointement à une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine contemporaine.

Personnes-ressources :

Pour toute question sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter directement les chercheurs principaux:

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

vanessa.sit@umontreal.ca

(514) 343-6111 poste 0532

Pierre Haddad

Professeur titulaire, Département de pharmacologie

pierre.haddad@umontreal.ca

(514) 343-6590

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Si vous vous exprimez davantage en cri ou innu, vous trouverez les coordonnées du comité d'éthique de la recherche local ci-après :

*** Comité d'éthique de la recherche local :	
Cri	Innu
Jill Torrie Secrétaire permanente sur le comité de recherche du Conseil cri de la santé (514) 953-8283	Sandy Raphaël Représentante du comité Patrimoine Innu (418) 275-5386 ext.404 sandy.rafael@mashteuiatsh.ca

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca	
-----------------------------	--

Consentement :

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'équipe de recherche et une copie signée vous sera remise. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERES le (date), ainsi que par le Conseil de bandes le (date).

Date de la version du présent formulaire : 29 avril 2015

Autorisation d'enregistrement :

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

J'ai pris connaissance des modalités concernant l'enregistrement de l'entrevue et le respect de la confidentialité.

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (audio) : **Oui** **Non**

Prénom et nom du participant

(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur :

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Je certifie lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – professionnels et administrateurs)

Version No1

Vanessa Sit

Prénom et nom du chercheur

(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date:

Faculté de santé publique

Département administration des services de santé

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d’y apposer votre signature.

Chercheur

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

Santé Publique – Administration des services de santé, Université de Montréal

Téléphone : (514) 343-6111

Courriel : vanessa.sit@umontreal.ca

Nom du ou des chercheur(s) :

- Vanessa Sit
- Lise Lamothe, professeure titulaire, Département en Administration de la Santé de l’Université de Montréal, École de Santé Publique de l’Université de Montréal, Université de Montréal
- Pierre S. Haddad, professeur titulaire, Département de pharmacologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de Recherche sur la Santé du Canada.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

Aucun conflit d'intérêts des membres de l'équipe de recherche.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet de recherche :

Le but du projet est de comprendre les meilleures façons de combiner deux médecines : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine. Le projet s'intéresse aux interactions entre les différentes personnes pour comprendre ce phénomène. Nous rencontrons des patients, des guérisseurs, des Aînés, des professionnels de la santé et des administrateurs.

Les communautés participantes sont : deux communautés Cri : Chisasibi et Mistissini; et une communauté Innu : Mashteuiatsh.

Il y aura 30 participants par communauté.

Nature, durée et conditions de participation

Les entrevues individuelles permettent de connaître les points de vue des :

- patients;
- guérisseurs et Aînés;
- professionnels de la santé et administrateurs.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

L'entrevue durera environ 1 heure.

L'entrevue sera enregistrée de façon audio. Votre permission sera demandée. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. Le but de cet enregistrement est de refléter le plus exactement vos propos.

L'entrevue aura lieu à la clinique ou à l'endroit qui vous conviendra le mieux.

Durant l'entrevue, on vous posera des questions sur :

- les services reçus/offerts
- vos impressions sur les services

Vous serez libre en tout temps de répondre ou non aux questions.

Vous pouvez décider d'arrêter l'entrevue :

- sans avoir à donner de raisons
- sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous

Sollicitation pour les autres projets

Dans ce même projet de recherche, on vous invite à participer aux :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

- cercles de partage
- ateliers de transfert de connaissances.

Participer à ce projet de recherche ne vous engage pas à la suite du projet.

Ces groupes de discussion valideront et discuteront sur les thèmes suivants:

- vos perceptions des médecines traditionnelles et contemporaines;
- vos besoins de santé et les services de santé auxquels vous avez accès;
- vos expériences reliées à l'utilisation de la médecine traditionnelle et contemporaine.

Risques et inconvénients :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite pas de risque. L'entrevue pourrait susciter de l'inconfort par rapport à certaines questions, mais vous n'êtes aucunement obligés d'y répondre.

Avantages et bénéfiques :

Il n'y aura aucun avantage ou bénéfice directs pour vous.

Par contre, ce projet de recherche représente un premier pas vers des services offrant les thérapies traditionnelles et de la médecine contemporaine.

Il se réalisera par les connaissances des guérisseurs et Aînés et ceux de l'équipe de recherche.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

L'objectif ultime est de rendre la médecine traditionnelle accessible aux communautés, ainsi qu'à tous ceux qui pourraient en bénéficier.

Confidentialité :

Les informations que vous nous transmettez seront confidentielles.

Elles ne seront disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheurs et agents de recherche).

Les entrevues seront retranscrites afin de faciliter l'analyse.

Tous les noms seront codés de façon à protéger votre identité.

Les enregistrements seront détruits et les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs. Ces ordinateurs sont protégés d'un mot de passe.

Anonymat :

Vos noms ne seront pas publiés à moins que vous y consentiez.

Votre renoncement à l'anonymat sera obtenu par écrit et approuvé par les différents comités concernés. Par contre, si l'identification peut nuire au groupe de participants, alors le chercheur maintiendra l'anonymat de tous.

Conservation des données :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

Les données recueillies dans le cadre du projet seront conservées dans un casier fermé à clé à l'Université de Montréal.

À la fin du projet, les chercheurs remettront aux communautés d'origine les données recueillies (entrevues, cercles de partage, ateliers de transfert de connaissances et vidéos).

À la fin du projet, les chercheurs ne pourront plus se servir des connaissances transmises par les participants à l'exception des éléments déjà publiés.

Selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées 7 ans après la fin du projet.

Retour des résultats

Une copie des données sera aussi conservée dans les archives établies dans les communautés autochtones. Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échange avec les communautés dans le but d'améliorer les services de soins combinés. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Les résultats généraux du projet de recherche seront diffusés par des résumés vulgarisés sur notre page Web à l'adresse suivante : <http://www.taam-emaad.umontreal.ca/>

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Vous n'avez qu'à en informer la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Compensation financière

Une compensation monétaire de 40\$ par entrevue individuelle est prévue pour vous dédommager pour le temps consacré.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Commercialisation

Aucun projet de brevetage ou de commercialisation des nouvelles connaissances n'aura lieu. Le projet ne touche pas les connaissances traditionnelles médicinales, mais bien les dynamiques d'interaction entre les acteurs travaillant conjointement à une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine contemporaine.

Personnes-ressources :

Pour toute question sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter directement les chercheurs principaux:

Vanessa Sit

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

vanessa.sit@umontreal.ca

(514) 343-6111 poste 0532

Pierre Haddad

Professeur titulaire, Département de pharmacologie

pierre.haddad@umontreal.ca

(514) 343-6590

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Vanessa Sit

*** Comité d'éthique de la recherche local :	
Cri	Innu
Jill Torrie Secrétaire permanente sur le comité de recherche du Conseil cri de la santé (514) 953-8283 torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca	Sandy Raphaël Représentante du comité Patrimoine Innu (418) 275-5386 ext.404 sandy.rafael@mashteuiatsh.ca

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Vanessa Sit

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Je certifie lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Prénom et nom du chercheur

(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date:

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'équipe de recherche et une copie signée vous sera remise. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERES le (date), ainsi que par le Conseil de bandes le (date).

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

Date de la version du présent formulaire : 29 avril 2015

Autorisation d'enregistrement

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

J'ai pris connaissance des modalités concernant l'enregistrement de l'entrevue et le respect de la confidentialité.

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (audio) : **Oui** **Non**

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date:

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Entrevue individuelle – patients/Aînés, guérisseurs)

Version No1

Vanessa Sit

Annexe 6b : Formulaire de consentement aux cercles de partage



Faculté de santé publique

Département administration des services de santé

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d’y apposer votre signature.

Chercheur

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

Santé Publique – Administration des services de santé, Université de
Montréal

Téléphone : (514) 343-6111

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement

Version No1

(Cercle de partage)

Vanessa Sit

Courriel : vanessa.sit@umontreal.ca

Nom du ou des chercheur(s) :

- Vanessa Sit
- Lise Lamothe, professeure titulaire, Département en Administration de la Santé de l'Université de Montréal, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Université de Montréal
- Pierre S. Haddad, professeur titulaire, Département de pharmacologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de Recherche sur la Santé du Canada.

Aucun conflit d'intérêts des membres de l'équipe de recherche.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet de recherche :

Objectif L'**objectif général** est de comprendre le processus pour arriver à une combinaison de deux médecines : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine.

Description La recherche actuelle s'intéresse à la combinaison de deux médecines. L'une des clés pour comprendre ces processus complexes réside dans l'interaction entre les acteurs. Ainsi, pour comprendre ces processus, nous sommes intéressés à rencontrer des patients, des

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement

Version No1

(Cercle de partage)

Vanessa Sit

guérisseurs et Aînés, des professionnels et gestionnaires impliqués de près dans un projet de combinaison.

Ce projet de recherche s'inscrit dans une recherche plus large visant à élaborer un modèle de soins pour améliorer l'accès à la médecine traditionnelle autochtone.

Contexte Les cas à l'étude sont deux communautés Cris : Chisasibi et Mistissini et une communauté Innu : Mashteuiatsh. Pour les entrevues individuelles, nous solliciterons environ 30 participants par communauté. Pour les cercles de partage, 12 participants par cercle (3 cercles par communauté) et pour les ateliers de transfert de connaissances, 40 participants par communauté.

Retombées Une meilleure compréhension des dynamiques entre les acteurs permettra de réfléchir sur une offre de soins combinés auprès des populations autochtones. Ce projet favorisera une accessibilité accrue aux pratiques traditionnelles.

Nature, durée et conditions de la participation :

Afin de connaître le point de vue de chaque catégorie : a) patients; b) guérisseurs, Aînés; c) professionnels et gestionnaires, nous souhaitons procéder à des cercles de partage.

Chaque cercle de partage durera environ une heure trente à trois heures.

Les rencontres auront lieu dans un centre de santé. Des accommodements en matières de mobilité pour faciliter votre participation seront mis en place. En effet, les membres de la communauté et de la famille pourront être sollicités pour assurer le déplacement des guérisseurs et des Aînés qui présentent des difficultés à se rendre à l'endroit prévu.

Durant les cercles de partage, un des chercheurs associés au projet posera des questions sur la perception que vous avez de la médecine traditionnelle, de la médecine contemporaine et les facteurs facilitants et contraignant, ainsi que vos impressions à ces égards.

Nous nous attendons à ce que vous fassiez preuve de discrétion quant aux propos tenus dans les cercles de partage.

Vous pouvez également décider d'arrêter les cercles de partage sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Dans ce cas, vous n'aurez qu'à quitter la salle.

Nous vous demanderons la permission d'enregistrer l'entrevue de façon auditive et visuelle. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'enregistrement n'est pas une condition à votre participation. L'objectif de cet enregistrement est de refléter le plus exactement possible les propos et les dynamiques tenus pendant les cercles de partage.

Suite du projet De plus, dans ce même projet de recherche, nous vous invitons également à participer aux ateliers de transfert de connaissances qui feront suite aux cercles de partage. Votre participation à ce cercle ne vous engage aucunement à participer à la suite du projet de recherche. Vous êtes libres d'accepter ou de refuser. Les ateliers permettront de valider et de discuter sur des stratégies envisageables pour offrir un meilleur accès à la médecine traditionnelle.

Risques et inconvénients :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite pas d'inconfort. Le projet de recherche vous expose à un risque de bris de confidentialité.

Confidentialité :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement

Version No1

(Cercle de partage)

Vanessa Sit

Il est à préciser que dans les cercles de partage, la confidentialité des échanges dépend de votre engagement réciproque à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé aux rencontres.

Autrement, l'équipe de recherche s'engagera à ce que les informations que vous nous transmettez ne soient disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheurs et agents de recherche).

Les cercles de partage seront retranscrits afin de faciliter l'analyse. Toute donnée nominative sera codée de façon à protéger votre identité. Les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés d'un mot de passe.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Anonymat :

Vos noms ne seront pas publiés à moins que vous y consentiez.

Votre renoncement à l'anonymat sera obtenu par écrit et approuvé par les différents comités concernés. Par contre, si l'identification peut nuire au groupe de participants, alors le chercheur maintiendra l'anonymat de tous.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Cercle de partage)
Vanessa Sit

Version No1

Votre participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans votre intérêt ou pour toutes autres raisons.

Conservation des données :

Les données recueillies dans le cadre du projet seront conservées dans un casier fermé à clé à l'Université de Montréal. À la fin du projet, les chercheurs remettront aux communautés d'origine les données recueillies (entrevues, cercles de partage, ateliers de transfert de connaissances et vidéos). Les chercheurs ne pourront plus se servir des connaissances transmises par les participants à l'exception des éléments déjà publiés.

Selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées au moins 7 ans après la fin du projet (i.e. le dépôt de la thèse).

Retour des résultats

Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échange avec les communautés dans le but d'améliorer les services de soins combinés. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Les résultats généraux du projet de recherche seront diffusés par des résumés vulgarisés sur notre page Web à l'adresse suivante : <http://www.taam-emaad.umontreal.ca/>

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous.

En cas de retrait, veuillez noter qu'il sera impossible de retirer vos données étant donné que l'enregistrement vidéo comprendra tout le groupe de participants. Aussi, il sera impossible de retirer vos données des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Compensation financière :

Une compensation monétaire de l'ordre de 40\$ sera prévue pour vous dédommager pour le temps consacré.

Responsabilité de l'équipe de recherche :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Commercialisation :

Aucun projet de brevetage ou de commercialisation des nouvelles connaissances n'aura lieu. Le projet ne touche pas les connaissances traditionnelles médicinales, mais bien les dynamiques d'interaction entre les acteurs travaillant conjointement à une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine contemporaine.

Personnes-ressources :

Pour toute question sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous, vous pouvez contacter directement les chercheurs principaux:

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Cercle de partage)
Vanessa Sit

Version No1

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

vanessa.sit@umontreal.ca

(514) 343-6111 poste 0532

Pierre Haddad

Professeur titulaire, Département de pharmacologie

pierre.haddad@umontreal.ca

(514) 343-6590

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Cercle de partage)
Vanessa Sit

Version No1

Si vous vous exprimez davantage en cri ou innu, vous trouverez les coordonnées du comité d'éthique de la recherche local ci-après :

*** Comité d'éthique de la recherche local :	
Cri	Innu
Jill Torrie Secrétaire permanente sur le comité de recherche du Conseil cri de la santé (514) 953-8283 torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca	Sandy Raphaël Représentante du comité Patrimoine Innu (418) 275-5386 ext.404 sandy.rafael@mashteuiatsh.ca

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Cercle de partage)
Vanessa Sit

Version No1

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (audio) : **Oui** **Non**

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (vidéo) : **Oui** **Non**

J'accepte que l'enregistrement vidéo soit utilisé **Oui** **Non**

dans la présentation des résultats :

En acceptant que l'enregistrement vidéo soit utilisé dans la présentation des résultats, il est à préciser que d'emblée vous serez identifiable.

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement

Version No1

(Cercle de partage)

Vanessa Sit

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Je certifie lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Prénom et nom du chercheur

(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date:

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'équipe de recherche et une copie signée vous sera remise. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERES le (date), ainsi que par le Conseil de bandes le (date).

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement

Version No1

(Cercle de partage)

Vanessa Sit

Date de la version du présent formulaire : 29 avril 2015

Annexe 6c : Formulaire de consentement aux ateliers de transfert de connaissances



Faculté de santé publique

Département administration des services de santé

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d’y apposer votre signature.

Chercheur

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

Santé Publique – Administration des services de santé, Université de
Montréal

Téléphone : (514) 343-6111

Courriel : vanessa.sit@umontreal.ca

Nom du ou des chercheur(s) :

- Vanessa Sit
- Lise Lamothe, professeure titulaire, Département en Administration de la Santé de l'Université de Montréal, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Université de Montréal
- Pierre S. Haddad, professeur titulaire, Département de Pharmacologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de Recherche sur la Santé du Canada.

Aucun conflit d'intérêts des membres de l'équipe de recherche.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet de recherche :

Objectif L'**objectif général** est de comprendre le processus pour arriver à une combinaison de deux médecines : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine.

Description La recherche actuelle s'intéresse à la combinaison de deux médecines. L'une des clés pour comprendre ces processus complexes réside dans l'interaction entre les acteurs. Ainsi, pour comprendre ces processus, nous sommes intéressés à rencontrer des patients, des guérisseurs et Aînés, des professionnels et gestionnaires impliqués de près dans un projet de combinaison.

Ce projet de recherche s'inscrit dans une recherche plus large visant à élaborer un modèle de soins pour améliorer l'accès à la médecine traditionnelle autochtone.

Contexte Les cas à l'étude sont deux communautés Cris : Chisasibi et Mistissini et une communauté Innu : Mashteuiatsh. Pour les entrevues individuelles, nous solliciterons environ 30 participants par communauté. Pour les cercles de partage, 12 participants par cercle (3 cercles par communauté) et pour les ateliers de transfert de connaissances, 40 participants par communauté.

Retombées Une meilleure compréhension des dynamiques entre les acteurs permettra de réfléchir sur une offre de soins combinés auprès des populations autochtones. Ce projet favorisera une accessibilité accrue aux pratiques traditionnelles.

Nature, durée et conditions de la participation :

Afin de connaître le point de vue de chaque catégorie : a) patients; b) guérisseurs, Aînés; c) professionnels et gestionnaires, nous souhaitons procéder à des cercles de partage.

Les ateliers de transfert de connaissances dureront trois jours, soit 21 heures au total, en raison des nombreux thèmes abordés.

Les activités de transfert de connaissances sont des activités durant lesquelles nous présentons les résultats de nos analyses. Puis les participants seront répartis dans différents groupes. On conserve la proportion des catégories de participants dans la répartition des groupes. Dans ces groupes, les participants discuteront entre autre des stratégies d'implantation à court, moyen et long terme.

Les rencontres auront lieu dans un centre de santé. Des accommodements en matières de mobilité pour faciliter votre participation seront mis en place. En effet, les membres de la

communauté et de la famille pourront être sollicités pour assurer le déplacement des guérisseurs et des Aînés qui présentent des difficultés à se rendre à l'endroit prévu.

Durant les ateliers de transfert de connaissances, un des chercheurs associés au projet posera des questions sur les stratégies à court, moyen et long terme pour offrir un meilleur accès à la médecine traditionnelle.

Nous nous attendons à ce que vous fassiez preuve de discrétion quant aux propos tenus dans les ateliers de transfert de connaissances.

Vous pouvez également décider d'arrêter les ateliers de transfert de connaissances sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Dans ce cas, vous n'aurez qu'à quitter la salle.

Nous vous demanderons la permission d'enregistrer l'entrevue de façon auditive et visuelle. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'enregistrement n'est pas une condition à votre participation. L'objectif de cet enregistrement est de refléter le plus exactement possible les propos et les dynamiques tenus pendant les ateliers de transfert de connaissances.

Risques et inconvénients :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite pas d'inconfort. Le projet de recherche vous expose à un risque de bris de confidentialité.

Confidentialité :

Il est à préciser que dans les ateliers de transfert de connaissances, la confidentialité des échanges dépend de votre engagement réciproque à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé aux rencontres.

Autrement, l'équipe de recherche s'engagera à ce que les informations que vous nous transmettez ne soient disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheurs et agents de recherche).

Les ateliers de transfert de connaissances seront retranscrits afin de faciliter l'analyse. Toute donnée nominative sera codée de façon à protéger votre identité. Les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés d'un mot de passe.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Anonymat :

Vos noms ne seront pas publiés à moins que vous y consentiez.

Votre renoncement à l'anonymat sera obtenu par écrit et approuvé par les différents comités concernés. Par contre, si l'identification peut nuire au groupe de participants, alors le chercheur maintiendra l'anonymat de tous.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

Votre participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans votre intérêt ou pour toutes autres raisons.

Conservation des données :

Les données recueillies dans le cadre du projet seront conservées dans un casier fermé à clé à l'Université de Montréal. À la fin du projet, les chercheurs remettront aux communautés d'origine les données recueillies (ateliers de transfert de connaissances et vidéos). Les chercheurs ne pourront plus se servir des connaissances transmises par les participants à l'exception des éléments déjà publiés.

Selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées au moins 7 ans après la fin du projet (i.e le dépôt de la thèse).

Retour des résultats :

Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échange avec les communautés dans le but d'améliorer les services de soins combinés. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Les résultats généraux du projet de recherche seront diffusés par des résumés vulgarisés sur notre page Web à l'adresse suivante : <http://www.taam-emaad.umontreal.ca/>

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous.

En cas de retrait, veuillez noter qu'il sera impossible de retirer vos données étant donné que l'enregistrement vidéo comprendra tout le groupe de participants. Aussi, il sera impossible de retirer vos données des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Compensation financière :

Une compensation monétaire de l'ordre de 75\$ par jour sera prévue pour vous dédommager pour le temps consacré.

Responsabilité de l'équipe de recherche :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Commercialisation :

Aucun projet de brevetage ou de commercialisation des nouvelles connaissances n'aura lieu. Le projet ne touche pas les connaissances traditionnelles médicinales, mais bien les dynamiques d'interaction entre les acteurs travaillant conjointement à une combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.

Personnes-ressources :

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Atelier de transfert de connaissances)
Vanessa Sit

Version No1

Pour toute question sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous, vous pouvez contacter directement les chercheurs principaux:

Vanessa Sit

Candidate au doctorat en santé publique

vanessa.sit@umontreal.ca

(514) 343-6111 poste 0532

Pierre Haddad

Professeur titulaire, Département de pharmacologie

pierre.haddad@umontreal.ca

(514) 343-6590

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel

ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Si vous vous exprimez davantage en cri ou innu, vous trouverez les coordonnées du comité d'éthique de la recherche local ci-après :

*** Comité d'éthique de la recherche local :	
Cri	Innu
Jill Torrie Secrétaire permanente sur le comité de recherche du Conseil cri de la santé (514) 953-8283 torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca	Sandy Raphaël Représentante du comité Patrimoine Innu (418) 275-5386 ext.404 sandy.raphael@mashteuiatsh.ca

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Atelier de transfert de connaissances)
Vanessa Sit

Version No1

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (audio) : **Oui** **Non**

J'accepte que cette entrevue soit enregistrée (vidéo) : **Oui** **Non**

J'accepte que l'enregistrement vidéo soit utilisé **Oui** **Non**

dans la présentation des résultats :

En acceptant que l'enregistrement vidéo soit utilisé dans la présentation des résultats, il est à préciser que d'emblée vous serez identifiable.

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no XX-XXX-CERES-D/P

Titre du projet : La rencontre de deux systèmes de soins : la médecine traditionnelle et la médecine contemporaine chez les autochtones du Québec

Formulaire d'information et de consentement
(Atelier de transfert de connaissances)
Vanessa Sit

Version No1

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Je certifie lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date:

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'équipe de recherche et une copie signée vous sera remise. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERES le (date), ainsi que par le Conseil de bandes le (date).

Date de la version du présent formulaire : 29 avril 2015

Annexe 6d: Formulaire de consentement aux entrevues individuelles pour les participants (anglais)

Consent Form

The best of both worlds: project on access to traditional medicine

We are asking you to agree to be interviewed for a research project. The project will look at the best ways to combine traditional and modern medicines. We want to talk with

- patients
- healers
- Elders
- health workers
- health managers

about their views on traditional and modern medicine. Each interview will take about one hour. We hope to interview 30 people each in three communities: Chisasibi, Mistissini, and Mashteuiatsh. We will also hold focus groups and workshops with some people.

This form tells you about the project. It will help you decide if you want to be in the study or not. Please read it, and feel free to ask the researcher any questions you may have.

It's your choice to be in this study or not. You can take your time about deciding. If you do decide to participate, you can still change your mind at any time. None of these decisions will have any effect on you or on the health care you receive.

Who is doing the study?

The study is being done by three PhD students: Vanessa Sit, Michel Rapinski, and Caroline Ouellet. They are being supervised by Pierre Haddad and other professors at the University of Montreal. The study has been approved by the Cree Health Board. Funding comes from the Canadian Institutes of Health Research.

What will happen during the study?

If you agree to be in the study, we will ask you for a one-hour interview. This interview can be done at the clinic, or at some other place of your choice. It will ask about

- health services that you have received or given
 - your opinion of those services.
- You can refuse to answer any question you're not comfortable with. You can also end the interview at any time you wish.

To be sure we're getting it right, we will ask your permission to tape or video the interview. We may also ask to take your picture. You can agree to this or refuse. If you agree, you are giving your First Nation and the University of Montreal the rights to use that photo and recording.

Later, we may also ask if you want to be in a focus group or a workshop. This is a separate choice. You can agree to the interview but not to the focus group or workshop.

What are the risks and benefits of being in this study?

The only risk in this study is that some of the interview questions might make you uncomfortable. However, you can always refuse to answer.

You won't benefit directly from being in this project. But the study is a first step to building health care that offers both traditional and modern approaches. So you may be helping other people to have easier access to traditional medicines in future. You won't be paid for being in the study, but we will offer you \$25 to thank you for the time you spend on the interview.

Note that this study is about health care and how health staff and healers can work together. We are **not** trying to collect details on traditional medicines, such as how specific medicines are prepared. If we come across this kind of information, we will not use it, patent it, or sell it in any way.

How we will keep your information private

The information you give us will be kept confidential. We will store it in locked cabinets, or in password-protected computer files. It will only be used by people who are directly involved with the research project. We won't publish your name without your consent, and we will use a code number, rather than your name, on your interview.

Under the University of Montreal's rules, we have to keep the information we collect for seven years. But once this project is finished, we won't use your information for any new studies. At the end of the project, we will take identifying information like names off the materials. Then we will return all the materials from the interviews, focus groups, and workshops to your community's archives. The archives office will follow established rules for protecting personal information.

If you decide to withdraw

You can withdraw from the study at any time. You just need to tell one of the people on the research team.

If you withdraw before the data has been analysed and published, you can ask us to take your information out of the study. But if you withdraw after we've made our findings public, it's too late. We will have to keep your data, although we won't use it for any future analyses.

How we will share the results

Once we have analysed the data, we will

- Share what we find with the communities (presentations, workshops, etc)
- Publish the results in scientific papers and presentations
- Post plain-language summaries on our web page, at www.taam-emaad.umontreal.ca

If you want to receive a summary of the results at the end of the project, please tick the box on the “Choices” page.

Choices

I have read the information, and the researcher has answered my questions. My choices are as follows:

I agree to be interviewed for this study

Yes No

I agree to let my picture be taken for this study

Yes No

I agree that the researcher may tape the interview

Yes No

I agree that the researcher may videotape the interview

Yes No

I want to receive a summary of the results at the end of the project. **If yes**, my email or postal address is:

Yes No

Participant’s first and last name (print)

Participant’s signature

Date:

Researcher’s statement

I explained the conditions of participation in this research project to the participant. I answered all his or her questions to the best of my knowledge, and ensured his/her understanding. I commit myself, along with the research team, to respect all the undertakings set out in this information and consent form.

I certify that I have clearly informed the participant of his/her right to end participation in this project at any time, and that I will give the participant a signed copy of this form.

 Researcher's first and last name (print)

 Researcher's signature

 Date:

To contact the research team:

Questions or concerns?

<p>Vanessa Sit, Doctoral candidate in public health vanessa.sit@umontreal.ca (514) 343-6111</p>	<p>Caroline Ouellet, Doctoral candidate in community psychology ouellet.caroline.3@courrier.uqam.ca</p>
<p>Michel Rapinski, Doctoral candidate in biological sciences</p>	<p>Pierre Haddad, Professor, Department of Pharmacology pierre.haddad@umontreal.ca (514) 343-6590</p>
<p>Lise Lamothe, Professor, Department of Health Administration, University of Montreal School of Public Health</p>	<p>Alain Cuerrier, Associate Professor, Department of Biological Sciences, University of Montreal</p>
<p>Thomas Saias, Professor, Department of</p>	

Psychology, University of Quebec at Montreal	
--	--

Concerns or problems?

If you have any questions about your rights or the researchers' responsibilities, you can contact the Ethics Counsellor at University of Montreal (CERES)

Email: ceres@umontreal.ca

Phone (514) 343-6111 ext 2604

Web Site: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Any complaints about this research can be addressed to the University of Montreal's Ombudsman at (514) 343-2100 or at ombudsman@umontreal.ca. The Ombudsman accepts collect calls. He speaks French and English and takes calls from 9h to 17h.

Or you can contact the Research Ethics person for your area:

Eeyou Istchee	Mashteuiatsh
Jill Torrie	Isabelle Ouellet
Permanent Secretary of the research committee of the Cree Health Board (514) 953-8283 torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca	Director of public health and general services (418) 275-5386 ext.433 isabelle.ouellet@mashteuiatsh.ca