

Ébauche d'une éthique interculturelle pour l'ergothérapie en contexte autochtone : sur la base des résultats d'une recherche empirique et d'une recension des écrits

Marie-Josée Drolet* et Chantal Viscogliosi**

Résumé : Environ 5% de Canadiens se considèrent Autochtones. Les importantes iniquités rencontrées par ces Canadiens comparativement aux autres Canadiens, en matière de santé, de bien-être, d'éducation, de logement et de développement économique, sont bien documentées dans les écrits. Bien qu'ils soient peu nombreux, des ergothérapeutes du Québec travaillent avec des personnes autochtones afin d'apporter une réponse à leurs besoins de santé et de bien-être. Une étude récente a documenté les enjeux éthiques vécus par ces ergothérapeutes lorsqu'ils travaillent avec cette clientèle. Cette étude a aussi documenté les pistes de solution actualisées ou envisagées par ces ergothérapeutes pour résoudre ces enjeux, lesquels sont reliés de près ou de loin aux iniquités rencontrées par les personnes et les communautés autochtones au pays. Par ailleurs, une recension des écrits sur le sujet a été réalisée. L'objectif de cet article est de : 1) présenter les résultats de cette étude empirique qui a documenté les pistes de solutions actualisées ou envisagées par des ergothérapeutes du Québec pour résoudre les enjeux éthiques de la pratique ergothérapique en contexte autochtone ; 2) faire une synthèse des pistes de solution qui se trouvent dans les écrits afin de surmonter

* Marie-Josée Drolet est ergothérapeute et professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Détentrice d'un doctorat en philosophie spécialisé en éthique, elle y enseigne l'éthique et y effectue des recherches en éthique appliquée en santé. Elle est l'auteure de plusieurs livres dont *Acting ethically?*

** Chantal Viscogliosi est aussi ergothérapeute et professeure à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke. Ayant réalisé un stage postdoctoral à l'École d'études autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, elle réalise des recherches partenariales avec les peuples autochtones en misant sur leurs forces.

les défis de la pratique de la profession en contexte autochtone ; et enfin 3) proposer une ébauche d'une éthique interculturelle pouvant soutenir la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone, laquelle devra être éventuellement validée par des membres de diverses communautés autochtones et par différentes instances autochtones et professionnelles.

Mots-clés : *autochtone, ergothérapie, éthique, enjeu éthique, santé*

Introduction

Selon Statistique Canada (2016), environ 5% de Canadiens se considèrent Autochtones, c'est-à-dire membres d'une Première nation, Inuit ou Métis. Bien que peu nombreux, les premiers habitants du territoire que l'on nomme aujourd'hui le Canada appartiennent à plus de 50 nations autochtones différentes et s'expriment dans plus de 50 langues distinctes (CNCSA, 2011). En comparaison avec les autres Canadiens, la proportion de Canadiens qui se reconnaissent comme des personnes autochtones est en croissance au pays étant donné leur taux de natalité plus élevé et le fait que près de 50% de ces personnes sont âgées de moins de 25 ans (CNCSA, 2011). Au Québec, en plus des Métis et des Inuits, les personnes autochtones qui sont membres d'une Première nation font partie des peuples abénaquis, algonquins, attikameks, cris, hurons-wendats, innus, malécites, micmacs, mohawks ou naskapis (Gouvernement du Québec, 2017).

Depuis la publication du rapport de la Commission vérité et réconciliation du Canada (CVRC, 2015), plus d'attention a été portée aux importantes disparités, voire iniquités, vécues par les communautés autochtones au pays. Ces disparités rencontrées par les peuples autochtones, en matière d'espérance de vie, de santé, de bien-être, d'éducation, de revenus, de logement et de développement économique, sont bien documentées dans les écrits (APNQL et CSSSPNQL, 2007; Damasse et McGinn, 2014; Habjan *et al.*, 2012; NAFC, 2013; Saini et Quinn, 2013; Salée *et al.*, 2011; Stewart *et al.*, 2013; UNICEF, 2009; Wilson *et al.*, 2011). Par ailleurs, lorsque l'on compare l'Indice de développement humain (IDH) du Canada en général avec celui des peuples

autochtones qui habitent son territoire, ces iniquités deviennent patentées. À titre d'illustration, tandis que le Canada se situe depuis plusieurs années en tête de peloton, soit parmi les dix pays ayant les meilleurs IDH de par le monde (PNUD, 2015), celui des Premières nations du Canada se situait, en 2013, au 68^e rang (Aboriginal Health Initiative Committee (AHIC), 2013; Reading et Wien, 2013).

Compte tenu des enjeux de santé et bien-être différents vécus par les peuples autochtones comparativement aux autres Canadiens, les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, qui tentent de répondre aux besoins des patients autochtones vivent les contrecoups des importantes iniquités de santé rencontrées par les patients autochtones comparativement aux autres patients. Ils sont en effet confrontés à des enjeux éthiques importants qui sont souvent difficiles à résoudre, étant donné les dimensions systémiques de ces enjeux, voire de ces iniquités de santé sur lesquelles ils ont peu de prise (Reading et Wien, 2013). Une première étude sur le sujet en ergothérapie a été récemment menée au Québec. Celle-ci visait à documenter les enjeux éthiques rencontrés par des ergothérapeutes du Québec qui travaillent avec des patients autochtones, et ce, au sein comme à l'extérieur des communautés autochtones (Drolet, 2018; Drolet et Goulet, 2018). Cette étude a montré que ces enjeux sont complexes et nombreux ainsi que reliés de près ou de loin aux nombreuses iniquités rencontrées par les populations autochtones au pays. Plus spécifiquement, elle a mis à jour des enjeux éthiques reliés au manque d'accessibilité aux services ergothérapeutiques, à la difficulté d'assurer un consentement libre et éclairé, au non-respect de certains droits de la personne fondamentaux, à la grande vulnérabilité des femmes et des enfants, à la difficulté pour les ergothérapeutes de respecter les standards professionnels et d'intervenir de manière efficace en contexte autochtone¹ compte tenu notamment des ressources limitées, d'une compréhension limitée des interactions entre les différentes dimensions du mieux-être (Viscogliosi *et al.*, 2017) et des difficultés d'avoir les conditions nécessaires pour intervenir de

¹ Ces enjeux sont décrits plus en détail à la section de cet article consacrée aux résultats de l'étude.

façon culturellement sécuritaire dans une vision holistique du mieux-être. Cette étude a aussi documenté les pistes de solution actualisées ou envisagées par ces ergothérapeutes pour résoudre ces enjeux. Ces pistes de solution ont permis d'élaborer une ébauche d'une éthique interculturelle visant à soutenir la pratique de la profession en contexte autochtone.

Dans cet article, nous entendons par « éthique interculturelle » une éthique ergothérapique, c'est-à-dire reliée aux sept rôles de l'ergothérapeute, tels que définis dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (expert en habilitation de l'occupation, communicateur, collaborateur, gestionnaire de la pratique, agent de changement, praticien érudit et professionnel) (ACE, 2012), décrivant les valeurs et les principes éthiques pouvant soutenir les compétences culturelles des ergothérapeutes qui travaillent avec des patients autochtones. Au final, il est souhaité que cette éthique dite interculturelle puisse contribuer à la sécurité culturelle (Gerlach, 2012) des services ergothérapiques, c'est-à-dire faire en sorte que les patients autochtones se sentent respectés dans leurs valeurs et leurs croyances, accueillis dans leurs différences et qu'ils aient le sentiment que les services ergothérapiques sont adaptés à leur vision du monde, de l'être humain, de la santé et du bien-être.

La finalité de cet article est donc de proposer cette ébauche d'une éthique interculturelle à même de guider la pratique ergothérapique en contexte autochtone, laquelle se base sur des données de recherche empiriques et théoriques. Ainsi, les pistes de solution proposées par des ergothérapeutes du Québec qui travaillent en contexte autochtone sont d'abord présentées (volet empirique de l'étude). Suit ensuite une synthèse des pistes de solution documentées dans les écrits scientifiques et professionnels sur le sujet (volet théorique de l'étude). Enfin, après avoir décrit les résultats de l'étude empirique et ceux de la recension des écrits, nous traçons, dans un troisième et dernier temps, les grandes lignes de cette éthique interculturelle qui vise à soutenir la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone.

Puisque tous les ergothérapeutes du Québec peuvent être appelés à travailler avec des patients autochtones, qu'ils sont en général fort peu préparés pour intervenir avec cette

clientèle, que les populations autochtones sont en croissance au pays et que celles-ci sont de plus en plus nombreuses dans les villes (Statistique Canada, 2016), cette éthique interculturelle répond à un besoin criant dans la profession. De plus, elle s'arrime aux recommandations du rapport de la CVRC (2015) suivant lesquelles les professionnels de la santé et les administrateurs des organisations de santé doivent être mieux préparés pour répondre aux besoins de santé et de bien-être des populations autochtones au pays.

1. Méthodes de recherche

Cette section décrit les méthodes de recherche utilisées pour réaliser les volets empirique et théorique de la présente recherche. Ce faisant, les bases sur lesquelles s'érige l'ébauche de l'éthique interculturelle que nous proposons aux ergothérapeutes seront manifestes, tant aux plans méthodologique, empirique que théorique.

1.1 Volet empirique de l'étude

Comme l'illustre la figure 1, différentes modalités de recherche ont été utilisées pour documenter les pistes de solution actualisées ou envisagées par des ergothérapeutes du Québec qui travaillent avec des patients autochtones pour résoudre les enjeux éthiques de leur pratique (Drolet, 2018; Drolet et Goulet, 2018).

| | | |
|--|---|---|
| Devis de recherche inductif et qualitatif d'inspiration phénoménologique | Ergothérapeutes travaillant avec des patients autochtones au Québec | Recrutement des participants par réseau et effet boule de neige |
| Entretiens téléphoniques individuels avec chaque participant | Analyse qualitative des verbatim des entretiens individuels semi-structurés | Certification éthique du CÉR de l'UQTR et consentement écrit des participants |

Figure 1 : Synthèse des modalités de recherche du volet empirique

L'état des connaissances au sujet des enjeux éthiques de la pratique ergothérapeutique en contexte autochtone étant limité, un devis inductif de nature qualitative a été choisi (DePoy et Gitlin, 2011; Hammell, Carpenter et Dyck, 2000). Aussi, comme il est recommandé d'utiliser un devis qualitatif d'inspiration phénoménologique pour documenter les dimensions éthiques des pratiques professionnelles en santé (Hunt et Carnavale, 2011), l'étude s'est inspirée du devis phénoménologique descriptif et transcendantal du philosophe Husserl (1970, 1999). Il s'agissait autrement dit de donner la parole aux personnes les plus susceptibles d'avoir une perception riche et approfondie du phénomène investigué étant donné leur expérience concrète et directe de celui-ci, et ce, afin d'accéder à l'essence phénoménologique de l'objet d'étude (Carpenter et Suto, 2008).

Puisque les perceptions des personnes autochtones de l'objet investigué sont documentées dans les écrits contrairement à celles des ergothérapeutes (Drolet et Goulet, 2018), des ergothérapeutes travaillant avec des patients autochtones² étaient recherchés. Un nombre entre 6 et 12 participants était visé pour atteindre la saturation des données, c'est-à-dire la redondance dans les propos des participants (Thomas et Pollio, 2002).

Le recrutement des ergothérapeutes a débuté par un échantillonnage par réseaux, c'est-à-dire que des ergothérapeutes connus des chercheuses et détenant les caractéristiques souhaitées (Corbière et Larivière, 2014) ont été sollicités et recrutés par l'entremise d'une correspondance courrielle. Tous les ergothérapeutes sollicités ont accepté de participer à l'étude. Par ailleurs, des participants, par un effet boule de neige (Fortin, 2015), ont proposé d'autres ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion qui ont, à leur tour, tous accepté de prendre part à l'étude.

Un entretien qualitatif approfondi, individuel et semi-structuré de 60 à 90 minutes a été réalisé par téléphone avec chacun des participants. Les entretiens ont été enregistrés sur une bande audionumérique aux fins de la transcription intégrale des

² Les peuples autochtones du Québec sont les : Abénaquis, Algonquins, Attikameks, Cris, Hurons-Wendats, Malécites, Micmacs, Mohawks, Innus, Naskapis, Inuits et Métis.

verbatim. Le schéma de l'entretien comportait deux sections : une consacrée aux enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone et une autre aux manières de solutionner ces enjeux. Le schéma de l'entretien était constitué de questions ouvertes pour permettre aux participants de partager librement leurs perceptions de leurs expériences du phénomène investigué. Le schéma de l'entretien a été transmis par courriel aux participants, préalablement à l'entrevue, pour que chacun des participants puisse s'y préparer à sa convenance. Un questionnaire sociodémographique complétait la collecte des données.

La lecture répétée des verbatim et la concertation des interprétations des analystes³ ont permis la création graduelle des unités de sens relatives aux pistes de solution actualisées ou envisagées pour résoudre les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone. Il s'agissait notamment de repérer des principes éthiques à même de soutenir la pratique éthique de la profession. Durant leurs analyses, les analystes ont donné toute la place aux perceptions des participants et tenté de rester fidèles aux données collectées afin de rendre justice aux vécus expérimentiels des ergothérapeutes.

Enfin, une certification du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été obtenue. Un formulaire de consentement a été signé par chaque participant. Les données recueillies ont été traitées dans le respect de la confidentialité et une compensation de 25 \$ a été donnée à chacun des participants en guise de remerciement.

1.2 Volet théorique de l'étude

Comme le résume la figure 2, six étapes ont été effectuées pour réaliser la recension des pistes de solution proposées dans les écrits pour résoudre les enjeux éthiques de la pratique ergothérapeutique en contexte autochtone et ainsi repérer des valeurs et des principes éthiques pouvant guider de manière souhaitable la pratique de l'ergothérapie dans ce contexte.

³ Marie-Josée Drolet, auteure principale de cet article, et Marie Goulet, étudiante au doctorat en philosophie (concentration en éthique appliquée), ont réalisé les analyses des verbatim des entretiens.

Premièrement, pour réaliser une telle recension, le cadre méthodologique proposé par Arksey et O'Malley (2005) a été choisi. En plus d'être souvent utilisé en ergothérapie, ce cadre est intéressant parce qu'il est rigoureux et permet de synthétiser rapidement les informations qui se trouvent dans les écrits scientifiques et professionnels sur un sujet donné (Arksey et O'Malley, 2005).

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Choix du cadre pour effectuer la recension | Questions de la recension des écrits | Bases de données et moteurs de recherche |
| Sélection des écrits pour la recension | Extraction des données des textes | Interprétation et synthèse des données |

Figure 2 : Synthèse des modalités de recherche du volet théorique

Deuxièmement, les questions à la base de la recension étaient les suivantes : quelles sont les solutions proposées dans les écrits pour résoudre les enjeux éthiques de la pratique ergothérapique? Quelles valeurs ou quels principes devraient faire partie d'une éthique interculturelle pouvant soutenir la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone?

Troisièmement, pour apporter des réponses à ces questions, des recherches ont été effectuées dans six bases de données (Academic Search Complete, CINAHL, Eric, Medline, PsycINFO et PubMed) et quatre moteurs de recherche (Cochrane Library, Google Scholar, OTSeeker et Wiley Online Library). Comme l'illustre le tableau 1, des mots-clés appartenant à cinq catégories distinctes ont été combinés de diverses manières (les opérateurs booléens « ET » et « OU » ont été respectivement utilisés entre les thèmes et à l'intérieur de chacun des thèmes).

Tableau 1 : Les catégories et les mots-clés utilisés pour recenser les écrits

| Thème 1 Autochtone | Thème 2 Profession | Thème 3 Éthique | Thème 4 Iniquité | Thème 5 Solution |
|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • aboriginal* • first nation* • indian* • indigenous • inuit* • native* • metis | <ul style="list-style-type: none"> • health • occupational therap* • readaptation • rehabilitation • research* | <ul style="list-style-type: none"> • ethic* • bioethic* • moral* • cultur* (challenge, dilemma, distress, issue, problem, tension) | <ul style="list-style-type: none"> • health access • health care • health provider* • inequity in heath • iniquit* • injustice* | <ul style="list-style-type: none"> • answer* • cure* • intervention* • remed* • resolution* • solution* • strateg* |

L'astérisque indique que les mots débutant par les lettres qui le précèdent ont été recherchés * (ex. ethics, ethical, ethically...).

Quatrièmement, les écrits ont été sélectionnés suivant leur pertinence, c'est-à-dire leur capacité à apporter des réponses à l'une ou l'autre des questions à l'origine de la recension. Aussi, seuls les écrits relatifs à des populations autochtones du Canada étaient recherchés et ont été retenus, étant donné les spécificités culturelles de ces populations et leur histoire. Les écrits antérieurs aux années 2000 ont été exclus étant donné l'évolution des pratiques professionnelles et les changements apportés au fil du temps au système de santé.

Cinquièmement, des tableaux Excel d'extraction des données ont été conçus. Ils compilaient les informations suivantes : le titre, l'année de publication, le type d'écrit, le nom du journal ou de l'éditeur, le devis de l'étude, le résumé du texte et les réponses aux questions à l'origine de la recension, notamment les valeurs et les principes éthiques mis de l'avant par les auteurs.

Enfin, la lecture et l'interprétation des écrits par les assistantes de recherche⁴ et les auteures de l'article ont permis de faire une synthèse des réponses aux questions.

⁴ Trois assistantes de recherche ont pris part à cette étude, soit : Rébecca Gaudet, Marie Goulet et Karine L'Écuyer.

2. Résultats de l'étude

Cette section présente les résultats des volets empirique et théorique de l'étude, lesquels servent de base à l'ébauche de l'éthique interculturelle que nous proposons à la section suivante. Les résultats de l'étude empirique menée auprès d'ergothérapeutes du Québec travaillant avec des patients autochtones sont d'abord présentés. Suivent ensuite les résultats de la recension des écrits qui visaient à documenter les solutions à même d'aider les ergothérapeutes à résoudre les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone.

2.1 Résultats du volet empirique

2.1.1 *Participants à l'étude*

Dix femmes ergothérapeutes⁵ ont participé à la recherche⁶. Elles étaient âgées de 26 à 54 ans et avaient un âge moyen de 39 ans. Elles exerçaient la profession depuis 3 à 31 années et avaient une moyenne d'expérience professionnelle de 15 années. Elles travaillaient avec des patients autochtones depuis quelques mois à 31 ans et avaient une expérience professionnelle de 11 années en moyenne en contexte autochtone. Dépendamment des participantes, celles-ci travaillaient avec des patients algonquins, attikameks, cris, innus, inuits ou métis, d'âge varié (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées), et ce, dans différentes régions du Québec (Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Mauricie et Nord-du-Québec). Huit ergothérapeutes travaillaient dans le secteur public, deux ergothérapeutes travaillaient dans le secteur privé.

⁵ Nous utilisons, à partir d'ici, le féminin, car seules des femmes ont pris part à l'étude.

⁶ Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2017), onze ergothérapeutes sont au Québec impliqués dans l'offre de services à des patients autochtones. Parmi ces ergothérapeutes, neuf interviennent directement au sein de communautés autochtones. Par ailleurs, quelques ergothérapeutes, travaillant dans des établissements publics de santé situés près de réserves autochtones, offrent de manière ponctuelle et occasionnelle des services à des patients autochtones qui se déplacent pour recevoir des soins de santé et de services sociaux.

2.1.2 Enjeux éthiques en contexte autochtone

Les enjeux éthiques, tels que décrits par les participantes, ont fait l'objet d'autres publications (Drolet, 2018; Drolet et Goulet, 2018). Cela dit, pour mieux comprendre les pistes de solutions proposées par les participantes, une brève synthèse de ces enjeux s'avère nécessaire. Mentionnons, dans un premier temps, que toutes les participantes rapportent vivre des enjeux éthiques lorsqu'elles travaillent avec des patients autochtones. Comme l'illustre la figure 3, six thématiques ont émergé de l'analyse des verbatim des entretiens réalisés avec les participantes. Selon les participantes, les enjeux éthiques de la pratique ergothérapique en contexte autochtone sont tous reliés de près ou de loin aux importantes et nombreuses iniquités vécues par les patients autochtones, lesquelles compromettent le respect de plusieurs principes éthiques (Drolet, 2018; Drolet et Goulet, 2018).

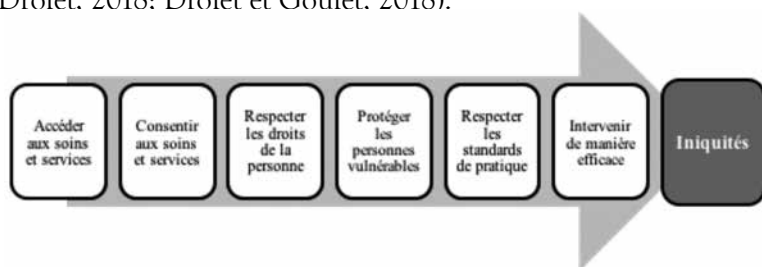


Figure 3 : Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone

Plus précisément, les ergothérapeutes constatent que plusieurs barrières (culturelles, financières, géographiques, historiques, organisationnelles et linguistiques) limitent l'accès aux soins de santé et aux services de réadaptation pour les patients autochtones. Elles notent aussi qu'il est quasiment impossible d'assurer un véritable consentement libre et éclairé aux soins et aux services à ces patients, notamment parce que les intervenants ne parlent pas les langues autochtones et qu'à l'inverse, les patients autochtones maîtrisent rarement l'une des deux langues officielles du pays. De manière générale, selon les participantes, les difficultés de communication et les différences culturelles se présentent comme des défis quotidiens importants. Elles constatent également que les droits fondamentaux des patients autochtones (droits à la

santé, à l'éducation, au logement et à des conditions de vie minimalement décentes) sont souvent bafoués. En outre, elles notent que ces patients, comparativement aux autres patients canadiens, ont moins d'opportunités de s'engager dans des occupations qui contribuent à leur santé et à leur bien-être, qu'ils sont confrontés à des préjugés et à des discriminations iniques. Elles expriment aussi leurs difficultés à protéger les personnes vulnérables que sont notamment les femmes et les enfants autochtones contre la violence que plusieurs parmi eux vivent au quotidien. Elles rapportent également plusieurs défis relatifs au respect des standards de la pratique professionnelle, en lien par exemple au respect de la confidentialité et des règles relatives à la tenue de dossier. Elles constatent, enfin, le manque de modèles théoriques et d'outils cliniques sensibles au plan culturel et adaptés aux populations autochtones ainsi que des lacunes importantes dans l'organisation et le financement des soins de santé et des services de réadaptation en contexte autochtone⁷. En somme, la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone est liée à des enjeux éthiques préoccupants, lesquels mettent en péril le respect de plusieurs principes éthiques (voir la figure 3 ci-haut)

2.1.3 Pistes de solutions pour résoudre ces enjeux

Pour résoudre ces enjeux éthiques, les participantes actualisent ou envisagent différentes pistes de solution qui relèvent surtout des personnes, mais également des établissements de santé du réseau de la santé et des services sociaux, voire de la société dans son ensemble. Comme l'illustre le tableau 2, ces pistes de solution sont liées à sept thématiques ou unités de sens.

⁷ Pour plus de détails sur ces enjeux, voir Drolet, 2018; Drolet et Goulet, 2018.

Tableau 2 : Les solutions par thématiques

| Thématiques | Pistes de solution |
|------------------------------------|--|
| Meilleure formation | <ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels de la santé et les administrateurs à la pratique en contexte autochtone (différences culturelles, valeurs et croyances autochtones, histoire, langue, visions de la santé et du bien-être...). |
| Implication communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • S'impliquer comme professionnels de la santé dans la vie des communautés autochtones (vivre dans les communautés, partager le quotidien, tisser des liens...). |
| Collaboration interprofessionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec d'autres professionnels pour ventiler ses émotions et trouver ensemble des solutions, notamment avec des collègues des communautés autochtones, dont des personnes en situation de pouvoir. |
| Intervention probante | <ul style="list-style-type: none"> • Développer et fonder sa pratique sur des modèles théoriques et des outils cliniques valides et pertinents en contexte autochtone et éviter d'utiliser des modèles et des outils standardisés, c.-à-d. ayant été validés pour une clientèle dite occidentale. |
| Posture éthique | <ul style="list-style-type: none"> • Adopter une posture éthique empreinte d'humilité culturelle et de respect, de façon à favoriser l'autodétermination (<i>empowerment</i>) des personnes et des communautés. |
| Soutien éthique | <ul style="list-style-type: none"> • Offrir plus de soutien éthique aux professionnels de la santé. |
| Organisation et financement | <ul style="list-style-type: none"> • Rapprocher les soins de santé spécialisés et les services de réadaptation des communautés autochtones (par exemple, avoir un ergothérapeute sur place). • Améliorer les corridors de soins et de services entre les organisations de santé du Nord et celles du Sud, tout en améliorant les compétences culturelles des organisations du sud et de leurs personnels. • Mieux financer les soins de santé et les services de réadaptation prodigués aux personnes et aux communautés autochtones. |

Les paragraphes suivants expliquent ces pistes de solution et les illustrent par des extraits des verbatim des entretiens réalisés avec les participantes.

Meilleure formation

Plusieurs ergothérapeutes insistent sur la nécessité d'être mieux préparées comme professionnelles de la santé pour travailler avec des patients autochtones. Elles estiment notamment qu'il importe

de mieux connaître les cultures autochtones, ce qui inclut les valeurs, les savoirs, les croyances, les traditions, les rites et les langues autochtones.

Il faudrait vraiment que les professionnels de la santé (...) soient mieux formés. (*participante 3*)

Les professionnels devraient « être sensibilisés par rapport aux différences culturelles. (*participante 9*)

Si on connaissait mieux leurs valeurs [celles des communautés autochtones, cela aiderait vraiment]. (*participante 4*)

Ça serait vraiment intéressant d'être formés, d'avoir la possibilité d'apprendre la langue. Ça serait bien, d'avoir une formation pour apprendre leur culture et le fonctionnement des différents organismes autochtones qui paient les équipements. (*participante 6*)

Je suis en train de regarder pour essayer de suivre un cours de cri [mais ce n'est pas simple]. (*participante 7*)

Par ailleurs, de l'avis de certaines participantes, cette formation pour travailler en contexte autochtone ne devrait pas concerner que les professionnels, les administrateurs des organisations de santé devraient aussi être formés, car leurs décisions impactent souvent négativement les soins et les services. « Les dossiers sont fermés très rapidement. Mais, avec notre clientèle, tu ne peux pas fermer un dossier parce que le patient ne vient pas une fois. [Les interventions doivent être adaptées culturellement] » (*participante 10*).

En somme, les administrateurs et les professionnels de la santé ne sont pas assez préparés pour travailler avec des patients autochtones. Ils connaissent généralement peu l'histoire des peuples autochtones, ce que des participantes déplorent. En étant mieux formés et mieux préparés, il est souhaité que les administrateurs et les professionnels puissent faciliter l'accessibilité aux soins et aux services pour les patients autochtones, assurer le consentement libre et éclairé aux soins et aux services pour ces patients, soutenir le respect des droits des patients autochtones, protéger les personnes autochtones vulnérables et intervenir de

manière efficace et sensible au plan culturel. Cela dit, la formation seule ne saurait suffire, selon les participantes. D'autres pistes de solution sont proposées.

Implication communautaire

Des participantes estiment aussi que plus de professionnels de la santé devraient vivre dans les communautés autochtones, de façon à s'impliquer au quotidien dans la vie des communautés. Cette implication dans la vie communautaire et le partage de la quotidienneté qui en découle permet, à leur avis, de tisser des liens et de créer des amitiés, en bref de bâtir la confiance interculturelle nécessaire aux succès des interventions. Elle est une plus-value qui nourrit l'échange interculturel bilatéral. La participante 7 qui n'habite pas au sein d'une communauté autochtone affirme que « s'il y avait des professionnels qui restaient sur les réserves, je pense que ça pourrait aider ». La participante 9 qui vit au sein d'une communauté autochtone et y est grandement attachée partage ceci : « Je trouve ça tellement spécial quand on joue au volley-ball et qu'on est moitié Blancs et moitié Autochtones, et qu'on est tout le monde au même niveau, dans le plaisir. Ce sont des moments très importants (...), très précieux. C'est la rencontre des cultures » (*participante 9*). En plus de la formation et de l'implication communautaire, plusieurs participantes abordent le thème de la collaboration interprofessionnelle.

Collaboration interprofessionnelle

Maintes participantes insistent sur l'importance du travail collaboratif et interdisciplinaire. Cette collaboration interprofessionnelle se révèle essentielle pour ventiler ses émotions et pour trouver ensemble des solutions aux difficultés vécues dans le quotidien de la pratique.

De plus en plus (...), j'en parle. Je ne porte pas les enjeux, seule. J'en parle à d'autres membres de l'équipe quand j'ai besoin qu'on se mobilise. (*participante 5*)

Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire aide (...) énormément parce qu'on peut faire un tour de table et se dire: « Qu'est-ce qu'on peut faire pour palier [au

problème]?» Selon aussi qu'est-ce qu'on connaît de leurs valeurs parce qu'on ne connaît pas tout vraiment. C'est beaucoup l'équipe interdisciplinaire qui nous aide. (...) On essaie [ensemble] de trouver des solutions. (*participante 2*)

Par ailleurs, le fait de pouvoir compter sur des collègues qui vivent au sein des communautés ou encore sur des personnes en situation de pouvoir dans les communautés se révèle précieux et utile.

Souvent, je vais demander l'opinion à mes collègues qui sont autochtones et qui connaissent la famille. [C'est vraiment très aidant]. (*participante 10*)

Aller chercher du support auprès des gens en pouvoir [est une bonne façon] de faire avancer ses recommandations. (*participante 5*)

S'ajoute à la formation, à l'implication communautaire et la collaboration interprofessionnelle, le fait de développer des modèles théoriques et des outils cliniques valides et pertinents en contexte autochtone.

Intervention probante

La participante 9 déplore le manque de données scientifiques actuellement disponibles en ergothérapie pour guider la pratique en contexte autochtone. Devant ce vide de preuves scientifiques et ayant remarqué que le fait d'utiliser les modèles théoriques et les outils cliniques traditionnellement utilisés en ergothérapie dévalue systématiquement les patients autochtones, leurs cultures, valeurs, croyances, savoirs traditionnels, modes de vie, rites et traditions, elle se tourne vers un nouveau modèle théorique basé sur des valeurs collectivistes revient aux bases de la relation d'aide et travaille sur ses compétences culturelles.

Récemment, on m'a reparlé d'un modèle dont j'entends parler une fois de temps en temps : le modèle de Kawa. J'ai vraiment le goût d'aller le lire, d'aller le connaître, de voir si je pourrais l'utiliser. C'est une piste. Ça pourrait parler aux gens. (...) Ce n'est pas si difficile d'aller au-delà de la méfiance. Quand tu es patient, quand tu prends le temps et que tu respectes le rythme [la confiance s'installe]. (...)

C'est vraiment important de prendre du temps pour l'alliance [thérapeutique], de prendre le temps de s'approprier [mutuellement]. (...) En lien avec les intervenants, une stratégie, c'est clairement d'en faire moins et quand les gens viennent vers nous, là c'est le temps : c'est d'être disponible, d'être là. Moi, j'ai vraiment beaucoup besoin d'apprendre à être moins proactive parce que des fois c'est valorisé et c'est une qualité d'en faire beaucoup, mais là-bas on dirait qu'on peut le confondre. Plus qu'on en fait, des fois, plus que ça crée de résistance et moins les gens en font autour. L'idée, c'est de ralentir et d'être disponible pour les patients, donc de revenir avec les habiletés en relation d'aide: l'écoute active, la présence. Je trouve que c'est quelque chose qui m'est très précieux.

En plus de la formation, de l'implication communautaire, de la collaboration interdisciplinaire et de l'intervention fondée sur des preuves scientifiques en contexte autochtone, plusieurs participantes décrivent une posture éthique à préconiser lorsqu'elles travaillent avec des patients autochtones.

Posture éthique

Qu'il soit question d'authenticité, de respect, d'humilité culturelle ou de valorisation des pratiques autochtones, plusieurs participantes considèrent que ces valeurs, ces vertus ou ces principes éthiques se révèlent des atouts indéniables en contexte autochtone.

Ne pas arriver avec trop d'assurance, je pense que c'est quelque chose qui fait que ça se passe bien. (...) J'ai fait un travail sur moi-même. Dans le fond, c'est moi qui ai changé. (...) Quand tu es une blanche chez les autochtones, tu pars déjà avec deux prises et c'est correct. (...) Maintenant, je suis très authentique. (...) Je respecte leur réalité et leur façon de vivre, leur culture, leurs habitudes qu'elles soient bonnes ou pas selon mes opinions. (...) C'est une question de respect qu'on doit avoir quand on va chez les gens. On n'est pas dans notre milieu. (...) J'essaie de ne pas être trop intrusive. (*participante 4*)

Les Blancs, on a souvent été comme ça auprès des Autochtones : dans le rôle d'expert qui vient donner des recommandations (...). Or, il y a beaucoup de beau dans ce qu'ils sont, dans ce qu'ils laissent être. Dans la vie d'un couple québécois moyen, d'apprendre que leur enfant a un retard de développement, c'est une grosse affaire. C'est comme «WO». Là-bas, on dirait que non. Ils prennent leur enfant comme il est. Ils ne sont pas vraiment dans la comparaison. Ils ne sont pas dans la projection dans le futur. Ça fait une grosse différence. (...) J'ai souvent l'impression d'être un peu l'imposteur à avoir l'air de jouer un rôle, de jouer le rôle de l'expert, alors que l'idéal, je pense, c'est qu'on a vraiment besoin d'être dans l'*empowerment* avec eux, de les aider à avoir confiance, d'éviter de faire des recommandations qui pour eux ont plus ou moins de sens. (...) Je suis à l'affût d'essayer de faire des compliments aux parents, des reflets positifs. (*participante 9*)

Pour être en mesure d'adopter cette posture éthique empreinte d'humilité culturelle et de respect mutuel, des participantes revendiquer plus de soutien sur le plan de l'éthique.

Soutien professionnel sur le plan de l'éthique

Six participantes indiquent avoir vécu une période d'épuisement professionnel. Selon elles, il est parfois éprouvant de travailler en contexte autochtone, car cela signifie souvent d'habiter loin de sa famille, de vivre un choc culturel, de se sentir peu compétentes et d'avoir peu de soutien, notamment sur le plan de l'éthique.

C'est sûr qu'un comité d'éthique [clinique], ça ne serait pas un luxe parce que ça permettrait de prendre le temps de se poser des questions [et de trouver des solutions pour surmonter] les barrières (...). Prendre le temps de s'arrêter, de se poser des questions, c'est rendu presque un luxe dans le système de santé actuellement. (...) On continue de faire des choses sans vraiment se questionner, donc on peut se rendre plus loin dans l'inconfort. (...) Si on avait un temps d'arrêt, un endroit pour amener ces choses-là, [ce serait précieux]. (*participante 6*)

Si on veut régler des choses, entre autres au niveau éthique, il faut qu'il y aille du temps qui soit accordé pour ça, parce que dans le quotidien, ça va vite. (*participante 8*)

Des groupes de soutien (...) pour les professionnels [seraient essentiels et favoriseraient les bonnes pratiques]. (*participante 9*)

Somme toute, puisque les enjeux éthiques de la pratique ergothérapique en contexte autochtone ont des dimensions systémiques, les solutions ne sauraient se réduire aux efforts individuels. Des changements organisationnels, voire sociétaux, sont requis comme le soulignent des participantes.

Organisation et financement

Enfin, des participantes déplorent l'organisation actuelle des soins de santé et des services de réadaptation offerts aux patients autochtones. En plus d'être sous-financés, ceux-ci sont souvent prodigués loin des communautés, notamment les soins de santé spécialisés ou les services de réadaptation. De plus, les corridors de soins et de services entre le Nord et le Sud sont peu efficaces, notamment parce que les organisations et les travailleurs de la santé du Sud de la province font montre de peu de compétences culturelles. Aussi, le fait que les professionnels qui travaillent au sein des communautés autochtones ne soient pas remplacés pendant leurs vacances affecte négativement la continuité des soins et des services prodigués aux patients autochtones.

C'est sûr que s'il y avait plus d'argent (...), s'il y avait des intervenants en réadaptation qui travaillaient dans les réserves, ça aiderait beaucoup. (...) Avoir une ergothérapeute surplace, ça nous aiderait beaucoup. Ils ont des problématiques avec les infirmières qui sont obligées de pallier au mieux de leurs connaissances, mais elles ne connaissent pas tous les équipements. Ce n'est pas leur spécialité. Je pense que s'il y avait [une ergothérapeute] dans les réserves, ça enlèverait une partie des problèmes. (*participante 2*)

La ville est trop loin. Les parents [autochtones] ne peuvent pas y aller ou les dossiers sont fermés très rapidement.

Mais, avec notre clientèle, tu ne peux ne pas fermer un dossier parce qu'un patient ne vient pas une fois. Mais en ville, c'est comme ça [que ça marche]. (*participante 10*)

Un meilleur corridor de services entre les professionnels qui travaillent dans le Nord et les professionnels qui travaillent au Sud [est nécessaire]. Plus d'enseignement dans les universités, dans les centres de formation sur les populations autochtones [est requis]. (...). On ne connaît pas bien l'histoire (...). Ça pourrait être très aidant pour tous les professionnels de la santé de mieux la comprendre et la connaître (...) pour pouvoir mieux collaborer avec les intervenants dans le Nord et comprendre c'est quoi la réalité du Nord et c'est quoi l'impact d'une intervention ponctuelle qui est faite au Sud. (*participante 3*)

Il faudrait assurer une continuité dans les services. Par exemple, quand je pars en vacances quatre fois par année, je suis bien contente de les avoir ces vacances-là, mais en même temps, il n'y a personne qui me remplace pendant ce temps-là. (...) Si on avait plus de personnels qui pouvaient assurer les remplacements (...), ça permettrait d'avoir un meilleur suivi, ça serait facilitant pour les services. (*participante 5*)

Telles sont donc les pistes de solution proposées par les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ainsi que les principes éthiques qui se dégagent de celles-ci (voir le tableau 2 présenté plus tôt). Examinons maintenant les pistes de solution proposées dans les écrits.

2.2 Résultats du volet théorique

2.2.1 Corpus des textes analysés

Comme l'indique le tableau 3 ci-dessous, 61 documents ont été recensés et retenus aux fins de l'analyse. Ces écrits sont pour la plupart des articles scientifiques ou professionnels (n=42). Certains écrits (n=14) sont des énoncés de principes comme *l'Énoncé de politique des trois conseils* (CRSH, CRSNG et IRSC, 2010), des documents professionnels comme *l'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones* (Collège royal des médecins et

chirurgiens du Canada, 2013) ou des rapports de recherche comme celui de Reading et Wien (2013) traitant des inégalités de santé rencontrées par les peuples autochtones. L'échantillon comprend aussi d'autres types de documents (n=5) dont un livre (Iwama, 2006), un mémoire (APNQL et CSSSPNQL, 2007) et le rapport de la Commission vérité et réconciliation du Canada (CVRC, 2015).

Tableau 3 : Synthèse des écrits recensés et analysés suivant trois catégories⁸

| Articles scientifiques ou professionnels | Énoncés de principes ou documents professionnels | Livre, mémoire ou rapports |
|---|--|---|
| Adelson (2005); Allan et Smylie (2015); Anand et al. (2007); Asselin et Basile (2012); Baskin (2007); Beagan (2015); Beavis et al. (2015); Campbell (2016); Cole et Healey (2013); Dewhirst et Whittaker (2011); Earle (2010); Ellerby et al. (2000); Gerlach (2008; 2012); Goodman et al. (2017); Goodyear-Smith et al. (2015); Greenwood et De Leeuw (2012); Habjan et al. (2012); Hammell (2013; 2014); Iwama (2005); Iwama et al. (2009); Jamieson et al. (2017); Jull et Giles (2012); Keightley et al. (2011); Kotalik et Martin (2016); Kyoung et al. (2015); McNally et Martin (2017); Pidgeon (2015); Pullman et Brunger (2016); Restall et al. (2016); Saini et Quinn (2013); Schnarch (2004); Shah et Reeves (2015); Smylie et al. (2006); Stevenson et Murray (2016); Stewart et al. (2013); Viscogliosi et al. (2017; 2017a); Wong et al. (2013); Wray et Mortenson (2011); Zeidler (2011) | AHIC (2013); ACE (2011); Agence de la santé publique du Canada (2015); Assemblée des Premières nations (2009); Association universitaire canadienne d'études nordiques (2003); Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011; 2017); Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2015); Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2013); CRSH, CRSNG et IRSC (2010); CSSSPNQL (2003); INESSS (2014); INSPQ (2013); Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) (2013) | APNQL et CSSSPNQL (2007); Baba (2013); Commission vérité et réconciliation du Canada (2015); Iwama (2006); Reading et Wien (2013) |
| n = 42 | n = 14 | n = 5 |

2.2.2 Pistes de solution proposées dans les écrits

Les pistes de solution que contiennent ces documents sont nombreuses. Lorsque l'on s'intéresse aux valeurs et aux principes éthiques en vue de guider la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone, plusieurs éléments émergent de ceux-ci. Le tableau 4 qui suit présente une synthèse

⁸ Pour éviter d'allonger la bibliographie, les références complètes de ces écrits n'y ont pas été insérées. Seules celles citées dans le corps du texte y sont listées.

des valeurs et des principes éthiques qui sont proposés dans les documents retenus et analysés. Pour éviter la redondance du propos, ces valeurs et principes éthiques sont ici énoncés seulement. La section suivante, consacrée à l'ébauche d'une éthique interculturelle à même de soutenir la pratique ergothérapeutique en contexte autochtone, explique brièvement certains de ces éléments en lien avec les rôles des ergothérapeutes.

Tableau 4 : Les valeurs et les principes éthiques préconisés dans les écrits⁹

| Valeurs | Principes éthiques |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilité • Accessibilité • Autodétermination (<i>empowerment</i>) • Collaboration • Communauté • Concertation • Confiance • Confidentialité • Consentement libre, éclairé et continu • Dignité humaine • Efficacité des interventions • Égalité • Empathie • Équité • Famille • Harmonie sociale • Honnêteté • Humilité culturelle • Inclusion sociale • Interdépendance • Justice occupationnelle • Justice sociale • Ouverture d'esprit • Partenariat • Réciprocité • Respect de la vie privée | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les silences, écouter • Adapter son rythme, ralentir • Adapter ses interventions sur le plan culturel • Adopter une approche centrée sur le patient, ce qui inclut sa famille et sa communauté (collectivisme) • Adopter une vision post-colonisatrice et émancipatrice • Adopter une vision holistique de la santé et du bien-être individuel et collectif • Combiner des méthodes traditionnelles de guérison valorisées par les communautés avec des programmes issus des données probantes • Communiquer ouvertement, franchement, dire la vérité • Comprendre l'influence des traumatismes intergénérationnels sur les enjeux • Considérer la spiritualité lors des interventions • Développer des outils favorisant le pouvoir d'agir • Établir un climat de confiance • Être authentique, cohérent, sincère, transparent • Être conscient des limites des statistiques sur les enjeux autochtones • Faire avancer les droits des peuples autochtones (<i>advocacy</i>) • Favoriser la réduction de méfaits (ex. dépendance aux drogues) • Faire participer les peuples autochtones à la création du savoir • Inclure un co-thérapeute autochtone (ex. aîné) • Intervenir directement dans les communautés • Miser sur les forces des peuples autochtones • Miser sur les ressemblances interculturelles • Participer à la compréhension des problèmes et à la définition des solutions |

⁹ Pour faciliter la lecture de ce tableau, les valeurs et les principes éthiques sont listés par ordre alphabétique. Aucun jugement n'est à ce stade-ci porté sur la pertinence de ces valeurs ou principes. Il s'agit ici de rapporter les résultats de nos recherches dans les écrits de manière objective, fidèle et exhaustive.

(Suite tableau 4)

| Valeurs | Principes éthiques |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Respect mutuel • Responsabilité • Santé et bien-être holistiques • Savoir autochtone • Sécurité culturelle • Signifiante occupationnelle • Sincérité • Solidarité intergénérationnelle • Spiritualité • Souplesse • Transparence • Vérité | <ul style="list-style-type: none"> • Participer à la protection des personnes vulnérables • Pratiquer la non-ingérence • Promouvoir l'habilitation aux occupations significantes et significatives • Reconnaître ses privilèges • Reconnaître la légitimité des approches de médecine traditionnelle autochtone • Rendre disponibles des interprètes • Renforcer l'identité culturelle • Respecter le principe de Jordan (enfance) • Respecter les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations • Respecter les valeurs et les croyances autochtones • Se positionner contre la médisance pour éliminer les préjugés • Se départir de ses préjugés • S'éduquer et se former sans cesse • S'engager dans des relations mutuellement respectueuses • S'imprégner des cultures autochtones • Soutenir le développement communautaire en tant qu'accompagnateur • Valider ses interprétations auprès des personnes et des communautés • Valoriser les voix autochtones • Valoriser les savoirs autochtones • Valoriser l'équité et l'inclusion sociale • Valoriser l'interdépendance (solidarité intergénérationnelle) • Viser la sécurité culturelle des interventions • Vivre dans les communautés |

3. Ébauche d'une éthique interculturelle

Cette section articule une ébauche d'une éthique interculturelle visant à guider la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone, et ce, que l'ergothérapeute soit un clinicien, un chercheur, un enseignant, un gestionnaire, un superviseur de stagiaires ou autre. Cette éthique peut également guider l'étudiant en ergothérapie qui, à titre de stagiaire, effectue l'un de ses stages de formation clinique dans une communauté autochtone ou intervient auprès de cette clientèle. Basée sur les sept rôles de l'ergothérapeute, tels qu'ils sont définis dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), qui structurent la pratique de la profession au pays, elle précise les valeurs et les principes éthiques à même de soutenir la pratique de la profession auprès de patients ou de communautés autochtones du Québec, et ce, en prenant appui sur les résultats décrits précédemment. Le tableau 5 présente une synthèse de cette éthique interculturelle, en spécifiant les

valeurs et les principes éthiques pouvant guider l'ergothérapeute dans chacun de ses rôles professionnels. Les paragraphes qui suivent tracent les grandes lignes de cette éthique suivant chacun des sept rôles professionnels de l'ergothérapeute.

Précisons qu'à notre connaissance, cette idée d'adapter la posture éthique de l'ergothérapeute au contexte autochtone n'a pas été jusqu'à maintenant suggérée ni effectuée. Il est généralement présumé en ergothérapie que les modèles théoriques ou conceptuels, les approches cliniques, les modalités d'évaluation et les outils d'intervention sont valables avec toute clientèle, c'est-à-dire qu'ils ont une valeur universelle. Ce n'est que récemment que certaines voix minoritaires au sein la profession ont invité les ergothérapeutes à faire montre de réflexion critique et d'humilité culturelle lorsqu'ils travaillent en contexte multiculturel (Hammel et Iwama, 2012; Iwama, 2006). Pour ces penseurs, il importe que les services ergothérapeutiques n'occasionnent pas de mauvaises pratiques auprès de ces clientèles étant donné les assises occidentales et colonialistes de la profession. Cette éthique se veut donc à la fois post-colonialiste et non occidentalocentriste.

Tableau 5 : Valeurs et principes d'une éthique interculturelle pour l'ergothérapeute¹⁰

| Rôles professionnels | Valeurs | Principes éthiques |
|---|--|---|
| 1. Expert en habilitation de l'occupation | <ul style="list-style-type: none"> • Famille/communauté (collectivisme) • Holisme • Interdépendance • Santé et bien-être holistiques • Signifiante occupationnelle • Solidarité intergénérationnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter ses interventions sur le plan culturel • Adopter une approche centrée sur le patient, ce qui inclut sa famille et sa communauté (collectivisme) • Adopter une vision holistique de la santé et du bien-être individuel et collectif • Intervenir directement dans les communautés • Miser sur les forces des peuples autochtones • Promouvoir l'habilitation aux occupations significatives et significatives • Renforcer l'identité culturelle • Valoriser les savoirs autochtones • Valoriser l'interdépendance (solidarité intergénérationnelle) |
| 2. Communicateur | <ul style="list-style-type: none"> • Authenticité • Confiance • Confidentialité • Consentement libre, éclairé et continu • Dignité humaine • Empathie • Honnêteté • Humilité culturelle • Ouverture d'esprit • Respect de la vie privée • Respect mutuel • Sincérité • Transparence • Vérité | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les silences, écouter • Adopter une posture éthique empreinte d'humilité culturelle • Adopter une vision post-colonisatrice et émancipatrice • Communiquer ouvertement, franchement, dire la vérité • Comprendre l'influence des traumatismes intergénérationnels sur les enjeux • Établir un climat de confiance • Être authentique, cohérent, sincère, transparent • Miser sur les ressemblances interculturelles • Reconnaître ses privilèges • Rendre disponibles des interprètes • S'engager dans des relations mutuellement respectueuses • Valider ses interprétations auprès des personnes et des communautés |

¹⁰ Nous nous inspirons ici librement du tableau intitulé : « Résumé des principes et des valeurs en matière de santé des Autochtones » qui se trouve à la page 04 de l'Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones élaboré par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (2013).

Marie-Josée Drolet et Chantal Viscogliosi

(Suite tableau 5)

| Rôles professionnels | Valeurs | Principes éthiques |
|--------------------------------|--|---|
| 3. Collaborateur | <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration • Concertation • Égalité • Partenariat | <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec des collègues et des partenaires au sein des communautés • Faire participer les peuples autochtones à la création du savoir • Inclure un co-thérapeute autochtone (ex. : aîné) • Participer à la compréhension des problèmes et à la définition des solutions • S'impliquer dans la vie quotidienne des communautés • Soutenir le développement communautaire en tant qu'accompagnateur • Vivre dans les communautés |
| 4. Gestionnaire de sa pratique | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilité • Souplesse | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter son rythme, ralentir • Favoriser la réduction de méfaits |
| 5. Agent de changement | <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité • Autodétermination • (Empowerment) • Équité • Inclusion sociale • Justice occupationnelle • Justice sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils favorisant le pouvoir d'agir • Faire avancer les droits des peuples autochtones (<i>advocacy</i>) • Favoriser l'autodétermination (<i>empowerment</i>) des personnes et des communautés • Respecter le principe de Jordan (enfance) • Respecter les principes PCAP des Premières Nations • Revendiquer pour rapprocher les soins et les services des communautés, pour améliorer les corridors de soins et de services entre le Nord et le Sud ainsi que pour mieux financer les soins et les services • Se positionner contre la médisance pour éliminer les préjugés • Valoriser l'équité et l'inclusion sociale • Valoriser les voix autochtones |

(Suite tableau 5)

| Rôles professionnels | Valeurs | Principes éthiques |
|----------------------|--|---|
| 6. Praticien érudit | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité des interventions • Pratique probante • Réflexivité • Savoir autochtone | <ul style="list-style-type: none"> • Combiner des méthodes traditionnelles de guérison valorisées par les communautés avec des programmes issus des données probantes • Développer des modèles théoriques ou des outils cliniques valides en contexte autochtone • Être conscient des limites des statistiques sur les enjeux autochtones • Fonder sa pratique sur des modèles, outils et évidences scientifiques valides en contextes autochtones • Reconnaître la légitimité des approches de médecine traditionnelle autochtone • Se départir de ses préjugés • S'éduquer et se former sans cesse • S'imprégner des cultures autochtones |
| 7. Professionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Harmonie sociale • Réciprocité • Responsabilité • Sécurité culturelle • Spiritualité | <ul style="list-style-type: none"> • Considérer la spiritualité lors des interventions • Participer à la protection des personnes vulnérables • Pratiquer la non-ingérence • Respect les valeurs et les croyances autochtones • Viser la sécurité culturelle des interventions |

3.1 Expert en habilitation de l'occupation

Comme l'indique le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), « le rôle d'expert en habilitation de l'occupation représente le rôle pivot, de même que la compétence et l'expertise clés d'un praticien en ergothérapie » (p. 2, souligné par l'ACE). De fait, l'ergothérapeute habilite les personnes (groupes ou communautés) ayant vécu un accident, vivant avec une maladie ou faisant face à des désavantages ou des iniquités à réaliser les activités ou occupations qui meublent leur quotidien, à s'engager dans leurs rôles sociaux et à s'accomplir par la réalisation d'activités ou d'occupations qui sont significantes et significatives pour elles. En contexte autochtone, l'ergothérapeute travaillera en prenant soin de respecter les valeurs phares de la profession comme la

participation occupationnelle et l'approche centrée sur le patient (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2016), tout en adaptant celles-ci aux spécificités culturelles des peuples autochtones (APNQL et CSSSPNQL, 2007; SOGC, 2013). Ainsi, plutôt que d'opter pour une approche individualiste et de valoriser l'autonomie individuelle (approches usuelles et traditionnelles en ergothérapie), il favorisera une approche collectiviste qui considère les patients en relation avec leur famille et leur communauté, au détriment d'une vision atomiste et individualiste de la personne, et valorisera l'interdépendance et la solidarité intergénérationnelle, plutôt que l'indépendance individuelle (Agence de santé publique du Canada, 2015; Viscogliosi *et al.*, 2017). Concrètement, il fera en sorte, par exemple, que le patient autochtone puisse être vu avec les membres de sa famille qui l'accompagnent lors des interventions, plutôt que de demander à ces personnes d'attendre dans le corridor. Aussi, en cohérence avec les assises axiologiques de la profession (Drolet, 2014), il prendra soin d'adopter une approche holiste de la santé et du bien-être individuel et collectif, ce qui impliquera d'intervenir, dans la mesure du possible, directement dans les communautés et les milieux de vie des personnes ainsi que de valoriser les savoirs et traditions autochtones, de façon à renforcer l'identité culturelle des patients et des communautés (Asselin et Basile, 2012; Zeidler, 2011). Par exemple, il modifiera ses questionnaires d'entrevue initiale en les basant sur la vision autochtone de la vie (cercle autochtone de la vie) et de la santé (roue de la médecine autochtone), plutôt que sur les catégories usuelles utilisées en ergothérapie (personne, environnement et occupation) qui sépare la personne de l'environnement et qui valorise l'interdépendance individuelle. Par ailleurs, il mettra sur les forces des personnes, de leur famille et des communautés, plutôt que sur les problèmes que celles-ci rencontrent (Viscogliosi *et al.*, 2017), ce qui encore une fois contraste avec la manière habituelle de faire en ergothérapie qui consiste à circonscrire le problème occupationnel. En ce sens, il partira des solutions préconisées par la personne et ses proches et cherchera à optimiser les facilitateurs et à diminuer les obstacles à la mise en œuvre de ces solutions.

3.2 *Communicateur*

Selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), « la relation praticien-[patient] est fondamentale au rôle de *communicateur*. La communication comprend les modes de communication orale, écrite, non-verbale et électronique » (p. 2, souligné par l'ACE). En contexte autochtone, l'une des clés du succès des interventions dépendra de la capacité de l'ergothérapeute à établir, nourrir et maintenir un climat de confiance dans la relation thérapeutique. Probablement que plus d'efforts qu'en contexte usuel devront être déployés pour y parvenir, compte tenu du passé colonialiste du pays (CVRC, 2015). La qualité de la communication dépendra par conséquent de la capacité de l'ergothérapeute à reconnaître ses privilèges, à comprendre l'influence des traumatismes intergénérationnels sur les patients et leurs communautés (SOGC, 2013) et à faire montre d'humilité culturelle (Hammell, 2013) ainsi qu'à adopter une vision à la fois post-colonisatrice et émancipatrice des personnes et des communautés (Adelson, 2015; Beavis *et al.*, 2015). Pour y parvenir, l'ergothérapeute aura avantage à prendre plus de temps qu'à l'habituel, à apprendre idéalement la langue autochtone des patients et à aller à plusieurs reprises dans les communautés, voire à y passer du temps libre à titre personnel. L'ergothérapeute prendra soin d'adapter au plan culturel ses manières d'entrer en relation avec les patients et leur famille, en prenant en considération les spécificités culturelles des communautés (SOGC, 2013). Par exemple, il évitera de tutoyer les aînés et de poser trop de questions. Ainsi, il parviendra, par exemple, à être dans une posture d'écoute plutôt que d'informateur ou d'investigateur (Zeidler, 2011), à accueillir de manière bienveillante les silences, à communiquer ouvertement et franchement (Asselin et Basile, 2012), et ce, toujours dans le respect mutuel et en ayant recours à des interprètes au besoin. Aussi, il s'assurera de rendre ses écrits disponibles aux patients dans une langue qu'ils comprennent, en ayant pris soin de valider ses interprétations auprès des patients, évitant ainsi de reconduire des pratiques paternalistes et colonisatrices qui ont longtemps présidé les relations interculturelles au pays entre les peuples autochtones et les autres Canadiens (Adelson, 2015; CVRC, 2015). Cela nécessitera probablement qu'il fasse des revendications aux instances appropriées pour soutenir les frais de

traduction. Par ailleurs, il misera sur les ressemblances interculturelles plutôt que sur les différences afin de bâtir des relations pérennes et positives. Concrètement, cela lui permettra d'éviter de se centrer sur les problèmes que vivent les communautés ainsi que de faire montre de compréhension et d'empathie bienveillante.

3.3 Collaborateur

Le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) atteste qu'en « tant que *collaborateur*, les ergothérapeutes travaillent de manière efficace afin de favoriser la participation des gens à des occupations, en utilisant et en favorisant des approches fondées sur la prise de décision partagée » (p. 3, souligné par l'ACE). En contexte autochtone, les approches collaborative et partenariale, qui impliquent la concertation de divers acteurs considérés comme des égaux, s'avèrent de mise. Cela nécessite en outre que les patients et leur famille participent non seulement à la compréhension des problèmes, mais également à la définition des solutions (Asselin et Basile, 2012). L'intervention avec des patients autochtones exige la co-construction du savoir (Saini et Quinn, 2013). À cette fin, l'inclusion d'un co-thérapeute autochtone comme un aîné lié au patient sera favorisée (Ellerby *et al.*, 2000). Somme toute, alors que l'ergothérapeute peut être considéré comme l'expert de l'habilitation aux occupations, les patients autochtones doivent être considérés comme les experts de leur condition. Il s'ensuit que les savoirs expérientiels des patients sont valorisés au même titre que les savoirs disciplinaires de l'ergothérapeute. Cela implique que l'ergothérapeute ne saurait seul élaborer les plans d'interventions. Les buts des services ergothérapeutiques doivent être décidés conjointement, de même que les moyens d'atteindre ces buts. Autrement dit, toutes les décisions cliniques doivent être partagées et prises ensemble. Aussi, à titre de collaborateur, comme spécifié plus tôt, l'ergothérapeute aura avantage à vivre au sein des communautés, à partager leur quotidienneté et à soutenir leur développement (Asselin et Basile, 2012). Ce faisant, il collaborera avec divers collègues et partenaires communautaires dans le respect de l'autodétermination des personnes et des peuples. En somme, peut-être davantage que dans d'autres contextes cliniques, l'ergothérapeute qui intervient en

contexte autochtone ne saurait être l'expert de la situation. De fait, cette expertise doit être partagée, non seulement avec le patient, mais également avec sa famille et la communauté.

3.4 Gestionnaire de sa pratique

Le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) mentionne qu'« titre de gestionnaire de la pratique, les ergothérapeutes gèrent le temps, établissent les priorités et favorisent la gestion efficace de la pratique. (...) Les ergothérapeutes ont des compétences pour la supervision, le soutien et l'encadrement des ergothérapeutes, du personnel auxiliaire et des autres membres de l'équipe en ergothérapie » (p. 3, souligné par l'ACE). En contexte autochtone, considérant qu'une vision linéaire du temps se heurte à une vision cyclique du temps, l'ergothérapeute prendra soin de faire preuve de souplesse et d'adaptabilité, notamment eu égard à la temporalité et aux horaires. Ce faisant, il devra dédier plus de temps qu'à l'habitude à chacune des étapes des interventions. Il évitera de soutenir des règles administratives suivant lesquelles après deux retards ou absences par exemple, les soins et les services sont interrompus. Plus encore, il dénoncera les politiques et les règles organisationnelles qui reconduisent des injustices structurelles aux personnes et instances appropriées. À titre de gestionnaire de sa pratique, il soutiendra la mise en place d'organisations de santé habilitantes et adaptées au plan culturel. Évitant les approches rigides, il préconisera par exemple des approches émancipatrices visant la réduction des méfaits. Par exemple, plutôt que d'exiger l'arrêt de la consommation d'une drogue pour pouvoir accéder aux services ergothérapeutiques, il soutiendra le patient et habilitera sa famille afin que celui-ci puisse progressivement diminuer ses comportements autodestructeurs et nourrir ses liens filiaux, lesquels sont essentiels pour bâtir la résilience des personnes et des communautés. Par ailleurs, à titre de gestionnaire ou de superviseur de stagiaires, il contribuera au développement des compétences culturelles des ergothérapeutes et autres personnes sous sa direction (pour le premier) ou à celui des étudiants qu'il forme (pour le second) (Beavis *et al.*, 2015).

3.5 Agent de changement

Comme le spécifie le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), en tant qu'agent de changement social :

[l]es ergothérapeutes font des revendications au nom des clients et avec eux, travaillent en vue d'apporter des changements positifs pour améliorer les programmes, les services et la société au sein du système de santé et d'autres systèmes. Les praticiens travaillent pour la population et la communauté afin de favoriser les changements dans le financement, la gestion, les directives et d'autres systèmes qui ont des effets sur les occupations au quotidien. Les ergothérapeutes collaborent avec les intervenants au sein et à l'extérieur du système et usent de stratégies pour favoriser la remise du pouvoir aux populations. (p. 3)

Dans le contexte où, comme indiqué plus tôt, les patients et les populations autochtones sont confrontés à d'importantes disparités, voire iniquités en matière de santé, de bien-être, d'éducation, de logement et de développement économique, l'ergothérapeute, en tant qu'agent de changement social, est invité à être un acteur-clé afin de condamner ces disparités, de revendiquer en collaboration avec les patients et les communautés autochtones la défense des droits des peuples autochtones (SOGC, 2013) et de participer avec des membres des communautés autochtones et divers acteurs sociaux au renversement de ces iniquités. Concrètement, il pourra participer à alimenter des membres de son ordre professionnel pour qu'un mémoire soit rédigé sur le sujet et déposé aux instances gouvernementales appropriées ou encore s'impliquer au sein du Réseau sur l'ergothérapie et la santé des Autochtones (ACE, 2019) ou du Regroupement de solidarité avec les Autochtones (Canada) (Alternatives, 2019) pour faire avancer les droits des peuples autochtones au pays. Ce faisant, il pourra participer à la déconstruction des préjugés, des stigmatisations et des visions colonisatrices nuisant à l'émancipation des personnes et des peuples autochtones, valoriser les voix autochtones ainsi que développer des outils favorisant le pouvoir d'agir et l'autodétermination des patients autochtones, de leur famille et de leur communauté (Beavis *et al.*, 2015). En ce sens, au quotidien, il s'assurera d'expliquer le contexte

et la pertinence de certaines revendications des peuples autochtones pouvant être mal perçues ou comprises par ses collègues peu familiers avec ces enjeux, voire avec la population générale. Aussi, en plus de respecter les principes PCAP des Premières Nations et celui de Jordan, l'ergothérapeute participera à faire avancer la justice occupationnelle, en prenant au sérieux les droits occupationnels¹¹ des patients et des peuples autochtones et en revendiquant, en collaboration avec eux et à leur demande, le respect de ces droits (APNQL et CSSSPNQL, 2007; SOGC, 2013). Concrètement, l'ergothérapeute, qui constate par exemple qu'un enfant d'une communauté autochtone qui se déplace en fauteuil n'a pas accès à son école étant donné l'absence d'un plan incliné pour y accéder et de portes électriques pour pouvoir entrer, pourrait invoquer le non-respect du principe de Jordan pour que les adaptations requises soient faites rapidement. De plus, l'ergothérapeute pourra par exemple revendiquer de rapprocher les soins de santé spécialisés et les services de réadaptation des communautés autochtones, d'améliorer les corridors de soins et de services entre les organisations de santé du Nord et celles du Sud de la province ainsi que de financer davantage les soins de santé et les services de réadaptation offerts aux patients et populations autochtones. Somme toute, en tant qu'agent de changement social, l'ergothérapeute développera et actualisera ses compétences argumentatives, collaboratives et politiques (Drolet *et al.*, sous presse).

3.6 Praticien érudit

Comme l'indique le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), « en tant que *praticiens érudits*, les ergothérapeutes incorporent l'évaluation critique, la réflexion et l'amélioration de la qualité dans leur pratique quotidienne ainsi que l'apprentissage tout au long de la vie. Les ergothérapeutes basent leur travail sur les meilleures données probantes découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances fondées sur

¹¹ En ergothérapie, un droit occupationnel correspond au droit d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté de réaliser les activités qui sont obligatoires ou significatives pour lui et qui contribuent à sa santé et son bien-être.

l'expérience » (p. 3, souligné par l'ACE). Tenant compte du manque de données scientifiques en contexte autochtone, l'ergothérapeute sera invité à participer au codéveloppement de modèles théoriques et d'outils cliniques valides et pertinents pour une clientèle autochtone ainsi qu'à utiliser ces modèles et outils, tout en les combinant avec des méthodes traditionnelles de guérison autochtone (Ellerby *et al.*, 2000), reconnaissant ainsi la légitimité des approches de médecines traditionnelles issues des communautés (Asselin et Basile, 2012; Zeidler, 2011). Il aura soin de s'inscrire dans un processus réflexif et mélioratif de ses pratiques professionnelles, afin de se départir de ses préjugés, de s'imprégner des cultures autochtones et de prendre conscience des limites inhérentes aux modèles théoriques et outils cliniques utilisés traditionnellement en ergothérapie. Il s'agit là d'un défi important pour la profession. L'ensemble de la communauté ergothérapique mondiale partage ce défi. Plus seront nombreux les étudiants à la maîtrise et au doctorat ainsi que les chercheurs de par le monde qui se pencheront sur ces questions, plus la profession sera en mesure d'offrir aux communautés autochtones d'ici et d'ailleurs des outils cliniques pertinents et adaptés aux spécificités culturelles des différentes et nombreuses communautés autochtones.

3.7 Professionnel

Enfin, le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) atteste qu'à « titre de *professionnels*, les ergothérapeutes s'engagent à observer un code de déontologie et des normes de conduite personnelle élevées lorsqu'ils s'attachent à faciliter l'occupation » (p. 3, souligné par l'ACE). Il s'agira ici pour l'ergothérapeute de pratiquer la profession suivant de hauts standards éthiques, tout en assurant le respect des valeurs professionnelles ainsi que les valeurs et les croyances des patients autochtones et de leur famille (Kotalik et Martin, 2016). En adoptant une vision holistique de la santé et du bien-être (par exemple la roue autochtone de la médecine), l'ergothérapeute préconisera aussi une vision holiste de la personne, en considérant l'interdépendance des dimensions émotionnelles, mentales, physiques et spirituelles des personnes, lesquelles sont partie prenante de leur environnement (APNQL et CSSSPNQL, 2007;

Smylie, Williams et Cooper, 2006). Le fait d'intégrer la spiritualité (valeurs et croyances) sera probablement un défi, car bien que la spiritualité soit au cœur du modèle canadien du rendement occupationnel, peu d'ergothérapeutes savent précisément à quoi cela correspond. Ainsi, l'ergothérapeute devra s'éduquer sur ce sujet, mieux comprendre et intégrer les spiritualités autochtones à ces pratiques. Il aura aussi à cœur la protection des personnes vulnérables et actualisera des interventions efficaces en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés (INESSS, 2014). Somme toute, il s'agira pour l'ergothérapeute d'offrir des interventions ergothérapeutiques dans un contexte de sécurité culturelle, c'est-à-dire que les services prodigués doivent être perçus comme sécuritaires sur le plan des valeurs et des croyances du point de vue des patients et de leur famille et être considérés comme compatibles à leur vision du monde, de l'être humain, de la santé et du bien-être (Gerlach, 2012; Zeidler, 2011).

Telles sont donc les grandes lignes de l'éthique interculturelle que nous proposons aux ergothérapeutes qui travaillent au sein de communautés autochtones ou qui interviennent auprès de patients autochtones.

Conclusion

Le but de cet article était de proposer une ébauche d'une éthique interculturelle à même de guider la pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone afin, d'une part, de favoriser la sécurité culturelle des interventions du point de vue des patients et des communautés autochtones, et, d'autre part, de participer dans une certaine mesure à la réduction des disparités, voire des iniquités de santé et de bien-être rencontrées par les populations autochtones du Québec. Cette ébauche a été élaborée à l'aide de résultats de recherche en provenance deux sources distinctes, mais complémentaires, soit une recherche empirique réalisée auprès d'ergothérapeutes du Québec travaillant avec des patients autochtones (volet empirique) et une recension des écrits proposant des pistes de solutions afin de solutionner les enjeux éthiques rencontrés par des professionnels de la santé en contexte autochtone (volet théorique). Cette éthique propose des valeurs et

des principes éthiques suivant chacun des sept rôles professionnels de l'ergothérapeute au Canada.

L'éthique interculturelle ici proposée est susceptible d'avoir des retombées en ergothérapie pour la clinique, l'enseignement, la recherche et la gouvernance. À notre connaissance, aucune éthique interculturelle n'est actuellement disponible pour soutenir l'ergothérapeute qui travaille en contexte autochtone. À ce titre, cette éthique peut guider l'ergothérapeute qui intervient auprès de cette clientèle et soutenir la pratique éthique de la profession dans ce contexte interculturel. Relativement à l'enseignement, elle peut aider l'ergothérapeute qui, comme enseignant, a la responsabilité de favoriser chez les futurs ergothérapeutes le développement de leurs compétences culturelles, dont fait partie l'humilité culturelle. Cette éthique rappelle aussi l'importance pour tout ergothérapeute d'être éduqué et formé à la sécurité culturelle ainsi que de revisiter l'histoire canadienne afin de reconnaître ses privilèges et de comprendre l'influence des traumatismes intergénérationnels sur les interventions de santé en contexte autochtone. Relativement à la recherche, cette éthique interculturelle rappelle l'importance de mener des recherches collaboratives qui respectent les principes PCAP des Premières Nations et qui valorisent les méthodes et les savoirs autochtones, de même que la co-construction des savoirs. Elle revendique l'urgent besoin de co-développer des modèles théoriques, des outils cliniques et des données scientifiques valides et pertinents en contexte autochtone. Elle insiste sur la pertinence de demeurer critique et sensible sur le plan culturel afin d'asseoir les recherches en ergothérapie sur des épistémologies et des éthiques respectueuses des valeurs, croyances et savoirs autochtones. Au sujet de la gouvernance, cette éthique montre l'importance pour l'ergothérapeute d'être un agent de changement social capable de valoriser les voix et les savoirs autochtones et de revendiquer plus d'investissements en santé et en éducation afin de réduire les importantes disparités qui se présentent entre les patients autochtones et les autres patients, en matière de droits de la personne, voire de droits occupationnels.

Enfin, pour assurer la pertinence de cette éthique interculturelle, celle-ci devra éventuellement être validée et améliorée par d'autres perspectives autochtones et ergothérapeutiques. Ce sont en effet les patients et les communautés autochtones, en

collaboration avec les ergothérapeutes et leurs collègues, qui doivent ensemble trouver les meilleures façons d'interagir et d'intervenir afin que les valeurs telles que l'égalité, la santé holistique et le respect mutuel puissent être vivantes et au cœur de la relation thérapeutique. Ainsi, nous invitons les ergothérapeutes, en concertation avec les patients et les communautés autochtones, ainsi que les autres membres de l'équipe, à poursuivre la bonification et la co-construction de cette éthique interculturelle. Car au même titre que les pratiques dites exemplaires ou probantes qui doivent être éprouvées en contexte autochtone (Agence de la santé publique du Canada, 2015), l'éthique interculturelle ici proposée doit être éprouvée par les principales personnes et communautés concernées.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement les ergothérapeutes qui ont pris à cette recherche, de même que Louise Tremblay, retraitée de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), qui a fourni à l'auteure principale des informations sur les ergothérapeutes du Québec qui travaillent en contexte autochtone. Marie-Josée Drolet remercie les assistantes de recherche qui ont collecté les données empiriques, transcrit les verbatim des entretiens et fait la recension des écrits ainsi que les organismes qui ont soutenu financièrement ce projet, soit le FRQSC et le CRSH. Enfin, les auteures remercient les réviseurs de cet article qui par leurs commentaires leur ont permis de préciser leur pensée et d'approfondir certaines idées.

Références

- ABORIGINAL HEALTH INITIATIVE COMMITTEE (AHIC)(2013). « Health Professionals Working With First Nations, Inuit, and Métis. Consensus Guideline ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 35, n°6, p. 1-56.
- ADELSON, N. (2015). « The Embodiment of Inequity. Health Disparities in Aboriginal Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, n°2, S45-S61.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA(2015). « Cadre des méthodes autochtones éprouvées pour l'initiative canadienne des pratiques exemplaires », *Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé*. [en ligne]. http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/asp-phac/HP35-59-2015-fra.pdf. Page consultée le 17 août 2018.

- ALTERNATIVES (2019). *Regroupement de solidarité avec les Autochtones (Canada)*. [en ligne]. <https://www.alternatives.ca/allies/regroupement-de-solidarite-avec-les-autochtones-canada> Page consulté le 25 février 2019.
- ARKSEY, H. et L. O'MALLEY (2005). « Scoping studies: towards a methodological framework », *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 8, n°1, p. 19-32.
- ASSELIN, H. et S. BASILE (2012). « Éthique de la recherche avec les peuples autochtones. Qu'en pensent les principaux intéressés? », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 14, n°1, p. 1-10.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (ACE) (2019). *Réseau sur l'ergothérapie et la santé des Autochtones*. [en ligne]. https://www.caot.ca/site/pd/otn/otahn?language=fr_FR&nav=sidebar Page consultée le 25 février 2019.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (ACE) (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*, Ottawa, CAOT Publications ACE.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (APNQL) et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (2007). *Nos aînés...Notre identité. Mémoire présenté au Secrétariat des Aînés dans le cadre des consultations publiques sur les conditions de vie des personnes âgées: un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous*, Québec, APNQL et CSSSPNQL.
- BEAVIS, A.S.W. et al. (2015). « What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: perspectives on postcolonialism and the health of Aboriginal Peoples in Canada », *BMC Medical Education*, vol. 15, n°155, p. 2-11.
- BUSHBY, K., J. CHAN, S. DRUIF, K. HO et KINSELLA, E. A. (2015). « Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 78, n°4, p. 212-221.
- CARPENTER, C. et M. SUTO (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Oxford, Blackwell Pub.
- CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS (CGIPN) (2018). « Les principes PCAP des Premières Nations », CGIPN. [en ligne]. <https://fnigc.ca/fr/pcapr.html>. Page consultée le 16 octobre 2018.
- COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. (2013) « Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones », *Collège royal – Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones – Le 4 juillet 2013*. [en ligne]. [file:///C:/Users/Vincent/Downloads/indigenous-health-values-principles-report-f%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vincent/Downloads/indigenous-health-values-principles-report-f%20(1).pdf). Page consultée le 17 août 2018.

- COMMISSION VÉRITÉ et RÉCONCILIATION DU CANADA (CVRC) (2015). « Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada », *French_Executive_Summary_Web*. [en ligne]. http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/French/French_Executive_Summary_Web.pdf. Page consultée le 17 août 2018.
- CORBIÈRE, M. et N. LARIVIÈRE (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- DAMASSE, J. et C.A. MCGINN (2014). « Efficacité des interventions en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés autochtones: une revue systématique ». *ETMIS de l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)*, vol. 10, p. 1-38.
- DEPOY, E. et L.N. GITLIN (2010). *Introduction to research: understanding and applying multiple strategies*. Saint-Louis, Elsevier Health Sciences.
- DROLET, M.-J. (2014) « The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis », *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 21, n°1, p. 2-10.
- DROLET, M.-J. (2018) « La pratique de l'ergothérapie en contexte autochtone: quelques enjeux éthiques ». Dans M.-H. Izard (dir) *Expérience en ergothérapie. Trente et unième série*, Montpellier, Sauramps Médical, p. 69-79.
- DROLET, M.-J., A. CARRIER, A. HUDON ET S. HURST (sous presse). « Advocacy systémique en santé et réadaptation. Être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyautés multiples de nature systémique », Dans J. Centeno, L. Bégin et L. Langlois (dir), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2), Montréal, Les Éditions Nota Bene.
- DROLET, M.-J. et M. DÉSORMEAUX-MOREAU (2016). « The Values of Occupational Therapists: Perceptions of Occupational Therapists in Quebec ». *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 23, n°4, p. 272-285.
- DROLET, M.-J. et M. GOULET (2018). « Travailler avec des patients autochtones du Canada? Perceptions d'ergothérapeutes du Québec des enjeux éthiques de cette pratique », *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, vol. 10, p. 25-56.
- DROLET, M.-J. et J. MACLURE. (2016) « Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes », *Revue Approches inductives*, vol. 3, n°2, p. 166-196.
- DROLET, M.-J., C. PINARD et R. GAUDET (2017). « Les enjeux éthiques de la pratique privée : des ergothérapeutes du Québec lancent un cri d'alarme », *Ethica – Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, vol. 21, n°2, p. 173-209.
- DROLET, M.-J., A. SAUVAGEAU, N. BARIL et R. GAUDET (accepté). « Les enjeux éthiques de la formation clinique en ergothérapie », *Revue Approches inductives*.

- ELLERBY, J.H. et al. (2000). « Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures », *Canadian Medical Association or its licensors*, vol. 163, n°7, p. 845-850.
- FORTIN, M-H. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, 3^e édition. Montréal, Chenelière éducation Inc.
- GERLACH, A. (2012). « A critical reflection on the concept of cultural safety », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 79, n°3, p. 151-158.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2017). « Profil des nations », *Secrétariat aux affaires autochtones*, [en ligne]. http://www.autochtones.gouv.qc.ca/rerelations_autochtones/profils_nations/profil.htm. Page consultée le 10 août 2018.
- HABJAN, S., H. PRINCE et M.L. KELLEY (2012). « Caregiving for elders in first nations communities: social system perspective on barriers and challenges », *Canadian Journal of Aging*, vol. 31, p. 209-222.
- HAMMELL, K.W. (2013). « Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 80, n°4, p. 224-234.
- HAMMELL, K.W., C. CARPENTER et I. DYCK (2000). *Using qualitative research: a practical introduction for occupational and physical therapists*, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- HAMMELL, K.R.W. et M.K. IWAMA (2012). « Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy », *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 19, p. 385-394.
- HUNT, M.R. et F.A. CARNEVALE (2011). « Moral experience: a framework for bioethics research ». *Journal of medical ethics*, vol. 37, n°11, p. 658-662.
- HUSSERL, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*, Evanston, Northwestern University Press.
- HUSSERL, E. (1999). « The train of thoughts in the lectures ». Dans E.C. Polifroni et M. Welch (dir.), *Perspectives on philosophy of science in nursing*, p. 247-262, Philadelphia, Lippincott.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS) (2014). *Efficacité des interventions en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés autochtones*. Rapport rédigé par Carrie Anna McGinn et Jean Damasse. ETMIS, vol. 10, n°2, p. 1-38.
- IWAMA, M.K. (2006). *The Kawa Model. Culturally Relevant Occupational Therapy*, Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier.
- KOTLIK, J. et G. MARTIN (2016). « Aboriginal Health Care and Bioethics: A Reflection on the Teaching of the Seven », *The American Journal of Bioethics*, vol. 16, n°5, p. 38-43.

- NATIONAL ASSOCIATION OF FRIENDSHIP CENTRES (NAFC) (2013). *Literature review on urban aboriginal peoples. Urban aboriginal knowledge network/ Réseau de connaissances des autochtones en milieu urbain*, Ottawa, National Association of Friendship Centres.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ) (2017). *Renseignements généraux sur les ergothérapeutes du Québec qui travaillent avec des patients autochtones. Correspondance courrielle du 6 juillet 2017 avec Louise Tremblay, secrétaire générale*, Montréal, OEQ.
- READING, C. et F. WIEN (2013). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA).
- SAINI, M. et A. QUINN (2013). *A systematic review of randomized controlled trials of health related issues within an aboriginal context*, Prince George, National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- SALÉE, D., D. NEWHOUSE et C. LÉVESQUE (2006). « Quality of life of aboriginal people in Canada: an analysis of current research », *Choices*, vol. 12, p. 1-38.
- SCHNARCH, B.S. (2004). « Ownership, Control, Access, and Possession (OCAP) or Self-Determination Applied to Research A Critical Analysis of Contemporary First Nations Research and Some Options for First Nations Communities », *Journal of Aboriginal Health*, p. 80-95.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS et GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (2013). « Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 35, n°6, p. 554-558.
- SMYLIE, J., L. WILLIAMS et N. COOPER. (2006). « Culture-based Literacy and aboriginal health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n°2, p. S21-S25.
- STATISTIQUE CANADA (2016). « Peuples autochtones – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016 », *Statistique Canada*, [en ligne]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&S=99&O=A>. Page consultée le 10 août 2018.
- STEWART, M. et al. (2013). « Health Inequities Experienced by Aboriginal Children with Respiratory Conditions and Their Parents », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 45, n°3, p. 6-27.
- SWISHER, L.L.D., L.E. ARSLANIAN et C.M. DAVIS (2005). « The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making », *HPA Ressource*, vol. 5, n°3, p. 3-8.
- THOMAS, S.P. et H.R. POLLIO (2002). *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*, New York, Springer Publishing Company.

- UNICEF (2009). *Supplément canadien au rapport La situation des enfants dans le monde 2009. La santé des enfants autochtones. Pour tous les enfants, sans exception*. Toronto, Comité canadien de l'UNICEF.
- VISCOGLIOSI, C. et al. (2017). « A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness », *BMJ Open*, vol. 7, p. 1-10.
- WILSON, A.M. et al. (2016). « Working at the interface in Aboriginal and Torres Strait Islander health: focussing on the individual health professional and their organisation as a means to address health equity ». *International Journal for Equity in Health*, vol. 15, n°187, p. 1-12.
- ZEIDLER, D. (2011). « Building a relationship: Perspectives from one First Nations community », *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, vol. 35, N°2, p. 136-43.