

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

JUIN 2022

Promouvoir la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac auprès des peuples autochtones en âge de procréer et de leurs communautés



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres fournisseurs de soins de santé ou les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent de responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Promouvoir la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac auprès des peuples autochtones en âge de procréer et de leurs communautés*, Toronto (Ont.) : AIIAO; 2022.

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration de la ligne directrice, tous les membres du comité d'experts ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion portant sur les lignes directrices et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé. Veuillez consulter [le résumé des déclarations de conflits d'intérêts](#).

Remerciements

Nous tenons à souligner que les terres sur lesquelles ces travaux ont généralement été effectués sont les territoires traditionnels et non cédés des Hurons-Wendat, de la Nation Anishinabek, de la Confédération Haudenosaunee, des Mississaugas de la Première Nation de New Credit et de la Nation Métis, et qu'elles abritent des peuples autochtones de nombreuses nations. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère », une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement et prendre soin des ressources autour des Grands Lacs. Nous espérons honorer l'esprit de l'entente du « bol à une seule cuillère » en travaillant à l'établissement d'une relation de nation à nation avec les communautés autochtones de Toronto, tout en cherchant à garantir que toutes les familles et tous les enfants aient accès aux services et aux aides nécessaires.


Images

Image de couverture conçue par [Jensen Group](#), une entreprise autochtone de médias numériques.

L'AIIAO souhaite remercier la Première Nation Sandy Lake d'avoir aimablement fourni les images communautaires intégrées dans la LDPE.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9
Site Web : RNAO.ca/bpg



**Promouvoir la réduction du
tabagisme et le renoncement
au tabac auprès des peuples
autochtones en âge de procréer
et de leurs communautés**

Un mot de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



Le comité d'experts sur les lignes directrices dirigé par des Autochtones et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ont le plaisir de présenter *Promouvoir la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac auprès des peuples autochtones en âge de procréer et de leurs communautés*, une nouvelle ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) cliniques. C'est avec humilité que nous partageons avec vous cette première LDPE axée sur les Autochtones. Nous sommes reconnaissants aux nombreux partenaires autochtones qui ont joué un rôle central dans l'élaboration de cette importante ligne directrice – des membres du Comité d'experts ayant une expérience vécue des [organisations autochtones vedettes des pratiques exemplaires](#) et d'autres intervenants.

Plusieurs cadres fondamentaux nous ont guidés dans ce travail. Ces cadres, détaillés dans notre section « contexte », comprennent : la vérité et la réconciliation, l'humilité et la sécurité culturelles, les pratiques tenant compte des traumatismes et les déterminants autochtones de la santé et de l'équité dans l'accès aux soins. Nous avons fait en sorte que cette LDPE soit culturellement sûre et bénéfique pour les communautés en utilisant ces cadres en plus de notre méthodologie existante. L'AIIAO a beaucoup appris en tant qu'organisme au cours de ce processus, et continuera à apprendre, avec les conseils de ses partenaires autochtones. [Nous accueillons volontiers les commentaires](#) et nous sommes reconnaissants envers ceux qui prennent le temps de partager leur avis.

Nous sommes redevables à de nombreux intervenants qui ont fait de la présente LDPE une réalité. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux coprésidents du comité sur les lignes directrices pour leur expertise et leur gérance exemplaire inestimables :

- Raglan Maddox, Modewa Clan, membre du National Centre for Epidemiology and Public Health, Australian National University
- Amy Wright, professeure adjointe, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Université de Toronto

Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire une ressource significative et pertinente qui orientera la formation et la pratique de milliers de fournisseurs de soins de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Fortes de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, les infirmières et les fournisseurs de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des organisations vedettes en pratiques exemplaires (OVPE), rejoignant ainsi plus d'un millier d'institutions de service et d'établissements universitaires au Canada et à l'étranger. Les OVPE ont parrainé des champions des pratiques exemplaires. Ils ont également mis en œuvre des LDPE et évalué leurs répercussions sur les résultats des clients et de l'organisation.

Nous vous invitons à partager ces LDPE avec des collègues infirmiers et autres, des accompagnateurs de la clientèle et des conseillers travaillant dans des communautés autochtones, ainsi qu'avec les systèmes de santé et les communautés au sein desquels vous travaillez. Nous avons tous beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que les peuples autochtones aient accès aux meilleurs services de santé et de bien-être possibles et qu'ils en bénéficient.

Doris Grinspun, IA, M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario

Directrice générale et fondatrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	6	
Interprétation des données et énoncés de recommandations	11	
Résumé des recommandations	16	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	18	
Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	19	
Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO	20	
Remerciements aux intervenants	21	
Contexte	24	
Terminologie et considérations linguistiques	25	
Recommandations	35	RECOMMANDATIONS
Lacunes de la recherche et conséquences futures	89	
Stratégies de mise en œuvre	91	
Références	93	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	104
	Annexe B : Lignes directrices et ressources de l’AIIAO qui s’harmonisent avec la présente LDPE	114
	Annexe C : Méthodes d’élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	116
	Annexe D : Diagrammes PRISMA pour la recherche de lignes directrices et les revues systématiques de la documentation	134
	Annexe E : Types de produits du tabac commercial et de cigarettes électroniques	144
	Annexe F : Version adaptée des 5 A	146
	Annexe G : Protocoles culturels pour l’offre de tabac traditionnel	147
	Annexe H : Terminologie de la sécurisation culturelle	148
	Annexe I : Description de la <i>trousse pour la conduite du changement</i>	149
APPUI	Appuis	151
NOTES	Notes	152

Comment utiliser ce document

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires**^{G*} (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la **pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil destiné à guider les pratiques exemplaires et à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G, des autres **fournisseurs de soins de santé**^G dans le **cercle des soins**^G, des enseignants, des organisations de services de santé et sociaux, des institutions universitaires, ainsi que des **personnes**^G et de leurs **réseaux de soutien**^G. Conformément à la **Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones**^G (DNUDPA) et à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé, ces LDPE doivent être révisées et appliquées en fonction des besoins des organisations de services de santé et sociaux, des établissements universitaires ou d'autres contextes de pratique, et des préférences des peuples autochtones en âge de procréer, de leurs réseaux de soutien et de leurs communautés. Ce document, qui fournit des **recommandations**^G fondées sur des données probantes, décrit : (a) la formation, l'éducation et le système, l'organisation et la politique, (b) les avantages et les inconvénients, (c) les valeurs et les préférences, et (d) les considérations d'équité dans l'accès aux soins.

Le personnel infirmier, les membres du cercle de soins, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront ce document inestimable pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres du cercle de soins qui sont spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et de la documentation sur laquelle ces recommandations s'appuient.

Si votre organisme de services de santé adopte cette LDPE, l'AIIAO vous conseille de suivre les étapes ci-dessous :

1. Faites une évaluation comparative de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation actuels par rapport aux **énoncés de pratiques exemplaires**^G, aux recommandations et aux discussions sur les données figurant dans la présente LDPE.
2. Déterminez les besoins ou les lacunes de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation.
3. Prenez note des recommandations applicables à votre contexte et pouvant être utilisées pour répondre aux besoins de votre organisation ou combler des lacunes.
4. Élaborez un plan pour la mise en œuvre des recommandations, l'adoption des pratiques exemplaires et l'évaluation des **résultats**^G.

Les ressources de la **science de la mise en œuvre**^G, notamment la *trousse pour la conduite du changement* (AIIAO en partenariat avec Excellence en santé Canada [ESC], 2021) (1), sont disponibles en ligne [ici](#). Une description de cette trousse figure à l'**annexe I**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre**.

Cette LDPE s'inscrit dans le cadre du [programme de santé des Autochtones de l'AIIAO](#).

Toutes les [LDPE de l'AIIAO](#) peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO. Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mise en œuvre. [Merci de nous faire part de votre expérience](#).

Le trajet de deux décennies du Programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO est documenté dans : [Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*, Indianapolis \(IN\): Sigma Theta Tau International; 2018.](#)

* Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le glossaire (voir l'**annexe A**).

Objectif et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres du cercle de soins occupant des postes en soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques, aux chercheurs et aux personnes expérimentées travaillant dans les services de santé et les établissements d'enseignement. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de la formation afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux communautés.

L'objectif de cette LDPE est de fournir au personnel infirmier et au cercle de soins des recommandations fondées sur des données probantes relatives aux moyens culturellement sûrs et significatifs de soutenir la réduction et la cessation du **tabagisme**^G chez les peuples autochtones en âge de procréer, leurs réseaux de soutien et leurs communautés afin d'améliorer la santé et le bien-être. Les recommandations de cette LDPE peuvent s'adresser à une ou plusieurs des populations susmentionnées en fonction des données disponibles. Cette LDPE reconnaît que le contexte dans lequel vivent les peuples autochtones en âge de procréer (y compris les adolescents, **les femmes et les personnes**^G enceintes ou en phase prénatale et les parents) est en relation avec leur réseau de soutien et leur communauté élargie.

Cette LDPE souligne que les peuples autochtones en âge de procréer, leur réseau de soutien et leurs communautés sont les experts de leur santé et de la prise de décision. La collaboration entre le cercle de soins, les personnes, les réseaux de soutien et les communautés est donc essentielle pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Il est important de noter que les peuples autochtones en âge de procréer et leurs réseaux de soutien peuvent avoir des besoins en matière de santé et de bien-être qu'il est plus important pour eux de satisfaire, et cela doit être pris en compte dans la mise en œuvre de cette LDPE.

En février 2019, l'AIIAO a réuni un comité d'experts chargé de déterminer le champ d'application de cette LDPE et d'élaborer des **questions de recommandation**^G pour éclairer leur **revue systématique**^G. Le comité d'experts de l'AIIAO comprenait une personne ayant une expérience vécue (expérience d'Autochtone, de femme enceinte, de parent, de fumeur et d'arrêt du tabac). Les autres membres du comité sont de composition interprofessionnelle, comprenant des personnes détenant des connaissances et de l'expérience en pratique clinique, en formation, en recherche et en politique parmi un vaste éventail d'organisations en santé, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Le comité d'experts comprenait des représentants des milieux urbains et ruraux ainsi que des membres des communautés inuites et des Premières Nations de tout l'Ontario. Ces membres ont partagé leurs idées sur le soutien et les soins apportés aux peuples indigènes en âge de procréer, à leurs réseaux de soutien et à leurs communautés dans le cadre des soins primaires, des soins communautaires, des soins maternels et infantiles et de la vie quotidienne.

Pour déterminer le champ d'application et les questions de recommandation prioritaires pour cette LDPE, un examen et une analyse complets ont été effectués par l'équipe de recherche et de développement de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts de l'AIIAO (voir l'**annexe C**).

Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

- a réalisé une analyse de l'environnement des directives existantes sur le sujet;
- a entrepris une analyse de la documentation pour déterminer les données probantes disponibles sur les interventions contre les produits du tabac commercial dans les populations périnatales autochtones et les facteurs contextuels pertinents qui influencent les programmes d'interventions contre les produits du tabac commercial dans les communautés autochtones;
- a mené 20 entretiens téléphoniques avec des fournisseurs de soins de santé, des administrateurs, des professionnels dans le domaine de la politique de santé et de la santé publique, des enseignants, des jeunes, des personnes expérimentées et des chercheurs qui sont autochtones ou non autochtones, mais qui travaillent avec des communautés autochtones;
- a participé à une visite sur place avec une équipe de santé autochtone urbaine et à une visite sur place avec un cabinet de sages-femmes autochtones;
- a consulté le comité d'experts.

Cette LDPE doit être utilisée par le personnel infirmier, les membres du cercle de soins en soins primaires, en soins communautaires et en soins maternels et infantiles, et dans tous les domaines de pratique (p. ex., administration, clinique, formation, politique et recherche). Elle s'adresse également aux organisations qui emploient du personnel infirmier et des membres du cercle de soins ou qui offrent des services sociaux et de santé ainsi qu'aux établissements d'enseignement.

Les interventions pour la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac dans cette LDPE sont propres aux **produits du tabac commercial**^G, qui sont différents des **produits du tabac traditionnel**^G. Pour plus d'informations sur les produits du tabac commercial, reportez-vous aux « Concepts clés utilisés dans la présente LDPE » ci-dessous. Pour plus d'informations sur le tabac sacré ou traditionnel, reportez-vous à la section « Tabac traditionnel » du Contexte. Bien que le terme « tabagisme » soit utilisé, le champ d'application inclut toutes les formes de produits du tabac commercial, y compris, mais sans s'y limiter, les cigarettes, les cigares, les cigarillos, le tabac à mâcher, les produits du tabac solubles, le narguilé, la pipe à eau, la shisha, le tabac à priser, les cigarettes à rouler et les pipes. La LDPE visait également à explorer les répercussions des cigarettes électroniques, mais les recherches sont actuellement très limitées dans ce domaine et nous n'avons donc pas abordé les cigarettes électroniques. Pour en savoir plus sur les différents types de tabac commercial et les cigarettes électroniques, veuillez consulter l'**annexe E**.

Les interventions de cette LDPE sont axées sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac. Le renoncement au tabac est l'objectif ultime; cependant, il est important de reconnaître que, pour de nombreuses personnes, la réduction de l'usage du tabac commercial peut faire partie du chemin vers le renoncement.

Concepts clés utilisés dans la présente LDPE

Cercle de soins : Une équipe réunissant plusieurs prestataires de services sociaux et soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (6). Les membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les membres de la communauté autochtone peuvent inclure : les guérisseurs traditionnels, les aînés et les gardiens des savoirs, les sages-femmes, les doulas, les tantes, le personnel infirmier, les professionnels de la santé communautaires, les travailleurs sociaux, les médecins et les pharmaciens.

Femmes et personnes : Terme utilisé pour reconnaître que toutes les personnes capables de devenir enceintes ne s'identifient pas comme une « femme ». Il est important de noter que le genre n'est pas une assignation binaire; il peut faire référence à l'expérience individuelle ou sociale d'être un homme, une femme, les deux ou aucun. Les normes sociales, les attentes et les rôles liés au genre varient selon le temps, l'espace, la culture et les individus. Toutefois, la terminologie utilisée dans certaines discussions sur les données probantes peut se limiter à « femmes », « mère », etc. en fonction de ce que l'on trouve dans la documentation.

Fournisseur de soins de santé : Désigne à la fois les professionnels réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététistes et les travailleurs sociaux) et non réglementés (p. ex., les agents de santé communautaires) qui font partie du cercle de soins.

Fournisseur de soins de santé non réglementé : Les fournisseurs de soins de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminés par leur employeur et leur milieu d'emploi. Ils ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (8).

Fournisseur de soins de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (7).

Sécurisation culturelle : La sécurisation culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît et vise à corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé (4). La sécurisation culturelle est possible dans un environnement exempt de racisme et de discrimination. Les peuples, les familles et les communautés autochtones doivent se sentir en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé et donc être en mesure de partager leurs points de vue et de poser des questions; les fournisseurs de soins de santé doivent respecter leurs croyances, leurs comportements et leurs valeurs (4).

Tabac commercial : Le tabac commercial est fabriqué pour un usage récréatif et habituel sous forme de cigarettes, de tabac sans fumée, de tabac à mâcher, de tabac à pipe, de cigares et de narguilé. Le tabac commercial est produit et vendu dans un but lucratif et la nicotine est la principale substance addictive qu'il contient (2). Ce tabac contient des milliers de substances chimiques et produit des composés chimiques dont beaucoup sont cancérigènes et contribuent aux maladies cardiovasculaires, à la bronchopneumopathie chronique obstructive, à l'emphysème, à l'asthme, au diabète et aux cancers (du poumon, colorectal, du col de l'utérus, du rein, du foie et de l'estomac), qui peuvent tous entraîner une mort prématurée (2). L'usage du tabac commercial pendant la grossesse présente des risques pour le fœtus, tels qu'un faible poids de naissance et une probabilité accrue de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) (3). L'exposition à la fumée secondaire du tabac commercial est également à l'origine d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons et les jeunes enfants (3).

Tabagisme : Aux fins de la présente LDPE, le tabagisme désigne les diverses formes d'utilisation du tabac commercial, y compris, mais sans s'y limiter, les cigarettes, les cigares, les cigarillos, le tabac à mâcher, les produits du tabac solubles, le narguilé, la pipe à eau, la shisha, le tabac à priser, les cigarettes à rouler et les pipes. Dans la présente LDPE, les recommandations ne s'appliquent pas aux cigarettes électroniques, car il n'y a pas de recherche actuelle.

Réseau de soutien : Les individus qu'une personne identifie comme importants dans sa vie. Le réseau peut inclure des personnes qui ont un lien de parenté ou un lien émotionnel ou juridique avec le patient ou qui ont des liens étroits avec lui, comme un ami, un conjoint, ainsi qu'une personne avec qui le patient cohabite, est en relation intime ou partage la responsabilité d'élever des enfants (5).

Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines de soins prioritaires, tels que définis par le comité d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à une synthèse des données. Ces questions de recommandation éclairent les **questions de recherche**^G sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR) et les **questions de recherche**^G sur la population, le phénomène et le contexte (PPC) qui orientent les revues systématiques de la documentation et, par la suite, alimentent les recommandations. Voici les questions de recommandation prioritaires et les recommandations du comité d'experts qui ont servi de base à l'élaboration de la présente LDPE. Les résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le comité d'experts.

- **Question de recommandation n° 1** : Faut-il recommander aux femmes et aux personnes autochtones de recevoir des conseils sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum?
Résultats : portée^G, engagement^G et taux de cessation^G.
- **Question de recommandation n° 2** : Quels besoins (soutiens sociaux, culturels, environnementaux) et quelles opinions (en ce qui concerne les obstacles et les facilitateurs) les femmes et les personnes autochtones en âge de procréer, leurs réseaux de soutien et leur communauté expriment-ils au sujet des interventions de renoncement au tabac?
Résultats : sans objet.
- **Question de recommandation n° 3** : Faut-il recommander des interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac intégrées à des programmes élargis de santé et de bien-être?
Résultats : portée, engagement, acceptabilité et taux de cessation.
- **Question de recommandation n° 4** : Faut-il recommander des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes?
Résultats : portée et engagement.
- **Question de recommandation n° 5** : La pharmacothérapie (**thérapie de remplacement de la nicotine**^G [TRN], ou bupropion, ou varénicline) devrait-elle être recommandée pour le renoncement au tabac chez les femmes et les personnes enceintes et en post-partum?
Résultats : taux de cessation, fausse couche et accouchement spontané, poids moyen de naissance.
- **Question de recommandation n° 6** : Faut-il recommander des approches de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigées par les communautés autochtones?
Résultats : portée et engagement.
- **Question de recommandation n° 7** : Faut-il recommander une formation de premier cycle pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ou une formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins sur la santé autochtone?
Résultats : sécurisation culturelle, attitude, connaissance et changement de pratique.

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR et la PPC que le comité d'experts a formulées pour orienter les revues systématiques de la documentation et l'élaboration de la présente LDPE. Pour en savoir plus sur les questions de recommandation sur la PICR et la PPC et le détail du processus par lequel le comité d'experts a déterminé les questions et les résultats des recommandations prioritaires, voir l'**annexe C**.

Énoncés de pratiques exemplaires et recommandations

Les recommandations de cette LDPE portent sur des domaines de soins uniques et qui se chevauchent pour les peuples autochtones en âge de procréer, leurs réseaux de soutien et leurs communautés.

Plus précisément, cette LDPE couvre les principaux domaines suivants :

- L'énoncé de pratique exemplaire sur l'évaluation culturellement sûre est une orientation importante que le personnel infirmier et les autres personnes du cercle de soins peuvent utiliser dans leur pratique. L'énoncé de pratique exemplaire est considéré comme étant si bénéfique qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique de la documentation pour prouver son efficacité. L'énoncé obtenu n'est pas fondé sur une revue systématique, et le degré de certitude ou de fiabilité des données sur lesquelles il s'appuie ou sa force (conditionnelle ou forte) n'a pas fait l'objet d'une évaluation (9).
- **Recommandations relatives à la pratique^G** qui s'adressent principalement au personnel infirmier et aux autres personnes du cercle de soins qui fournissent des soins directs aux peuples autochtones en âge de procréer, à leurs réseaux de soutien et à leurs communautés. Dans la présente LDPE, les recommandations relatives à la pratique se concentrent sur la fourniture d'un soutien culturellement sûr et adapté, impliquant des réseaux de soutien dans les soins, le counseling et la pharmacothérapie (c.-à-d. la thérapie de remplacement de la nicotine) pour la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac commercial.
- Les **recommandations relatives à la formation^G** s'adressent aux responsables de la formation du personnel infirmier et des autres personnes du cercle de soins telles que les enseignants, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs, les établissements universitaires et les organisations de services de santé. Dans la présente LDPE, les recommandations relatives à la formation se concentrent sur la fourniture d'un contenu fondamental sur la santé autochtone dans les programmes d'études et les possibilités de développement professionnel.
- Les **recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques^G** s'appliquent à différents destinataires, selon les recommandations. Les destinataires visés par la mise en œuvre des pratiques exemplaires peuvent inclure le personnel infirmier et le cercle de soins, ainsi que les gestionnaires, les administrateurs et les décideurs responsables de l'élaboration des politiques ou de l'obtention des soutiens nécessaires au sein des organisations et de la communauté au sens large, y compris les lieux de travail. Dans la présente LDPE, les recommandations relatives au système, à l'organisation et aux politiques visent à fournir un accès équitable aux services et à créer des espaces non-fumeurs.

Lignes directrices et ressources de l'AIIAO qui s'harmonisent avec la présente LDPE

D'autres LDPE de l'AIIAO ainsi que des ressources fondées sur des données probantes appuient la mise en application de cette LDPE. Voir l'**annexe B** pour connaître les LDPE de l'AIIAO et d'autres ressources fondées sur des données probantes sur les sujets connexes suivants :

- Allaitement maternel
- Apprentissage axé sur les besoins du client
- Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources
- Collaboration interprofessionnelle
- Dépression périnatale
- Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille
- Interventions contre le tabac commercial dans la pratique quotidienne

Interprétation des données et énoncés de recommandations

Les LDPE de l'AIIO sont élaborés selon les méthodes **GRADE^G (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation])** et **CERQual^G (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de fiabilité des données recueillies lors de la revue des études qualitatives])**. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice et sur les méthodes GRADE et GRADE-CERQual, veuillez consulter l'**annexe C**.

Degré de certitude des données

En recherche quantitative, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (10). L'évaluation du degré de certitude des données est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données est établi en tenant compte du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données selon qu'il est *élevé, moyen, faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition des différentes catégories).

Tableau 1 : Degré de certitude des données

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous nous attendons à ce qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], 2013 [cité le 31 août 2018]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur le site Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Réimpression autorisée.

Degré de fiabilité des données

En **recherche qualitative**^G, le degré de fiabilité des données (la mesure dans laquelle les résultats de l'examen de la documentation constituent une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié) est établi au moyen des méthodes GRADE-CERQual (ci-après dénommées CERQual) (11). Pour ce qui est des données qualitatives, on évalue globalement le degré de confiance attribué à chaque résultat par rapport à chaque recommandation, le cas échéant. La méthode CERQual permet de classer le degré de fiabilité des données comme étant *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible*. Voir le **tableau 2** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 2 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. « Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series ». *Implement Sci*, vol. 13, suppl. 1 (2018), p. 1 à 10, Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Réimpression autorisée.

Remarque : Le degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination du degré de certitude ou de fiabilité attribué aux données et sur les décisions documentées prises par les méthodologues chargés de l'élaboration de la présente ligne directrice de l'AIIAO, veuillez voir l'**annexe C**.

Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de *certitude* ou de *fiabilité* associé aux différentes études et selon les critères de base suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données**) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Selon Schunemann et autres, une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) (10). En revanche, une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude (10).

Lorsque le degré global de certitude des données est élevé ou moyen, les membres du comité d'experts peuvent être sûrs que les données sont crédibles et qu'elles soutiendront donc une recommandation forte. En outre, les membres du comité d'experts devront s'assurer que les avantages et les inconvénients ne sont pas étroitement équilibrés, qu'il existe un degré de fiabilité raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des patients (12). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du comité d'experts doivent donc s'attendre à des recommandations conditionnelles (12).

L'exception existe dans cinq situations paradigmatiques où les membres du comité d'experts peuvent être en mesure de justifier des recommandations fortes sur la base de données à faible ou très faible degré de certitude, comme indiqué ci-dessous :

1. Il y a une situation qui met la vie en danger.
2. Il y a un avantage incertain et un inconvénient certain.
3. Il y a une équivalence potentielle, une option est manifestement moins risquée ou moins coûteuse.
4. Les avantages sont très similaires, mais une option est potentiellement plus risquée ou plus coûteuse.
5. Il existe un potentiel inconvénient catastrophique (12).

Le **tableau 3** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Tableau 3 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles

GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à certaines personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.
Pour les personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
Pour les décideurs politiques	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> Un débat approfondi et la participation de nombreux intervenants seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.

Source : Adaptation de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], 2013 [cité le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Accessible sur le site Web : <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuxv4r>.

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est indiquée en dessous ainsi que dans le tableau intitulé **Résumé des recommandations**. Pour en savoir plus sur le processus adopté par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter l'**annexe C**.

Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

- Avantages et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre des revues systématiques de la documentation.

2. **Valeurs et préférences** : L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé telle que définie par le suivi d'une intervention clinique particulière dans une perspective centrée sur la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre des revues systématiques de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du comité d'experts.
3. **Équité dans l'accès aux soins** : Détermine l'impact potentiel que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations ou différents établissements ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre des revues systématiques de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du comité d'experts.
4. **Justification de la recommandation par le comité d'experts** : Fournit une justification de la raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Conseils pour la mise en œuvre** : Présente des renseignements pratiques à l'intention du personnel infirmier et des membres du cercle de soins. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de la revue systématique de la documentation ou d'autres sources (p. ex., le comité d'experts).
6. **Ressources justificatives** : Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : pertinence, crédibilité, qualité, accessibilité et actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). Pour en savoir plus sur ce processus et les cinq critères, voir **l'annexe C**. La liste n'est pas exhaustive et l'ajout d'une ressource à l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.



Résumé des recommandations

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE

Dans le cadre d'une évaluation holistique de la santé, un membre du cercle de soins a une conversation sur le tabagisme, d'une manière culturellement sûre, avec la personne autochtone en âge de procréer et son réseau de soutien.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE. Pour plus d'informations, veuillez consulter la page 10.

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Recommandation 1 :</p> <p>Il est recommandé que les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac soient dirigés par des Autochtones et fondés sur une approche holistique de la santé et du bien-être. Le cercle de soins fournit des services culturellement sûrs et adaptés aux femmes et aux personnes autochtones en période périnatale et à leur réseau de soutien.</p>	Forte
<p>Recommandation 2 :</p> <p>Il est recommandé que le cercle de soins offre du counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac aux femmes et aux personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum. Il est important que le counseling soit prodigué d'une manière culturellement sûre et qu'il fasse partie d'une approche holistique globale de la santé et du bien-être.</p>	Forte
<p>Recommandation 3 :</p> <p>Il est recommandé que des services holistiques et culturellement explicites de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac soient également proposés au réseau de soutien des femmes et des personnes autochtones en période périnatale qui ont recours à ces services.</p>	Forte
<p>Recommandation 4 :</p> <p>Il est suggéré que, lorsque cela est nécessaire, le cercle de soins propose une thérapie de remplacement de la nicotine, en plus du counseling, aux femmes et aux personnes autochtones pendant la grossesse.</p>	Conditionnelle

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Recommandation 5 :</p> <p>Il est recommandé que les établissements d'enseignement intègrent un contenu obligatoire sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les programmes de formation des collèges et des universités pour tous les étudiants entrant dans les professions de santé.</p> <p>*Appel à l'action n° 24, Commission vérité et réconciliation, 2015</p>	Forte
<p>Recommandation 6 :</p> <p>Il est recommandé que les organisations de santé et de services sociaux intègrent la formation sur la santé et la sécurisation culturelle des Autochtones dans le développement professionnel continu de tous les fournisseurs de soins de santé.</p> <p>*Appel à l'action n° 23, Commission vérité et réconciliation, 2015</p>	Forte

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SYSTÈME, À L'ORGANISME ET À LA POLITIQUE

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Recommandation 7 :</p> <p>Il est recommandé que le cercle de soins préconise un accès équitable aux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac pour les peuples autochtones en âge de procréer et leur réseau de soutien. Cela peut comprendre l'accès à des cercles de soutien et à des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN).</p>	Forte
<p>Recommandation 8 :</p> <p>Il est recommandé aux organismes de services de santé d'intégrer les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans les programmes de santé et de bien-être existants.</p>	Forte
<p>Recommandation 9 :</p> <p>Il est recommandé aux communautés autochtones de promouvoir la santé et le bien-être de tous leurs membres en favorisant les espaces non-fumeurs intérieurs et extérieurs.</p>	Forte

Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Veillez accéder au document « Approches pour soutenir l'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans un contexte autochtone » sur le site Web de l'AIIAO [ici](#).

Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO

Deborah Flores, inf. aut., ONC(C), M.Sc.Inf.

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologue de l'élaboration des lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.Inf.

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Gestionnaire principale, recherche et élaboration des lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Megan Bamford, inf. aut., M.Sc.Inf.

Ex-directrice associée, Élaboration et évaluation des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Verity Scott, B.Sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Glynis Gittens, B.A. (hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Christina Medeiros, inf. aut., B.Sc.Inf., baccalauréat en éducation physique et en éducation de la santé, B.Ed., maîtrise en soins infirmiers, candidate au doctorat

Gestionnaire principale, évaluation et suivi
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Stephanie Voong, inf. aut., MHI

Ancienne gestionnaire principale, amélioration de la qualité/spécialiste de la santé en ligne
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Shanoja Naik, Ph. D., MPhil, M.Sc., B.Ed., B.Sc.

Scientifique principale de données/analyses, Recherche sur les résultats en matière de santé, NQUIRE^{MD}
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)

Directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Doris Grinspun, Inf. aut., M.Sc.inf., Ph. D., LLD (hon.), D.H.C, FAAN, Ordre de l'Ontario

Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Remerciements

Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.

Professeure adjointe
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University
Directrice adjointe, Cochrane Canada

La recherche systématique de la documentation a été effectuée par :

HealthSearch, Réseau universitaire de santé

Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO

Raglan Maddox, Ph. D., M. en santé publique

Coprésident du comité

Membre

Directeur du programme sans tabac commercial
Aboriginal and Torres Strait Islander Health Program
National Centre for Epidemiology and Public Health
The Australian National University
Canberra (Australie)

Auparavant :

Boursier post-doctoral et chercheur
Recherche post-doctorale sur le tabagisme autochtone
Hôpital St. Michael's, Well Living House
Toronto (Ont.)

Amy Wright, M.Sc.Inf., Ph. D., infirmière

praticienne en pédiatrie, CNeON(C)

Coprésidente du comité

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
Lawrence S. Bloomberg
Université de Toronto
Toronto (Ont.)

Joan L. Bottorff, inf. aut., Ph. D.

Professeure, École des sciences infirmières et directrice,
Institut pour une vie saine et la prévention des maladies
chroniques, Université de la Colombie-Britannique (campus
Okanagan)
Kelowna (C.-B.)

Donna Churipuy, inf. aut., M.Sc.Inf.

Directrice, Programmes de santé publique
Bureau de santé publique de Peterborough
Peterborough (Ont.)

Donald Corbiere, inf. aut., B.Sc.Inf.

Indigenous lead
Indigenous Affairs Office
City of Toronto
Toronto (Ont.)

Neshma Dhanani, inf. aut., M. en santé

publique (septembre 2018 – janvier 2020)

Gestionnaire principale, renoncement au tabac
Société canadienne du cancer
Toronto (Ont.)

Nancy Poole, Ph. D.

Directrice
Centre of Excellence for Women's Health
Victoria, C.-B.

Juanita Rickard, inf. aut., B.Sc.Inf.

Vice-présidente, Politique et programme de santé des
Premières Nations
Association des infirmières et infirmiers autochtones du
Canada
Ottawa (Ont.)

Jenna Rintoul

Gestionnaire
Tungasuvvingat Inuit
Ottawa (Ont.)

Kitty Seager, inf. aux. aut., CRE, CPT

Infirmière soignante
Haldimand Family Health Team
Caledonia (Ont.)

Lisa Seamark, inf. aut.

Infirmière soignante, Renoncement au tabac à Sioux
Lookout
Centre de santé Meno Ya Win
Sioux Lookout (Ont.)

Patricia M. Smith, Ph. D.

Professeure agrégée
Northern Ontario School Of Medicine
Faculté de médecine, Université Lakehead
Thunder Bay (Ont.)

Corey Wesley, M.Sc.

Association des femmes autochtones de l'Ontario
Analyste des politiques de santé
Thunder Bay (Ont.)

Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignements et de domaines et secteurs de pratique. Les participants comprennent des membres du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des étudiants, des personnes expérimentées, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds des services de santé. Des **intervenants**^G représentant divers points de vue ont également été sollicités pour leurs avis (voir l'**annexe C**). L'AIIAO souhaite remercier les personnes ou groupes suivants pour leur contribution à la révision de la présente LDPE.

Les intervenants qui ont participé à la révision ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente LDPE.

Betsy Linklater

Guérisseuse traditionnelle/aînée
Première Nation Sandy Lake

Manashe Rae

Guérisseuse traditionnelle/aînée
Première Nation Sandy Lake

Nora Jane Meekis

Guérisseuse traditionnelle/aînée
Première Nation Sandy Lake

Ashley Brown, inf. aux. aut.

Équipe principale des soins de longue durée, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario
Leamington Mennonite Home
Chatham (Ont.)

Olivia Brundia, inf. aut., B.Sc.Inf., CVAA(C)

Infirmière autorisée
North Bay (Ontario)

Amanda Cybulski, inf. aut.

Infirmière autorisée
London Health Sciences Centre
London (Ont.)

Neshma Dhanani, inf. aut., M. en santé publique

Instructrice en soins infirmiers
Université de Calgary au Qatar
Doha, Qatar

Lucy Doan, M.Sc.Inf., IP-SSP

Infirmière praticienne
Inner City Health Associates
Toronto (Ont.)

Tammy Doerle, inf. aut.

Whitby (Ont.)

Maria Dzikowska, inf. aut.

Infirmière clinicienne spécialisée
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ont.)

Kim English, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., EDD(C)

Professeure
École de soins infirmiers Trent/Fleming
Peterborough (Ont.)

Suzanne Fitzpatrick, inf. aut., B.Sc.Inf.

Apprentie sage-femme autochtone/inf. aut.
Dilico Anishinabek Family Care
Première Nation Fort William (Ont.)

Nicholas Fox, inf. aut.

Infirmière autorisée
Trillium Health Partners
Mississauga (Ont.)

Victoria Gilks, inf. aut.

Infirmière autorisée
Équipe de sensibilisation du Nord
Horizon Santé-Nord
Attawapiskat (Ont.)

Erin Gisborne, inf. aut., B.Sc.Inf.

Enseignante en soins infirmiers cliniques
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ont.)

Janet Greaves, inf. aut. (EC)

Infirmier praticienne
Mamaway Wiidokdaadwin Indigenous
Primary Care Team
Orillia (Ont.)

Colleen Heywood, inf. aut.

Infirmière autorisée
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Ottawa (Ont.)

Sabina Iqbal, B.Sc. (hon.)

Étudiante en soins infirmiers
Humber College
Toronto (Ont.)

Lyndsey Kakekapetum, CPNP

Éducatrice prénatale
Autorité sanitaire de la Première Nation Sandy Lake
Première Nation Sandy Lake (Ont.)

**Christine S. Khiyaza, inf. aut., B.Sc.Inf. (hon.),
M.Sc.Inf., CTE**

Inf. aut., coordonnatrice de renoncement au tabac
Centre des sciences de la santé de Kingston
Kingston (Ont.)

Kanika Kohli, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Directrice, qualité clinique et pratique professionnelle
Sunbeam Community & Developmental Services
Kitchener (Ont.)

Sierra Land, inf. aut.

Infirmière autorisée
Georgian Bay Family Care Centre and Southlake Regional
Health Centre
Midland et Newmarket (Ont.)

Angela Luciani, inf. aut., M.Sc.Inf., MPHTM

Iqaluit, NU

Ashley Malloff, inf. aut., B.Sc.Inf., MHA(C)

Spécialiste de la qualité et de la sécurité des patients
Queensway Carleton Hospital
Ottawa (Ont.)

**Jasdeep Mangat, inf. aut., B.Sc.Inf., candidat à
la M.Ed.**

Infirmière autorisée
William Osler Health System
Brampton (Ont.)

Mathew McGuigan, inf. aut.

Infirmier en santé publique
Chatham-Kent Public Health
Chatham (Ont.)

Carmel Meekis, HME

Santé maternelle et infantile, doula autochtone
Autorité sanitaire de Sandy Lake
Première Nation Sandy Lake

Greta Meekis, CWP

Coordonnatrice du bien-être des enfants
Autorité sanitaire de Sandy Lake
Première Nation Sandy Lake

Kim Miran, inf. aut., CPMHN

Infirmière autorisée
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ont.)

Allison Moseley, MA

Directrice, Politique et normes
University Hospital of the West Indies
Jamaïque

Tina Ortolan, B.Sc.Inf.

Gestionnaire du développement communautaire –
programmes de santé
Association des femmes autochtones de l'Ontario
Thunder Bay (Ont.)

Priscilla Patterson, B.Sc.Inf., MEd

Professeure en soins infirmiers
Mohawk College of Applied Arts & Technology
Hamilton (Ont.)

Jenna Puk, inf. aut., B.Sc.Inf., B.Sc. (hon.)

Infirmière autorisée
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ont.)

Juliana Pullano, inf. aut.

Infirmière autorisée
Maple (Ont.)

Lisa Rhodenizer, BPH, PMP

Conseillère en coordination, promotion de la santé
Central Regional Cancer Program
Newmarket (Ont.)

Jenny Schiffli, inf. aut. (cat. spéc.), M.Sc.Inf., CTE

Infirmière praticienne en soins de santé primaires
Santé de Niagara et Gouvernement du Nunavut
Ontario et Nunavut

Sondra Seibel, inf. aut.

Infirmière autorisée
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ont.)

Carnelle Symes, inf. aut., M.Sc.Inf.

Instructrice en soins infirmiers
Red Deer College
Red Deer (Alb.)

Grace Terry, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Muskoka Algonquin Healthcare
Huntsville (Ontario)

**Rebecca Welch, inf. aut. (cat. spéc.), IP-SSP, M.Sc.
Inf., ICPSM(C)**

Infirmière praticienne
Juravinski Cancer Centre
Hamilton (Ont.)

Cheryl Yost, Inf. aut., B.Sc.Inf., MEd

Infirmière en charge
Services aux Autochtones Canada
Poste de soins infirmiers
Première Nation Sandy Lake

Contexte

Favoriser un « espace plus sûr » pour se rassembler

Le comité d'experts et l'équipe de LDPE de l'AIIAO représentent un groupe d'individus provenant de différents endroits et de divers horizons. Le comité d'experts était composé de personnes ayant des connaissances, des perspectives et des expériences vécues diverses, autochtones et non autochtones. L'équipe de l'AIIAO reconnaît que ses membres sont des **colons**^G non autochtones, dont les visions du monde, les expériences et les perspectives peuvent limiter leur compréhension des interprétations des preuves et des expériences autochtones. Par conséquent, pour favoriser une compréhension plus approfondie de la santé, du bien-être, des cultures et des expériences vécues des autochtones, les membres de l'équipe de l'AIIAO se sont engagés dans une **réflexivité critique**^G en examinant de façon continue et critique les idées fausses, les valeurs, les préjugés et les hypothèses personnelles et professionnelles concernant les peuples et les cultures autochtones et la façon dont ces idées fausses influencent les perceptions.

Les coprésidents du comité ont avancé l'idée d'utiliser un cadre **d'espace éthique**^G pour entreprendre ce travail. Ils ont défini le cadre, demandé l'avis du comité d'experts sur les règles d'engagement et établi les normes et attentes du groupe dès le début de ce travail.

Il est possible d'utiliser un cadre d'espace éthique où différentes connaissances, différents protocoles et différentes visions du monde — comme les connaissances et visions du monde autochtones et occidentales — peuvent se rencontrer dans un espace sûr et respectueux. Des espaces éthiques ont déjà été créés pour promouvoir les discussions sur les questions juridiques autochtones et l'intersection du droit autochtone et du système juridique canadien. Un espace d'engagement éthique peut contribuer à favoriser un environnement propice au dialogue et à créer un espace sûr pour travailler ensemble (13). Il peut offrir un cadre pour examiner la diversité et le positionnement des peuples autochtones et de la société occidentale (13). Ce cadre a été utilisé pour l'élaboration de la présente LDPE afin de guider l'engagement éthique et le dialogue sur la santé et le bien-être des Autochtones, ainsi que l'intersection des connaissances et des méthodologies de recherche autochtones et occidentales.

L'objectif était de créer un espace sûr de relations mutuelles et respectueuses qui reconnaisse la diversité comme une force au sein même du processus d'élaboration de la LDPE et qui démontre activement le respect des protocoles autochtones locaux et des peuples autochtones, y compris le droit à l'autodétermination. Les efforts pour créer un espace plus sûr comprenaient l'acte de réunir le cercle et de diriger le travail, avec l'amour et la gentillesse d'une Anishnawbe Nokomis (grand-mère). Les membres du comité d'experts ont eu l'occasion de s'exprimer, de partager leurs idées et d'apporter ouvertement leur contribution en groupe ou en privé. Les coprésidents ont consulté individuellement chaque membre du comité d'experts tout au long du processus d'élaboration de la LDPE pour s'assurer que leur voix était entendue et pour aider à résoudre tout problème ou préoccupation.

Le comité d'experts et l'équipe de l'AIIAO sont reconnaissants envers l'ainé des Premières Nations qui a ouvert et clôturé les réunions en personne par une prière et une purification, et qui a fourni un leadership et de précieux conseils au comité et à l'équipe de l'AIIAO pour cet important travail.

Terminologie et considérations linguistiques

Il est essentiel de reconnaître que les peuples des **Premières Nations**^G, des **Inuits**^G et des **Métis**^G sont divers et distincts. La terminologie utilisée par les fournisseurs de soins de santé est importante. D'une part, les mots peuvent permettre aux populations de prendre leur place lorsque les gens sont capables de s'identifier (14). D'autre part, les mots ou les désignations peuvent supposer et représenter des histoires coloniales et des dynamiques de pouvoir négatives (14). Une approche respectueuse de la part des fournisseurs de soins de santé consiste à utiliser, dans la mesure du possible, les termes les plus précis pour décrire une population (14).

Le terme **Autochtone** (*Aboriginal*)^G décrit les premiers habitants de ce qui est maintenant le Canada et comprend les Premières Nations, les Inuits et les Métis (14). Dans le contexte canadien, ce terme est entré dans l'usage courant après avoir été utilisé pour représenter les premiers habitants du Canada à l'article 35 [2] de la *Loi constitutionnelle* canadienne de 1982 (15). Le terme « Autochtone » reste en usage au Canada et est également utilisé pour identifier les premiers peuples d'Australie (14). D'autres pays, comme les États-Unis, utilisent une terminologie telle que « Indien » ou « Natif ». Au Canada, l'utilisation du terme « Indien », en dehors du cadre de la *Loi sur les Indiens*^G fédérale, est considérée comme un manque de respect envers les peuples autochtones, à moins qu'il ne soit utilisé par l'autochtone pour se décrire lui-même.

Le terme **Autochtone** (*Aboriginal*)^G est maintenant plus couramment utilisé au Canada pour identifier collectivement les personnes et les communautés qui se considèrent comme étant d'ascendance Premières Nations, Inuit ou Métis. L'Organisation des Nations unies (ONU) définit les peuples autochtones comme des individus et des groupes qui ont des cultures, des langues, des systèmes juridiques et des histoires uniques et distincts, ainsi qu'un lien inhérent avec l'environnement et leurs terres et territoires traditionnels (16). L'ONU identifie les groupes autochtones comme des sociétés autonomes et autosuffisantes qui ont été confrontées à la discrimination, à la marginalisation, à l'assimilation de leur culture et de leur peuple en raison de l'arrivée d'une population plus nombreuse de colons (16). Les leaders autochtones travaillant avec l'ONU ont adopté le terme « Autochtone » à la suite de l'émergence des mouvements de défense des droits comme moyen d'identifier et d'unir les communautés autochtones du monde entier et de créer une voix unifiée à l'ONU (16).

Les termes peuvent être utilisés de manière interchangeable dans la présente LDPE afin d'identifier le groupe ou les individus précis décrits, ou pour refléter l'utilisation propre au langage des sources citées. Pour plus de détails sur la terminologie utilisée dans la présente LDPE, veuillez consulter le glossaire ([annexe A](#)).

Parcours d'apprentissage

Peuples autochtones

Les peuples autochtones ont vécu sur l'île de la Tortue (Amérique du Nord) pendant des millénaires avant la colonisation européenne. Dans le Canada contemporain, les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont communément identifiés comme des peuples autochtones. Les peuples autochtones du Canada sont diversifiés; ils habitent dans les réserves et hors des réserves, dans les communautés urbaines et rurales, et dans le nord du Canada (17). L'âge moyen de la population autochtone est considérablement plus jeune que celui de la population non autochtone du Canada et la population augmente tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves (17). Il existe plus de 600 communautés distinctes des Premières Nations au Canada, dont 207 en Ontario (18). La plupart des Métis résident dans les zones urbaines ou dans les communautés métisses des provinces de l'ouest du Canada et de l'Ontario (17), tandis que la majorité des Inuits résident dans quatre régions : le Nunavik dans le Nord-du-Québec, le Nunatsiavut dans le Nordlabrador, le Nunavut et la région des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest. Il est important de noter qu'au sein de chaque communauté des Premières Nations, des Métis et des Inuits, il existe des différences historiques, culturelles et spirituelles distinctes. Les Inuits sont différents des populations des Premières Nations et des Métis, notamment par leur histoire, leur langue, leur culture et leurs croyances spirituelles (19).

Savoir autochtone

Il est impératif que les fournisseurs de soins de santé reconnaissent, comprennent et admettent la diversité des perspectives et des visions du monde des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Il existe de nombreux savoirs et savoir-faire et de nombreuses méthodes par lesquelles les peuples autochtones mettent en avant leurs connaissances, comme les significations, les objectifs, les valeurs, les pratiques culturelles et les protocoles antérieurs à la colonisation (20). Les peuples autochtones considèrent généralement le monde dans lequel nous vivons comme un tout intégré, où les connaissances, la sagesse, l'art et les autres formes d'expression culturelle sont liés aux expériences sur la terre et avec l'environnement (20).

Connaissances traditionnelles ou autochtones

Les systèmes de connaissances autochtones sont **holistiques**^G, dynamiques, cumulatifs et intergénérationnels. Il existe une relation spirituelle profonde entre les peuples autochtones et leurs terres locales et territoires traditionnels, mais la colonisation a entraîné une dépossession environnementale et un désarroi culturel. Les modes traditionnels d'accès et de vie des peuples sur ces terres ont été perturbés (21). La santé des autochtones est intimement liée à la terre, et la relation des peuples autochtones à la terre est inséparable des cultures, des relations sociales et des modes de vie traditionnels (22).

Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé soient conscients de l'importance cruciale des aînés ou des gardiens du savoir dans les cultures autochtones, car ils détiennent ou conservent des connaissances historiques et culturelles (22). Les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre que, lorsque les relations avec la terre sont perturbées, cela peut exercer une influence négative sur la santé et le bien-être des peuples autochtones (22). Dans les cultures autochtones, les connaissances traditionnelles sont partagées et transmises aux jeunes générations par le biais de la langue, des pratiques culturelles, des traditions orales, des récits, des chansons et des cérémonies (20, 23).

La science occidentale considère souvent les connaissances autochtones ou les façons de générer des connaissances comme subjectives et contextuelles (20). Les établissements de formation du Canada omettent fréquemment de reconnaître le savoir et la pédagogie autochtones (24). Le savoir autochtone a historiquement été dépeint comme étant opposé aux formes de savoir occidentales ou scientifiques (24). La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) proclame que le savoir autochtone est menacé de disparition et doit être protégé, et que les peuples autochtones ont droit à la reconnaissance, à la pleine propriété, au contrôle et à la protection de leurs propres propriétés culturelles et intellectuelles (16).

Perspectives autochtones relatives à la santé

Les concepts de santé et de bien-être des peuples autochtones sont influencés par leurs visions du monde, leurs modes de connaissance, leurs connaissances traditionnelles et leurs cultures d'expérience (25). Au cœur de la santé se trouve la croyance en l'importance cruciale du lien de chacun avec sa langue, sa terre, les êtres de la création et ses ancêtres. Une famille et un environnement bienveillants sont également intimement liés à la santé des individus (25, 26).

Pour de nombreuses Premières Nations, la santé et le bien-être sont principalement envisagés sous l'angle holistique, qui met en évidence l'équilibre ou l'interconnexion entre les aspects mentaux, physiques, émotionnels et spirituels de la vie. Le cercle d'influences est souvent utilisé pour conceptualiser cette compréhension de la vie et de ces relations (25).

Les visions du monde des Métis comprennent le savoir environnemental traditionnel qui était fondé sur les pratiques communautaires et qui a créé les bases de la compréhension du monde naturel, de l'acquisition de compétences et de comportements adaptables et applicables à d'autres facettes de la vie des Métis (27). La santé et le bien-être des Métis sont holistiques et englobent l'individu, la famille, la communauté, le quartier et la nation métisse tout au long de la vie de l'individu (28). Le fondement de la vision du monde des Métis est la croyance en l'interconnexion de toutes les choses et en l'importance du monde naturel (27). La langue michif fait partie intégrante de l'évolution de la culture et de la vision du monde des Métis (27).

Chez les Inuits, l'Inuuqatigiittiarniq représente des aspects holistiques similaires (reliant l'âme, le corps et l'esprit) et fournit une vision du monde relative à la santé inuite (25, 29). Les concepts inuits de la santé représentent à la fois les attributs du niveau individuel et les facteurs sociaux plus larges dans lesquels l'individu vit, et intègrent la compréhension conceptuelle de l'équilibre, de l'holisme et de l'interconnexion de la vie et de la santé (25). L'Inuit Qaujimagatjuqangit (IQ) est une vision du monde partagée par les Inuits du monde circumpolaire (19). L'IQ aide à définir les modes de connaissance des Inuits et détaille les croyances et les valeurs qui servent de guide et d'attentes (19).

Les perspectives occidentales ou conventionnelles relatives à la santé sont générées, enregistrées et transmises à l'aide de principes scientifiques et diffèrent donc des perspectives autochtones relatives à la santé. Les perspectives occidentales dominent les approches et les pratiques adoptées par la plupart des fournisseurs de soins de santé, qui considèrent la santé comme l'absence de maladie et dont les hypothèses **pathologisent**^G fréquemment les inégalités en matière de santé autochtone. Le fait que les fournisseurs de soins de santé n'abordent pas la santé autochtone dans le contexte de la colonisation, du racisme et des stéréotypes négatifs des peuples autochtones peut conduire à la présomption qu'un mauvais état de santé est le résultat de défaillances biologiques propres à l'individu (30). En revanche, il est conseillé à tous les fournisseurs de soins de santé d'adopter une approche qui examine les structures et les systèmes en place et leur position par rapport à ces systèmes (31). Les systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont été établis au fil du temps. La capacité des fournisseurs de soins de santé à comprendre et à valoriser la manière dont ces systèmes de connaissances définissent la santé autochtone peut favoriser la prestation de soins de santé mieux informés et culturellement sûrs.

Médecine et guérison traditionnelles

Pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les pratiques culturelles traditionnelles de guérison font partie intégrante de la santé et du bien-être. Cependant, les fournisseurs de soins occidentaux négligent souvent ces pratiques lorsqu'ils cherchent à prévenir et à traiter les problèmes de santé chroniques. Les pratiques traditionnelles devraient être reconnues comme essentielles à la santé et au bien-être autochtones et être intégrées aux pratiques occidentales de soins de santé et les compléter (32). La collaboration et l'orientation autochtones avec les fournisseurs de soins de santé non autochtones peuvent impliquer l'autonomisation des experts autochtones, l'apprentissage auprès des gardiens du savoir, la reconnaissance de la médecine traditionnelle et des pratiques de guérison dans les communautés locales, et la facilitation de l'accès à la médecine traditionnelle (32). Les approches autochtones en matière de santé et du bien-être prennent généralement en compte les dimensions mentale, sociale, spirituelle, physique et écologique. L'idée centrale de cette approche est de maintenir un équilibre sain au sein de l'individu, mais aussi entre l'individu, la société et le monde naturel (33). La guérison traditionnelle des Premières Nations comprend les connaissances, les pratiques de santé et de bien-être, les cérémonies, les médicaments et les thérapies à base de plantes, d'animaux ou de minéraux (32). Les guérisseurs traditionnels sont considérés comme très compétents et, lorsque cela s'avère nécessaire, ils administrent des remèdes comprenant des traitements à base de plantes et d'autres pratiques thérapeutiques, comme la suerie (bain de sueur), le jeûne, le massage, les régimes, l'hydrothérapie et les cataplasmes de boue et d'argile (33). Il a été demandé au système de santé canadien de reconnaître, d'admettre et de valoriser les pratiques de guérison autochtones et, à la demande des peuples autochtones, d'intégrer ces pratiques de soins en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones (34).

Tabac traditionnel

De nombreuses communautés des Premières Nations et des Métis utilisent le tabac traditionnel à des fins médicinales, spirituelles, sacrées et cérémonielles. Le tabac traditionnel est brûlé, mais pas inhalé comme les produits du tabac commercial. Chez certaines Premières Nations, lorsque le tabac traditionnel est brûlé, la fumée représente une offrande (coutume sociale pour rendre grâce) et est utilisée lors d'activités cérémonielles (35). Le tabac traditionnel est le premier des quatre médicaments sacrés des peuples des Premières Nations (les trois autres sont la sauge, le cèdre et le foin d'odeur). Le tabac traditionnel est considéré comme la première plante que le Créateur a donnée aux Premières Nations et aux Métis, et la combustion cérémoniale ou la purification par la fumée du tabac traditionnel est utilisée pour communiquer avec le monde

des esprits (35, 36). Le tabac ouvre la porte et permet la communication. Lorsqu'une personne fait une offrande de tabac, elle communique ses pensées et ses sentiments à travers le tabac et prie pour elle-même, sa famille, ses proches et les autres (35). Le caractère sacré du tabac est une pratique culturelle importante pour de nombreuses Premières Nations au Canada. Pour de nombreux peuples autochtones ayant des pratiques historiques traditionnelles ou sacrées en matière de tabac, ces traditions culturelles sont en danger, en raison de la perte des pratiques culturelles (37).

Le tabagisme commercial précoce a été introduit dans les communautés des Premières Nations, puis des Métis et des Inuits, par la colonisation des premiers explorateurs et colons européens, par le biais du commerce (38). La culture inuite était exempte de tabac, mais aujourd'hui, les Inuits portent le plus lourd fardeau de la consommation du tabac commercial parmi les peuples autochtones du Canada.

Au Canada, la consommation du tabac traditionnel dans les pratiques cérémonielles lors d'événements culturels a été jugée illégale en vertu de la *Loi sur les Indiens*, ce qui a entraîné la consommation du tabac commercial à sa place (34). Voir l'**annexe G** pour plus de détails sur les protocoles culturels d'offre de tabac traditionnel.

L'impact de la colonisation sur les peuples autochtones (AVERTISSEMENT)

La santé et le bien-être des peuples, des familles et des communautés autochtones du Canada sont inextricablement liés à la colonisation (19, 27, 30). Les répercussions contemporaines de la colonisation sur de nombreux peuples autochtones du Canada se manifestent par une autodétermination réduite et un manque d'influence sur les politiques qui les concernent directement, eux et leurs communautés (39). Les peuples autochtones connaissent également des inégalités flagrantes en matière de santé. Le traumatisme de la colonisation sur les expériences culturelles, sociales, économiques, de santé et de bien-être des peuples autochtones du Canada a été bien documenté. Cependant, les étudiants en santé et les fournisseurs de soins de santé comprennent mal comment ces processus coloniaux contribuent directement et indirectement aux inégalités en matière de santé dont souffrent actuellement de nombreux peuples autochtones (40). La colonisation des peuples autochtones du Canada, souvent mise en œuvre par le biais de la législation fédérale, a pris la forme d'une assimilation forcée, d'une appropriation des terres autochtones, d'un vol des ressources et d'une exploitation préjudiciable des ressources, de la relocalisation forcée des communautés inuites dans des établissements permanents, de la création de pensionnats, de la **rafle des années 60^G** et du mépris des revendications territoriales, y compris celles des peuples métis (19, 30, 39, 40).

La *Loi sur les Indiens* est une loi fédérale qui a fait l'objet de nombreux amendements, mais qui reste en vigueur au Canada aujourd'hui. Cette Loi autorise le gouvernement canadien à réglementer et à administrer les affaires des Indiens inscrits et des communautés des réserves (41). La *Loi sur les Indiens* a servi à dépouiller les communautés et les peuples autochtones de leurs terres et à perturber les économies autochtones. Cela a créé une dépendance vis-à-vis des autorités coloniales en coupant les sources de nourriture en raison des restrictions de mouvement et des pratiques nomades de chasse et de cueillette (30, 42). Ces perturbations se sont heurtées aux modes autochtones de connaissance, d'action et de relation avec la terre. La *Loi sur les Indiens* donne au gouvernement canadien le pouvoir de déterminer qui est « Indien », restreint les droits des autochtones à la représentation juridique et sape les rôles et responsabilités des femmes dans les sociétés autochtones (30, 42). Les Inuits, qui étaient historiquement nomades et chassaient dans le nord circumpolaire de ce qui est aujourd'hui le Canada, ont été contraints, en vertu de la *Loi sur les Indiens*, de se réinstaller dans des villages permanents éloignés et ont même connu l'abattage massif des chiens de traîneau, qui étaient utilisés pour les pratiques de chasse nomade traditionnelles (42).

Le système fédéral des pensionnats, établi par le gouvernement du Canada après la Confédération (1867), retirait systématiquement les enfants autochtones de leurs familles, de leurs foyers et de leurs communautés et les plaçait dans des pensionnats dans le but de les endoctriner dans la culture de la société canadienne eurochrétienne dominante (34). La civilisation européenne et les religions chrétiennes étaient censées être supérieures à la culture autochtone, et les cultures autochtones étaient considérées comme sauvages et brutales – un préjugé extrême qui a créé des hostilités discriminatoires

envers les cultures et les pratiques spirituelles autochtones (34). Les pensionnats ont existé pendant plus de 100 ans à travers le Canada (le dernier a fermé en 1996) et l'on estime que plus de 150 000 enfants des Premières Nations, Métis et Inuits sont passés par les pensionnats (34). De nombreux enfants n'ont pas survécu, et ceux qui ont survécu ont subi les traumatismes de la séparation, de la perte de leur famille, de leur culture et de leur langue. Beaucoup ont également été victimes d'abus physiques, émotionnels, mentaux, spirituels et sexuels et certains sont morts dans les écoles ou lors de tentatives d'évasion (30, 34). Les répercussions traumatiques sur ceux qui ont survécu aux expériences des pensionnats et sur leurs descendants ont été profondes (34, 40). La Commission de vérité et réconciliation (CVR) a parcouru le Canada pendant six ans pour entendre et témoigner des expériences vécues par les autochtones qui ont été arrachés à leur famille lorsqu'ils étaient enfants et qui ont vécu leur enfance dans des pensionnats. Le rapport de la CVR, publié en 2015, résume ces discussions et les constatations des préjudices catastrophiques infligés par le système des pensionnats (34). Veuillez vous référer directement au [Centre national pour la vérité et la réconciliation](#) pour d'autres lectures importantes.

Les traumatismes historiques ont des répercussions sur la santé en raison de l'expérience du deuil, de la culpabilité du survivant et des cognitions/émotions intrusives. Les enfants de parents ayant fréquenté les pensionnats peuvent être affectés par le fait que leurs parents « revivent » des événements de leur passage dans les pensionnats, et parce que leurs parents ont été privés de l'apprentissage des compétences parentales à la maison (43). La destruction des identités, des familles et des communautés et les traumatismes intergénérationnels qui en découlent ont causé des préjudices importants et ont considérablement entravé la transmission des cultures, des valeurs, des croyances et des pratiques autochtones, comme les pratiques parentales, d'une génération à l'autre de peuples autochtones (30).

Déterminants autochtones de la santé et équité dans l'accès aux soins

Une inégalité d'accès aux soins de santé est définie comme des différences qui se produisent dans l'état de santé et de bien-être d'une personne et qui sont évitables et identifiées comme injustes et modifiables (44). Les répercussions catastrophiques des **déterminants autochtones de la santé**⁶ sur les peuples et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis se manifestent différemment dans ces groupes distincts (22, 39). Cependant, les peuples autochtones du Canada partagent le colonialisme comme déterminant fondamental de leur santé et de leur bien-être et il est donc essentiel de comprendre les répercussions continues de la colonisation. Il est essentiel d'adopter une optique qui va au-delà des cadres des déterminants « sociaux » de la santé et qui tient compte d'une variété d'autres forces qui ont des répercussions sur la santé autochtone pour bien comprendre et contextualiser les inégalités en matière de santé dont souffrent les peuples autochtones (22). Les déterminants autochtones de la santé ne sont pas le résultat d'influences biologiques ou individuelles; ils sont uniques [à cette population] et se croisent, et sont tous essentiels pour comprendre comment la santé des peuples autochtones est déterminée (22).

Les déterminants historiques, géographiques, économiques, narratifs et structurels influencent la santé des peuples autochtones (22). Les expériences historiques partagées par les ancêtres des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont l'imposition d'institutions et de systèmes coloniaux, et les perturbations de leurs modes de vie distincts (39). Ces expériences continuent d'avoir des répercussions sur la santé autochtone aujourd'hui par le biais de structures sociales, politiques et juridiques qui placent les peuples autochtones en marge de la société canadienne contemporaine (22, 39). Des lois telles que la *Loi sur les Indiens fédérale* ont été néfastes pour la santé et la vie des peuples des Premières Nations (39). Tous les groupes autochtones ont perdu leurs terres, leur langue et leur culture. Le racisme, la discrimination et l'exclusion sociale sont autant d'expériences partagées par les groupes autochtones, et les peuples autochtones du Canada subissent de multiples inégalités qui ont des répercussions sur leur santé (30, 39, 45, 46). Il existe une relation spéciale, profonde et spirituelle entre les peuples autochtones, leurs terres locales et leurs territoires traditionnels, et leur santé (21, 22). La terre joue un rôle fondamental de soutien à la santé qui est indissociable des cultures autochtones, des relations sociales et des modes de vie traditionnels (22). La dépossession environnementale a eu, et continue d'avoir, des effets dévastateurs sur la santé des autochtones en compromettant le transfert et les pratiques des savoirs traditionnels autochtones d'une génération à l'autre, ce qui a des répercussions négatives sur la santé et le bien-être des communautés et sur l'identité culturelle (22).

De nombreux membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis obtiennent de moins bons résultats en matière de santé que leurs homologues non autochtones et, par conséquent, sont victimes d'inégalités et d'injustices sanitaires disproportionnées (47). Les peuples, communautés et nations autochtones qui subissent ces inégalités en matière de santé portent le fardeau supplémentaire de ces problèmes de santé et sont souvent empêchés d'accéder aux ressources dont ils ont besoin de toute urgence pour répondre à leurs besoins de santé (39). Une trajectoire de santé tout au long de la vie est influencée et affectée par les déterminants autochtones de la santé qui se croisent (39). Les situations sanitaires des Autochtones affectées par les déterminants autochtones comprennent la mortalité infantile, la mortalité par blessure non intentionnelle, les problèmes de santé mentale, le suicide, la consommation de substances, le cancer, les maladies pulmonaires, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension, le diabète, l'obésité, le handicap, les problèmes de santé bucco-dentaire et les maladies infectieuses (48).

Les inégalités contemporaines en matière de santé chez les Autochtones sont le résultat de politiques coloniales historiques et contemporaines. Les autres déterminants sociaux qui ont des répercussions sur la santé des Autochtones comprennent : les soins de santé, la formation, la sécurité du logement, l'emploi, le revenu, la sécurité alimentaire, l'infrastructure communautaire, la continuité culturelle et la gestion de l'environnement (30, 46). L'accès à l'eau potable est une attente fondamentale pour la plupart des Canadiens. L'accès à une eau potable saine et propre pour de nombreuses communautés des Premières Nations au Canada n'est pas une réalité, et de nombreuses Premières Nations vivent sous le coup d'avis permanents de faire bouillir l'eau (49).

Soins reproductifs et équité dans l'accès aux soins chez les Autochtones

De nombreuses femmes et personnes autochtones vivant dans des régions rurales ou éloignées du Canada n'ont d'autre choix que de quitter leur foyer dans leur communauté rurale ou nordique à 36 semaines d'âge gestationnel et de se rendre temporairement dans des hôpitaux et des hôtels en milieu urbain pour accoucher. Cette expérience est définie comme une évacuation obligatoire de la naissance (50). Le fait de quitter la communauté, la terre et le réseau de soutien pour accéder aux services d'accouchement entraîne souvent des difficultés culturelles, sociales, émotionnelles et financières, qui se traduisent par des expériences de stress, d'isolement, de solitude et de réduction du bien-être psychosocial (50, 51). L'évacuation des naissances dans les communautés autochtones est actuellement guidée par la politique de Santé Canada (50). Le Conseil national autochtone des sages-femmes (NACM) préconise vivement le retour des soins reproductifs de routine dans les communautés autochtones du Canada, mais reconnaît également que l'évacuation pour accéder à des services d'accouchement spécialisés peut être médicalement nécessaire pour certaines femmes et personnes autochtones afin d'accéder à des soins néonataux avancés (52).

Racisme systémique et santé des Autochtones

Le racisme et la discrimination systémiques dont sont victimes les peuples autochtones au Canada trouvent leur origine dans l'histoire coloniale du pays. Ces expériences vécues par les peuples autochtones perdurent aujourd'hui. Elles sont récurrentes et omniprésentes dans notre système de santé (30). Au Canada, les services de santé destinés aux peuples autochtones sont principalement assurés par des fournisseurs de soins de santé non autochtones; ces fournisseurs ne comprennent souvent pas comment offrir des services de santé culturellement sûrs ni quelles sont les connaissances et les perspectives en matière de santé des Autochtones. Les préjugés implicites ou inconscients des fournisseurs de soins de santé, qui se manifestent par des attitudes négatives et des stéréotypes à l'égard des peuples autochtones, rendent difficile l'accès de ces derniers à des services de santé opportuns, respectueux et culturellement sûrs (53). Le racisme et la discrimination causent du tort et ont des répercussions directes sur la santé et le bien-être des peuples autochtones (54). De nombreux membres des Premières Nations, Inuits et Métis ont déclaré avoir été ignorés, moqués, rabaissés et méprisés par les fournisseurs de soins du système de santé canadien (55-57). Les disparités de pouvoir sont inhérentes à notre système de santé. Il existe un besoin crucial pour tous les prestataires de santé d'aborder ces disparités de pouvoir et d'intégrer l'humilité et la sécurisation culturelles dans leur pratique quotidienne.

Les peuples, les familles et les communautés autochtones se heurtent à de multiples obstacles pour accéder aux soins de santé au Canada. Les soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits sont régis par la *Loi sur les Indiens fédérale*, par le biais du programme des services de santé non assurés. Cette structure de prestations fédérales peut créer des obstacles aux soins en exigeant la résidence dans la réserve pour certains services de santé assurés et en limitant l'accès aux services de santé par des processus d'approbation onéreux (58).

L'autodétermination est déterminée au niveau international comme un déterminant de la santé des Autochtones (28). Les répercussions catastrophiques des pensionnats, la *Loi sur les Indiens* et le fait que le gouvernement du Canada n'ait pas tenu les promesses faites dans le cadre des traités ont mis à mal la confiance et la relation entre les peuples autochtones et le gouvernement (34). Il faut reconnaître le droit des peuples autochtones à l'autodétermination au sein du Canada et en partenariat avec lui (34). Les droits des peuples autochtones à l'autodétermination doivent être intégrés dans les cadres et institutions constitutionnels et juridiques du Canada (34). Les peuples autochtones du Canada ont le droit d'accéder à leurs propres lois et à leur propre gouvernance au sein de leurs propres communautés et de les revitaliser, ainsi que de protéger et de revitaliser leurs propres cultures, traditions spirituelles et religieuses, coutumes, cérémonies, langues et autres modes de vie (16, 34).

Maternité et parentage autochtones

Les répercussions stupéfiantes de la colonisation, des pensionnats et des politiques discriminatoires sur la maternité des Premières Nations, des Inuits et des Métis continuent d'affecter les femmes et les personnes autochtones dans leur rôle parental (59). Pour de nombreuses femmes et personnes autochtones au Canada, le maternage est un moyen important de restaurer les traditions culturelles et de renforcer les liens familiaux qui ont subi les effets négatifs des pensionnats et d'autres pratiques de protection de l'enfance (60). Les traditions culturelles et autochtones de la maternité sont partagées entre les familles et entre les générations de mères et de filles par le biais d'expériences, de modèles, de cérémonies et d'histoires. Les femmes et les personnes autochtones peuvent trouver dans la maternité une force qui les aide à affirmer leur identité et leur autodétermination et les soutient dans leur résistance au racisme et aux inégalités sociales (60). Les programmes communautaires qui soutiennent les mères autochtones peuvent inclure des programmes prénataux et l'accès à des services de sages-femmes autochtones.

Usage du tabac commercial et des cigarettes électroniques chez les femmes et les personnes autochtones

Au Canada et dans le monde entier, la prévalence de la consommation du tabac commercial est plus élevée chez les femmes autochtones en période périnatale (61, 62) que chez leurs homologues non autochtones. Des chercheurs ont mené une enquête sur l'expérience de la maternité chez les femmes autochtones du Canada. Ils ont constaté que les femmes inuites étaient les plus exposées au risque de fumer du tabac commercial pendant leur grossesse, tandis que les femmes des Premières Nations vivant hors réserve étaient les moins exposées (62). La proportion de femmes qui ont déclaré avoir fumé du tabac commercial au cours du dernier trimestre de leur grossesse était de 20,6 % chez les femmes des Premières Nations, de 29 % chez les femmes métisses et de 62,6 % chez les femmes inuites (62). Les facteurs qui influencent la consommation du tabac commercial sont similaires chez les populations non autochtones et autochtones. Le statut socio-économique est directement lié au tabagisme; les femmes enceintes qui fument du tabac commercial sont représentées de manière disproportionnée parmi les personnes de statut socio-économique inférieur, qui sont plus susceptibles de connaître la pauvreté et moins susceptibles d'avoir accès à la formation et aux possibilités d'emploi (63). Pour de nombreux autochtones, le fardeau d'un statut socio-économique réduit s'est étendu sur plusieurs générations en raison des dommages directs et indirects de la colonisation et de l'érosion des structures sociales, des cultures et des ressources communautaires autochtones (34, 64). Fumer du tabac commercial peut être une activité partagée par les familles, les réseaux de soutien et les communautés. En particulier, un partenaire qui consomme du tabac commercial peut être un facteur prédictif significatif de la consommation de produits du tabac commercial par une femme avant ou pendant la grossesse (65).

Il est bien établi que la consommation du tabac commercial (y compris les cigarettes électroniques) pendant la grossesse est le facteur de risque modifiable le plus important lié à une grossesse et à des résultats de santé à long terme défavorables pour la mère et l'enfant (3). Les produits du tabac commercialisés de nos jours contiennent des quantités importantes de nicotine, qui est l'une des substances les plus addictives connues (38, 66).

La fumée du tabac commercial contient également des milliers de produits chimiques et de composés chimiques, dont certains sont directement liés à certaines formes de cancer, de maladies pulmonaires et de maladies cardiovasculaires (67). Il est extrêmement difficile de renoncer à la consommation du tabac commercial, y compris à l'usage des cigarettes électroniques. La grossesse peut motiver de nombreuses femmes et personnes à envisager de renoncer au tabac commercial pour protéger la santé du fœtus. Le renoncement au tabac commercial à tout moment de la grossesse est bénéfique à la fois pour la femme enceinte et pour le bébé (68).

De nombreux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac sont centrés sur l'Occident et ne répondent pas actuellement aux besoins des peuples autochtones et de leurs communautés, ni ne les font participer (69). Les femmes autochtones déclarent souvent qu'elles veulent arrêter de fumer, mais qu'elles se sentent incapables de le faire. Elles peuvent ne pas connaître les services de soutien au renoncement au tabac, trouver ces services difficiles d'accès ou exprimer des inquiétudes importantes quant à la stigmatisation du tabagisme (69). L'accès inéquitable aux ressources de santé, y compris aux programmes de renoncement au tabac commercial, et l'exposition disproportionnée aux déterminants de santé autochtones sont des facteurs qui contribuent à l'utilisation du tabac commercial et aux difficultés à cesser de fumer auxquelles sont confrontées les femmes et les personnes autochtones (70). D'autre part, le modèle de rôle, le soutien des pairs et de la famille, ainsi que l'offre d'approches du renoncement au tabac adaptées à la culture, ont tous été identifiés comme des considérations essentielles qui façonnent les perspectives et les valeurs des femmes autochtones en matière de renoncement au tabac pendant la grossesse (69). Les services de renoncement au tabac qui ne sont pas alignés sur les valeurs et les préférences autochtones, qui négligent d'inclure les soutiens familiaux ou communautaires ou qui ne tiennent pas compte de la santé et du bien-être globaux de l'individu ont été identifiés comme des obstacles à l'atteinte et à la participation des femmes autochtones au renoncement au tabac pendant la grossesse (69). L'élaboration d'une intervention de renoncement au tabac adaptée à la culture, qui comprend une collaboration et des partenariats avec les communautés autochtones, est essentielle pour atteindre les femmes enceintes autochtones et les inciter à participer à un programme de renoncement au tabac qui répond à leurs besoins (69).

Il est probable que la plupart des fournisseurs de soins de santé ont (ou auront) affaire à des peuples autochtones dans leur pratique quotidienne et il est essentiel qu'ils comprennent, ainsi que les étudiants entrant dans les professions de santé, les facteurs complexes qui influencent l'utilisation du tabac commercial par les peuples autochtones en âge de procréer. Toutes les femmes et personnes enceintes devraient se voir proposer des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum. Il est prioritaire pour le système de santé de déterminer et d'employer des stratégies respectueuses afin de réduire efficacement les taux de tabagisme chez les populations autochtones périnatales. Pour être efficaces, les interventions visant à lutter contre la consommation du tabac commercial et l'utilisation de seringues par les peuples autochtones en âge de procréer doivent comprendre les contextes historique, géographique, économique et structurel qui les entourent. En outre, la pratique de la sécurisation culturelle implique l'analyse des disparités de pouvoir, de la discrimination institutionnelle, des répercussions continues de la colonisation et des relations dans la mesure où elles s'appliquent aux établissements de santé (53, 71). Il est essentiel d'intégrer la culture autochtone et la sécurisation culturelle dans les services de renoncement au tabac commercial afin de favoriser le bien-être (72). Les interventions qui sont culturellement sûres et adaptées à la communauté et à l'individu sont essentielles à la santé et au bien-être de tous les peuples autochtones (72).

La réconciliation implique un processus continu d'établissement de relations respectueuses, de compréhension des répercussions des préjudices qui ont été infligés, d'expiation des causes (de ces préjudices), d'affirmation des droits inhérents des peuples autochtones à être libres de toute discrimination, et d'exigence que les fournisseurs de soins de santé agissent

pour modifier leurs comportements (16, 34). Les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre les facteurs historiques, structurels, sociaux et culturels uniques et interconnectés qui influencent la santé et le bien-être des Autochtones. Des conseils fondés sur des données probantes seront utiles aux fournisseurs de soins de santé, aux organismes et aux communautés qui s'efforcent d'améliorer l'accès aux soutiens déterminés et aux ressources de santé précieuses qui sont conçues et fournies de manière culturellement sûre, respectueuse et tenant compte des traumatismes.

Cadres théoriques servant à l'élaboration de cette LDPE

Vérité et réconciliation

La Commission de vérité et réconciliation du Canada définit la réconciliation comme un processus continu d'établissement et de maintien de relations respectueuses entre les Autochtones et les non-Autochtones (34). L'établissement de relations respectueuses exige une prise de conscience du passé, la reconnaissance du mal qui a été infligé, l'expiation des causes et l'action pour changer de comportement (34). En outre, soutenir la réconciliation signifie travailler pour surmonter les inégalités entre les Autochtones et les non-Autochtones en matière de revenus, de santé et de niveau de vie, et éliminer ou combattre le racisme, les préjugés et le sexisme. Cela s'aligne également sur la DNUDPA, qui affirme que les peuples autochtones sont égaux à tous les autres peuples, tout en reconnaissant le droit de tous les peuples à être différents, à se considérer comme différents et à être respectés comme tels (16). En outre, les peuples autochtones ont droit à la santé et aux services de santé sans discrimination. L'article 24.2 de la déclaration stipule (page 18) : « Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit » (16).

La présente LDPE vise à soutenir la réconciliation en s'efforçant de surmonter les formes intersectionnelles d'iniquité auxquelles sont confrontés tous les peuples autochtones dans les établissements de santé et en soutenant activement la mise en œuvre des éléments suivants [des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada 23 et 24](#) (34).

Humilité culturelle et sécurisation culturelle

Les politiques de santé et la prestation des soins de santé doivent être culturellement sûres pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et ne pas imposer de perspectives ethnocentriques fondées sur des points de vue coloniaux. L'humilité culturelle est un processus d'autoréflexion critique entrepris pour comprendre les préjugés personnels et systémiques, et pour développer et maintenir des processus et des relations respectueux basés sur la confiance mutuelle (4). Un fournisseur de soins de santé qui fait preuve d'humilité culturelle reconnaît humblement être un apprenant permanent afin de comprendre les expériences des autres (4). La sécurisation culturelle est un résultat qui est déterminé par la personne qui reçoit les soins et qui est fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît et vise à corriger les disparités de pouvoir inhérentes au système de santé (4, 53). La sécurisation culturelle existe dans un environnement exempt de racisme et de discrimination, dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé. Elle survient lorsque les fournisseurs de soins de santé comprennent les disparités de pouvoir inhérentes à la prestation de services de santé et à la discrimination institutionnelle, et sont motivés pour corriger ces inégalités par la formation, le changement de système et une réflexion critique permanente sur leurs attitudes, leurs croyances, leurs suppositions et leurs valeurs (73). Les populations, les familles et les communautés autochtones doivent pouvoir partager leurs points de vue, poser des questions et être respectées par les fournisseurs de soins de santé pour leurs croyances, leurs comportements et leurs valeurs (4). Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada soulignent la nécessité de combler le fossé entre les clients autochtones et les fournisseurs de soins de santé non autochtones (34, 53). L'intégration de l'humilité et de la sécurisation culturelles dans le système de soins de santé canadien exige un changement à l'échelle du système.

Pratiques tenant compte des traumatismes

Il est important que les fournisseurs de soins de santé comprennent comment les expériences d'une personne, y compris son exposition aux traumatismes et à la violence, peuvent affecter ses comportements et son état de santé, et notamment sa

consommation de substances. Il est également important que les fournisseurs de soins de santé reconnaissent que des réactions telles que la méfiance à l'égard des systèmes de soins de santé ou la réticence à s'engager dans les soins peuvent être le résultat d'expériences négatives antérieures ou d'un comportement blessant (74). La pratique tenant compte des traumatismes consiste à intégrer la compréhension des expériences passées et actuelles de violence et de traumatisme dans tous les aspects de la prestation des services de santé (75). Il est essentiel de travailler en tenant compte des traumatismes afin qu'un client ne soit pas à nouveau traumatisé lorsqu'il reçoit des soins dans un établissement de santé (74). La pratique tenant compte des traumatismes repose sur quatre principes : développer une conscience des traumatismes; offrir une possibilité de choix, de collaboration et de connexion; mettre l'accent sur la sécurité et la fiabilité; et utiliser une approche fondée sur les forces et le développement des compétences (75).

Déterminants autochtones de la santé et équité dans l'accès aux soins

La santé autochtone est influencée par des déterminants et des contextes autochtones complexes, qui se recoupent et sont liés entre eux (39). Ces déterminants vont au-delà des seuls déterminants sociaux et comprennent des déterminants structurels, historiques et contemporains qui influencent la santé et le bien-être des peuples autochtones (22). L'examen des déterminants autochtones de la santé permet aux fournisseurs de soins de santé de mieux comprendre comment la santé et le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel sont influencés par le large éventail de déterminants autochtones, ainsi que les inégalités en matière de santé qui en résultent pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada.

Les déterminants structurels de la santé peuvent être proximaux, intermédiaires et distaux et sont tous interconnectés (39). Les déterminants proximaux qui influencent la santé autochtone comprennent les déterminants sociaux classiques de la santé, tels que le développement de la petite enfance, le revenu et le statut social, la formation et l'alphabétisation, les réseaux de soutien



social, l'emploi, les conditions de travail, la culture et le sexe (22). Il est bien connu que les expériences de désavantage social et d'iniquité ont des répercussions sur la santé autochtone. Les déterminants structurels intermédiaires de la santé autochtone sont ceux qui peuvent faciliter ou entraver la santé par le biais de systèmes qui relient les déterminants proximaux et distaux. Ces déterminants comprennent la promotion de la santé, les soins de santé, la formation, la justice, le soutien social et les marchés du travail, mais aussi des déterminants propres aux autochtones, notamment la relation avec la terre, les réseaux de parenté, les langues et cérémonies traditionnelles et le partage des connaissances (22). Ces déterminants comprennent la promotion de la santé, les soins de santé, l'éducation, la justice, le soutien social et les marchés du travail, mais aussi des déterminants propres aux autochtones, notamment la relation avec la terre, les réseaux de parenté, les langues et cérémonies traditionnelles et le partage des connaissances (22).

Recommandations

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE :

Dans le cadre d'une évaluation holistique de la santé, un membre du cercle de soins a une conversation sur le tabagisme, d'une manière culturellement sûre, avec la personne autochtone en âge de procréer et son réseau de soutien.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (9). Effectuer une évaluation préliminaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à une intervention quelconque est une norme de pratique professionnelle (76). Une évaluation holistique de la santé qui intègre une conversation sur le tabagisme permet de savoir si une personne fume ou si elle est exposée à la fumée. L'objectif de l'évaluation holistique de la santé n'est pas de se concentrer uniquement sur le tabagisme, mais de comprendre également les autres facettes de la santé d'une personne, y compris sa santé spirituelle et émotionnelle.

Une relation basée sur la confiance et le respect, le soutien et l'attention portée à la personne, doit être établie afin d'entreprendre une évaluation holistique de la santé. La pratique relationnelle est le fondement d'une approche culturellement sûre. La sécurisation culturelle exige que les fournisseurs de soins de santé fassent preuve d'humilité culturelle, qui est un processus d'autoréflexion critique sur la façon dont les préjugés conditionnés personnels et systémiques affectent l'expérience et le bien-être général d'une autre personne (4). Une pratique culturellement sûre vise à réduire la disparité de pouvoir entre le fournisseur de soins de santé et la personne qui reçoit les soins et respecte les peuples autochtones en tant que décideurs de leurs propres soins (4).

Les pratiques qui garantissent la confidentialité et le consentement sont essentielles et comprennent le fait que les fournisseurs de soins de santé doivent être clairs sur leur rôle et sur les raisons pour lesquelles ils posent la ou les questions, et qu'ils doivent demander la permission avant de procéder (77, 78). Le respect de la vie privée contribue également à la sécurisation culturelle. Il est donc important que les fournisseurs de soins de santé posent des questions sur le tabagisme dans des situations individuelles. Vous trouverez ci-dessous des exemples de questions pour entamer la discussion sur la consommation du tabac commercial, adaptés de *Portes ouvertes aux conversations* (77) :

- « J'interroge tous les membres de la communauté sur le tabagisme, car c'est un élément important de notre état de santé global. »
- « J'interroge régulièrement les membres de la communauté sur le tabagisme et la consommation d'autres substances. Serait-il convenable pour moi de le faire maintenant? »

Le fournisseur de soins de santé peut également choisir d'entamer la conversation autour de ce qui est le plus important pour la personne et être attentif aux occasions de faire le lien avec le tabagisme, comme l'inquiétude de la personne concernant la santé de ses enfants (78). Il est également important de comprendre la relation de la personne avec le tabagisme et la façon dont elle est liée à d'autres domaines de sa vie, comme sa vie sociale ou son bien-être mental (78). Lorsqu'ils documentent l'interaction, les fournisseurs de soins de santé doivent être transparents et faire savoir à la personne quand ils enregistrent ou non les réponses, afin de maintenir la confiance et de faire en sorte que la personne se sente en sécurité (77). L'enregistrement d'informations sur l'usage du tabac peut être requis pour la rédaction de rapports sur les dossiers périnataux, ou nécessaire pour prendre des décisions concernant les soins.

Une pratique culturellement sûre nécessite également de réduire la honte associée au tabagisme. Des conversations régulières et continues sur la consommation du tabac commercial peuvent contribuer à réduire la stigmatisation (77). Chez les femmes et les personnes enceintes en particulier, les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à discuter de la consommation du tabac commercial lors de la première visite ainsi que lors des séances de suivi (78). Des soins culturellement sûrs impliquent également de reconnaître les préférences, la culture et les pratiques traditionnelles et d'être ouvert à l'inclusion (ou à la facilitation de l'inclusion) de médicaments et de cérémonies traditionnels dans les soins. Ainsi, en tant que fournisseur de soins de santé, il est important de reconnaître que des personnes peuvent consommer des formes traditionnelles de tabac.

Les domaines suivants peuvent être explorés au cours de l'évaluation :

- les habitudes actuelles de tabagisme,
- la place du tabagisme dans la vie de la personne,
- les antécédents de tabagisme,
- le statut et les habitudes en matière de tabagisme dans le foyer ou la communauté de la personne concernée,
- les mécanismes de soutien,
- les forces et les avantages situationnels de la personne.

La sécurisation culturelle est finalement définie par la personne qui reçoit les soins. Ainsi, le fournisseur peut demander à la personne ce qui compte le plus dans son expérience de consommation du tabac commercial et du traitement possible (4). Lors de la planification des soins après l'évaluation et la discussion, le fournisseur de soins de santé doit soutenir les changements que la personne souhaite effectuer et ne pas lui dire ce qu'elle doit faire (78). Le fournisseur de soins de santé doit collaborer à l'élaboration d'un plan de soins en comprenant ce qui est le plus important pour la personne; cela contribue à l'autonomisation et au renforcement des capacités (78).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Portes ouvertes aux conversations : Brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances. Dans : Centre d'excellence pour la santé des femmes [Internet], 2018. Accessible sur le site Web : https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/07/Doorways_French_online_Jul-18-2018.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une ressource pour faciliter la collaboration en matière de brèves interventions sur la consommation de substances entre les fournisseurs de soins de santé et les filles et les femmes en période périnatale et de préconception. ■ Décrit diverses approches pour travailler avec les filles et les femmes dans des contextes allant des soins primaires aux services de santé sexuelle en passant par les services de lutte contre la violence.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Trauma Matters: Guidelines for Trauma-Informed Practice in Women’s Substance Use Services. Dans : The Jean Tweed Centre [Internet], 2013. Accessible sur le site Web : https://www.stjoes.ca/hospital-services/mental-health-addiction-services/addiction-services/womankind-addiction-service/trauma-matters.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lignes directrices visant à aider les fournisseurs de soins de santé à planifier et à fournir des services fondés sur des pratiques tenant compte des traumatismes.
<p>Libération! Aider les femmes à cesser de fumer : Guide d’interventions brèves contre le tabagisme. Dans : Urquhart, C., Jasiura, F., Poole, N., Nathoo, T. et Greaves, L., 2012 [Internet]. Accessible sur le site Web : https://cewh.ca/wp-content/uploads/2014/02/Liberation-Guide-FR.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un guide d’interventions brèves contre le tabagisme pour aider les fournisseurs de soins de santé à accroître leur confiance lorsqu’ils parlent aux femmes du tabagisme et à fournir un soutien complet adapté aux femmes.
<p>Talking about Substance Use in Pregnancy. Dans : Centre of Excellence for Women’s Health [Internet], s.d. Accessible sur le site Web : https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/10/Collaborative-Conversation-Ideas_Sept-19-2018.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conseils aux fournisseurs de soins de santé sur la manière de cultiver des approches collaboratives pour parler de la consommation de substances pendant la grossesse.
<p>Thunderbird Partnership Foundation. Trousse d’outils sur la sécurisation culturelle pour les professionnels de la santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières Nations, s.d. [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://thunderbirdpf.org/bibliotheque-de-ressources/?lang=fr [sélectionnez dans « Guides et troussees d’outils »]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse d’outils des Premières Nations contenant des ressources et des conseils pertinents pour les professionnels du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie.

Recommandations relatives à la pratique

RECOMMANDATION 1 :

Il est recommandé que les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac soient **dirigés par des Autochtones^G** et fondés sur une approche holistique de la santé et du bien-être. Le cercle de soins fournit des services culturellement sûrs et adaptés aux femmes et aux personnes autochtones en période périnatale et à leur réseau de soutien.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Il peut y avoir des avantages à fournir des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac culturellement sûrs, créés avec les femmes autochtones, leur réseau de soutien et en collaboration avec les communautés autochtones. La documentation quantitative et qualitative apporte un certain soutien aux avantages des services de renoncement culturellement sûrs, adaptés et dirigés par des Autochtones, notamment le fait que ces services peuvent améliorer la portée et l'engagement des participants, les tentatives d'abandon, les taux de cessation et l'acceptabilité de la réduction du tabagisme.

Pour lutter contre la consommation du tabac commercial pendant la grossesse dans les communautés autochtones, des études quantitatives ont comparé des programmes de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac adaptés aux valeurs culturelles et dirigés par des Autochtones à des programmes habituels de renoncement au tabac accessibles à la plupart des femmes enceintes dans leur juridiction locale (79-82). Les programmes dirigés par des Autochtones étaient fondés sur une approche holistique et comprenaient des interventions visant à la fois l'individu et son réseau de soutien pour lutter contre la normalisation de la consommation du tabac commercial pendant la grossesse (81, 83, 84). Les interventions de réduction du tabagisme ou de renoncement au tabac ont été proposées dans plusieurs communautés autochtones et dispensées par un cercle de soins comprenant des fournisseurs de soins de santé autochtones et d'autres membres de la communauté locale, tels que des aînés et des professionnels de la santé communautaires appelés « tantes » et « sœurs autochtones » (79, 80, 84, 85). Les programmes qui incluaient un soutien communautaire fournissaient des conseils culturellement pertinents sur les approches et les stratégies particulières au niveau communautaire afin d'adapter l'intervention à leur communauté (79, 80, 84, 86). Ces études ont révélé que les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigés par la communauté et adaptés à la culture facilitent une portée et un engagement modérés, et que ces programmes sont hautement réalisables et acceptables pour les femmes autochtones enceintes (80, 84, 86). La documentation indique également qu'il peut y avoir une augmentation du nombre de tentatives d'abandon et une amélioration de certains des taux de cessation globaux après la participation à ces programmes par rapport aux soins habituels (c.-à-d. les services de renoncement au tabac centrés sur l'Occident dans deux études) (79-82, 84, 85). La plupart des participants ont fait plusieurs tentatives d'arrêt avant d'y parvenir (80, 82, 84). Pour ceux qui ont réussi à arrêter de fumer, la rechute était suivie d'une autre tentative d'arrêt avant d'atteindre une abstinence définitive (84). La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable.

Des services adaptés de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac peuvent inclure les forces et les valeurs de la culture autochtone locale ainsi que d'autres objectifs de grossesse en santé, comme la réduction du stress (79, 84). Les fournisseurs de soins de santé autochtones ont intégré les pratiques culturelles traditionnelles, les forces et valeurs culturelles

et les enseignements historiques ancestraux dans la prestation de leurs services de renoncement au tabac (79, 81). Dans la prestation de services de renoncement au tabac et de réduction du tabagisme adaptés aux valeurs culturelles — et pour faciliter la connectivité culturelle et sociale, il est important de s'appuyer sur les ressources communautaires existantes et d'intégrer les forces de la communauté, les réseaux de soutien communautaires et les valeurs culturelles accordées aux relations dans la communauté (81, 84).

Les soutiens à la réduction du tabagisme et au renoncement au tabac créés avec les membres de la communauté peuvent inclure des activités culturelles et des groupes de soutien bihebdomadaires qui peuvent contribuer à la réduction du stress (83, 84). L'accent mis sur une approche fondée sur les points forts et le renforcement des compétences sont des caractéristiques qui favorisent également l'engagement des femmes dans les services de renoncement au tabac (81, 84). Les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac ciblant l'individu comprenaient du counseling téléphonique individuel dispensé par des professionnels de la santé communautaires (79, 86) et des visites fréquentes à domicile (84). Des éléments de counseling adapté comprenaient :

- discuter des risques et des avantages de la réduction du tabagisme et du renoncement au tabac avec chaque femme ou personne enceinte;
- encourager les personnes à arrêter de fumer pour la santé et le bien-être de la famille et du bébé;
- offrir l'intervention avec amour, compassion et soutien;
- explorer les barrières sociales et environnementales de la personne qui l'empêchent d'arrêter de fumer (84).

Il est important de veiller à ce que les voix et les pratiques culturelles des Autochtones soient prises en compte dans la conception, la prestation et l'évaluation de services adaptés de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac. L'implication des communautés autochtones dans des partenariats collaboratifs et participatifs avec les fournisseurs de services sociaux et de santé permet d'orienter la conception et l'inclusion de pratiques culturelles appropriées. Les études incluses qui ont guidé l'élaboration d'interventions de renoncement au tabac sécurisées et culturellement sûres l'ont fait en formant un groupe de référence de partenaires communautaires, des comités consultatifs communautaires ou en travaillant avec un organisme de services autochtone qui a dirigé, adapté et fourni l'intervention (79, 80, 82, 84, 86). Ces groupes/comités/organismes étaient composés de membres de la communauté, tels que des femmes autochtones, des sages-femmes et des fournisseurs de soins de santé autochtones, qui partageaient leurs conseils sur tous les aspects des services de renoncement au tabac et veillaient à ce que ces services soient conçus de manière holistique et fournis d'une manière culturellement sûre dans le contexte local (80, 84, 86). Les fournisseurs de services sociaux et de santé autochtones constituent un élément précieux de la main-d'œuvre des services sociaux et de santé, car ils connaissent bien le contexte social et culturel, les expériences, les défis et les forces de leur communauté (84, 86).

Les données qualitatives ont mis en évidence la manière dont les femmes enceintes autochtones, leur réseau de soutien, les membres de la communauté et les fournisseurs de soins de santé reconnaissent la nécessité d'intégrer les valeurs et pratiques culturelles autochtones appropriées dans les services personnalisés de renoncement au tabac et communautaires afin de favoriser leur utilisation. Les soutiens au renoncement au tabac appropriés aux valeurs culturelles doivent être adaptés non seulement aux besoins particuliers de l'individu, mais aussi au contexte de la communauté locale. Tous les participants ont exprimé un vif intérêt pour que les services de renoncement au tabac intègrent une orientation culturelle, des traditions culturelles et des liens avec les connaissances ancestrales (87-90). Certains participants ont déclaré qu'il serait utile de travailler avec des fournisseurs de services sociaux ou de santé qui sont ancrés dans la vision du monde des participants et qui fonctionnent selon leurs protocoles culturels (91). Certaines communautés ont fourni des soutiens au renoncement au tabac culturellement ciblé qui incluaient des professionnels de la santé communautaires autochtones dans des programmes de renoncement au tabac adaptés à leur population communautaire particulière (92, 93). Les participants ont identifié les aînés et les grands-parents comme des ressources communautaires culturellement pertinentes qui peuvent engager et soutenir les

membres de leur communauté, partager leur sagesse et leurs connaissances, aider à influencer la réduction du tabagisme dans la communauté et promouvoir la santé communautaire d'autres façons (94). Les témoignages des membres de la communauté autochtone sont considérés comme puissants, et les histoires de réussite relatives au renoncement au tabac sont souvent liées aux aînés et aux membres de la communauté (93-95). Les participants ont souvent considéré les aînés comme des alliés importants dans la lutte contre le tabagisme dans leur communauté, en raison de leur influence et du respect dont ils font l'objet dans leur communauté (96). Certains participants ont indiqué que les approches basées sur le groupe sont bien adaptées à la culture, lorsque la nature collective des groupes s'aligne sur les cultures autochtones. Dans ces circonstances, les individus peuvent être plus susceptibles d'être motivés pour changer leur comportement tabagique (87). Les études qualitatives ne font état d'aucun effet indésirable. Les femmes et les personnes autochtones ont indiqué qu'elles recherchaient des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac qui offrent un environnement tenant compte des traumatismes, où elles se sentent en sécurité, où des relations de confiance sont établies avec leur professionnel de la santé, où les professionnels de la santé comprennent les répercussions des traumatismes et où les services de santé et de bien-être sont fournis d'une manière culturellement sûre (89, 90).

Le degré de certitude des données probantes quantitatives était faible en raison de préoccupations concernant la façon dont les études ont été menées et de la petite taille des échantillons. Le degré de fiabilité globale dans ces données probantes était moyen en raison de préoccupations moyennes sur la façon dont les études ont été menées.

Pour en savoir plus sur les répercussions de l'intervention (dirigée par des Autochtones, culturellement sûre et adaptée à la personne et à la communauté) sur les résultats prioritaires, les expériences qualitatives rapportées et la notation des données probantes, voir les [profils des données](#).

Voir le contenu supplémentaire sur la façon dont les fournisseurs de soins de santé peuvent soutenir la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac dans les « Conseils de mise en œuvre ».

Voir l'[annexe H](#) pour plus de détails sur la terminologie relative à la sécurisation culturelle.

Valeurs et préférences

L'utilisation par les fournisseurs de soins de santé d'une approche du renoncement au tabac basée sur les points forts a été appréciée par les participants (90). Les participants ont exprimé le souhait que les professionnels de la santé abordent les membres de la communauté sans porter de jugement, d'une manière culturellement appropriée, et qu'ils reconnaissent que les participants peuvent préférer que les fournisseurs de soins de santé « rencontrent les femmes là où elles en sont » dans leur parcours de fumeuse (90).

De nombreux participants ont indiqué que les conversations individuelles avec les membres de la communauté ou les gestionnaires de cas étaient les canaux interpersonnels préférés de communication et de sensibilisation des professionnels de la santé communautaire. Les participants ont fait état de l'importance de développer des relations de confiance avec leur fournisseur de soins de santé, où le participant se sent en sécurité pour révéler les réalités de sa vie et se sentir soutenu (81).

Les participants apprécient les programmes de renoncement au tabac qui intègrent un contenu culturel adapté et qui recrutent des membres de la communauté pour offrir ces services de renoncement au tabac de manière culturellement appropriée aux femmes enceintes qui fument (86). Certains participants ont exprimé le besoin d'utiliser des messages positifs ou basés sur les forces et ont suggéré de modifier le langage utilisé autour du renoncement au tabac, et d'utiliser « arrêter de fumer » plutôt que « cesser de fumer » pour éviter de ressentir des sentiments négatifs d'échec (97).

Les participants ont apprécié un programme de réduction du tabagisme ou de renoncement au tabac adapté à leur culture lorsque l'approche était « flexible, fondée sur les forces, centrée sur la famille, holistique, fondée sur les relations et dirigée par les participants » (81).

Les professionnels de la santé communautaires autochtones connaissent très bien leurs communautés et peuvent établir des relations et interagir avec les participants d'une manière culturellement appropriée (86). Ces « tantes » ont indiqué que les participants appréciaient le fait de connaître leur communauté et de s'y impliquer, et de s'y rendre activement pour offrir un soutien au renoncement au tabac (86).

Les participants ont apprécié la possibilité de partager des histoires et les activités proposées, ainsi que les informations sur les stratégies d'adaptation (84). Lorsque les femmes partagent leurs histoires dans le cadre d'un groupe de soutien au renoncement au tabac fondé sur les traditions de la communication narrative, cela encourage l'autoréflexion sur leur parcours de vie, le rôle des personnes et des lieux dans ces histoires, et leur grossesse (98).

La plupart des participants préféraient une approche de messages factuels sur les méfaits du tabagisme pendant la grossesse (79). Conformément aux valeurs culturelles autochtones, les participants ont apprécié les programmes de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac mettant l'accent sur la santé et le bien-être des enfants (79).

Équité dans l'accès aux soins

Les professionnels des services sociaux et de santé des communautés autochtones peuvent atteindre les femmes et les personnes autochtones enceintes et promouvoir l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Ils connaissent la culture locale et ont donc une capacité unique à atteindre les membres de leur communauté. Par exemple, les professionnels de la santé communautaires **Māori**^G font partie intégrante du personnel de santé en Nouvelle-Zélande.

Les femmes autochtones peuvent être confrontées à des obstacles pour accéder aux services, tels que le transport et le coût de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Dans une étude, la TRN a été fournie gratuitement aux participants et aux membres du foyer (84). Le transport vers et depuis les lieux des programmes de groupe était également fourni gratuitement aux participants (en raison de l'éloignement géographique et de l'absence de transports en commun) (84). Veuillez consulter la **Recommandation 4** qui soutient les ressources pour l'accès aux TRN.

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Le groupe a estimé que le tabagisme pendant la grossesse était une question hautement prioritaire pour les femmes et les personnes autochtones en raison des méfaits connus liés au tabagisme. Les inégalités en matière de santé dont souffrent les populations et les communautés autochtones comprennent de multiples obstacles qui rendent le renoncement au tabac plus difficile à atteindre et réduisent ou empêchent l'accès à des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigés par des Autochtones et adaptés à leur culture. Le comité d'experts reconnaît que l'accès au soutien à la réduction du tabagisme et au renoncement au tabac peut ne pas être offert par un service autochtone ou communautaire et ne présume pas que les membres de la communauté recherchent ce type de programme. Des programmes conventionnels (non autochtones ou dirigés par la communauté) de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac sont disponibles et accessibles aux fournisseurs de soins de santé pour les femmes et les personnes autochtones en période périnatale et leur réseau de soutien. Il est impératif que les fournisseurs de soins de santé offrent des services de renoncement au tabac et de réduction du tabagisme.

Le comité d'experts a noté qu'il pourrait y avoir des avantages à fournir des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigés par des Autochtones, culturellement sûrs et adaptés aux femmes enceintes et aux personnes autochtones dans les données probantes quantitatives. Cependant, les données probantes sont incertaines. Le comité d'experts a également noté qu'il est impératif de s'attaquer à la forte prévalence du tabagisme périnatal dans les communautés

autochtones, car les méfaits certains du tabagisme périnatal sont bien établis. Le comité d'experts a également noté que les données qualitatives mettent en évidence la valeur accordée aux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigés par des Autochtones et adaptés à leur culture, qui sont acceptables et accessibles aux femmes enceintes et aux fumeurs autochtones. La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable.

Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un faible degré de certitude des données probantes. Bien que le degré de certitude des données des effets soit faible et que le degré de fiabilité dans ces données soit moyen, le comité d'experts a déterminé que la force de cette recommandation était forte, compte tenu de l'importance cruciale de s'attaquer aux obstacles au renoncement au tabac chez les femmes et les personnes autochtones en période périnatale qui sont enracinés dans les inégalités en matière de santé, et du risque de perpétuer les traumatismes et les méfaits catastrophiques liés aux inégalités en matière de santé et au tabagisme pendant la grossesse.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- En l'absence d'un programme autochtone ou communautaire, les fournisseurs doivent proposer des services classiques de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac.
- L'implication des guérisseurs traditionnels dans la collaboration avec les fournisseurs de services sociaux et de santé est importante et déterminante pour la conception, la mise en œuvre et le succès des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac.
- Une approche centrée sur la personne place le membre de la communauté au centre des services de renoncement au tabac et reconnaît qu'il est l'expert de sa propre santé et de son bien-être.
- Les fournisseurs de services sociaux et de santé doivent être conscients des problèmes de capacité propres à la communauté, comme la disponibilité de l'Internet, du Wi-Fi ou d'autres voies de télécommunication (p. ex., ligne terrestre et téléphone cellulaire) utilisées dans les programmes de renoncement au tabac, afin d'en assurer l'accès à tous les membres de la communauté qui veulent participer.
- Bien que des incitations aient été utilisées dans certaines des données probantes incluses, le comité d'experts met en garde contre le fait que cela peut être considéré comme une approche colonisatrice. Les opinions à l'égard des incitations peuvent varier d'une communauté autochtone à l'autre; il est donc important que la communauté ou l'organisme de services de santé détermine si les incitations doivent ou non faire partie d'un service de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac.

Tableau 4 : Information sur les interventions issue des données probantes

INTERVENTIONS CLÉS	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Adaptation culturelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les programmes de renoncement au tabac peuvent incorporer la culture dans les messages délivrés dans les services de renoncement, en se concentrant sur les familles et les valeurs et pratiques culturelles traditionnelles pertinentes telles que les manières d’être en bonne santé (83). ■ Incorporer une approche holistique de renoncement au tabac qui représente les aspects mentaux, émotionnels, spirituels et physiques de la santé et du bien-être des Autochtones (97). ■ Inclure d’autres activités culturelles traditionnelles dans les services de renoncement au tabac, comme jouer du tambour, ou cuisiner et manger ensemble d’une manière qui incorpore la culture et les traditions autochtones autour de la nourriture (97). ■ Mettre l’accent sur l’importance des activités culturelles et communautaires positives (p. ex., la cueillette de baies, les activités artistiques) pour faire face au renoncement/stress ou pour réduire et prévenir le tabagisme et célébrer la culture et les liens sociaux (81, 83). ■ Les images culturellement pertinentes utilisées dans les brochures promotionnelles ou les ressources virtuelles sont plus susceptibles de trouver un écho auprès des individus et des communautés (97).
<p>Encourager les approches communautaires autochtones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Groupe de travail de référence communautaire ou comité consultatif communautaire : trois études ont servi de guide à l’élaboration d’une intervention de renoncement au tabac culturellement pertinente avec un groupe de femmes autochtones, de sages-femmes et d’autres professionnels de la santé ou de la communauté pour s’assurer que le programme était mené d’une manière culturellement sûre (80, 83, 84). ■ Les professionnels de la santé communautaires ont une compréhension intime du contexte socioculturel, des expériences, des défis et des forces de leur communauté et sont dans une position unique pour atteindre et mobiliser les membres afin de fournir un soutien par les pairs aux membres de la communauté (86). ■ Le groupe de référence communautaire a joué un rôle essentiel pour s’assurer que le programme de renoncement au tabac répondait aux besoins des femmes autochtones de manière respectueuse (84). ■ Le partenariat avec les services de santé maternelle et infantile autochtones a permis de garantir que les services de renoncement au tabac étaient fournis dans le cadre de soins complets de la grossesse qui répondent aux besoins culturels et sociaux par une équipe ayant des relations permanentes avec les femmes (84).

RECOMMANDATIONS

INTERVENTIONS CLÉS	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>S'attaquer aux obstacles sociaux et environnementaux et gérer le stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La prestation de services de renoncement au tabac doit être comprise dans le contexte historique et socioculturel approprié du tabagisme (94). ■ La gestion du stress, l'augmentation de l'auto-efficacité, l'offre de services d'aide à l'arrêt du tabac en groupe et les consultations individuelles pour les mères fumeuses sont toutes jugées importantes (92). ■ Aborder les normes sociales relatives au tabagisme, en soulignant l'importance des activités culturelles et communautaires positives; par exemple, des activités telles que la cueillette de baies pour faire face au stress (83). ■ Utiliser une approche fondée sur les points forts pour renforcer l'auto-efficacité et la confiance de la cliente en célébrant les actions positives en faveur de la réduction du tabagisme et de renoncement au tabac, aussi petites soient-elles, que les femmes accomplissent avec succès au cours de leur parcours (81, 90). ■ Rencontrer les femmes et les personnes là où elles en sont dans leur parcours de fumeuse, en utilisant une approche bienveillante et sans jugement pour offrir un espace sûr pour discuter du tabagisme où la femme ou la personne se sent soutenue (89, 90). ■ Aider les femmes à déterminer les éléments déclencheurs du tabagisme, les obstacles potentiels et les autres problèmes sociaux auxquels elles sont confrontées; les aider à trouver des stratégies pour les gérer et identifier d'autres sources de soutien (84). ■ Les soutiens de groupe adaptés à la culture peuvent contribuer à la guérison et à la résilience des participants au programme (97).
<p>Histoires de réussite, témoignages et communications narratives</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les participants ont partagé leurs expériences sur les répercussions du tabagisme (95, 97). ■ Les participants ont partagé en groupe leurs histoires sur la lutte contre le tabagisme et les conseils reçus des fournisseurs de services sociaux et de santé (99). ■ Les participants ont déclaré avoir partagé entre eux des stratégies qui les ont aidés à surmonter les envies de nicotine et le sevrage (87). ■ Les participants ont partagé des histoires sur la façon dont ils avaient réussi à demander à d'autres personnes de ne pas fumer (95). ■ Les participants ont apprécié la possibilité de partager des histoires et les informations sur les stratégies d'adaptation dans les réunions de soutien en groupe (84). ■ Des tableaux graphiques en feutre représentant les maisons et les cours des participants ont été utilisés pour explorer la gestion du tabagisme domestique (93). ■ Un programme présente des témoignages numériques de femmes qui ont réussi à arrêter de fumer (83). ■ Les services structurés de renoncement au tabac commercial destinés aux pères des Premières Nations incorporent des témoignages, des cercles de discussion et des communications narratives pour permettre aux pères de partager leurs expériences, la camaraderie et le soutien mutuel des uns et des autres sur les répercussions du tabagisme, et pour renforcer la résilience (97).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>British Columbia Centre of Excellence for Women’s Health. Hearing the Perspectives of Aboriginal Girls on Smoking; 2009; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2009_Hearing-Perspectives-Aboriginal-Girls-Smoking-lowres-singles.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Résume la façon dont l’âge, le sexe, la culture et le contexte s’entrecroisent pour façonner les expériences des filles autochtones en matière de tabagisme.
<p>Action Cancer Ontario, Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. Ressource en ligne de Indigenous tobacco [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : www.tobacchowise.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources sur le tabagisme pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis ■ Histoires de réussite
<p>Action Cancer Ontario. Action Cancer Ontario E-Learning. [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://elearning.cancercare.on.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage en ligne sur la sécurisation culturelle autochtone ■ Plusieurs cours disponibles gratuitement
<p>EQUIP (Equipping Health for Equity) Health Care [cité le 30 avril 2021]. Accessible sur le site Web : https://equiphealthcare.ca/ https://equiphealthcare.ca/resources/toolkit/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse d’outils et ressources pour aider les fournisseurs et les organismes de santé à adopter des pratiques axées sur l’équité ■ Des idées, des approches et des pratiques utiles que les fournisseurs et les organismes peuvent adapter à leur contexte et à leurs besoins locaux ■ Soins tenant compte des traumatismes et de la violence (STCTV) ■ Un outil pour les organismes et les fournisseurs de services sociaux et de santé

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Exemples de services de santé de l'Ontario disposant de ressources de guérisseurs traditionnels</p> <p>https://www.chigamik.ca/fr/?s=traditional+Healing</p> <p>https://www.noojmowin-teg.ca</p> <p>https://aboriginalhealthcentre.com/traditional-healing/</p> <p>https://www.misiway.ca/index.php/services/traditional-healing-program</p> <p>https://mushkiki.com/program/traditional-wellness-program/</p> <p>https://aht.ca/our-approach/traditional-teachings/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guérisseurs traditionnels faisant la promotion de la santé et du bien-être de la communauté et de ses membres
<p>First Nations Health Authority (FNHA). FNHA's Cultural Safety and Cultural Humility Key Drivers and Ideas for Change; s.d.; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Cultural-Safety-and-Humility-Key-Drivers-and-Ideas-for-Change.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principaux moteurs et idées de changement de l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique
<p>First Nations Health Authority (FNHA). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Cultural Humility; s.d.; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommandations en matière de sécurisation culturelle et d'humilité de la part de l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique
<p>Hemsing, N., Greaves, L., Poole, N. « Tobacco Cessation Interventions for Underserved Women ». <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i>, vol. 15, n° 3 (3 juillet 2015), p. 267 à 287. Accessible sur le site Web : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867857/pdf/wswp-15-267.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interventions de renoncement au tabac pour les femmes mal desservies ■ Les éléments clés d'une approche centrée sur la femme

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Provincial Health Service Authority de la Colombie-Britannique. National Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series; 2020; [cité le 31 août 2020]. Accessible sur le site Web : http://www.phsa.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Série de webinaires nationaux offrant la possibilité de partager des connaissances, des expériences et des perspectives afin de soutenir les efforts collectifs visant à renforcer la sécurisation culturelle autochtone dans tous les secteurs
<p>Public Health Training for Equitable Systems Change. Health Equity; 2020; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : http://phesc.ca/health-equity#culturalsafety-indigenous</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une série d’occasions d’éducation propres aux Autochtones sur la sécurisation culturelle, l’humilité culturelle et la formation anti-oppression
<p>Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. Ontario Indigenous Cultural Safety Program; 2020; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : http://www.sanyas.ca/ https://soahac.on.ca/service/traditional-healing/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation à la sécurisation culturelle autochtone pour les fournisseurs de services sociaux et de santé (certains coûts sont associés à ce programme de formation) ■ Informations sur la guérison traditionnelle
<p>Thunderbird Partnership Foundation. A Cultural Safety Toolkit for Mental Health and Addiction Workers In-Service with First Nations People; pas de date; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2019/01/CULTURAL_SAFETY_TOOLKIT_WEB.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse d’outils contenant des ressources et des conseils pertinents pour les professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 2 :

Il est recommandé que le cercle de soins offre du counseling en matière de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac aux femmes et aux personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum. Il est important que le counseling soit prodigué d'une manière culturellement sûre et qu'il fasse partie d'une approche holistique globale de la santé et du bien-être.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Élevée

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Le counseling en matière de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac peut offrir des avantages importants. Les interventions liées au counseling sont celles qui fournissent une motivation pour cesser de fumer, soutiennent ou augmentent les compétences de résolution de problèmes et d'adaptation (100). Les interventions liées au counseling comprennent l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie, la relaxation, la facilitation de la résolution de problèmes et d'autres stratégies (100). La documentation relative au counseling est étayée par des documents directs (counseling à la population autochtone enceinte et en période post-partum) et indirects (counseling à la population non autochtone enceinte et en période post-partum).

En ce qui concerne le résultat des taux de cessation liés au counseling au sein des populations autochtones enceintes et en période post-partum, la documentation directe est limitée en raison du peu d'études, avec un petit nombre de participants (100). Cependant, la documentation apporte un soutien au counseling en termes de portée et d'engagement au sein des populations autochtones enceintes et en période post-partum (79-81, 86, 101, 102). Les approches de counseling ont une portée moyenne et un engagement élevé chez les femmes et les personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum (79-81, 86, 101, 102). Il est important de noter que le counseling en matière de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac comprenait des éléments de sécurisation culturelle. En particulier, le counseling était personnalisé, adapté à la culture, faisait appel à des approches fondées sur les points forts et impliquait le réseau de soutien des personnes. Dans quatre études randomisées, les groupes de comparaison ont reçu les soins habituels de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac disponibles dans la juridiction locale, ce qui incluait l'orientation vers des lignes d'aide au renoncement au tabac et l'utilisation de l'approche des « 3 A » ou des « 5 A ». Les comparateurs ne comportaient aucun élément de sécurisation culturelle autochtone. De plus amples détails sont présentés dans les « Conseils de mise en œuvre ».

La documentation indirecte concernant l'augmentation des taux de cessation dans les populations enceintes et en post-partum est bien établie dans les méta-analyses. Dans l'ensemble, la documentation méta-analytique indirecte suggère que, par rapport aux soins habituels et aux interventions moins intensives, le counseling en matière de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac augmente les taux de cessation en fin de grossesse (100). On a également constaté que le counseling augmente l'abstinence jusqu'à 17 mois après l'accouchement, bien que l'effet de 6 à 11 mois après l'accouchement ne soit pas aussi clair que l'effet de la naissance à cinq mois et de 12 à 17 mois après

l'accouchement (100). Les données méta-analytiques montrent également que les interventions liées au counseling ont entraîné une réduction de 17 % des bébés de faible poids à la naissance, une réduction de 22 % des admissions en soins intensifs néonataux et un poids moyen à la naissance significativement plus élevé; la différence en matière de naissances prématurées et de mortinaissances n'est pas claire (100).

Dans l'ensemble, le degré de certitude de la documentation était élevé. Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (counseling) sur les résultats prioritaires, voir les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

Les valeurs et les préférences ont été rapportées dans la documentation directe. Les femmes autochtones étaient satisfaites et partageaient des opinions positives concernant les programmes de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac qui incorporaient le counseling (84, 101, 103). Les femmes ont également indiqué qu'elles appréciaient la fréquence du soutien, les informations fournies, le soutien du ménage et les TRN gratuites (84).

Équité dans l'accès aux soins

Tous les fournisseurs de soins de santé ont la responsabilité éthique d'offrir un accès équitable au counseling à toutes les personnes qui consomment du tabac commercial. Les fournisseurs de soins de santé doivent se rappeler que c'est l'individu qui, en fin de compte, a le choix de s'engager ou non dans un processus de counseling.

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Le counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac présente des avantages et aucun inconvénient significatif n'a été identifié. Le comité d'experts a convenu que les femmes et les personnes autochtones apprécieraient les résultats et qu'il est contraire à l'éthique de ne pas offrir le choix du counseling. En outre, le degré de certitude des données était élevé. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée.

Tableau 5 : Information sur les interventions issue des données probantes

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
Counseling adapté à la culture	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien au recrutement ou au renoncement au tabac donné par des membres autochtones de la communauté (79, 86, 103, 104) ■ Utilisation de matériel pédagogique adapté à la culture (vidéos, brochures) (102) ■ Le programme est basé sur des modèles de santé autochtones ou sur la consultation des membres de la communauté autochtone (84, 103) ■ Les séances se déroulaient dans la langue locale (yup'ik) ou en anglais, selon la préférence de la femme (79) ■ Encourager les moyens traditionnels sains de faire face aux symptômes de sevrage ou au stress, comme les activités culturelles et communautaires positives (p. ex., la cueillette de baies ou la marche dans la toundra) (79)

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Approches fondées sur les points forts</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un modèle de rôle positif (p. ex., les vidéos montrées aux participants comprenaient des histoires de personnes autochtones d'Alaska qui ont arrêté de fumer pendant leur grossesse) (102, 103) ■ Une approche basée sur les points forts a été utilisée en s'engageant avec le groupe de référence de la communauté, et en s'appuyant sur l'infrastructure des services existants, les relations dans la communauté et les points forts de la communauté elle-même (84). ■ Intervention axée sur l'utilisation des forces et des valeurs de la culture Yup'ik (79)
<p>Sur mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les professionnels de santé communautaires (appelés « tantes ») qui dispensent les soins ont déterminé la fréquence et le contenu de l'intervention en fonction de leur engagement avec le client (86). ■ Le counseling personnalisé a été fourni en fonction de l'évaluation et des obstacles à l'arrêt du tabac. Lors de toutes les visites, les progrès ont été évalués et un retour positif a été donné avec un soutien et des conseils adaptés (84). ■ Il a été demandé aux femmes quels sont les autres sujets de santé relatifs à la grossesse et à la période postnatale qu'elles aimeraient aborder (p. ex., les soins prénataux, l'allaitement, les moyens traditionnels d'être en bonne santé et de gérer le stress) (79).
<p>Impliquer le partenaire ou la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Counseling centré sur la famille comprenant trois visites à domicile. Dans le groupe d'intervention, toutes les mères (et les membres de la famille qui étaient présents) qui fumaient ont reçu les soins habituels plus un « coaching » comportemental sur les dangers de l'exposition des enfants au tabagisme passif, un engagement en faveur de restrictions du tabagisme à la maison/en voiture, un modèle de rôle positif et des stratégies pour surmonter les obstacles à la mise en place de changements sans tabac (103). ■ Les membres du foyer ont été conseillés sur la manière de soutenir la tentative d'arrêt de la femme. Le cas échéant, ils ont également été encouragés à arrêter de fumer, avec un soutien et des groupes de soutien par les pairs bimensuels (comparativement à l'absence de contrôle (84).

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Méthodes de counseling</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La durée du counseling peut aller d'interventions brèves (moins de cinq minutes) à des interventions plus intensives, qui peuvent durer jusqu'à une heure et être répétées sur plusieurs séances. Les données probantes soutiennent les interventions intensives par rapport aux interventions moins intensives (100). ■ Pour utiliser des interventions brèves comme les 3 A ou 5 A, les conseillers : <ul style="list-style-type: none"> □ posent des questions sur la consommation de tabac commercial; □ prodiguent des conseils pour arrêter de fumer en soulignant qu'aucune quantité de tabac n'est sans danger pendant la grossesse; □ évaluent la volonté de fixer une date d'arrêt en utilisant des techniques d'entretien motivationnel; □ aident à l'arrêt du tabac par des stratégies comportementales et de résolution de problèmes; □ organisent le suivi (79, 101, 102). <p>L'annexe F décrit comment les 5 A peuvent être adaptés aux individus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le counseling peut être fourni par une série de personnes, y compris des fournisseurs de soins de grossesse, des conseillers formés ou autres, sur place ou par orientation vers des services spécialisés dans l'arrêt du tabac (100).

RECOMMANDATIONS

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Ordean A, Wong S, Graves, L. « No. 349-substance use in pregnancy ». <i>J Obstet Gynaecol Can</i>, vol. 39, n° 10 (2017), p. 922 à 937. e2. Accessible sur le site Web : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S170121631730470X</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) concernant la consommation de substances pendant la grossesse ■ À l’instar du comité d’experts, la SOGC recommande également que le soutien comportemental soit considéré comme un traitement de première ligne pour le renoncement au tabac commercial.
<p>Parlez tabac : Soutien aux autochtones en arrêt tabagique et vapotage. Dans : Société canadienne du cancer [Internet], 2020. Accessible sur le site Web : https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/parlez-tabac/à-propos/à-propos-de-nous</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien aux Autochtones en arrêt tabagique et vapotage géré par la Société canadienne du cancer ■ Service téléphonique gratuit et confidentiel qui offre un counseling sur le renoncement au tabac par téléphone et aide les consommateurs de tabac commercial à cesser de fumer ■ Élaboré avec la participation de partenaires, de membres de la communauté et des fournisseurs de services des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain

RECOMMANDATIONS



RECOMMANDATION 3 :

Il est recommandé que des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac holistiques et adaptés à la culture soient également offerts au réseau de soutien des femmes autochtones périnatales et des personnes qui y ont recours.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Un examen de la documentation qualitative met en évidence le fait que les participants ont exprimé le besoin que les soutiens au renoncement au tabac soient étendus au-delà de la personne enceinte pour inclure son réseau de soutien (partenaire, famille ou toute autre personne indiquée par la personne enceinte). Les données qualitatives mettent l'accent sur l'influence de l'environnement familial et communautaire sur les comportements tabagiques. De nombreuses femmes autochtones enceintes ont indiqué qu'elles vivaient dans un environnement fumeurs avec plusieurs membres de leur famille, y compris leur partenaire, leurs enfants, des membres de la famille élargie et plusieurs générations (91, 92). Le tabagisme a également été déterminé comme un comportement faisant partie de liens sociaux forts dans de nombreuses familles élargies et communautés (92, 95, 105). Le tabagisme peut être associé à des activités communautaires et constituer ainsi un obstacle supplémentaire au renoncement au tabac (92). De nombreux participants ont déterminé le fait de vivre dans un environnement fumeurs comme un déclencheur du tabagisme et également un obstacle au renoncement au tabac (91-93, 98).

Les participants ont indiqué que les relations familiales sont importantes au sein de leur foyer et de leur communauté, et que ces relations peuvent faciliter ou entraver le renoncement au tabac (92, 97, 98, 105). Dans les foyers où le tabagisme est normalisé et lorsque les partenaires fument, le tabagisme maternel est plus fréquent (91, 92, 105), et les femmes ont plus de mal à ne pas rechuter (91).

Les participants ont souvent fait état d'un manque de soutien social dans leurs tentatives d'arrêter de fumer, surtout lorsque les personnes de leur entourage fument (91, 92, 105). Les mères, les grands-mères et les aînés en général ont été déterminés comme des modèles positifs pour les femmes autochtones enceintes, car ils peuvent n'avoir jamais fumé ou avoir réussi à arrêter de fumer (98). Les pères et beaux-pères ont également été déterminés comme des modèles, mais moins fréquemment (97, 98). Les partenaires ont été déterminés comme exerçant une influence positive ou négative sur les femmes autochtones enceintes qui fument pendant la grossesse (98, 105). Les partenaires qui ne fumaient pas ont été identifiés par certains participants comme soutenant et encourageant les tentatives de renoncement au tabac, tandis que les partenaires qui fumaient étaient moins susceptibles d'apporter un soutien à leur partenaire enceinte pour qu'elle cesse de fumer (98, 105). Certains participants ont indiqué que leur partenaire avait modifié leur comportement tabagique, par exemple en s'éloignant physiquement pendant qu'ils fumaient (91). Le fait que les partenaires disent aux femmes enceintes qu'elles ne devraient pas fumer n'a pas été jugé particulièrement utile par les participantes dans le contexte de la normalisation du tabagisme dans les réseaux sociaux, le foyer et les communautés des femmes (91, 98). Il est important que les familles reconnaissent combien il peut être difficile d'arrêter de fumer et de rester non-fumeur, et combien leur rôle est important pour soutenir les tentatives d'arrêt et de renoncement au tabac (92). Les femmes autochtones qui ont fumé pendant leur grossesse ont indiqué que leur partenaire et les membres de leur famille étaient les personnes les plus à même de les soutenir dans leurs efforts pour arrêter de fumer (91, 98, 105).

Certains participants ont suggéré d'atteindre et d'engager non seulement la personne enceinte, mais aussi des groupes, tels que les familles et les ménages, à partager la responsabilité de renoncement au tabac (89, 92, 93). Il peut être nécessaire de proposer des services de renoncement au tabac en utilisant une approche familiale et communautaire, car le taux élevé de tabagisme dans de nombreuses communautés constitue un obstacle important (89, 92, 97). L'approche du fournisseur de soins de santé pour une évaluation du tabagisme culturellement sûre doit inclure une évaluation de l'environnement de la personne (89). En outre, le soutien apporté à la mère fumeuse pour qu'elle cesse de fumer devrait inclure des stratégies qui impliquent la famille et le ménage, comme encourager les autres à ne pas fumer près d'elle (89, 92). Certaines femmes enceintes se sont abstenues de fumer plus longtemps si leur partenaire a arrêté à ce même moment (92).

Le stress et les traumatismes sont fréquemment cernés comme des raisons de fumer pendant la grossesse et un obstacle important au renoncement au tabac chez les femmes autochtones enceintes, où le tabagisme est souvent utilisé pour gérer le stress et passer à travers chaque journée (89-93, 98, 105). Parmi les autres facteurs de stress signalés par certains participants, mentionnons le fait que les partenaires fumeurs tentent de contrôler le comportement tabagique de la femme, les ruptures de relation et la violence entre partenaires intimes (91, 92, 98, 105). Pour plus de détails, voir les « Conseils de mise en œuvre » du comité d'experts sur ce sujet ci-dessous.

Les participants apprécient les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac qui utilisent une approche centrée sur la femme ou la personne et tenant compte des traumatismes (89, 90). Les participants recherchent des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac qui offrent des espaces sûrs où les fournisseurs de soins de santé ne portent pas de jugement, font preuve de compassion et utilisent une approche de la réduction du tabagisme et de renoncement au tabac basée sur les forces et culturellement sûre (89, 90).

L'examen des données quantitatives sur l'offre de services personnalisés de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac avec le réseau de soutien (partenaires et famille) des femmes et des personnes autochtones périnatales, pour celles qui souhaitent y participer, peut présenter des avantages. Les interventions de renoncement au tabac qui comprenaient également l'offre de stratégies de renoncement au tabac au réseau de soutien ont été comparées aux services de renoncement aux soins habituels qui fournissaient de brefs conseils de renoncement lors des rendez-vous de soins primaires prénataux au lieu de services de renoncement supplémentaires dans un hôpital local (103, 104). Un examen des données quantitatives limitées a mis en évidence plusieurs études à un seul groupe, sans comparateur, qui ont utilisé une approche centrée sur la famille pour la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac en fonction de la culture des femmes et des personnes autochtones périnatales. Cette approche peut améliorer la portée et l'engagement des participants dans les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac, mais les données probantes sont incertaines (84, 103, 104). Une étude a proposé, lors de visites à domicile, un accompagnement « comportemental » aux mères et aux membres de la famille qui fumaient à la maison. L'accompagnement mettait l'accent sur les modèles inspirants, sur les effets de l'exposition à la fumée secondaire et sur les stratégies permettant de surmonter les obstacles à la réduction du tabagisme et au renoncement au tabac (103). De plus, ceux qui souhaitaient participer se sont vu offrir un counseling plus intensif pour arrêter de fumer et se sont vu proposer une thérapie de remplacement de la nicotine gratuite ou une orientation vers un service de ligne téléphonique pour arrêter de fumer (103). D'autres études d'intervention de renoncement au tabac ont inclus le partenaire (s'il fume) dans l'intervention et la tentative de renoncement, ou ont impliqué des groupes de soutien par les pairs bihebdomadaires comprenant des membres du foyer qui ont été conseillés sur la façon de soutenir la tentative de renoncement de la femme et également encouragés à arrêter eux-mêmes de fumer (84, 104). Une étude a rapporté qu'au moins deux des partenaires des participants ont cessé de



La mise en œuvre des interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac avec le réseau de soutien (tel que le partenaire) devrait être séparée ou **déliée**^{ci}. Les fournisseurs de soins de santé peuvent aborder la question de la consommation du tabac commercial d'une personne seule, et non en compagnie du réseau de soutien, sauf si la personne souhaite qu'ils soient impliqués.

fumer, et une mère et un père ont cessé de fumer pendant la grossesse de leur fille (84). Une autre étude offrant un service de renoncement au tabac aux personnes significatives (partenaires) a rapporté une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour par les partenaires, et 60 % ont fait des tentatives de renoncement trois mois après le début de l'étude et un mois après l'accouchement, et un partenaire a eu une tentative de renoncement réussie après trois mois (81).

Le degré de certitude de ces données est très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et au petit nombre de participants. Dans l'ensemble, le degré de fiabilité de ces données probantes était moyen. Il est probable que les constatations de l'examen constituent une représentation raisonnable des besoins et des opinions des femmes autochtones, de leurs partenaires et de leurs familles. Pour en savoir plus sur les expériences qualitatives rapportées et la notation des données, veuillez consulter les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

Aucune valeur et préférence supplémentaire n'a été signalée dans les données.

Équité dans l'accès aux soins

Les expériences des femmes qui vivent dans un environnement fumeurs doivent être comprises en relation avec la normalisation de la consommation du tabac commercial, où fumer est une stratégie acceptée et souvent associée à un lieu ou un environnement (maison, école, groupes sociaux) et un moyen de faire face au stress (91, 92, 95, 98). Par conséquent, il est important de comprendre l'influence des déterminants autochtones et sociaux de la santé, tels que les répercussions historiques des pensionnats, la perte des terres, de la nation, des connaissances autochtones traditionnelles et de l'identité culturelle, ainsi que les déterminants contemporains tels que la sécurité du logement, l'emploi, les rôles des sexes et les relations familiales perturbées (94, 95, 97).

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Le comité d'experts a identifié le tabagisme pendant la grossesse comme une question hautement prioritaire pour les femmes et les personnes autochtones en raison des méfaits connus liés au tabagisme et des répercussions significatives des déterminants autochtones de la santé sur l'équité dans l'accès aux soins. Les membres du comité d'experts ont noté que les ressources actuelles en matière de renoncement au tabac ne répondent pas aux besoins des peuples et des communautés autochtones. Le comité d'experts a souligné que, bien que les données probantes soient incertaines, la plupart des personnes bénéficieraient de soins dirigés par des autochtones et culturellement sûrs, et de fournisseurs de services sociaux et de santé utilisant des approches adaptées et sensibles à la culture, qui incluent le réseau de soutien dans la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac. Le comité d'experts a également noté que les données qualitatives mettent en évidence la valeur accordée à l'inclusion du réseau de soutien dans les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac afin de répondre aux besoins des femmes autochtones enceintes. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un très faible degré de certitude des données, comme le risque de préjudice catastrophique. Bien que le degré de certitude des données sur les effets de cette intervention soit très faible et que le degré de fiabilité des données soit moyen, compte tenu de l'importance critique de s'attaquer aux méfaits certains du tabagisme et du risque de perpétuer les traumatismes et les inégalités en matière de santé, le comité d'experts a donc déterminé que la force de cette recommandation était forte.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Les fournisseurs de soins de santé suivent les préférences de la personne enceinte ou en post-partum pour proposer des soutiens à la réduction du tabagisme et au renoncement au tabac à son cercle de soutien (partenaire et famille).

- Il est absolument nécessaire que les fournisseurs de soins de santé proposent un renoncement au tabac commercial aux partenaires et à la famille en adoptant une approche tenant compte des traumatismes, dirigée par la personne et culturellement sûre.
- Les fournisseurs de soins de santé ont une conversation individuelle avec la cliente qui comprend l'évaluation de l'environnement de la femme et l'identification des personnes qui fument dans cet environnement. Il est important que les fournisseurs de soins de santé soient conscients des disparités de pouvoir et des risques d'abus. Veuillez consulter l'énoncé de pratique exemplaire pour de plus amples informations sur l'évaluation de l'environnement fumeur.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Hemsing, N., Greaves, L., Poole, N. « Tobacco Cessation Interventions for Underserved Women ». <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , vol. 15, n° 3 (3 juillet 2015), p. 267 à 287. Accessible sur le site Web : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867857/pdf/wswp-15-267.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présente les composantes d'une approche de renoncement au tabac centrée sur la femme ■ Informations sur les approches déliées ici
Homes, C. et Hunt, S. (2017). Les collectivités autochtones et la violence familiale : Changer la façon d'en parler [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.nccih.ca/docs/emerging/RPT-FamilyViolence-Holmes-Hunt-FR.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone sur la compréhension de la violence familiale
Association des femmes autochtones de l'Ontario. [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased_newsletters/Issue-25/Issue_25.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Femmes autochtones, violence entre partenaires intimes et informations sur les ressources en matière de logement
Université de la Colombie-Britannique. Dads In Gear Indigenous. 2017 [cité le 15 février 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.dadsingearindigenous.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources de la Colombie-Britannique en matière de renoncement à la nicotine adaptées aux pères et aux autres hommes

RECOMMANDATION 4 :

Il est suggéré que le cercle de soins propose une thérapie de remplacement de la nicotine, en plus du counseling, si nécessaire avec les femmes et les personnes autochtones pendant la grossesse.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Il existe une certaine documentation sur l'utilisation de la pharmacothérapie, en particulier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), pour les femmes enceintes et les personnes qui fument (106). Cependant, à l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de documentation pour soutenir l'utilisation du bupropion et de la varénicline pour les femmes enceintes et les personnes qui fument (106). La TRN est une autre forme médicamenteuse d'apport en nicotine, disponible sous forme de timbres transdermiques à action lente qui libèrent lentement la nicotine sur une période de 24 heures (disponibles en 7 mg à 21 mg; un milligramme équivaut approximativement à une cigarette) et sous forme d'options orales à action rapide (gomme, pastille, inhalateur et brume ou pulvérisation) qui prennent 5 à 10 minutes pour que la nicotine soit ressentie (la brume agit en 90 secondes) (107). Dans l'ensemble, la TRN est probablement plus sûre que la fumée (106), car les produits ne contiennent que de la nicotine dans un système d'administration non combustible et n'incluent pas les toxines de l'inhalation de la fumée, le monoxyde de carbone ou les produits chimiques nocifs du tabac commercial, dont beaucoup sont cancérogènes.

La documentation suggère que la TRN, lorsqu'elle est accompagnée d'un counseling, peut améliorer les taux de cessation en fin de grossesse, par rapport au counseling et autres soutiens comportementaux pris isolément (106). Cependant, le degré de certitude des données est faible en raison des préoccupations inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les recherches et du petit nombre d'événements. En termes de sécurité, la documentation est insuffisante pour conclure que la TRN a des répercussions positives ou négatives sur les taux de fausses couches, de mortinatalité, de poids moyen à la naissance, de faible poids à la naissance (moins de 2500 g), de naissance prématurée (moins de 37 semaines), d'admissions en UNSI, de décès néonataux, d'anomalies congénitales ou de césariennes (106).

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (TRN) sur les résultats prioritaires, voir les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

Aucune documentation n'a fait état des valeurs et des préférences des femmes enceintes et des personnes sous TRN.

Équité dans l'accès aux soins

Bien que la TRN, en plus du counseling, puisse être efficace pour améliorer les taux de cessation, l'accès aux TRN dans les communautés autochtones reste irrégulier. Pour plus d'information sur les TRN à faible coût ou gratuites à

travers le Canada, voir les Ressources justificatives. En outre, voir la **Recommandation 7** concernant les données probantes à l'appui d'un accès équitable aux TRN.

Justification de la recommandation par le comité d'experts

La TRN pourrait présenter des bénéfices. Cependant, le comité d'experts a exprimé qu'il existe une incertitude quant aux préjudices potentiels (fausse couche, mortinaissance, poids moyen à la naissance, faible poids à la naissance, naissance prématurée, admissions en UNSI, décès néonatal, anomalies congénitales ou césarienne) et que la documentation est encore limitée. Le comité d'experts a convenu que les TRN sont toujours plus sûres que le tabagisme, notamment parce que le seul ingrédient des TRN est la nicotine dans un système d'administration non combustible, alors qu'une cigarette fumée contient plus de 7 000 produits chimiques, dont au moins 69 sont cancérigènes. Toutefois, le comité d'experts a reconnu que tout le monde ne souhaite pas forcément prendre une TRN. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Il est important de commencer par le counseling comme intervention de première ligne. Lorsque cela ne s'avère pas efficace, les fournisseurs de soins de santé peuvent alors proposer une TRN.
- Lorsque les directives ou les ordres permanents de l'organisme ne prévoient pas de TRN, suivez le programme de renoncement au tabac de votre organisme.
- Il existe différentes formes de TRN, comme le timbre à la nicotine, la gomme à la nicotine, les pastilles à la nicotine, l'inhalateur de nicotine, les pochettes de nicotine et le vaporisateur à la nicotine.
- Pour les recommandations de pharmacothérapie (TRN, bupropion et varénicline) pour les personnes non enceintes, voir la recommandation 3.1 de la LDPE de l'AIIAO *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne (troisième édition)*.
- Il est important que les fournisseurs de soins de santé connaissent les différentes formes de TRN et donnent des instructions sur la manière de les utiliser correctement.
- Il est important de préciser que fumer de la nicotine n'est pas la même chose que recevoir de la nicotine d'une TRN. Bien que la nicotine puisse être vaporisée ou fumée à l'aide de cigarettes électroniques et de cartouches, les données probantes sur les effets potentiels à long terme (avantages ou inconvénients) des cigarettes électroniques en tant qu'approche de réduction des risques chez les femmes et les personnes enceintes sont insuffisantes. Pour plus d'informations, voir l'énoncé des U.S. Centers for Disease Control and Prevention dans les « Ressources justificatives ».

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
CADTH. Drugs for smoking cessation: Information for health professionals [internet]. Accessible sur le site Web : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/drugs_for_smoking_cessation.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aperçu des différentes formes de TRN et de la posologie recommandée ■ Cette ressource comprend également des informations sur d'autres formes de pharmacothérapie (p. ex., le bupropion, la varénicline) pour la population générale, non enceinte.
Coût des thérapies de remplacement de la nicotine. Dans : AidezLesAEcraser.ca. Accessible sur le site Web : https://fr.helpthemquit.ca/treatment/costs-coverage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aperçu de la couverture du remboursement des TRN au Canada, par province ■ Note : cette ressource est élaborée par l'industrie
Electronic Cigarettes. Dans : Smoking & Tobacco Use [Internet]. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/index.htm	<ul style="list-style-type: none"> ■ Remarques sur l'utilisation des cigarettes électroniques des Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ■ Les CDC déclarent qu'il n'existe actuellement aucune donnée probante sur les effets potentiels à long terme (avantages ou inconvénients) des cigarettes électroniques en tant qu'approche de réduction des risques chez les femmes enceintes.
Ordean A, Wong S, Graves, L. « No. 349-substance use in pregnancy ». <i>J Obstet Gynaecol Can</i> , vol. 39, n° 10 (2017), 922 à 937.e2. Disponible auprès de : https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30470-X/fulltext	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) concernant la consommation de substances pendant la grossesse ■ À l'instar du comité d'experts, la SOGC recommande également que le soutien comportemental soit envisagé en première intention et que la TRN et la pharmacothérapie puissent être envisagées si le counseling ne donne pas de résultats.

Recommandations relatives à la formation

RECOMMANDATION 5 :

Il est recommandé que les établissements de formation intègrent un contenu obligatoire sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les programmes de formation des collèges et des universités pour tous les étudiants entrant dans les professions de santé.

* Appel à l'action n° 24, Commission vérité et réconciliation, 2015

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

La documentation examine une gamme d'interventions en matière de santé et de sécurisation culturelle autochtones qui fournissent un contenu dans le cadre des programmes d'enseignement pour les étudiants entrant dans les professions de la santé et qui comprennent une variété de possibilités d'apprentissage, incluant de brefs modules sur l'apprentissage de la santé autochtone, des cours facultatifs ou obligatoires sur la santé autochtone et une gamme de contenus sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones intégrés dans les programmes existants. Il est essentiel d'améliorer le contenu des programmes de formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones pour les étudiants qui entrent dans les professions de la santé, comme l'a souligné la Commission Vérité et Réconciliation. Le comité d'experts a donné la priorité à ce domaine de recommandation et à cette revue systématique afin de fournir aux établissements de formation des conseils sur le contenu et les stratégies importantes pour soutenir les changements de pratique fondés sur des données probantes.

Dans toutes les études, la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones comprend un contenu curriculaire sur le contexte historique de la santé autochtone et les inégalités contemporaines en matière de santé dont souffrent de nombreux Autochtones au Canada, ainsi qu'un contenu sur la formation des étudiants entrant dans les professions de la santé sur leur rôle essentiel dans la prestation de services de santé et de bien-être respectueux et culturellement sûrs. La plupart des études ont utilisé une conception pré-essai, post-essai, sans groupe de contrôle ou de comparaison, et ont mesuré des résultats comprenant les connaissances des étudiants en services de santé et les compétences culturelles perçues. Des données quantitatives indiquent que la formation obligatoire sur la santé et la sécurisation culturelle autochtone pour les étudiants entrant dans les professions de la santé peut améliorer les connaissances des étudiants en matière de santé autochtone et leurs résultats sur une variété de mesures culturelles. La majorité des étudiants entrant dans les professions de la santé ont démontré une augmentation perçue des connaissances autochtones en matière de santé (108, 109). Après avoir suivi divers programmes de formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones, les étudiants entrant dans les professions de la santé ont obtenu de meilleurs résultats sur une variété de mesures culturelles, telles que la sensibilisation aux cultures, le savoir-faire culturel ou la capacité culturelle (110-113). Une étude a proposé une **expérience d'immersion**^G pour les étudiants en podologie qui comprenait la tenue d'un journal de réflexion et a démontré des améliorations dans les notes des étudiants sur une mesure de sécurisation culturelle (par rapport à la base) huit mois après l'expérience d'immersion (113). Offrir aux étudiants entrant dans les professions de la santé des possibilités d'apprentissage qui facilitent la **pratique réflexive**^G, la **réflexivité critique**^G et la pensée critique peut favoriser le développement des capacités culturelles (110-113). Quelques étudiants ont trouvé qu'une brève expérience d'immersion dans une communauté autochtone éloignée était trop confrontante (114). Les études quantitatives n'ont fait état d'aucun préjudice supplémentaire lié à l'intégration de contenu sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les programmes de formation collégiale ou universitaire.

Les données qualitatives ont révélé les expériences d'étudiants entrant dans les professions de la santé et participant à des programmes de formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones. Les étudiants entrant dans les professions de santé ont signalé une amélioration de leurs connaissances sur l'histoire et la culture autochtones, les disparités ou défis en matière de santé, les répercussions des événements passés et des politiques gouvernementales, ainsi que les pratiques traditionnelles et les croyances en matière de santé des communautés autochtones (115). Des études ont souligné comment les processus d'apprentissage qui exigent une réflexivité critique ont permis aux étudiants de mieux comprendre comment leurs croyances et valeurs personnelles et les valeurs sociétales peuvent affecter leur comportement et leur pratique (116). Le passage de la connaissance théorique à la compréhension pratique inclut la découverte de nouvelles connaissances et la confrontation à de « nouvelles vérités » qui sont associées à l'apprentissage transformateur (116). Les étudiants ont le plus souvent indiqué que les expériences d'immersion pédagogique et la participation à la réflexion et à la réflexivité critiques ont amélioré leur capacité à fournir des soins culturellement sûrs et les ont sensibilisés aux déterminants sociaux de la santé et à leurs répercussions sur la santé autochtone (110, 115-118). Les données qualitatives ne font état d'aucun effet indésirable.

Le degré de certitude des données était très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et de la variation des outils utilisés pour évaluer les connaissances des étudiants et la sécurisation culturelle. Dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données des constatations qualitatives était faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études.

Pour en savoir plus sur les données quantitatives, les expériences qualitatives rapportées et la notation des données, veuillez consulter les [profils de données](#).

Valeurs et préférences

Les étudiants entrant dans les professions de la santé accordent de la valeur aux programmes autochtones lorsqu'ils leur apportent des connaissances ou des compétences particulières pouvant être transférées à la pratique clinique (108, 109). Les étudiants entrant dans les professions de la santé apprécient également l'enseignement en petits groupes et les processus de réflexion (112).

Les étudiants entrant dans les professions de la santé apprécient les expériences d'immersion clinique qui offrent des possibilités d'apprentissage par l'expérience (114). Les expériences culturelles en face à face ont été considérées comme extrêmement précieuses et susceptibles de rester dans la mémoire des étudiants dans leur pratique future avec des clients autochtones (114). Les étudiants ont indiqué que le fait d'apprendre des clients eux-mêmes et de réfléchir à ces expériences était une stratégie précieuse (114). Certains étudiants entrant dans les professions de la santé ont considéré l'apprentissage par immersion comme une expérience qui a changé leur vie (111). En particulier, les étudiants ont apprécié les séances de communication narrative offertes par des Autochtones qui leur ont permis de comprendre les répercussions directes des histoires autochtones sur les résultats en matière de santé (111, 118). Les participants ont accordé une grande valeur aux stages cliniques parce qu'ils permettent aux étudiants entrant dans les professions de la santé de bénéficier d'un apprentissage expérientiel riche qui améliorera leurs compétences en matière de pratique clinique et professionnelle et leur donnera l'occasion d'appliquer les nouveaux apprentissages dans des situations réelles (111, 117). Les étudiantes sages-femmes ont apprécié les possibilités d'apprentissage autochtones, notamment une expérience d'immersion qui a soutenu leur capacité à établir des relations respectueuses avec les clientes autochtones (119).

Équité dans l'accès aux soins

La formation sur les inégalités en matière de santé qui peuvent avoir des répercussions sur la santé des peuples autochtones et de leurs communautés a été incluse dans les interventions éducatives de nombreuses études examinées (110, 112, 114, 117, 118). L'apprentissage des répercussions des déterminants sociaux de la santé sur la santé des peuples autochtones a également été abordé dans les interventions de nombreuses études incluses (109, 111, 112, 114, 117, 118).

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Cette recommandation aurait pu être un énoncé de pratique exemplaire; cependant, le comité d'experts a convenu qu'il était essentiel de répondre à l'appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation pour que les écoles de médecine et de soins infirmiers du Canada mettent en place une formation obligatoire sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les programmes d'études de tous les étudiants entrant dans les professions de la santé (34). Le comité d'experts a mis l'accent sur le besoin urgent de former les étudiants qui entrent dans les professions de la santé en incluant la santé et la sécurisation culturelle autochtones afin de combler une lacune importante dans les programmes d'études. Par conséquent, le comité d'experts a posé une question de recommandation afin d'examiner les données relatives aux répercussions de l'intégration de la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les programmes d'études des étudiants entrant dans les professions de la santé. De plus, ces données peuvent soutenir les enseignants et les institutions académiques en fournissant des informations détaillées sur la prestation de cette formation telles que décrites dans les données. Les études disponibles font état d'avantages associés à la prestation d'une formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones aux étudiants entrant dans les professions de la santé, bien que les données soient incertaines. Des préjudices mineurs liés à l'inconfort des étudiants face au contenu ont été signalés dans quelques études. Le degré de certitude des données est très faible et le degré de fiabilité des données est faible. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un très faible degré de certitude des données, comme le potentiel permanent de nouveaux préjudices catastrophiques si les étudiants entrant dans les professions de la santé ne reçoivent pas un contenu curriculaire essentiel sur la santé autochtone et la formation sur la sécurisation culturelle. Les avantages d'une formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones l'emportent largement sur tout préjudice mineur potentiel pour les étudiants qui se lancent dans les professions de la santé. Les étudiants peuvent être soutenus pendant cet apprentissage difficile, mais essentiel. Malgré le très faible degré de certitude des données, il est éthiquement sain de veiller à ce que la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones fasse partie des programmes d'entrée dans la pratique de tous les futurs fournisseurs de soins de santé. Le comité d'experts a déterminé l'importance cruciale d'une action émergente en réponse aux appels à l'action de la CVR (34). Par conséquent, le comité d'experts a décidé que la force de cette recommandation était élevée.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Les ressources canadiennes pour la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones sont bien établies et les liens pour accéder à ces ressources sont fournis dans les ressources justificatives.
- L'apprentissage de la santé et de la sécurisation culturelle autochtones est un processus continu qui dure toute la vie.
- Un apprentissage modulaire unique sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones n'est pas suffisant.
- La santé autochtone peut être intégrée à la santé de la mère et de l'enfant, aux cours sur la famille et la vie et à l'apprentissage de la santé communautaire dans les programmes d'études des étudiants entrant dans les professions de la santé, dans les programmes d'études des étudiants des services de santé, et non comme un module ou une entité distincte.
- L'ouverture des portes aux étudiants autochtones dans les programmes de services de santé devrait être une priorité absolue pour tous les établissements universitaires offrant ces programmes. Des ressources et du personnel supplémentaires devraient étayer ce renforcement des capacités du système de santé.
- Il est essentiel de collaborer avec les titulaires de chaires, les professeurs et les alliés autochtones à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de santé et de sécurisation culturelle autochtones.
- Il est nécessaire de mettre l'accent sur l'apprentissage basé sur les compétences, notamment la sécurité culturelle, la résolution des conflits, les droits de l'homme et la lutte contre le racisme, comme indiqué dans l'appel à l'action n° 24 de la Commission Vérité et Réconciliation (34).

Tableau 6 : Information sur les interventions issue des données probantes

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Réflexivité critique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La pratique réflexive est une composante essentielle des expériences d'apprentissage par immersion et soutient l'exploration par les étudiants de leur propre identité et de toute croyance préconçue, de tout préjugé et de toute supposition qu'ils ont au sujet des peuples et des communautés autochtones, et de la façon dont ils influencent leur comportement et leur pratique (117). L'examen de ces hypothèses fait partie intégrante de l'humilité culturelle, de l'engagement dans l'apprentissage transformationnel tout au long de la vie et du développement de la sensibilisation aux cultures (112, 117, 118). Les étudiants ont discuté de leurs expériences cliniques et de leurs éventuelles idées fausses au cours d'une activité de réflexion collective organisée le soir (110). Les chercheurs ont observé un lien entre les thèmes de la reconnaissance du privilège, de la suspension du jugement, du recadrage de la situation et de la démonstration de la conscience culturelle (110). ■ Les étudiants ont déconstruit leurs croyances et leurs hypothèses au cours de travaux d'écriture réflexive critique avec un retour régulier de leurs instructeurs. Les étudiants se sentaient en sécurité et étaient à l'aise pour partager les stéréotypes négatifs, reconnaissaient leur propre malaise, indiquaient leur volonté de changer et élaboraient un plan d'action pour y remédier (109, 110, 112, 114, 117). ■ Les sages-femmes ont décrit comment elles ont été changées en apprenant les répercussions de la colonisation sur les peuples autochtones et ses conséquences à long terme. Selon elles, ce processus est essentiel pour pouvoir établir un rapport avec les femmes autochtones, ainsi qu'une volonté de remettre profondément en question leurs hypothèses personnelles et de prendre en considération les points de vue, les perspectives et les expériences vécues des autres (119). ■ Une réflexion critique permanente a permis aux étudiants en soins infirmiers et sages-femmes d'examiner en profondeur les répercussions de leur propre identité culturelle et de découvrir comment leurs attitudes personnelles, leurs préjugés et leurs valeurs influencent la manière dont ils fournissent des services de santé (116).
<p>Collaboration et établissement de relations avec les peuples, organismes et communautés autochtones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une communauté métisse a collaboré et contribué à la conception, à la mise en œuvre et à la prestation d'un cours d'immersion en santé autochtone pour les étudiants en physiothérapie dans les régions rurales de la Saskatchewan, au Canada (117). Cette collaboration a respecté et intégré les perspectives et la vision du monde des Métis tout au long de l'enseignement immersif (117). ■ Travailler en collaboration avec les communautés autochtones implique de demander aux aînés de définir les objectifs et les activités d'apprentissage des élèves participant à une expérience d'immersion (109, 110, 114). ■ Un centre de santé autochtone urbain a collaboré avec l'Association des médecins autochtones du Canada et l'Université Queen's pour élaborer les compétences de base d'un module d'apprentissage obligatoire sur la santé autochtone qui a été intégré à l'apprentissage des étudiants en médecine du travail (109).

RECOMMANDATIONS

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Méthodes d'apprentissage de la santé et de la sécurisation culturelle autochtones</p>	<p>Diverses approches éducatives ou pédagogiques ont été utilisées pour élaborer et dispenser une série de cours de formation sanitaire et d'immersions culturelles autochtones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des études individuelles ont permis d'apporter un contenu sur la santé autochtone à des étudiants en soins infirmiers (110, 118), en médecine (111, 114, 115), en ergothérapie (109), en physiothérapie (117) et en podologie (113), ainsi qu'à un cours interprofessionnel destiné à tous les étudiants en santé et en services sociaux (112). ■ Durée : la durée des cours sur la santé autochtone était variable. Les cours d'immersion duraient 1,5 jour (115), 4 jours sur 2 semestres (113), 1 semaine (112) ou 4 à 6 semaines (117), et les cours en classe allaient de 3 heures à 12 semaines (109, 112). <p>Les méthodes d'enseignement variaient et utilisaient fréquemment des approches multiméthodes comprenant un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Immersion clinique ou culturelle (108, 110, 111, 113-115, 117, 118) ■ Voix autochtones (109-111, 115, 117) ■ Activités culturelles autochtones (110, 111, 114, 115, 117) ■ Didactique (classe) : enseignement en classe (108, 109, 112) ou enseignement en classe associé à une immersion (110, 111, 117) ■ Ateliers (112, 114, 117, 120, 121) ■ Apprentissage autonome en ligne (109, 112, 118) ■ Apprentissage par cas : une affectation basée sur des cas a été utilisée pour mesurer la sécurisation culturelle avant et après l'immersion clinique (115); cinq études ont utilisé des approches d'apprentissage par cas (108, 121) ■ Discussions de groupe réflexives (109-113, 117, 118, 121, 122) ■ Des travaux écrits de réflexion ont été inclus dans l'évaluation des étudiants entrant dans les programmes d'études des professions de la santé dans 14 études (108, 113) ■ Les participants (113) ont utilisé le journal de réflexion ■ Médias vidéo (108, 117) ■ Art-thérapie (111)

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Contenu du programme de formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones</p> <p>(Inclut le contenu curriculaire des études incluses dans les Recommandations 5 et 6)</p>	<p>Le contenu de la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réflexivité critique ou apprentissage réflexif (108-110, 112, 113, 116-120, 122-125) ■ S’attaquer aux disparités de pouvoir (116, 119) ■ Vision du monde autochtone (109, 113, 117) ■ Pratiques culturelles traditionnelles (108-110, 114, 117, 118, 121) ■ Les savoirs autochtones et les concepts de santé et de guérison (109-112, 115, 117, 120, 123, 125, 126) ■ Racisme et discrimination (117, 118, 123, 125) ■ Colonisation (112, 117, 121, 123, 125) ■ Traumatisme intergénérationnel (109, 110, 115, 117, 118, 123) ■ Politiques ou législations historiques (109, 112, 115, 118) ■ Histoires et cultures autochtones (111, 113, 114, 117, 123) ■ Déterminants sociaux de la santé (109, 111, 114, 115, 117, 121) ■ Inégalités ou disparités en matière de santé (108-110, 114, 115, 117, 118, 121-124, 126)

RECOMMANDATIONS



Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Documents de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières :</p> <p>Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). Former les infirmières à aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones 2013; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FRAHHRIKnowledgeProductFINAL.pdf</p> <p>Cadre stratégique en matière de formation infirmière, en réponse aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2020; [cité le 2 mars 2021]. Accessible sur le site Web : https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2020/11/FR-TRC-RESPONSE-STRATEGIES-FOR-NURSING-EDUCATIONTRC-Discussion-Paper-Revised-date-Final.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un cadre de consensus national sur la formation en santé autochtone pour les infirmières et infirmiers en formation initiale au Canada ■ Détermine ce que le personnel infirmier doit apprendre afin d'aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones, et comment la formation précenciée peut les préparer à le faire. ■ En collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, le cadre de l'ACESI reflète les constatations du rapport de la CVR et fournit une orientation aux écoles de sciences infirmières ainsi qu'un cadre stratégique en réponse aux appels à l'action de la CVR dans l'enseignement des sciences infirmières.
<p>Université Lakehead. Modules en ligne traitant de la vérité et de la réconciliation [cité le 1^{er} juin 2021]. Accessible sur le site Web : https://www.lakeheadu.ca/about/news-and-events/news/archive/2020/node/62047</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modules d'apprentissage portant sur les actions de vérité et réconciliation ■ Série de 8 modules
<p>Commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet], Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015; [cité le 30 novembre 2021]. Accessible sur le site Web : https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rapports sur les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada pour réparer les séquelles des pensionnats et faire avancer le processus de réconciliation canadienne. ■ Inclut un appel à l'action particulier pour que les écoles de médecine et de sciences infirmières exigent un cours sur les questions de santé autochtones.
<p>Université de la Colombie-Britannique. Centre for Excellence in Indigenous Health; 2020; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://health.aboriginal.ubc.ca/programming/ubc23-24/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cours interdisciplinaire sur la sécurisation culturelle autochtone visant à préparer les futurs professionnels de la santé à fournir des soins de qualité et culturellement sûrs ■ Comprend les écoles de sciences infirmières et de médecine

Remarque : Des ressources supplémentaires peuvent être trouvées dans les « Ressources justificatives » pour la **Recommandation 6**.

RECOMMANDATION 6 :

Il est recommandé que les organismes de santé et de services sociaux intègrent la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans le développement professionnel continu de tous les fournisseurs de soins de santé.

* Appel à l'action n° 23, Commission vérité et réconciliation, 2015

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

L'intégration de la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans le développement professionnel continu de tous les fournisseurs de soins de santé est un apprentissage essentiel au Canada, comme le soulignent les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Le comité d'experts a déterminé le développement professionnel continu sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones comme un domaine de recommandation prioritaire (et la revue systématique qui l'accompagne) afin de fournir aux organismes de santé et de services sociaux des conseils sur le contenu et les stratégies importantes pour soutenir les changements de pratique fondés sur des données probantes.

La formation professionnelle continue ou l'apprentissage continu est la façon dont les professionnels de la santé s'engagent dans des processus d'apprentissage tout au long de leur carrière pour améliorer leur pratique (76). Les études pertinentes comprenaient un essai contrôlé randomisé (avec un groupe de comparaison recevant des soins habituels), tandis que les autres études utilisaient une conception pré-essai, post-essai, sans groupe de contrôle ou de comparaison, et mesuraient des résultats comprenant les connaissances du fournisseur, son attitude et la sécurisation culturelle perçue. Cinq études ont examiné les répercussions de la formation professionnelle continue sur la sécurisation culturelle autochtone sur les perceptions des professionnels de la santé en exercice à l'égard des peuples autochtones et sur la sensibilisation aux résultats en matière de sécurisation culturelle. Les fournisseurs de soins de santé bénéficiant d'une formation professionnelle continue dans le cadre des études comprenaient des infirmières, des médecins de famille, des sages-femmes universitaires et des diététiciens. Le format et la durée de cette formation variaient d'un atelier d'une demi-journée soutenu par des mentors culturels à des ateliers en classe sur une période de six semaines, en passant par une série d'ateliers et de cercles d'apprentissage d'un semestre et une communauté de pratique en ligne d'un an. Les cercles d'apprentissage sont une méthode de recherche autochtone qui est culturellement sûre et qui implique le partage verbal (discussion) et la réflexion critique des connaissances et des perspectives dans un groupe qui est inclusif et respectueux des points de vue de chaque personne (123, 125). Une communauté de pratique est une méthode virtuelle de mentorat par les pairs où les fournisseurs de soins de santé peuvent participer à des sessions organisées qui sont un lieu sûr pour discuter, explorer, réfléchir et débattre sur divers sujets d'apprentissage (120, 122).

Les données probantes suggèrent que la formation professionnelle continue sur l'éducation sanitaire autochtone peut améliorer les attitudes des fournisseurs de soins de santé envers les Autochtones et leur conscience autoévaluée de la sécurisation culturelle (121-124, 127). Les participants ont déclaré avoir acquis une compréhension contextuelle plus profonde de la culture des peuples autochtones en écoutant leurs histoires et en participant à des discussions sur ces expériences vécues communes (123). Les données quantitatives relatives à l'intégration de la formation professionnelle continue sur la santé autochtone et la sécurisation culturelle pour la santé n'ont fait état d'aucun effet indésirable.

Trois études qualitatives ont examiné les expériences de fournisseurs de services de santé en exercice participant à des cours sur la santé et la sécurisation culturelle autochtone dans le cadre de la formation professionnelle continue. Les fournisseurs de soins de santé et les universitaires ont exprimé une plus grande compréhension de la sécurisation culturelle et de la façon dont cela se traduit dans leur pratique clinique ou universitaire. Les participants ont décrit l'importance de disposer d'un espace sûr pour discuter de sujets délicats tels que le racisme et la différence (120, 125). Ces discussions ont suscité des sentiments d'inconfort, car les suppositions antérieures ont été remises en question, et ont abouti au développement d'un profond respect culturel pour les peuples autochtones et au désir des fournisseurs d'établir des liens authentiques (120, 125). Les participants ont fait état d'un changement dans leur façon de considérer la relation client-fournisseurs, passant d'une approche centrée sur la maladie ou la pathologie à une approche centrée sur le client (115). Les participants ont souligné l'importance de l'établissement d'une relation qui comprend l'écoute et la réduction des disparités de pouvoir entre le client et le praticien par l'utilisation d'un discours informel et d'un langage corporel ouvert (115).

Les données qualitatives ne font état d'aucun effet indésirable (120).

Le degré de certitude des données était très faible en raison des préoccupations inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et du petit nombre d'études. Dans l'ensemble, le degré de fiabilité de ces données était faible en raison des préoccupations moyennes inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et de préoccupations mineures sur l'adéquation des données. Pour en savoir plus sur les expériences qualitatives rapportées et la notation des données, veuillez consulter les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

Les participantes (sages-femmes universitaires) d'une étude ont apprécié un espace sûr et de soutien (cercles d'apprentissage) et ont souhaité que cette activité continue à soutenir leur croissance dans la prise de conscience de la sécurisation culturelle et à fournir des opportunités continues de réflexivité critique (125).

Les participantes ont déclaré que l'apprentissage le plus efficace en matière de santé autochtone avait lieu au cours d'ateliers, de discussions interactives avec des pairs, de scénarios fondés sur des cas et de jeux de rôle où une composante de débriefage était incluse dans l'apprentissage (121).

Équité dans l'accès aux soins

Deux études ont inclus un contenu éducatif sur les déterminants autochtones et sociaux de la santé et les inégalités ou disparités en matière de santé qui existent pour de nombreux Autochtones (115, 123).

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Cette recommandation aurait pu être un énoncé de pratique exemplaire, mais le comité d'experts a convenu qu'il était essentiel de répondre à l'appel à l'action de la Commission Vérité et Réconciliation (2015) en faveur d'une formation sur le savoir-faire culturel autochtone pour tous les professionnels de la santé. Le comité d'experts a donné la priorité au besoin urgent d'accès à une formation continue des fournisseurs de soins de santé sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones afin de combler une lacune importante dans les exigences de formation professionnelle continue des fournisseurs de soins de santé. Par conséquent, le groupe d'experts a posé une question de recommandation afin d'examiner les données probantes sur l'impact des organismes de santé qui offrent une formation sur la santé et la sécurité culturelle des Autochtones à tous les prestataires de soins de santé. En outre, ces données probantes peuvent aider les organismes de santé en leur fournissant des informations détaillées sur la prestation de cette formation, comme indiqué dans les données probantes. Les données probantes disponibles font état d'avantages associés à la prestation d'une formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones à une variété de professionnels de la santé, et aucun effet indésirable important n'a été signalé dans les données probantes. Le degré de certitude des données est très faible et le degré de fiabilité des données est faible. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur

la base d'un très faible degré de certitude des données, par exemple lorsqu'il existe un potentiel de préjudice catastrophique associé au fait que les fournisseurs de services sociaux et de santé ne reçoivent pas la formation essentielle en matière de santé et de sécurisation culturelle autochtones. En l'absence d'effets indésirables dans la documentation incluse, le comité d'experts a identifié des avantages significatifs pour tous les peuples autochtones grâce à la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones pour tous les professionnels de la santé. Le comité d'experts a noté les autres potentiels effets indésirables de la non-mise en œuvre de cette intervention, tels que des fournisseurs de soins de santé offrant des soins peu sûrs. Le comité d'experts a estimé que cette recommandation était fondamentale pour la pratique éthique et l'importance critique de l'action émergente en réponse aux appels à l'action de la CVR (34). Par conséquent, le comité d'experts a décidé que la force de cette recommandation était élevée.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Intégrer la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones dans les processus, les politiques et la culture de l'organisme des services de santé, y compris l'orientation des employés, la formation annuelle, l'évaluation des performances des employés et le soutien et la consultation des superviseurs.
- Il est nécessaire de procéder à une évaluation continue des objectifs d'apprentissage particuliers à la formation continue en matière de santé et de sécurisation culturelle autochtones. Il incombe aux administrateurs et aux institutions de se tenir au courant des données probantes actuelles.
- Reconnaître, dans le cadre de la formation sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones, que toutes les nations et communautés autochtones sont uniques et diverses.
- La certification en matière de formation professionnelle continue dans le domaine de la santé et de la sécurisation culturelle autochtones doit être accessible à tous les fournisseurs de soins non autochtones travaillant dans des communautés autochtones et avec des membres de ces communautés.



Tableau 7 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
Collaboration et consultation avec le corps enseignant et les membres de la communauté autochtone	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation d’une approche de partenariat respectueux pour mener les séances d’apprentissage où un professeur autochtone encadre une professeure non autochtone de la profession de sage-femme (123, 125). Cette collaboration a mis en évidence l’importance du respect et de l’engagement dans ce partenariat éducatif (123, 125). ■ La mise en œuvre du programme de respect culturel a impliqué des organismes de la communauté autochtone locale (126).
Établissement de relations avec les clients et les communautés autochtones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Passer d’une approche axée sur la maladie à une approche axée sur le client et mettre l’accent sur le travail en partenariat avec les clients pour améliorer leur santé (115). ■ L’établissement d’une relation praticien client implique une bonne capacité d’écoute, la confiance, le respect et l’assurance que les clients sont à l’aise (115). ■ Certains participants ont souligné les avantages d’être un allié, de ne pas porter de jugement et de développer des relations sur un pied d’égalité (115). ■ Un partenariat entre une sage-femme et une femme est basé sur le respect et la confiance et reconnaît l’égalité dans cette relation (125). ■ Le développement d’un profond respect culturel pour les peuples autochtones dans l’apprentissage de la communauté de pratique facilite l’amélioration des pratiques des fournisseurs qui sont relationnelles, réciproques, humbles et axées sur la communauté (120, 122).
Réflexivité critique ou réflexion des fournisseurs de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les participants ont été encouragés à s’engager dans une réflexion critique et une communication ouverte pour faciliter une compréhension plus profonde de la santé et de la culture des Autochtones australiens (123). ■ Les participants ont décrit les conversations de réflexion comme étant stimulantes, menant à un examen personnel et professionnel de leurs idées fausses, de leurs préjugés, de leurs suppositions et de leurs valeurs culturelles (125). ■ Les fournisseurs ont participé à des exercices de réflexion facilités (120). ■ Les réflexions personnelles complétées par les fournisseurs ont été présentées lors des discussions de groupe (124).

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Méthodes d'apprentissage de la santé et de la sécurisation culturelle autochtones</p>	<p>Les méthodes d'enseignement variaient et utilisaient fréquemment des approches multiméthodes comprenant un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <p>Placements cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Allant de quatre semaines à douze mois, ils ont impliqué trois médecins de soins de santé primaires et un psychiatre travaillant dans une clinique de soins de santé primaires autochtone urbaine pour la formation professionnelle continue sur la santé et la sécurisation culturelle autochtone (115). <p>Ateliers</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le programme de respect culturel WoTWoD (Ways of Thinking, Ways of Doing) a été dispensé sous forme d'atelier (121). ■ Les participants ont écouté les récits personnels des Autochtones sur les répercussions de la colonisation, les pensionnats, les traumatismes intergénérationnels, les politiques gouvernementales historiques et ce que c'est que d'être Autochtone (123). ■ Les ateliers de formation à la sensibilisation aux cultures, d'une durée de deux heures chacun, comprenaient des exercices d'autoréflexion, des discussions de groupe, des études de cas et des guides écrits pour les apprenants (124). ■ Ateliers (et cercles d'apprentissage) (123). ■ Un atelier en face à face de quatre heures a été organisé pour présenter les participants diététiciens et favoriser l'établissement d'un climat de confiance pour leur prochain apprentissage en communauté de pratique (120, 122). ■ Des rhumatologues canadiens ont participé à un programme de santé autochtone dispensé dans le cadre d'ateliers expérientiels intégrant un enseignement fondé sur les compétences afin d'améliorer les expériences des clients en matière de soins de santé (121). <p>Cercles d'apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une approche de cercle d'apprentissage a été utilisée par les universitaires sages-femmes de profession pour honorer la culture et la voix autochtones (123, 125). Les Autochtones australiens reconnaissent « la pelote » comme une méthode narrative de partage des histoires, des informations et des connaissances (123, 125). <p>Communauté de pratique (CdP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une CdP virtuelle de deux heures, dirigée par un animateur, organisée toutes les six semaines pendant douze mois, au cours de laquelle les diététiciens ont partagé des histoires de pratique et des défis dans leur travail (122). La CdP a offert aux diététiciens des opportunités de discussions sûres et a augmenté la confiance des diététiciens (120).

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
	<p>Discussions réfléchies</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une variété de fournisseurs ont participé à des discussions réfléchies sur la pratique, développant une compréhension et un respect plus profonds des peuples autochtones et de l'apprentissage collectif (120, 122-125). ■ Les médecins spécialistes au Canada (rhumatologie) ont identifié les discussions interactives avec les pairs, les ateliers, les jeux de rôle et les discussions de débriefage comme des expériences d'apprentissage efficaces (121). <p>Mentors culturels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les séances d'apprentissage comprenaient un professeur autochtone (mentor) et une universitaire non autochtone sage-femme de profession (mentoré) (123). ■ Des mentors culturels ont dirigé les activités visant à intégrer le respect culturel dans les pratiques des fournisseurs (123). <p>Les études de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une étude de cas qui a demandé aux fournisseurs de répondre à des questions sur la prise de décision clinique avant leur formation professionnelle continue et de réfléchir à leurs réponses après leur formation (115). ■ Des études de cas ont soutenu la formation sur la sensibilisation aux cultures (124).
<p>Contenu éducatif sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones</p>	<p>Voir Recommandation 5 pour le contenu éducatif global des études incluses.</p>

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Allan B, Smylie J. First peoples, second class treatment : the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada [En ligne]. Toronto. Wellesley Institute; 2015 [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/Report-First-Peoples-Second-Class-Treatment.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cet article examine le rôle du racisme dans la santé et le bien-être des peuples autochtones du Canada. Il donne une vue d'ensemble des contextes historiques et contemporains du racisme qui ont et continuent d'influencer négativement les choix de vie et les chances des peuples autochtones dans ce pays, puis examine les façons dont le racisme contribue fondamentalement aux disparités alarmantes en matière de santé entre les peuples autochtones et non autochtones.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association canadienne de santé publique. Transforming Our Response: Practical Tips on Providing Trauma-Informed Care for First Nations, Inuit and Métis Women, Girls and Gender Diverse People; 2020 [cité le 31 août 2020]. Accessible sur le site Web :</p> <p>Partie 1 : https://www.youtube.com/watch?v=lttfFKqT3yQ</p> <p>Partie 2 : https://youtu.be/IVcg5-DH9mk</p> <p>Partie 3 : https://www.youtube.com/watch?v=em3Gc4ggO2c</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Série de webinaires archivés gratuits en trois parties : Transforming Our Response: Practical Tips on Providing Trauma-Informed Care for First Nations, Inuit and Métis Women, Girls and Gender Diverse People
<p>Action Cancer Ontario. Action Cancer Ontario elearning; (2020, cité le 15 juin). Accessible sur le site Web : https://elearning.cancercare.on.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage en ligne sur les relations avec les Autochtones et cours de sensibilisation aux cultures ■ Plusieurs cours disponibles gratuitement
<p>Evidence Brief : Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs; 2017 [cité le 23 février 2021]. Accessible sur le site Web : http://www.wellivinghouse.com/wp-content/uploads/2019/05/2017-Wise-Practices-in-Indigenous-Specific-Cultural-Safety-Training-Programs.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mémoire sur les données probantes de Well Living House qui présente des pratiques judicieuses tirées de données probantes examinées par des pairs et de la documentation grise sur la conception et la mise en œuvre de programmes de sensibilisation à la sécurisation culturelle à l'intention des fournisseurs de soins de santé en Ontario.
<p>Conseil Autochtone d'Agrément Professionnel du Canada; 2020 [cité le 23 février 2021] Accessible sur le site Web : https://icboc.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répertoire des formations accréditées par le CAAPC proposées par diverses organisations (2020)
<p>Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). CCNSA, Publications & Multimédia; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.ccnsa.ca/fr/default.aspx?sortcode=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisation autochtone nationale qui soutient le renouvellement de la santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis et l'équité dans l'accès aux soins par l'application et l'échange de connaissances ■ Un éventail de connaissances, de ressources et de publications librement accessibles à tous les fournisseurs de soins de santé, telles que des fiches d'information, des bulletins d'information, des rapports, des vidéos, des webinaires et des podcasts

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Provincial Health Service Authority de la Colombie-Britannique. National Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series; 2020; [cité le 31 août 2020]. Accessible sur le site Web : http://www.icscollaborative.com/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La série de webinaires nationaux offre l'occasion de partager des connaissances, des expériences et des perspectives à l'appui des efforts collectifs visant à renforcer la sécurisation culturelle autochtone dans tous les secteurs.
<p>Public Health Training for Equitable Systems Change. Health Equity; 2020; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : http://phesc.ca/health-equity#culturalsafety-indigenous</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une série d'occasions de formation propres aux Autochtones sur la sécurisation culturelle, l'humilité culturelle et la formation anti-oppression
<p>Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. Ontario Indigenous Cultural Safety Program; 2020; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : http://www.sanyas.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation à la sécurisation culturelle autochtone pour les fournisseurs de services sociaux et de santé ■ Il y a un coût associé à cette formation
<p>Thunderbird Partnership Foundation. A Cultural Safety Toolkit for Mental Health and Addiction Workers In-Service with First Nations People; s.d.; [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://thunderbirdpf.org/resource-library/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élabore et soutient l'utilisation de la culture comme moyen d'intervention et des approches holistiques de guérison et de bien-être des Premières Nations du Canada, telles que définies dans le cadre du Continuum du bien-être mental des Premières Nations et le cadre de renouvellement honorer nos forces ■ Trousse d'outils pour la sécurisation culturelle ■ La bibliothèque de documents fournit également d'autres ressources pertinentes et offre des téléchargements gratuits de toutes ces ressources
<p>Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015 [cité le 3 novembre 2021]. Accessible sur le site Web : https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rapports sur les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada pour réparer les séquelles des pensionnats et faire avancer le processus de réconciliation canadienne. ■ Inclut un appel à l'action particulier pour que les écoles de médecine et de sciences infirmières exigent un cours sur les questions de santé autochtones.

Recommandations relatives au système, à l'organisme et à la politique

RECOMMANDATION 7 :

Il est recommandé que le cercle de soins préconise un accès équitable aux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac pour les peuples autochtones en âge de procréer et leur réseau de soutien. Cela peut comprendre l'accès à des cercles de soutien et à des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN).

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Une analyse de la documentation quantitative a permis de déterminer une étude à un seul groupe, sans groupe de comparaison, portant sur une intervention de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac chez les femmes enceintes et leurs partenaires. L'étude comprenait une approche fondée sur les points forts et culturellement pertinente pour promouvoir la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac en favorisant l'ajustement personnel des participants et en leur donnant les moyens de gérer le stress dans leur vie (81). Les principales caractéristiques de cette intervention comprenaient des activités artistiques, des gestionnaires de cas jouant un rôle de défenseur et une TRN gratuite (81). Lorsque le cercle de soins défend les intérêts des femmes enceintes dans le cadre d'un programme de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac, les données probantes font état d'une bonne portée et d'un bon engagement, les participantes prenant part à plusieurs composantes de l'intervention et faisant état de niveaux élevés de satisfaction à l'égard du programme (81). Certaines participantes et leurs partenaires ont fait plusieurs tentatives d'arrêt et deux participantes ont réussi à arrêter de fumer un mois après l'accouchement (81). La documentation quantitative ne fait état d'aucun effet indésirable. Le degré de certitude des données probantes était très faible en raison des préoccupations inhérentes aux méthodes utilisées pour mener l'étude et la petite taille de l'échantillon.

Un examen de la documentation qualitative met en évidence le besoin exprimé par de nombreuses participantes d'un accès équitable aux soutiens pour le renoncement au tabac commercial. Cependant, dans l'ensemble, le degré de fiabilité de ces données probantes était moyen en raison de sérieuses préoccupations quant à l'adéquation des données. Les participants à ces études étaient des femmes autochtones en âge de procréer, des jeunes, des mères, des pères, des partenaires, des membres de la famille élargie, des aînés, des fournisseurs de soins autochtones et non autochtones et des membres clés de la communauté. L'accès équitable aux soutiens pour le renoncement au tabac commercial devrait être disponible au niveau individuel (groupes de soutien accessibles, TRN gratuites, fournisseurs de services sociaux et de santé qui apportent leur soutien), inclure des réseaux de soutien (partenaires, membres du foyer, amis/pairs et réseaux de la famille élargie) et être facilité collectivement au niveau communautaire (politiques d'espaces sans fumée, aînés et culture) (87, 89-99, 128). Pour en savoir plus au niveau communautaire, voir la **Recommandation 1** sur les services culturellement sûrs et la **Recommandation 9** sur les espaces non-fumeurs.

De nombreux participants ont décrit le besoin de ressources de renoncement au tabac culturellement sûres qui tiennent compte du contexte et du stress de la vie des femmes et qui comprennent des groupes de soutien (aussi appelés « cercles de soutien »), comme les cercles de partage, coordonnés par des fournisseurs de services sociaux et de santé pour aider à soutenir les femmes enceintes et les jeunes mères qui fument (87, 89-92, 99). Les groupes de soutien offrent aux femmes un espace où elles

peuvent se réunir pour se sentir en sécurité, discuter du renoncement au tabac commercial, partager des histoires, s'encourager mutuellement et partager des stratégies et des solutions qui peuvent les guider avec succès pour faire face aux envies, aux symptômes du sevrage de la nicotine et à la gestion de leur stress (87, 89-92, 99). Les groupes de soutien, en particulier, ont été jugés bénéfiques, car ils permettent aux femmes enceintes et aux jeunes mères de partager les difficultés et les solutions liées à l'abandon du tabac (87, 90-92, 96, 99, 128). Les femmes enceintes qui fument décrivent à quel point il est important que les fournisseurs de services sociaux et de santé les soutiennent, les encouragent et ne les jugent pas dans leurs efforts pour promouvoir les tentatives des femmes d'arrêter de fumer et de rester non-fumeuses (87, 89-92, 99). Les femmes enceintes ont déclaré rechercher des fournisseurs de soins de santé qui peuvent coordonner des groupes de soutien afin de construire leurs réseaux de soutien pendant le processus de renoncement au tabac (87, 91). Les participants ont également indiqué qu'ils avaient besoin d'informations facilement accessibles, de programmes de renoncement, d'un soutien continu pour continuer à arrêter de fumer et des professionnels de la santé et de services sociaux serviables et compréhensifs (87, 91). Une étude récente a porté sur une intervention de renoncement au tabac adaptée à la culture et tenant compte des traumatismes, dans le cadre de laquelle des gestionnaires de cas autochtones ont également travaillé à la mise en place de services d'accompagnement pour les femmes, si nécessaire. Ces services comprenaient la co-création de solutions aux déclencheurs du tabagisme, comme la navigation dans les processus bureaucratiques et l'accès à la sécurité du revenu, de la nourriture et du logement (89). Les gestionnaires de cas ont souvent apporté leur soutien aux femmes enceintes en les accompagnant à leurs rendez-vous afin d'assurer la défense et la continuité et de garantir la prestation de services culturellement sûrs (89).

Certains participants ont déclaré que les fournisseurs et d'autres personnes négligent ou manquent de cohérence lorsqu'il s'agit de proposer des ressources et des informations sur les TRN lors des visites médicales (99). Les offres de TRN ont été décrites par certains participants comme étant fragmentées, n'ayant eu lieu qu'une seule fois et n'étant souvent pas accompagnées de services de renoncement ou d'une orientation vers ces services (99). Il a été défini comme important et utile que les fournisseurs de soins de santé et de services offrent des conseils cohérents et positifs en matière de renoncement au tabac qui incluent les TRN (91, 97, 99). Les femmes enceintes recherchent une certaine cohérence dans l'offre, la communication, la sensibilisation et la formation autour de l'utilisation des TRN pour soutenir leurs efforts de renoncement et de maintien de l'arrêt (87, 91, 97). Les femmes enceintes et les partenaires masculins qui fument ont indiqué que l'accès à une TRN gratuite était nécessaire et qu'ils recherchaient ces ressources de soutien pour le renoncement au tabac (91-93, 96, 97, 99). Pour en savoir plus sur l'efficacité des TRN pour les femmes enceintes qui font usage de tabac commercial, voir la **Recommandation 4**.

Les réseaux sociaux de la famille élargie, qui comprennent des liens familiaux forts au sein des familles de la communauté et entre elles, favorisent des liens sociaux importants (91, 92, 95). De nombreux participants ont fait état d'un manque de soutien social au sein de leurs réseaux pour les aider à arrêter de fumer, car la plupart des personnes de leur cercle de soutien étaient des fumeurs (91). De nombreuses jeunes femmes enceintes et mères n'ont pas le contrôle de leur environnement domestique (95). Par exemple, il se peut qu'ils ne contribuent pas financièrement aux dépenses du ménage, ce qui peut limiter leur voix dans le choix de vivre dans un environnement sans fumée (91, 95). De nombreux participants considèrent qu'il est vital d'avoir, dans leur réseau social, un ami, une mère ou un membre de la famille non-fumeur qui soutient leur tentative d'arrêt (91, 93, 128, 129).

Les participants ont noté l'importance des familles qui reconnaissent la difficulté d'arrêter de fumer et apportent leur soutien (92, 93). Le soutien social des partenaires, des autres membres de la famille et des amis ou pairs a été perçu par les participants comme étant important pour aider les femmes enceintes et les mères à rester sans tabac (87, 128). Les participants ont le plus souvent désigné les mères comme des sources de soutien social très appréciées (98, 128). Les mères ont également été déterminées comme des modèles influents pour les femmes enceintes pendant leur grossesse (98, 128). Les participantes ont déclaré être moins susceptibles de fumer en présence de leur mère, et les mères ont également été déterminées comme des soutiens clés qui encouragent les efforts d'arrêt de leurs filles (98). D'autres figures maternelles, telles que les grands-mères, ont également été identifiées comme jouant un rôle déterminant dans le soutien apporté aux personnes essayant d'arrêter de fumer (98). Les pères ont décrit l'importance d'encadrer les messages positifs dans les services de renoncement au tabac, car les

messages positifs sont moins susceptibles d'entraîner des sentiments d'échec (97). Les participants ont indiqué que le soutien des conversations intergénérationnelles était important pour aider au renoncement au tabac (97).

Le soutien utile des partenaires, des membres de la famille et des amis a souvent pris la forme d'une écoute, d'une discussion, d'un partage d'histoires, d'un système de jumelage, du refus de partager le tabac et de la suggestion d'autres stratégies pour aider à gérer le stress (87, 91, 128). Vous trouverez plus de détails sur les données probantes dans les « Conseils de mise en œuvre » ci-dessous.

Les participants ont exprimé le souhait de briser le cycle du tabagisme dans leurs communautés (98). De nombreux participants ont estimé que l'influence de la communauté dans son ensemble, des membres de la communauté et des leaders tels que les aînés, les sages-femmes ou les tantes était très crédible et efficace pour soutenir les efforts d'arrêt du tabac (87, 94, 96, 99, 128). Les leaders communautaires, comme les aînés, sont respectés, tenus en haute estime et déterminés par les participants comme ayant une compréhension de l'intérieur des influences psychosociales vécues par de nombreuses jeunes femmes enceintes et mères de jeunes enfants dans leur communauté (87, 92, 94, 96, 99, 128). Certains participants ont décrit le rôle important des aînés dans le soutien des efforts de renoncement au tabac par le biais du leadership communautaire et de l'établissement de nouvelles règles antitabac dans la communauté (96, 98).

Les participants ont également déterminé l'intégration d'une approche holistique dans le soutien au renoncement par les fournisseurs de services sociaux et de santé, une approche qui inclut les aspects mentaux, émotionnels, physiques et spirituels ainsi que le contenu culturel pertinent, comme étant un facteur de soutien et d'encouragement pour la prestation de services de renoncement au tabac culturellement sûrs (87, 97). Les participants ont déterminé comme bénéfiques les soutiens au renoncement au tabac qui offrent une bonne adéquation culturelle, lorsque ces soutiens intègrent les traditions spirituelles et culturelles de la communauté et se connectent aux connaissances ancestrales (87). La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable lié au fait que les fournisseurs de soins de santé plaident pour un accès équitable aux ressources de renoncement au tabac commercial.

Pour en savoir plus sur les constatations quantitatives et qualitatives et la notation des données, veuillez consulter les [profils des données](#).

De plus amples détails figurent dans le **tableau 8 : Information sur les interventions issue des données probantes** ci-dessous.

Valeurs et préférences

La documentation qualitative met en évidence la valeur de l'accès à des ressources telles que les TRN, les soutiens sociaux privilégiés tels que les mères, et les gestionnaires de cas autochtones. Le rôle intégral de la communauté et des leaders communautaires dans le soutien des femmes autochtones pour arrêter de fumer a également une grande valeur (89, 90, 92, 96, 99, 128). Le développement de relations de confiance entre les participants et leurs gestionnaires de cas a été hautement apprécié et considéré comme un soutien social fondamental pour l'engagement continu des participants dans l'intervention de renoncement au tabac (89). Les participants ont apprécié la fiabilité des gestionnaires de cas autochtones, qu'ils ont qualifiés d'extrêmement coopératifs et d'inspirant la confiance (89). Dans les programmes de renoncement au tabac, les participants apprécient la possibilité de s'engager dans des activités culturellement significatives (arts, peinture, danse, artisanat, musique) pour aider à gérer les envies, parler à des pairs et guérir en renforçant leurs liens avec leur culture (90).

Équité dans l'accès aux soins

L'utilisation de TRN atténue les effets secondaires du sevrage de la nicotine pour les femmes enceintes et favorise la réussite du renoncement au tabac, mais de nombreux participants ont indiqué que le coût des TRN constituait un obstacle important. Les TRN subventionnées par les contribuables sont nécessaires pour permettre l'accès à ces importantes ressources de renoncement

au tabac (87, 91-93, 97, 98). Selon la juridiction, les TRN peuvent être subventionnées par le contribuable avec certaines limites ou ne pas être accessibles sans paiement (93). Pour en savoir plus, voir les « Conseils de mise en œuvre ». Consultez la **recommandation 4** pour obtenir de plus amples renseignements sur les TRN.

Les expériences des femmes sont comprises dans le contexte de la normalisation de la consommation du tabac commercial et de la stratégie acceptée consistant à utiliser le tabac pour réduire le stress et favoriser la socialisation (95). La capacité des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants à établir et à maintenir un foyer sans fumée est influencée par la pénurie de logements, le chômage, la dynamique familiale et les rôles sexuels (95).

Les multiples inégalités sociales qui incluent la race, la classe sociale, le lieu de résidence et d'autres dimensions de la différence s'entrechoquent pour créer les forces qui ont des répercussions sur la consommation du tabac commercial de l'individu, de la famille et de la communauté (94, 96). Les perturbations sociales se produisent à travers les répercussions des pensionnats, et la perte de terres ou de la nation, des pratiques culturelles traditionnelles et des identités culturelles. Ces bouleversements ont marginalisé de nombreuses femmes autochtones et ont donné lieu aux conditions socio-économiques et à la mauvaise santé que connaissent de nombreuses femmes de nos jours (92, 94, 96, 105). Les efforts visant à réduire la consommation généralisée du tabac commercial nécessiteront également de vastes changements de politique qui s'attaqueront aux obstacles liés aux déterminants sociaux de la santé rencontrés par les peuples autochtones dans de nombreuses communautés (92, 96, 97, 99).

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Le comité d'experts a déterminé le tabagisme pendant la grossesse comme une question hautement prioritaire pour les femmes et les personnes autochtones en raison des méfaits connus liés au tabagisme et des répercussions significatives des déterminants autochtones de la santé, sur l'équité dans l'accès aux soins. Les membres du comité d'experts ont noté que les ressources actuelles en matière de renoncement au tabac ne répondent pas aux besoins des peuples et des communautés autochtones. Le comité d'experts a souligné que la plupart des gens bénéficieraient du cercle de soins préconisant un accès équitable aux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac pour les peuples autochtones en âge de procréer et leur réseau de soutien; toutefois, les données probantes sont incertaines. Le comité d'experts a également noté que les données qualitatives mettent en évidence la nécessité de mettre en place des mesures de soutien au renoncement au tabac dirigées par des Autochtones et adaptées à leur culture, qui tiennent compte du contexte et du stress de la vie des femmes et des personnes autochtones. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un très faible degré de certitude des données, par exemple lorsqu'il existe un potentiel de préjudices catastrophiques supplémentaires. Bien que le degré de certitude des données probantes concernant les effets de cette intervention soit très faible et que le degré de fiabilité des données probantes soit moyen, le comité d'experts a déterminé que la force de cette recommandation était forte en raison de l'importance critique de s'attaquer aux méfaits certains du tabagisme, et de la nécessité d'une action de plaidoyer pour s'attaquer de toute urgence aux inégalités liées à l'accès aux services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac et pour briser le cycle du tabagisme.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Les groupes de soutien tels que les cercles de partage ou les cercles sociaux doivent être culturellement appropriés et refléter l'importance d'inclure la sécurisation culturelle et la guérison traditionnelle dans le cadre particulier.
- L'accès aux TRN gratuites ou à faible coût varie selon les juridictions, et les fournisseurs de services sociaux et de santé doivent savoir comment accéder aux TRN dans leurs contextes de pratique, le cas échéant.
- Les soutiens tels que les cercles de partage peuvent être dispensés en personne, par les médias sociaux, virtuellement, ou peuvent être de conception numérique.
- Certaines personnes peuvent préférer ne pas participer à des groupes de soutien à la réduction du tabagisme et au renoncement au tabac et souhaiter plutôt participer sur une base individuelle.

Tableau 8 : Information sur les interventions issue des données probantes

FACILITATEURS CLÉS	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Tous les fournisseurs utilisent une approche sans jugement, positive et de soutien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les femmes ont indiqué que les fournisseurs de soins de santé doivent être plus compréhensifs, moins critiques et les encourager (91). Les fournisseurs doivent comprendre la complexité du tabagisme pendant la grossesse, notamment les résultats pour la santé de la femme et de l'enfant, ainsi que les réactions émotionnelles et les mécanismes d'adaptation, afin d'offrir de l'aide et de favoriser la mise en place de services de renoncement au tabac éclairés et offrant un soutien émotionnel (91, 99). ■ Les participants ont indiqué qu'ils préféreraient des approches de soutien, sans jugement, en matière de soutien au sevrage tabagique, dispensées par des membres de la communauté ou, lorsque des lacunes existent, par des personnes extérieures à la communauté (87). ■ Les participants soulignent qu'il est difficile de cesser de fumer et ils cherchent à être encouragés à faire des choix positifs en matière de renoncement au tabac (92). ■ Les participants ont recommandé que les fournisseurs de soins de santé soient conscients des obstacles du renoncement au tabac chez les femmes enceintes, et pour atténuer ces obstacles, qu'ils préconisent pour les femmes l'accès à des ressources leur permettant de faire face à leurs facteurs de stress socio-économiques, et qu'ils informent les femmes des services de renoncement au tabac fondés sur des données probantes et adaptés aux besoins et aux préférences de chaque cliente (91). ■ Les relations de confiance et l'établissement de relations peuvent être encouragés entre les participants et les fournisseurs de soins de santé en utilisant une approche non jugeante et empathique pour des évaluations sans pression, et en utilisant la discussion informelle (<i>yarning</i>) et l'écoute profonde pour permettre un espace sûr pour les participants de partager leurs histoires uniques et personnelles avec un temps adéquat (89). ■ Les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre les répercussions des traumatismes, créer un environnement de sécurité et de confiance, et soutenir le choix et l'autonomie d'un membre de la communauté d'une manière culturellement sûre et tenant compte des traumatismes (90).

RECOMMANDATIONS

FACILITATEURS CLÉS	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Faciliter les services d'aide au renoncement au tabac tels que les cercles de partage ou les cercles sociaux pour l'arrêt du tabac qui incluent les femmes enceintes et les femmes avec de jeunes enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les participants ont souligné la nécessité d'un soutien en groupe. L'intérêt pour les participants de pouvoir vivre des expériences de renoncement au tabac avec d'autres personnes et de partager les avantages de ces soutiens était clair (87). ■ Développer des réseaux de soutien pour les fumeuses maternelles afin d'encourager les tentatives de renoncement au tabac (92). ■ Les participants ont indiqué que les services d'aide au renoncement au tabac devraient être axés non seulement sur les femmes enceintes qui fument, mais aussi sur leurs partenaires, leur famille, leurs amis et les membres de la communauté (128). ■ Les participants ont souligné l'importance d'une approche culturellement adaptée pour faciliter la manière dont les services sont fournis (87, 97). ■ Les femmes ont suggéré que les professionnels des services de santé pourraient coordonner des soutiens de groupe — afin de créer un réseau de soutien pendant le processus d'abandon du tabac — qui peuvent inclure le partage d'histoires et la discussion de stratégies qui pourraient guider les femmes à travers les envies et le sevrage en temps réel (99). ■ Des programmes tels que « mom and tots », des échanges en groupe ou des promenades à l'air frais ont aidé les participants à rester non-fumeurs (91).
<p>Faciliter l'élargissement des cercles de soutien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les participants ont signalé un manque de soutien au sein de leurs réseaux sociaux. Les participants ont indiqué que les membres non fumeurs de leur réseau social (partenaires, membres de la famille et amis) pouvaient le mieux aider les femmes à essayer d'arrêter de fumer pendant leur grossesse (91). ■ La plupart des participants ont indiqué que le soutien social du partenaire ou du père du bébé, de la famille et des amis était essentiel pour ne pas fumer et gérer le stress (97, 128). Ce soutien peut être apporté en demandant aux autres de ne pas fumer autour d'elles, ou en s'occupant de travaux créatifs (un exemple : le perlage et la couture) (128). ■ La plupart des participants ont déclaré qu'ils appréciaient le soutien par les pairs des professionnels de la santé et des fournisseurs de services autochtones (sages-femmes, « sœurs autochtones ») (128). ■ Certains participants ont suggéré qu'un système de jumelage serait utile pour offrir un soutien continu pour demeurer abstinent (91). ■ L'offre d'un soutien au renoncement au tabac qui inclut également les partenaires et les pères a été jugée importante (97). Voir la recommandation 5 pour de plus amples renseignements. ■ L'accent mis sur la santé et le bien-être ainsi que sur les activités culturelles positives pendant la grossesse, à l'intention de l'ensemble de la communauté, a été jugé utile (128). ■ Les participants ont suggéré une variété d'approches pour le renoncement au tabac qui comprennent celles pour l'individu, les activités de groupe et l'aide d'autrui, et des programmes complets et accessibles au niveau de la communauté qui incluent une approche holistique (91).

FACILITATEURS CLÉS	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stratégies de renoncement au tabac commercial fondées sur la culture et ciblant l'ensemble de la communauté pour réduire le tabagisme pendant la grossesse (128). ■ Les participants ont indiqué que le soutien de la communauté était nécessaire et particulièrement utile pour soutenir les tentatives d'abandon réussies (99).
<p>Préconiser et promouvoir l'offre de TRN gratuites, le cas échéant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les femmes ont déterminé le besoin d'un accès facile à des TRN abordables; le fait d'apprendre la variété des options des TRN les a motivées à les essayer (91). ■ Fournir des conseils cohérents sur les TRN. Participer à des conversations sur les avantages des TRN et les soutenir par d'autres ressources de renoncement au tabac (counseling, groupes de soutien tels que les cercles de discussion) ou les orienter vers d'autres ressources de renoncement au tabac (99). ■ Un programme combinait un soutien de gestion de cas avec un soutien individualisé et adapté au renoncement au tabac, y compris des TRN (89).
<p>Sensibiliser les professionnels des services sociaux et de santé aux services de renoncement au tabac</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les organismes de santé et de services sociaux veillent à ce que les personnes qui travaillent avec des femmes enceintes fumeuses reçoivent une formation éducative pour assurer la connaissance et la compétence en matière de renoncement au tabac dans leur environnement clinique (91). ■ Les fournisseurs de soins de santé utilisent une approche de renoncement au tabac fondée sur les forces, qui met l'accent sur la célébration des forces inhérentes des peuples autochtones, favorise l'autonomie des participants et les relations de soutien au niveau de la famille et de la communauté, et facilite l'accès sans jugement aux ressources des services sociaux et de santé qui peuvent aider à traiter les répercussions des déterminants sociaux de la santé (89).

RECOMMANDATIONS

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de santé communautaire de Chigamik [Internet]; 2020 [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.chigamik.ca/blog/event/getting-started-smoking-awareness-reduction/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Groupe de soutien établi (Quit Café) faisant partie intégrante des stratégies de renoncement au tabac au Centre de santé communautaire de Midland (Ontario)
Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres [Internet]; 2020 [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://ofifc.org/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plusieurs centres à travers l'Ontario offrant un soutien aux Autochtones
Ontario Native Women's Association (ONWA) [Internet]; 2020 [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.onwa.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diverses ressources sur les femmes autochtones et les questions relatives aux femmes en Ontario
Seventh Generation Midwives, Baby Bundles Program [Internet]; 2020 [cité le 15 juin 2020]. Accessible sur le site Web : https://www.sgmt.ca/baby-bundle-program	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services de sages-femmes fournissant des soins périnataux aux familles autochtones à Toronto (Ont.)

RECOMMANDATION 8 :

Il est recommandé aux organismes de services de santé d'intégrer les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans les programmes de santé et de bien-être existants.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Il y a un manque de données probantes directes liées aux interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans le cadre de programmes élargis de santé et de bien-être dans les communautés autochtones. Par conséquent, cette recommandation s'appuie sur les observations recueillies systématiquement par les membres du comité d'experts et sur la documentation indirecte concernant les populations non autochtones plus larges.

Quatre membres du comité d'experts ont eu l'expérience de l'intégration d'interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans des programmes élargis de santé et de bien-être dans les communautés autochtones, par le biais de programmes de consommation de substances et de réduction des méfaits, de programmes pour les bébés et les jeunes, de programmes régionaux de soins du cancer, de programmes de santé et de bien-être autochtones et d'une équipe de santé familiale spécialisée en obstétrique. En ce qui concerne la portée estimée des programmes, les réponses varient de « incertaine » à « 10 à 15 personnes » à « large ». En ce qui concerne l'engagement, ceux qui ont fourni des réponses ont estimé que l'engagement (c'est-à-dire l'achèvement du programme) se situait entre 75 et 80 %. Sur le plan de l'acceptabilité, les réponses sont en général que les personnes apprécient le soutien et que la rétroaction des clients est très bonne. Parmi les autres avantages observés par les personnes bénéficiant de soins, citons l'augmentation des tentatives d'arrêt, la confiance, les liens et le soutien social, la connaissance des répercussions du tabac et la possibilité de bénéficier d'un « ensemble » de services (allant du régime alimentaire et de l'exercice physique au soutien au logement et à l'emploi, en passant par d'autres mesures de réduction des risques). Le comité d'experts n'a relevé aucun effet indésirable lié à l'intégration d'interventions de renoncement au tabac et de réduction du tabagisme dans des programmes élargis de santé et de bien-être.

La documentation indirecte suggère que l'intégration d'interventions de renoncement au tabac commercial dans des programmes élargis de santé et de bien-être (par rapport aux soins habituels, à l'absence d'intégration d'interventions de renoncement au tabac commercial ou à des contrôles moins intensifs) peut améliorer les taux de cessation (130-133). Dans les revues systématiques, les services d'aide au renoncement au tabac étaient intégrés aux soins primaires, aux établissements de soins contre le cancer et aux établissements dentaires. La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable lié à l'intégration d'interventions de renoncement au tabac dans des programmes élargis de santé et de bien-être.

Dans l'ensemble, le degré de certitude des données probantes (observations du comité d'experts et données indirectes) était faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et du petit nombre de participants aux études. Pour en savoir plus au sujet des répercussions sur les résultats prioritaires de l'intégration d'interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans des programmes de santé et de bien-être élargis, voir les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

Les membres du comité d'experts ont fait remarquer que la communauté apprécierait des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac intégrés à d'autres programmes de santé et de bien-être, car elle préfère et demande des services et des programmes à « guichet unique ». Les membres du comité d'experts ont également discuté du fait que les personnes aiment les services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac et la possibilité d'autodéterminer leur capacité à s'engager dans le service de renoncement.

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts a souligné que l'intégration d'interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dans les programmes de santé et de bien-être existants améliorera l'accès au soutien pour les peuples autochtones en âge de procréer et la communauté en général. L'intégration reconnaît qu'il n'y a pas un seul meilleur moment pour arrêter de fumer et qu'il est important d'avoir une approche en amont de la santé.

Justification de la recommandation par le comité d'experts

En se basant conventionnellement sur les méthodes GRADE, cette recommandation aurait pu être votée conditionnelle puisque le degré de certitude des données probantes sur les effets était faible. Le comité d'experts a convenu que l'intégration d'interventions de renoncement au tabac dans les programmes de santé et de bien-être pouvait présenter des avantages et qu'aucun effet indésirable n'avait été déterminé. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un très faible degré de certitude des données, par exemple lorsqu'il existe un potentiel de préjudice catastrophique. Le comité d'experts a souligné que la recommandation pourrait améliorer l'accès des populations autochtones et éviter les inconvénients connus des personnes qui ne sont pas en mesure d'obtenir un accès équitable et en temps voulu aux interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac. En outre, le comité d'experts a mis l'accent sur l'approche holistique des soins de santé qui est au cœur des croyances autochtones. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Il est important de noter que l'intégration de services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac ne se limite pas au dépistage, mais implique également de discuter des risques sans porter de jugement et en tenant compte des traumatismes, et de soutenir l'autonomisation des personnes pour qu'elles puissent prendre des décisions en matière de réduction des risques et de renoncement au tabac.

Tableau 9 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes

INTERVENTION CLÉ	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Exemples d'interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac commercial intégrées dans des programmes de santé et de bien-être existants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interventions comportementales pour le renoncement au tabac menées par des professionnels de la santé bucco-dentaire et comprenant un examen bucco-dentaire au cabinet dentaire ou dans la communauté (130) ■ Interventions comportementales (séances individuelles ou collectives de renoncement au tabac, conversations téléphoniques, brochures, choix d'une date d'arrêt, trousse d'arrêt du tabac) dans le cadre des soins primaires ou des soins du cancer (131, 132) ■ Pharmacothérapie dans le cadre des soins primaires ou des soins du cancer (131, 132) ■ Interventions à composantes multiples pour le renoncement au tabac dans le cadre des soins primaires (132, 133) ■ Des éléments supplémentaires tels que des incitations financières, des TRN gratuites, des devoirs à domicile et des soins communautaires multifactoriels (132)



RECOMMANDATION 9 :

Il est recommandé aux communautés autochtones de promouvoir la santé et le bien-être de tous leurs membres en favorisant les espaces non-fumeurs intérieurs et extérieurs.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données probantes :

Avantages et inconvénients

Une analyse de la documentation qualitative met en évidence la nécessité d'espaces sans fumée. Les espaces sans fumée peuvent inclure des espaces intérieurs et extérieurs où les personnes ne fument pas (comme les espaces communautaires, les maisons et les voitures). De nombreuses personnes dans les études ont décrit comment le tabagisme est un mode de vie et que fumer est normalisé à la maison et dans la communauté (87, 91, 93, 95, 96, 98, 105). Par exemple, certaines mères ont expliqué que, dans leur foyer, il pouvait y avoir plusieurs fumeurs, qu'il était difficile d'éviter (93). Elles ont également déclaré que le tabagisme était très répandu dans les rassemblements sociaux populaires de la communauté, comme les salles de bingo (96).

En outre, les mères et les membres de la famille ont décrit l'établissement de règles antitabac à la maison et à l'extérieur de la maison pour protéger la santé et le bien-être de leurs enfants/petits-enfants (93, 95, 129, 134). Les stratégies consistaient à demander aux autres de fumer à l'écart de la maison, à ne pas fumer dans d'autres endroits où il peut y avoir des enfants, à ne pas laisser les enfants entrer dans une maison ou une voiture où des gens fument, ainsi qu'à trouver des moyens de se protéger contre la fumée tertiaire, comme changer de vêtements après avoir fumé (129). Les membres de la communauté, en particulier les mères, ont exprimé l'importance des aînés comme alliés dans l'établissement d'espaces sans fumée (94). De nombreux participants ont dit que les aînés avaient une expérience directe des effets nocifs du tabagisme et qu'ils avaient fait des changements importants qui leur servaient de modèles (94).

Il n'a été fait état d'aucun effet indésirable relatif à la promotion des espaces sans fumée. Cependant, certains participants ont reconnu les obstacles à la mise en œuvre de règles antitabac dans leur propre maison, comme le fait de n'avoir que peu de contrôle sur leur environnement domestique et la difficulté de demander aux autres de fumer à l'écart de la maison, surtout par mauvais temps (95, 129, 134).

Il est probable que les résultats de cet examen soient une représentation raisonnable des valeurs exprimées par les participants. Le degré de fiabilité des données qualitatives était moyen en raison des limites méthodologiques des études individuelles. Le degré de certitude des données probantes est très faible en raison des mêmes préoccupations, ainsi que de l'éventail des interventions décrites et de l'incapacité à déterminer une estimation de l'effet. Pour en savoir plus sur les constatations des études qualitatives, voir les [profils des données](#).

Valeurs et préférences

La documentation souligne que de nombreuses mères autochtones apprécient les espaces sans fumée et s'efforcent activement de les maintenir afin de protéger leurs enfants (93, 95, 129).

Équité dans l'accès aux soins

Il n'existe pas de documentation directe concernant les répercussions des espaces sans fumée sur l'équité dans l'accès aux soins. Cependant, il existe une documentation indirecte sur les obstacles à l'équité dans l'accès aux soins qui peuvent empêcher les mères d'établir et de maintenir des foyers sans fumée; ces obstacles comprennent la pénurie de logements, le chômage, la dynamique au sein des familles et les rôles sexuels (95). Souvent, les femmes n'avaient pas le soutien des membres de la famille et le contrôle de l'espace domestique (95). De plus, les rassemblements communautaires où la consommation du tabac commercial est répandue et où il n'y a pas d'interdiction de fumer, comme les salles de bingo, offrent aux mères la possibilité d'un travail rémunéré, un refuge accessible contre le stress, l'isolement et les exigences de la garde des enfants, ainsi que la perspective de gagner plus d'argent grâce aux prix (96).

Justification de la recommandation par le comité d'experts

Fondée conventionnellement sur les méthodes GRADE, cette recommandation aurait pu être considérée comme un énoncé de pratique exemplaire. Cependant, le comité d'experts a voulu examiner les données probantes afin de fournir des conseils pour la mise en œuvre au sein des communautés. Le degré de certitude des données probantes sur les effets était très faible et le degré de fiabilité des données probantes était moyen. Aucune donnée quantitative n'a examiné la mise en œuvre d'espaces sans fumée auprès des communautés autochtones. Il existe d'autres formes de données de la mise en œuvre d'espaces sans fumée dans les communautés autochtones, mais elles sont difficiles à résumer et il est peu probable que des études comparatives puissent être menées à l'avenir, car elles pourraient ne pas être considérées comme éthiques. Selon les méthodes GRADE, il existe cinq situations paradigmatiques dans lesquelles les membres du comité d'experts peuvent justifier une recommandation forte sur la base d'un très faible degré de certitude des données, par exemple lorsqu'il existe une possibilité de préjudice catastrophique. Le comité d'experts a souligné que la recommandation permettrait d'éviter les effets catastrophiques du tabagisme passif sur la santé des femmes et des personnes enceintes, de leurs enfants et de l'ensemble de la communauté. Dans l'ensemble, le comité d'experts a convenu que les avantages l'emportent sur les inconvénients et que, dans la mesure du possible, les espaces sans fumée adoptés de manière culturellement sûre avec les membres de la communauté peuvent conduire à de meilleurs résultats pour tous. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée.

Conseils de mise en œuvre

Conseils de mise en œuvre du comité d'experts

- Les communautés autochtones sont autonomes, et il est important de respecter leurs décisions. Lorsqu'une communauté ou un responsable communautaire est prêt à créer des espaces sans fumée, le fournisseur de soins de santé peut soutenir la promotion de ces espaces. Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé établissent un climat de confiance avant toute tentative de contribuer à la création d'espaces sans fumée au sein de la communauté.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Blue Light Community Campaign. Dans : Healthy Together Now [Internet]. Accessible sur le site Web : https://healthytogethernow.net/wp-content/uploads/2011/09/Blue-Light-Project-Summary.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information sur le processus et les réflexions sur la campagne communautaire Blue Light, une initiative de maisons sans fumée à Thompson, au Manitoba
Go Blue NU. Dans : NuQuits [Internet]. Accessible sur le site Web : https://nuquits.gov.nu.ca/fr/quelques-faits-sur-le-tabac/la-fumee-secondaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Campagne sur la protection des foyers et des communautés contre la fumée secondaire en soutien à l'initiative « Le tabac n'a pas sa place ici » au Nunavut, Canada ■ Liens vers des options de clavardage ou de téléphone pour le soutien à l'arrêt du tabac
Les espaces sans fumée. Dans : Santé publique, Sudbury & Districts [Internet]. Sudbury (Ont.) : Santé publique, Sudbury & Districts (2020) Accessible sur le site Web : https://www.phsd.ca/fr/sujets-et-des-programmes-de-sante/tabac/les-espaces-sans-fumee/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site web qui fournit des conseils et des ressources sur la création d'une politique antitabac

Lacunes de la recherche et conséquences futures

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont cerné des domaines prioritaires pour les recherches futures (présentés dans le **tableau 10**). Les études menées dans ces domaines fourniraient des données probantes supplémentaires pour offrir un soutien de haute qualité et équitable pour les peuples autochtones en âge de procréer, leurs familles et leurs communautés. La liste n'est pas exhaustive, et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 10 : Domaines de recherche prioritaires par question de recommandation

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</p> <p>Faut-il recommander aux femmes et aux personnes autochtones de recevoir du counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum?</p> <p>Résultats : portée, engagement et taux de cessation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répercussions du counseling personnalisé pour le renoncement au tabac auprès de femmes enceintes autochtones et leur perception de recevoir des soins culturellement sûrs ■ Répercussions du counseling pour le renoncement au tabac prodigué par des professionnels de la santé communautaires autochtones sur les niveaux d'engagement et les taux de cessation ■ Élaboration et évaluation de ressources adaptées et culturellement appropriées pour aider les fournisseurs de soins de santé à proposer un renoncement au tabac en collaboration avec les femmes autochtones, leurs partenaires, leur famille et leurs communautés
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</p> <p>Quels besoins (soutiens sociaux, culturels, environnementaux) et quelles opinions (en ce qui concerne les obstacles et les facilitateurs) les femmes et les personnes autochtones en âge de procréer, leurs réseaux de soutien et leur communauté expriment-ils au sujet des interventions de renoncement au tabac?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les besoins des partenaires et des autres membres de la famille afin qu'ils puissent soutenir les femmes autochtones qui essaient d'arrêter de fumer le tabac commercial
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</p> <p>Faut-il recommander des interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac intégrées à des programmes élargis de santé et de bien-être?</p> <p>Résultats : portée, engagement, acceptabilité et taux de cessation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répercussions de l'intégration d'interventions de renoncement au tabac dans des programmes élargis de santé et de bien-être, en particulier dans les communautés autochtones ■ Perceptions et besoins des communautés autochtones concernant l'intégration d'interventions de renoncement au tabac dans des programmes élargis de santé et de bien-être

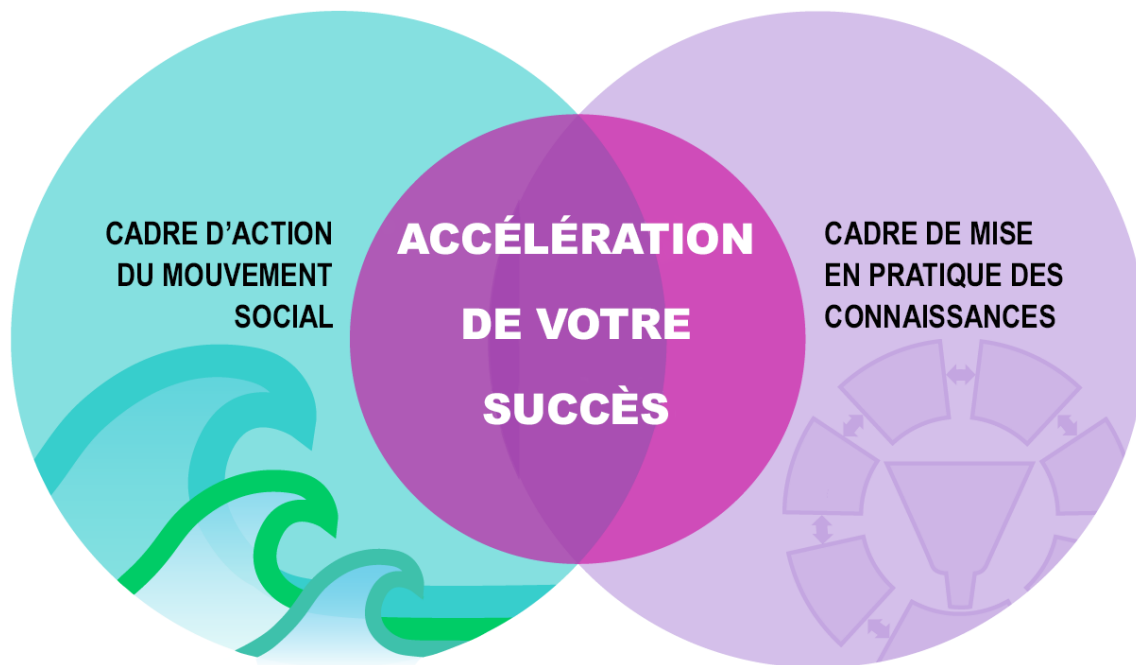
QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :</p> <p>Faut-il recommander des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes?</p> <p>Résultats : portée et engagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répercussions des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac culturellement sûrs auprès des communautés autochtones ■ Examiner la prestation de soins culturellement sûrs du point de vue de ceux qui reçoivent les soins, et non du point de vue du fournisseur de services sociaux et de santé, car la sécurisation culturelle est déterminée par le bénéficiaire ■ Études quantitatives et qualitatives sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones qui incluent les médecines et les guérisons traditionnelles autochtones
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :</p> <p>La pharmacothérapie (thérapie de remplacement de la nicotine, bupropion ou varénicline) doit-elle être recommandée pour le renoncement au tabac chez les femmes et les personnes enceintes et en post-partum?</p> <p>Résultats : taux de cessation, fausses couches et naissances spontanées, poids moyen à la naissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effet de la thérapie de remplacement de la nicotine sur le renoncement au tabac et les pronostics fœtaux ■ Effets du bupropion chez la femme enceinte sur le renoncement au tabac et les pronostics fœtaux ■ Effets de la varénicline chez la femme enceinte sur le renoncement au tabac et les pronostics fœtaux
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :</p> <p>Faut-il recommander des approches de renoncement au tabac dirigées par les communautés autochtones?</p> <p>Résultats : portée, engagement, taux de cessation, tentatives d'abandon</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Études quantitatives portant sur les programmes de renoncement au tabac menés par les communautés autochtones et culturellement sûrs ■ Études qualitatives examinant les expériences autochtones dans les programmes de renoncement au tabac dirigés par les communautés autochtones et culturellement sûrs
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 7 :</p> <p>Faut-il recommander une formation de premier cycle pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ou une formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins sur la santé autochtone?</p> <p>Résultats : sécurisation culturelle, attitude, connaissances, changement de pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répercussions de la formation canadienne sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones sur les étudiants entrant dans les professions de la santé et sur les fournisseurs de soins de santé en exercice ■ Recherche qualitative examinant la prestation de soins culturellement sûrs où les peuples et communautés autochtones évaluent la prestation de la sécurisation culturelle ■ Lacunes dans les cours sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones ■ Élaborer des outils validés pour mesurer le degré de sécurisation culturelle encouragé par les étudiants entrant dans les professions de santé et les fournisseurs de soins de santé ■ Répercussions sur le personnel enseignant autochtone ■ Études quantitatives et qualitatives sur la santé et la sécurisation culturelle autochtones qui incluent les médecines et les guérisons traditionnelles autochtones

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et la diffusion des LDPE pour que la pratique change : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (135). *La trousse pour la conduite du changement* de l'AIIAO (2021) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet effet (voir l'**annexe I**).

La trousse pour la conduite du changement utilise deux cadres complémentaires pour guider l'adoption et la pérennisation des données probantes (voir la **figure 1**). Ils peuvent être utilisés ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

Figure 1 : Les deux cadres complémentaires pour accélérer votre succès de la *Trousse pour la conduite du changement*



Le cadre d'action du mouvement social (136) est descriptif et identifie les éléments déterminants d'un mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances (p. ex., les LDPE). Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, caractéristiques clés et résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre de mise en pratique des connaissances utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., les LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances, comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La *trousse pour la conduite du changement* repose sur des données émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents de changement et des équipes de changement;
- les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action;
- les intervenants sont déterminés et impliqués tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective;
- la réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée;
- les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles;
- l'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue;
- l'évaluation des répercussions de la LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints;
- il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de la mise en œuvre et de la durabilité de la LDPE;
- la LDPE est étendue, élargie ou approfondie, dans la mesure du possible, afin d'élargir son influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion en faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. le réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers), qui aide les infirmières et infirmiers et les autres fournisseurs de soins de santé à perfectionner leur capacité à favoriser la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE;
2. les ordonnances des LDPE, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques. Les ordonnances des LDPE peuvent être facilement intégrées à des dossiers électroniques ou bien consultées sur des supports physiques (papier ou hybrides);
3. la désignation d'OVPE, qui appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE visent principalement à contribuer à la création de cultures professionnelles fondées sur des données probantes et mobilisées autour d'un mandat particulier : celui de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application.

Vous trouverez des informations sur nos stratégies de mise en œuvre sur notre site Web :

- [Le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO](#)
- [Les ordonnances des LDPE de l'AIIAO](#)
- [Les OVPE de l'AIIAO](#)
- [Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO](#)

Références

1. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario en partenariat avec l'Excellence en santé Canada. *Leading Change Toolkit™* (3^e édition). Toronto (Ont.) : AIIAO; 2021.
2. National Native Network (NNN). Traditional vs commercial tobacco. [Internet] s.d. Accessible sur le site Web : <https://keepitsacred.itcmi.org/tobacco-and-tradition/traditional-v-commercial/>.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (États-Unis). Smoking During Pregnancy, 2020 [Internet]. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/pregnancy/index.htm.
4. First Nation's Health Authority (FNHA). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility [Internet]. (BC); FNHA s.d. Accessible sur le site Web : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
5. Sjolander C, Ahlstrom G. The meaning and validation of social support networks for close family of persons with advanced cancer. *BMC Nursing*. 2012;11(17).
6. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes. Toronto (Ont.): AIIAO; 2013.
7. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. RHPA: Scope of Practice, Controlled Acts Model, Toronto (ON), 2018. Accessible sur le site Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51052_rhpa-b.pdf
8. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Working with unregulated care providers, Toronto (ON), 2013. Accessible sur le site Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51014_workingucp.pdf
9. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597-600.
10. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach, inconnu, inconnu, 2013. Accessible sur le site Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>
11. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et coll. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series *Implementation Science*, 2018;13(Suppl 1):2.
12. Neumann I, Santesso N, Akl EA, Rind DM, Vandvik PO, Alonso-Coello P, et coll. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;72:45-55.
13. Ermine W. The Ethical Space of Engagement. *Indigenous Law Journal*. 2007;6(1):193-203.
14. Université de la Colombie-Britannique. Indigenous Foundations Terminology, 2009. Accessible sur le site Web : <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/terminology/>
15. Gouvernement du Canada. Constitution Act 1982, [Internet]. 1982. Accessible sur le site Web : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-12.html#h-39>
16. Organisation des Nations Unies (ONU). United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples [Internet]. Genève (Suisse) : 2007. Accessible sur le site Web : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf

17. Statistique Canada. Aboriginal Peoples in Canada: key results from the 2016 census. [Internet] 2017. Accessible sur le site Web : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.pdf?st=zOg3PMYp>
18. Gouvernement du Canada. Indigenous Communities in Ontario [Internet] 2021. Accessible sur le site Web : <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1603371542837/1603371807037>
19. Inuit Qaujimajatuqangit What Inuit Have Always Known to Be True. Karetak JT, Tester F, Tagalik, S., éditeurs. Halifax et Winnipeg : Fernwood Publishing; 2017.
20. Magga OH. Indigenous Knowledge Systems - the true roots of humanism. [Internet]. Article soumis à la IFLA World Library and Information Congress, Oslo (NO), 2005. Accessible sur le site Web : <https://archive.ifla.org/IV/ifla71/papers/183e-Magga.pdf>
21. Richmond CAM, Ross NA. The Determinants of First Nations and Inuit Health: a critical population health approach. *Health & Place*. 2009;15(2):9.
22. Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay NM, et coll, éditeurs. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars' Press Inc. (2015).
23. Bruchac M. Indigenous Knowledge and Traditional Knowledge. *Encyclopedia of Global Archaeology*, 2014, vol 10 (3814-3824) Springer (NY), Springer Science Business + Media.
24. Battiste M. Indigenous Knowledge: Foundations for First Nations. *International Journal of Indigenous Education Scholarship*, 2005 (1), 1-17.
25. Richmond CAM, Ross NA, Bernier, J. Exploring Indigenous concepts of health: the dimensions of Metis and Inuit Health. *Canadian Journal of Public Health*, 2007 Vol 98 N 4 (347-351).
26. Dell EM, Smylie, J., Vaillancourt, S. Cultural Safety and Providing Care to Aboriginal patients in the Emergency Department. *Can J Emerg Med*. 2015;18:1-5.
27. Vezina YN. Métis Traditional Environmental Knowledge and Science Education: University of Saskatchewan (mémoire de maîtrise); 2010.
28. Dyck M. Social Determinants of Métis Health [Internet] 2009:[15 p.]. Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), accessible sur le site Web : https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30593/1/Research_SocialDeterminantsofHealth.pdf
29. Black PL, Arnason JT, Cuerrier, A. Medicinal plants used by the Inuit of Qikiqtaaluk (Baffin Island, Nunavut). *Botany* 2008 V.86 no. 2 (157-163) Canadian Science Publishing.
30. Allan B, Smylie J. First Peoples, Second Class Treatment: Summary. Toronto (Ont.) : The Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child, and Family Health and Wellbeing, St. Michael's Hospital; 2015.
31. UBC 23 24 Indigenous Cultural Safety (ICS) Overview [Internet] 2019. Accessible sur le site Web : https://med-fom-aboriginal-health-2019.sites.olt.ubc.ca/files/2019/07/Overview-of-UBC-23-24-ICS_Updated-June-2019.pdf
32. First Nations Health Authority (FNHA) Traditional Healing [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-for-first-nations/traditional-wellness/traditional-healing/traditional-healing>
33. Obomsawin R. Traditional Medicine for Canada's First Peoples. [En ligne]. 2007. Accessible sur le site Web : <https://ifs-indigenous.sites.olt.ubc.ca/files/2014/07/RayObomsawin.traditional.medicine-1.pdf>

34. Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC), Final Report Vol 1; Summary. Honouring the Truth, Reconciling for the Future. Winnipeg (Manitoba) : TRC; 2015.
35. Anishnawbe Health (AH). The Four Sacred Medicines [Internet], Toronto (ON), 2000. Accessible sur le site Web : <https://aht.ca/wp-content/uploads/2017/12/FourSacredMedicines.pdf>
36. Jetty R. Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. Paediatr Child Health. 2017;22(7):395-9.
37. Sadik T. Traditional Use of Tobacco among Indigenous Peoples of North America: Literature Review. 2014. Accessible sur le site Web : <https://cottfn.com/wp-content/uploads/2015/11/TUT-Literature-Review.pdf>
38. Wong S. Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. Paediatrics & Child Health. 2006;11(10):681-5.
39. Reading C, Wein F. Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health. National Collaborating Centre for Indigenous Health; Prince George (BC), 2009.
40. Paradies Y. Colonisation, racism and Indigenous health. J Pop Research. 2016;33:83-96.
41. Canada – Indian Act, 1985. Accessible sur le site Web : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/I-5/>
42. Smylie J. Chapter 19: The health of Aboriginal Peoples. Dans : Raphael DB, T.; Mikkonen, J.; Raphael, A., éditeurs. Social Determinants of Health: Canadian perspectives. 2^e éd. : Canadian Scholars' Press Inc; Toronto (ON), 2009. p. 280-304.
43. Evans-Campbell T. Historical trauma in American Indian/Native Alaska Communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families and communities. J Interpers Violence. 2008;23:316-38.
44. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(429).
45. Monchalin RS, Smylie J, Nowgesic, E. "I Guess I Shouldn't Come Back Here" : Racism and Discrimination as a Barrier to Accessing Health and Social Services for Urban Métis Women in Toronto, Canada. Journal of Racial and Ethnic Disparities. 2019.
46. Smylie J, Phillips-Beck W. Truth, respect and recognition: addressing barriers to Indigenous maternity care. CMAJ. 2019;191(8):E207-E8.
47. Kim P. Social Determinants of Health Inequities in Indigenous Canadians Through a Life Course Approach to Colonialism and the Residential School System. Health Equity. 2019;3(1):4.
48. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Key health inequalities in Canada: A national portrait-executive summary. 2019.
49. Galway LP. Boiling over: A Descriptive Analysis of Drinking Water Advisories in First Nations Communities in Ontario, Canada. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(5):15.
50. Cidro JB, R.; Frohlick, S. Canada's forced birth travel: towards feminist Indigenous reproductive mobilities. Mobilities. 2020;15(2):15.
51. Lawford KMG, A.R.; Bourgeault, I.L. Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women: Resignation, resilience and resistance. Women Birth. 2018;31(6).

52. National Aboriginal Council of Midwives. Position Statement on Evacuation for Birth. Montreal (QC), 2019.
53. Churchill M, Parent-Bergeron M, Smylie J et coll. Evidence Brief : Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs. Toronto : Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing, St. Michael's Hospital. Toronto (ON) 2017
54. Currie C, Wild TC., Schopflocher DP, et coll. Racial discrimination experienced by Aboriginal university students in Canada. *Can J Psychiatry*. 2012;57(10):617-25.
55. Wright A, Jack SM, Ballantyne M, et coll. Indigenous mothers' experiences of using primary care in Hamilton, Ontario, for their infants. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019;14(1).
56. Denison J, Barcoe C, Browne, AJ. Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened. *J Adv Nurs*. 2014;70(5):1105-16.
57. Wesche SD. Métis women at risk: Health and service provision in urban British Columbia. *Pimatisiwin : A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 2013;11(2):187-96.
58. Haworth-Brockman MJ, Bent K, Havelock, J. Health Research, Entitlements and Health Services for First Nations and Métis Women in Manitoba and Saskatchewan. *International Journal of Indigenous Health*. 2009;4(2):14- 23.
59. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). The Sacred Space of Motherhood. Mothering Across Generations. A National Showcase on First Nations, Inuit, and Métis Women and Mothering. 2013.
60. Nathoo T, Poole N. Indigenous Approaches to FASD Prevention : Indigenous Mothering. Dans : Health CoEfw, éditeur. Vancouver, 2017. Accessible sur le site Web : https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/01/IndigFASD-MOTHERING_Jan2018.pdf
61. Carson KV, Brinn MP, Peters, M et coll. Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012.
62. Gilbert NL, Nelson CRM, Greaves L. Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(1):32-9.
63. Graham H, Flemming K, Fox, D, Heirs, M, Sowden, A. Cutting down: insights from qualitative studies of smoking in pregnancy. *Health Soc Care Comm*. 2014;22(3):259-67.
64. Maddox R, Waa A, Lee, K et coll. Commercial tobacco and Indigenous Peoples - a stock take on Framework Convention on Tobacco Control progress. *BMJ*. 2018; 28(5):574-81.
65. Lu Y, Tong S, Oldenburg, B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int*. 2001;16(4):355-65.
66. Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy : a review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003;7(9):811-9.
67. Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis). Smoking and Tobacco Use - Fast Facts [Internet]. 2021. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm
68. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. [En ligne]. 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy>

69. Walker RC, Graham A, Palmer, SC et coll. Understanding the experiences, perspectives and values of indigenous women around smoking cessation in pregnancy: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Equity Health*. 2019;18(1).
70. Gould GS, Patten C, Glover, M et coll. Smoking in Pregnancy among Indigenous women in high-income countries: A narrative review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(5):12
71. Matthews R. The cultural erosion of Indigenous people in health care. *Can. Med. Assoc. J*. 2016;189(2):E78-E79.
72. Rowan M, Poole N, Shea, B et coll. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2014;9(34).
73. Conseil canadien de la santé. Empathy, dignity, and respect: Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care. 2012. Accessible sur le site Web : https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-eng.pdf
74. Richardson L, Murphy T. Bringing Reconciliation to Healthcare in Canada. *Wise Practices for Healthcare Leaders*. HealthCareCAN 2018.
75. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, Smylie D, Schmidt R. Trauma-Informed Practice Guide. 2013. Accessible sur le site Web : https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
76. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Professional standards, revised 2002 [Internet], Toronto (Ont.) : OIIO, 2002. Accessible sur le site Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf
77. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH). *Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women*. Vancouver (C.-B.), 2018.
78. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH). Urquhart C, Jasiura F, Poole N et coll. *Liberation! Helping Women Quit Smoking: A Brief Tobacco Intervention Guide*. BCCEWH, Vancouver (C.-B.); 2012.
79. Patten CA, Lando HA, Desnoyers CA et coll. Healthy pregnancies project : cluster randomized controlled trial of a community intervention to reduce tobacco use among Alaska native women. *Int J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(24).
80. Gould G, Bovill M, Pollock L et coll. Feasibility and acceptability of Indigenous Counselling and Nicotine (ICAN) QUIT in Pregnancy multicomponent implementation intervention and study design for Australian Indigenous pregnant women: a pilot cluster randomised step-wedge trial. *Addictive Behaviors*. 2019;90:176.
81. Askew DA, Guy J, Lyall V et coll. A mixed methods exploratory study tackling smoking during pregnancy in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service. *BMC Public Health*. 2019;19(1):343.
82. Bovill M, Bar-Zeev Y, Bonevski B et coll. Aboriginal Wingadhan Birrang (woman's journey) of smoking cessation during pregnancy as they participate in the ICAN QUIT in pregnancy pilot step-wedge trial. *Women and Birth*. 2020;33(3):300-8.
83. Patten CA, Lando HA, Desnoyers CA et coll. The Healthy Pregnancies Project: Study protocol and baseline characteristics for a cluster-randomized controlled trial of a community intervention to reduce tobacco use among Alaska Native pregnant women. *Contemporary Clinical Trials*. 2019;78:116-25.
84. Passey ME, Stirling JM. Evaluation of 'Stop Smoking in its Tracks': an intensive smoking cessation program for pregnant Aboriginal women incorporating contingency-based financial rewards. *Public Health Res Pract*. 2018;28(2).

85. Glover M, Kira A, Smith C. Enlisting "Aunties" to Support Indigenous Pregnant Women to Stop Smoking : Feasibility Study Results. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(5):1110-5.
86. Glover M, Kira A, Cornell T et coll. Could 'Aunties' Recruit Pregnant Indigenous Women Who Smoke Into a Trial and Deliver a Cessation Intervention? A Feasibility Study. *Matern Child Health J*. 2016;20(6):1211-21.
87. Roberts V, Glover M, McCowan L et coll. Exercise to Support Indigenous Pregnant Women to Stop Smoking: Acceptability to Māori. *Matern. Child Health J*. 2017;21(11):2040-51.
88. Bovill M, Bar-Zeev Y, Gruppetta M et coll. Giri-nya-la-nha (talk together) to explore acceptability of targeted smoking cessation resources with Australian Aboriginal women. *Public Health (Elsevier)*. 2019;176:149-58.
89. Lyall V, Guy J, Egert S et coll. "They were willing to work with me and not pressure me": A qualitative investigation into the features of value of a smoking cessation in pregnancy program for Aboriginal and Torres Strait Islander women. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(1):1-15.
90. Wyndow P, Clifton E, Walker R. Improving Aboriginal maternal health by strengthening connection to culture, family and community. *Int J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(24):1-16.
91. Small S, Porr C, Swab M et coll. Experiences and cessation needs of Indigenous women who smoke during pregnancy: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database of System Rev Implement Rep*. 2018;16(2):385-452
92. Gould GS, Munn J, Watters T et coll. Knowledge and views about maternal tobacco smoking and barriers for cessation in Aboriginal and Torres Strait Islanders: A systematic review and meta-ethnography. *Nicotine Tobacco Res*. 2013;15(5):863-74.
93. Gould GS, Munn J, Avuri S et coll. "Nobody smokes in the house if there's a new baby in it": Aboriginal perspectives on tobacco smoking in pregnancy and in the household in regional NSW Australia. *Women Birth*. 2013;26(4):246-53.
94. Varcoe C, Bottorff JL, Carey J et coll. Wisdom and influence of elders: possibilities for health promotion and decreasing tobacco exposure in First Nations communities. 2010;101(2):154-8.
95. Bottorff JL, Johnson JL, Carey J et coll. A family affair: Aboriginal women's efforts to limit second-hand smoke exposure at home. *Can J Public Health*. 2010;101(1):32-5.
96. Bottorff JL, Carey J, Mowatt R et coll. Bingo halls and smoking: Perspectives of First Nations women. *Health Place*. 2009;15(4):1014-21.
97. Bottorff JL, Sarbit G, Oliffe JL et coll. Strategies for supporting smoking cessation among Indigenous fathers: A qualitative participatory study. *Am Journal Mens Health*. 2019;13(1):1557988318806438.
98. Gould GS, Bovill M, Clarke MJ et coll. Chronological narratives from smoking initiation through to pregnancy of Indigenous Australian women: A qualitative study. *Midwifery*. 2017;52:27-33.
99. Bovill M, Gruppetta M, Cadet-James Y et coll. Wula (Voices) of Aboriginal women on barriers to accepting smoking cessation support during pregnancy: Findings from a qualitative study. *Women Birth*. 2018;31(1):10-6.
100. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J et coll. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017;2(2):CD001055.

101. Patten CA, Koller KR, Flanagan CA, et coll. Biomarker feedback intervention for smoking cessation among Alaska Native pregnant women: randomized pilot study. *Patient Educ. Couns.* 2019;102(3):528-535.
102. Patten CA, Windsor RA, Renner CC, et coll. Feasibility of a tobacco cessation intervention for pregnant Alaska Native women. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(2):79-87.
103. Walker N, Johnston V, Glover M, Bullen C, Trenholme A, Chang A, et coll. Effect of a family-centered, secondhand smoke intervention to reduce respiratory illness in indigenous infants in Australia and New Zealand: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2015;17(1):48-57.
104. Eades SJ, Sanson-Fisher RW, Wenitong M, Panaretto K, D'Este C, Gilligan C, et coll. An intensive smoking intervention for pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander women: a randomised controlled trial. *Medical journal of Australia.* 2012;197(1):42-6.
105. Passey ME, Gale JT, Sanson-Fisher RW. 'It's almost expected': rural Australian Aboriginal women's reflections on smoking initiation and maintenance: a qualitative study. *BMC Women's Health.* 2011;11(55).
106. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et coll. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020(3).
107. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). *Drugs for Smoking Cessation: Information for Health Professionals.* Ottawa (Ont.) : ACMTS. 2016.
108. Pitama SG, Palmer SC, Huria T, et coll. Implementation and impact of Indigenous health curricula: a systematic review. *Medical Education.* 2018;52(9):898-909.
109. Jamieson M, Chen SP, Murphy S, Maracle L, Mofina A, Hill J. Pilot testing an intervention on cultural safety and indigenous health in a Canadian occupational therapy curriculum. *J Allied Health.* 2017;46(1):e1-e7.
110. Alexander-Ruff JH, Kinion ES. Developing a Cultural Immersion Service-Learning Experience for Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Educ.* 2019;58(2):117-20.
111. Smith JD, Wolfe C, Springer S, Martin M, Togno J, Bramstedt KA, et coll. Using cultural immersion as the platform for teaching Aboriginal and Torres Strait Islander health in an undergraduate medical curriculum. *Rural Remote Health.* 2015;15(3):1-9.
112. West R, Mills K, Rowland D, Creedy D. Impact of a Discrete First Peoples Health Course on Students' Experience and Development of Cultural Capabilities. *Higher Education Research & Development.* 2019;38(5):1090-104.
113. West M, Sadler S, Hawke F, Munteanu SE, Chuter V. Effect of a culturally safe student placement on students' understanding of, and confidence with, providing culturally safe podiatry care. *J Foot Ankle Res.* 2021;14(1):9.
114. Benson J, Ryder C, Gill M, Balabanski A. A brief experience for medical students in a remote Aboriginal community. *Aust Fam Physician.* 2015;44(10):752-9.
115. Askew DA, Lyall VJ, Ewen SC, Paul D, Wheeler M. Understanding practitioner professionalism in Aboriginal and Torres Strait Islander health : lessons from student and registrar placements at an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary healthcare service. *Aust J Prim Health.* 2017;23(5):446-50.
116. Withall L, Ryder C, Mackean T, Edmondson W, Sjoberg D, McDermott D, et coll. Assessing cultural safety in Aboriginal and Torres Strait Islander Health. *Aust J Rural Health.* 2021;29(2):201-210.

117. Oosman S, Durocher L, Roy TJ, Nazarali J, Potter J, Schroeder L, et coll. Essential elements for advancing cultural humility through a community-based physical therapy practicum in a Métis community. *Physiother Can.* 2019;71(2):146-57.
118. Alexander-Ruff JH. Inquiry into the cultural consciousness of nursing students during a one-week cultural immersion service learning experience within an American Indian community. Bozeman, Montana : Montana University; 2016.
119. Thackrah RD, Wood J, Thompson SC. Cultural respect in midwifery service provision for Aboriginal women: longitudinal follow-up reveals the enduring legacy of targeted program initiatives. *Int J Equity Health.* 2020;19:210.
120. Wilson AM, Delbridge R, Palermo C. Supporting dietitians to work in Aboriginal health : Qualitative evaluation of a Community of Practice mentoring circle. *Nutr Diet.* 2017;74(5):488-94.
121. Barnabe C, Kherani RB, Appleton T, Umaefulam V, Henderson R, Crowshoe L. Participant-reported effect of an Indigenous health continuing professional development initiative for specialists. *BMC Med Educ.* 2021;21:116.
122. Delbridge R, Wilson A, Palermo C. Measuring the Impact of a community of practice in Aboriginal health. *Studies in Continuing Education.* 2018;40(1):62-75.
123. Fleming T, Creedy DK, West R. Impact of a continuing professional development intervention on midwifery academics' awareness of cultural safety. *Women Birth.* 2017;30(3):245-52.
124. Chapman R, Martin C, Smith T. Evaluation of staff cultural awareness before and after attending cultural awareness training in an Australian emergency department. *International Emergency Nursing.* 2014;22(4):179-84.
125. Fleming T, Creedy DK, West R. The influence of yarning circles: A cultural safety professional development program for midwives. *Women Birth.* 2020;33(2):175-85.
126. Liaw ST, Hasan I, Wade V, Canalese R, Kelaher M, Lau P, et coll. Improving cultural respect to improve Aboriginal health in general practice: a multi-methods and multi-perspective pragmatic study. *Aust Fam Physician.* 2015;44(6):387-92.
127. Liaw ST, Wade V, Furler JS, Hasan I, Lau P, Kelaher M, et coll. Cultural respect in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2019;210(6):263-8.
128. Patten CA, Lando H, Resnicow K, Decker PA, Smith CM, Hanza MM, et coll. Developing health communication messaging for a social marketing campaign to reduce tobacco use in pregnancy among Alaska native women. *J Commun Healthc.* 2018;11(4):252-62.
129. Glover M, Kira A, Johnston V, Walker N, Brown N, Thomas D. Australian and New Zealand Indigenous mothers' report respect for smoking bans in homes. *Women Birth.* 2015;28(1):1-7.
130. Gubhaju L, Williams R, Jones J, Hamer D, Shepherd C, McAullay D, et coll. "Cultural security is an on-going journey..." exploring views from staff members on the quality and cultural security of services for Aboriginal families in western Australia. *Int J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(22).
131. Day AT, Tang L, Karam-Hage M, Fakhry C. Tobacco treatment programs at National Cancer Institute-designated cancer centers : A systematic review and online audit. *Am J Clin Oncol.* 2019;42(4):407-10.
132. Cantera CM, Puigdomenech E, Ballve JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et coll. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: A systematic review. *BMJ Open.* 2015;5(10):e008807.

133. Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings : A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2010;51(3-4):199-213 .
134. Kegler MC, Anderson K, Bundy LT, Knauf D, Halfacre J, Escoffery C, et coll. A Qualitative Study about Creating Smoke-free Home Rules in American Indian and Alaska Native Households. *J Community Health.* 2019;44(4):684-93.
135. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.* Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110-20.
136. Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, J. S. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal.* 2020.
137. Gouvernement du Canada. Indigenous Peoples and communities [Internet]. 2021. Accessible sur le site Web : <https://www.canada.ca/en/services/indigenous-peoples/about-indigenous-peoples-and-communities.html>
138. Rey M, Grinspun D, Costantini L, Lloyd M. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation.* Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31-68.
139. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M et coll. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
140. Centre de ressources Meilleur départ. *Creating circles of support for pregnant women and new parents : a manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum.* Toronto (Ont.), 2009. Accessible sur le site Web : https://www.beststart.org/resources/ppmd/pdf/circles_of_support_manual_fnl.pdf
141. Brock MJ, Fowler LB, Freeman JG, Richardson, DC, Barnes, L.J. Cultural immersion in the education of healthcare professionals: A systematic review. *J Educ Eval Health Prof.* 2019;16(4).
142. Evans C, Yeung E, Markoulakis R, Guilcher, S. An online community of practice to support evidence-based physiotherapy practice in manual therapy. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34(4):215-23.
143. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies.* 2016(11):305-21.
144. FemNorthNet. Colonialism and its impacts: fact sheet #3. Ottawa (Ont.) : Institut canadien de recherche sur les femmes; 2016. Disponible ici : <https://www.criaw-icref.ca/wp-content/uploads/2021/04/Local-Women-Matter-3-Colonialism-and-its-impacts.pdf>
144. Landy R, Cameron C, Au A, Cameron D, O'Brien KK, Robrigado, K, et coll. Education strategies to enhance reflexivity among clinicians and health professional students: A scoping review. *Forum Qualitative Social Research Sozialforschung.* 2016;17(3):1-25.
146. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D et coll. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health.* 2012;11(59).
147. Hemsing N, Greaves L, Poole N. Tobacco cessation interventions for underserved women. *J Soc Work Pract Addict.* 2015;15(3):267-87.

148. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5):1-9.
149. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):Manuscript 4.
150. Statistique Canada. Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 census [Internet]. 2016. Accessible sur le site Web : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-info-eng.htm>
151. Inuit Tapiriit Kanatami. Who are we [Internet]. Ottawa (ON) 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.itk.ca/national-voice-for-communities-in-the-canadian-arctic/>
152. Māori Dictionary. Definition of Māori [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : <https://maoridictionary.co.nz/>
153. The Cochrane Collaboration. Glossary [Internet] [lieu inconnu]: The Cochrane Collaboration; 2020. Accessible sur le site Web : <https://community.cochrane.org/style-manual/names-common-terms-and-terminology>
154. Joanna Briggs Institute. Apply PCC [Internet]. 2021. Accessible sur le site Web : <https://guides.library.unisa.edu.au/ScopingReviews/ApplyPCC>
155. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014;67(6):436-40.
156. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2014.
157. Rockers PC, Rottingen JA, Shemilt I, Tugwell P, Barnighausen T. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research *Health Policy*. 2015;119(4):511-21.
158. Consortium NAQR. Measuring quit rates. Quality improvement initiative Phoenix, AZ. 2009. Accessible sur le site Web : https://cdn.ymaws.com/www.naquitline.org/resource/resmgr/docs/naqc_issuepaper_measuringqui.pdf.
159. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Practice reflection: learning from practice. 2015. Accessible sur le site Web : <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/webcasts/practice-reflection-videos/>
160. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Social movement in the context of knowledge uptake and sustainability definition. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2020 (travaux non publiés).
161. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, Keith CK, Beattie L, Nickleson LE. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm*. 1999;29(3):11-20.
162. Brouwers M, Kho ME, Browman GP. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J*. 2010;182(18):E839-42.
163. The Cochrane Collaboration. RoB 2: A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials 2020. Accessible sur le site Web : <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>.
164. Sterne J, Hernán M, Reeves B, Savović J, Berkman N, Viswanathan M, et coll. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. 2016;355:i4919.
165. Whiting P, Savovic J, Higgins JPT, M. CD, Reeves BC, Sheaf B, et coll. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225-34.
166. Critical Appraisal Skills Programme. CASP checklists [Internet]. 2018. Accessible sur le site Web : <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

167. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et coll. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049-51.
168. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et coll. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
169. Welch VA, Akl EA, Guyatt GH, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Ansari M, et coll. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90:59-67.
170. National Cancer Institute. Cigarette [Internet]. s.d. Accessible sur le site Web : <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cigarette>
171. Centers for Disease Control and Prevention. Cigars [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/cigars/index.htm
172. Centers for Disease Control and Prevention. Hookahs [Internet] 2020. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/hookahs/index.htm
173. Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques. Roll-Your-Own-Tobacco [Internet]. 2019. Accessible sur le site Web : <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/roll-your-own-tobacco>
174. National Cancer Institute. Pipe [Internet]. s.d. Accessible sur le site Web : <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/pipe>
175. National Cancer Institute. Electronic cigarette [Internet]. s.d. Accessible sur le site Web : <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/electronic-cigarette>
176. U.S food and Drug Administration. Vaporizers, E-cigarettes, and other Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS) [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/vaporizers-e-cigarettes-and-other-electronic-nicotine-delivery-systems-ends>
177. National Cancer Institute. Chewing tobacco [Internet]. s.d. Accessible sur le site Web : <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chewing-tobacco>
178. Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless tobacco: Products and marketing [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/smokeless/products_marketing/index.htm
179. Ward C.; Branch CF, C. What is Indigenous cultural safety - and why should I care about it? *Visions*. 2016;11(4).
180. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et coll. Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions*. 2006;26(1):13-24.
181. Walker L, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing* (Vol. 6). Upper Saddle River (NJ) : Pearson/Prentice Hall; 2019.
182. Réseau canadien d'info-traitements sida. Indigenous-centred approaches to harm reduction approaches and hepatitis C programs [Internet]. 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.catie.ca/sites/default/files/catie-indig-rep-2020-enb.pdf>

Annexe A : Glossaire

Autochtone : Terme utilisé pour décrire collectivement les premiers habitants de ce qui est aujourd'hui le Canada, et comprend les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que leurs descendants. Ce sont des groupes séparés et distincts, chacun ayant un patrimoine, une langue, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques et diversifiées (137). Le terme est entré dans l'usage courant après l'inclusion de cette définition dans la *Loi constitutionnelle canadienne* de 1982 (14). Ce terme est fréquemment utilisé pour identifier les premiers peuples (habitants) d'Australie (14).

Autodétermination : La capacité des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada à déterminer leur avenir. Pour cela, il faut affronter et inverser les héritages de la colonisation, de la discrimination et de l'étouffement culturel (16, 34). L'autodétermination construit un ordre social et politique en utilisant des processus de compréhension et de respect mutuels (34). La protection des droits des peuples autochtones du Canada et leur capacité à exercer leur droit à l'autodétermination constituent la meilleure façon d'avancer et « l'antidote le plus puissant » contre toute nouvelle violation des droits de la personne des peuples autochtones (34).

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes : Un tableau qui aide les groupes d'experts sur une ligne directrice à prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir examiné des données. L'objectif d'un cadre pour une prise de décision éclairée par des données probantes est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer sur la recommandation, d'informer les membres du comité d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention examinée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (10).

Cercle de soins : Une équipe composée de membres de la communauté et de plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et des services de santé complets et de qualité, à des personnes à l'intérieur des établissements de santé et de bien-être, entre ces établissements et dans l'ensemble de ceux-ci (6). Les membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les membres de la communauté autochtone peuvent inclure : les guérisseurs traditionnels, les aînés et les gardiens des savoirs, les sages-femmes, les doulas, les tantes, le personnel infirmier, les professionnels de la santé communautaires, les travailleurs sociaux, les médecins et les pharmaciens.

Cercle de soutien : Les soutiens de guérison comprennent les catégories instrumentale, informationnelle, émotionnelle et thérapeutique. Les femmes autochtones enceintes ou en post-partum et les parents peuvent trouver du soutien auprès d'un cercle de membres de la famille immédiate et élargie, de membres de la communauté, d'amis et de pairs, de fournisseurs de soins de soutien et d'autres personnes importantes dans la communauté de cette personne (140).

CERQual : Le CERQual (Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives) est une approche méthodologique servant à évaluer le degré de confiance que l'on peut accorder aux constatations découlant d'un ensemble de données qualitatives sur un résultat recherché. Cette méthode d'évaluation permet de déterminer en toute transparence si les études retenues lors de la revue systématique de la documentation reflètent assez fidèlement le phénomène étudié, ce qui peut faciliter la tâche des groupes d'experts des lignes directrices chargés de formuler des recommandations en matière de santé (139).

Voir les critères du CERQual

Colon : Aux fins de la présente LDPE, un colon au Canada signifie que vous n'êtes pas autochtone, ou que vos ancêtres ne le sont pas, et que vous ou vos ancêtres êtes entrés au Canada dans le but de vous établir de façon permanente ou d'habiter des terres qui étaient auparavant habitées par des peuples autochtones.

Colonisation : Les colons européens se sont emparés des terres et des territoires traditionnels de nombreuses Premières Nations pour des raisons de colonisation, de commerce et de militarisme, ainsi que pour l'extraction de ressources naturelles sur des terres aujourd'hui connues sous le nom du Canada (144). Le gouvernement du Canada a alors imposé le déplacement et la colonisation de nombreuses communautés autochtones, la signature de traités et l'adoption de la *Loi sur les Indiens*, une législation qui a eu des répercussions catastrophiques sur la spécificité culturelle, sociale et politique des peuples autochtones (144).

Communauté de pratique : Un environnement d'apprentissage social en ligne qui utilise la technologie pour favoriser une forte participation et un engagement mutuel entre des praticiens géographiquement dispersés (142). Les participants s'engagent dans un processus d'apprentissage collectif dans un domaine partagé, partagent un objectif commun et apprennent à faire une pratique plus efficacement en interagissant régulièrement. Les méthodes de conception incluses sont une facilitation cohérente, des questions directrices et des affectations collaboratives qui favorisent la création et le partage de connaissances entre les participants au fil du temps (142).

Consensus : Processus utilisé par un groupe pour que ses membres puissent parvenir à un accord dans le cadre de la méthode de Delphes ou de la méthode de Delphes modifiée (143). Un consensus de 70 % des membres votants du comité était requis pour déterminer la force des recommandations de la présente LPDE.

Critères du CERQual : L'évaluation du degré de fiabilité des données de chaque étude au moyen de la méthode CERQual tient compte de quatre éléments :

1. *Les limites méthodologiques*, qui portent sur les questions relatives au plan de l'étude primaire ou sur les problèmes liés à la manière dont elle est menée.
2. *La pertinence*, qui consiste à évaluer les études primaires qui étayaient une constatation et à prendre une décision quant à son applicabilité à la population, au phénomène étudié et au contexte décrits dans la question de recherche.
3. *La cohérence*, qui consiste à évaluer si les études primaires fournissent des données suffisantes et une explication convaincante des constatations recueillies lors de l'examen.
4. *Le caractère adéquat des données*, qui consiste en une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données qui étayaient les constatations recueillies lors de la revue ainsi que le phénomène étudié (139).

Voir *CERQual*

Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) : L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) le 13 septembre 2007. Ce document est l'instrument international le plus complet sur les droits inhérents des peuples autochtones (16). La DNUDPA définit un cadre universel qui énonce les normes minimales pour la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones du monde et développe les normes existantes en matière de droits de l'homme et de libertés fondamentales telles qu'elles s'appliquent aux situations particulières des peuples autochtones (16).

Déclassement : Le degré de certitude des données diminue lorsque les limites inhérentes à chaque étude peuvent biaiser les résultats dans les systèmes GRADE et GRADE-CERQual (148). À titre d'exemple, un ensemble de données quantitatives pour un résultat prioritaire peut être considéré au départ comme ayant un degré de certitude élevé, puis être déclassé d'un ou deux degrés en raison de limitations importantes en regard d'un ou de plusieurs des cinq critères de classement (148).

Délié : Le fournisseur de soins de santé travaille avec la femme et le partenaire ou le membre de la famille séparément, pour explorer le comportement tabagique individuel et les approches de renoncement au tabac (147).

Déterminants autochtones de la santé : La santé autochtone est influencée par des déterminants autochtones de la santé complexes, qui se croisent et sont liés entre eux, et qui entraînent des inégalités en matière de santé. Ils sont d'origine structurelle, historique et contemporaine et influencent la santé et le bien-être autochtones. Les déterminants autochtones de la santé vont au-delà des seuls déterminants sociaux. Les déterminants structurels de la santé autochtone peuvent être proximaux, intermédiaires et distaux et sont tous interconnectés.

Déterminants proximaux : Comprennent les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, tels que le développement de la petite enfance, le revenu, le statut social, la formation et l'alphabétisation, le réseau de soutien, l'emploi, le logement, les conditions de travail, la culture et l'identité de genre. Les expériences de désavantage social peuvent avoir des répercussions sur la santé autochtone.

Déterminants intermédiaires : Ce sont ceux qui peuvent entraver ou faciliter la santé par le biais de systèmes qui relient les déterminants proximaux et distaux tels que les soins de santé et la formation, mais aussi les déterminants propres aux Autochtones qui incluent la relation avec la terre, les réseaux de parenté, les langues et cérémonies traditionnelles et le partage des connaissances.

Déterminants distaux : Ils ont les plus importantes répercussions et représentent les fondements historiques, politiques, idéologiques, économiques et sociaux tels que la capacité d'accéder aux services de soins de santé, par exemple les Premières Nations vivant dans des réserves. Les déterminants distaux comprennent également les visions du monde, la spiritualité et l'autodétermination (22).

Dirigé par la communauté : Lorsque la communauté est impliquée dans l'élaboration ou la mise en œuvre de services en collaboration avec d'autres intervenants tels que les dirigeants communautaires, les gardiens du savoir, les professionnels de la santé communautaires ou les fournisseurs de soins de santé.

Dirigé par les Autochtones ou par la communauté : Implique les membres de la communauté autochtone, qui peuvent comprendre des aînés, des gardiens du savoir, des dirigeants communautaires, des fournisseurs de soins de santé, des professionnels de la santé et des membres de la communauté, dans l'élaboration, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac. Ceci afin de s'assurer que l'intervention est respectueuse, culturellement sûre et adaptée aux besoins de leur communauté (79-82).

Données probantes directes : Dans la présente LDPE, les données probantes directes font référence aux constatations de la revue systématique qui se rapportent aux populations autochtones.

Données probantes indirectes : Dans la présente LDPE, les données probantes indirectes font référence aux constatations des revues systématiques qui concernent les populations non autochtones. Toutefois, le comité d'experts estime que cette documentation est applicable aux interventions auprès des populations autochtones.

Engagement : Dans la présente LDPE, le résultat « engagement » fait référence au nombre de personnes qui restent et terminent un programme.

Énoncé de pratique exemplaire : Un énoncé qui s'adresse principalement au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes et à leurs familles dans tous les contextes de soins, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins aigus, les soins de longue durée, les soins primaires et communautaires, ou la réadaptation. Il s'agit d'une pratique déjà reconnue comme étant bénéfique ou recommandée.

L'énoncé de pratique exemplaire de la présente ligne directrice est réputé être si bénéfique qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique de la documentation pour prouver son efficacité. Ces énoncés ne sont pas fondés sur une revue systématique de la documentation, et leur force (recommandation conditionnelle ou forte) ou le degré de certitude des données sur lesquelles elles reposent ne fait pas l'objet d'une évaluation (9).

Espace éthique : Un partenariat se forme lorsque deux sociétés ayant des visions du monde différentes sont prêtes à s'engager l'une envers l'autre. Un espace éthique d'engagement propose un cadre comme méthode d'examen de la diversité et du positionnement des peuples autochtones et de la société occidentale dans la poursuite de discussions pertinentes sur les questions juridiques autochtones et l'intersection des lois autochtones et des systèmes juridiques canadiens (13).

Essai clinique randomisé (ECR) : Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe témoin (aucune intervention ou administration de placebo) (153).

Étude quasi expérimentale : Une étude qui estime les effets causaux en observant l'exposition d'intérêt (c'est-à-dire les conceptions avant et après), mais dans laquelle les expériences ne sont pas directement contrôlées par le chercheur et ne sont pas randomisées (157).

Expérience d'immersion : Une forme d'apprentissage clinique et expérimental qui implique que l'étudiant en profession de santé vive et travaille (étude) dans un cadre de pratique tel qu'une communauté autochtone rurale (113). L'immersion dans la communauté offre de riches possibilités d'enseignement et d'apprentissage aux enseignants et aux étudiants pour comprendre le rôle de la culture dans les soins de santé. Une expérience d'immersion peut offrir aux étudiants une expérience d'apprentissage puissante, qui change la vie (114), car ils peuvent acquérir une compréhension, une expérience et une confiance dans le développement de relations et la prestation de services culturellement sûrs (114).

Femmes et personnes : Terme utilisé pour reconnaître que toutes les personnes capables de devenir enceintes ne s'identifient pas comme une « femme ». Il est important de noter que le genre n'est pas une assignation binaire; il peut faire référence à l'expérience individuelle ou sociale d'être un homme, une femme, les deux ou aucun. Les normes sociales, les attentes et les rôles liés au genre varient selon le temps, l'espace, la culture et les individus.

Fournisseur de soins de santé : Désigne à la fois les professionnels réglementés (p. ex., les membres du personnel infirmier, les médecins, les diététiciens et les travailleurs sociaux) et non réglementés (p. ex., les travailleurs de la santé communautaires) qui font partie du cercle de soins.

Fournisseur de soins de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (7).

Fournisseur de soins de santé non réglementé : Les fournisseurs de soins de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminés par leur employeur et leur milieu d'emploi. Ils ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (8).

GRADE : (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]). Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants et/ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (10).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. *Le risque de biais*, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. *Le degré de cohérence* d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. *Le degré d'imprécision*, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants et/ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue *le degré d'applicabilité* des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux constatations énoncées dans la question de recherche.
5. *Le degré de biais de publication*, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (10).

Holistique : Comprend l'équilibre entre les aspects mentaux, émotionnels, spirituels et physiques de la santé. Le terme holistique est utilisé par de nombreuses communautés autochtones pour refléter la globalité de la personne et l'accent mis sur le bien-être de la personne plutôt que sur une maladie. Cela peut inclure les relations avec la famille, la communauté, la spiritualité, la culture et la terre d'une personne (182).

Immersion clinique : Une méthode éducative ayant pour but d'accroître les connaissances et la sensibilité culturelles (141). Une immersion clinique offre la possibilité d'un apprentissage transformationnel grâce à des interactions directes avec des populations culturellement diverses (141).

Indien : L'utilisation de ce terme au Canada est considérée comme désuète et offensante lorsqu'il est utilisé par des personnes non autochtones. Il s'agit d'un terme juridique utilisé pour représenter une personne des Premières Nations ayant le statut d'indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* (14). Ce terme peut encore être utilisé dans d'autres juridictions internationales.

Infirmière/infirmier : Désigne les infirmières ou infirmiers autorisés, les infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières ou infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières ou infirmiers exerçant des fonctions de pratique avancée, telles que les infirmières ou infirmiers praticiens et les infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés (7).

Intervenant : Personne, groupe ou organisme qui a un intérêt particulier dans les décisions et les activités des organismes et qui pourrait tenter d'influer sur leurs décisions et leurs actions (161). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés directement ou indirectement par un changement ou une solution à un problème.

Inuit : Les Premières Nations qui résident aujourd’hui dans environ 51 communautés réparties dans l’Inuit Nunangat, la patrie des Inuits dans le nord du Canada qui comprend 35 % de la masse terrestre du Canada et 50 % de la ligne côtière du Canada (151). Le Nunangat s’étend sur quatre régions : le Nunavut, le Nunavik dans le Nord-du-Québec, le Nunatsiavut dans le Nordlabrador et la région des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest (151). Les Inuits sont uniques en ce qui concerne leur histoire, leur langue, leur culture, leurs pratiques culturelles et leurs croyances spirituelles. Le terme Inuit est le terme pluriel pour parler du peuple, et un individu est appelé Inuk (personne).

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires : Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes. Elles fournissent des recommandations pour les infirmières et les membres de l’équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants et les responsables de l’élaboration des politiques, les personnes concernées et leur famille. Elles portent sur des sujets cliniques précis et visent la création d’un environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l’excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l’éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possible (138).

Loi sur les Indiens : La législation du gouvernement fédéral canadien (loi) concernant les questions relatives au statut d’indien, aux bandes et aux communautés des réserves (18). Elle accorde au gouvernement canadien le droit de réglementer et d’administrer diverses affaires et la vie quotidienne des Indiens inscrits et des communautés des réserves (18). Il s’agit notamment d’un contrôle politique global qui consiste à déterminer qui est considéré comme un membre des Premières Nations ou comme un Indien, à imposer des structures de gouvernance telles que les conseils de bande et à contrôler les droits des peuples des Premières Nations à pratiquer leurs cultures et leurs traditions (14). De plus, la *Loi sur les Indiens* donne au gouvernement fédéral canadien le droit de déterminer l’assise territoriale comme les réserves (14). La *Loi sur les Indiens* a été promulguée en 1876 et a fait l’objet de plusieurs modifications, mais elle conserve une grande partie de son contenu et de sa forme d’origine (14).

Māori : Premiers peuples autochtones de Nouvelle-Zélande ayant une ascendance et une descendance Māori distinctes (152).

Méta-analyse : Revue systématique de la documentation qui utilise des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études examinées (153).

Voir *revue systématique*.

Métis : L’origine du peuple métis remonte au XVII^e siècle avec le mariage entre les premiers hommes européens (principalement d’Écosse et de France) et les femmes des Premières Nations dans les régions occidentales du Canada (42). Au cours des 200 années suivantes, la nation métisse a donné naissance à une culture et à une langue distinctes (le michif) et a occupé un rôle stratégique dans le commerce des fourrures (42).

Mouvements sociaux dans un contexte de prise en compte des données probantes et de la durabilité : Personnes, groupes ou organismes qui, en tant qu’agents de changement volontaires et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats en matière de santé (160).

Pathologiser : Un fournisseur de soins de santé pathologise une personne autochtone lorsqu’il croit à un stéréotype selon lequel l’état de santé d’une personne autochtone et les inégalités en matière de santé qu’elle peut connaître sont principalement liés à des choix personnels ou à des faiblesses génétiques (30).

Périnatale : Désigne la période qui comprend la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

Peuples et communautés autochtones : La *Constitution canadienne* reconnaît trois groupes de peuples autochtones : Premières Nations, Inuits et Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (18). Dans un recensement de 2016, plus de 1,67 million de personnes au Canada se sont définies comme étant des Premières Nations, des Inuits ou des Métis (18). La population autochtone réelle est probablement relativement plus élevée, car certaines personnes et familles n'ont pas accès ou choisissent de ne pas participer à la collecte de données gouvernementales ou de recensement.

Les peuples autochtones du Canada sont les populations qui connaissent la croissance la plus rapide et qui sont les plus jeunes du pays (augmentation de 42,5 % entre 2006 et 2016, et 44 % de moins de 25 ans en 2016) (18).

Portée : Dans la présente LDPE, la portée des résultats fait référence au nombre de personnes inscrites à un programme.

Post-partum : La période de six mois après l'accouchement.

Pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes : L'intégration des données probantes de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (149).

Pratique réflexive : Un processus intentionnel de réflexion, d'analyse et d'apprentissage, identifiant ses besoins d'apprentissage et s'engageant dans un plan d'action (159). Dans de nombreuses juridictions, la pratique réflexive est une attente de légiférer et les professionnels de la santé s'engagent annuellement dans la pratique réflexive et l'élaboration d'un plan d'apprentissage (159). Cela démontre un engagement envers l'apprentissage tout au long de la vie et la compétence continue (159).

Premières Nations : Terme utilisé pour décrire les Premières Nations et leurs descendants, qui ne se définissent pas comme Inuits ou Métis dans ce qui est maintenant connu comme le Canada (14). Il existe actuellement plus de 600 communautés distinctes des Premières Nations au Canada et plus de 200 communautés des Premières Nations (réserves) en Ontario (150). Ces communautés sont diverses et distinctes les unes des autres, et représentent de nombreux peuples autochtones du Canada.

Question de recherche sur la PPC : Un cadre pour définir une question de recherche qualitative. Il précise les trois composantes suivantes :

1. La population qui fait l'objet de l'étude;
2. Le phénomène d'intérêt qui se rapporte à un événement, une activité, une expérience ou un processus défini;
3. Le contexte, qui est le cadre ou les caractéristiques distinctes (154).

Question de recherche sur la PICR : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude;
2. L'intervention à examiner;
3. L'intervention alternative ou de comparaison;
4. Les résultats qui présentent un intérêt (10).

Question de recommandation : Un domaine de recherche prioritaire en matière de pratique, de politique ou de formation, cerné par les membres du comité d'experts et nécessitant des données probantes pour y répondre. Une question de recommandation peut également servir à clarifier un sujet qui prête à ambiguïté ou à controverse. Une question de recommandation est à la base de la question de recherche, qui à son tour guide la revue systématique de la documentation.

Rafle des années 60 : Terme désignant l'appréhension et le retrait d'enfants autochtones de leur famille, sans le consentement des parents ou de la communauté, par les services gouvernementaux de protection de l'enfance au cours des années 1960, et le placement ultérieur de ces enfants dans le système de protection de l'enfance à travers le Canada. Ce retrait d'enfants autochtones de leur foyer et de leur communauté était disproportionné par rapport au retrait d'enfants non autochtones. La plupart des enfants autochtones étaient placés dans des familles non autochtones, où beaucoup voyaient leur héritage nié et leur identité supprimée. Veuillez consulter la référence pour en savoir plus (14).

Recherche qualitative : Une approche de la recherche qui consiste à montrer comment le contexte social permet d'expliquer le comportement des personnes et leurs expériences et à utiliser une démarche interactive et subjective pour étudier les phénomènes et les décrire (155).

Recherche quantitative : Une approche de la recherche qui étudie les phénomènes avec des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (156).

Recommandation relative à la formation : Des recommandations qui s'adressent aux responsables de la formation du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle. Les parties responsables sont les enseignants, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs, les institutions universitaires (établissements) et les organismes de services de santé.

Recommandation relative à la pratique : Des recommandations s'adressant au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle qui fournissent des soins directs aux personnes, et un soutien à leur famille, dans le cadre de soins primaires, de soins communautaires et de soins maternels et infantiles.

Recommandations relatives au système, à l'organisme et à la politique : Les recommandations peuvent s'appliquer à divers destinataires, notamment le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle, les gestionnaires, les administrateurs et les décideurs politiques. Ces destinataires sont responsables de l'élaboration des politiques et de l'obtention des soutiens nécessaires au sein des organismes ou de la communauté au sens large, y compris les lieux de travail, dans le but de mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Recommandation : Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR)). Une recommandation, qui est basée sur une revue systématique de la documentation, est faite en tenant compte des points suivants : (a) les avantages et les inconvénients; (b) les valeurs et les préférences; et (c) l'équité dans l'accès aux soins. Le comité d'experts décide par consensus si une recommandation est forte ou conditionnelle.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (10).

Réconciliation : Un processus continu dans lequel les Canadiens non autochtones doivent reconnaître les événements néfastes du passé et les répercussions dévastatrices qu'ils ont eues et continuent d'avoir sur les peuples autochtones du Canada. Pour cela, il faut une prise de conscience du passé, la reconnaissance du mal qui a été infligé, l'expiation de la cause et un engagement à agir et à changer de comportement. Ce processus implique l'établissement et le maintien de relations mutuellement respectueuses avec les peuples autochtones à l'avenir (34).

Réflexivité critique : La réflexivité critique implique que l'étudiant en santé ou le fournisseur de soins de santé soit capable de se connecter à ses propres hypothèses, valeurs et préjugés internes qui influencent sa prise de décision et la prestation des soins de santé. La réflexivité implique la capacité de réfléchir de manière critique et de comprendre comment les situations sociales (systèmes de croyances) et les expériences de privilège ou de désavantage façonnent la manière dont nous comprenons le monde et produisons des connaissances (145). Pour que les cliniciennes ou cliniciens puissent comprendre et traiter les inégalités en matière de santé, il est essentiel qu'ils aient une idée de leur relation avec les structures de privilège et d'oppression (146). La réflexivité est une compétence qui nécessite de la pratique et un apprentissage continu tout au long de la carrière. La capacité de réflexivité est essentielle, car elle éclaire les décisions cliniques, ce qui peut conduire à une amélioration de la prestation des services et des résultats pour les patients (145).

Réseau de soutien : Les individus que la personne identifie comme importants dans sa vie. Ce réseau peut inclure des personnes qui sont apparentées (biologiquement, émotionnellement ou légalement) ou celles qui ont des liens étroits (amitiés, engagements, partage des responsabilités ménagères et d'éducation des enfants, et attachement romantique) (5).

Résultats : Une variable dépendante, ou bien l'état clinique et/ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : (a) déterminants pour la prise de décision; (b) importants sans être déterminants; (c) sans importance. Ces résultats permettent de mieux cibler la recherche d'études et la revue systématique de la documentation (10).

Revue systématique : Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (153).

Voir *méta-analyse*

Sécurisation culturelle : La sécurisation culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît et vise à corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé (4). La sécurisation culturelle crée un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé. Les personnes, les familles et les communautés autochtones devraient pouvoir partager leurs points de vue, poser des questions et être respectées par les fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne leurs croyances, leurs comportements et leurs valeurs (4).

Tabac commercial : Le tabac commercial est fabriqué pour un usage récréatif et habituel sous forme de cigarettes, de tabac sans fumée, de tabac à mâcher, de tabac à pipe, de cigares et de narguilé. Le tabac commercial est produit et vendu dans un but lucratif. Il contient des milliers de substances chimiques et produit des composés chimiques dont beaucoup sont cancérigènes, contribuent aux maladies cardiovasculaires, à la bronchopneumopathie chronique obstructive, à l'emphysème, à l'asthme, au diabète, aux cancers (poumon, colorectal, cervical, rein, foie et estomac) et peuvent entraîner une mort prématurée (2). La consommation du tabac commercial présente également des risques pour le fœtus, tels qu'un faible poids à la naissance et une probabilité accrue de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) (3). L'exposition à la fumée secondaire du tabac commercial est également à l'origine d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons et les jeunes enfants (3). La nicotine est la principale substance addictive contenue dans le tabac commercial (2).

Voir *tabac traditionnel*

Tabac traditionnel : Le tabac traditionnel est une plante naturelle qui est considérée comme l'un des quatre médicaments sacrés (tabac, sauge, cèdre et foin d'odeur) pour certaines communautés des Premières Nations et des Métis. Il est cultivé et utilisé par de nombreuses populations des Premières Nations et Métis à des fins médicinales, sacrées et cérémonielles. Le tabac traditionnel n'est pas inhalé, mais il est brûlé pour créer de la fumée utilisée lors de cérémonies telles que la purification par la fumée. Chez certaines Premières Nations, le tabac traditionnel est également utilisé comme offrande culturelle pour rendre grâce (35).

Tabagisme : Aux fins de la présente LDPE, le tabagisme fait référence à toutes les formes de consommation du tabac commercial, y compris, mais sans s'y limiter, les cigarettes, les cigares, les cigarillos, le tabac à mâcher, les produits du tabac solubles, le narguilé, la pipe à eau, la shisha, le tabac à priser, les cigarettes à rouler et les pipes. Dans la présente LDPE, les recommandations ne s'appliquent pas aux cigarettes électroniques, car il n'y a pas de recherche actuelle.

Taux de cessation : Un résultat mesuré dans le cadre de renoncement au tabac qui représente le taux ou la proportion (%) de personnes qui arrêtent de consommer du tabac commercial comme les cigarettes. Lorsqu'on mesure, il y a un numérateur et un dénominateur. Le numérateur représente le nombre de personnes qui ont arrêté ou cessé de fumer après avoir participé à une intervention de renoncement au tabac et le dénominateur représente le nombre total de personnes ayant participé à l'intervention. Cette mesure est couramment utilisée pour évaluer l'efficacité des interventions de renoncement au tabac (158).

Thérapie de remplacement de la nicotine : La thérapie de remplacement de la nicotine est une forme alternative et médicamenteuse d'apport en nicotine (p. ex., des timbres transdermiques ou des pastilles) qui ne comprend pas de toxines nocives, qui auraient autrement été inhalées avec la fumée de tabac commercial (106).

Annexe B : Lignes directrices et ressources de l'AIIAO qui s'harmonisent avec la présente LDPE

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ainsi que des ressources d'autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Allaitement maternel – Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2018. Accessible sur le site Web : HTTPS://RNAO.CA/BPG/LANGUAGE/ALLAITEMENT-MATERNEL-PROMOUVOIR-ET-SOUTENIR-L'INITIATION-L'EXCLUSIVITÉ-ET-LA-POURSUITE-
Apprentissage axé sur les besoins du client	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2012. Accessible sur le site Web : HTTPS://RNAO.CA/BPG/LANGUAGE/FACILITATION-DE-LAPPRENTISSAGE-AXÉ-SUR-LES-BESOINS-DU-CLIENT
Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario en partenariat avec l'Excellence en santé Canada. <i>Leading Change Toolkit™</i> (3^e édition). Toronto (Ont.) : AIIAO; 2021. Accessible sur le site Web : RNAO.ca/leading-change-toolkit ■ The (U.S.) National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. Get Started [internet]. [lieu inconnu] : AI Hub; c2013–2018. Accessible sur le site Web : http://implementation.fpg.unc.edu/ ■ Institut canadien pour la sécurité des patients. La trousse d'information dans le cadre du travail de l'amélioration de la qualité [internet]. [lieu inconnu]: safer healthcare now!; août 2015. Accessible sur la page Web : https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/improvementframework/pages/default.aspx ■ Dissemination & Implementation Models in Health Research & Practice [internet]. [lieu inconnu] : The Center for Research in Implementation Science and Prevention; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : https://dissemination-implementation.org/
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2013. Accessible sur le site Web : https://rnao.ca/bpg/language/développement-et-maintien-des-soins-de-santé-interprofessionnels-optimisation-des-résul

SUJET	RESSOURCE(S)
<p>Dépression périnatale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale, deuxième édition [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2018. Accessible sur le site Web : https://rnao.ca/bpg/language/évaluation-et-interventions-en-cas-de-dépression-périnatale
<p>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2015. Accessible sur le site Web : https://rnao.ca/bpg/language/soins-axés-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille
<p>Interventions antitabagiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne [internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; 2017. Accessible sur le site Web : HTTPS://RNAO.CA/BPG/LANGUAGE/INTÉGRATION-D'INTERVENTIONS-ANTITABAGIQUES-À-LA-PRATIQUE-QUOTIDIENNE ■ D'autres possibilités d'apprentissage de l'AIIAO sur les interventions en matière de tabac sont disponibles ici : rnao.ca/bpg/courses



Annexe C : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

La présente annexe donne un aperçu du processus et des méthodes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO. L'AIIAO est inébranlable dans son engagement à ce que chaque LDPE soit établie en se fondant sur les données les plus probantes dont elle dispose. Les méthodes GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation] et CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives]) ont été appliquées pour assurer un cadre rigoureux et satisfaire aux normes internationales en matière d'élaboration de lignes directrices.

Définition du champ d'application de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Le champ d'application détermine ce qu'une ligne directrice de l'AIIAO couvre et ce qu'elle ne couvre pas (voir **Objet et Champ d'application**). Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

1. **Une analyse environnementale des lignes directrices.** Un méthodologue chargé de l'élaboration des lignes directrices et un responsable de la science de la mise en œuvre ont effectué des recherches dans une liste établie de sites Web pour trouver des lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre janvier 2000 et septembre 2018. L'objectif de l'analyse environnementale des lignes directrices était de comprendre les lignes directrices existantes sur les interventions liées au tabac commercial chez les femmes autochtones prénatales et postnatales et leurs familles, afin de cerner les possibilités d'élaborer l'objectif et la portée de la présente LDPE. Une liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratiques fondées sur des données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation. Les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont été invités à proposer d'autres lignes directrices (voir l'**annexe D**). Veuillez consulter la [stratégie de recherche de lignes directrices existantes](#) qui comprend la liste des sites Web recherchés et les critères d'inclusion utilisés pour des renseignements plus détaillés.

Le contenu, l'applicabilité à la pratique des soins infirmiers, l'accessibilité et la qualité des lignes directrices ont fait l'objet d'un examen. Le méthodologue chargé de l'élaboration des lignes directrices et le responsable de la science de la mise en œuvre ont évalué cinq lignes directrices internationales à l'aide de l'outil AGREE II (162). Les lignes directrices ayant obtenu un score global de 6 ou 7 (sur une échelle de Likert de 7 points) ont été considérées comme étant de grande qualité.

Les lignes directrices suivantes ont été évaluées comme indiqué :

- Gould, G., Bittoun, R. & Clarke, M. A Pragmatic Guide for Smoking Cessation Counselling and the Initiation of Nicotine Replacement Therapy for Pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander Smokers. *The Journal of Smoking Cessation*. 2014; 1-10.
 - Score : 3 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été intégrée à la présente LDPE.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Smoking: acute, maternity and mental health services [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 27 nov. 2013. Accessible sur le site Web : <https://www.nice.org.uk/guidance/ph48/chapter/1-Recommendations>
 - Score : 6 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été utilisée dans le cadre de la présente LDPE, car elle n'est pas propre à la population autochtone.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Smoking: Stopping in pregnancy and after childbirth [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 23 nov. 2010. Mise à jour 2015.
 - Score : 6 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été utilisée dans le cadre de la présente LDPE, car elle n'est pas propre à la population autochtone.
 - Organisation mondiale de la santé (OMS). OMS recommendations for the prevention and management of tobacco use and second hand smoke exposure in pregnancy. Genève (Suisse) : WHO; 2013. Accessible sur le site Web : <https://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>
 - Score : 7 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été utilisée dans le cadre de la présente LDPE, car elle n'est pas propre à la population autochtone.
 - Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT), Centre for Addiction and Mental Health. Canadian smoking cessation clinical practice guideline. Toronto, Canada : CAN-ADAPTT, CAMH; 2011. Accessible sur le site Web : https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/PublishingImages/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines/CAN-ADAPTT%20Canadian%20Smoking%20Cessation%20Guideline_website.pdf
 - Score : 3 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été intégrée à la présente LDPE.
 - Ordean A, Wong S, Graves, L. No. 349-substance use in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can, 2017;39(10): 922–937.e2
 - Score : 5 sur 7. Cette ligne directrice a été utilisée comme ressource justificative pour une recommandation propre à la population non autochtone.
2. **Une revue de la documentation** ». Une analyse de la documentation a été entreprise afin de déterminer les interventions disponibles contre les produits commerciaux du tabac dans les populations périnatales autochtones et d'explorer les facteurs contextuels pertinents qui influencent les programmes d'intervention contre les produits commerciaux du tabac dans les communautés autochtones.
3. **Des entretiens téléphoniques avec des personnes-ressources**. Dix-neuf de ces entretiens ont été menés avec des experts dans le domaine — notamment des personnes expérimentées, des fournisseurs de soins de santé directs et des chercheurs — pour comprendre les besoins du personnel infirmier, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes expérimentées.
4. **Des visites sur place**. Il y a eu une visite sur place avec une équipe de santé autochtone urbaine et une visite sur place avec un cabinet de sages-femmes autochtones. L'objectif des visites sur place était de vivre une expérience immersive dans des environnements de santé propres aux Autochtones et de parler aux fournisseurs de soins de santé afin de comprendre les perspectives des fournisseurs et des patients en matière de soins.

Réunion du comité d'experts

L'AIIAO vise la diversité dans la composition d'un comité d'experts; cela s'aligne sur son énoncé d'organisation sur la diversité et l'inclusion, qui fait partie de la mission et des valeurs de l'AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, date inconnue). L'AIIAO souhaite également que les personnes concernées par les recommandations des LDPE, en particulier les personnes expérimentées et les familles, soient invitées à faire partie du comité d'experts.

L'AIIAO utilise différentes méthodes pour trouver et sélectionner les membres d'un comité d'experts. Celles-ci incluent :

- parcourir la documentation pour trouver de chercheurs dans le domaine concerné;
- recueillir des recommandations lors d'entretiens avec des personnes-ressources;

- s'appuyer sur des réseaux professionnels établis, tels que les groupes d'intérêt de l'AIIAO, le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers et les organisations vedettes en pratiques exemplaires (OVPE);
- contacter d'autres associations du personnel infirmier et de fournisseurs de soins de santé, des associations ou organisations techniques pertinentes et des organismes de défense des intérêts.

Aux fins de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a réuni des experts des domaines de la pratique des soins infirmiers, de la recherche, de l'enseignement et des politiques, d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle et des personnes expérimentées représentant un éventail de secteurs et de domaines de pratique (voir le **Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO** à la page 20).

Le comité d'experts a dirigé les activités suivantes :

- élaboration et approbation de l'objet et du champ d'application de la présente LDPE;
- formulation des questions de recommandation et des résultats visés par la présente LDPE;
- participation à un processus d'élaboration d'un **consensus**^G en vue de finaliser les énoncés de recommandations;
- formulation d'une rétroaction sur l'ébauche de la présente LDPE;
- participation à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation;
- désignation des intervenants appropriés pour examiner l'ébauche de la ligne directrice avant sa publication.

En plus de ce qui précède, les coprésidents du comité d'experts ont également participé aux activités suivantes :

- participation à des réunions mensuelles avec les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices et le coordinateur du projet d'élaboration des lignes directrices;
- direction des réunions du comité d'experts;
- prestation de conseils approfondis sur des questions cliniques et/ou de recherche;
- supervision du processus de vote.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des LDPE de l'AIIAO, on entend par conflit d'intérêts (CI) les situations dans lesquelles les intérêts financiers, professionnels, intellectuels, personnels, organisationnels ou autres d'un membre du comité d'experts ou du personnel de l'AIIAO peuvent compromettre sa capacité à mener les travaux du groupe de façon objective. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion en personne portant sur les lignes directrices et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a fait l'objet d'un examen par l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts.

Détermination des questions de recommandation et des résultats prioritaires

Les questions de l'AIIAO examinées dans le cadre de la revue systématique de la documentation sont formulées conformément aux questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR) et sur la population, le phénomène d'intérêt et le contexte (PPC).

En février 2019, l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts se sont réunis en personne pour déterminer les questions et les résultats prioritaires des recommandations figurant dans la présente LDPE. Une liste exhaustive de questions de recommandation susceptibles d'être intégrées à la présente LDPE a été dressée lors de la réunion. Cette démarche a été éclairée par :

- l'analyse environnementale des lignes directrices;
- la revue de la documentation;
- les entretiens avec des informateurs clés;
- les discussions du comité d'experts lors de la réunion en personne.

Cette liste exhaustive de potentielles questions de recommandation a été présentée au comité d'experts dans une enquête en ligne. Les membres du comité d'experts ont été invités à classer les questions de recommandations par ordre de priorité, de la plus haute à la plus basse. Un classement en direct a été effectué et les résultats ont été présentés au comité d'experts. Les huit premières questions de recommandation ont été considérées comme les questions de recommandation finales. Les coprésidents du comité d'experts n'ont pas participé au classement, mais ont facilité le processus de vote.

À la suite de ce vote initial et conformément aux normes du système GRADE pour l'évaluation et la présentation des données probantes, les résultats ont été déterminés et classés par ordre de priorité pour chaque question de recommandation. Une liste exhaustive de résultats par question de recommandation (de nature quantitative) a été élaborée lors de la réunion en personne, sur la base d'un examen de la documentation, d'entretiens avec des informateurs clés et des discussions du comité d'experts lors de la réunion en personne. Il a été jugé possible d'avoir trois à cinq résultats par question de recommandation.

Révisions des questions de recommandation initiales et des résultats

Il y avait huit questions de recommandation originales. Toutes les questions de recommandation et les résultats ont été revus par un expert GRADE externe. Les résultats dont la mesure a été jugée irréaliste ont été portés à l'attention de l'équipe d'élaboration de l'AIIAO par l'expert GRADE. Les commentaires ont été pris en compte et présentés au comité d'experts. Les résultats ont été affinés sur la base des commentaires et de la consultation du comité d'experts.

Pour la question de recommandation 1, le comité d'experts a révisé les résultats et limité l'intérêt à la portée et à l'engagement. En outre, le comité d'experts a suggéré de mener une recherche de données probantes indirectes dans l'ensemble de la population de femmes enceintes pour la question de recommandation 1, car les répercussions du counseling sur le renoncement au tabac dans l'ensemble de la population seraient très pertinentes pour la population autochtone. Pour les questions 1 et 5, pour lesquelles des preuves indirectes étaient recherchées, les résultats prioritaires ont été déterminés par ce qui ressortait des études incluses.

Toutes les questions de recommandation ont fait l'objet d'essais de recherche. Cependant, aucune documentation n'a été identifiée qui puisse répondre à deux des questions initiales de la recommandation. En consultation avec

les coprésidents du comité d'experts, il a été déterminé qu'il serait plus approprié de répondre à une question de recommandation sur la conduite d'une évaluation de renoncement au tabac culturellement sûre sous la forme d'un énoncé de pratique exemplaire. Pour la question de recommandation 4, l'expert GRADE externe a suggéré de mener une étude de série de cas, en recueillant systématiquement des données d'observation auprès des membres du comité d'experts. De plus, le comité d'experts a suggéré de mener une recherche de données probantes indirectes dans une population plus large en relation avec une intervention de renoncement au tabac intégrée dans des programmes de santé et de bien-être élargis, afin d'appuyer la réponse à la question 4 de la recommandation. De plus amples informations sur l'énoncé de pratique exemplaire et la réalisation de l'étude de série de cas sont décrites à la page 130.

Pour les **recommandations 3 et 7**, sur la base de l'examen GRADE externe, un format PICR a été développé sur la base de la question de la recommandation, afin d'identifier les données quantitatives.

Les sept questions de recommandation restantes et leurs questions de recherche sur la PICR et la PPC respectives ont été numérotées à nouveau et sont présentées ci-dessous.

Questions de recommandation révisées

Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander aux femmes et aux personnes autochtones de recevoir du counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum?

Question de recherche PICR n° 1 :

Recherche directe

Population : Femmes et personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum

Intervention : Toutes les formes de counseling en matière de réduction du tabagisme (individuel, en groupe, multidimensionnel, etc.) fournies par tous les fournisseurs de soins de santé du cercle de soins

Comparaison : Pas de counseling ou de soins habituels

Résultats : Portée et engagement, taux de tabagisme (prévalence [non trouvé dans cette documentation], quantité fumée [non trouvé dans cette documentation])

Recherche indirecte

Population : Femmes et personnes pendant la grossesse et la période post-partum

Intervention : Toutes les formes de counseling en matière de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac (individuel, en groupe, multidimensionnel, etc.) fournies par tout fournisseur de soins de santé dans le cercle de soins

Comparaison : Soins habituels et interventions moins intensives

Résultats : Abstinence en fin de grossesse, abstinence 6-11 mois post-partum

Question de recommandation n° 2 : Quels besoins (soutiens sociaux, culturels, environnementaux) et quelles opinions (en ce qui concerne les obstacles et les facilitateurs) les femmes et les personnes autochtones en âge de procréer, leur réseau de soutien et leur communauté expriment-ils au sujet des interventions de renoncement au tabac?

Question de recherche sur la PPC n° 2 :

Population : Les femmes autochtones en âge de procréer, leurs familles et leurs communautés

Phénomène d'intérêt : Besoins (soutiens sociaux, culturels, environnementaux) et points de vue (obstacles et facilitateurs)

Contexte : Lorsqu'elles cherchent à accéder à des ressources de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac

Question de recherche PICR n° 2 :

Population : Les peuples autochtones en âge de procréer, leurs partenaires et les membres de leur famille

Intervention : Services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac

Comparaison : Soins habituels disponibles ou accessibles

Résultats : Portée et engagement, taux de cessation, tentatives d'abandon

Question de recommandation n° 3 : Faut-il recommander des interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac intégrées à des programmes élargis de santé et de bien-être?

Question de recherche sur la PICR n° 3 :

Série de cas

Population : Les femmes et les personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum, leurs familles et leurs communautés

Intervention : La réduction du tabagisme et le renoncement au tabac sont intégrés dans des programmes de santé et de bien-être élargis

Comparaison : Pas d'intervention

Résultats : Portée, engagement et acceptabilité

Recherche indirecte

Population : Les personnes qui consomment du tabac commercial

Intervention : La réduction du tabagisme et le renoncement au tabac sont intégrés dans des programmes de santé et de bien-être élargis

Comparaison : Pas d'intervention

Résultats : Taux de cessation

Question de recommandation n° 4 : Faut-il recommander des services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes?

Question de recherche sur la PICR n° 4 :

Population : Les femmes et les personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum, leurs familles et leurs communautés

Intervention : Services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes

Comparaison : Pas de services de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac commercial adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes

Résultats : Portée, engagement, taux de cessation et tentatives d'abandon

Question de recommandation n° 5 : La pharmacothérapie (thérapie de remplacement de la nicotine, bupropion, varénicline) doit-elle être recommandée pour le renoncement au tabac chez les femmes et les personnes enceintes et en post-partum?

Question de recherche sur la PICR n° 5 :

Population : Femmes et personnes enceintes ou qui allaitent

Intervention : Pharmacothérapie (thérapie de remplacement de la nicotine, bupropion, varénicline)

Comparaison : Pas de pharmacothérapie

Résultats : Taux de cessation, fausses couches et naissances spontanées, poids moyen à la naissance

Question de recommandation n° 6 : Faut-il recommander des approches de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac dirigées par les communautés autochtones?

Question de recherche sur la PICR n° 6 :

Population : Les femmes et les personnes autochtones pendant la grossesse et la période post-partum, leurs familles et leurs communautés

Intervention : Approches de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac menées par les communautés autochtones

Comparaison : Pas d'intervention

Résultats : Portée, engagement, taux de cessation et tentatives d'abandon

Question de recommandation n° 7 : Faut-il recommander une formation de premier cycle pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ou une formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins sur la santé autochtone?

Question de recherche sur la PICR n° 7 :

Population : Étudiants des programmes professionnels de santé, infirmières, membres de l'équipe interprofessionnelle

Intervention : Développement professionnel ou formation de premier cycle concernant la santé autochtone

Comparaison : Pas de développement professionnel ou de formation de premier cycle concernant la santé autochtone

Résultats : Sécurisation culturelle, attitude, connaissance et changement de pratique (non trouvé dans cette documentation)

Collecte systématique de données

Les LDPE de l'AIIAO résultent d'une revue exhaustive et systématique de la documentation.

Aux fins de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé ont élaboré une stratégie de recherche pour chacune des questions de recherche susmentionnées. Une recherche d'études pertinentes pour les questions de recherche 1 (données probantes directes), 2, 4 et 6 publiées en anglais entre janvier 2009 et mars 2019 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Epub Ahead of Print, Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Database of Systematic Reviews, Emcare, PsychInfo et Biblio of Native North Americans.

Pour la recherche supplémentaire de données probantes indirectes pour la question de recherche 1, une mise à jour d'une revue systématique existante de haute qualité (publiée en 2017) a été réalisée. Pour la question de recherche 1, une recherche d'études contrôlées randomisées pertinentes publiées en anglais entre janvier 2017 et avril 2020 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Medline, Embase, Central Register of Controlled Trials, et CINAHL.

Une recherche de revues systématiques pertinentes pour la question de recherche 3 (données probantes indirectes) publiées en anglais entre janvier 2009 et mai 2020 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Medline, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsychInfo, CINAHL, ProQuest Theses, CMA Infobase et National Institute for Clinical Excellence.

Pour la question de recherche 5, une revue systématique récente de haute qualité (publiée en mars 2020) a été trouvée. Par conséquent, une recherche supplémentaire n'a pas été effectuée.

Une recherche d'études pertinentes pour la question de recherche 7, publiées en anglais entre janvier 2010 et décembre 2019, a été effectuée dans les bases de données suivantes : Medline, Epub Ahead of Print et In-Process, Emcare, CINAHL, ERIC et Open Gray.

Afin d'obtenir les données probantes les plus récentes, la revue systématique de la documentation a été limitée aux études publiées au cours des dix dernières années. Tous les plans d'étude ont été inclus. Les membres du comité d'experts ont été invités à parcourir leurs bibliothèques personnelles pour trouver des études pertinentes qui auraient pu échapper aux stratégies de recherche ci-dessus. Pour plus d'informations, veuillez consulter la [stratégie de recherche](#) pour les revues systématiques, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les termes de recherche.

La pertinence et l'admissibilité des études ont été évaluées de manière indépendante par deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Tout désaccord a été résolu par consensus.

Le risque de biais dans la conception des études retenues a été évalué de manière indépendante à l'aide d'outils validés et fiables. L'outil Risk of Bias 2.0 a été utilisé pour évaluer les **essais contrôlés randomisés**^G (163), l'outil ROBINS-I pour évaluer les **études quasi-expérimentales**^G et d'autres études non randomisées (164), l'outil ROBIS pour évaluer les revues systématiques de la documentation (165) et une liste de contrôle qualitative du CASP modifiée pour évaluer les études qualitatives (166). Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices se sont concertés pour parvenir à un consensus sur tous les scores.

Aux fins de l'extraction des données, les études retenues ont été réparties à parts égales entre les méthodologues. Chaque méthodologue chargé de l'élaboration des lignes directrices a extrait l'information des études qui lui ont été assignées, et cette information a été revue par l'autre méthodologue chargé de l'élaboration des lignes directrices pour en vérifier l'exactitude. Pour les études qualitatives assignées, chaque méthodologue chargé de l'élaboration des lignes directrices a extrait et organisé les données en codes à l'aide du logiciel NVivo. Les codes ont été contre-vérifiés par les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices et un consensus a été établi par le biais de discussions.

En mai 2021, le bibliothécaire des sciences de la santé a effectué une recherche actualisée des études de recherche pertinentes publiées en anglais entre la fin des dates de recherche originales (mars 2019) et mai 2021 et qui répondaient aux questions de recherche révisées 2, 3, 4, 6 et 7. La recherche actualisée a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsycINFO, Embase et Emcare. Les résultats de dix études ont été intégrés dans les discussions sur les données probantes dans toutes les recommandations. Voir le diagramme PRISMA dans l'[annexe D](#) pour les études incluses dans la recherche actualisée.

Déterminer le degré de certitude et de fiabilité des données

Degré de certitude des données

Le degré de certitude des données quantitatives (la mesure dans laquelle on peut être sûr que l'estimation d'un effet est correcte) est déterminé à l'aide des méthodes GRADE (10). On commence par évaluer le degré de certitude des données relatives à chaque résultat prioritaire des différentes études (c'est-à-dire pour l'ensemble de données), par recommandation (10). Ce processus débute par un examen du plan de chaque étude, puis des cinq facteurs suivants : le risque de biais, le degré d'incohérence, le degré d'imprécision, le degré d'applicabilité et le biais de publication. L'examen peut éventuellement se solder par le **déclassement**^G du degré de certitude des données probantes pour chaque résultat. Voir le **tableau 11** pour une définition de chaque critère de certitude.

Tableau 11 : Critères de certitude du système GRADE

CRITÈRES DE CERTITUDE	DÉFINITION
Risque de biais	Limitations dans le plan d'étude et dans l'exécution de l'étude qui peuvent biaiser ses résultats. L'évaluation du risque de biais se fait à l'aide d'outils d'évaluation de la qualité valides et fiables. Tout d'abord, on évalue le risque de biais de chaque étude, puis de l'ensemble des études pour chaque résultat défini.
Incohérence	Différences inexplicables (hétérogénéité) des résultats d'une étude à l'autre. L'incohérence est évaluée en explorant l'ampleur de la différence et les explications possibles dans la direction et l'importance des effets signalés dans les différentes études pour un résultat donné.
Applicabilité	Variabilité entre la question de recherche et d'examen et le contexte dans lequel les recommandations seraient appliquées (pertinence). Quatre facteurs du degré d'applicabilité sont évalués : <ul style="list-style-type: none"> ■ les différences quant à la population; ■ les différences dans les interventions; ■ les différences quant aux résultats mesurés; ■ les différences quant aux comparateurs.
Imprécision	Degré d'incertitude quant à l'estimation d'un effet. L'imprécision concerne généralement la taille de l'échantillon et le nombre d'événements. Les études sont examinées en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements et des intervalles de confiance.
Biais de publication	Publication sélective d'études en fonction de leurs résultats. Une forte suspicion de biais de publication peut donner lieu à un déclassement.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [Lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur le site Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Réimpression autorisée.

Après l'examen initial de la possibilité de déclasser le degré de certitude des données quantitatives, on procède à l'évaluation de trois facteurs susceptibles d'accroître le degré de certitude des données pour les études par observation :

1. **Grande ampleur de l'effet** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que l'effet de l'intervention a été évalué comme ayant une grande ampleur, on peut envisager de le relever.
2. **Gradient dose-réponse** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et qu'un gradient dose-réponse est présent, il est alors possible de le relever.
3. **Effet d'une confusion plausible** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que tous les facteurs de confusion résiduels entraînaient une sous-estimation de l'effet du traitement, il est alors possible de le relever (10).

Le système GRADE classe le degré de certitude global des données comme étant élevé, moyen, faible ou très faible. Voir le **tableau 12** pour les définitions de ces catégories.

Aux fins de la présente LDPE, les cinq critères de qualité du système de classement GRADE pouvant donner lieu à un déclassement du degré de certitude des données quantitatives et les trois critères de qualité pouvant donner lieu à une augmentation du degré de certitude des données ont été évalués de manière indépendante par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Toute divergence a été résolue par consensus. On a attribué un degré de certitude global aux données recueillies pour chaque recommandation à la lumière de ces évaluations. L'évaluation du degré de certitude des données attribué à chaque recommandation était basée sur le degré de certitude des résultats prioritaires présentés dans les études qui ont servi à étayer la recommandation.

Tableau 12 : Degré de certitude des données

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous nous attendons à ce qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [Lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur le site Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Réimpression autorisée.

Degré de fiabilité des données

Comme pour le système de classement GRADE, il existe quatre critères **CERQual**^c pour évaluer le degré de fiabilité des constatations qualitatives liées à un phénomène étudié :

1. les limites méthodologiques;
2. la pertinence;
3. la cohérence;
4. l'adéquation des données.

Voir le **tableau 13** pour les définitions de ces critères.

Tableau 13 : Critères de qualité CERQual

CRITÈRES	DÉFINITION
Limites méthodologiques	La mesure dans laquelle le plan ou la réalisation des études primaires d'où proviennent les données qui appuient une constatation tirée de l'examen de la documentation suscite des inquiétudes.
Cohérence	Une évaluation du degré de clarté et du caractère convaincant de la concordance entre les données des études primaires et les constatations tirées de l'examen de la documentation qui font une synthèse de ces données. Par caractère convaincant d'une concordance, on entend qu'elle est probante ou solidement étayée.
Adéquation des données	Une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données à l'appui d'une constatation tirée de l'examen de la documentation.
Pertinence	La mesure dans laquelle l'ensemble des données des études primaires étayant les constatations tirées de l'examen de la documentation est applicable au contexte (perspective ou population, phénomène étudié, contexte des soins) indiqué dans la question examinée dans le cadre de l'examen de la documentation.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 2, Definitions of the components of the CERQual approach; p. 5. Réimpression autorisée.

Pour les constatations qualitatives, ces quatre critères ont été évalués indépendamment par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Toute divergence a été résolue par consensus. On évalue globalement le degré de confiance attribué à chaque constatation issue de l'examen selon les évaluations ci-dessus (voir le **tableau 14** pour les différents degrés de fiabilité des données). On a attribué aux recommandations qui s'appuyaient sur des données qualitatives un degré de fiabilité global des données selon les constatations correspondantes tirées de l'examen de la documentation.

Tableau 14 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ GLOBAL DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Réimpression autorisée.

Formuler des recommandations

Synthèse des données

Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont analysé toutes les études relatives à chaque question de recherche quantitative et ont rédigé des recommandations qui répondent aux questions en conséquence. Pour les études qualitatives, les constatations de l'examen ont été utilisées pour éclairer l'ébauche de recommandations. Les deux méthodologues ont établi, pour chaque ébauche de recommandation, des profils de données classés selon le système GRADE ou les critères GRADE-CERQual. Les profils des données classés selon le système GRADE ou les critères GRADE-CERQual servent à appuyer la prise de décisions sur le degré de certitude et/ou de fiabilité des données et à fournir de l'information générale sur l'ensemble des données de recherche et sur les principaux résultats statistiques ou descriptifs (10).

Les profils des données pour l'ensemble des études quantitatives appuyaient les décisions prises par les deux méthodologues relativement aux cinq principaux critères de certitude selon le système de classement GRADE pouvant donner lieu au déclassement du degré de certitude quant à la population visée par les études, aux pays où les études ont été menées, aux principaux résultats et aux jugements transparents sur la certitude sous-jacente aux données pour chaque résultat (10). Étant donné que la présente LDPE n'a fait l'objet d'aucune **méta-analyse**^G, la synthèse des résultats a été faite de manière descriptive.

Des profils de données CERQual ont été créés pour l'ensemble des données qualitatives de chaque ébauche de recommandation, le cas échéant. Comme les profils des données de type GRADE utilisées pour la **recherche quantitative**^G, les profils de données de type CERQual ont présenté l'ensemble des données à l'appui de chaque thème lié aux résultats de chaque recommandation. Ces profils de données présentaient les décisions prises par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices concernant les quatre principaux critères CERQual et les jugements transparents sur le degré de fiabilité des données pour chaque thème.

Pour plus de détails, veuillez consulter les [profils de données](#) pour chaque recommandation, organisés par résultat.

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes

Les **cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes**^G présentent les recommandations proposées et résumant les facteurs et les considérations nécessaires fondés sur les données disponibles et le jugement du comité d'experts pour formuler les énoncés de recommandation. Ces cadres sont utilisés pour assurer que tous les facteurs importants (c.-à-d. le degré de certitude ou de fiabilité des données, les bénéfices et les inconvénients, les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins) requis pour formuler les énoncés de recommandation sont pris en compte par le comité d'experts (10). Ils intègrent à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont préparé ces cadres en se basant sur les données disponibles tirées de la revue systématique de la documentation.

Les cadres pour une prise de décision éclairée par des données utilisés pour la présente LDPE comprenaient les éléments ci-dessous pour chaque ébauche d'énoncé de recommandation (voir **tableau 15**) :

- l'information contextuelle sur l'ampleur du problème;
 - incluant la question PICO et le contexte général relatif à la question de recherche;
- le rapport entre les avantages et les inconvénients d'une intervention;
- le degré de certitude et/ou de fiabilité des données;
- les valeurs et préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Prise de décision : déterminer la direction et la force des recommandations

Les membres du comité d'experts ont examiné les cadres pour une prise de décision éclairée par des données avant de participer à une réunion en personne de deux jours visant à déterminer la direction (c.-à-d. une recommandation pour ou contre une intervention) et la force (c.-à-d. forte ou conditionnelle) des recommandations de la LDPE. Les membres du comité d'experts avaient également accès aux profils détaillés des données et aux articles dans leur intégralité.

Les coprésidents du comité d'experts et les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont dirigé la réunion en personne de manière que les discussions sur chacune des recommandations proposées soient menées en bonne et due forme.

La décision sur la direction et la force de chaque énoncé de recommandation a été prise au terme d'une discussion et d'un vote dont la majorité était fixée à au moins 70 % des membres votants du groupe. Le processus de vote, qui s'est déroulé dans l'anonymat, a été dirigé par les coprésidents du comité d'experts et les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Pour déterminer la force d'un énoncé de recommandation, les membres du comité d'experts ont été invités à tenir compte des éléments suivants (voir le **tableau 15**) :

- le rapport entre les avantages et les inconvénients d'une intervention;
- le degré de certitude et/ou de fiabilité des données;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Tableau 15 : Principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer la force des recommandations

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
Avantages et inconvénients	<p>Résultats potentiels désirables et indésirables mentionnés dans la documentation lorsque la pratique ou l'intervention recommandée est appliquée.</p> <p>« Plus la différence entre les effets désirables et indésirables est grande, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est élevée. Plus le gradient est étroit, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée » (167).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la documentation.
Degré de certitude et de fiabilité des données	<p>Le degré de confiance qu'un effet prévu est suffisamment probant pour justifier une recommandation. Le degré de confiance qu'un résultat tiré de l'examen de la documentation est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène en question (168).</p> <p>Les recommandations sont considérées comme ayant différents degrés de certitude ou de fiabilité; plus le degré de certitude ou de fiabilité est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est grande (167).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la documentation.
Valeurs et préférences	<p>L'importance ou la valeur relative des résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur la personne.</p> <p>Plus les valeurs et les préférences varient ou plus le degré d'incertitude des valeurs et des préférences est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est grande (167).</p>	Données tirées de la revue systématique de la documentation (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.
Équité dans l'accès aux soins	<p>Les effets potentiels de la pratique ou de l'intervention recommandée sur les résultats de santé ou sur la qualité des soins de santé dans différentes populations.</p> <p>Plus le potentiel d'accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé est important, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (169).</p>	Données tirées de la revue systématique de la documentation (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.

Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur le site Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>

Formulation des énoncés de pratiques exemplaires

Les membres du comité d'experts ont reçu un questionnaire comportant les cinq questions suivantes relatives à l'énoncé de pratique exemplaire sur l'évaluation du statut de fumeur culturellement sûr :

1. Cet énoncé est-il clair et réalisable?
2. Le message est-il vraiment pertinent par rapport à la pratique actuelle dans le domaine de la santé?
3. Après examen de tous les résultats pertinents en matière de santé et des conséquences potentielles qui en découlent, la mise en œuvre de l'énoncé de pratique exemplaire entraînera-t-elle des effets positifs nets importants?
4. Est-il nécessaire ou requis de procéder à une revue systématique des données pour cet énoncé?
5. Cet énoncé de pratique exemplaire s'appuie-t-il sur des données probantes claires et explicites?

Huit des treize membres du comité d'experts ont répondu à l'enquête sur l'énoncé de pratique exemplaire pour l'évaluation du statut de fumeur culturellement sûr, et leurs résultats sont les suivants :

- 8 des 8 participants ont répondu « oui » à la première question.
- 8 des 8 participants ont répondu « oui » à la deuxième question.
- 8 des 8 participants ont répondu « oui » à la troisième question.
- 7 des 8 participants ont répondu « non » à la quatrième question.
- 8 des 8 participants ont répondu « oui » à la cinquième question.

Réalisation d'une série de cas

En l'absence de données probantes directes pour la question de recherche 3, une série de cas a été réalisée pour répondre à la question de recommandation « faut-il recommander des interventions de renoncement au tabac intégrées dans des programmes de santé et de bien-être élargis? » Un formulaire électronique d'observation systématique a été rédigé et distribué aux membres du comité d'experts. L'objectif de ce formulaire était de recueillir les observations des membres du comité d'experts sur l'intégration des interventions de renoncement à la nicotine dans des programmes de santé et de bien-être élargis, dans le but de formuler une recommandation. Des questions ouvertes ont été posées concernant les types de soutien au renoncement au tabac, l'estimation de leur portée et de leur engagement, leurs répercussions générales (avantages et inconvénients) et les valeurs et préférences des personnes. Sur les treize, quatre membres du comité d'experts ont fourni des données d'observation basées sur leurs expériences. La série de cas a fait l'objet d'une évaluation de qualité à l'aide de ROBINS-I et le degré de certitude des données probantes a été déterminé par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Les résultats du formulaire d'observation systématique et le degré de certitude des données probantes ont été présentés à l'ensemble du comité d'experts. Ces données probantes directes ont été utilisées avec les données probantes indirectes trouvées dans la documentation pour soutenir l'élaboration de la **recommandation 7**.

Ressources justificatives et annexes

Les membres du comité d'experts et les intervenants ont soumis du contenu pour les ressources justificatives et les annexes tout au long du processus d'élaboration de la ligne directrice. Les deux méthodologues ont examiné les ressources justificatives et le contenu des annexes en fonction des cinq critères suivants :

1. **La pertinence** : Les ressources justificatives et le contenu des annexes doivent être pertinents à l'objet de la LDPE ou à la recommandation. Autrement dit, la ressource ou l'annexe doit être adaptée et appropriée à l'objet et au champ d'application de la LDPE ou à la (aux) recommandation(s) concernée(s).

2. **L'actualité** : Les ressources doivent être récentes et à jour. Elles doivent avoir été publiées au cours des dix dernières années ou être en conformité avec les données actuelles.
3. **La crédibilité** : L'évaluation de la crédibilité tient compte de la fiabilité et de l'expertise de l'auteur ou de l'organisme qui a rédigé la ressource. On détermine également si la ressource présente un biais, comme de la publicité ou l'affiliation des auteurs à une entreprise privée offrant des produits de soins de santé.
4. **La qualité** : Ce critère permet d'évaluer le degré d'exactitude de l'information et la mesure dans laquelle les données sur lesquelles s'appuie la source sont probantes. L'évaluation de la qualité est liée à l'objet de la ressource. On évalue, par exemple, si un outil proposé est fiable et/ou valable.
5. **L'accessibilité** : Ce critère indique si la ressource est offerte gratuitement et si elle est accessible en ligne.

Rédaction de la ligne directrice

L'ébauche de la présente LDPE a été rédigée par les méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Le comité d'experts a examiné l'ébauche et a fourni des commentaires écrits, qui ont été intégrés dans une ébauche ultérieure. La LDPE a ensuite été soumise à des intervenants externes aux fins d'examen.

Examen par des intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir les commentaires des intervenants suivants : a) du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé issus d'un large éventail de contextes de pratique et de rôles; b) du personnel d'administration et des bailleurs de fonds bien informés du domaine des services de santé; c) des associations d'intervenants.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un [appel public](#) affiché sur le site Web de l'AIIAO. Deuxièmement, les personnes et les organismes ayant une expertise dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice sont sélectionnés par le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, et sont directement invités à participer à l'examen.

Les intervenants qui ont participé à l'examen ont une expertise sur l'objet de la ligne directrice ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Les réviseurs peuvent être des infirmières ou infirmiers, des membres de l'équipe interprofessionnelle, des infirmières ou des infirmiers gestionnaires, des administrateurs, des experts en recherche, des enseignants, des étudiants en sciences infirmières, ou des personnes ayant une expérience concrète et des membres de leur famille.

Les réviseurs sont invités à lire l'intégralité de l'ébauche de la LDPE et à participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne.

Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque énoncé de pratique exemplaire :

- Cet énoncé est-il clair?
- Êtes-vous d'accord avec cet énoncé?
- Cet énoncé de pratique exemplaire s'appuie-t-il sur des données probantes claires et explicites?

Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?

- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation ?
- L'examen des données à l'appui de cette recommandation est-il exhaustif et clair, et ces données corroborent-elles la recommandation?

Les intervenants ont également été invités à répondre aux questions suivantes :

- Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions au sujet de la section relative au contexte de la présente ligne directrice?
- Êtes-vous d'accord avec la formulation des principaux concepts et leurs définitions?
- Les ressources justificatives et les annexes figurant dans la présente ligne directrice sont-elles pertinentes?

Les intervenants ont été invités à répondre aux questions suivantes sur les indicateurs d'évaluation :

- Ces indicateurs sont-ils pertinents à votre contexte de pratique?
- Avez-vous des suggestions pour d'autres indicateurs et/ou mesures?

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO compile les réponses de l'enquête et résume les commentaires. Avec le comité d'experts, l'équipe examine et prend en compte les résultats de l'enquête, modifiant le contenu et les recommandations de la LDPE avant la publication afin de refléter les commentaires.

Le processus d'examen par les intervenants pour la présente LDPE s'est déroulé tout au long de 2020 et 2021. Il a permis de recueillir des commentaires d'intervenants représentant divers points de vue (voir les **Remerciements aux intervenants**).

Dans le cadre du processus d'examen des intervenants, les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont partagé l'ébauche de lignes directrices avec des représentants d'OVPE axées sur les Autochtones qui mettront en œuvre la présente LDPE dans leurs contextes de pratique. Les participants allaient des guérisseurs traditionnels et des aînés au personnel infirmier de première ligne et aux fournisseurs de services sociaux. Les participants à l'OVPE ont échangé des commentaires écrits et verbaux. Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont réfléchi aux commentaires reçus, et les domaines à réviser pour répondre aux préoccupations ont été présentés aux représentants de l'OVPE pour discussion, commentaires supplémentaires et consensus.

Réflexivité critique

La réflexivité critique exige qu'une personne se connecte aux hypothèses, aux valeurs et aux préjugés qui orientent sa prise de décision. La réflexivité implique la capacité de réfléchir de manière critique et de comprendre comment nos situations sociales (systèmes de croyances) et nos expériences de privilèges ou de désavantages façonnent notre façon de comprendre le monde et de produire des connaissances (146). Pour que les cliniciennes ou cliniciens puissent comprendre et traiter les inégalités en matière de santé, il est essentiel qu'ils aient une idée de leur relation avec les structures de privilège et d'oppression (146). Il était important pour les méthodologues chargés de l'élaboration de la présente LDPE de s'engager activement dans une réflexion critique continue. En outre, la réflexivité critique est un aspect important de la mise en œuvre de la sécurisation et de l'humilité culturelles. Il était donc nécessaire que les méthodologues réfléchissent de manière critique à leur situation sociale et à leurs expériences de privilège ou de désavantage tout au long de l'élaboration de la présente LDPE. Les deux méthodologues qui ont codirigé la présente

LDPE se sont définis comme des colons. La réflexivité critique exige un engagement envers l'apprentissage autonome et permanent. Au cours de l'élaboration de la LDPE, les méthodologues ont suivi le cours de sécurisation culturelle San'yas, ont participé à l'exercice de couverture Kairos, se sont engagés dans un certain nombre de webinaires divers concernant la santé et le bien-être autochtones, et ont fait des lectures supplémentaires sur le colonialisme et ses répercussions sur la santé et le bien-être par des auteurs autochtones. Les méthodologues continueront à participer à l'apprentissage continu de l'histoire, de la santé et du bien-être autochtones.

Procédure de mise à jour de la ligne directrice

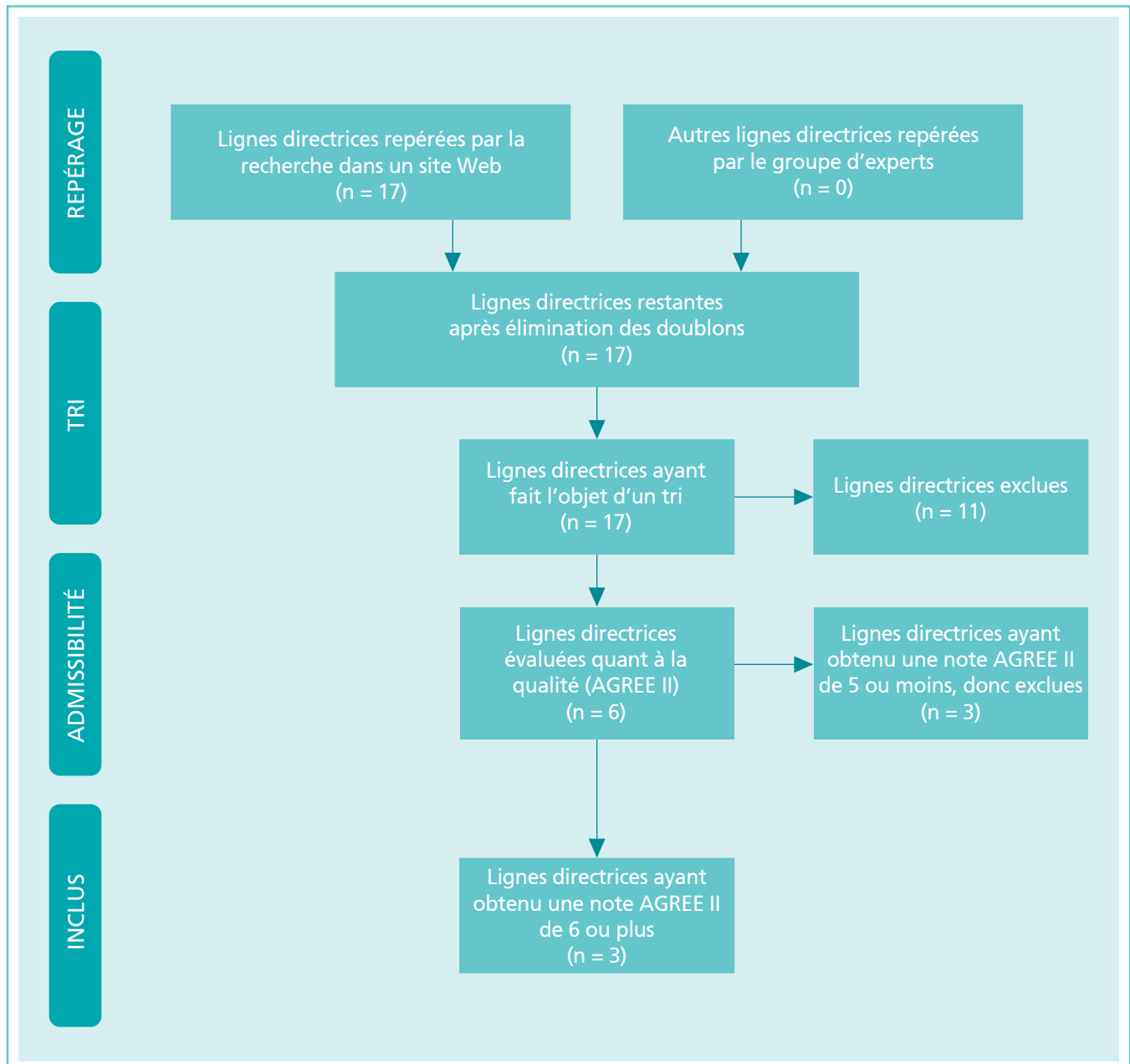
L'AIIAO s'engage à ce que toutes les LDPE soient mises à jour comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la documentation, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Il peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation appropriée des membres du comité d'experts initial et d'autres spécialistes et experts du domaine permettra d'éclairer la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'étape de l'examen, le personnel commence à planifier l'examen. Ils :
 - a. compilent les commentaires reçus et les questions soulevées au cours de la mise en œuvre, y compris les commentaires et les expériences d'OVPE et d'autres sites de mise en œuvre concernant leurs expériences;
 - b. compilent une liste de nouvelles lignes directrices cliniques dans le domaine et précisent l'objet et le champ d'application de la LDPE;
 - c. élaborent un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la LDPE;
 - d. sélectionnent les éventuels coprésidents du comité d'experts sur la LDPE conjointement avec la directrice générale de l'AIIAO;
 - e. dressent une liste de spécialistes et d'experts dans le domaine pour leur éventuelle participation au comité d'experts. Le comité d'experts sera composé à la fois des membres du comité initial et de nouveaux membres.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Annexe D : Diagrammes PRISMA pour la recherche de lignes directrices et les revues systématiques de la documentation

Examen de la ligne directrice

Figure 2 : Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



Les lignes directrices incluses ont été prises en compte pour le GRADE-ADOLOPMENT et devaient avoir un score global AGREE II d'au moins 6 (sur 7) (Schunemann et coll., 2017). Cependant, aucune de ces lignes directrices n'a été utilisée pour GRADE-ADOLOPMENT, car elles n'étaient pas pertinentes pour le contexte autochtone.

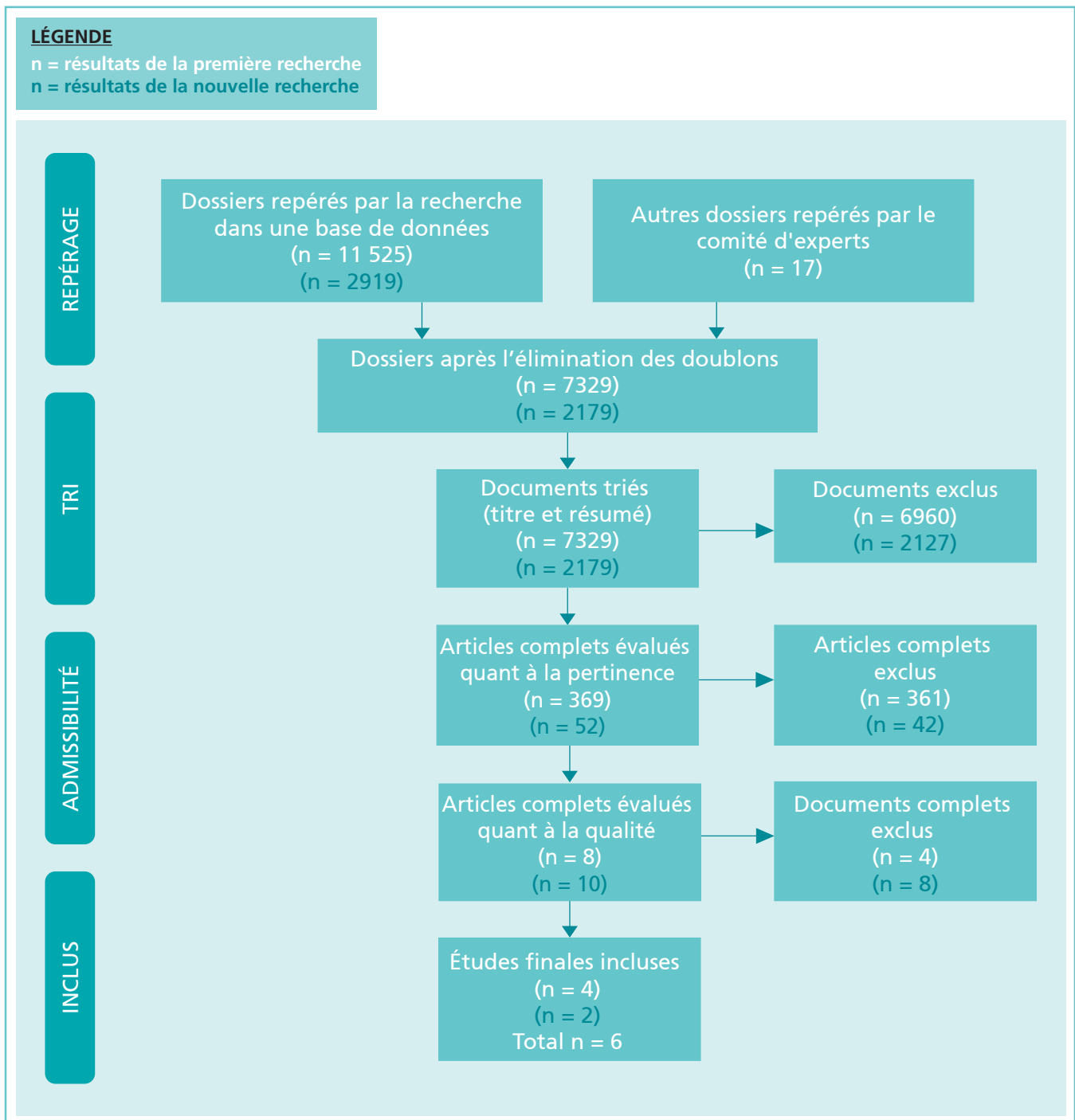
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 3 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 1 (recherche directe)

Question de recommandation n° 1 :

Faut-il recommander aux femmes et aux personnes autochtones de recevoir du counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum? (recherche directe)

Résultats : Portée et engagement



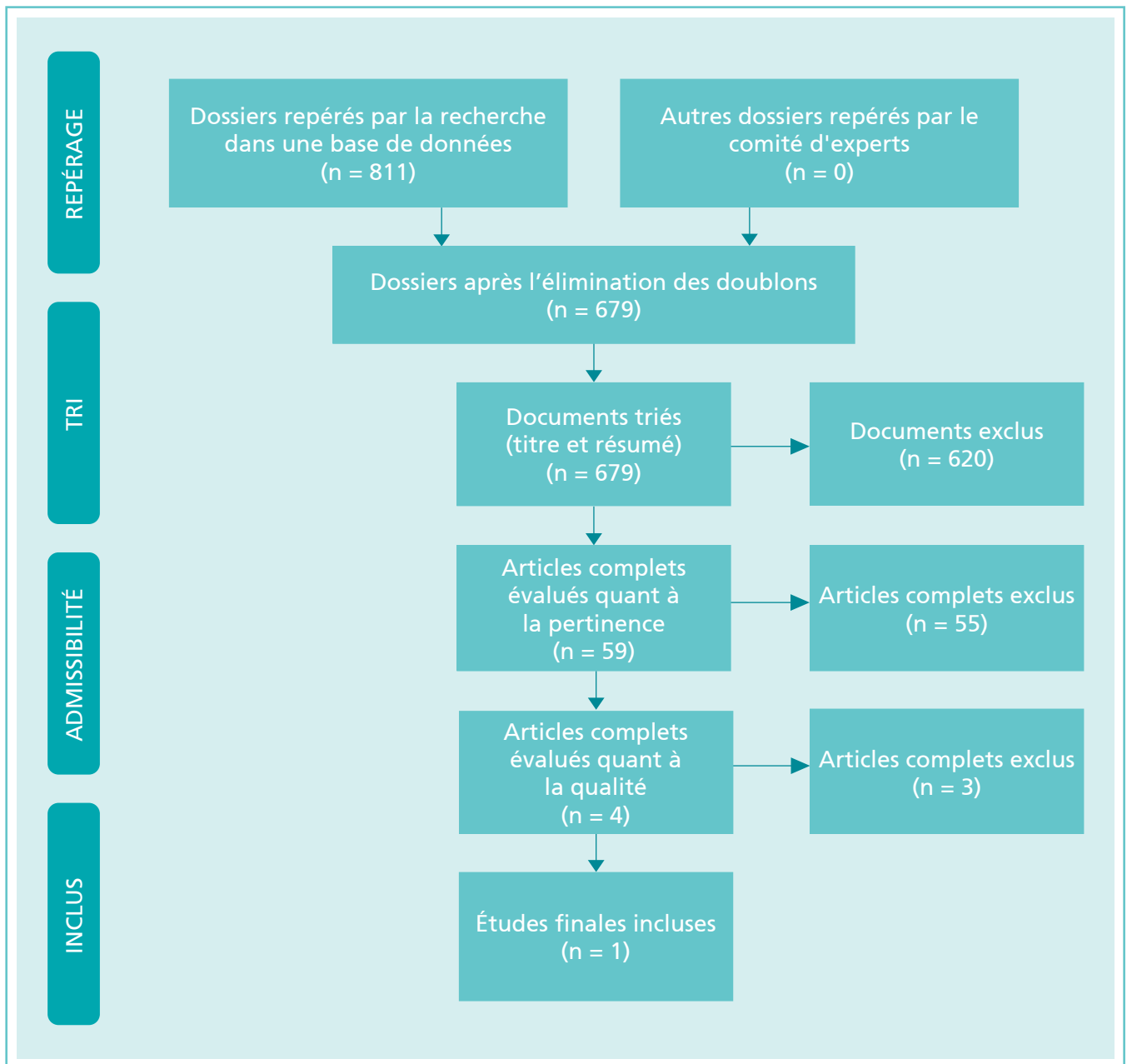
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b253

Figure 4 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 1 (recherche indirecte)

Question de recommandation n° 1 :

Faut-il recommander aux femmes et aux personnes autochtones de recevoir du counseling sur la réduction du tabagisme et le renoncement au tabac pendant la grossesse et la période post-partum? (recherche indirecte)

Résultats: Taux de cessation

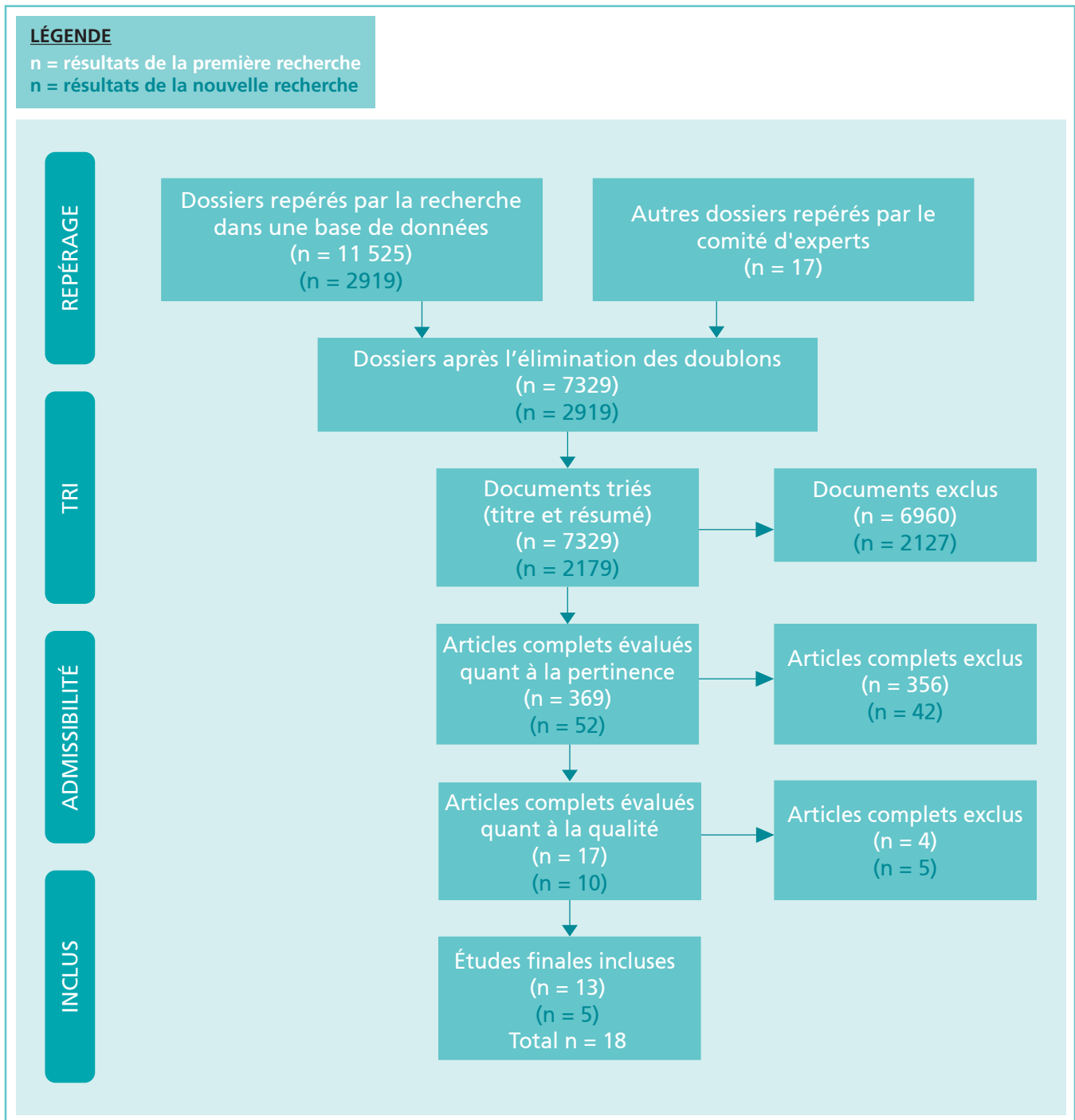


Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 5 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 2

Question de recommandation n° 2 :

Quels besoins (soutiens sociaux, culturels, environnementaux) et quelles opinions (en ce qui concerne les obstacles et les facilitateurs) les femmes et les personnes autochtones en âge de procréer, leur réseau de soutien et leur communauté expriment-ils au sujet des interventions de renoncement au tabac?



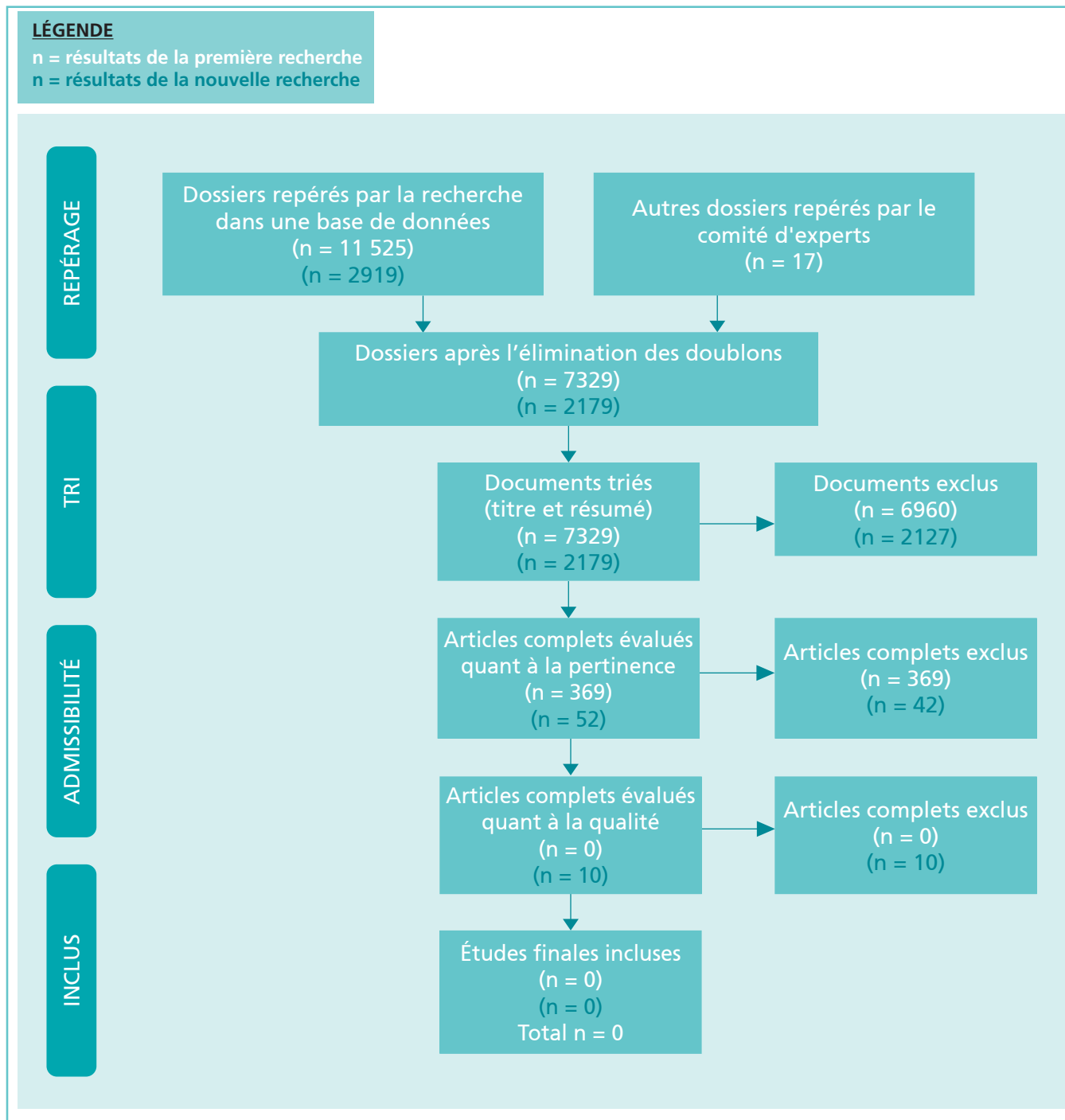
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 6 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 3 (recherche directe)

Question de recommandation n° 3 :

Faut-il recommander des interventions de renoncement au tabac intégrées dans des programmes de santé et de bien-être élargis?

Résultats : Portée, engagement, taux de cessation et tentatives d'abandon



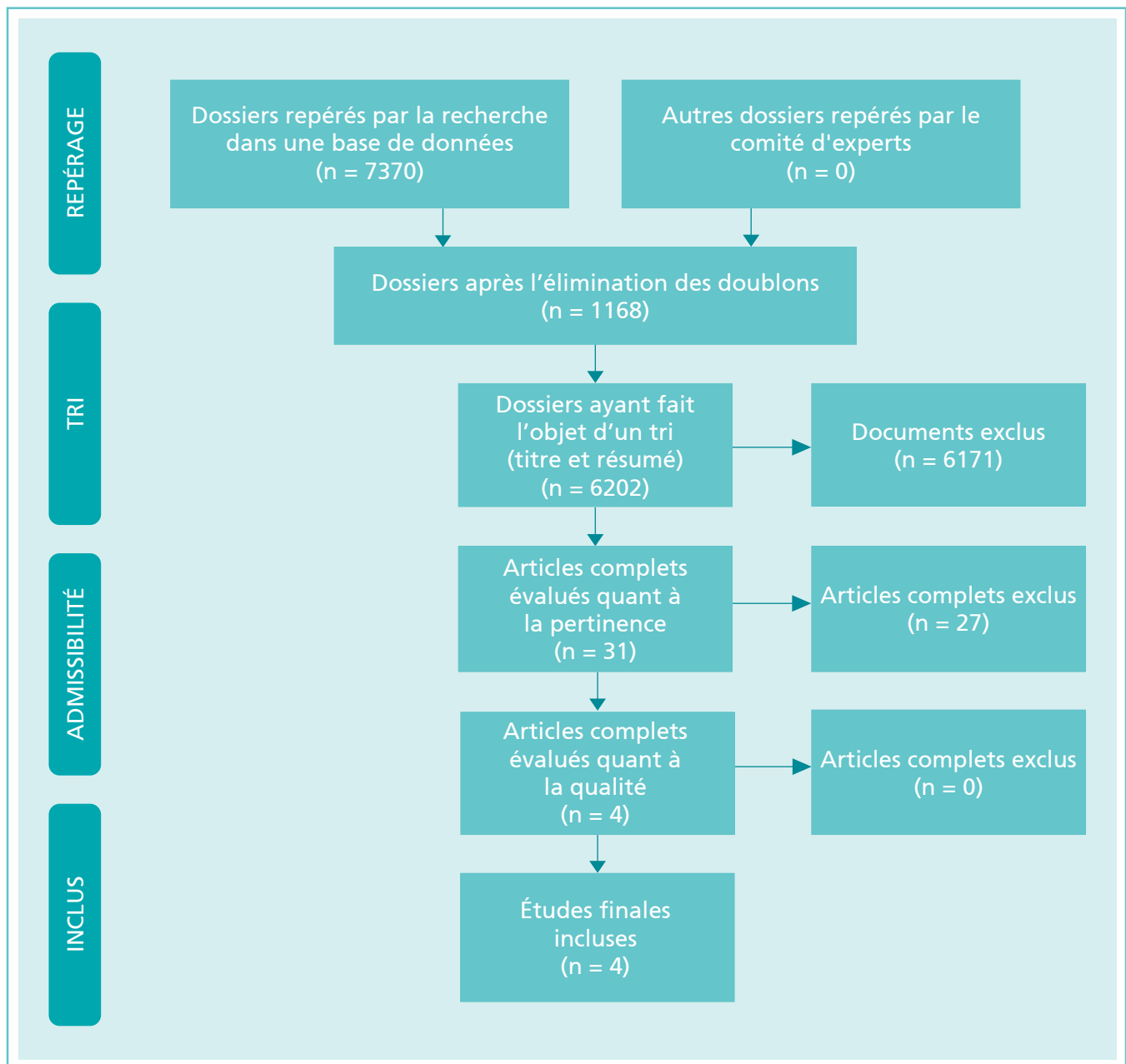
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 7 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 3 (recherche indirecte)

Question de recommandation n° 3 :

Faut-il recommander des interventions de réduction du tabagisme et de renoncement au tabac intégrées à des programmes élargis de santé et de bien-être?

Résultats : Taux de cessation



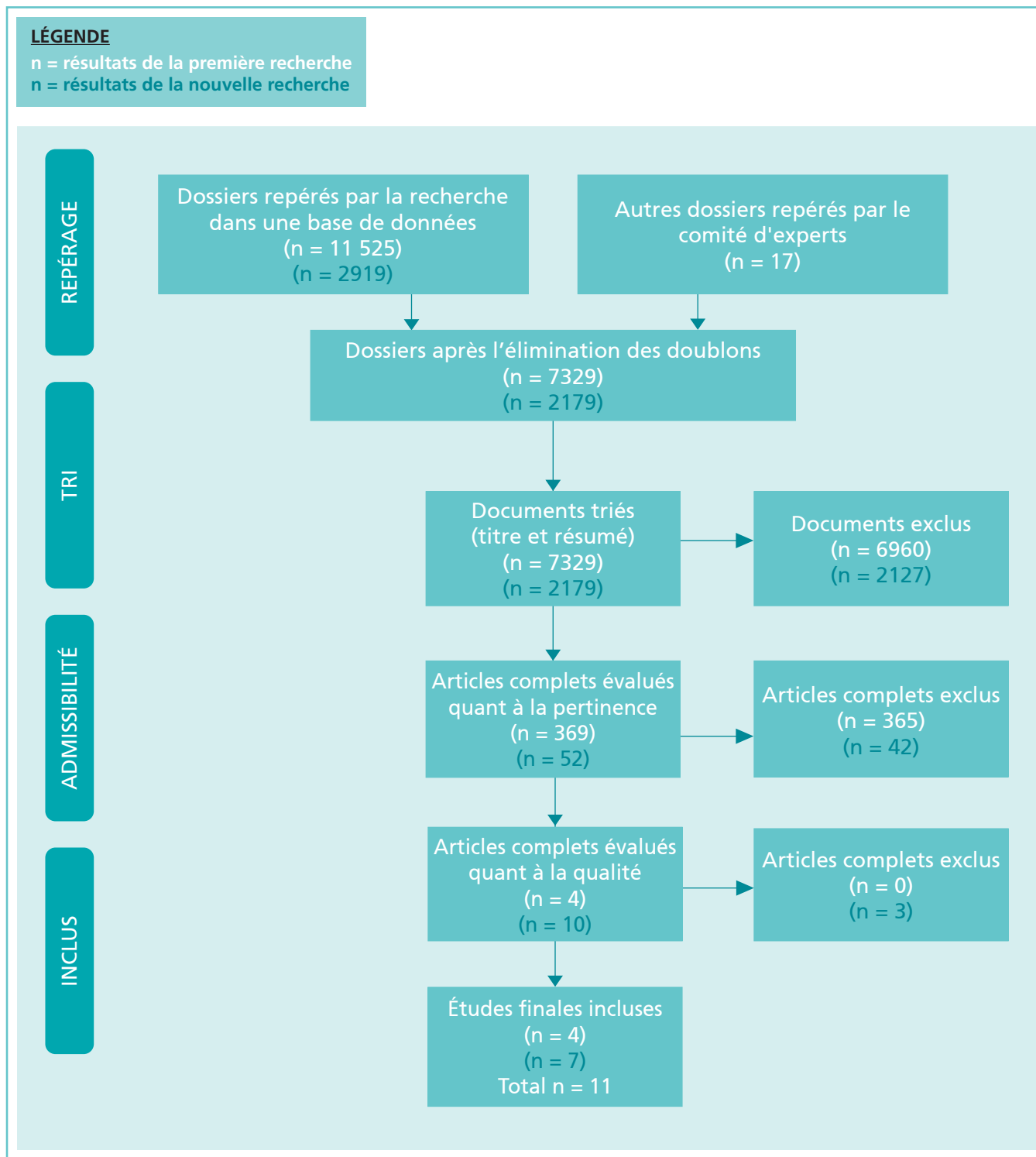
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 8 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 4

Question de recommandation n° 4 :

Faut-il recommander des services de renoncement au tabac adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes?

Résultats : Portée, engagement, taux de cessation, tentatives d'abandon



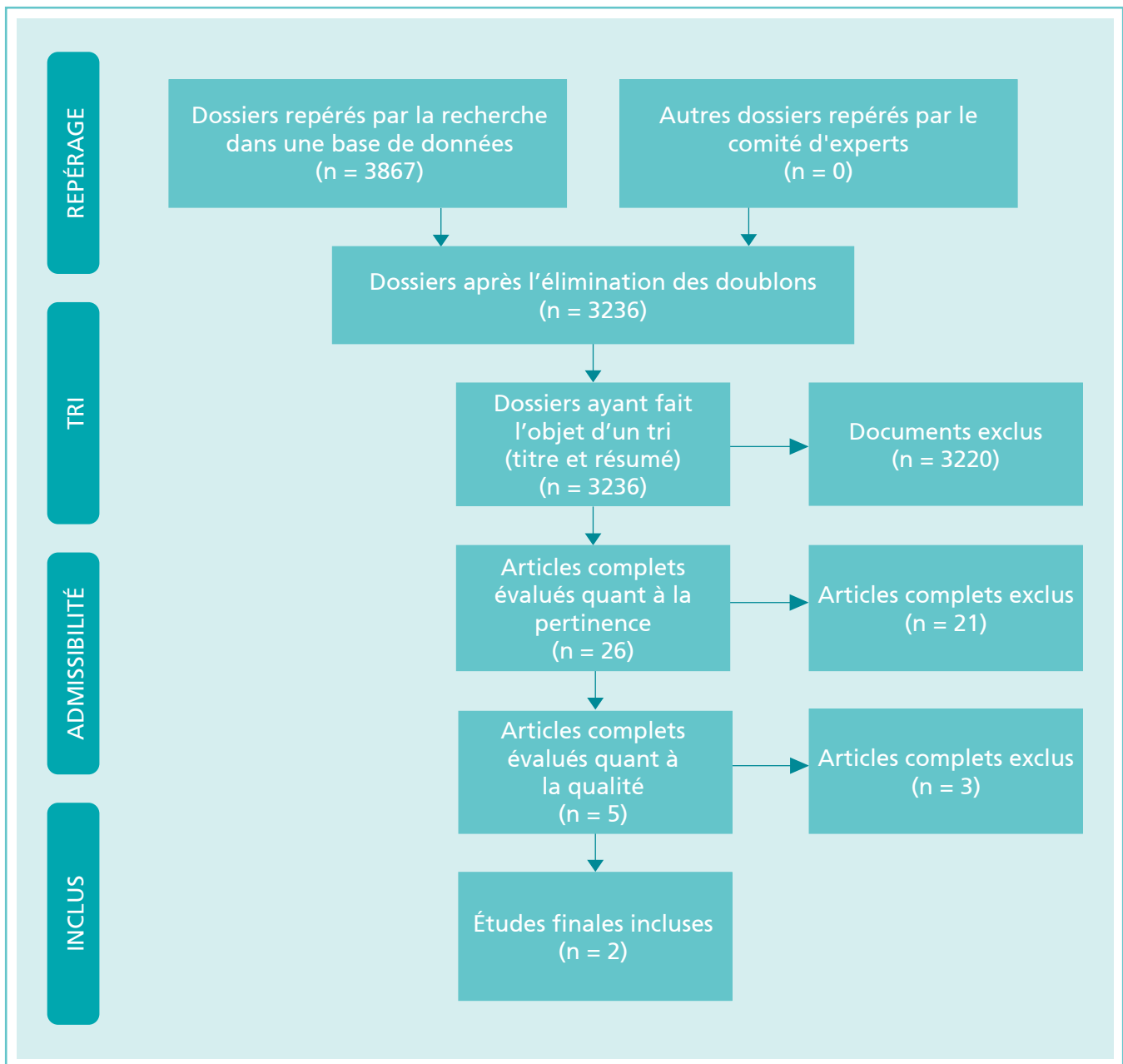
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 9 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 5

Question de recommandation n° 5 :

La pharmacothérapie (thérapie de remplacement de la nicotine, bupropion, varénicline) doit-elle être recommandée pour le renoncement au tabac chez les femmes et les personnes enceintes et en post-partum?

Résultats : Taux de cessation, fausses couches et naissances spontanées, mortinatalité, poids moyen à la naissance, faible poids à la naissance, naissances prématurées, admissions dans les unités néonatales de soins intensifs (UNSI), décès néonataux, anomalies congénitales, césariennes



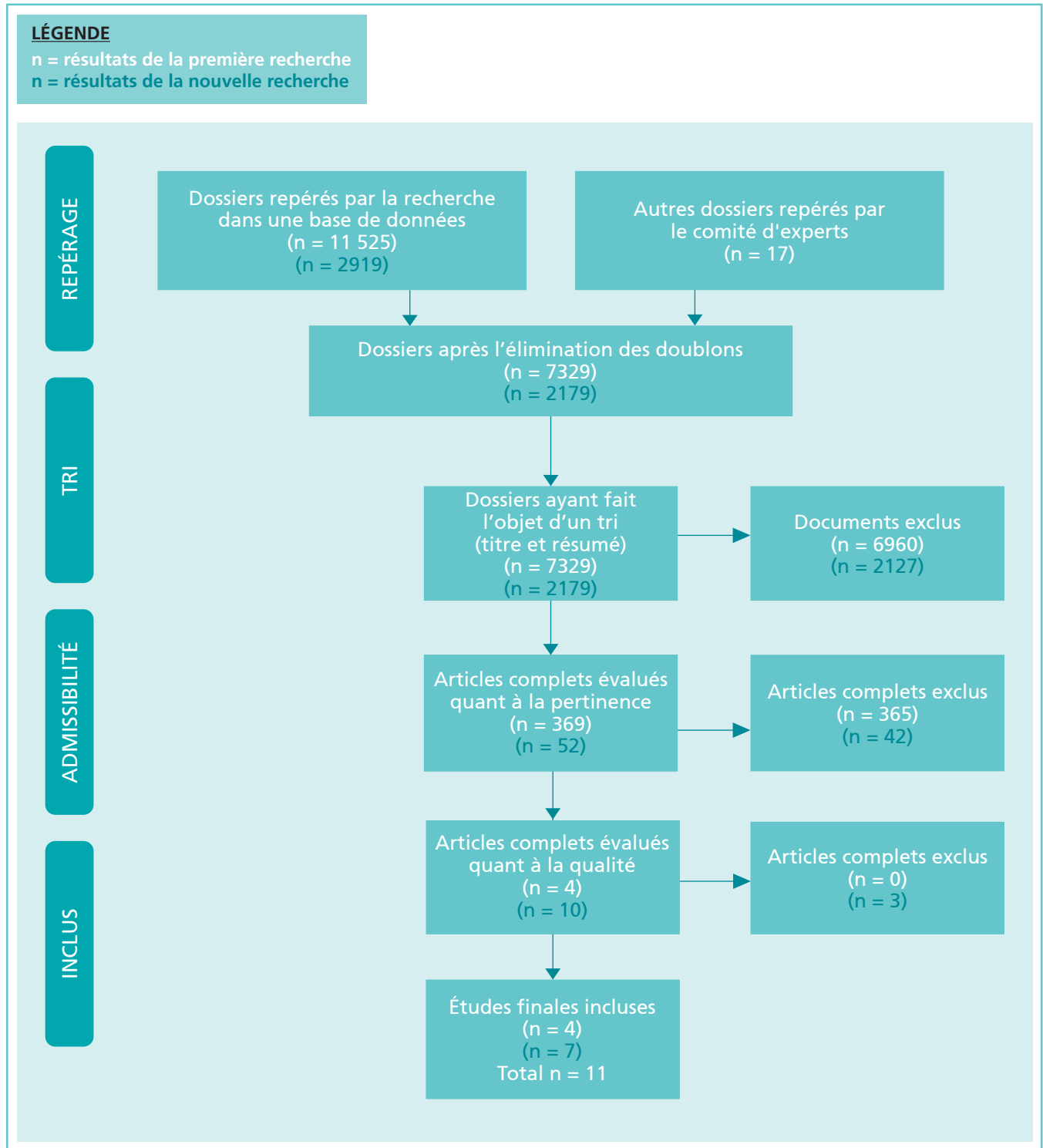
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 10 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 6

Question de recommandation n° 6 :

Faut-il recommander des approches de renoncement au tabac dirigées par les communautés autochtones?

Résultats : Portée, engagement, taux de cessation et tentatives d'abandon



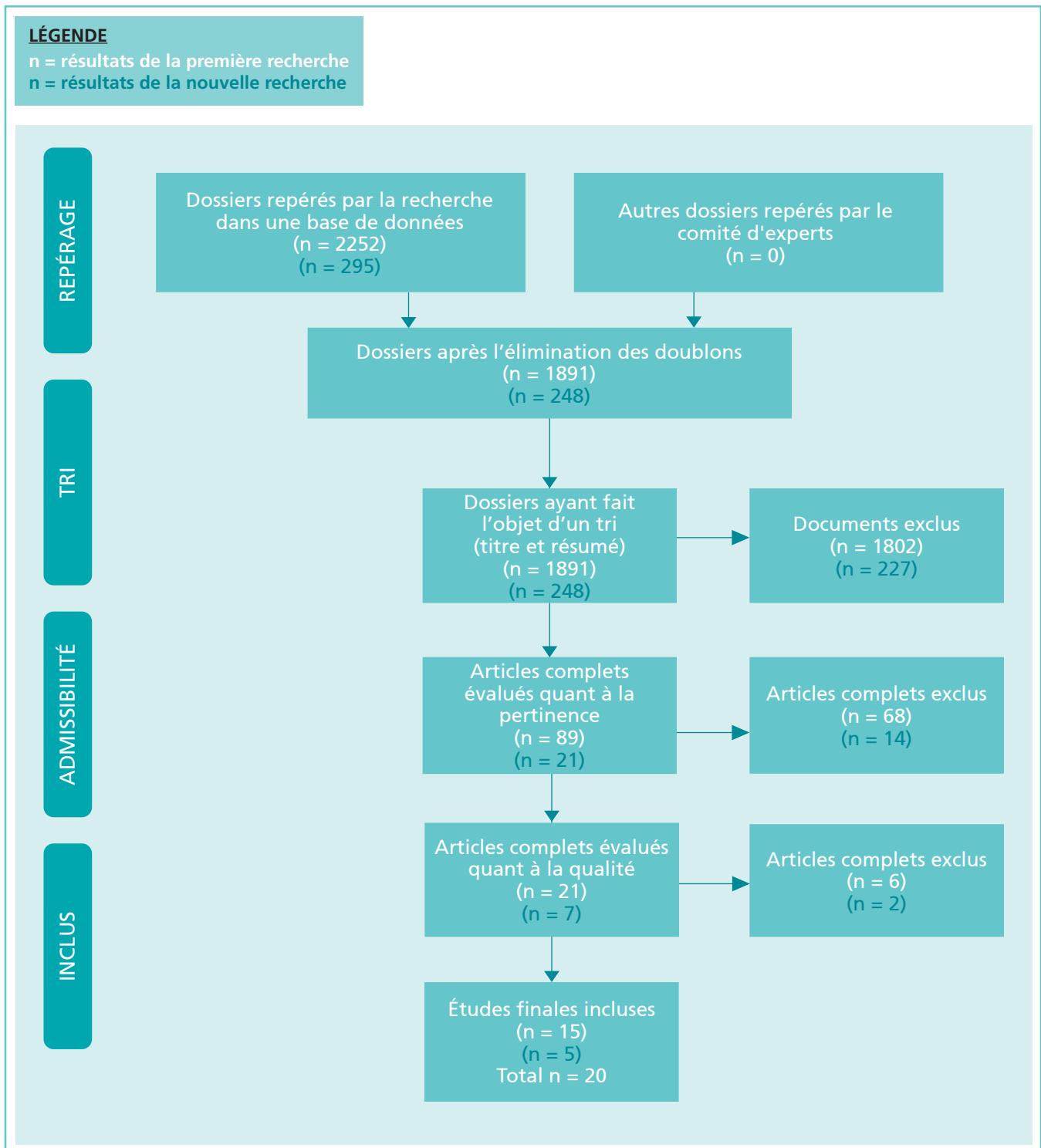
Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 11 : Diagramme PRISMA du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 7

Question de recommandation n° 7 :

Faut-il recommander une formation de premier cycle pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ou une formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins sur la santé autochtone?

Résultats : Sécurisation culturelle, attitude, connaissances, changement de pratique



Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe E : Types de produits du tabac commercial et de cigarettes électroniques

Le tableau suivant détaille les différents types de produits du tabac commercial ou de cigarettes électroniques.

Tableau 16 : Descriptions des produits du tabac commercial ou des cigarettes électroniques

PRODUIT DU TABAC COMMERCIAL OU CIGARETTE ÉLECTRONIQUE	DESCRIPTION
Cigarettes	« Produit du tabac en forme de tube, composé de feuilles de tabac séché finement coupées et enveloppées dans du papier fin. Elle peut également contenir d'autres ingrédients, notamment des substances permettant d'ajouter différents arômes. Une cigarette est allumée à une extrémité (avec ou sans filtre) et fumée, et la fumée est généralement inhalée dans les poumons » (170).
Cigares	« Un rouleau de tabac enveloppé dans du tabac en feuilles ou dans une substance qui contient du tabac. Les cigares diffèrent des cigarettes en ce sens que les cigarettes sont un rouleau de tabac enveloppé dans du papier ou dans une substance qui ne contient pas de tabac » (171).
Cigarillos	« Un cigare court (3-4 pouces) et étroit qui contient généralement environ 3 grammes de tabac et ne comprend généralement pas de filtre » (171).
Narguilé	<p>« Les pipes à eau qui sont utilisées pour fumer du tabac spécialement fabriqué qui se décline en différents arômes, tels que pomme, menthe, cerise, chocolat, noix de coco, réglisse, cappuccino et pastèque. Le narguilé est également appelé narghilé, argileh, shisha, hubble-bubble et gooza.</p> <p>Les narguilés varient en taille, en forme et en style. Un narguilé moderne typique possède une tête (avec des trous dans le fond), un corps métallique, un bol d'eau et un tuyau flexible avec un embout » (172).</p>
Cigarettes à rouler	« Le tabac à rouler est du tabac en vrac que l'utilisateur place à l'intérieur de papier à rouler et brûle » (173).

PRODUIT DU TABAC COMMERCIAL OU CIGARETTE ÉLECTRONIQUE	DESCRIPTION
Pipes	« Dispositif comportant un embout à une extrémité d'un tube et un petit bol à l'autre extrémité que l'on remplit de tabac, que l'on allume et que l'on fume. La fumée d'une pipe n'est généralement pas inhalée dans les poumons » (174).
Cigarettes électroniques (également appelées vapoteuses et vaporisateurs personnels)	« Un dispositif qui a la forme d'une cigarette, d'un cigare et qui ne contient pas de tabac. Certains ressemblent à des stylos ou à des clés USB. Les dispositifs plus grands, tels que les systèmes de réservoir ou les cartouches, n'ont que peu ou pas de ressemblance avec les cigarettes. Elles utilisent une batterie et contiennent une solution de nicotine, des arômes et d'autres produits chimiques, dont certains peuvent être nocifs. Lorsque les cigarettes électroniques sont utilisées, la solution de nicotine se transforme en un brouillard qui peut être inhalé dans les poumons. La quantité de nicotine contenue dans les différentes cigarettes électroniques peut varier. On ne sait pas encore si les cigarettes électroniques sont sûres ou si elles peuvent être utilisées pour aider les fumeurs à arrêter de fumer » (175, 176).
Tabac à mâcher (également appelé tabac à cracher)	« Un type de tabac sans fumée fabriqué à partir de feuilles de tabac séchées. Il peut être sucré et aromatisé avec de la réglisse et d'autres substances. Il se présente sous la forme de feuilles de tabac en vrac, de boulettes ou de « bits » (tabac en feuilles roulé en petites boulettes), de bouchons (tabac en feuilles pressé et maintenu par un édulcorant quelconque) ou de torsades (tabac en feuilles roulé en brins semblables à des cordes et tordu). Il est placé dans la bouche, généralement entre la joue et la lèvre inférieure, et peut être mâché » (177).
Produits du tabac solubles	« Le tabac finement moulu pressé sous des formes telles que des comprimés, des bâtonnets ou des bandes. Les produits du tabac solubles se dissolvent lentement dans la bouche. Ces produits peuvent attirer les jeunes parce qu'ils sont présentés dans un emballage attrayant, qu'ils ressemblent à des bonbons ou à de petites menthes et qu'ils peuvent être facilement cachés » (178).
Tabac à priser	« Tabac finement moulu qui peut être sec, humide ou conditionné en sachets ou en paquets. Certains types de tabac à priser sont reniflés ou inhalés dans le nez; d'autres sont placés dans la bouche » (178).

Annexe F : Version adaptée des 5 A

Les 5 A — ask, advise, assess, assist, and arrange (demander, conseiller, évaluer, aider et organiser) — sont une approche bien connue de dépistage et de soutien bref utilisée par les fournisseurs de soins de santé en matière de renoncement au tabac. Cette version adaptée et tenant compte de la spécificité des sexes adapte cette approche aux femmes enceintes, en prenant en considération les influences sexospécifiques sur le tabagisme des femmes et l'importance de créer un contexte sûr et respectueux pour poser des questions sur le tabac.

Demander : Compte tenu de la stigmatisation associée au tabagisme, en particulier pendant la grossesse, discutez de la consommation du tabac commercial avec toutes les femmes de manière ouverte et sans porter de jugement, en reconnaissant : ce que les femmes peuvent déjà savoir sur les risques, la stigmatisation qu'elles peuvent avoir rencontrée et les changements qu'elles ont déjà effectués.

Conseiller : Fournir et discuter des informations sur les choix sains adaptés au stade reproductif de la femme. Adapter l'offre de conseils ou d'informations en fonction de ce qu'elle sait déjà.

Évaluer : Évaluer le niveau de consommation de tabac et la volonté de réduire ou d'arrêter. Enregistrer le niveau ou la fréquence de consommation et l'intérêt pour le soutien afin qu'un suivi adapté puisse être effectué tout au long du système de soins. Discuter des problèmes sanitaires et sociaux connexes qui peuvent rendre difficile l'accès au soutien.

Aider : Travailler avec les femmes pour fixer des objectifs en fonction de leur situation. Aider à planifier le ou les changements, à garder la discussion ouverte et à soutenir l'auto-efficacité. Discuter des options de soutien et de traitement.

Organiser le suivi : Aider les femmes à obtenir l'aide dont elles ont besoin en les orientant vers d'autres organismes ou en assurant un suivi, en fonction de leur situation.

Adaptation par : Nancy Poole, Ph. D. et Lorraine Greaves, Ph. D.

Centre of Excellence for Women's Health

<https://cewh.ca/recent-work/tobacco-girls-and-women/>

Remarque : L'AIIAO reconnaît respectueusement que le document « version adaptée des 5 A » pourrait devoir être adapté par les organismes afin d'inclure toutes les personnes enceintes, et pas seulement celles qui s'identifient comme des femmes.

Annexe G : Protocoles culturels pour l'offre de tabac traditionnel

Lorsque vous travaillez avec de nombreux aînés et gardiens du savoir traditionnel des Premières Nations ou des Métis (pas tous), offrir du tabac (médecine traditionnelle) est une pratique respectueuse lorsque vous demandez à un aîné ou à un gardien du savoir de partager son enseignement, son expertise et ses connaissances. Les ressources suivantes sont des exemples et peuvent être utilisées pour guider et améliorer votre compréhension de l'usage du tabac traditionnel avec certaines communautés autochtones.

Tableau 17 : Ressources pour guider et améliorer la compréhension de l'usage du tabac traditionnel auprès de certaines communautés autochtones

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Ontario Federation of Labour Indigenous Circle. Tobacco-offering protocol [Internet]. Toronto. 2018 [cité le 21 janvier 2022]. Accessible sur le site Web : https://ofl.ca/wp-content/uploads/2019.06.20-OFL-FNMI-Tobacco-Offering-Protocol.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instructions pour offrir du tabac traditionnel en cadeau aux Premières Nations ■ Les protocoles peuvent varier selon les nations et les communautés ■ Vérifier auprès d'une Première Nation locale, d'un centre d'amitié ou d'un centre d'accès aux soins de santé pour obtenir plus de détails sur le protocole local d'offre de tabac traditionnel, en particulier lorsqu'un aîné est invité à participer
<p>Cree Board of Health and Social Services of James Bay. Traditional Medicine: Tobacco [Internet]. Chisasibi. 2021 [cité le 21 février 2022]. Accessible sur le site Web : https://www.creehealth.org/health-tips/traditional-medicine-tobacco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit les protocoles culturels pour offrir du tabac lors de la récolte de médicaments ■ Ressources supplémentaires sur d'autres médecines traditionnelles telles que l'épinette blanche, le sapin baumier, la sauge et le cèdre
<p>University of Regina. Guideline for practicing Indigenous protocols at the university of Regina [Internet]. Regina. s.d. [cité le 4 février 2022]. Accessible sur le site Web : https://www.uregina.ca/policy/assets/docs/doc/GOV-040-025-AppendixB-Protocol.docx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pratiques culturelles des Premières Nations et des Métis ■ Voir la page 3 propre aux pratiques culturelles traditionnelles du tabac

Remarque : Toutes les adresses de sites Web étaient actives au 30 mars 2022.

Annexe H : Terminologie de la sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle crée pour les membres des communautés autochtones un environnement exempt de racisme et de discrimination, dans lequel ils se sentent en sécurité et respectés lorsqu'ils accèdent et participent aux services de santé (179). Les fournisseurs de soins de santé non autochtones qui font preuve d'empathie et de respect comprennent les disparités de pouvoir inhérentes à la prestation des services de santé et reconnaissent qu'une réflexion critique permanente sur leurs hypothèses et leurs préjugés est essentielle pour exercer leur profession d'une manière culturellement sûre. Les principes de soins centrés sur la personne placent l'individu au centre, en tant qu'expert de sa propre santé et de son bien-être. Une variété de termes est utilisée pour définir les différents niveaux de compréhension de la prestation de soins culturellement sûrs. Voir le **tableau 18** pour de plus amples détails :

Tableau 18 : Définitions de la terminologie de la sécurisation culturelle

DÉFINITIONS DE LA TERMINOLOGIE DE LA SÉCURISATION CULTURELLE	
Sensibilisation aux cultures	Avoir une conscience des nuances de sa propre culture ainsi que de la culture des autres.
Sensibilisation aux réalités culturelles	Où les fournisseurs de soins reconnaissent les différences entre les cultures et le fait qu'il est important de tenir compte de ces différences dans les services de santé.
Savoir-faire culturel	Une approche qui se concentre sur l'acquisition par les fournisseurs de soins de santé, de connaissances, de compétences et d'attitudes leur permettant de fournir des services de santé de manière plus efficace et plus respectueuse avec les membres des communautés autochtones et les personnes de cultures différentes.
Humilité culturelle	Lorsque les fournisseurs de soins de santé font preuve d'humilité et reconnaissent qu'ils sont en train d'apprendre à comprendre les expériences vécues par une personne. Cet apprentissage se fait tout au long de la vie et implique une autoréflexion permanente.
Sécurisation culturelle	<p>Une approche qui considère comment les contextes historiques et sociaux et les disparités de pouvoir structurelles et interpersonnelles façonnent les expériences en matière de santé et de services de santé.</p> <p>Les fournisseurs de soins de santé sont autoréflexifs et conscients de leur position de pouvoir et des répercussions de cette position sur les personnes qui reçoivent des services de santé.</p> <p>La sécurisation culturelle est déterminée par ceux qui reçoivent les services de santé, et non par ceux qui les fournissent.</p>

Adaptation de : Ward C, Branch C, Fridkin A. What is Indigenous cultural safety – and why should I care about it? *Visions*. 2016;11(4):29-32.

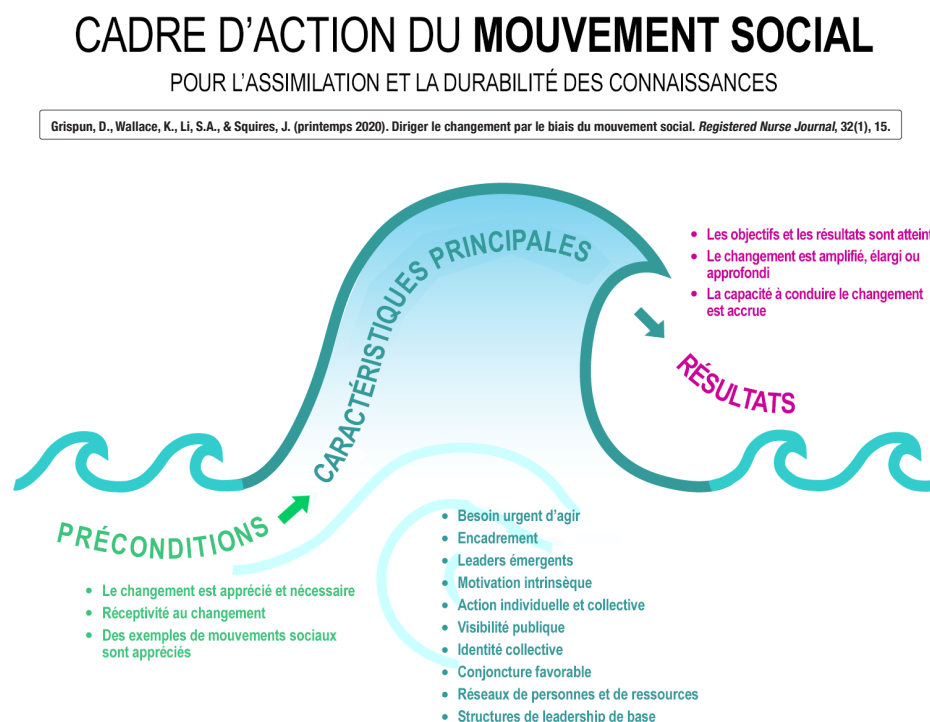
Annexe I : Description de la trousse pour la conduite du changement

Les LDPE ne peuvent être mis en œuvre et maintenus avec succès que si la planification, les ressources, les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et qu'il y a une facilitation appropriée. L'engagement et la participation active des leaders formels et informels (p. ex., les agents de changement, les champions des pairs) sont également essentiels. Pour encourager une mise en œuvre réussie et la durabilité, un comité d'experts internationaux d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des patients ou des personnes, de militants du mouvement social et d'administrateurs a élaboré la *trousse d'outils pour la conduite du changement* (1). La *Trousse d'outils* est basée sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons la *trousse d'outils pour la conduite du changement* pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organismes de soins de santé ou de services sociaux.

La *trousse d'outils pour la conduite du changement* comprend deux cadres — le cadre d'action du mouvement social (160) et le cadre de mise en pratique des connaissances (180) — pour les agents et les équipes de changement qui dirigent la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. L'un ou l'autre de ces cadres, le cadre d'action du mouvement social ou le cadre de mise en pratique des connaissances peut être utilisé pour guider les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation de ces deux cadres permet d'améliorer et d'accélérer le changement (136).

Le cadre d'action du mouvement social comprend des éléments de **mouvements sociaux dans un contexte d'assimilation et de durabilité des données^G** qui ont démontré des répercussions puissantes et des effets à long terme. Fondé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés en conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), en caractéristiques clés (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et en résultats (c.-à-d. ce qui se produira probablement à la suite du mouvement social) (136, 181). Les trois catégories et éléments du cadre d'action du mouvement social sont présentés dans la **figure 12**.

Figure 12 : Cadre d'action du mouvement social

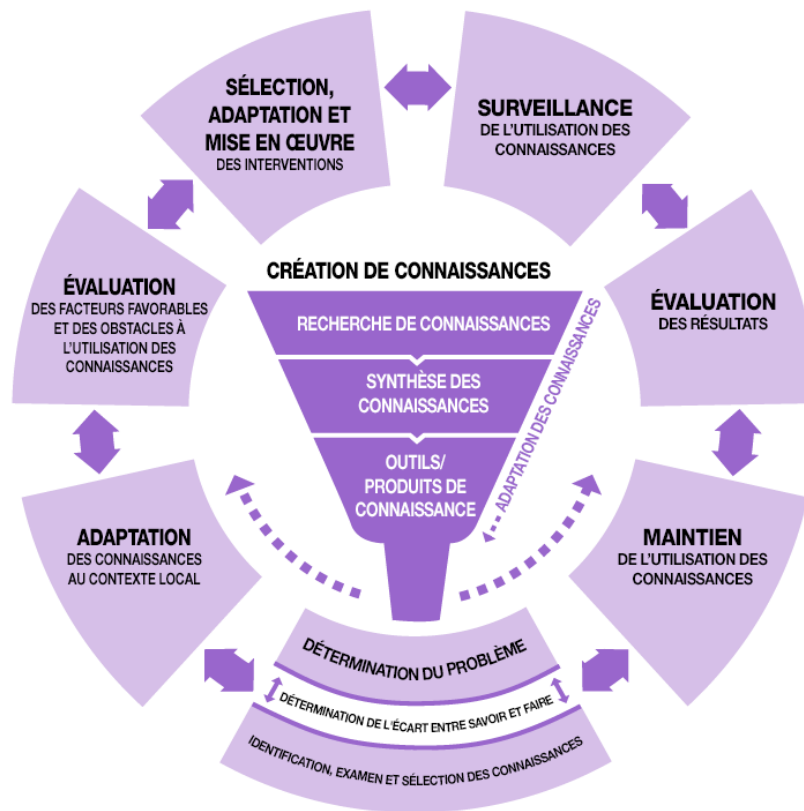


Le cadre de mise en pratique des connaissances est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : le cycle de création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les élaborateurs de lignes directrices utilisent pour cerner les résultats de données probantes critiques et pour créer un produit de connaissances, tel qu'une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action est composé de sept phases au cours desquelles le produit de la connaissance est mis en œuvre, évalué et maintenu (180). Plusieurs phases du cycle d'action peuvent se produire, ou doivent être envisagées, simultanément. Le cadre de mise en pratique est illustré à la **figure 13** (1).

Figure 13 : Cadre de mise en pratique des connaissances

CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. Utilisé avec autorisation.



C'est une entreprise complexe que de mettre en œuvre et de maintenir les LDPE afin d'obtenir des changements de pratique réussis et des résultats positifs en matière de santé pour les patients ou les personnes et leurs familles, les fournisseurs, les organismes et les systèmes. La [Trousse d'outils pour la conduite du changement](#) est une ressource fondamentale de mise en œuvre pour conduire ce processus.

Appuis



Association of
Ontario Midwives
Delivering what matters.

Le 11 mai 2022

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ontario) M5H 1L3

M^{me} Grinspun,

Au nom de l'Association des sages-femmes de l'Ontario (AOM), nous sommes heureux de vous faire part de l'appui de l'AOM à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulée « Promouvoir la réduction et l'arrêt du tabagisme auprès des peuples autochtones en âge de procréer et de leurs communautés ». En mettant l'accent, sur la base de données probantes, sur l'importance de moyens culturellement sûrs et significatifs pour promouvoir la réduction et l'arrêt du tabagisme auprès des peuples autochtones, cette ligne directrice sera utile aux femmes enceintes, à leurs familles, aux collectivités, aux infirmiers/infirmières et aux autres prestataires de soins de santé.

L'AOM se consacre à l'avancement de la pratique clinique et professionnelle des sages-femmes autochtones et autorisées en Ontario. Notre vision est que les sages-femmes dirigent des soins de reproduction, de grossesse, de naissance et de nouveau-né décolonisés et antiracistes dans tout l'Ontario. L'AOM s'engage à soutenir les soins interprofessionnels et à maximiser la contribution des sages-femmes dans la prestation de soins périnataux primaires. En outre, l'une des valeurs fondamentales de l'AOM est de « promouvoir et soutenir la restauration et le renouvellement de la profession de sage-femme autochtone ».

Les recommandations fondées sur des données probantes des LDPE de l'AIIAO concernant la réduction et l'arrêt du tabagisme constituent un document d'application des connaissances qui aidera les prestataires de soins de santé à fournir des soins collaboratifs, fondés sur des données probantes et axés sur la personne. La collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, la personne qui reçoit les soins, son réseau de soutien et sa collectivité est essentielle pour fournir des soins de la plus haute qualité à tous les clients.

Cordialement,

Ellen Blais, B.Sc, BHSc (sage-femme),
Directrice générale adjointe,
Sage-femmerie autochtone

Alexa Minichiello, M.Sc.
Directrice par intérim de l'application des
connaissances cliniques

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

ISBN 978-1-926944-84-5



9 781926 944845

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario