

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Section 1 : Commentaires</b>	
Assemblage courtepoinTE d’alliances inclusives en temps de COVID-19.....	3
<i>Andrea Mellor</i>	
Œuvrer à la réussite de l’alliance inclusive : Perspectives sur l’alliance inclusive dans le cadre d’un projet de recherche communautaire.....	15
<i>Katsistohkwí:io Jacco, Madeline Gallard, Joanna Mendell, Darren Lauscher, Deb Schmitz, Michelle Stewart, Catherine Worthington, Nancy Clark, Janice Duddy, &amp; Sherri Pooyak</i>	
<b>Section 2 : Histoires</b>	
Que les feux s’unissent : notre cheminement en alliance.....	37
<i>Claudette Cardinal, Niloufar Aran</i>	
Accueillir l’alliance inclusive dans les communautés autochtones et y évoluer.....	57
<i>Mikayla Hagel, Miranda Keewatin, &amp; Dr. Carrie Bourassa</i>	
Alliance inclusive : entrelacer notre sagesse, nos cœurs et nos esprits.....	64
<i>Denise Jaworsky and Valerie Nicholson</i>	
<b>Section 3 : Travail pour étudiants</b>	
Placement étudiant au Centre AHA, un projet du CAAN.....	74
<i>Michael Parsons</i>	
<b>Section 4 : Recherche et développement communautaires autochtones dans le domaine du VIH/SIDA</b>	
Provoquer le changement à l’aide du regard, de la croyance et de l’action qui tiennent compte de deux perspectives; faire écho à l’expérience des membres des Premières Nations du nord vivant avec le VIH.....	83
<i>Linda Larcombe, Elizabeth Hydesmith, Gayle Restall, Laurie Ringaert, Matthew Singer, Rusty Souleymanov, Yoav Keynan, Michael Payne, Kelly Macdonald, Pamela Orr, Albert McLeod</i>	

Facteurs associés aux connaissances en matière de santé sexuelle chez les hommes bispirituels, gais, bisexuels et/ou autochtones ayant des relations sexuelles avec des hommes.....	102
<i>Harlan Pruden, Travis Salway, Theodora Consolacion, and Jannie Wing-Sea Leung, Aidan Ablona, Ryan Stillwagon</i>	
La résilience et l’alliance inclusive chez les Autochtones dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au VIH : conversations avec des personnes autochtones séropositives et des alliés œuvrant à soutenir la communauté.....	125
<i>Emily Snyder and Margaret Kísikâw Piyêsîs</i>	
miyo-pimâtisiwin iyiniw-iskwênâhk (Bonne santé/Vivre parmi les femmes autochtones) : L'utilisation de Photovoice comme outil de visualisation des services de santé centrés sur les femmes autochtones vivant avec le VIH.....	143
<i>Carrie Bourassa, Miranda Keewatin, Jen Billan, Betty McKenna, Meghan Chapados, Mikayla Hagel, Marlin Legare, Heather O’Watch, and Sebastien Lefebvre</i>	
Réflexions sur les gestes s’inscrivant dans la pratique de l’alliance inclusive à partir d’un projet pilote coopératif de dépistage par goutte de sang séché.....	168
<i>Danielle Atkinson, Rachel Landy, Raye St. Denys, Kandace Ogilvie, Carrielynn Lund, and Catherine Worthington on behalf of the DRUM &amp; SASH team</i>	
Vers une <i>amaamawi’izing</i> (collaboration) au sein de l’alliance interdisciplinaire : un exemple du Centre Feast pour la recherche sur les ITSS en milieu autochtone.....	186
<i>Randy Jackson, Renée Masching, William Gooding, Aaron Li, Bridget Marsdin &amp; Doris Peltier</i>	
Travailler ensemble : alliés dans la recherche sur le genre et le changement de traitement antirétroviral combine.....	205
<i>Claudette Cardinal, Carly Marshall, Alison R. McClean, Niloufar Aran, Katherine W. Kooij, Jason Trigg, Erin Ding, Kate Salters, Robert S. Hogg on behalf of the CANOC Collaboration</i>	

## **Provoquer le changement à l'aide du regard, de la croyance et de l'action qui tiennent compte de deux perspectives; faire écho à l'expérience des membres des Premières Nations du nord vivant avec le VIH**

Linda Larcombe, Elizabeth Hydesmith, Gayle Restall, Laurie Ringaert, Matthew Singer, Rusty Souleymanov, Yoav Keynan, Michael Payne, Kelly Macdonald, Pamela Orr, Albert McLeod

### **RÉSUMÉ**

Au Manitoba (Canada), il est indispensable de comprendre la lutte que doivent mener les membres des Premières Nations du nord qui vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Des facteurs particuliers rendent l'expérience des populations du nord différente de celle des autres Manitobains. Il s'agit notamment de l'isolement géographique dans de petites réserves où les services de santé sont limités, de la difficulté à préserver la confidentialité, de stigmatisation et d'un manque d'interventions sanitaires et de programmes appropriés à la culture. Par contre, le lien à la famille et à la communauté, l'accès à la terre et aux aliments traditionnels, les cérémonies et les produits médicinaux sont des facteurs susceptibles de favoriser une résilience chez les membres des Premières Nations vivant avec le VIH.

Dans le présent document, nous décrivons les méthodes que nous utilisons pour recueillir et analyser les récits des personnes du nord du Manitoba qui vivent avec le VIH et de fournisseurs de soins de santé qui ont une connaissance des processus de soins de santé. Nos méthodes mettent l'accent sur la formation d'une alliance inclusive. Pour ce faire, nous nous engageons à créer sans ambages un espace éthique en utilisant le regard, la croyance et l'action qui tiennent compte de deux perspectives. Nous comprenons que l'alliance inclusive est une démarche éthique importante visant la collaboration avec les membres des Premières Nations du nord du Manitoba et la formulation de recommandations concrètes qui leur sont pertinentes.

Grâce à ce processus, nous nous attendons à apprendre des membres des Premières Nations vivant avec le VIH quels sont les changements à apporter à la prestation de soins de santé qui leur sont destinés. Nous pourrions alors passer des connaissances à l'adoption de mesures visant à réduire les préjugés et à favoriser le bien-être.

**Auteur-ressource :** Linda Larcombe (M.A., PhD.)

Professeure agrégée, Département de médecine interne, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba,

Room 528, Basic Medical Sciences Building, 745 Bannatyne Ave.

Winnipeg (Man.) R3E 0J9 Canada

[larcombe@umanitoba.ca](mailto:larcombe@umanitoba.ca)

Tél. : 1 204 975-7726

## INTRODUCTION

Au Manitoba, plus de cinquante pour cent des nouveaux clients pris en charge pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en 2018, se définissaient comme Autochtones (Première Nation, Inuit ou Métis) (Manitoba HIV Program, 2019). En outre, les résultats du traitement, exprimés comme la proportion de personnes qui ont une charge virale supprimée, sont moins bons chez les personnes qui se définissent comme Autochtones (Manitoba HIV Program Manitoba, 2019). Selon le rapport de 2018 du Manitoba HIV Program, le taux d'infection par le VIH chez les Autochtones « reflète le racisme systémique présent depuis longtemps dans le système de santé du Manitoba » [*Traduction*] (Manitoba HIV Program, 2019). Il est indispensable de comprendre la lutte que doivent mener les membres des Premières Nations du nord du Manitoba (Dénés, Cris, Oji-Cris, Ojibwés) qui vivent avec le VIH. La littérature fait état des obstacles auxquels font face les Autochtones pour obtenir des soins appropriés en matière de VIH, mais il existe peu d'études sur l'interaction entre divers facteurs – histoire, personnes, communauté, culture, organisations, système de santé, politiques – dans l'érection et le maintien de ces obstacles (Santé, Aînés et Vie active Manitoba, 2016a, 2018a; Manitoba HIV Program, 2016a; Plitt et autres, 2009).

Il est absolument prioritaire d'entendre des témoignages concernant les obstacles aux tests de dépistage, au traitement et aux soins relatifs au VIH et la résilience dont font preuve les membres des Premières Nations du nord pour surmonter ces obstacles, pour les raisons suivantes : 1) les taux d'infection par VIH et de maladies associées augmentent chez les Autochtones du Manitoba (Santé, Aînés et Vie active Manitoba, 2016b, 2018b; Manitoba HIV Program, 2016b); 2) le dépistage et les soins relatifs au VIH constituent un processus complexe (Plitt et autres, 2009; Thompson et autres, 2012); 3) les communautés sont éloignées; les services de santé et le soutien social y sont insuffisants (Allec, 2005); 4) il n'y a pas suffisamment de stratégies visant à surmonter les obstacles et à faciliter la mise en œuvre des pratiques exemplaires actuelles en matière de dépistage et de soins relatifs au VIH pour les membres des Premières Nations du nord du Manitoba; 5) certains estiment qu'il y a un manque d'intégration des formes de savoir et des pratiques de guérison des Premières Nations aux pratiques médicales occidentales (Fayed et autres, 2018); et 6) un manque de sécurisation culturelle autochtone a été constaté dans le secteur des soins de santé au Canada (Allan et Smylie, 2015; Brooks-Cleator, Phillipps et Giles, 2018; Gracey et King, 2009; King et autres, 2019).

Ce projet a pour objectif de mettre en œuvre des mesures de soutien plus respectueuses de la culture et adaptées à la géographie pour les membres des Premières Nations du nord du Manitoba qui vivent avec le VIH. En 2018, un groupe multilatéral de chercheurs du Manitoba HIV/STBBI Collective Impact Network (MB HIV CIN) s'est réuni pour examiner les expériences, les hypothèses et les réalités des membres des Premières Nations du nord de la province vivant avec le VIH. Le MB HIV CIN est un groupe composé de membres des Premières Nations, d'universitaires, de représentants d'organismes communautaires, de personnes vivant avec le VIH et de représentants d'organismes provinciaux, fédéraux et des Premières Nations œuvrant dans le secteur de la santé. Tous ont l'objectif commun d'éradiquer la transmission du VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

de la province canadienne du Manitoba d'ici 2030 et d'assurer le bien-être des personnes vivant avec le VIH.

Notre équipe recueille des renseignements sur les expériences des membres des Premières Nations dans la cascade de soins pour le VIH<sup>1</sup> et les documente à l'aide de la schématisation de parcours, du conte et de la narration orale pour comparer les expériences vécues par les membres des Premières Nations dans le nord et ceux de Winnipeg et en dégager les différences. Dans notre étude, nous cherchons à savoir quels sont les changements nécessaires pour que les personnes du Grand Nord puissent bien vivre avec le VIH. Pour y parvenir, nous devons établir des relations entre les alliés (et les organismes avec lesquels ils collaborent) pour faciliter le changement des systèmes.

Le processus par lequel les connaissances et les expériences sont recueillies, communiquées et comprises et intégrées au changement des systèmes exige de tenir compte des différences culturelles, économiques et géographiques profondes entre les Premières Nations du nord et les personnes qui s'efforcent d'être leurs alliées. Dans le cadre de ce projet, le rôle des chercheurs est de chercher activement à apprendre des communautés et des membres des Premières Nations comment le mieux parvenir à décoloniser l'expérience du VIH afin que les membres des Premières Nations du nord optimisent leur bien-être et fassent des choix de vie qui ne sont pas limités par un système de santé colonial et centralisé. Notre méthodologie fait appel au regard, à la croyance et à l'action qui tiennent compte de deux perspectives dans le but d'entendre et de comprendre comment les membres des Premières Nations du nord gèrent la cascade de soins pour le VIH alors qu'ils prennent soin de leur propre santé (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012; Iwama, Marshall, Marshall et Bartlett, 2009; King, 2011; Marshall et Bartlett, 2007). Nous reconnaissons que les membres des Premières Nations du nord qui vivent avec le VIH ont développé une expertise pratique du fonctionnement d'un système de santé conçu et administré dans un cadre biomédical occidental dominé par des personnes et des idéologies non autochtones. Nous croyons que cette recherche participative peut contribuer au changement des systèmes de soins de santé pour le VIH si nous gardons les oreilles et les yeux ouverts, si nous nous efforçons de comprendre et de communiquer quels sont les obstacles, les éléments facilitateurs et la résilience que les personnes trouvent sur leur route au cours de leur cheminement.

## ÉTABLISSEMENT DES BASES

Les relations de confiance et de soutien mutuel forment la base de l'alliance inclusive. Certains des membres de l'équipe de recherche (Larcombe, Singer et Orr) participent depuis longtemps à des projets de recherche en collaboration avec les communautés de la Première Nation des Dénés du Manitoba. Ces projets portaient au départ sur les facteurs sociaux, environnementaux et biologiques qui ont une incidence sur leur expérience de la tuberculose endémique et épidémique

---

<sup>1</sup> La cascade de soins pour le VIH (ou continuum de soins) fournit un cadre qui permet aux fournisseurs de soins et aux décideurs de mesurer les progrès en fonction des étapes de la mise en œuvre du traitement et des soins relatifs au VIH. Elle nous permet d'évaluer les progrès réalisés en ce qui a trait à la prévention et aux soins relatifs au VIH en cernant les lacunes dans les soins continus aux patients. <http://cfenet.ubc.ca/hiv-cascade-care-british-columbia>

(Larcombe et autres, 2012a; Larcombe et Orr, 2007; Larcombe et autres, 2008; Larcombe et autres, 2012b; Larcombe et autres, 2005).

En 2016, nous avons organisé une réunion de recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (les IRSC sont un organisme national responsable de financer la recherche en santé) pour présenter le chef et le conseil de la Première Nation Northlands Denesuline à un réseau de chercheurs de l'Université du Manitoba. La réunion avait pour but de renforcer les liens entre les dirigeants de la Première Nation et les éventuels collaborateurs universitaires. Grâce à cette discussion, une lacune a été relevée concernant les connaissances sur les ITSS, comme le VIH, dans le nord du Manitoba. L'équipe de recherche a appris que la communauté avait joué un rôle actif dans la sensibilisation au VIH par le passé et qu'elle était inquiète des tendances que prenait la transmission du virus. Par exemple, en 2014, la communauté a organisé un forum sur le VIH pour communiquer de l'information sur la maladie. Des membres de la Première Nation qui s'y connaissent en VIH et d'autres qui vivent avec le VIH ont été invités à faire de la sensibilisation et à combler les lacunes en matière d'information. Depuis, les programmes éducatifs sont limités au programme d'enseignement sur la santé des écoles secondaires (Société canadienne du sida, 2010).

En réponse à ces préoccupations, la D<sup>re</sup> Larcombe et l'équipe ont reçu une bourse du partenariat REACH 2.0 (PRATICS 2.0, en français) pour mettre à l'essai l'outil d'évaluation de l'état de préparation communautaire du Réseau canadien autochtone du sida avec la Première Nation Northlands Denesuline (Réseau canadien autochtone du sida, 2012; Larcombe et autres, 2019). Les connaissances tirées de ce projet pilote ont mené à la mise au point du présent projet, *Mapping the Journey: developing culturally appropriate, geographically-responsive HIV care for northern Manitoba First Nations people (Schématisation du parcours : mettre au point des soins pour le VIH appropriés à la culture et adaptés à la géographie pour les membres des Premières Nations du nord du Manitoba)*, qui a reçu une subvention au fonctionnement sur trois ans des IRSC (Comité d'éthique de la recherche sur des êtres humains n° HS20496). L'équipe de recherche est composée d'universitaires, d'organismes provinciaux, fédéraux et des Premières Nations, de cliniciens et d'activistes de la lutte contre le VIH. Au cours des dernières années, plusieurs membres de l'équipe de recherche ont multiplié les relations avec des parties intéressées, comme des décideurs politiques, des organismes communautaires, des organismes et des communautés des Premières Nations. Ainsi, les bases étaient jetées pour nous permettre, dans le cadre du projet actuel, de poursuivre notre travail sur l'alliance inclusive et de renforcer les capacités de recherche au sein d'un espace éthique.

## **CRÉATION D'UN ESPACE ÉTHIQUE POUR AMÉLIORER L'ALLIANCE INCLUSIVE**

Les membres de l'équipe de recherche (dont certains sont membres d'une Première Nation) comprennent que la recherche sur le VIH au sein des Premières Nations doit être menée avec une approche intentionnelle de décolonisation, en faisant preuve d'humilité sur le plan culturel, car les alliés s'efforcent d'établir des relations de nature inclusive avec les membres de l'équipe qui sont d'une Première Nation (Jaworsky, 2019; Kluttz, Walker et Walter, 2020; Jackson Smith, Puckett et Simon). La décolonisation est un processus par lequel les partenaires de recherche non autochtones s'engagent à réfléchir, à comprendre et à créer des actions en solidarité (relevant de

l'alliance inclusive) avec les membres et les communautés des Premières Nations (J. G. Bartlett, Iwasaki, Gottlieb, Hall et Mannell, 2007; Krusz, Davey, Wigginton et Hall, 2020; McGibbon, 2018). Ces efforts de décolonisation et cette alliance inclusive s'appuient sur les valeurs de justice, d'équité, de bienveillance et de respect. Il est essentiel de comprendre le contexte général (social, biologique, économique et politique) dans lequel les membres des Premières Nations dans les régions nordiques et éloignées du Manitoba se font dépister pour le VIH et comment ils négocient le traitement et les soins. Ces renseignements sont nécessaires pour planifier et mettre en œuvre des interventions appropriées sur le plan culturel et pour amener les populations marginalisées du nord à recourir aux soins pour le VIH en toute sécurité.

L'alliance inclusive est un moyen que les personnes qui ont des privilèges et du pouvoir ont à leur portée pour appuyer celles qui font partie de groupes non dominants et, ainsi, rectifier les inégalités en tissant des liens, en établissant des relations, en éliminant les obstacles et en favorisant la communication, l'action et la responsabilisation (Nixon, 2019; J Smith, Puckett et Simon, 2016). Devenir un allié, c'est s'engager dans une aventure sans destination. En pratique, une personne ne peut pas *devenir une alliée* grâce à un seul geste ou une seule action. Au lieu de cela, une personne ou un groupe travaille sans relâche à être un allié en apprenant et en agissant hors des mécanismes de colonisation et en maintenant des relations équitables avec les Autochtones (Jaworsky, 2019; Klutz et autres, 2020; Smith et autres, 2016). Il y a toujours le danger de reproduire le modèle de subordination des personnes marginalisées, quelles que soient les intentions. Par conséquent, la pratique de l'alliance inclusive doit être explicite et s'accompagner d'une reddition de compte au groupe non dominant – dans ce cas-ci, les membres des Premières Nations du nord, notamment ceux qui vivent avec le VIH. Pour ce projet, la pratique de l'alliance inclusive comprend la création et le maintien d'un espace éthique au sein de nos méthodes de recherche, le renforcement de nos propres capacités pour comprendre l'espace éthique (Ermine, 2007), et le recours au regard qui tient compte de deux perspectives (Marshall et Bartlett, 2007), ainsi qu'à la croyance et à l'action qui tiennent aussi compte de deux perspectives pour souligner l'oppression structurelle au sein du système de santé qui passe inaperçue aux yeux des chercheurs non autochtones (Nixon, 2019).

### ***Espace éthique***

Nos méthodes nécessitent la création d'un espace éthique au sein duquel les participants à la recherche, les partenaires, les communautés et les organismes sont respectés, écoutés et compris. Selon l'aîné Willie Ermine (de la Première Nation de Sturgeon Lake dans le centre-nord de la Saskatchewan), « un espace éthique se crée lorsque deux sociétés aux visions du monde divergentes sont sur le point d'interagir l'une avec l'autre » [Traduction] (Ermine, 2007). Il explique que l'espace éthique nécessite une culture au sein de laquelle les commentaires trouvent un écho et servent dans divers contextes (Ermine, 2007). Ermine décrit l'espace comme un lieu entre les systèmes de connaissances qui contribue au dialogue et à l'échange d'idées (Ermine, 2007). Dans cet espace, chaque groupe doit se détacher de son idéologie et de ses systèmes pour trouver des bases communes et interagir entre êtres humains (Ermine, 2010). Il faut comprendre les différences entre la sécurisation culturelle, la compétence culturelle et l'humilité culturelle, ainsi que l'importance d'une approche décolonisatrice (Ermine, 2007; Hyett, Marjerrison et Gabel, 2018; McEldowry et Connor, 2011; Sherwood et Edwards, 2006; Tervalon et Murray-

Garcia, 1998). La participation au sein de l'espace éthique suscite des dialogues qui permettent de surmonter les différences de connaissances et qui créent de nouvelles occasions pour apprécier sincèrement les multiples modes de connaissance. L'espace éthique est un cadre essentiel au sein duquel les chercheurs travaillent activement à apprendre et à utiliser des méthodes élaborées pour orienter la façon d'apporter aux systèmes des changements pertinents sur le plan culturel.

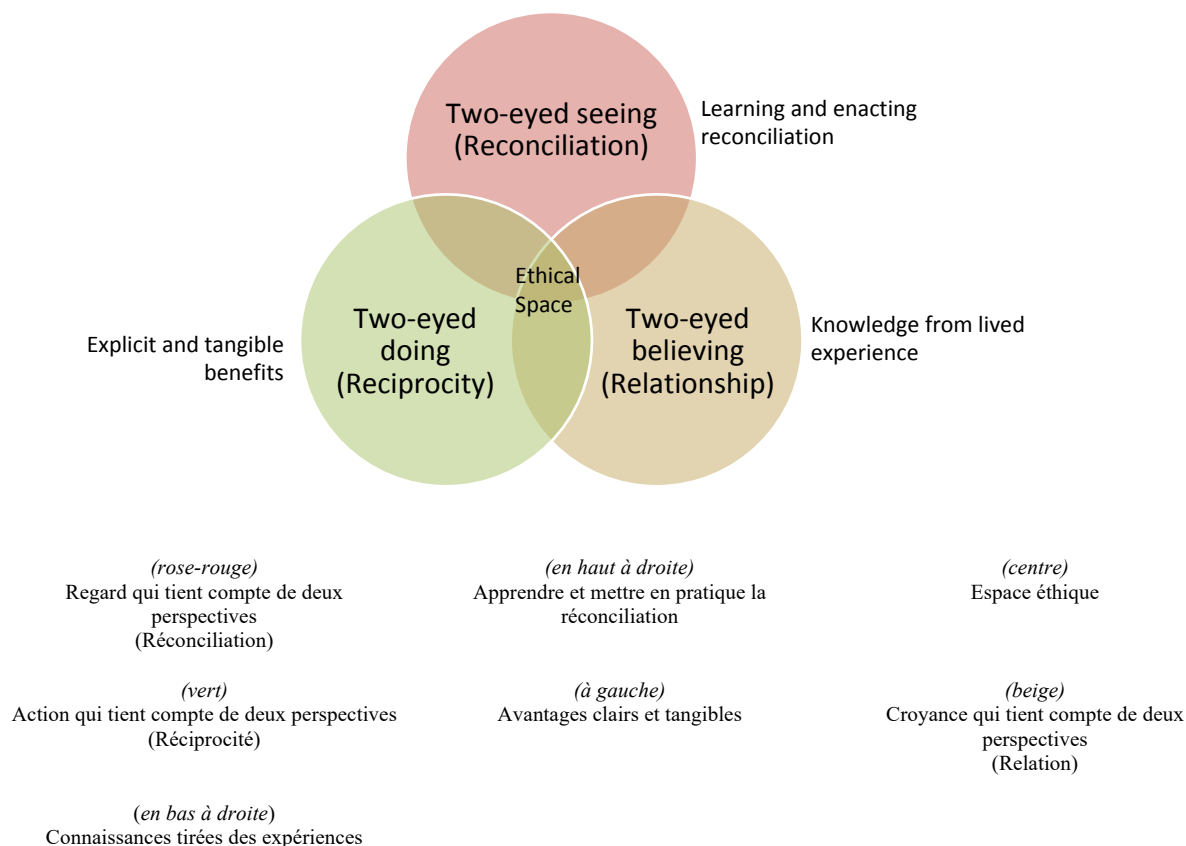
### *Approche à double perspective*

L'approche à double perspective (Etuaptmumk ou two-eyed seeing en anglais), qu'on pourrait aussi nommer « regard qui tient compte de deux perspectives », est un concept inventé par l'aîné mi'kmaq Albert Marshall (qui vit dans la communauté d'Eskasoni, dans le Mi'kma'ki, un territoire traditionnel situé en Nouvelle-Écosse). Il s'agit d'un principe directeur pour la collaboration interculturelle en recherche qui a été recommandé pour la mise au point de politiques et de programmes au Manitoba (Martin, Thompson, Ballard et Linton, 2017). L'approche à double perspective nous aide à prendre conscience que les effets positifs risquent d'être beaucoup plus nombreux dans toute situation donnée si nous sommes prêts à faire appel à deux ou plusieurs perspectives (Institute for Integrative Science and Health). Selon Marshall, utiliser l'approche à double perspective, c'est « voir d'un œil avec les forces des modes de savoir autochtones, voir de l'autre œil avec les forces des modes de savoir occidentaux, et se servir des deux yeux conjointement » [Traduction] (Bartlett et autres, 2012).

Par conséquent, dans notre étude, nous combinons l'espace éthique et l'approche à double perspective, et nous utilisons les concepts 1) du regard qui tient compte de deux perspectives pour en apprendre davantage sur la réconciliation et la mettre en pratique, 2) de la croyance qui tient compte de deux perspectives avec les connaissances tirées de l'expérience des membres des Premières Nations du nord vivant avec le VIH, et 3) de l'action qui tient compte de deux perspectives grâce à la réciprocité qui crée, de façon explicite et tangible, des avantages pour les Autochtones (figure 1). Ces concepts et principes ont été présentés par Albert McLeod, gardien du savoir des Premières Nations et chercheur principal, à l'équipe de recherche lors d'une série d'ateliers visant à nous faire comprendre les notions de double perspective, d'espace éthique et d'alliance inclusive. En outre, nous appliquons ces principes aux dialogues entre partenaires autochtones et non autochtones du projet.



**Figure 1. Changement des systèmes à l'aide du regard, de la croyance et de l'action qui tiennent compte de deux perspectives (McLeod et Larcombe, 2020).**



Notre processus de recherche vise à écouter les membres des Premières Nations vivant avec le VIH, à échanger avec eux et à apprendre de leurs expériences. Grâce à ces renseignements, le système de santé peut mettre en œuvre des mesures et des interventions en matière de soins pour le VIH qui sont respectueuses de la culture. En abordant notre étude avec une approche à double perspective, il sera plus facile d’offrir aux membres des Premières Nations vivant avec le VIH des interventions et des programmes pertinents et durables sur le plan culturel.

### **LE REGARD QUI TIENT COMPTE DE DEUX PERSPECTIVES – EN APPRENDRE DAVANTAGE SUR LA RÉCONCILIATION ET LA METTRE EN PRATIQUE**

En vertu de notre approche de recherche, nous considérons que le *regard qui tient compte de deux perspectives* est nécessaire pour comprendre que l’expérience du VIH pour les personnes du nord du Manitoba peut être différente de celle des personnes qui vivent avec le VIH à Winnipeg, dans un milieu urbain au sud. Nos méthodes de recherche visent à créer un espace éthique en incluant et en respectant les perspectives uniques des membres des Premières Nations des milieux nordiques et des milieux urbains qui vivent avec le VIH. Nous interviewerons également des professionnels autochtones et non autochtones qui fournissent des services de lutte

contre le VIH dans les centres de santé communautaires des Premières Nations et en milieu urbain.

À l’instar de la théorie féministe critique, le regard qui tient compte de deux perspectives remet en question l’hypothèse qu’il y a une seule vérité objective (Inhorn et Whittle, 2001; Jaworsky, 2019). La vérité et la réalité sont des constructions sociales, culturelles, historiques et politiques et, jusqu’à récemment, les perspectives biomédicales occidentales ont dominé le système de soins de santé pour le VIH (Becker et autres, 2012; McClarty et autres, 2020). Par regard qui tient compte de deux perspectives, on entend que les épistémologies (façons de penser), les cadres de recherche (façons de poser des questions) et les méthodes (façons de faire) des Premières Nations ont la priorité sur les méthodes et les interprétations occidentales dans notre étude, afin que nos résultats tiennent compte des connaissances, des enseignements traditionnels et des révélations influencées par la culture des Premières Nations (Adelsen, 2000; Steinhauer et Lamouche, 2015). Les personnes qui vivent avec le VIH, et plus particulièrement celles des régions éloignées, ont un point de vue qui n’a pas encore été assez entendu par les acteurs des soins pour le VIH.

## **MISE EN PLACE DES CONDITIONS POUR FAVORISER LE REGARD QUI TIENT COMPTE DE DEUX PERSPECTIVES ET L’ESPACE ÉTHIQUE AU SEIN DU PROJET**

Nous nous y sommes pris de plusieurs façons pour mettre en place les conditions favorisant le regard qui tient compte de deux perspectives et l’espace éthique au sein du projet de recherche : 1) constitution de l’équipe de recherche, de façon à inclure des chercheurs des Premières Nations; 2) renforcement des capacités de l’équipe de recherche en ce qui a trait à l’approche à double perspective et à l’espace éthique; 3) intégration de la croyance qui tient compte de deux perspectives – entendre et comprendre les parcours; 4) intégration du regard qui tient compte de deux perspectives – voir la collecte de données; 5) création d’un espace de dialogue entre les partenaires du nord (des Premières Nations et occidentaux) et les partenaires de la région de Winnipeg; et 6) intégration de l’action qui tient compte de deux perspectives – avec la collaboration de tous les partenaires, changer les systèmes pour qu’ils soient mieux adaptés à la géographie et plus respectueux de la culture.

### ***1) Constitution de l’équipe de recherche de façon à inclure des chercheurs des Premières Nations***

La structure du projet de recherche a été déterminée dès le début de façon à mettre sur un pied d’égalité les chercheurs autochtones et les universitaires. Habituellement, les projets de recherche ne prévoient pas de salaires pour les chercheurs principaux, car ceux-ci sont payés par l’université à laquelle ils sont affiliés. Notre équipe de recherche a demandé aux bailleurs de fonds (IRSC) de permettre un poste budgétaire visant la rémunération d’Albert McLeod pour la durée du projet en signe de reconnaissance de sa participation, de ses compétences et de son expertise équivalentes à celles des deux autres universitaires ayant le titre de chercheur principal. Albert McLeod n’est affilié à aucune université, mais la reconnaissance de son expérience d’aîné et de gardien du savoir est essentielle au poste de chercheur principal des IRSC et une façon de

mettre en pratique la réconciliation. Les aînés sont parfois considérés comme des « participants à la recherche » ou des « collaborateurs » dans les projets de recherche sur les Premières Nations et ils reçoivent des honoraires pour leur contribution. Dans ce projet, l'aîné gardien du savoir joue un rôle primordial dans la direction, l'enseignement et la surveillance de nos efforts visant à créer et à maintenir un espace éthique, à collaborer avec les membres des Premières Nations et les partenaires communautaires à l'aide de protocoles et de méthodes appropriés et à assurer le bien-fondé et la pertinence culturelle de la recherche. Nous avons également demandé la participation du conseil tribal de Keewatin dès la proposition de la recherche et nous avons fait appel à l'un de ses employés à titre de cochercheur.

## ***2) Renforcement des capacités de l'équipe de recherche en ce qui a trait à l'approche à double perspective et à l'espace éthique***

Afin de nous en faire connaître plus sur la réconciliation et nous la faire mettre en pratique, l'aîné et gardien du savoir a organisé un atelier préliminaire intitulé « Exploring Ethical Space and Indigenous Cultural Imperatives in Community-Based Research » (Exploration de l'espace éthique et des impératifs culturels autochtones en recherche communautaire – 2019) au Ma Mawi Wi Chi Itata Centre. Il a également offert une série de quatre ateliers/webinaires intitulée « Ethical Space and Research with Indigenous Populations » (Espace éthique et recherche avec les populations autochtones – 2020) pour renforcer les capacités en ce qui a trait à l'espace éthique en vue d'avoir une meilleure alliance inclusive. Les ateliers portaient sur la création d'un espace éthique sous l'angle du regard, de la croyance et de l'action qui tiennent compte de deux perspectives. En réponse aux protocoles de santé publique contre la COVID-19, l'aîné McLeod a élaboré ces quatre ateliers virtuels/webinaires pour nous permettre, aux membres de l'équipe de recherche, d'améliorer les relations existantes et d'en nouer de nouvelles afin d'être en mesure de déterminer les avantages clairs et tangibles de notre étude pour les partenaires de recherche autochtones et non autochtones et de mettre en pratique la réconciliation. Dans le cadre de ses ateliers sur l'espace éthique, Albert McLeod a mis au défi les participants de sortir de leur zone de confort en reconnaissant les négociations en cours au sujet des espaces éthiques (Bergen, 2020) et en posant des gestes comme la recherche et la visite d'organismes métis et des Premières Nations locaux, comme la Circle of Life Thunderbird House, la Manitoba Métis Federation Inc. et le Ma Mawi Wi Chi Itata Centre.

## ***3) La croyance qui tient compte de deux perspectives – entendre et comprendre les parcours***

Les expériences de fréquentation du système de santé par les membres des Premières Nations du Manitoba qui vivent avec le VIH ont reçu peu d'attention à ce jour. Il faut écouter, croire et valoriser les connaissances utiles et précieuses des membres des Premières Nations qui vivent avec le VIH (UNAIDS, 2016; White, 2005). Le rôle d'un chercheur allié est d'apprendre des membres des Premières Nations en utilisant des méthodes qui s'harmonisent à leurs façons de décider de leurs politiques, de leurs programmes et de leurs interventions.

De tout temps les membres des Premières Nations posent des questions, réunissent des connaissances, font des observations et prennent des décisions éclairées pour guider leur vie et

leur bien-être (Kovach, 2012). Les méthodes des Premières Nations consistant à écouter les expériences et les récits des gens à propos du VIH pour réunir les connaissances peuvent constituer la base des renseignements propices au changement. Notre étude s'appuie sur un cadre de recherche des Premières Nations qui se distingue par les qualités suivantes : l'épistémologie globale, le conte, le but, l'expérience, l'éthique, les façons d'acquérir des connaissances et une prise en considération globale de la relation coloniale (Kovach, 2012). Ces caractéristiques incarnent le cadre conceptuel non linéaire que Kovach décrit comme une recherche « suivant plutôt un parcours d'entrées et de sorties, d'allers et de retours et de hauts et de bas » (Traduction) [49].

#### **4) Le regard qui tient compte de deux perspectives – voir la collecte de données**

Notre étude intégrera les modes de connaissance des Premières Nations du nord, leurs stratégies d'adaptation et de bien-être, ainsi que leur compréhension des expériences des personnes vivant avec le VIH avec les services de soins de santé. Voici deux des méthodes que nous utilisons pour recueillir des données et qui permettront de comprendre, grâce à un regard qui tient compte de deux perspectives, les différences, les thèmes communs et les forces dans les parcours des membres des Premières Nations vivant avec le VIH. Dans la première méthode, nous utilisons des entrevues semi-structurées, à questions ouvertes, pour obtenir des histoires et des récits qui amélioreront la portée et l'étendue des connaissances sur les divers parcours des personnes vivant avec le VIH. Contrairement aux entrevues au cours desquelles les participants doivent répondre à des questions précises et fermées, les entrevues à questions ouvertes qui sollicitent les histoires donnent le contrôle du récit au narrateur (Garroutte et Westcoot, 2013; Thomas, 2005; Wilson, 2008).

La relation qui s'établit entre les apprenants grâce au conte entraîne une écoute attentive et un échange fructueux. (Wilson, 2008). En accordant une place aux histoires et aux récits lors d'une entrevue en profondeur, on reconnaît la vérité, la sagesse et la réalité de la personne vivant avec le VIH et on démontre que les chercheurs accordent de la valeur à leurs expériences et les croient. Le conte est un moyen qu'utilisent les Autochtones pour échanger sur les relations, la résilience, les observations, les révélations et les réflexions (Garroutte et Westcoot, 2013; Thomas, 2005). Selon la philosophie ojibwée et oji-crie, l'histoire est un être vivant qui peut exister hors du temps et de l'espace; elle a sa propre raison d'être et peut changer de forme au fil du temps (Garroutte et Westcoot, 2013). Les histoires forment et nourrissent l'auditeur et permettent au conteur d'utiliser sa propre voix pour transmettre son savoir de façon générale (Thomas, 2005). Une histoire peut être une partie d'un *récit* ou un *récit* en soi. Une histoire peut fournir un contexte utile pour comprendre pourquoi une personne n'a pas pu obtenir un test de dépistage du VIH ou pourquoi un logement inadéquat a pu contribuer à l'incapacité d'une personne à continuer de recevoir des soins de santé. Un récit est une compilation d'histoires orales ou écrites qui peuvent inclure des gestes, des images, des éléments historiques ou mythiques et qui sont organisées par l'auteur en réponse à un contexte particulier.

Une autre technique que nous utilisons dans le cadre du concept de la croyance qui tient compte de deux perspectives est la schématisation de parcours. Cette technique a été mise au point à partir de la schématisation de processus, d'abord utilisée par le secteur industriel, puis adaptée

comme outil de vérification clinique pour examiner la gestion des patients en milieu hospitaliers ou de soins de santé (Trebbles, Hansi, Hydes, Smith et Baker, 2010). La schématisation des parcours sanitaires des personnes est utilisée pour obtenir des données permettant d'optimiser les soins, rendre les systèmes plus efficaces dans les cliniques et les hôpitaux, et repérer les éléments facilitateurs et les obstacles à des soins de santé sûrs et fiables (Johnson et autres, 2012; Jones, Shakhder et Singh, 2017; Kelly et autres., 2003; Kim, Spahlinger, Kin et Billi, 2006; Layton, Moss et Morgan, 1998; Sevaldons, 2011; Trebbles et autres, 2010). On documente la façon dont un patient s'en sort dans le système de santé de façon générale ou lorsqu'il est atteint d'une maladie particulière (p. ex. Parkinson, polyarthrite rhumatoïde, cancer) pour comprendre et « voir » l'expérience d'un patient (Del Rio, Baudet, Fernandez, Morales et Socas Mdel, 2007; Helsing, 2007; Jones et autres, 2017; Oliver et autres, 2008). La schématisation du parcours des personnes tout au long de la cascade de soins pour le VIH permet de documenter la singularité éventuelle des parcours. La schématisation de parcours dans les systèmes de santé peut tirer profit de multiples perspectives et de diverses techniques pour recueillir des données et les représenter (Jones et autres, 2017; Kelly et autres, 2003; Sevaldons, 2011). La schématisation de parcours et la documentation des expériences des personnes dans la cascade de soins pour le VIH permettent de documenter la singularité éventuelle des parcours.

Au cours de nos entrevues, des questions particulières permettront de comprendre les obstacles auxquels font face les personnes ou les éléments facilitateurs et la résilience auxquels elles ont recours tout au long de la cascade de soins pour le VIH (Jongbloed et autres, 2019). Pendant l'entrevue, nous demandons au participant d'illustrer, au moyen de mots et d'images, les étapes, les obstacles et les éléments facilitateurs qui ont jalonné son parcours de soins. La comparaison entre le parcours des membres des Premières Nations du nord vivant avec le VIH et celui des membres des Premières Nations vivant avec le VIH qui ont toujours habité dans un centre urbain vise à relever les similarités et les différences de leurs parcours. Nous mettrons au point un schéma d'expériences composites de membres des Premières Nations vivant dans le nord du Manitoba et un schéma de processus composites à partir des entrevues réalisées avec des fournisseurs de soins de santé.

### ***5) Création d'un espace de dialogue entre les partenaires du nord (des Premières Nations et occidentaux) et les partenaires de la région de Winnipeg***

Lors de la conception de notre étude, nous avons intégré des réunions d'équipe trimestrielles auxquelles participent des partenaires occidentaux et des Premières Nations, du nord et de la région de Winnipeg. Durant ces réunions, nous présentons divers points de vue sur la conception, les progrès et les résultats de l'étude. Nous avons également prévu des moments pour la tenue de réunions élargies avec des partenaires occidentaux et des Premières Nations du nord et de la région de Winnipeg, plus particulièrement pour comprendre les données et travailler ensemble à apporter des changements aux systèmes.

Ce projet de recherche se déroule dans le cadre du MB HIV/STBBI Collective Impact Network, qui rassemble un grand nombre de ces partenaires quelques fois par année. Par exemple, des membres de l'équipe de recherche et des partenaires autochtones et non autochtones se sont

réunis à la Circle of Life Thunderbird House en novembre 2019. Le rassemblement, qui portait le nom de « A Gathering to Discuss the Pathways to Care Project », visait à réunir les dirigeants autochtones, les dirigeants des régions rurales et éloignées et les responsables de services de soins, de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang pour discuter du projet des parcours de soins en utilisant l'approche à double perspective. Le réseau organise aussi annuellement deux grands rassemblements sur divers sujets et gère un groupe d'action portant sur le thème de la vérité et de la réconciliation. Plusieurs membres de cette équipe de recherche y participent sous la direction de la D<sup>re</sup> Larcombe et de l'aîné McLeod. Les relations qui se nouent au fil du temps et grâce à ces diverses occasions contribuent à la consolidation d'une alliance inclusive.

### **L'ACTION QUI TIENT COMPTE DE DEUX PERSPECTIVES – RÉSULTATS ESCOMPTÉS (CHANGER LES SYSTÈMES POUR QU'ILS SOIENT MIEUX ADAPTÉS À LA GÉOGRAPHIE ET À LA CULTURE)**

Cette étude vise l'acquisition de connaissances qui serviront à orienter les interventions, les pratiques et les programmes en matière de soins de santé à l'échelle locale et provinciale de façon à changer les systèmes (C. Bartlett et autres, 2012; Iwama et autres, 2009). Elle est censée mener à des actions. Essentielle, la troisième phase de ce projet permettra de synthétiser les conclusions et de réunir les partenaires de recherche (des Premières Nations et occidentaux) et les communautés dans le but de discuter à fond et d'apporter ensemble les changements nécessaires. Un allié efficace de la recherche est « prêt à apprendre comment “appuyer” une communauté » (Tallbear, 2014).

Nous élargissons nos méthodes universitaires 1) pour inclure des paradigmes, des théories et d'autres façons de recueillir, de synthétiser et de communiquer l'information, et 2) pour mettre à profit nos compétences et nos réseaux de collaborateurs afin d'examiner de nouvelles méthodes et approches de recherche proposées par les membres des Premières Nations. La limite que pourraient présenter nos travaux est la réserve que certains sont susceptibles d'avoir à l'égard des expériences et des connaissances des membres des Premières Nations du nord qui vivent avec le VIH. Malgré tous nos efforts, notre compréhension comportera toujours des lacunes. Toutefois, notre rôle d'alliés consiste à reconnaître et à exprimer ces limites, mais pas de renoncer à œuvrer à des changements.

Les méthodes utilisées pour cette étude permettront de nouer et de maintenir une relation respectueuse entre les partenaires de recherche pour en faire des exemples et les appliquer aux pratiques exemplaires. Les connaissances peuvent être communiquées et matérialisées par les systèmes provinciaux et fédéraux de soins de santé pour le VIH, les organismes du secteur de la santé, les communautés et les personnes autochtones et non autochtones. Ces groupes participent déjà, dans une certaine mesure, à la recherche, à titre de membres de l'équipe ou de membres du MB HIV CIN. Par conséquent, ils prennent part aux principes du regard, de la croyance et de l'action qui tiennent compte de deux perspectives ou ils en sont témoins. Les groupes du MB HIV CIN participent à divers degrés à l'étude, mais ils ont tous été invités à jouer un rôle actif à sa conception, aux méthodes, aux interventions et aux évaluations. Ultimement, nous

entrevoyons un échange de connaissances et la mise au point d'interventions en matière de VIH qui sont compatibles avec les visions du monde et les façons d'être des Premières Nations.

## CONCLUSION

Le présent article décrit comment nous tentons de multiplier les alliances dans notre projet de recherche au moyen de diverses approches, par exemple en établissant des relations, en créant un espace éthique propice au dialogue et en utilisant l'approche à double perspective. Nous nous efforçons d'aller au-delà de cette approche pour envisager la croyance et l'action qui tiennent compte de deux perspectives. Ce faisant, nous créons un espace éthique propice au dialogue et nous favorisons l'alliance inclusive pour mettre au point des systèmes de soins pour le VIH mieux adaptés à la géographie et à la culture pour les membres des Premières Nations en région éloignée avec la collaboration des partenaires autochtones et non autochtones du nord. Cette méthodologie aide notre équipe de recherche à voir et à reconnaître les visions du monde et les modes de connaissance qui existent à l'extérieur du contexte biomédical occidental et nous oblige à utiliser des méthodes des Premières Nations pour entendre et croire les expériences des personnes vivant avec le VIH et d'intervenir directement. En renforçant les relations, l'alliance inclusive et les partenariats grâce à cette approche, nous croyons qu'il est possible d'engendrer un changement transformationnel plus important du système.

**Remerciements :** Cette étude est financée par une subvention au fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (numéro de subvention CBA-164022). Certificat du Comité d'éthique de la recherche n° HS20496.

## RÉFÉRENCES CITÉES

- Adelsen, N. (2000). *Being Alive Well: Health and the Politics of Cree Well-Being*. Toronto, ON: University of Toronto Press Inc.
- Allan, B, & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. In. Toronto, ON: The Wellesley Institute.
- Allec, Robert (producteur). (2005). *First Nations Health and Wellness in Manitoba*. Récupéré de : [www.gov.mb.ca/imr/ir/publications/pubs/1st\\_nations\\_health\\_final2005.pdf](http://www.gov.mb.ca/imr/ir/publications/pubs/1st_nations_health_final2005.pdf)
- Bartlett, C, Marshall, M, & Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. In *J Environ Stud Sci* (Vol. 3, pp. 331-340).
- Bartlett, J. G., Iwasaki, Y., Gottlieb, B., Hall, D., & Mannell, R. (2007). Framework for Aboriginal-guided decolonizing research involving Metis and First Nations persons with diabetes. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2371-2382. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.011
- Becker, ML, Kasper, K, Pindera, C, Cheang, M, Rodger, D, Sanche, S, . . . Gill, MJ. (2012). Characterizing the HIV epidemic in the prairie provinces. Dans *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology = Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* (2013/03/02 ed., Vol. 23, pp. 19-22).
- Bergen, Rachel (productrice). (2020). *Manitoba Hydro pulls majority of workers from Keeyask project amid blockades*. Récupéré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/keeyask-blockade-manitoba-hydro-maintenance-mode-1.5580933>
- Brooks-Cleator, L., Phillipps, B., & Giles, A. (2018). Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 50(4), 202-213. doi:10.1177/0844562118770334
- Del Rio, A. S., Baudet, J. S., Fernandez, O. A., Morales, I., & Socas Mdel, R. (2007). Evaluation of patient satisfaction in gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 19(10), 896-900. doi:10.1097/MEG.0b013e3281532bae
- Ermine, W. (2007). *The Ethical Space of Engagement*. *Indigenous Law Journal*, 6(1).
- Ermine, W. (2010). *What is ethical Space?* In *The Different Knowings Speakers' Series*. McMaster University, .



- Fayed, S.T, King, A, King, M, Macklin, C , Demeria, J, Rabbitskin, N, . . . Gonzales (Sempulyan), S. (2018). In the eyes of Indigenous people in Canada: exposing the underlying colonial etiology of hepatitis c and the imperative for trauma-informed care. *Canadian Liver Journal*. doi:doi: 10.3138/canlivj.2018-0009
- Garrouette, E, & Westcoot, K. (2013). *The Story Is a Living Being: Companionship with Stories in Anishinabeeg Studies*. In J Doerfler, N. J Sinclair, & H. K Stark (Eds.), *Centering Anishinaabeg Studies: Understanding the World through Stories*. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet*, 374(9683), 65-75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4
- Helsing, E. (2007). A patient's journey - The reluctant patient: Parkinson's disease. *British Medical Journal*, 335(7627), 989-990. doi:10.1136/bmj.39329.606840.AD
- Hyett, S., Marjerrison, S., & Gabel, C. (2018). Improving health research among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = Journal de l'Association medicale canadienne*, 190(20), E616-E621. doi:10.1503/cmaj.171538
- Inhorn, M. C., & Whittle, K. L. (2001). Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine*, 53(5), 553-567. doi:10.1016/s0277-9536(00)00360-9
- Institute for Integrative Science and Health. Two-eyed Seeing. In.
- Iwama, M, Marshall, M, Marshall, A, & Bartlett, C. (2009). Two-eyed seeing and the language of healing in community-based research. *Canadian Journal of Native Education*, 32(2), 3.
- Jaworsky, D. (2019). An allied research paradigm for epidemiology research with Indigenous peoples. *Arch Public Health*, 77, 22. doi:10.1186/s13690-019-0353-1
- Johnson, J. K., Farnan, J. M., Barach, P., Hesselink, G., Wollersheim, H., Pijnenborg, L., . . . Collaborative, HANDOVER Res. (2012). Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions. *Bmj Quality & Safety*, 21, 97-105. doi:10.1136/bmjqs-2012-001215
- Jones, P. H., Shakhder, S., & Singh, P. (2017). Synthesis maps: visual knowledge translation for the CanIMPACT clinical system and patient cancer journeys. *Curr Oncol*, 24(2), 129-134. doi:10.3747/co.24.3452
- Jongbloed, K., Pooyak, S., Sharma, R., Mackie, J., Pearce, M. E., Laliberte, N., . . . Cedar Project, Partnership. (2019). Experiences of the HIV Cascade of Care Among Indigenous Peoples: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 23(4), 984-1003. doi:10.1007/s10461-018-2372-2

- Kelly, M. J., Lloyd, T. D., Marshall, D., Garcea, G., Sutton, C. D., & Beach, M. (2003). A snapshot of MDT working and patient mapping in the UK colorectal cancer centres in 2002. *Colorectal Dis*, 5(6), 577-581.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *J Hosp Med*, 1(3), 191-199. doi:10.1002/jhm.68
- King, A, Lavand, D, Nicholson, V, Ryan, C, St Denys, R, Thomas, J, . . . Alexander, K. (2019). Indigenous Harm Reduction = Reducing the Harms of Colonialism: Policy Brief. In: Canadian Aboriginal Aids Network (CAAN) & Interagency Coalition on AIDS and Development.
- King, M. (2011). Importance of “Two-Eyed Seeing”. Récupéré de
- Kluttz, Jenalee, Walker, Jude, & Walter, Pierre. (2020). Unsettling allyship, unlearning and learning towards decolonising solidarity In (Vol. 52, pp. 49-66): *Studies in the Education of Adults*.
- Kovach, M. (2012). *Indigenous Methodologies: Characteristics, Conversations, and Contexts*. Toronto: Universtiy of Toronto Press.
- Krusz, E, Davey, T, Wigginton, B, & Hall, N. (2020). What Contributions, if Any, Can Non-Indigenous Researchers Offer Toward Decolonizing Health Research? *Qualitative health research*, 30(2), 205-216.
- Larcombe, L, Mookherjee, N, Slater, J, Slivinski, C, Singer, M, Whaley, C, . . . Orr, P. (2012a). Vitamin D in a northern Canadian First Nation population: dietary intake, serum concentrations and functional gene polymorphisms. *PloSOne*, 7(11), e49872. doi:10.1371/journal.pone.0049872
- Larcombe, L, & Orr, P. (2007). Housing conditions which serve as risk factors for tuberculosis infection and disease/Conditions de logement comme facteurs de risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose active. *Canadian Communicable Diseases Report = Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 33.
- Larcombe, L, Orr, P, Lodge, A, Brown, J, Dembinski, I, Milligan, L, . . . Nickerson, P. (2008). Functional gene polymorphisms in Canadian Aboriginal populations with high rates of tuberculosis. *Journal of infectious Disease*, 198, 1175-1179.
- Larcombe, L, McLeod, A, Samuel, S, Samuel, J, Payne, M, Van Haute, S, . . . Orr, P. (2019). A Dene First Nation's community readiness assessment to take action against HIV/AIDS: a pilot project. *Int J Circumpolar Health*, 78(1), 1588092. doi:10.1080/22423982.2019.1588092

- Larcombe, L., Orr, P., Turner-Brannen, E., Slivinski, C. R., Nickerson, P. W., & Mookherjee, N. (2012b). Effect of vitamin D supplementation on Mycobacterium tuberculosis-induced innate immune responses in a Canadian Dene First Nations cohort. *PloS one*, 7(7), e40692. doi:10.1371/journal.pone.0040692
- Larcombe, L., Rempel, J. D., Dembinski, I., Tinckam, K., Rigatto, C., & Nickerson, P. (2005). Differential cytokine genotype frequencies among Canadian Aboriginal and Caucasian populations. *Genes and immunity*, 6(2), 140-144. doi:DOI: 10.1038/sj.gene.6364157
- Layton, A., Moss, F., & Morgan, G. (1998). Mapping out the patient's journey: experiences of developing pathways of care. *Quality in Health Care*, 7 Suppl, S30-36.
- Manitoba Health Seniors and Active Living. (2016a). Annual Statistical Update: HIV and AIDS 2015. Winnipeg, MB. Récupéré de : <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv aids/docs/dec2015.pdf>
- Manitoba Health Seniors and Active Living. (2016b). Annual Statistical Update: HIV and AIDS 2015. In *Epidemiology & Surveillance Public Health Branch Public Health and Primary Health Care Division (Ed.)*, EpiReport. Winnipeg, MB.
- Manitoba Health Seniors and Active Living. (2018a). 2016 Annual Statistical Update: HIV and AIDS. Winnipeg, Manitoba. Récupéré de : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv aids/docs/dec2016.pdf>
- Manitoba Health Seniors and Active Living. (2018b). 2016 Annual Statistical Update: HIV and AIDS. In. Winnipeg, Manitoba.
- Manitoba HIV Program. (2016a). 2016 Manitoba HIV Program Update (May 2016). Récupéré de : [http://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2017/07/2016-MHP-Update\\_FINAL\\_full2.pdf](http://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2017/07/2016-MHP-Update_FINAL_full2.pdf)
- Manitoba HIV Program. (2016b). 2016 Manitoba HIV Program Update (May 2016). In.
- Manitoba HIV Program. (2019). 2018 Manitoba HIV Program Update. Winnipeg. Récupéré de : [https://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2019/10/2018-Manitoba-HIV-Program-Report\\_final\\_opt.pdf](https://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2019/10/2018-Manitoba-HIV-Program-Report_final_opt.pdf)
- Marshall, Albert, & Bartlett, Cheryl (2007). Two-Eyed Seeing. <http://www.integrativescience.ca/uploads/articles/2010September-Marshall-Bartlett-Integrative-Science-Two-Eyed-Seeing-environment-sustainability-Aboriginal.pdf>

- Martin, Donna, Thompson, Shirley, Ballard, Myrle, & Linton, Janice. (2017). Two-eyed seeing in research and its absence in policy: Little Saskatchewan First Nation Elders' experiences of the 2011 flood and forced displacement. *The International Indigenous Policy Journal*, 8(4).
- McClarty, L. M., Cheuk, E., Ireland, L., Kendall, C., Bibeau, C., Loepky, C., . . . Becker, M. (2020). Cohort profile: the LHIV-Manitoba clinical cohort of people living with HIV in Manitoba, Canada. *BMJ open*, 10(5), e034259. doi:10.1136/bmjopen-2019-034259
- McEldowy, R, & Connor, M. J. . (2011). Cultural safety as an ethic of care: A praxiological process. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 342–349.
- McGibbon, Elizabeth. (2018). Decolonizing health care: reconciliation roles and responsibilities for white settlers. *Women's Health and Urban Life* 13(4).
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC public health*, 19(1), 1637. doi:10.1186/s12889-019-7884-9
- Oliver, S., Bosworth, A., Airoidi, M., Bunyan, H., Callum, A., Dixon, J., . . . Tanner, L. (2008). Exploring the healthcare journey of patients with rheumatoid arthritis: a mapping project - implications for practice. *Musculoskeletal Care*, 6(4), 247-266. doi:10.1002/msc.139
- ONUSIDA. (2016). 90-90-90 : Un traitement pour tous. Récupéré de <http://www.unaids.org/fr/resources/909090> [Consulté en anglais]
- Plitt, S. S., Mihalicz, D., Singh, A. E., Jayaraman, G., Houston, S., & Lee, B. E. (2009). Time to testing and accessing care among a population of newly diagnosed patients with HIV with a high proportion of Canadian Aboriginals, 1998-2003. *AIDS patient care and STDs*, 23(2), 93-99. doi:10.1089/apc.2007.0238
- Réseau canadien autochtone du sida. (2012). Évaluation de la réceptivité communautaire et mise en oeuvre de la réduction du risque. Récupéré de : <http://caan.ca/wp-content/uploads/2012/05/CR-manual-eng.pdf> [Consulté en anglais]
- Sevaldons, B. (2011). Giga-mapping: visualisation for complexity and systems thinking in design. Paper presented at the Nordic Design Research Conference, Helsinki.
- Sherwood, J., & Edwards, T. . (2006). Decolonization: A critical step for improving aboriginal health. *Contemporary Nurse*, 22(2), 178 – 190.
- Smith, J, Puckett, C, & Simon, W. (2016). Indigenous Allyship: an overview. Récupéré de [http://www.wellbeingwaterloo.ca/blog/wp-content/uploads/2019/10/Indigenous\\_Allyship\\_Toolkit\\_inside\\_pages\\_10\\_5x8\\_5\\_PR\\_INT.pdf](http://www.wellbeingwaterloo.ca/blog/wp-content/uploads/2019/10/Indigenous_Allyship_Toolkit_inside_pages_10_5x8_5_PR_INT.pdf)

- Smith, Jackson, Puckett, Cassandra, & Simon, Wendy. Indigenous Allyship: An Overview. In: Office of Aboriginal Initiatives, Wilfrid Laurier University.
- Société canadienne du sida. (2010). La connaissance est notre meilleure défense : Une ressource éducative sur le VIH/sida pour les écoles du Canada. Récupéré de : Ottawa, ON.: <http://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/La-connaissance-et-notre-meilleure-defense-Resources.pdf> [Consulté en anglais]
- Steinhauer, D , & Lamouche, J. (2015). Miyo-pimatisiwin “A Good Path” Indigenous knowledges, languages, and traditions in education and health. . In M Greenwood, S de Leeuw, N Lindsay, & C Reading (Eds.), *Determinants of Indigenous Peoples Health in Canada Beyond the Social* (pp. 152-168). Toronto Canadian Scholars Press.
- Tallbear, K. (2014). Standing with and speaking as faith: a feminist-indigenous approach to inquiry. . In (Vol. 10, pp. N17). *Journal of Research Practice*.
- Tervalon, Melanie, & Murray-Garcia, Jann. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. In (Vol. 9, pp. 117): *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*.
- Thomas, R.A. (2005). Honouring the oral traditions of my ancestors through storytelling. In LA Brown & S Strega (Eds.), *Research as resistance: critical, Indigenous and anti-oppressive approaches*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Thompson, L. H., Sochocki, M., Friesen, T., Bresler, K., Keynan, Y., Kasper, K., & Becker, M. (2012). Medical ward admissions among HIV-positive patients in Winnipeg, Canada, 2003-10. *Int J STD AIDS*, 23(4), 287-288. doi:10.1258/ijsa.2011.011309
- Treble, T. M., Hansi, N., Hydes, T., Smith, M. A., & Baker, M. (2010). Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*, 341, c4078. doi:10.1136/bmj.c4078
- White, Bird D. . (2005). Foreword-Grand Chief Dennis White Bird. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 96(1), 5-6.
- Wilson, Shawn. (2008). *Research is ceremony: Indigenous research methods*. Halifax, N.S.: Fernwood Publishing.