

REVUE SYSTÉMATIQUE DES ESSAIS COMPARATIFS À RÉPARTITION ALÉATOIRE PORTANT SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ EN CONTEXTE AUTOCHTONE

Michael Saini, Ph. D. and Ashley Quinn, Ph. D., MSW

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

© 2013 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). La présente publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents qui sont axés sur la recherche, qui font intervenir des revues de littérature ou une synthèse de connaissances, ou encore qui comportent une évaluation des lacunes au chapitre des connaissances. Nous tenons à remercier nos analystes qui ont généreusement donné de leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse : www.nccah-ccnsa.ca. Toute la documentation du CCNSA est gratuite et peut être reproduite en totalité ou en partie avec mention de la source appropriée et de la référence bibliographique. Elle doit toujours être utilisée à des fins non commerciales. Pour que nous puissions mesurer l'incidence de cette documentation, veuillez nous informer de son utilisation.

An English version is also available from www.nccah-ccnsa.ca under the title *A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Health Related Issues Within an Aboriginal Context*.

Référence bibliographique :

Saini, M. et Quinn, A. (2013). Revue systématique des essais comparatifs à répartition aléatoire portant sur les problèmes de santé en contexte autochtone. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec nous :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

3333 University Way
Prince George, C.-B. V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
www.nccah-ccnsa.ca

TABLE DES MATIÈRES



Sommaire	4
1. Contexte	5
1.1 L'utilisation d'essais comparatifs à répartition aléatoire dans la pratique basée sur des données probantes	6
1.2 Essais comparatifs à répartition aléatoire dans les communautés autochtones	7
2. But	8
3. Méthodologie	8
3.1 Stratégie de recherche pour l'identification des études pertinentes	8
3.2 Extraction de données	9
4. Résultats	10
4.1 Lieu des études	10
4.2 Participants inclus dans les ECRA	10
4.3 Types de résultats en santé	11
4.4 Types d'interventions	11
4.5 Recours au groupe témoin	11
4.6 Participation des membres de la communauté	12
4.7 Intégration des entrevues qualitatives	12
4.8 Qualité des ECRA	12
5. Discussion	13
5.1 Limites	14
6. Conclusion	15
Bibliographie	17
Annexe A : Exemples de termes de recherche	20
Annexe B : Les ECRA à l'intérieur des communautés autochtones (2000-2010)	21

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résultats des recherches dans les bases de données électroniques	9
Tableau 2 : « ECRA » comme mot-clé cherché dans Medline et dans les études incluses, par année	11

SOMMAIRE



Objectif

L'objectif de cette revue systématique était de décrire la fréquence et le modèle de recherche des essais comparatifs à répartition aléatoire (ECRA) portant spécifiquement sur la santé des Autochtones. Son but était de déterminer l'ampleur de l'utilisation des ECRA comme méthodologie de recherche au sein des communautés autochtones, d'explorer les types d'interventions en santé évaluées à l'aide d'ECRA, et d'estimer la pertinence et l'applicabilité des ECRA au sein des communautés autochtones.

Méthodologie

La revue comprenait la recherche dans les bases de données électroniques jusqu'à 2010. Les bases de données interrogées étaient : MEDLINE; Psychological Abstracts (PsycINFO, PsycLIT, ClinPsych-sous-ensemble clinique); EMBASE; ASSIA (sciences sociales appliquées); ERIC; CINAHL; Social Work Abstracts; Social Sciences Abstracts; Social Service Abstracts; Dissertation Abstracts

International (DAI); Bibliography of Native North Americans; America: History and Life; CSA FRANCIS (sciences humaines et sciences sociales); Bibliographie internationale des sciences sociales et Bibliothèque et Archives Canada : Peuples autochtones. Nous avons inclus dans cette revue les études qui : 1) portaient sur un problème de santé des Autochtones; 2) contenaient une description précise des méthodes et des résultats; 3) utilisaient un ECRA pour comparer les effets sur la santé d'une intervention à l'aide d'un groupe témoin.

Résultats

Nous avons trouvé vingt-deux (22) études qui respectaient les critères d'inclusion. Elles portaient sur un certain nombre de questions liées à la santé, y compris l'obésité, le diabète, les troubles de santé mentale, l'éducation des enfants, les problèmes de conduite des enfants et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. La majorité des études ont été réalisées aux États-Unis et en Australie, avec quelques exceptions au Canada.

Conclusions

Les résultats de cette revue des ECRA portant sur les problèmes de santé dans les communautés autochtones se basent sur le travail de Morris (1999) qui a répertorié et passé en revue 13 ECRA portant sur la santé des Autochtones en Australie il y a plus d'une décennie. Nous n'avons trouvé aucun ECRA canadien portant sur les problèmes de santé dans les communautés autochtones antérieur à 1999. Étant donné l'explosion générale des ECRA dans les sciences de la santé au cours de la dernière décennie et la rareté des études au sein des communautés autochtones retracées dans le cadre de cette revue, tout indique que les peuples autochtones sont sous-représentés dans les ECRA portant sur les problèmes de santé. Plutôt que d'éviter les communautés autochtones, les chercheurs doivent envisager des méthodes participatives pour réaliser des ECRA avec elles afin de rehausser la pertinence culturelle de ces modèles de recherches et d'optimiser la démarche et l'exécution des ECRA en ce qui concerne le recrutement, l'engagement et la rétention des participants dans les études, tout en étant sensibles aux valeurs sociales et aux traditions culturelles des dites communautés.

1. CONTEXTE



Les Autochtones¹ représentent environ 3,8 % de la population totale du Canada et plus de 50 pour cent d'entre eux ont moins de 24 ans (Statistique Canada, 2006). Malgré les répercussions négatives de la colonisation et des politiques comme les pensionnats et la *Loi sur les Indiens*, de nombreuses communautés autochtones ont amélioré de manière impressionnante leur santé et leur bien-être général (Initiative ontarienne d'intervention pour la santé des Autochtones, 2003). Les conditions socio-économiques désavantageuses créées et entretenues par la colonisation et la marginalisation sont souvent citées comme les principaux facteurs de l'état de santé médiocre actuel de nombreuses communautés autochtones (ibid.). Avant le contact avec les Européens, les documents historiques indiquent que les peuples autochtones étaient en bonne santé (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996), et ce n'est qu'à l'époque du contact que beaucoup d'entre eux ont contracté des maladies infectieuses qui leur étaient étrangères, comme la grippe, la poliomyélite, la rougeole, la variole et la diphtérie et qu'ils en sont morts (ibid.). Comme l'a rapporté la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) :

Les ossements datent indiscutablement de la période précolombienne... et ne portent en général aucune marque de maladie. Les grandes épidémies [comme celles qui ont frappé l'Europe pendant l'Époque coloniale] étaient totalement inconnues chez eux... Il n'y avait pas de peste, de choléra, de typhus, de petite vérole ni de rougeole. Le cancer était rare, et même les fractures. Les nevi (tumeurs de la peau) n'existaient apparemment pas, et les pieds étaient parfaitement sains (pas de pieds plats). Et à en juger par ce que l'on a appris depuis, les troubles mentaux et les autres affections graves étaient beaucoup plus rares chez les Indiens que dans la population blanche. (p.111)

Depuis le contact avec les Européens, les communautés autochtones ont subi des taux de prévalence de problèmes de santé supérieurs à ceux de la population canadienne dans son ensemble (Initiative ontarienne d'intervention pour la santé des Autochtones, 2003). À l'heure actuelle, les peuples autochtones ont les pires niveaux de santé au Canada. Par exemple, ils ont une espérance de vie plus courte et un taux de mortalité infantile plus élevé, et sont plus susceptibles d'être mal nourris, d'avoir

¹ Le terme « Autochtone » désigne une personne qui s'identifie à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire les Premières Nations (Amérindiens), les Inuits ou les Métis, ou qui se déclare être un Indien visé par un traité ou un Indien inscrit au sens de la *Loi sur les Indiens* et qui est membre d'une bande amérindienne ou d'une Première Nation (Statistique Canada, 2006).

des logements inadéquats, des conditions sanitaires insalubres, de subir le chômage, la pauvreté, le racisme et la marginalisation, tous des facteurs significatifs et prédictifs des déterminants de la santé et du bien-être (ibid.). Étant donné les disparités dans les facteurs prédictifs de la santé et du bien-être entre les Canadiens autochtones et non autochtones, il semblerait logique qu'il y ait un certain nombre d'essais cliniques au sein des communautés autochtones afin de déterminer les interventions les plus efficaces pour atténuer ces disparités (Morris, 1999).

1.1 L'utilisation d'essais comparatifs à répartition aléatoire dans la pratique basée sur des données probantes

L'apparition de la pratique basée sur des données probantes a significativement permis aux praticiens et aux décideurs politiques d'utiliser de plus en plus les résultats des études rigoureuses et de haute qualité pour mieux comprendre les interventions qui peuvent prévenir les risques pour la santé des communautés ciblées ou intervenir efficacement pour améliorer les résultats en santé (Littell, Corcoran et Pillai, 2008). Par conséquent, on a assisté à une augmentation constante des études basées sur l'efficacité pour l'évaluation des résultats en santé et la promotion de pratiques prometteuses en matière de santé. Récemment, un certain nombre d'organismes se sont également engagés à transmettre les données probantes relatives à l'efficacité issues des études et des revues pour orienter la pratique et les décisions politiques. La Collaboration Cochrane, par exemple, est une organisation à but non lucratif regroupant plus de 10 000 bénévoles dans une centaine de pays du monde qui passent en revue les effets des interventions en santé en effectuant des essais comparatifs à répartition aléatoire (ECRA) et des revues systématiques (Collaboration Cochrane, 2008).

Les ECRA explicatifs sont considérés comme la « norme par excellence » pour évaluer l'efficacité des interventions parce que la méthodologie permet d'établir une relation de cause à effet entre le traitement et des résultats prédéfinis (Fink et McCloskey, 1990), ce qui requiert une comparaison entre les participants à l'intervention et les groupes témoins avant et après l'étude. On convient généralement que les études qui utilisent un plan expérimental strict sont les plus prometteuses pour ce qui est de détecter les estimations des effets du traitement parce qu'elles sont les moins sujettes aux biais (Chalk et King, 1998; Rubin, 2008) et qu'elles fournissent la meilleure preuve d'une relation causale entre intervention et résultat (Petticrew et Roberts, 2006). Les ECRA éliminent les limites des études à répartition non aléatoire et sans groupe témoin et des études croisées parce qu'ils tiennent compte des facteurs de confusion en convertissant les covariables connues et inconnues en variables aléatoires. L'élément de randomisation des ECRA (la répartition aléatoire dans les groupes d'intervention) fait en sorte qu'aucune différence systématique entre les participants de tous les groupes d'intervention ne peut influencer les résultats. Le type d'intervention (traitement expérimental, témoins – traitement usuel [TU] ou traitement alternatif) demeure inconnu des participants comme des cliniciens pendant la durée de l'étude, limitant de ce fait l'influence du biais (idées préconçues) sur l'évaluation des résultats. Non seulement les ECRA peuvent-ils démontrer la valeur d'une intervention, d'une activité ou d'un produit, ils peuvent également mesurer le bienfait supplémentaire d'une intervention simple ou complexe.

Malheureusement, de nombreuses personnes ont cru que la pratique basée sur des données probantes signifiait que la pratique et les politiques devraient être basées uniquement sur les données probantes issues des ECRA. Comme l'indiquent Ramchandani, Joughin et

Zwi (2001), « cette approche limitée, bien que non envisagée par les partisans originaux de la médecine basée sur des données probantes (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996), révèle une incompréhension courante du paradigme » (p. 60). Gambrill (1999) affirme que « la pratique basée sur des données probantes (PBDP) attire l'attention sur le genre de données probantes requises pour examiner rigoureusement divers types d'affirmations liées à la pratique. Ce qu'il faut pour évaluer de manière critique les données relatives à une question dépend de la nature de la question » (p. 344). Bien que les ECRA aient été considérés comme la norme par excellence pour les questions d'efficacité, les appliquer sans discrimination dans les interventions en santé entraîne de graves lacunes, car bon nombre d'interventions ne se prêtent pas aux modèles de recherche impliquant des ECRA. Par exemple, les ECRA peuvent être plus applicables aux approches de traitement individuel qu'aux interventions à l'échelle de la population (Ogilvie, Egan, Hamilton et Petticrew, 2005). Les ECRA ne sont pas non plus le modèle idéal pour l'exploration des facteurs liés au processus et à l'exécution ni le meilleur modèle pour l'examen du vécu des participants au cours des interventions dans le cadre des ECRA.

Les ECRA pragmatiques deviennent également de plus en plus pertinents pour la recherche en sciences de la santé et le nombre d'études qui utilisent cette approche a augmenté au cours des 15 dernières années. Les ECRA pragmatiques sont considérés comme « plus pertinents pour les décideurs que les études de l'efficacité parce qu'ils utilisent généralement les mêmes critères d'efficacité que les décideurs – à savoir, les perceptions de l'utilisateur, les résultats importants et visibles, les organisations habituelles de planification des services de santé et les limites typiques des services » (Trewick et coll., 2006:1127). À la différence des ECRA explicatifs qui utilisent principalement

des conditions de laboratoire, les ECRA pragmatiques se concentrent sur la mise à l'épreuve de deux interventions comparables à leur niveau optimal dans un cadre naturel et réel (pratique clinique courante) afin de déterminer si une intervention est meilleure que les autres, et le degré d'effet salubre dans la pratique clinique réelle (Godwin et coll., 2003; Roland et Torgerson, 1998; Schwartz et Lellough, 1967).

En englobant les facteurs contextuels et le retrait des participants dans l'analyse, les ECRA pragmatiques peuvent « absorber » tous les abandons qui se produisent dans des conditions pratiques (Schwartz et Lellough, 1967:643). L'analyse selon l'intention de traiter comprend l'analyse de tous les participants inclus dans le groupe original d'intervention, même si les participants se retirent de l'étude ou changent de groupe (Roland et Torgerson, 1998). Contrairement aux ECRA explicatifs, qui tiennent compte rigoureusement et assurent l'observance de l'intervention, les ECRA pragmatiques la mesurent dans l'analyse comme un résultat (Godwin et coll., 2003). Alors que les ECRA explicatifs se concentrent sur le maintien de la validité interne en tenant compte rigoureusement de toutes les variables, souvent au détriment de la validité externe où les résultats ne sont pas généralisables à la population en général, les ECRA pragmatiques doivent relever le défi de maintenir l'équilibre entre la validité interne et externe (Fransen et coll., 2007; Godwin et coll., 2003). Le lecteur trouvera dans Abernethy et coll. (2006) et Fransen et coll. (2007) un compte rendu complet de la façon dont l'intégrité de la validité interne et externe a été établie et abordée dans deux méthodologies d'ECRA pragmatiques.

Similaires aux ECRA explicatifs, les ECRA pragmatiques utilisent également la répartition aléatoire dans les groupes d'intervention afin de neutraliser le biais de sélection. De plus, ils font appel à un analyste indépendant qui

ignore l'affectation des participants au groupe de traitement afin de neutraliser l'évaluation biaisée des résultats (Roland et Torgerson, 1998). Les ECRA explicatifs se concentrent sur la compréhension des effets de l'intervention sur une population homogène tandis que les ECRA pragmatiques reflètent « les variations entre les patients qui surviennent dans la pratique clinique réelle et visent donc à orienter les choix thérapeutiques des médecins prescripteurs » (Helms, 2002: 5). De plus, les ECRA pragmatiques n'évaluent pas un résultat ou un sous-ensemble de résultats comme les ECRA explicatifs; ils prennent plutôt en compte un éventail d'améliorations en matière de santé qui ne sont pas aussi facilement mesurées par les ECRA explicatifs (Helms, 2002). PRACTIHC (Pragmatic Randomized Controlled Trials in Health Care) a mis au point un outil de création de modèles de recherche (Trewick et coll., 2006) afin d'aider les chercheurs et les investigateurs à rédiger des modèles de recherche pour les ECRA pragmatiques. Cet outil rassemble et combine les connaissances actuelles des modèles de recherche avec des exemples contemporains de recherches dans une même source, avec d'autres ressources utiles, y compris un calculateur de la taille de l'échantillon, un dessinateur de diagramme de Gant, des listes de vérification, des feuillets, des dépliants et des articles (Trewick et coll., 2006). Soulignant l'importance de bons modèles de recherche pour des ECRA de haute qualité, on encourage les chercheurs à utiliser l'outil de création de modèles de recherche dans leur propre enseignement et dans leurs recherches, ce qui permet de rédiger des modèles de qualité.

1.2 Essais comparatifs à répartition aléatoire dans les communautés autochtones

Il subsiste un débat important à savoir si les ECRA s'appliquent à l'étude

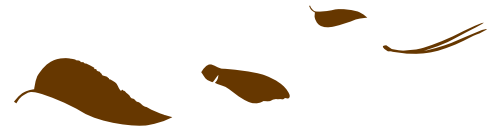
des problèmes de santé propres aux communautés autochtones et si les méthodes contredisent les conceptions du monde culturelles et traditionnelles des Autochtones (Morris, 1999; Blackstock, 2009). Cependant, le fait d'évaluer l'état de santé sans vérifier l'efficacité des interventions auprès des communautés limite la transférabilité des connaissances découlant de ces études et marginalise davantage ces communautés par rapport aux connaissances sur les bienfaits et les limites des interventions en santé. Plutôt que de les tenir à l'écart des recherches en santé, les chercheurs devraient envisager des moyens de faire des recherches qui reflètent les valeurs, les attentes et les traditions des communautés autochtones afin d'augmenter la pertinence culturelle de la recherche (Blackstock, 1999).

Les ECRA ne sont pas entièrement absents à titre de méthode dans les études faisant participer les peuples autochtones (Boyd-Ball, 2003; Sibthorpe et coll., 2002); pourtant, nous en savons très peu sur l'utilisation des ECRA dans les communautés autochtones. Le recours aux ECRA peut fournir des perspectives utiles pour évaluer les interventions en santé applicables aux peuples autochtones vivant dans des communautés. Les résultats des ECRA peuvent aider les chefs et les administrateurs des communautés à prendre des décisions au sujet des types d'installations, des besoins en programmation et de l'affectation des ressources limitées (Kenny, 2002). La question critique n'est pas de savoir si les ECRA devraient jouer un rôle dans les décisions concernant la santé, mais comment établir ce rôle avec efficacité et efficacité avec les communautés et les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis.



2. BUT

L'objectif de cette revue systématique est de décrire la fréquence et le modèle de recherche des essais comparatifs à répartition aléatoire (ECRA) portant spécifiquement sur la santé des Autochtones. Son but est de déterminer l'ampleur de l'utilisation des ECRA



comme méthodologie de recherche au sein des communautés autochtones, d'explorer les types d'interventions en santé évaluées à l'aide d'ECRA, et d'estimer la pertinence et l'applicabilité des ECRA au sein des communautés autochtones.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette revue des ECRA s'inspire des modèles et des normes établis par le Manuel Cochrane pour les revues systématiques des interventions en santé (Higgins et Green, 2008). Une revue systématique est une application de procédures précises, transparentes et reproductibles qui limitent le biais dans la collecte, l'évaluation critique, le résumé et l'analyse de toutes les études pertinentes portant sur une question (Wade, Turner, Rothstein et Lavenberg, 2006). Les Collaborations Cochrane et Campbell sont des réseaux internationaux de chercheurs, de praticiens et d'autres personnes qui rédigent, maintiennent et diffusent des revues systématiques sur les effets des programmes de prévention et d'intervention dans les secteurs du bien-être social, de la criminalité et de la justice, et de l'éducation.

Le modèle mis au point par ces collaborations fait appel à des méthodes de revue systématique conventionnelles

qui impliquent la recherche sensible, le tri systématique et l'évaluation indépendante de la qualité. Le matériel publié et non publié sur la question à l'étude est extrait à l'aide d'une stratégie itérative de recherche électronique qui applique et modifie les termes clés. Le matériel publié comprend des articles de revues, des bibliographies, des actes de congrès et des documents gouvernementaux. La littérature non publiée ou grise, comme les actes de congrès publiés officiellement et les rapports de recherche, peut également être incluse. Elle est localisée en s'adressant à divers auteurs et en consultant les numéros de revues clés.

3.1 Stratégie de recherche pour l'identification des études pertinentes

Dans un souci d'exhaustivité, nous avons eu recours à des stratégies de recherche

documentaire pendant le processus de revue systématique. Les bases de données interrogées comprenaient MEDLINE; Psychological Abstracts (PsycINFO, PsycLIT, ClinPsc-sous-ensemble clinique); EMBASE; ASSIA (sciences sociales appliquées); ERIC; CINAHL; Social Work Abstracts; Social Sciences Abstracts; Social Service Abstracts; Dissertation Abstracts International (DAI); Bibliography of Native North Americans; America: History and Life; CSA FRANCIS (sciences humaines et sciences sociales); Bibliographie internationale des sciences sociales et Bibliothèque et Archives Canada : Peuples autochtones. Nous avons utilisé des termes de recherche multiples pour que chaque base de données repère des études potentielles et nous nous sommes concentrés sur trois domaines particuliers : Autochtones au Canada et à l'étranger; ECRA; et soins de santé et prestation des services de santé. Pour une liste d'exemples de termes de recherche, consulter l'annexe A.

La stratégie de recherche documentaire nous a permis de repérer 1 116 titres dont 380 ont été exclus parce qu'ils étaient des doublons (voir le tableau 1). L'auteur principal de cette revue et un assistant de recherche qualifié ont examiné les 736 titres restants à l'aide des critères d'inclusion. Nous avons lu l'article au complet si l'étude répondait aux critères d'inclusion suivants : 1) elle traitait d'un problème de santé chez les Autochtones; 2) elle comprenait une description formelle des méthodes et des résultats; et 3) elle utilisait un essai comparatif à répartition aléatoire pour comparer les effets sur la santé d'une intervention, avec un groupe témoin. Un même auteur a examiné et extrait les données récapitulatives des articles inclus afin d'assurer l'uniformité. Le terme « Autochtone » dans cette revue désigne les peuples des Premières Nations,

les Inuits et les Métis. « Indigène » est utilisé de manière interchangeable avec « Autochtone », habituellement dans des contextes internationaux. Lorsqu'une source concerne un groupe en particulier, comme les Premières Nations, nous avons conservé la terminologie de la source. La décision d'inclure des études internationales au lieu de limiter la revue au contexte canadien a été prise afin de repérer tous les ECRA potentiels qui ont été effectués au sein des communautés autochtones. Étant donné que Morris (1999) a réalisé une revue similaire des études publiées avant 1999 en Australie, nous avons inclus dans la recherche documentaire actuelle les ECRA publiés après l'étude de Morris (1999) jusqu'en 2010 afin de déterminer quels progrès,

le cas échéant, avaient été réalisés depuis. Nous avons effectué d'autres recherches afin d'obtenir les ECRA réalisés avant 1999 avec ou dans des communautés autochtones² au Canada, mais nous n'en avons trouvé aucun.

3.2 Extraction de données

Nous avons extrait les données récapitulatives de chaque article qui répondait aux critères d'inclusion (voir l'annexe B). Les caractéristiques les plus importantes de l'étude ont été extraites, y compris : le lieu de l'étude; l'échantillon; le problème de santé; l'intervention, le modèle et les résultats importants; ainsi que les points forts et les limites de l'étude.

Tableau 1 : Résultats des recherches dans les bases de données électroniques

Base de données électronique	Nombre d'occurrences
MEDLINE	395
PsycINFO	41
EMBASE	509
ASSIA (sciences sociales appliquées)	8
ERIC	8
CINAHL	130
Social Work Abstracts	0
Social Sciences Abstracts	7
Social Services Abstracts	3
Dissertation Abstracts International (DAI)	15
Bibliography of Native North Americans	0
Bibliothèque et Archives Canada : Peuples autochtones	0
Résultats	1 116
Total des doublons	380
Total réel (sans doublons)	736

² La recherche d'ECRA ne faisait pas la distinction entre les études effectuées « avec » ou « dans » les communautés autochtones, ou qui incluaient les peuples autochtones, mais qui n'ont pas été effectuées dans les communautés autochtones; par exemple, les ECRA portant sur les autochtones en milieu urbain. La distinction entre ces derniers est abordée dans les résultats de l'article.



4. RÉSULTATS



Nous avons répertorié vingt-deux (22) études qui répondaient aux critères d'inclusion. Toutes les études incluses dans cette revue ont été publiées après la revue de Morris (1999) de treize ECRA faisant participer les communautés autochtones. En combinant les résultats de cette revue-ci avec les ECRA répertoriés dans la revue de Morris (1999), les résultats indiquent que seulement 35 de ces ECRA ont été publiés dans le monde au cours des 40 dernières années³. Une recherche dans Medline (sciences de la santé) pour « RCT » (ECRA) dans la population en général indique qu'un nombre bien plus élevé d'ECRA est publié chaque année comparé au nombre réalisé au sein des communautés autochtones (voir le tableau 2).

4.1 Lieu des études

La majorité des études ont été entreprises aux États-Unis et en Australie, et seulement six au Canada (Christofides, Schauer, Shariëff et Zlotkin 2005; Bhattacharyya, 2007; Harrison et Veronneau, 2010; Lawrence et coll., 2008; Martens, 2001; Tobe et coll., 2006). D'après ces études canadiennes, les peuples autochtones représentés dans ces ECRA comprennent des communautés des Premières

Nations ojibwées-cries en Ontario, les communautés de la Première Nation ojibwée Sagkeeng au Manitoba, les membres des Premières Nations inscrites au Conseil tribal de Battlefords en Saskatchewan et une communauté inuite dans le territoire du Nunavut. Aucune communauté métisse n'a été incluse dans les ECRA. De même, aucune étude n'a été entreprise à l'ouest de la Saskatchewan ou à l'est de l'Ontario, et une seule a été réalisée dans le Nord. L'utilisation limitée des ECRA au Canada entrave grandement la généralisation et la transférabilité des connaissances issues des ECRA dans les communautés autochtones, ce qui constitue une lacune importante dans notre compréhension des données probantes relatives aux interventions en santé dans ces communautés. Étant donné l'hétérogénéité des peuples et des communautés autochtones, il faut tenir compte de l'efficacité potentielle des interventions en santé selon les contextes locaux et les divers facteurs démographiques.

4.2 Participants inclus dans les ECRA

Treize des vingt-deux études portaient sur des enfants, alors que les autres portaient sur des adultes. Par rapport à l'étude de

³ La revue de Morris (1999) comprenait des études publiées entre 1973 et 1988.

Tableau 2 : « ECRA » comme mot-clé cherché dans Medline et dans les études incluses, par année

Année	Nombre d'occurrences dans Medline	ECRA avec les communautés autochtones
2000	3 067	0
2001	3 820	1
2002	4 423	1
2003	4 950	2
2004	5 430	2
2005	5 458	2
2006	5 895	3
2007	5 517	3
2008	6 163	2
2009	6 968	3
2010	7 370	3
Total	59 061	22

Morris (1999), qui a constaté que 12 des 13 ECRA ont été effectués auprès des enfants autochtones, la revue actuelle indique que l'on consacre maintenant plus d'attention aux besoins en santé des adultes par rapport à ce qui se faisait il y a une décennie. Le nombre de participants variait de 16 à 5 240, ce qui reflète le fait que les ECRA sont réalisés au niveau d'analyse des individus (Christofides et coll., 2005; Govula, Kattelman, et Ren, 2007; Kattelman, Conti, et Ren, 2009; Martens, 2001; Walkup et coll., 2009), des communautés (Bhattachryya, 2007; Couzos, Lea, Mueller, Murray, et Culbong, 2003; Davies et coll., 2003; Harrison et Veronneau, 2010; Himes et Ring, 2003; Lawrence et coll., 2008; Stevens et coll., 2003), et des populations (Calver et coll., 2005).

4.3 Types de résultats en santé

Les ECRA inclus dans cette revue portaient tous sur des problèmes de santé importants et apportaient

des contributions significatives à la documentation sur la santé des Autochtones. Les études abordaient un certain nombre de problèmes de santé, y compris l'obésité, le diabète, la prise en charge du cholestérol, l'anémie ferriprive, les troubles de santé mentale, les soins prénataux, l'otite moyenne purulente chronique, l'éducation des enfants, les troubles de conduite des enfants et l'abus d'alcool et d'autres drogues. La variabilité des résultats relatifs à la santé abordés dans le cas des populations autochtones indique que les ECRA pourraient être appliqués à une série de milieux et pour une série d'interventions.

4.4 Types d'interventions

Bien que la pertinence culturelle des interventions ne soit pas claire dans plusieurs études, un certain nombre d'ECRA étaient transparents quant à la manière dont on avait modifié les interventions pour les adapter culturellement à la communauté locale.

Kattelman et coll. (2009), par exemple, ont évalué l'efficacité des leçons adaptées culturellement et basées sur le modèle de la roue de médecine pour la nutrition. De même, Govula et coll. (2007) évaluent un programme d'études culturellement adapté en nutrition, portant sur la consommation de fruits et de légumes et comportant des leçons inspirées de *Medicine Wheel Nutrition for Native Americans (nutrition des Amérindiens basée sur la roue de médecine)*. Turner, Richards et Sanders (2007) présentent une adaptation culturellement sensible du programme d'intervention PPP (pratiques parentales positives) visant à aider les parents à gérer les comportements de leur enfant. D'autres ont tenté d'être plus culturellement sensibles en accueillant des membres de la communauté autochtone qualifiés comme facilitateurs d'intervention (Sibthorpe et coll., 2002; Valery et coll., 2010; Walkup et coll., 2009). Barlow et coll. (2006) évaluent l'efficacité des soins prénataux, y compris les connaissances et les compétences relatives aux soins des enfants, et présentent plusieurs adaptations culturelles, y compris le style, les graphiques, la présentation et le contenu. L'adaptation culturelle a été réalisée dans cette étude par un processus participatif à caractère communautaire où les membres de la communauté ont eu l'occasion de participer à l'élaboration du modèle d'intervention.

4.5 Recours au groupe témoin

Le recours à un groupe témoin dans les ECRA présente des difficultés dans les milieux communautaires parce que la communauté ne peut accepter l'idée de répartir de manière aléatoire des participants au groupe qui devra attendre une intervention ou recevoir le traitement usuel (Turner et coll., 2007). Turner et coll. (2007) indiquent que les chercheurs doivent avoir la flexibilité nécessaire pour adapter ou modifier le modèle de recherche de leurs projets d'évaluation afin d'en assurer la viabilité si les procédures

négociées à l'origine deviennent inacceptables pour une communauté. Bien que l'on s'inquiète généralement du fait que les ECRA puissent manipuler des individus pour qu'ils fassent partie des groupes recevant un placebo (Andersson, 2008), l'utilisation des ECRA en santé parmi les peuples autochtones fournit le plus souvent au groupe témoin le traitement usuel ou une intervention différée (le post-test), ce qui ne revient pas à refuser des soins à ceux qui en font partie (Bhattachryya, 2007; Lawrence et coll., 2008; Martens, 2001; Nagel, Robinson, Condon et Trauer, 2009; Sawchuk et coll., 2008). Lawrence et coll. (2008), par exemple, ont effectué un ECRA sur la carie dentaire chez les enfants de 20 communautés des Premières Nations dans la zone de Sioux Lookout dans le nord-ouest de l'Ontario en offrant à tous les soignants des conseils en santé buccodentaire, alors que les enfants du groupe de traitement recevaient en plus une application d'un vernis fluoré. De même, Sawchuk et coll. (2008) ont réparti aléatoirement des participants soit dans le groupe témoin de surveillance de l'activité, soit dans le groupe de surveillance de l'activité avec une intervention comprenant un pédomètre. Dans l'ECRA de Martens (2001) sur l'éducation à l'allaitement dans la communauté des Premières Nations ojibwées de Sagkeeng au Manitoba, 22 élèves du groupe d'intervention ont reçu des séances d'éducation, puis la même intervention a été offerte à 23 élèves du groupe témoin après le post-test afin de s'assurer que tous les participants recevaient la même éducation en fin de compte.

4.6 Participation des membres de la communauté

Candace Uhlik (2006) indique qu'il existe un continuum d'approches pour inclure les peuples et les communautés autochtones dans le processus de recherche. À une extrémité du continuum, les chercheurs favorisent la pleine participation des Autochtones vivant dans la communauté en tant que planificateurs,

exécutants, analystes et auteurs de rapports sur les résultats de la recherche. À l'autre extrémité, les Autochtones ne participent pas directement au processus de recherche, mais les méthodes utilisées dans l'étude, les résultats et les mesures subséquentes prises influent néanmoins directement ou indirectement sur eux. Même dans de tels cas, les chercheurs devraient consulter les représentants autochtones, puisque le processus ou les résultats de la recherche influenceront probablement sur la vie des communautés et des populations autochtones.

Les résultats de cette revue ont permis de constater l'existence d'un éventail de participation au processus de recherche des populations et des communautés autochtones. La participation allait du simple statut de sujet à la pleine participation au processus dans une approche participative. Dans la plupart des cas, les membres de la communauté ont été consultés ou informés de l'étude. Christofides et coll. (2005), par exemple, ont obtenu des formulaires de consentement des communautés des Premières Nations et du chef du conseil de bande. Dans les ECRA qui avaient recours à un modèle faisant participer la communauté, nous avons constaté que les participants semblaient satisfaits de leur participation et étaient plus enclins à participer au processus. Couzos et coll. (2003) ont utilisé un modèle régi par la communauté qui déplaçait l'équilibre des pouvoirs vers les sujets étudiés. L'engagement et la participation active de la communauté étaient considérés comme essentiels au succès des ECRA dans ces communautés.

4.7 Intégration des entrevues qualitatives

Les études qui incluaient des entrevues qualitatives semblaient bénéficier d'informations supplémentaires fournies par les participants en ce qui a

trait aux interventions et au processus de participation à l'étude. Davies et coll. (2003), par exemple, rapportent qu'en réalisant des entrevues à la fin de l'intervention, on peut recueillir et évaluer des informations supplémentaires sur ce qui fonctionne le mieux avec les familles, puis les appliquer à de futures recherches et à la pratique en matière de prévention. Sibthorpe et coll. (2002) ont souligné que les patients qui ont été interrogés au sujet de leur consommation d'alcool étaient embarrassés ou pleins de ressentiment, et ne voulaient pas parler de leurs habitudes. De même, les entrevues avec le personnel ont révélé un malaise parmi les professionnels de la santé autochtones pour ce qui est d'interroger les patients au sujet de leur consommation d'alcool, bon nombre d'entre eux exprimant des inquiétudes concernant l'éthique d'affecter les participants aux groupes d'étude de manière aléatoire. Ils estimaient que le projet de recherche était une source de tracas.

4.8 Qualité des ECRA

Malgré les difficultés observées pour ce qui est de réaliser des ECRA au sein des communautés autochtones, le modèle et le processus des études semblaient adéquats dans la plupart des cas. La rédaction de rapports sur le processus et l'exécution des études semble s'être considérablement améliorée depuis une décennie (Morris, 1999). Les études incluses dans cette revue sont généralement cohérentes en ce qui concerne la consignation des procédures de recrutement, l'échantillonnage, le processus de randomisation, la base théorique des interventions, la fidélité des interventions, les taux d'observance, d'attrition et de rétention. Toutefois, on constate toujours des lacunes dans les rapports sur le rôle de la communauté, les problèmes éthiques concernant la randomisation et l'utilisation de groupes témoins, l'adaptation culturelle des interventions au contexte local et des problèmes concernant la durabilité des interventions au sein des communautés autochtones.

5. DISCUSSION



Dans une volonté de mieux comprendre l'état de santé actuel des communautés autochtones, on reconnaît de plus en plus des approches de recherche en santé distinctes pour les Autochtones de sorte que ces méthodes incluent les antécédents, les réalités socioculturelles, les conditions de santé et le vécu des communautés et des peuples autochtones (Aboriginal Education Research Centre, 2007; Tuhiwai Smith, 1999). Malgré cette reconnaissance, on n'a accordé que peu d'attention à l'établissement d'un processus méthodologique qui permette aux ECRA de ménager un espace pour les voix des communautés et des peuples autochtones tout en évaluant l'efficacité globale des interventions en santé. Si plus de membres de la communauté sont maintenant engagés à titre de cochercheurs et si les partenariats entre communautés autochtones et chercheurs sont maintenant plus courants, les ECRA sont rarement entrepris, réalisés et exécutés par les communautés autochtones. S'assurer que le processus de recherche comprend des moyens considérés comme éthiques, respectueux, applicables, empreints d'empathie, authentiques, salutaires et adaptés aux expériences des peuples autochtones devrait être un aspect central de l'objectif de la recherche dans les communautés autochtones (CIHR, 2007; Porsanger, 2004). Des lignes directrices en matière d'éthique pour la recherche dans les communautés autochtones ont été établies (CIHR, 2007; Schnarch, 2004) et elles semblent bien fonctionner dans le cas de la recherche qualitative. Cependant,

elles ne traitent pas suffisamment des problèmes méthodologiques résultant de l'utilisation des ECRA au sein des communautés autochtones.

Il importe de formuler des critères et des lignes directrices pour la recherche avec les peuples autochtones qui sont adaptés culturellement et crédibles. Il est également important de s'assurer que l'élaboration de méthodes pour réaliser des ECRA dans les communautés autochtones est conforme aux normes générales régissant la réalisation des essais comparatifs à répartition aléatoire (conSORT : Standards fusionnés dans la rédaction d'essais thérapeutiques) afin d'augmenter la validité de ces méthodes pour évaluer l'efficacité des interventions. Pour accroître la pertinence culturelle des ECRA au sein des communautés autochtones, il faut résoudre plusieurs problèmes méthodologiques, notamment :

- prioriser les ECRA, compte tenu des maigres ressources accessibles pour réaliser ces modèles de recherche complexes
- le processus permettant de faire participer toutes les parties prenantes
- les problèmes concernant le niveau de randomisation (individu, communauté, population)
- les problèmes éthiques concernant le refus de l'intervention au « groupe témoin »
- les problèmes concernant la participation des membres de la communauté comme facilitateurs des interventions à l'étude

- la participation des membres de la communauté dans l'affectation des participants au groupe de traitement et au groupe témoin
- la participation des membres de la communauté à la collecte et à l'analyse de données
- les problèmes concernant la praticabilité et la pertinence d'adapter culturellement des interventions à la communauté locale
- les problèmes concernant la durabilité des interventions à la fin des études
- les ressources requises pour soutenir les interventions au-delà de l'étude de recherche.

Les résultats de cette revue des ECRA portant sur les problèmes de santé dans les communautés autochtones se basent sur les travaux de Morris (1999) qui a répertorié et passé en revue 13 études il y a plus d'une décennie. Étant donné l'explosion générale des ECRA en sciences de la santé dans la dernière décennie et la pénurie d'études au sein des communautés autochtones trouvées dans cette revue, les peuples autochtones restent sous-représentés dans l'évaluation des interventions en santé. Bien que les 22 ECRA inclus dans cette revue équivalent à une augmentation de près de 100 % depuis la dernière revue connue des études publiées par Morris (1999), ces résultats ne sont qu'un gain modeste par rapport aux milliers d'ECRA publiés chaque année en sciences de la santé. Comparativement, il y a un manque d'ECRA faisant participer les communautés autochtones. Comme les communautés autochtones continuent à subir plus de problèmes de santé que la population canadienne dans son ensemble (Ontario Aboriginal Health Advocacy Initiative, 2003), il est impératif de réaliser davantage de recherches afin de déterminer ce qui fonctionne pour atténuer les disparités en santé au sein des communautés autochtones.

Les ECRA sont considérés comme utiles pour les communautés autochtones s'ils sont développés en collaboration active avec la communauté et si leurs méthodes

peuvent fournir des informations généralisables et valables sur la santé et le bien-être des peuples autochtones. Les résultats des ECRA peuvent aider les leaders et les administrateurs de la communauté à prendre des décisions pratiques au sujet des types de programmes dont ils ont besoin, et à allouer les maigres ressources dont ils disposent à des programmes qui se sont avérés efficaces dans les communautés locales (Kenny, 2002). Glor (1987) a constaté que l'application des cadres de référence holistiques au travail quantitatif peut être frustrante dans la mesure où ils résultent d'épistémologies en opposition. Cependant, les évaluations quantitatives des programmes et des politiques publics peuvent expliquer l'impact des innovations holistiques, fournissant des données probantes qui justifient la poursuite du financement et du soutien.

5.1 Limites

Cette revue comporte plusieurs limites qui méritent d'être soulignées. Tout d'abord, bien que nous ayons utilisé une stratégie de recherche complète, cette dernière n'est pas nécessairement inclusive. Étant donné que jusqu'à 50 pour cent des études achevées ne sont jamais publiées (Sherer, Dickersin et Langenberg, 1994), cette stratégie de recherche a pu négliger des études non publiées. De plus, les chercheurs peuvent être moins enclins à publier des résultats négatifs ou des études de moindre qualité (Morris, 1999).

Par ailleurs, les ECRA au sein des communautés autochtones peuvent être limités par des perceptions à leur égard. Andersson (2008) indique que certains chefs autochtones ont rejeté l'utilisation des ECRA au sein de leur communauté parce qu'ils les jugeaient « désagréables, entachés de problèmes éthiques concernant le refus d'une intervention et leurant les gens avec des placebos » (p. 203-204). D'après lui, une nouvelle approche serait nécessaire pour intégrer les conceptions autochtones du monde dans les ECRA afin de s'assurer de combler adéquatement les besoins des communautés autochtones en matière de

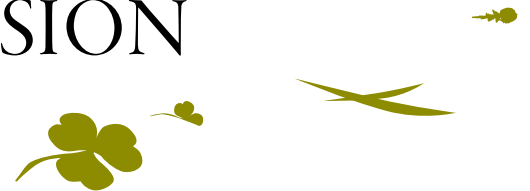
santé en utilisant les données probantes les plus récentes et les mieux adaptées. Comme l'affirme Andersson (2008) :

Il existe une croyance répandue, mais erronée, selon laquelle la divulgation est nécessaire pour les ECRA, que les porteurs de la connaissance spirituelle autochtone doivent transmettre cette information aux chercheurs ou au public. C'est bien entendu inacceptable pour les défenseurs des droits des Autochtones, qui font valoir que les scientifiques occidentaux n'ont pas à disséquer la spiritualité autochtone, que la médecine traditionnelle ne doit pas tomber entre les mains de ceux qui pratiquent les sciences de mesure modernes. En fait, la valeur scientifique d'un ECRA augmente si les chercheurs ne savent pas en quoi consiste exactement l'intervention. Il leur suffit de savoir quels individus ou communautés ont été exposés à cette intervention, et lesquels ne l'ont pas été. Et il leur faut un moyen clair pour mesurer les résultats – la résilience accrue ou les effets diminués de l'érosion de la résilience (p. 204).

Morris (1999) remarque que le manque d'ECRA dans les communautés autochtones peut refléter la croyance des membres de la communauté, des chercheurs et des organismes subventionnaires selon laquelle il est peu judicieux de dépenser de l'argent à chercher des solutions aux problèmes de santé résultant de la colonisation, des politiques relatives à la santé inadéquates, de la marginalisation et des désavantages socioéconomiques subis par les communautés autochtones. Il note également que si les problèmes structurels doivent être pris en compte, étant donné les désavantages subis par les peuples autochtones, le fait de ne pas inclure les communautés autochtones dans les ECRA peut entraîner une double marginalisation par laquelle ces communautés doivent faire face non seulement au stress lié à la pauvreté, mais peuvent également se voir refuser l'accès aux améliorations des services, des programmes et des ressources liés à la santé. Cela semble être toujours le cas dix ans plus tard.



6. CONCLUSION



Les résultats de cette revue des ECRA sur les interventions en santé avec les communautés autochtones démontrent qu'il n'y a aucune approche cohérente pour aborder ces problèmes et qu'il existe une variabilité substantielle dans les études. Étant donné l'importance des ECRA pour ce qui est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des peuples autochtones, il est impératif de rédiger des lignes directrices qui abordent spécifiquement les questions touchant la réalisation des ECRA au sein des communautés autochtones. De tels efforts peuvent clarifier des idées préconçues, ainsi que les réticences et les inquiétudes exprimées par les membres de la communauté, les chercheurs et les organismes subventionnaires, ce qui permettrait de faciliter la réalisation d'ECRA avec les communautés autochtones afin de mieux comprendre leur état de santé.

Couzos et coll. (2003) ont proposé l'établissement d'un modèle d'ECRA régi par la communauté qui comprendrait de nouvelles normes de réalisation des ECRA avec les communautés autochtones pour la recherche en santé afin qu'elles puissent participer plus activement au processus de recherche. Selon les normes conSORT (Standards fusionnés dans la rédaction d'essais thérapeutiques – Moher, Schulz et Altman, 2001), Couzos et coll. (2003) ont établi les principes additionnels qui devraient caractériser la méthodologie des ECRA dans la recherche communautaire en milieu autochtone. En résumé, le

programme de recherche doit être établi par la communauté et être basé sur ses besoins « parce que les rares fonds consacrés à la recherche doivent être dirigés vers les domaines les plus susceptibles d'atténuer les inégalités en santé » (Couzos, Traven, Murray et Culbong, 2005). Pour que la maîtrise de la communauté se reflète dans les modèles de recherche des ECRA, les communautés doivent participer activement au processus de recherche dès le début et être pleinement engagées durant toute la durée du projet de recherche. De plus, la planification de l'ECRA doit être envisagée avec soin pour sa pertinence et son applicabilité à la communauté, et également pour que son modèle soit réaliste étant donné les attentes et les ressources dont la communauté dispose pour soutenir le projet. De plus, il faut apporter l'attention nécessaire à la sensibilité culturelle de l'intervention et à sa durabilité une fois la recherche terminée. La sensibilité culturelle comprend la collaboration avec les membres de la communauté pour s'assurer que l'intervention est bien adaptée au contexte socioculturel et qu'elle est compatible avec les traditions, les enseignements, les structures et les conceptions du monde locaux. La durabilité signifie qu'il doit y avoir un engagement de la part de tous les intervenants pour continuer de fournir des services aux membres de la communauté après la fin de l'étude. Il est essentiel que le leadership et les réseaux de communication communautaires soient mis à contribution tout au long du projet pour s'assurer que la

communauté est en meilleure position de soutenir l'intervention une fois la recherche terminée. Enfin, il est indispensable que la propriété intellectuelle soit confiée à des instances communautaires, que les communautés soient autorisées à documenter leurs expériences et que la recherche aboutisse à des actions propices à la modification des politiques.

La participation des peuples autochtones à la création des connaissances au sujet de leur état de santé est d'une importance critique étant donné les abus, la violence et les mauvais traitements de longue date subis par les peuples autochtones concernés par la recherche et les inégalités en matière de santé auxquelles ils sont confrontés. Les données probantes ont ultimement permis d'établir que la recherche sur les peuples autochtones a souvent été contreproductive en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé (Anderson, Young, Markovic et Manderson, 2001). Les chercheurs explorent et utilisent actuellement les méthodes participatives pour réaliser des ECRA avec les communautés autochtones afin d'accroître leur pertinence culturelle et améliorer ainsi le processus et l'exécution des ECRA pour optimiser le recrutement, l'engagement et la rétention des participants, tout en étant sensibles aux valeurs sociales et aux traditions culturelles des communautés autochtones. Par exemple, ils ont élaboré un cadre de recherche « visant à mesurer l'impact des interventions régies par la communauté

sur la réduction de la violence familiale dans les communautés autochtones » (Andersson, Bassie, Amaratunga, McGuire et Sioui, 2010). Cette recherche repose sur une approche participative dans laquelle des chercheurs autochtones issus de la communauté seront formés et dirigeront le projet d'ECRA. Le lecteur est invité à consulter Andersson et coll. (2010) pour une discussion riche de cette approche méthodologique qui consiste à réaliser des ECRA en collaboration avec les communautés autochtones. Des modèles éthiques et un modèle d'entente de partage des données sont également annexés à la fin de cet article, dans le but d'aider les chercheurs et les communautés autochtones à élaborer les modèles de recherche et des ECRA similaires pour les membres de leur propre communauté. Cette recherche souligne l'importance d'établir des partenariats avec les communautés et des modèles afin de formuler des interventions régies par ces dernières et basées sur des données probantes afin de créer et d'examiner des méthodes culturellement appropriées permettant de mesurer et de réduire la violence familiale dans les communautés autochtones. Dans l'ensemble, réaliser des ECRA au sein des communautés autochtones exige les compétences techniques nécessaires pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des interventions en santé, en faisant preuve de sensibilité et en ménageant une place pour les conceptions du monde, les traditions et la culture autochtones.





BIBLIOGRAPHIE



- Abernathy, A.P., Currow, D.C., Hunt, R., Williams, H., Roder-Allen, G., Rowett, D., Shelby-James, T., et al. (2006). A pragmatic 2 x 2 x 2 factorial cluster randomized controlled trial of educational outreach visiting and case conferencing in palliative care: Methodology of the Palliative Care Trial. *Contemporary Clinical Trials*, 27(1): 83-100.
- Aboriginal Education Research Centre (2007). Indigenous research methods and perspectives. Saskatoon, SK: AERC. Consulté le 26 septembre 2011 à <http://aerc.usask.ca/>
- Anderson, I., Young, H., Markovic, M., & Manderson, L. (2001) Aboriginal primary health care in Victoria: Issues for policy and planning. Victoria, AU: VicHealth Koori Health Research Unit, Centre for Health and Society, Melbourne School of Population Health, Discussion Paper #1.
- Andersson, N. (2008) Afterword: Directions in Indigenous resilience research. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2): 201-208.
- Andersson, N., Shea, B., Amaratunga, C., McGuire, P., & Sioui, G. (2010). Rebuilding from resilience: Research framework for a randomized controlled trial of community-led interventions to prevent domestic violence in Aboriginal communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(2): 61-88.
- Barlow, A., Varipatis-Baker, E., Speakman, K., Ginsburg, G., Friberg, I., Goklish, N., Cowboy, B., et al. (2006). Home-visiting intervention to improve child care among American Indian adolescent mothers: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(11): 1101-7.
- Bhattacharyya, O.K.Y. (2007). A knowledge translation intervention to improve cholesterol management in diabetes in remote aboriginal communities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(6-B): 3668.
- Blackstock, C. (2009). First Nations children count: Enveloping quantitative research in an Indigenous envelope. *First Peoples Child and Family Review*, 4(2): 135-143.
- Boyd-Ball, A. J. (2003). A culturally responsive, family-enhanced intervention model. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8): 1356-1360.
- Caballero, B., Davis, S., Davis, C.E., Ethelbah, B., Evans, M., Lohman, T., Stephenson, L., et coll. (1998). Pathways: A school-based program for the primary prevention of obesity in American Indian children. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 9: 535-43.
- Calver, J., Wiltshire, A., Holman, C.D.J., Hunter, E., Garfield, C., & Rosman, D.L. (2005). Does health assessment improve health outcomes in Indigenous people? An RCT with 13 years of follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29: 107-111.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (2007). Guidelines for health research involving Aboriginal people. Ottawa, ON: CIHR. Consulté le 24 septembre 2011 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29134.html>
- Chalk, R. & King, P.A. (1998). *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. Washington DC: National Academy Press.

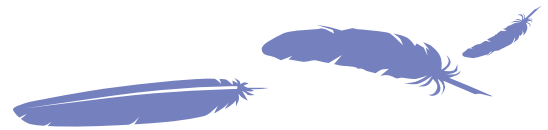
- Christofides, A., Schauer, C., Sharieff, W., & Zlotkin, S.H. (2005). Acceptability of micronutrient sprinkles: A new food-based approach for delivering iron to First Nations and Inuit children in Northern Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 26(4): 114-20.
- Couzou, S., Lea, T., Mueller, R., Murray, R., & Culbong, M. (2003). Effectiveness of ototopical antibiotics for chronic suppurative otitis media in Aboriginal children: A community-based, multicentre, double-blind randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 179(4): 185-90.
- Couzou, S., Traven, L., Murray, R. & Culbong, M. (2005). 'We are not just participants – We are in Charge': The NACCHO ear trial and the process for Aboriginal community-controlled health research. *Ethnicity & Health*, 10(2): 91-111.
- Davis, S.M., Clay, T., Smyth, M., Gittelsohn, J., Arviso, V., Flint-Wagner, H., Rock, B.H., et al. (2003). Pathways curriculum and family interventions to promote healthful eating and physical activity in American Indian schoolchildren. *Preventive Medicine*, 37(suppl): 24-34.
- Fink, A. & McCloskey, L. (1990). Moving child abuse and neglect prevention programs forward: Improving program evaluation. *Child Abuse and Neglect*, 14: 187-206.
- Fransen, G., van Marrewijk, C., Mujakovic, S., Muris, J., Laheij, R., Numans, M., de Wit, N., et al. (2007). Pragmatic trials in primary care: Methodological challenges and solutions demonstrated by the DIAMOND-study. *BMC Medical Research Methodology*, 7:16.
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: An alternative to authority-based practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 80(4): 341-350.
- Glor, E.D. (1987). Impacts of a prenatal program for native women. *Canadian Journal of Public Health*, 78: 249-254.
- Godwin, M., Ruhland, L., Casson, I., MacDonald, S., Delva, D., Birtwhistle, R., Lam, M., et al. (2003). Pragmatic controlled clinical trials in primary care: The struggle between external and internal validity. *BMC Medical Research Methodology*, 3: 28.
- Govula, C., Kattelman, K., & Ren, C. (2007). Culturally appropriate nutrition lessons increased fruit and vegetable consumption in American Indian children. *Topics in Clinical Nutrition*, 22(3) : 239–245.
- Harrison, R. & Veronneau, J. (2010). Design and implementation of a dental caries prevention trial in remote Canadian Aboriginal communities. *Trials*, 11: 54.
- Helms, P.J. (2002). 'Real world' pragmatic clinical trials: What are they and what do they tell us? *Pediatric Allergy and Immunology*, 13(1): 4-9.
- Higgins J.P.T., Green S (editors). (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of Interventions*, Version 5.0.1. Chichester, UK: The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd.
- Himes, J.H. & Ring, K. (2003). Impact of the Pathways intervention on dietary intakes of American Indian schoolchildren. *Preventive Medicine*, 37(Suppl 1): S55-S61.
- Kattelman, K., Conti, K., & Ren, C. (2009). The medicine wheel nutrition intervention: A diabetes education study with the Cheyenne River Sioux Tribe. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9): 1532-9.
- Kenny, J. (2002). Managing innovation in educational institutions. *Australian Journal of Educational Technology*, 18 (3): 359-376.
- Lawrence, H.P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R., & Laporte, A. (2008). A 2-year community-randomized controlled trial of fluoride varnish to prevent early childhood caries in Aboriginal children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36: 503–516.
- Littell, J.H., Corcoran, J., & Pillai, V. (2008). *Systematic reviews and meta-analysis*. New York, NY: Oxford University Press.
- Martens, P.J. (2001). The effect of breastfeeding education on adolescent beliefs and attitudes: A randomized school intervention in the Canadian Ojibwa community of Sagkeeng. *Journal of Human Lactation*, 17(3): 245-55.
- Moher, D., Schulz, K.F., & Altman, D.G. (2001). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *BMC Medical Research Methodology*, 1(2).
- Morris, P.S. (1999). Randomised control trials addressing Australian Aboriginal health needs: A systematic review of the literature. *Journal of Pediatric Child Health*, 35(2): 130-135.
- Nagel, T., Robinson, G., Condon, J., & Trauer, T. (2009). Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: Results of a mixed methods study. *Australian Journal of Rural Health*, 17: 174–182.
- National Collaborating Centre for Aboriginal (n.d.). National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Consulté le 24 février 2011 à <http://www.nccah-ccnsa.ca>
- Ogilvie, D., Egan, M., Hamilton, V., & Petticrew, M. (2005). Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: How low should you go? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59 (10): 886-892.
- Ontario Aboriginal Health Advocacy Initiative (2003). *Aboriginal access to health care systems*. Ontario Aboriginal Health Advocacy Initiative.
- Patten, C.A., Windsor, R.A., Renner, C. C., Enoch, C., Hochreiter, A., Nevak, C., Smith, C.A. et al. (2010). Feasibility of a tobacco cessation intervention for pregnant Alaska Native women. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2): 79-87.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Porsanger, J. (2004). An essay about Indigenous methodology. *Nordlit*, 15: 105-120. Consulté le 29 septembre 2011 à <http://uit.no/getfile.php?PageId=977&FileId=188>
- Ramchandani, P., Joughin, C. & Zwi, M. (2001). Evidence-based child and adolescent mental health services: Oxymoron or brave new dawn? *Child and Adolescent Mental Health*, 6(2): 59-64.
- Roland, M., & Torgerson, D.J. (1998). Understanding controlled trials: What are pragmatic trials. *British Medical Journal*, 316(7127): 285.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP) (1996). *Renewal: A twenty-year commitment*, Appendix E: Ethical guidelines for research (Vol. 5). Ottawa, ON: Canada Communications Group. Consulté le 20 septembre 2011 à <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/rrc-eng.asp>
- Rubin, D.B. (2008). For objective causal inference, design trumps analysis. *Annals of Applied Statistics*, 2(3): 808-840.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023): 71–72.
- Sawchuk, C.N., Charles, S., Wen, Y., Goldberg, J., Forquera, R., Roy-Byrne, P., & Buchwald, D. (2008). A randomized trial to increase physical activity among native elders. *Preventive Medicine*, 47(1): 89-94.

- Scherer, R.W., Dickersin, K., & Langenberg, P. (1994). Full publication of results initially presented in abstracts: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 272: 158–162.
- Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1): 80-95.
- Swartz, D., & Lellough, J. (1967). Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Journal of Chronic Diseases*, 20(8): 637-648.
- Sibthorpe, B.M., Bailie, R.S., Brady, M., Ball, S., Summer-Pod, P., & Hall, W. (2002). The demise of a planned randomised controlled trial in an urban Aboriginal medical service. *Medical Journal of Australia*, 177(4): 222-223.
- Simmons, D., Rush, E., & Cook, R. (2008). Development and piloting of a community health worker-based intervention for the prevention of diabetes among: *Diabetes Prevention Strategy*. *Public Health Nutrition*, 11(12): 1318–1325.
- Statistics Canada (2006). *Aboriginals Identity*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Stevens, J., Story, M., Ring, K., Murray, D.M., Cornell, C.E., Juhaeri, J., & Gittelsohn, J. (2003). The impact of the Pathways intervention on psychosocial variables related to diet and physical activity in American Indian schoolchildren. *Preventive Medicine*, 37(6): S70-9.
- Tobe, S.W., Pylypchuk, G., Wentworth, J., Kiss, A., Szalai, J.P., Perkins, N., Hartman, S., et al. (2006). Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes mellitus: The Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 174(9): 1267-71.
- Treweek, S., McCormack, K., Abalos, E., Campbell, M., Ramsay, C., & Szarenstein, M. (2006). The Trial Protocol tool: The PRACITHC software tool that supported the writing of protocols for pragmatic randomized controlled trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(11): 1127-1133.
- Tuhiwai Smith, L. (1999) *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples*. London: Zed Books.
- Turner, K.M., Richards, M., & Sanders, M. (2007). Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian Indigenous families. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(6): 429-437.
- Uhlik, C. (2006). *Ethical guidelines and principles for doing research with Aboriginal peoples*. Saskatoon, SK: University of Saskatchewan. Consulté le 19 septembre 2011 à www.usask.ca/research/aboriginal_working_group/Downloads/AEWG-Principles-25-April-2006-FINAL.doc
- Valery, P.C., Masters, I.B., Taylor, B., Laifoo, Y., O'Rourke, P.K. & Chang, A.B. (2010). An education intervention for childhood asthma by Aboriginal and Torres Strait Islander health workers: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 192(10): 574-9.
- Valery, P.C., Torzillo, P.J., Boyce, N., White, A., Stewart, P., Wheaton, G., Purdie, D., et al. (2006). Zinc and vitamin A supplementation in Australian indigenous children with acute diarrhoea: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 184(3): 107-112.
- Wade, C.A., Turner, H.M., Rothstein, H.R., & Lavenberg, J. (2006). Information retrieval and the role of the information specialist in producing high-quality systematic reviews in the social, behavioral, and education sciences. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2: 89–108.
- Walkup, J.T., Barlow, A., Mullany, B.C., Pan, W., Goklish, N., Hasting, R., Cowboy, B., et al. (2009). Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6): 591-601.





ANNEXES



Annexe A : Exemples de termes de recherche

[(Aborigine or Aboriginal* or Aboriginal Population* or Torres Strait Islander or Maori or American Indian* or North American Indian* or Indian* or Alask* Nativ* or Native Hawaiian* or Hawaii Nativ* or Native American* or American Samoan or Eskimo* or Inuit* or Aleut* or Métis or First Nation* or Indigenous).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] AND (RCT or random assign* or random control or controlled clinical trial* or control group* or Evaluation stud* or double-blind or placebo).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] AND exp Community Health Nursing/ or exp Dental Health Surveys/ or exp Family Health/ or exp Consumer Health Information/ or exp Education, Public Health Professional/ or exp Allied Health Occupations/ or exp "Delivery of Health Care"/ or exp Adolescent Health Services/ or exp Community*

Health Services/ or exp Comprehensive Health Care/ or exp Health/ or exp Environmental Health/ or exp Attitude to Health/ or exp Health Behavior/ or exp Health Education/ or exp American Public Health Association/ or exp Community Health Aides/ or exp Community Mental Health Centers/ or exp Community Mental Health Services/ or exp Dental Health Services/ or exp Child Health Services/ or exp Health Educators/ or exp Health Education, Dental/ or exp Community Health Centers/ or exp "Delivery of Health Care, Integrated"/ or exp "Attitude of Health Personnel" or Community Health Nursing or Dental Health or Family Health or Consumer Health or Public Health or Allied Health or Delivery of Health Care or Adolescent Health or Community Health or Comprehensive Health Care or Health or Child Health or Substance use or smoking or poverty or determinants of health)]

Annexe B : Les ECRA à l'intérieur des communautés autochtones (2000-2010)

Source	· Barlow et coll., (2006).
Peuples et communautés autochtones	· Une communauté apache et trois communautés navajos aux États-Unis.
Échantillon	· 53 adolescentes amérindiennes enceintes. · (groupe d'intervention : 28; groupe témoin : 25). · Suivi des données pour 19 participantes du groupe d'intervention et 22 du groupe témoin.
Problème de santé	· Soins prénataux, y compris les connaissances et les compétences dans les soins des enfants.
Intervention	· Les paraprofessionnels ont présenté 41 leçons sur les soins prénataux et les soins aux bébés au domicile des participantes, de l'âge gestationnel de 28 semaines à 6 mois post-partum. · L'intervention des visites à domicile était modelée sur <i>Healthy Families America</i> .
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire. · La randomisation stratifiée par centre était déterminée par le site web Randomization.com. · À l'insu des investigateurs principaux et des éducateurs sur place en tout temps.
Résultats	· Les mères participant à l'intervention ont obtenu des résultats relatifs aux connaissances parentales sensiblement plus élevés après 2 mois. · Les mères du groupe d'intervention ont obtenu un résultat sensiblement plus élevé en ce qui a trait aux échelles d'engagement maternel à 2 mois post-partum et les résultats étaient presque significatifs 6 mois post-partum.
Points forts	· Les éducatrices (n = 4) étaient des Amérindiennes bilingues ayant une expérience de travail dans les services de santé et les services sociaux tribaux, qui ont franchi l'étape de la vérification des antécédents et qui avaient été elles-mêmes mères adolescentes ou qui manifestaient un intérêt particulier envers cette population. · Des adaptations culturelles, y compris le style, les graphiques, la livraison et le contenu, ont été réalisées dans le cadre d'un processus participatif communautaire.
Limites	· Les connaissances et la participation parentales pourraient être des indicateurs des capacités, mais les liens n'ont pas encore été établis. · Il y a eu un nombre notable d'abandons, en particulier dans le volet intervention (9 mères sur 28 dans le groupe d'intervention contre 3 sur 25 dans le groupe témoin).

Source	· Bhattacharyya (2007).
Peuples et communautés autochtones	· Réserves oji-cries dans la zone de Sioux Lookout en Ontario, au Canada.
Échantillon	· n = 153 patients dans les communautés d'intervention, n = 158 patients dans les groupes témoins.
Problème de santé	· Gestion du taux de cholestérol chez les patients diabétiques dans les réserves du nord de l'Ontario.
Intervention	· Lignes directrices de pratique clinique en matière de diabète dans les communautés autochtones éloignées.
Modèle de recherche	· Une intervention séquentielle, à méthode mixte, contrôlée avant/après. · Deux communautés ont été réparties de manière aléatoire pour recevoir une intervention consistant en un atelier éducatif et interactif et une vérification et une rétroaction identifiant les patients diabétiques ayant un taux de cholestérol élevé, alors que les deux autres communautés recevaient les soins usuels.
Résultats	· Les fournisseurs ont déterminé une gamme de facteurs menant à l'indécision dans le classement par ordre de priorité des processus de soins du diabète. · Les points clés prioritaires dérivés de cette démarche ont été bien accueillis (bien que mal compris) par les infirmières, mais rejetés par les médecins parce qu'ils revenaient à dépersonnaliser les soins. · La vérification et la rétroaction ont été acceptées par tous les fournisseurs qui estimaient que le suivi des patients n'augmentait pas de manière significative leur charge de travail.
Points forts	· A exploré les obstacles à l'exécution des lignes directrices de pratique en matière de diabète dans les communautés autochtones éloignées. · Une gamme de prestataires de soins primaires a participé aux entrevues détaillées et aux groupes de discussion pour explorer les obstacles aux soins du diabète. · Ces résultats ont guidé une étude d'intervention avant/après.
Limites	· Le petit nombre de groupes à répartition aléatoire, pour lequel on n'avait peut-être pas neutralisé les facteurs de confusion non mesurés, et qui aurait pu entraîner un déséquilibre significatif des paramètres de référence. · La répartition des communautés ne s'est pas faite à l'insu des rédacteurs de résumés, ce qui aurait pu biaiser leur mesure en faveur de l'effet du traitement.

Source	· Caballero et coll. (1998).
Peuples et communautés autochtones	· Des communautés amérindiennes aux États-Unis : la communauté amérindienne de Gila River en Arizona (Akimel O'odham), la nation Tohono O'odham, la nation navajo (Dine), la tribu Oglala Sioux (Oglala Lakota), la tribu Rosebud Sioux (Sicangu Lakota), la tribu apache de San Carlos (Dee') et la tribu apache de White Mountain (Ndee').
Échantillon	· 41 écoles dans 7 communautés amérindiennes (1 704 enfants).
Problème de santé	· Obésité (pourcentage de tissu adipeux).
Intervention	· A évalué l'efficacité d'une intervention en milieu scolaire à plusieurs volets pour réduire le pourcentage de tissu adipeux chez des élèves amérindiens. · L'intervention avait 4 composantes : programme d'études en classe, service de repas, activité physique et participation familiale.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire, en milieu scolaire.
Résultats	· Le programme a produit des changements positifs notables dans la consommation de matières grasses et dans les connaissances et les comportements en matière de nutrition et de santé. · L'intervention a montré une tendance positive, mais non significative sur le plan statistique au niveau de l'activité physique durant la journée scolaire.
Points forts	· Approbation de l'étude par l'école, la communauté et les autorités tribales. · L'approche de l'intervention alliait des construits des théories de l'apprentissage social et des éléments de la culture et des pratiques amérindiennes. Plusieurs modes d'apprentissage autochtones (par exemple, les histoires) ont également été intégrés à l'intervention.
Limites	· Des interventions plus intensives ou plus longues peuvent être nécessaires pour réduire de manière significative l'adiposité dans cette population.

Source	· Calver et coll. (2005).
Peuples et communautés autochtones	· Australiens aborigènes et du détroit de Torres dans la partie nord de l'Outback dans l'ouest de l'Australie.
Échantillon	· Groupe d'intervention : 478; groupe témoin : 6 736. · Le groupe d'intervention a stratifié l'échantillon aléatoire d'Aborigènes de 15 à 80 ans au temps 1. Le groupe témoin se composait d'Aborigènes inscrits, âgés de 15 à 80 ans au temps 1.
Problème de santé	· Risque de décès (toutes causes confondues, liés à l'alcool et aux blessures). · Risque de cancer (total des risques liés au cancer et à l'alcool) : et taux de sorties de l'hôpital (tous les risques liés à la sortie, à l'alcool et aux blessures, pour la première fois et multiples).
Intervention	· Examiner l'incidence d'une évaluation de la santé en plusieurs volets sur la mortalité et la morbidité.
Modèle de recherche	· Un essai comparatif à répartition aléatoire basé sur la population, utilisant les dossiers reliés de l'hôpital, les registres des victimes du cancer et les registres de décès.
Résultats	· Le groupe d'intervention a eu un taux de contact plus élevé avec les services de santé à la suite de sa participation à l'évaluation de la recherche. · Un taux plus élevé de premières hospitalisations et un taux plus élevé de détection des cancers liés à l'alcool, mais pas de différence constante en ce qui a trait à la mortalité globale.
Points forts	· Une consultation avec les communautés et la fourniture de rétroaction sur les résultats de la recherche ont été entreprises.
Limites	· Manque d'évaluation détaillée du processus d'intervention et contamination possible d'un pourcentage indéterminé du groupe témoin par certains aspects de la rétroaction communautaire après la recherche. · La validité externe de cette conclusion est limitée aux populations aborigènes vivant dans des régions éloignées comme l'extrême nord de l'Australie-Occidentale.

Source	· Christofides et coll. (2005).
Peuples et communautés autochtones	· Les communautés cries de la rive ouest de la baie James, en Ontario et une communauté inuite dans le territoire du Nunavut.
Échantillon	· 102 enfants non anémiques de 4 à 18 mois de trois communautés ont été répartis aléatoirement au groupe recevant des <i>Sprinkles</i> contenant 30 mg de Fe/jour (n = 49) ou un placebo (n = 53) pendant six mois.
Problème de santé	· Carence en fer.
Intervention	· Déterminer l'acceptabilité et l'innocuité de <i>Sprinkles</i> de fer microencapsulés, une nouvelle forme de fer en poudre emballé dans un sachet d'une portion pour la prévention de l'anémie ferriprive.
Modèle de recherche	· Un modèle de recherche d'essai comparatif à répartition aléatoire à double insu a été utilisé pour mesurer l'acceptabilité et l'innocuité des suppléments <i>Sprinkles</i> de fer.
Résultats	· Les résultats indiquent que les <i>Sprinkles</i> peuvent offrir une solution de rechange acceptable et sans danger à la norme actuelle de soin (c.-à-d. des gouttes de sulfate de fer) pour la fourniture de fer aux populations autochtones du Canada.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · Il n'y avait aucune différence dans l'observance, le FS (fer sérique), le statut anthropométrique ou les effets secondaires entre les groupes. · Le consentement des communautés des Premières Nations a été fourni par les conseils d'hôpitaux, le chef et les conseils. La communauté et les individus ont donné leur consentement éclairé.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · Conflit d'intérêts, car un des auteurs détient la propriété intellectuelle des <i>Sprinkles</i>. · Sur une période de six mois, les participants ont observé environ 60 pour cent du temps, en moyenne, l'utilisation recommandée des <i>Sprinkles</i>.

Source	· Couzos et coll. (2003).
Peuples et communautés autochtones	· 8 communautés autochtones du nord de l'Australie-Occidentale et du Queensland.
Échantillon	· 111 enfants aborigènes, n = 55, groupe de traitement; n = 56, groupe témoin.
Problème de santé	· Otite moyenne purulente chronique (OMPC), une infection chronique de l'oreille moyenne.
Intervention	· De la ciprofloxacine en application auriculaire avec gramicidine-framycétine, gouttes de dexaméthasone pour les oreilles et nettoyage des oreilles à la povidone iodée comme traitement de l'otite moyenne purulente chronique (OMPC) chez les enfants aborigènes.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire régi par la communauté aborigène, communautaire, multicentrique, à double insu.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · Les gouttes de ciprofloxacine pour les oreilles étaient 47 % plus susceptibles de traiter l'OMPC chez les enfants aborigènes en une seule série de traitements deux fois par jour que les gouttes de gramicidine-framycétine pour les oreilles combinées à la dexaméthasone. · Le nettoyage des oreilles deux fois par jour et la ciprofloxacine topique sont efficaces au niveau communautaire pour guérir l'OMPC.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · Tous les conseils de la communauté aborigène ont approuvé l'étude en donnant leur consentement écrit. · Le « modèle de recherche régi par la communauté » concernant la santé des peuples aborigènes est une forme de recherche « participative » qui déplace l'équilibre du pouvoir vers les sujets de la recherche.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · La contribution globale de l'effet antiseptique du nettoyage d'oreilles au traitement clinique reste inconnue. · Suivi trop court pour détecter des changements dans l'audition ou la guérison de la membrane du tympan.

Source	· Davis et coll. (2003).
Peuples et communautés autochtones	· Les écoles participantes comprenaient des écoles publiques, paroissiales, tribales contractuelles ou subventionnées, et les écoles de l'État administrées par le Bureau des affaires indiennes situées au Nouveau-Mexique, en Arizona, en Utah, et au Dakota du Sud.
Échantillon	· 1 704 élèves amérindiens de la 3 ^e à la 5 ^e année de 41 écoles (groupe d'intervention : 21; groupe témoin : 20) dans sept communautés amérindiennes.
Problème de santé	· Alimentation saine et augmentation de l'activité physique.
Intervention	· Pathways, une étude en milieu scolaire multicentrique visant à promouvoir la saine alimentation et l'augmentation de l'activité physique. · Les écoles d'intervention ont reçu quatre composantes intégrées : un programme d'étude en classe, un service de repas, de l'activité physique et des modules familiaux. Le programme d'études et les composantes familiales étaient basés sur la théorie de l'apprentissage social, les concepts amérindiens et les résultats de la recherche formative.
Modèle de recherche	· Essai en conditions réelles à répartition aléatoire.
Résultats	· On a constaté des augmentations significatives des connaissances et de l'identité culturelle chez les enfants dans le groupe d'intervention comparé aux écoles témoins, avec un maintien significatif des connaissances au cours des 3 années, d'après les résultats de la répétition des questions de l'examen de la 3 ^e et de la 4 ^e année en 5 ^e année.
Points forts	· Une intervention en milieu scolaire culturellement appropriée peut favoriser des changements positifs dans les connaissances, l'identité culturelle et les activités autodéclarées de saine alimentation et d'activité physique chez les enfants amérindiens et un changement environnemental dans les services de cantine scolaire. · Le personnel de Pathways comprenait des membres des communautés amérindiennes participantes.
Limites	· Les chercheurs peuvent juger utile de surveiller les événements familiaux pour déterminer lesquels ont été appréciés et quelles activités sont pratiquées à réaliser. · Les entrevues réalisées à la fin des événements familiaux permettent de recueillir et d'évaluer des informations supplémentaires sur ce qui fonctionne le mieux pour les familles, puis de les appliquer à de futures recherches et aux pratiques en matière de prévention.

Source	· Govula et coll. (2007).
Peuples et communautés autochtones	· Réserves amérindiennes des plaines septentrionales.
Échantillon	· 33 élèves de 6 classes dans 3 écoles primaires rurales ont été affectés à un groupe d'intervention (n = 12) et à un groupe témoin (n = 21) en tenant compte du temps nécessaire pour voyager d'une école à l'autre et de l'horaire du cours d'éducation physique.
Problème de santé	· Consommation de fruits et de légumes.
Intervention	· Programme d'études en nutrition de 6 leçons culturellement adaptées portant sur la consommation de fruits et de légumes. · Les cours de nutrition se composent de trois leçons tirées de <i>MyPyramid</i> et de trois leçons tirées de <i>Medicine Wheel Nutrition for Native Americans</i> .
Modèle de recherche	· Cette étude préliminaire quasi expérimentale évaluait l'efficacité d'un programme d'études en nutrition de 6 leçons culturellement adaptées et portant sur la consommation de fruits et de légumes.
Résultats	· La consommation entre les groupes, du début à la fin de l'étude, était sensiblement différente pour la portion totale de fruits et de légumes par jour, et pour la portion totale de légumes par jour, mais pas pour la portion totale de fruits. · À la fin, un nombre sensiblement plus élevé d'élèves ont obtenu 75 % ou plus au questionnaire des connaissances (100 % dans le groupe d'intervention, 14 % dans le groupe témoin).
Points forts	· Cette étude indique qu'une intervention éducative culturellement appropriée est un outil potentiel pour augmenter la consommation de fruits et de légumes ainsi que les connaissances en nutrition des enfants amérindiens. · Les leçons de nutrition ont été rédigées par les auteurs (CG et KK) avec la participation des membres de la tribu Lakota.
Limites	· L'étude a été entreprise avec un échantillon de taille limitée. · Les participants ont été affectés à leur groupe respectif d'après des déterminants logistiques comme la distance entre les écoles et l'horaire des classes, plutôt que la randomisation.

Source	· Harrison et Veronneau (2010).
Peuples et communautés autochtones	· Mères et enfants en bas âge autochtones (cris) dans l'est de la baie James, au Québec (Canada).
Échantillon	· Sur la taille originale de l'échantillon cible de 309 mères, 272 ont été recrutées sur une période de deux ans et demi.
Problème de santé	· État de santé dentaire des enfants et pratiques familiales en matière de santé dentaire.
Intervention	· Entrevue motivationnelle (EM), pour lutter contre la carie dentaire chez les jeunes enfants autochtones.
Modèle de recherche	· Les communautés ont été affectées de manière aléatoire au groupe expérimental ou au groupe témoin par un tirage au hasard à la radio communautaire.
Résultats	· Les mères participant au groupe expérimental ou au groupe EM étaient à des stades plus avancés de grossesse que les mères dans les communautés témoins (22,4 contre 17,7 semaines), et les mères dans la communauté EM qui avaient d'autres enfants étaient moins susceptibles d'avoir un autre enfant qui avait subi une extraction de dent (34 contre 49 %).
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · On a engagé des femmes autochtones des 9 communautés pour recruter des femmes enceintes et des femmes qui venaient d'accoucher comme participantes à l'étude, faire passer des questionnaires et conseiller les mères des groupes expérimentaux. · Le processus de consultation communautaire figurait parmi les problèmes complexes qui ont surgi pendant la planification de l'étude. · Avant d'entreprendre l'étude, on a amorcé des discussions étendues dans l'ensemble de la communauté. · Les assistants dentaires cris employés à temps partiel dans les cliniques dentaires de la communauté ont collaboré à ce projet.
Limites	· La répartition aléatoire des mères au sein de chaque communauté était inadéquate dans cette étude en raison des liens étroits au sein des communautés et du risque de contamination.

Source	· Himes et Ring (2003).
Peuples et communautés autochtones	· Communautés amérindiennes des États-Unis : communauté amérindienne de Gila River en Arizona (Akimel O'odham), la nation Tohono Oodham, la nation navajo (Dine), la tribu Oglala Sioux (Oglala Lakota), la tribu Rosebud Sioux (Sicangu Lakota), la tribu apache de San Carlos (Dee') et la tribu apache de White Mountain (Ndee').
Échantillon	· 41 écoles dans 7 communautés amérindiennes (1 704 enfants).
Problème de santé	· Obésité (pourcentage de tissu adipeux).
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · A évalué l'efficacité d'une intervention en milieu scolaire à plusieurs éléments visant à réduire le pourcentage de tissu adipeux chez des élèves amérindiens. · L'intervention avait 4 composantes : programme d'études en classe, service de repas, activité physique et participation familiale.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire en milieu scolaire.
Résultats	· L'intervention de Pathways a entraîné une baisse sensible de la consommation moyenne des matières grasses et des gras saturés en pourcentage des calories comparé au groupe témoin.
Points forts	· L'intervention de Pathways a réduit avec succès la consommation de calories provenant de matières grasses et de gras saturés en pourcentage, durant le dîner à l'école et toute la journée.
Limites	· Difficile de déterminer si les communautés ont été intégrées au processus de recherche et si cela a eu une influence quelconque sur l'étude.

Source	· Kattelman et coll. (2009).
Peuples et communautés autochtones	· Amérindiens des plaines septentrionales de la tribu sioux de Cheyenne River dans l'ouest du Dakota du Sud, aux États-Unis.
Échantillon	· 114 adultes de 18 à 65 ans souffrant de diabète de type 2.
Problème de santé	· Diabète et obésité.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · Leçons éducatives culturellement adaptées basées sur <i>Medicine Wheel Model for Nutrition</i> en plus de leur éducation diététique habituelle. · Le groupe d'éducation a reçu six leçons de nutrition basées sur <i>Medicine Wheel Model for Nutrition</i>. Le groupe des soins usuels a reçu l'éducation diététique habituelle de ses prestataires de soins respectifs.
Modèle de recherche	· Les participants admissibles ont été stratifiés par sexe et par indice de masse corporelle (IMC) et répartis de manière aléatoire à l'aide d'une table de nombres aléatoires générée par ordinateur à une intervention éducative sur la diététique (ED) de six mois ou au groupe témoin recevant des soins usuels (SU).
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · L'intervention éducative n'a pas réussi à habiliter les participants à apporter des modifications diététiques. · L'intervention en matière de nutrition basée sur la culture a favorisé des changements de poids peu élevés, mais positifs.
Points forts	· Le taux élevé de participation à cette étude était l'une de ses réussites. Quarante-vingt-dix pour cent des personnes inscrites ont terminé l'étude et plus de 92 % des participants au groupe recevant l'éducation ont assisté à 4 des 6 séances.
Limites	· L'intervention portant sur le régime alimentaire et le mode de vie adaptée spécifiquement aux Amérindiens des plaines septentrionales pourrait ne pas avoir accordé suffisamment de temps, à la fois pour ce qui est de la durée et de la fréquence, à la compréhension et à l'adoption des changements dans le comportement diététique de cette population en particulier.

Source	· Lawrence et coll. (2008).
Peuples et communautés autochtones	<ul style="list-style-type: none"> · 28 communautés des Premières Nations ojibwé-cries. · 20 communautés des Premières Nations dans la zone de Sioux Lookout (SLZ), dans le nord-ouest de l'Ontario, au Canada.
Échantillon	· 1 275 enfants de 6 mois à 5 ans des communautés SLZ étaient inscrits.
Problème de santé	· Carie dentaire chez les enfants.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · Vernis fluoré (VF) et conseils aux soignants dans le domaine de la prévention des caries en bas âge chez les enfants autochtones. · Tous les soignants ont reçu une consultation en santé buccodentaire, alors que les enfants d'un groupe recevaient un VF deux fois par an et que le groupe témoin ne recevait aucun vernis.
Modèle de recherche	<ul style="list-style-type: none"> · L'étude utilisait un modèle de recherche de randomisation des groupes. · Les groupes étaient composés des 20 communautés SLZ choisies de manière aléatoire et le groupe témoin était la communauté elle-même; tous les participants admissibles de chaque communauté recevaient la même intervention.
Résultats	· Les résultats soutiennent l'utilisation de VF au moins deux fois par an, en même temps que les conseils aux soignants, pour prévenir les caries en bas âge, réduire le pourcentage plus élevé des caries et les inégalités en santé buccodentaire entre les jeunes enfants autochtones et non autochtones.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · Les assistants dentaires de la communauté ont servi d'interprète au besoin. · Au suivi final après 24 mois, 952 enfants ont été vus, ce qui représente un taux de rétention de 75 % (aucune communauté n'a abandonné l'étude).
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · Six équipes d'hygiénistes dentaires et de rapporteurs se sont rendues en avion dans les communautés participantes pour un séjour moyen de 10 jours, mais on ne fait pas mention de la sensibilité culturelle. · Les personnes vivant dans la même communauté ou les enfants qui fréquentent la même école peuvent présenter plus de points communs que ceux de différentes communautés ou écoles pour des raisons indépendantes de l'intervention à l'étude.

Source	· Martens (2001).
Peuples et communautés autochtones	· Première Nation Sagkeeng, communauté ojibwée du Manitoba, au Canada.
Échantillon	· 22 étudiants admissibles dans le groupe d'intervention (10 hommes et 12 femmes) et 23 dans le groupe témoin (11 hommes et 12 femmes).
Problème de santé	· Allaitement.
Intervention	· Séance d'éducation sur l'allaitement s'adressant aux adolescents.
Modèle de recherche	· Modèle de recherche à répartition aléatoire de désignation du groupe témoin avant/après l'étude. On a fait passer à tous les étudiants un test de rétention en vue de mesurer l'apprentissage global maintenu 10 jours plus tard.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · Les croyances concernant l'allaitement ont augmenté entre la phase pré test et post-test chez les sujets d'intervention, mais pas chez le groupe témoin. · L'étude était spécifique au genre : les femmes croyaient davantage à l'allaitement et moins au biberon, et avaient tendance à avoir des attitudes plus positives à l'égard de l'allaitement. · Les hommes ont montré des effets de l'apprentissage modestes et non constants.
Points forts	· Le groupe d'intervention a assisté d'abord à la séance; le groupe témoin a assisté à la séance la semaine suivant la phase post-test.
Limites	· Échantillon restreint. Difficile de déterminer si les communautés ont été intégrées au processus de recherche et si cela a eu un effet quelconque sur l'étude.

Source	· Nagel et coll. (2009).
Peuples et communautés autochtones	· Insulaires aborigènes ou du détroit de Torres.
Échantillon	· Un total de 49 patients souffrant de maladie mentale et de 37 soignants ont été recrutés pour un essai comparatif à répartition aléatoire qui comparait la planification des soins axée sur la motivation (PSM; n = 24) à un état clinique témoin (traitement usuel; n = 25).
Problème de santé	· Maladie mentale chronique.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · Brève intervention culturellement adaptée pour des Autochtones souffrant de maladie mentale chronique. · Le groupe de traitement hâtif a reçu la PSM au début du traitement et le groupe de traitement postérieur a reçu le traitement à six mois.
Modèle de recherche	· Un modèle comportant des méthodes mixtes dans lequel une phase exploratoire de recherche qualitative a été suivie d'un essai à répartition aléatoire de cas-témoins emboîtés.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · Les résultats ont indiqué des améliorations du bien-être de participants par rapport au traitement usuel (TU). L'amélioration des résultats a persisté durant plus de 18 mois. · Les données probantes présentées indiquent qu'il s'agit de stratégies positives sur ce qui fonctionne pour surmonter les désavantages des Autochtones.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · On a mis au point des ressources en psychoéducation et une brève intervention de planification de soins axée sur la motivation (PSM), et on les a testées en collaboration avec des professionnels de la santé mentale autochtones dans trois communautés éloignées du nord de l'Australie. · On a adapté le programme/l'activité de manière à ce qu'il soit culturellement pertinent pour les Australiens autochtones. · On a invité l'ensemble de la sous-population à participer au programme/à l'activité. Les méthodes participatives ont été incluses dans ce rapport. · Les méthodes de recherche qualitative incluses dans cette étude sont les entrevues avec les informateurs clés et les groupes de discussion.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · Les échantillons restreints pourraient indiquer une faible possibilité de généraliser les résultats. · Les méthodes participatives n'ont pas été incluses dans ce rapport.

Source	· Sawchuk et coll. (2008).
Peuples et communautés autochtones	· Amérindiens.
Échantillon	· 125 Amérindiens de 50 à 74 ans à l'Autorité régionale de santé publique amérindienne de Seattle en 2005.
Problème de santé	· L'absence d'activité physique est courante chez les populations plus âgées et chez les Amérindiens.
Intervention	· Deux méthodes pour augmenter l'activité physique et la marche chez les Aînés amérindiens.
Modèle de recherche	· Un essai à répartition aléatoire en deux volets pour augmenter l'activité physique. · Les participants ont été affectés de manière aléatoire à la surveillance de l'activité (n = 63) ou à la surveillance de l'activité avec un volet pedomètre qu'ils portaient sur le bras (n = 62) sur une période de six semaines.
Résultats	· Il n'y avait aucune différence entre les groupes pour ce qui est des activités physiques et du bien-être autodéclarés. Le test de marche de 6 min n'a révélé aucune différence entre les groupes. · Tous les participants ont augmenté la fréquence de la promenade ($p < 0,01$), la fréquence de toutes les activités liées à l'exercice ($p < 0,01$), la fréquence des activités consistant en des exercices d'intensité modérée ($p < 0,01$) et ont amélioré leur dépense calorique hebdomadaire pour toutes les activités comportant des exercices ($p < 0,05$) à la fin de l'étude.
Points forts	· Les pedomètres n'ont pas amélioré les résultats en matière d'activité physique au-delà de ceux réalisés par l'auto-observation. L'activité physique peut être favorisée chez les groupes vulnérables de manière peu coûteuse et courte, dans le cadre des soins primaires.
Limites	· La prescription d'exercices ainsi que des stratégies culturellement appropriées de perfectionnement peuvent optimiser les résultats en matière d'activité physique chez les Aînés amérindiens.

Source	· Sibthorpe et coll. (2002).
Peuples et communautés autochtones	· Insulaires autochtones du détroit de Torres.
Échantillon	· Seulement 16 clients ont été recrutés pour le suivi en six mois, et on a mis fin à l'étude.
Problème de santé	· Consommation d'alcool.
Intervention	· Brève intervention concernant la consommation dangereuse d'alcool par les Aborigènes australiens.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire dans un service médical autochtone (SMA) urbain sous forme de partenariat SMA-université. · En raison du nombre peu élevé des participants potentiels au dépistage, l'ECRA a été abandonné.
Résultats	· Les points clés qui ressortent de l'étude sont que l'abus d'alcool est un facteur difficile à contrôler dans un milieu de soins primaires autochtone.
Points forts	· Les auteurs ont effectué un suivi sous forme d'entrevues qualitatives pour explorer l'abandon de l'ECRA.
Limites	· Les ECRA impliquant des modèles de recherche forcément complexes peuvent ne pas être acceptables ou suffisamment adaptables pour les rendre viables dans des milieux de soins primaires autochtones.

Source	· Simmons et coll. (2008).
Peuples et communautés autochtones	· Maoris de Nouvelle-Zélande à Te Wai o Rona.
Échantillon	· 5 240 membres de familles maories non enceintes sans diabète de 106 groupes géographiques ruraux et de 106 groupes urbains.
Problème de santé	· Prévention du diabète.
Intervention	· Approche faisant appel à un entraîneur personnel (travailleur de la santé communautaire maori, TSCM) chez les Maoris de la Nouvelle-Zélande.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire par groupes, sur les changements intensifs du mode de vie. · Une cohorte de 160 participants à l'essai pilote (étude Vanguard).
Résultats	· Pendant l'étude Vanguard, les participants et le TSCM ont trouvé les messages, la boîte à outils et l'approche de présentation acceptables. · Les personnes présentant un diagnostic d'intolérance au glucose et d'hyperglycémie modérée à jeun (n = 27) ont eu une perte de poids significative après le dépistage et pendant l'étude Vanguard. · Une perte de poids significative a eu lieu pendant l'étude Vanguard chez tous les participants.
Points forts	· Les programmes de prévention à l'échelle communautaire sont réalisables chez les Maoris, et sont susceptibles d'entraîner des réductions significatives de l'incidence du diabète.
Limites	· Il est difficile de déterminer comment appliquer cette approche à l'ensemble des communautés.

Source	· Stevens et coll. (2003).
Peuples et communautés autochtones	· Communautés amérindiennes des États-Unis : la communauté amérindienne de Gila River en Arizona (Akimel O'odham), la nation Tohono O'odham, la nation navajo (Dine), la tribu Oglala Sioux (Oglala Lakota), la tribu Rosebud Sioux (Sicangu Lakota), la tribu apache de San Carlos (Dee') et la tribu apache de White Mountain (Ndee').
Échantillon	· 41 écoles dans 7 communautés amérindiennes (1 704 enfants).
Problème de santé	· Obésité (pourcentage de tissu adipeux).
Intervention	· A évalué l'efficacité d'une intervention en milieu scolaire à plusieurs composantes pour réduire le pourcentage de tissu adipeux des élèves amérindiens. · L'intervention avait 4 composantes : programme d'études en classe, service de repas, activité physique et participation familiale.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire en milieu scolaire.
Résultats	· L'exposition combinée à un programme d'études en classe, à un programme de service de repas, à un programme d'éducation physique et à un programme qui cible les familles a entraîné des changements dans certains aspects des connaissances, du sentiment d'auto-efficacité, des intentions et des comportements déclarés des enfants en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. L'intervention n'a pas eu un effet uniforme sur ces construits chez les garçons et les filles.
Points forts	· L'étude Pathways est unique parmi toutes ces études parce qu'elle portait sur les effets d'une intervention à volets multiples en milieu scolaire chez les enfants amérindiens. · Cette étude est la première à créer et évaluer des instruments adaptés à la culture et à l'âge des participants pour évaluer les déterminants psychosociaux liés au régime et à l'activité physique chez les écoliers amérindiens au niveau primaire.
Limites	· Les enfants compris dans l'échantillon vivaient dans des secteurs non urbains allant de communautés isolées à des secteurs ruraux en bordure des banlieues d'une grande ville. L'applicabilité de ces résultats aux enfants amérindiens vivant en zone urbaine et fréquentant des écoles hors réserve est inconnue. Les approches environnementales et la participation active de la famille méritent davantage d'étude.

Source	· Tobe et coll. (2006).
Peuples et communautés autochtones	· Membres des Premières Nations inscrits aux Services de santé amérindiens du Conseil tribal de Battlefords.
Échantillon	· 50 sujets ont été affectés de manière aléatoire à la stratégie de traitement et 49 à la stratégie témoin.
Problème de santé	· Hypertension et diabète de type 2.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · Stratégie communautaire de traitement mise en œuvre par le personnel infirmier à domicile pour la prise en charge de l'hypertension chez les membres des Premières Nations qui souffrent déjà d'hypertension et de diabète de type 2. · Dans le groupe d'intervention, une infirmière de soins à domicile suivait un algorithme prédéfini de traitement pharmacologique antihypertensif. · Dans le groupe témoin, les décisions de traitement ont été prises par le médecin de premier recours de chaque sujet.
Modèle de recherche	<ul style="list-style-type: none"> · La randomisation a été exécutée au moyen d'enveloppes scellées opaques à l'aide d'un modèle de randomisation par blocs permutés, stratifié selon les 7 réserves. · Les enveloppes ont été ouvertes par l'infirmière de soins à domicile en présence du médecin et du patient à la fin de la visite préliminaire.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · La réduction de la tension artérielle systolique était de 7,0 mm Hg plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin, mais cette différence n'était pas significative sur le plan statistique. · L'ajout d'une infirmière de soins à domicile pour mettre en œuvre une stratégie de traitement pour la prise en charge de la tension artérielle était plus efficace pour réduire la tension artérielle diastolique que la tension systolique comparé aux visites de soins à domicile de surveillance de la tension artérielle seulement et au suivi par un médecin de famille.
Points forts	· Des taux élevés de prise en charge de la tension artérielle dans la communauté ont été réalisés dans les deux groupes.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · Il a pu y avoir eu un effet de halo parce que les patients dans le groupe d'intervention et le groupe témoin avaient les mêmes médecins de famille. · Le nombre de médecins de famille dans la région n'était pas suffisant pour les randomiser par pratique. · Difficile de déterminer si les communautés ont été intégrées dans le processus de recherche et si cela a eu une influence quelconque sur l'étude.

Source	· Valery et coll. (2010).
Peuples et communautés autochtones	· Île Thursday et île de Horn, et à Bamaga, dans la région du détroit de Torres du nord de l'Australie.
Échantillon	· 88 enfants de 1 à 17 ans ayant reçu un diagnostic d'asthme d'un pneumologue (groupe d'intervention, 35; groupe témoin, 53; 98 % d'enfants autochtones).
Problème de santé	· État asthmatique (nombre de visites imprévues à l'hôpital ou chez un médecin en raison de l'exacerbation de l'asthme dans les 12 mois de la phase de suivi).
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> · Tous les enfants ont assisté à une séance d'éducation sur l'asthme avec les membres du personnel soignant autochtones qualifiés utilisant des brochures adaptées sur l'asthme. · Le groupe d'intervention a bénéficié de trois séances additionnelles d'éducation avec les membres du personnel soignant autochtone qualifié 1, 3 et 6 mois après la visite préliminaire.
Modèle de recherche	· Les enfants ont été affectés de manière aléatoire à : (i) un groupe recevant trois séances additionnelles d'éducation sur l'asthme avec un travailleur de soins de santé (TSA) qualifié, ou (ii) à un groupe ne recevant aucune éducation additionnelle sur l'asthme. Les deux groupes ont été réévalués après 12 mois.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> · La réduction du nombre de jours d'école manqués par les enfants dans le groupe d'intervention (moins de 7 comparé à 7 à 14 pour le groupe témoin). · Une meilleure compréhension de l'asthme et des plans d'action par les soignants des enfants dans le groupe d'intervention. · Amélioration de la qualité de vie et de l'indice de gravité de la fonction respiratoire pour les deux groupes.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> · Les taux de réponse et de suivi étaient élevés, ce qui limite le potentiel de biais lors de la sélection. · Fournit un modèle qui permet de réduire l'écart entre l'état de santé des Australiens autochtones et non autochtones. · Étude propre à une culture dans un pays riche portant sur une intervention éducative des enfants autochtones par les TSA.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> · Comme l'inscription à l'étude était plus lente que prévu, on a modifié l'allocation de l'intervention en fonction d'estimations de la prévalence de l'asthme. · Capacité limitée de déceler de petites différences entre les groupes avec certitude. · Tous les enfants ont reçu une « intervention » à la visite préliminaire : une évaluation par un spécialiste et une séance d'éducation avec un TSA qualifié, ce qui a pu diminuer l'incidence des séances additionnelles d'éducation sur l'asthme par le TSA.

Source	· Valery et coll. (2006).
Peuples et communautés autochtones	· Enfants autochtones à l'hôpital d'Alice Springs dans le Territoire du Nord.
Échantillon	· 392 enfants autochtones avec 436 épisodes de diarrhée. · Enfants autochtones (< 11 ans) hospitalisés pour une diarrhée aiguë à l'hôpital d'Alice Springs, Territoire du Nord, avril 2001 – juillet 2002.
Problème de santé	· Diarrhée aiguë.
Intervention	· Le rôle de la supplémentation de zinc et de vitamine A dans le rétablissement des enfants autochtones hospitalisés pour une diarrhée aiguë.
Modèle de recherche	· Essai comparatif à répartition aléatoire selon un plan factoriel 2 par 2 avec la supplémentation de zinc et de vitamine A.
Résultats	· La supplémentation de zinc, de vitamine A, ou de zinc et de vitamine A combinés n'a eu aucun effet significatif sur la durée de la diarrhée ni sur le taux de réadmission comparé au placebo. · Le nombre de réadmissions n'a pas différé de manière significative entre ceux recevant de la vitamine A ou du zinc et les groupes de référence recevant un placebo.
Points forts	· Le consentement éclairé des soignants a été obtenu par un agent de recherche autochtone ou un membre de l'équipe de recherche avant l'inscription.
Limites	· Ce résultat peut ne pas s'appliquer aux enfants souffrant de malnutrition, pour lesquels d'autres études indiquent des bienfaits. · De plus grandes études incorporant des données plus complètes sur le bilan de vitamine A et de zinc ainsi que le bilan nutritif des populations à l'étude pourraient aider à expliquer les différents résultats dans différentes populations.

Source	· Walkup et coll. (2009).
Peuples et communautés autochtones	· Réserves navajos et apaches de White Mountain.
Échantillon	· Femmes enceintes de 12 à 22 ans (n = 167).
Problème de santé	· Soins postnataux.
Intervention	· Visites à domicile effectuées par des paraprofessionnels parmi les jeunes mères amérindiennes vivant dans les réserves, axées sur les connaissances et la participation parentale et l'état de santé des mères et des bébés. · Intervention <i>Family Spirit</i> de 25 visites portant sur les soins aux nouveau-nés et les compétences maternelles de base (traitement). · Intervention de 23 visites portant sur l'éducation à l'allaitement et à la nutrition (contrôle actif).
Modèle de recherche	· Répartition aléatoire (1 : 1) à l'une de deux interventions à domicile effectuées par des paraprofessionnels.
Résultats	· À 6 et à 12 mois post-partum, les mères du groupe de traitement comparées aux mères du groupe témoin avaient réalisé des gains plus importants dans les connaissances parentales. · À 12 mois post-partum, les mères du groupe de traitement ont rapporté que leur bébé affichait des notes significativement plus basses dans le domaine de l'externalisation et moins d'angoisse de séparation dans le domaine de l'internalisation. · Aucune différence entre les groupes n'a été constatée en ce qui concerne la participation maternelle, le milieu familial, ou le stress, le soutien social, la dépression ou la consommation de psychotropes chez la mère.
Points forts	· Les chercheurs ont participé à des comités consultatifs locaux et intertribaux. · Achievé l'étude pilote en vue de déterminer si l'intervention est réalisable et appropriée pour les mères amérindiennes. · Par l'utilisation des méthodes de recherche participative communautaire, cette étude innove en concevant, en réalisant et en évaluant les interventions à domicile effectuées par des paraprofessionnels.
Limites	· Les taux d'attrition, en particulier parmi les mères dans le groupe de traitement, étaient plus élevés que prévu. Ils étaient probablement liés aux facteurs des participantes comme la contrainte du temps de l'intervention <i>Family Spirit</i> et les conditions d'hébergement provisoire après l'accouchement. · Le modèle de prévention de l'attrition pour cette étude ne comprenait pas le maintien du contact avec les participantes ni la réintégration des mères qui ont manqué plusieurs séances consécutives.

