de soumettre à l'examen d'un comité toutes les études de santé proposées parce que cela prendrait beaucoup trop de temps, et les établissements n'ont pas les ressources pour le faire. Ces derniers doivent élaborer des mécanismes qui donnent aux chercheurs la preuve qu'un examen éthique de leur étude a été réalisé par un tiers sans que l'étude doive nécessairement faire l'objet d'un examen exhaustif par un comité.

Une approche prometteuse est celle qui utilise un processus de sélection, tel que celui de l'Université Massey, en Nouvelle-Zélande[3]. Les chercheurs de cette université doivent remplir un questionnaire avant d'entreprendre une étude sur des êtres humains. Le questionnaire comporte 24 questions portant sur le risque de préjudice, le consentement éclairé, la confidentialité, la malhonnêteté, les conflits d'intérêts, l'incitation financière des participants et les exigences d'organismes externes. Si l'étude passe la présélection, elle est considérée comme étant à faible risque et soumise à un examen éthique simplifié sans examen exhaustif par un comité. Au Royaume-Uni, de nombreux comités d'éthique de la recherche locaux habilitent le président ou le secrétaire du comité à confirmer que les projets d'études appropriés sont adéquats sur le plan éthique et ne requièrent pas l'examen d'un comité. Ces approches établissent un équilibre; elles fournissent un certain degré de contrôle par un tiers et permettent d'obtenir une approbation tout en évitant la bureaucratie pour les études à faible risque.

Le fait que les essais cliniques doivent faire l'objet d'un examen éthique avant que les chercheurs puissent recruter le premier participant n'est pas une question litigieuse et cela devrait devenir la norme pour toutes les études médicales. Pour les futures études, le *JAMC* encourage vivement les auteurs de tout type d'étude — expérimentale ou d'observation — mettant en cause des êtres humains à présenter la preuve que leur étude a été jugée éthique par l'instance éthique locale ou nationale appropriée avant le début de l'étude. Cela assurera aux rédacteurs que l'étude a été menée conformément aux normes éthiques appropriées recommandées par l'ICMJE et le Committee on Publication Ethics. Les chercheurs devraient faire connaître ces recommandations à leurs instances éthiques et mettre en place un processus d'approbation simplifié pour les études d'observation à faible risque afin d'éviter de compromettre la publication future de leur propre travail.

Références : Se rendre à www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.141538/-/DC1

Affiliation : Rédacteur en chef du *JAMC*

Intérêts concurrents : Se rendre à www.cmaj.ca /site/misc/cmaj_staff.xhtml

Correspondance : Éditeur du *JAMC*, pubs@cmaj.ca

Pour prendre soin des patients autochtones, il faut de la confiance et du respect plutôt que des tribunaux

Lisa Richardson MD MA, Matthew B. Stanbrook MD PhD

Pour la version anglaise de l'éditorial, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.141613

Une récente décision[1] de la Cour supérieure de l'Ontario a affirmé le droit d'une jeune autochtone et de sa famille de renoncer aux traitements de chimiothérapie et d'opter plutôt pour la médecine traditionnelle autochtone. La décision a suscité de vifs débats au sein des communautés autochtones, du milieu juridique et du grand public[2]. Cette indignation ne doit pas nous empêcher de saisir cette occasion de réfléchir à ce que la prestation de soins optimaux aux patients autochtones signifie véritablement.

J.J., une jeune fille Haudenosaunee de 11 ans des Six Nations de la rivière Grand, avait commencé un traitement contre la leucémie lymphoblastique aiguë dans une hôpital de Hamilton en août 2014. Après 10 jours de chimiothérapie, elle et sa famille ont mis fin à ce traitement et décidé d'avoir plutôt recours à un guérisseur Haudenosaunee[3]. Compte tenu de l'efficacité prouvée de la chimiothérapie pour traiter sa maladie, dont le pronostic serait autrement fatal, les médecins de J.J. ont demandé au tribunal de la retirer de son milieu familial et de l'obliger à recevoir un traitement de chimiothérapie. Les médecins et les hôpitaux ont perdu leur cause, car, de l'avis de la Cour, obtempérer à leur demande enfreindrait les droits constitutionnels de J.J.

Il faut cesser de rejeter le blâme sur toutes les parties. En faisant appel au tribunal, l'hôpital et l'équipe médicale étaient certes motivés par la peur que l'enfant meure. Malgré son refus de la chimiothérapie, la famille de J.J. n'était pas indifférente, négligente ou ignorante — en effet, les services à l'enfance et à la famille ont refusé d'intervenir en raison de ce constat. Bien que certaines personnes aient contesté la décision du juge, il semble que ce soit une décision réfléchie dans un domaine complexe de la loi.

La couverture médiatique a eu pour effet de polariser les paradigmes, ce qui est futile et trompeur, et laisse supposer de mauvais choix. En effet, la science médicale ne présente pas de conflit inhérent avec les façons de penser des peuples autochtones. Elle n'est pas propre à une seule culture, mais est au service à la fois des peuples autochtones et non autochtones. La plupart des Autochtones consultent des professionnels de la santé — mais près de la moitié ont aussi recours à des médecines traditionnelles[4]. Les traditions de guérison autochtones sont des pratiques ancestrales profondément respectées. Elles privilégient les remèdes à base de plantes médicinales, des cérémonies et des rituels, et utilisent une approche multidimensionnelle (santé physique, mentale,

©2015 8872147 Canada Inc.

affective et spirituelle). Elles mettent aussi l'accent sur les rapports entre le guérisseur, le patient, la communauté et l'environnement[5]. Ces croyances créent des attentes que les patients autochtones apportent avec eux lorsqu'ils consultent des professionnels de la santé et elles doivent être respectées. Les respecter ne relève pas de la rectitude politique, mais de la prestation de soins axés sur le patient.

Or, les patients autochtones continuent de ne pas se sentir les bienvenus dans nos établissements médicaux ou ne s'y sentent pas en sécurité; dans certains cas, on les ignore ou on les laisse mourir[6]. Une étude récente a décrit le racisme et les stéréotypes négatifs persistants et le manque de respect culturel à l'égard des peuples autochtones dans les établissements de soins de santé[7]. Qui plus est, les Autochtones peuvent souffrir de traumatismes hérités de leur propre histoire ou de celle de leurs communautés dans les centres médicaux et les établissements d'enseignement. Tant les cas présents que passés de mauvais traitements peuvent porter les patients autochtones à se méfier des actions des fournisseurs de soins de santé ou à les remettre en question.

Pourtant, la confiance est essentielle à l'efficacité d'un traitement médical, surtout quand il s'agit de donner à son enfant des médicaments toxiques ayant des effets indésirables graves. Si la cour avait forcé J.J. à subir un tel traitement, la méfiance, la colère et la résistance qui auraient pu s'ensuivre au sein de sa communauté auraient grandement compromis toute capacité future à offrir des soins optimaux, non seulement à elle, mais aussi à tous les Autochtones. Si le gouvernement séparait un enfant de ses parents et le forçait à subir un traitement médical, cela entraînerait de graves répercussions, possiblement à vie, pour toute la famille, et un tel geste évoque une horreur particulière chez les Autochtones, compte tenu de leur lourd héritage lié aux pensionnats.

Pour que le traitement médical devienne acceptable pour nos patients autochtones, le système de santé doit gagner leur confiance en faisant preuve de respect. Nous devons nous assurer que nos patients autochtones, leurs familles et leurs communautés se sentent les bienvenus, soient à l'aise de s'identifier comme Autochtones et ne craignent pas d'être jugés selon des stéréotypes. Ils doivent aussi avoir la confiance nécessaire pour ne pas craindre de communiquer leur désir de prendre part à des cérémonies ou d'avoir recours à des pratiques traditionnelles de guérison parallèlement à un traitement. Leurs souhaits doivent être respectés tout comme nous respecterions ceux d'un patient qui demanderait les conseils spirituels d'un aumônier. Tous les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux inégalités en matière de santé que vivent les Autochtones et chercher à en réduire les répercussions collectives. L'évaluation de la qualité des soins ne doit pas se fonder uniquement sur la guérison de la maladie, mais doit aussi inclure les expériences que vivent nos patients autochtones au sein du système de santé et les rapports qu'ils entretiennent avec celui-ci.

Les médecins autochtones devraient jouer un rôle de premier plan en tant qu'interprètes culturels entre leurs collectivités et le système de santé, et nous devons en former davantage. Une plus grande autodétermination des soins de santé des Autochtones pourrait transformer encore davantage les soins[8]. Entre-temps, tous les professionnels de la santé et les stagiaires devraient utiliser les programmes existants pour en apprendre davantage sur la sécurité culturelle et la pratiquer[9]. Si nos interactions avec nos patients autochtones peuvent être fondées sur la confiance et le respect, nous n'aurons pas besoin des tribunaux.

Références : Se rendre à www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.141613

Affiliations : Rédacteur adjoint, *JAMC* (Stanbrook); Division de médecine interne générale et co-responsable du curriculum, Bureau de l'éducation médicale autochtone (Richardson), Université de Toronto, Toronto (Ont.)

Intérêts concurrents : Pour Matthew Stanbrook, voir www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.xhtml. Lisa Richardson reçoit une subvention d'AMS Phoenix Fellowship pour l'élaboration d'un programme sur la sécurité culturelle pour les patients autochtones à l'intention des étudiants en médecine et des médecins.

Correspondance : Éditeur du *JAMC*, pubs@cmaj.ca

Résumés de recherche

Risque d'issue négative chez les nourrissons de femmes immigrantes selon les courbes de poids à la naissance spécifiques aux régions d'origine des mères

Marcelo L. Urquia PhD MSc, Howard Berger MD, Joel G. Ray MD MSc; pour le Canadian Curves Consortium*

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.140748

Contexte : Dans les pays occidentaux, les nourrissons de femmes immigrantes présentent généralement un poids à la naissance moins élevé que ceux des femmes non immigrantes. On ignore si cette différence est physiologique ou pathologique. Nous avons voulu vérifier s'il est possible de distinguer les résultats néonataux et obstétricaux négatifs avec plus de justesse en utilisant les courbes de poids à la naissance spécifiques aux pays d'origine des mères plutôt qu'uniquement la courbe de poids à la naissance spécifique aux nourrissons nés de femmes canadiennes.

Méthodes : Nous avons procédé à une étude de cohorte rétrospective des naissances hospitalières vivantes simples (328 387 chez les femmes immigrantes, 761 260 chez les femmes non immigrantes) en Ontario entre 2002 et 2012, à partir des données sur les services de santé reliées à la base de données sur l'immigration nationale. Nous avons classé les nourrissons selon qu'ils étaient petits pour l'âge gestationnel (< 10e percentile) ou gros pour l'âge gestationnel (≥ 90e percentile) en fonction des courbes de poids à la naissance spécifiques à la région d'origine

©2015 8872147 Canada Inc.