

Involuntary Cultural Change, Stress Phenomenon and Aboriginal Health Status

Judith G. Bartlett, MD, CCFP, MSc Community Health (candidate)

This issue of the Canadian Journal of Public Health presents samples of the diversity of interests in the health of Aboriginal and Indigenous peoples. Topics range from discussion of specific disease entities¹ to primary care delivery by outpost nurses;² from population health statistics³ to capacity building in Aboriginal research.⁴ Although useful and up to date, these articles reflect the common approach to describing Aboriginal health status in relation to increased levels of morbidity and mortality. What is missing is an understanding of either the etiology or pathogenesis of current-day disease and dis-ease experienced by Aboriginal populations. The cultural etiology of this has had extensive examination⁵ and is clearly related to the effects of sustained contact with an external society that brought dramatically different cultural norms and practices. The pathogenesis remains obscure. Important to Aboriginal health discourse, whether for non-Aboriginal advocates or for First Nation, Métis and Inuit peoples, is the need to understand that the impact of massive cultural change, as is observed in Aboriginal peoples, can occur *in any society*. Thus, it is important to explore the structure of this cultural pathogenesis which has had such a profound effect on Aboriginal health.

Contact between cultures involves the two basic processes of acculturation and adaptation.⁶ "Acculturation" is defined as culture change that results from continuous, first hand contact between two distinct cultural groups.⁷ Berry⁶ states that change may occur on seven levels: *physical* (place to live, type of housing, increasing population density, etc.); *biological* (new nutrition, new diseases); *political* (loss of autonomy); *economic* (move away from traditional pursuits to new forms of employment); *cultural* (loss of original linguistic, religious, educational and technical institutions); *social relationships* (alterations in inter-group and inter-personal); and *psychological* (values, attitudes, abilities and motives). 'Adaptation' is the term often used to refer to both the process of dealing with acculturation and the outcome of acculturation; these being 'adjustment' (to increase congruence); 'reaction' (retaliation against environment); and 'withdrawal' (removal from adaptive arena by forced exclusion or voluntary withdrawal).⁶ Berry's opinion is that neither 'reaction', due to lack of political power or 'withdrawal' are available to Aboriginal peoples, thus they must undergo some form of 'adjustment'. Overlooked is the fact that for generations, forced 'withdrawal' was the predominant mode of action utilized in attempting to first segregate (reserves) and later assimilate (residential schools) First Nation peoples. Métis 'reaction' was forcibly crushed by Canada's military in what has historically been termed the 1885 Riel rebellion; Métis refer to this battle as the 1885 'resistance'.

Berry further states that in order to acculturate, individuals and groups must confront two important issues: whether one's own cultural identity and customs are of value and should be retained, and whether relations with the larger society are of value and should be sought. Berry's four-fold classification model in acculturation options arises from the answer to such questions; the options are *assimilation* (relinquishing one's cultural identity and moving into larger society); *integration* (some maintenance of cultural identity and movement to become an integral part of a larger society); *separation/segregation* (imposed by dominant society to keep people 'in their place'); and *marginalization* (loss of cultural and psychological contact

with both their traditional culture and the larger society by exclusion or withdrawal).⁶ The majority society assumed the answer to be 'no' to the question of whether to maintain Aboriginal cultural identity and characteristics, and 'yes' to the question of desirability of maintaining relationships with Europeans. The genesis of pathology observed as disease and dis-ease within and between Aboriginal peoples clearly flows from 'stress phenomena' and related 'social and psychological pathology' that are products of forced acculturation. Aboriginal populations have experienced an involuntary type of acculturation process; one in which they have been experiencing one or all of *assimilation, integration, separation/segregation or marginalization*.

Acculturation stress behaviours have been described as including lowered mental health status, feelings of marginality and alienation, heightened psychosomatic symptoms, identity confusion, homicide, suicide, substance abuse, and family violence.⁶ Stressors are defined as "demands to which there are no readily available or automatic adaptive responses" and are articulated as a list of eleven sources of psychosocial stressors,⁷ one being the gap between culturally inculcated goals and socially structured means. Not only does the majority society control the 'reactive' (Riel 'resistance') and 'withdrawal' (residential schools) modes of adaptation, it also continues to prevent 'adjustment' (attempt to increase congruent fit) by promoting 'healthy lifestyle' approaches through mostly majority-society-designed health education and promotion. Although intentions are honourable, the end result is often perceived as an externally imposed 'blame the victim' approach, along with a perception of being objectified.

Antonovsky analyzed life experiences and their context relative to the need to develop a 'Sense of Coherence' over the lifespan.⁷ He states, "When others decide everything for one – when they set the task, formulate the rules, and manage the outcome – and we have no say in the matter, we are reduced to being objects." Sense of Coherence is defined as "a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explic-

Associate Director (Programs), Centre for Aboriginal Health Research, Winnipeg, MB

Correspondence: Dr. Judith Bartlett, Associate Director (Programs) & Research Associate, Centre for Aboriginal Health Research, Suite 715, 7th Floor, Buhler Research Centre, The University of Manitoba, 715 McDermot Avenue, Winnipeg, MB R3E 3P4, Tel: 204-975-7751, E-mail: bartlett0@ms.umanitoba.ca

able; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.” More concisely, the sense of coherence includes *comprehensibility* (the extent to which things make sense), *manageability* (the extent of adequate resources to address the stimuli), and *meaningfulness* (the motivational element).⁸

It is unfortunate but understandable that ‘contact’ has resulted in a significant level of individual and inter/intra group stress. Such stress (i.e., “demands to which there are no readily available or automatic adaptive responses”) must be understood in order to create a solid basis for policy and program development. Since the earliest continuous contact with newcomer Europeans, original peoples have been erroneously identified by externally designated and often misleading names such as Indian, Eskimo, and Half-breed. This has resulted in poor self-image for individuals and groups who have in some cases, in order to survive, gone underground with their identity. The most recent designation, of course heavily influenced by the Indian Act, is that of the 1982 Constitution Act of Canada in which Aboriginal peoples in Canada are ‘legally’ described as Indians, Inuit and Métis. This new ‘legal’ definition does not act in a direction that would unite Aboriginal peoples, but influences the development of tension since some groups have access to certain ‘rights’ and ‘resources’, while others do not. Destructive impacts of colonization, such as socio-political identity conflict between Aboriginal groups, inhibit a collective movement of Aboriginal peoples toward attainment of a more secure future in Canada.

On a positive note, revival of cultural identities is increasing rapidly. For example, in the 1996 Census, 60,000 Winnipeggers stated that they have Aboriginal heritage, yet only 45,000 identified as belonging to the Aboriginal community. The remaining 15,000 may be individuals who temporarily integrated into the larger society, yet could not maintain this over the longer term. Psychological pain can span generations when individuals/groups are forced to deny a key construct of their being – culture. The 2001 Census shows that 9,000 addi-

tional individuals identify as belonging to the Métis community in Winnipeg. It is unlikely that this is due to migration, but rather to its being more socially acceptable and tolerable to exist as a Métis in today’s society.

In conclusion, due to significant cultural, social, economic and political impacts of colonization, Aboriginal peoples have existed under conditions of extreme stress for multiple generations. It is little wonder that the ‘stress phenomena’ and related ‘social and psychological pathology’ are products of forced acculturation. Understanding the pathogenesis of stress phenomenon may result in development of culturally grounded approaches rather than the increasing and disturbing trend of utilizing Aboriginal terminology (and sometimes frameworks), yet simply delivering the same Western programs that have not proven very successful. It is argued that carefully examining cultural understandings and how culture has been affected by sustained contact between groups will result in the most appropriate design for culturally grounded contemporary life

approaches that will increase First Nation, Métis and Inuit health and well-being.

REFERENCES

1. Jin A, Martin JD. Hepatitis A among residents of First Nations reserves in British Columbia, 1991-1996. *Can J Public Health* 2003;94(3):176-79.
2. Tarlier DS, Johnson JL, Whyte NB. Voices from the wilderness: An interpretive study describing the role and practice of outpost nurses. *Can J Public Health* 2003;94(3):180-84.
3. MacMillan HL, Walsh CA, Jamieson E, Wong MY-Y, Faries EJ, McCue H, et al. The health of Ontario First Nations people: Results from the Ontario First Nations regional survey. *Can J Public Health* 2003;94(3):168-72.
4. Reading J. 4th Amyot Lecture. The Canadian Institutes of Health Research, Institute of Aboriginal Peoples’ Health: A global model and national network for Aboriginal health research excellence. *Can J Public Health* 2003;94(3):185-89.
5. Royal Commission on Aboriginal Peoples, National Round Table on Health and Social Issues, Vol. 1&2, Vancouver, BC, Minister of Supply and Services, Canada, 1993, Canada Communications Group.
6. Berry JW. Acculturation and adaptation: Health consequences of culture contact among Circumpolar peoples. *Arctic Medical Research* 1990;49:142-50.
7. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health, How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc., 1987;19.
8. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc., 1979;12-35.

ÉDITORIAL

Le changement culturel involontaire, le phénomène du stress et l’état de santé des Autochtones

Judith G. Bartlett, M.D., CCFP, M.Sc. en sante communautaire (candidate)

Ce numéro de la *Revue canadienne de santé publique* reproduit à plus petite échelle la grande diversité des intérêts en matière de santé des populations autochtones et indigènes. On y aborde des maladies spécifiques,¹ la prestation de soins primaires par les infirmières en région éloignée,² des chiffres sur la santé de la population³ et le renforcement des capacités en études autochtones.⁴ Malgré leur utilité et leur actualité, ces articles sont à l’image de la façon dont on décrit traditionnellement l’état de santé des Autochtones : dans l’optique des niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Il manque à ce portrait une compréhension soit de l’étiologie, soit de la pathogénie des maladies et du « mal-être » observés à l’heure actuelle dans les populations autochtones. L’étiologie culturelle de cette situation, qui a fait l’objet d’études approfondies,⁵ est clairement liée aux effets du contact soutenu avec une société extérieure qui a amené des normes et des pratiques culturelles radicalement différentes. Quant à sa pathogénie, elle demeure obscure. Il est important pour le

Directrice adjointe (Programmes), Centre for Aboriginal Health Research, Winnipeg (Manitoba)

Correspondance : Dr. Judith Bartlett, Associate Director (Programs) & Research Associate, Centre for Aboriginal Health Research, Suite 715, 7th Floor, Buhler Research Centre, The University of Manitoba, 715 McDermot Avenue, Winnipeg (Manitoba) R3E 3P4, Tél. : 204-975-7751, Courriel : bartlett0@ms.umanitoba.ca

discours sur la santé autochtone (tant pour les porte-parole non autochtones que pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits) de comprendre que les incidences d'un changement culturel massif tel qu'on l'a observé chez les Autochtones peuvent se manifester *dans n'importe quelle société*. Il est donc essentiel d'examiner la structure de la pathogénie culturelle qui a tant marqué la santé autochtone.

Le contact entre cultures met en jeu les deux processus fondamentaux que sont l'acculturation et l'adaptation.⁶ « L' "acculturation" est un changement culturel résultant d'un contact soutenu et direct entre deux groupes culturels distincts. » Berry⁶ affirme que ce changement peut se manifester à sept niveaux : *physique* (lieu d'habitation, type de logement, accroissement de la densité de la population, etc.), *biologique* (nouvelle alimentation, nouvelles maladies), *politique* (perte d'autonomie), *économique* (abandon progressif des occupations traditionnelles au profit de nouvelles formes d'emploi), *culturel* (perte des institutions linguistiques, religieuses, éducatives et techniques d'origine), *social* (modification des relations interpersonnelles et au sein du groupe) et *psychologique* (valeurs, attitudes, capacités et motivations). L' « adaptation » est un terme qu'on emploie souvent pour désigner à la fois le processus qui permet de composer avec l'acculturation et les résultats de cette acculturation, à savoir : l'*ajustement* (visant à accroître la congruité), la *réaction* (riposte contre le milieu) et le *repli* (retrait des lieux de l'adaptation par suite d'une exclusion forcée ou d'un repli volontaire).⁶ Selon Berry, les Autochtones n'ont accès ni à l'option de la « réaction », en raison de leur manque de pouvoir politique, ni à celle du « repli », et doivent donc subir une certaine forme d' « ajustement ». Il néglige le fait que pendant des générations, le « repli » forcé était le mode d'intervention prédominant pour tenter d'abord de mettre à part les peuples des Premières Nations (dans les réserves), et plus tard de les assimiler (dans les pensionnats). La « réaction » des Métis a été écrasée dans le sang par l'armée canadienne lors de ce que l'histoire a appelé la rébellion de Louis Riel en 1885; les Métis appellent plutôt cette bataille la « résistance » de 1885.

Berry affirme aussi que l'acculturation suppose que les individus et les groupes

ont répondu à deux questions importantes, à savoir : si leur identité et leurs coutumes particulières ont de la valeur et méritent d'être préservées, et si les liens avec la société prédominante ont de la valeur et méritent d'être tissés. La quadruple classification des options d'acculturation présentée par Berry découle des réponses à ces questions; ces options sont *l'assimilation* (renoncer à sa propre identité culturelle et entrer dans la société prédominante), *l'intégration* (conserver quelques aspects de son identité culturelle et commencer à faire partie intégrante de la société prédominante), *la séparation/ségrégation* (imposée par la société dominante pour garder les gens « à leur place ») et *la marginalisation* (la perte des contacts culturels et psychologiques avec sa culture traditionnelle et la société prédominante à la fois, par suite d'une exclusion ou d'un repli).⁶ La société majoritaire a présumé que la réponse était « non » à la question de savoir s'il fallait conserver l'identité et les caractéristiques culturelles autochtones, et « oui » à celle de savoir s'il était souhaitable d'entretenir des relations avec les Européens. À l'origine de la pathologie dont les manifestations sont la maladie et le « mal-être » à l'intérieur des populations autochtones et entre elles, on retrouve clairement les « phénomènes du stress » et la « pathologie sociale et psychologique » s'y rattachant, qui sont les produits de l'acculturation forcée. Les populations autochtones ont vécu un processus d'acculturation involontaire comprenant certains ou l'ensemble des phénomènes d'*assimilation*, d'*intégration*, de *séparation/ségrégation* et de *marginalisation*.

Les *comportements dus au stress de l'acculturation* comprendraient un état de santé mentale affaibli, les sentiments de marginalisation et de désaffection, l'accroissement des symptômes psychosomatiques, la confusion identitaire, l'homicide, le suicide, la toxicomanie et la violence familiale.⁶ Les agents stressants, définis comme des « exigences pour lesquelles il n'existe aucune mesure d'adaptation automatique ou facilement disponible », sont présentés sous la forme d'une liste de 11 facteurs psychosociaux,⁷ dont l'un est l'écart entre les buts inculqués par la culture et les moyens socialement structurés. Non seulement la société majoritaire contrôle-t-elle les modes d'adaptation que sont la « réac-

tion » (la « résistance » de Riel) et le « repli » (les pensionnats), mais elle continue à empêcher l' « ajustement » (les tentatives d'atténuation de l'incongruité) en préconisant des approches axées sur un « mode de vie sain », reposant principalement sur des mesures d'éducation sanitaire et de promotion conçues par la société majoritaire. Les intentions sont bonnes, mais le résultat est souvent perçu par les intéressés comme une forme de chosification et de « condamnation de la victime » imposée de l'extérieur.

Antonovsky a analysé des expériences de vie et leur contexte sous l'angle du besoin de développer une « sensation de cohérence » au cours de la vie.⁷ Il affirme : « Lorsque d'autres décident de tout à notre place – lorsqu'ils définissent la tâche, élaborent les règles et gèrent les résultats – et que nous n'avons pas notre mot à dire, nous sommes réduits au statut d'objet. » Il définit la sensation de cohérence comme « une orientation générale exprimant la mesure dans laquelle nous éprouvons un sentiment de confiance puissant et durable, quoique évolutif, voulant que 1) les stimuli provenant de notre environnement interne et externe au cours de la vie sont structurés, prévisibles et explicables; 2) nous disposons de ressources pour satisfaire aux exigences que posent ces stimuli; et 3) ces exigences sont des défis qui méritent un investissement et un engagement. » En résumé, la sensation de cohérence comprend la *compréhensibilité* (la mesure dans laquelle les choses ont du sens), la *contrôlabilité* (la mesure dans laquelle nous disposons des ressources nécessaires pour répondre aux stimuli) et le *sens* (l'élément motivateur).⁸

Il est malheureux, mais compréhensible, que le « contact » ait entraîné un important niveau de stress individuel et collectif (à l'intérieur des groupes et entre eux). Ce stress (c.-à-d. « les exigences pour lesquelles il n'existe aucune mesure d'adaptation automatique ou facilement disponible ») doit être compris si l'on veut asseoir sur des bases solides les politiques et programmes que l'on élabore. Depuis les tout premiers contacts soutenus avec les nouveaux arrivants européens, les peuples d'origine ont été affublés à tort de noms venant de l'extérieur et souvent trompeurs : Indiens, Esquimaux, Sang-Mêlé... Il en est résulté une mauvaise image

Voir Éditorial à la page 232

- chomatis urethritis in men by polymerase chain reaction assay of first-catch urine. *J Clin Microbiol* 1993;31:3013-16.
6. Bauwens JE, Clerk AM, Stamm WE. Diagnosis of Chlamydia trachomatis endocervical infections by a commercial polymerase chain reaction assay. *J Clin Microbiol* 1993;31:3023-27.
 7. Chernesky MA, Jang D, Lee H, Burczak JD, Hu H, Sellors J, et al. Diagnosis of Chlamydia trachomatis infections in men and women by testing first-void urine by ligase chain reaction. *J Clin Microbiol* 1994;32:2682-85.
 8. de Barbeyrac B, Pellet I, Dutilh B, Bebear C, Dumon B, Geniaux M. Evaluation of the Amplicor Chlamydia trachomatis test versus culture in genital samples in various prevalence populations. *Genitourin Med* 1994;70:162-66.
 9. Jaschek G, Gaydos CA, Welsh LE, Quinn TC, Mahony JB, Luinstra KE, et al. Direct detection of Chlamydia trachomatis in urine specimens from symptomatic and asymptomatic men by using a rapid polymerase chain reaction assay. *J Clin Microbiol* 1993;31:1209-12.
 10. Skulnick M, Chua R, Simor AE, Low DE, Khosid HE, Fraser S, et al. Use of the polymerase chain reaction for the detection of Chlamydia trachomatis from endocervical and urine specimens in an asymptomatic low-prevalence population of women. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1994;20:195-201.
 11. Scouler A, McCartney R, Kinn S, Carr S, Walker A. The 'real-world' impact of improved diagnostic techniques for Chlamydia trachomatis infection in Glasgow. *Commun Dis Public Health* 2001;4:200-4.
 12. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: The contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999;75:3-17.
 13. Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: Decreasing, but still substantial. *Obstet Gynecol* 2000;95:397-402.
 14. Goeree R, Gully P. The burden of chlamydial and gonococcal infection in Canada. In: Royal Commission on New Reproductive Technologies. *Prevention of Infertility*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada, 1993;29-76.
 15. Welte R, Kretzschmar M, Leidl R, van den Hoek A, Jager JC, Postma MJ. Cost-effectiveness of screening programs for Chlamydia trachomatis: A population-based dynamic approach. *Sex Transm Dis* 2000;27:518-29.
 16. Anonymous. Reported Genital Chlamydia Cases and Rates in Canada by Province and Sex, 1991-2000, 2001; STD tables. Available on-line at: <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/stddata0301/> (Access date July 9, 2002)

Received: May 6, 2002
Accepted: August 20, 2002

RÉSUMÉ

Contexte : Il y a eu une augmentation marquée des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) dans la région sanitaire de la capitale de la Nouvelle-Écosse, qui coïncidait avec l'utilisation de l'amplification par la polymérase (PCR) en remplacement des essais immunoenzymatiques (EIA). Nous avons fait le bilan de l'expérience afin de déterminer le coût du changement et ses incidences sur le nombre de nouveaux cas d'infection diagnostiqués.

Méthode : Les données sur le nombre d'essais EIA et PCR effectués sur des femmes proviennent d'une base de données de laboratoire résumées. Nous avons examiné les dossiers des essais effectués entre avril 1998 et décembre 2001. Avant juin 2001, tous les prélèvements génitaux étaient testés par EIA (MicroTrak II Chlamydia) et confirmés au moyen d'un examen direct par fluorescence. Après juillet 2001, les prélèvements génitaux ont subi le test de dépistage de la *C. trachomatis* COBAS AMPLICOR®.

Résultats : Durant la période à l'étude, 62 288 EIA ont été effectués sur les prélèvements soumis; 2 061 (3,33 %) étaient positifs. Au cours des six mois où l'on a eu recours à la méthode PCR, 9 559 essais ont été effectués, dont 463 (4,84 %) étaient positifs, soit une hausse de 46 %. Les trois années précédant la mise en œuvre des essais PCR, on soumettait en moyenne 1 626 prélèvements par mois, et 54 essais en moyenne étaient positifs (3,3 %). Le coût unitaire des essais PCR positifs était de 208 \$CAN (contre 226 \$ pour les EIA positifs).

Conclusions : L'adoption de la méthode PCR pour le diagnostic de la CT a entraîné une hausse marquée du nombre d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées. La hausse récente du nombre de cas de CT signalés au Canada pourrait s'expliquer en grande partie par la sensibilité accrue des tests. Curieusement, le coût unitaire des essais PCR positifs était inférieur de 18 \$CAN à celui des EIA.

Éditorial, de la page 167

de soi pour les individus et les groupes, qui dans certains cas, pour survivre, ont dissimulé leur identité. L'appellation la plus récente, très lourdement influencée, bien sûr, par la *Loi sur les Indiens*, est celle de la *Loi constitutionnelle de 1982 sur le Canada*, où les peuples autochtones du Canada sont officiellement appelés Indiens, Inuits et Métis. Cette nouvelle définition « légale » ne favorise pas l'unité des peuples autochtones, mais plutôt le développement de tensions, certains groupes ayant accès à certains « droits » et « ressources » et d'autres non. Les effets destructeurs de la colonisation, notamment les différends socio-politiques entre groupes autochtones sur la question identitaire, empêchent les peuples autochtones d'agir collectivement pour assurer leur avenir au Canada.

Sur une note plus positive, la résurgence des identités culturelles s'accroît rapidement. Par exemple, dans le recensement de 1996, 60 000 Winnipegois déclaraient

des racines autochtones, mais seulement 45 000 se définissaient comme appartenant à la communauté autochtone. Les 15 000 restants sont peut-être des personnes qui se sont temporairement intégrées dans la société prédominante, mais n'ont pu maintenir un tel équilibre à long terme. La douleur psychologique peut s'étendre sur plusieurs générations lorsque des individus ou des groupes sont forcés à renier un construit clé de leur humanité : la culture. Dans le recensement de 2001, 9 000 personnes de plus ont déclaré appartenir à la communauté métis de Winnipeg. Il est peu probable que cette hausse s'explique par la migration; on en déduira qu'il est plus socialement acceptable et admissible d'exister en tant que Métis dans la société d'aujourd'hui.

En conclusion, les importantes incidences culturelles, sociales, économiques et politiques de la colonisation ont fait en sorte que les peuples autochtones ont vécu dans des conditions de stress extrême pendant de nombreuses générations. Il n'est

pas étonnant que les « phénomènes du stress » et la « pathologie sociale et psychologique » s'y rattachant soient les produits de leur acculturation forcée. La compréhension de la pathogénie du phénomène du stress pourrait mener à l'élaboration d'approches ancrées dans la culture, contrairement à une tendance croissante et troublante qui consiste à employer la terminologie autochtone (et parfois ses cadres) tout en se contentant d'offrir les sempiternels programmes occidentaux qui n'ont jamais eu beaucoup de succès. D'aucuns font valoir que c'est l'examen consciencieux des connaissances sur la culture et de la façon dont celle-ci a été affectée par le contact soutenu entre les groupes qui permettra de concevoir des approches de la vie contemporaine ancrées dans la culture, et donc beaucoup plus susceptibles d'accroître la santé et le bien-être des Premières Nations, des Métis et des Inuits.