

Perceptions des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité concernant les effets de la
colonisation sur les familles autochtones périnatales

Anne-Lise Costeux

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de
maîtrise en sciences infirmières

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université d'Ottawa

© Anne-Lise Costeux, Ottawa, Canada, 2018

Table des matières

Acronymes des termes.....	vi
Définitions des termes.....	vii
Résumé de la thèse.....	ix
Summary of the Thesis	xi
Remerciements.....	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1- PROBLEMATIQUE	3
1.1 Mon intérêt pour ce problème	3
1.2 Présentation des données de la situation	5
1.2.1 Les autochtones	5
1.2.2 Pratiques discriminatoires et leurs effets.....	7
1.3 La sécurité culturelle pour répondre au problème	10
1.4 Cadre de référence	12
1.5 Position épistémologique	13
1.6 But et questions de recherche.....	13
CHAPITRE 2 - RECENSION DES ECRITS.....	15
2.1 Procédures de recherche documentaire.....	15
2.2 Points saillants ressortant de la recherche documentaire.....	16
2.2.1 Effets de la colonisation sur les peuples indigènes	16
<i>Profil des autochtones canadiens</i>	17
<i>La santé des autochtones</i>	20
<i>La fécondité des autochtones</i>	22
<i>Les liens entre les disparités sociales et de santé des autochtones et la colonisation...</i>	23
<i>La colonisation et la périnatalité</i>	25
2.2.2 Barrières d'accès aux soins.....	29
2.3 La sécurité culturelle	33
2.3.1 Cadres et modèles théoriques	34
2.3.2 Clarification de la terminologie	35
2.3.3 Origine, principes de base et cadre théorique	36
2.3.4 Contexte canadien	39
2.4 Perceptions et connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation	47
2.4.1 État des lieux dans la littérature.....	47
2.4.2 Critique de l'état des lieux dans la littérature	52

2.5 Résumé de ce chapitre	53
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	55
3.1 Devis de recherche	55
3.2 Population et échantillonnage	58
3.3 Milieu et recrutement.....	60
3.4 Collecte de données	63
3.5 Déroulement de l'étude.....	66
3.6 Analyse des données.....	69
3.6.1 Analyse de données quantitatives	69
3.6.2 Analyse de données qualitatives	70
3.6.3 Critères de rigueur pour les données qualitatives.....	72
3.7 Considérations éthiques	73
3.8 Résumé de ce chapitre.....	76
CHAPITRE 4 – RÉSULTATS	77
4.1 Caractéristiques des participantes.....	77
4.2 Principales catégories, thèmes et sous-thèmes identifiés dans les données.....	79
Figure 1-Principales catégories et sous-thèmes identifiés dans les données.....	80
4.3 Connaissances des participantes sur les effets de la colonisation.....	81
sur les familles autochtones	81
4.3.1 Aperçu général	81
4.3.2 Connaissances les plus exprimées	81
<i>Connaissances générales et effets de la colonisation qui affectent encore les autochtones</i>	82
<i>Connaissances pertinentes à la pratique infirmière en périnatalité</i>	86
<i>Oppression internalisée subie par les autochtones depuis la colonisation</i>	87
4.3.3 Connaissances moins souvent exprimées	88
<i>Connaissances générales et effets encore présents</i>	88
<i>Connaissances pertinentes à la pratique infirmière en périnatalité</i>	89
<i>Préjugés, stéréotypes et discrimination</i>	92
4.3.4 Manques dans les connaissances.....	93
4.3.5 Sources des connaissances.....	97
4.4 Intégration des connaissances dans la pratique infirmière	102
4.4.1 Aperçu général	102
4.4.2 Au sein des relations conflictuelles.....	103

4.4.3 Au sein de relations quasi fluide	106
4.4.4 Au sein des relations fluides.....	109
4.4.5 Résumé de cette section.....	112
4.5 Facteurs influençant l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-client	112
4.5.1 Aperçu général des connaissances et de leur intégration au sein des relations infirmière-clients	112
4.5.2 Facteurs favorisant l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients	113
4.5.3 Facteurs nuisant à l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients	116
4.5.4 Facteurs qui ne sont pas clairement associés à l'intégration des connaissances.....	118
4.6 Résumé des résultats de l'étude.....	124
CHAPITRE 5- DISCUSSION.....	126
5.1 Retour sur le cadre de référence	126
5.2 Discussion des résultats.....	128
5.2.1 Aperçu général	128
5.2.2 Niveau des connaissances et intégration des connaissances.....	129
Tableau 1 Connaissances et leur intégration	130
Figure 2-Progression de conscientisation : des connaissances à l'intégration des savoirs	132
5.2.3 Intégration des connaissances consciente ou inconsciente.....	136
5.2.4 Facteurs favorisant l'intégration des connaissances ou savoirs.....	139
5.2.5 Facteurs nuisant à l'intégration des savoirs.....	143
<i>Facteurs nuisant clairement à l'intégration des savoirs</i>	<i>143</i>
<i>Facteurs qui ne sont pas clairement associés à l'intégration des connaissances.....</i>	<i>146</i>
5.3 Proposition d'un cadre de référence.....	152
Figure 3. Proposition de cadre de référence : Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle	154
5.4 Recommandations.....	156
5.4.1 Formation infirmière.....	156
5.4.2 Pratique infirmière	157
5.4.3. Recherche infirmière.....	158
5.4.4 Pratique infirmière de niveau avancé.....	159
5.5 Forces et limites.....	161
5.5.1 Forces	161

5.5.2 Limites.....	163
5.6 Conclusion	164
Références	166
Annexe 1 Données statistiques, Santé Canada.....	178
Annexe 2 Cadre de Ramsden (2002) intitulé le ‘Processus vers l’atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et des sages-femmes’	179
Annexe 3 Répartition de la population autochtone à Winnipeg	180
Annexe 4 Taux de fécondité, Canada.....	183
Annexe 5 Comparaisons entre les populations autochtones et non-autochtones.....	184
Annexe 6 Les six compétences essentielles de l’AIIAC	185
Annexe 7 Publicités approuvées par le comité d’éthique	186
Annexe 8 Informations accessibles au public approuvées par le comité d’éthique.....	190
Annexe 9 Guide d’entrevue-formulaire anglais	194
Annexe 10 Guide d’entrevue-formulaire français.....	202
Annexe 11 Formulaire de consentement.....	214
Annexe 12 Ressources communautaire pour les participantes.....	224
Annexe 13 Certificat d’éthique	225
Annexe 14 Code d’encodage	226
Annexe 15 Résultats des données éducatives, professionnelles et culturelles	228
Annexe 16 La taxonomie de Bloom révisée	230

Acronymes des termes.

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIAC	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCS	Conseil canadien de la santé
CSS	Centre des sciences de la santé
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CRVC	Commission de vérité et de réconciliation du Canada
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
FB	Facebook
HSC	Acronyme anglais du Centre des sciences de la santé (Health Sciences Centre)
OIIM	Ordre des infirmières et infirmiers du Manitoba
ORSW	Office régionale de la santé de Winnipeg
P.N.	Premières Nations
RCAP	Royal Commission on Aboriginal Peoples
S.C.	Sécurité culturelle
WRHA	Acronyme anglais de l'Office de la santé régional de Winnipeg (Winnipeg Regional Health Authority)

Définitions des termes

Autochtone(s) :	Terme utilisé dans cette recherche pour désigner toute personne indigène résidant au Canada.
Client(e) :	Réfère à la parturiente et à sa famille.
Clients :	Réfère à tout client qui entre en contact avec une infirmière dans le système de soin.
Indigène(s)	Terme général utilisé pour désigner tout peuple colonisé lors de la colonisation dans divers pays (LaRousse, nd) dont le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Terme utilisé dans cette recherche pour désigner toute personne indigène ne résidant pas au Canada.
Infirmière :	Réfère à tout personnel infirmier quel que soit son genre ou son statut (autorisée ou auxiliaire).
Parturiente :	Réfère à toute cliente se trouvant dans la période anténatale à post natale (six semaines postpartum)
Peuples autochtones:	Terme qui regroupe les trois principaux groupes autochtones canadiens selon la catégorisation de Statistique Canada, soit les Premières Nations (P.N.), les Inuits et les Métis.
Sécurité culturelle:	Concept qui surpasse la sensibilité culturelle et la compétence culturelle. Ce concept, basé sur une définition de la culture constructiviste, permet aux infirmières de jouer un rôle actif dans le redressement des iniquités dans le système de soin. Parmi les exemples donnés par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC, 2009a et b), cela comprend reconnaître que tout individu est porteur de culture ; reconnaître ce qui est culturel et ce qui est découlant des contextes sociaux, politiques et historiques, particulièrement dans le contexte du système de santé ; de se conscientiser sur la présence de racisme, de discrimination et de préjugés dans la pratique ; de se conscientiser et de rétablir un équilibre des pouvoirs entre pourvoyeur de soin et soigné (AIIAC, 2009a et b).
Sécurisation culturelle:	L'aboutissement de la mise en pratique de la S.C. Le Conseil canadien de la santé (CCS, 2012) indique que celle-ci est un résultat défini et vécu par les receveurs de soin ; requiert que les prestataires de soin soient conscients des déséquilibres des pouvoirs présents dans le système de soin, de la discrimination institutionnelle et qu'ils apportent des changements pour y remédier ; exige une réflexion personnelle

de chacun sur sa propre culture et ses attitudes, croyances et préjugés.

Résumé de la thèse

Situation : Dans le contexte de la périnatalité au Manitoba, les clientes autochtones ont tendance à avoir plus de naissances prématurées, à faire moins de suivis prénataux et vivent plus de stress que les clientes non autochtones. La colonisation et ses effets sur les peuples autochtones jouent un rôle important dans cette réalité. La sécurité culturelle est un processus de la part infirmière qui encourage une conscientisation culturelle optimale en prenant compte le contexte historique et politico-socioéconomique de sa cliente dans le but d'améliorer les relations infirmière-clients. Le but de cette recherche est de décrire les perceptions des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité sur les effets de la colonisation et comment elles intègrent ces connaissances dans leur relation infirmière-client.

Méthodologie : Une étude descriptive qualitative a été faite par l'entremise d'une analyse de contenu qualitatif dans un contexte théorique de sécurité culturelle et de constructionisme social. Six entrevues semi-structurées avec des infirmières œuvrant ou ayant œuvré en périnatalité récemment ont eu lieu.

Résultats : Des six participantes, cinq démontrent avoir des connaissances moyennes à fortes. Plus les participantes démontrent être capables de faire des liens entre leurs connaissances et leur pratique infirmière, plus elles sont capables de démontrer comment elles intègrent leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients. Les facteurs qui favorisent l'intégration de leurs connaissances sont l'intérêt que porte la participante sur les effets de la colonisation, l'expérience clinique et la maturité des participantes alors que les facteurs qui nuisent directement à cette intégration sont le manque de temps et la culture de l'unité. Trois facteurs nuisent indirectement à cette intégration : le contexte de travail complexe, le manque de compréhension des concepts de soins équitables et égaux et le manque d'autoréflexion.

Discussion : Les résultats ont permis de regarder de plus près au concept de la sécurité culturelle comme un processus entrepris par l'infirmière pour aboutir à la sécurisation culturelle du client. Un début de cadre de référence est proposé qui décortique le concept de la sécurité culturelle comme étant une progression à trois étapes soit le processus entrepris par l'infirmière, la relation infirmière-client et la sécurisation culturelle du client. Les résultats de cette recherche ont permis de proposer une progression d'apprentissage basée sur la taxonomie révisée de Bloom afin d'aller de connaissances sur les effets de la colonisation à intégration de ces connaissances au sein relations infirmière-clients.

Summary of the Thesis

Background: In the Manitoban perinatal context, Indigenous clients tend to have a higher rate of preterm labor, a lower rate of prenatal care and a higher level of stress than in non-Indigenous clients. Colonization has and continues to play an important role in the health situation of Indigenous clients. Cultural safety is a process undertaken by the nurse in order to attain optimal cultural awareness by taking into account the client's historical and politico-socioeconomic context with the purpose of improving nurse-client relationships. The purpose of this research is to describe the perceptions of Manitoba perinatal nurses about the effects of colonization and how they integrate this knowledge into their nurse-client relationship.

Methodology: A descriptive qualitative study was conducted through a qualitative content analysis based on the theoretical context of cultural safety and social constructionism. Six perinatal nurses were interviewed by using a semi structured interview guide.

Results: Five out of six participants had a moderate to extensive amount of knowledge regarding the effects of colonisation. The more the participants demonstrated the ability to relate their general knowledge about the effects of colonization into their work practices, the better they were able to verbalize how they integrated their knowledge into their nurse-client relationship. The interest in the subject, the clinical experience and the maturity of the participants were factors found to promote the integration of knowledge into the nurse-client relationship whereas the lack of time and the culture of the unit were factors identified as directly hindering such knowledge integration. Three factors were identified as indirectly hindering the integration of knowledge: a complex work context, understanding the difference between equitable and equal care, and the nurses' lack of self-reflection.

Discussion: These results have permitted a more critical look at how cultural safety is a process undertaken by the nurse that leads to the client's cultural securitization. A three step cultural safety progression framework is proposed in which the first step represents the process the nurse must undertake, the second being the nurse-client relationship and the

third being the client cultural securitization. The findings from this study have permitted to advance a learning progression process based on the revised Bloom taxonomy in which knowledge about the effects of colonisation are transformed into knowledge integration within the nurse-client relationship.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas vu le jour si ce n'est pour Dre Viola Polomeno qui a su tout au long de ce voyage académique me guider, m'écouter et m'encourager. Sa persévérance, sa patience et son expertise ont été la lumière qui a permis de façonner un chemin logique parmi une forêt de données inter-reliées et embrouillées. Du fond du cœur, merci pour tout.

Je voudrais remercier aussi Dre Jocelyne Tourigny et Dre Nathalie Piquemal, membres de mon comité de thèse qui ont patiemment attendues de mes nouvelles, et qui ont, grâce à leur rétroaction, su me guider jusqu'ici. Je tiens à remercier Dolorès Gosselin, grand-maman Métis, qui a lu et partagé ses pensées sur ce travail afin de me guider sur le bon chemin.

Je tiens à remercier toutes les personnes et institutions qui m'ont appuyé dans mon acheminement académique et ma croissance professionnelle. Tout d'abord, à mes enfants qui ont réussi à s'adapter à une nouvelle vie avec une maman moins présente et plus stressée et qui m'ont continuellement encouragé malgré tout. Ensuite, à mes parents, particulièrement ma mère et mon frère, qui se sont déplacés de loin et pour de longues périodes de temps dans l'espoir de me soutenir, à mes sœurs de cœur, Ann-Katherine Green et Blandine Kapita, qui ont su m'encourager dans les moments difficiles et à Jacqueline Avanthay, ma troisième sœur de cœur, qui a été essentielle au recrutement de mes participantes et avec qui j'ai pu discuter à voix haute tout au long du chemin afin de mettre de l'ordre dans les idées. Enfin, je tiens à remercier l'Université de Saint Boniface qui a accommodé autant que possible mes horaires pour que je puisse entreprendre ce projet et l'Université d'Ottawa qui m'a permis de faire ce travail en français à longue distance.

Un remerciement particulier et chaleureux aux infirmières qui se sont portées volontaires pour répondre à mes questions et qui ont si ouvertement partagé leurs pensées avec moi.

INTRODUCTION

Afin d'améliorer la qualité de soins offerts aux familles autochtones et d'abaisser la discrimination et les conflits culturels, les principes de base d'un concept, la sécurité culturelle (S.C.), sont intégrés de plus en plus dans les exigences des ordres infirmiers, dans les curriculums de programmes de sciences infirmières et au sein d'initiatives pour favoriser la santé des autochtones à travers le Canada. Un des principes de base de la S.C. est la compréhension des effets passés et encore présents de la colonisation sur les familles autochtones.

Cette étude descriptive qualitative a pour but de décrire les perceptions des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité sur les effets de la colonisation sur les familles autochtones. Dans un premier temps, je vais décrire la problématique de la situation afin de situer le lecteur. Mon deuxième chapitre décrit mon processus de recension des écrits, clarifie certains termes utilisés dans cette étude et discute des effets de la colonisation sur les peuples autochtones dans un contexte de santé. Ceci va permettre de comprendre l'importance de l'intégration de la S.C. dans le système de soin et de l'importance pour les infirmières œuvrant en périnatalité d'être conscientes des effets de la colonisation sur les familles autochtones. Mon troisième chapitre se concentre sur la méthodologie utilisée pour mener à bien ma recherche comme le devis de recherche, les détails sur la population et l'échantillonnage, le milieu et le recrutement, la collecte de données, le déroulement de l'étude, l'analyse de données et les considérations éthiques. Mon quatrième chapitre rassemble les résultats de ma collecte de données et présente les connaissances des participantes sur les effets de la colonisation, leur intégration au sein des relations infirmière-clients et les facteurs qui favorisent et défavorisent l'intégration des connaissances des infirmières au sein de leur relations infirmière-client. Mon dernier chapitre discute des résultats présentés au chapitre quatre, et, à travers du cadre de Ramsden (2002) 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle des sages-femmes,' un autre cadre de référence prend forme et sera

expliqué. Suite à cette présentation, des recommandations au niveau de la formation infirmière, de la pratique infirmière, de la recherche infirmière et la pratique infirmière de soins avancés sont présentés.

CHAPITRE 1- PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre, je vais établir la problématique de ma thèse, soit expliquer la motivation et l'état des lieux qui m'ont poussé à élaborer mes questions de recherche et le cadre conceptuel pertinent aux questions de recherche. Je vais commencer par présenter mon intérêt pour ce problème, suivi d'une présentation des données de la situation. Je vais ensuite présenter le concept de la sécurité culturelle (S.C.) et montrer comment ce concept peut adresser la situation. J'arriverai alors à mon cadre de référence et à l'élaboration de mon but et de mes questions de recherche.

1.1 Mon intérêt pour ce problème

Avant de commencer ma carrière dans l'enseignement en sciences infirmières, j'ai travaillé au Centre des sciences de la santé (HSC, acronyme anglais pour le Health Sciences Centre) en tant qu'infirmière volante à l'Hôpital des femmes. Le HSC est un centre qui dessert une grande partie des autochtones urbains et vivant dans des réserves au Manitoba, une partie de l'Ontario et de Nunavut (HSC, 2015). Je fus en contact régulier avec des autochtones de diverses souches. Durant ma pratique, je ne me suis pas rendue compte de présence de pratiques discriminatoires ou racistes. Or, une fois que j'entamai des études supérieures et que je m'intégrai de plus en plus dans un contexte professionnel académique, je découvris les concepts de 'privilège blanc', de 'justice sociale' et de 'sécurité culturelle' (S.C.). C'est alors que j'ai réalisé que moi-même et d'autres collègues avons, bien souvent inconsciemment, perpétué le privilège blanc, agi de manière discriminatoire voire même raciste envers nos patients. Je décidai alors de concentrer mes études supérieures sur la S.C.

Afin d'illustrer à quoi des pratiques discriminatoires peuvent ressembler, je vais utiliser une partie d'un article de Macdonald de janvier 2015, journaliste pour le magazine Macleans's, décrivant l'expérience vécue de personnes autochtones avec le système de soin. Macdonald fait référence à deux exemples de pratique discriminatoire. Le premier est

le cas de Brian Sinclair, décédé dans la salle des urgences sans n'avoir jamais été examiné à cause de présuppositions qu'il n'était là que pour rester au chaud et cuver. Le deuxième illustre comment des clients autochtones sont jugés par les prestataires de soin comme étant violents et alcooliques à cause de leur ethnicité et de leur symptôme principal, blessure causée par un objet tranchant (Macdonald, 2015). Ces préjugés ont donné suite à des commentaires blessants comme «Have we been drinking and fighting again ?» (Macdonald, 2015, p. 12), et un manque de questionnement de la part des infirmières sur la raison pour laquelle Monsieur Sinclair était encore dans la salle d'attente en train de vomir sans pour autant vérifier qu'il fasse partie de la liste des patients à être examinés. Il semblerait que les infirmières ont pris pour acquis certains faits basés sur leur expérience passée sans chercher à vérifier leur véracité, et, basés sur ces fausses réalités, ont fait des commentaires inappropriés ou n'ont pas cherché à mieux comprendre la situation. La manière avec laquelle la collecte de données fut faite ainsi que la priorité des soins établie et exécutée a été teintée par ce qui est devenu normal dans leur vie de tous les jours ; les présomptions et les stéréotypes ont pris le dessus sur une donnée de collecte objective. Ces préjugés, inconscients ou non, de la part des infirmières, altèrent la perception de la réalité et ont amené à des pratiques discriminatoires.

«Il est de plus en plus reconnu qu'afin d'améliorer la santé des peuples des Premières Nations, Inuits et Métis, le système de santé canadien classique doit offrir des soins culturellement sécuritaires» (Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ad lib trad., p. ii, 2009). La sécurité culturelle est atteinte lorsque les prestataires s'engagent dans une pratique de soins culturellement compétente qui vise à dépourvoir le milieu de soins de pratiques discriminatoires, de racisme et de stéréotypes et qui laisse place à la dignité, le respect et l'empathie (Conseil canadien de la santé (CCS), 2012). Pour atteindre une pratique culturellement sécuritaire, les prestataires de soin doivent acquérir une compréhension et entamer une réflexion sur l'après colonialisme dans le but de comprendre l'origine des

disparités et des iniquités de santé parmi les autochtones (Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (AIIAC), 2009 a et b).

Entre janvier et mai 2013, j'entrepris un projet clinique dans le cadre du cours *Soins infirmiers de niveau avancé en milieu de soins tertiaires* dans lequel je cherchai à comprendre les besoins d'apprentissage des infirmières œuvrant en périnatalité à propos de la S.C. Les résultats de ce projet ont démontré que les infirmières avaient une conscientisation générale des effets de l'histoire sur les peuples autochtones et étaient conscientes de l'influence que les médias et la famille pouvaient avoir sur leurs perceptions. Cependant, le niveau de conscientisation des infirmières baissait considérablement lorsqu'on leur demandait de faire des liens spécifiques entre la colonisation et les répercussions encore présentes et pertinentes à leur pratique. Quelques exemples sont les effets de la colonisation sur le choix d'allaiter, sur la perception de l'hôpital comme une institution incarnant le système canadien et les écoles résidentielles, et l'impact de l'oppression internalisée. Or, aucunes recherches ne se sont penchées sur les liens entre les connaissances des infirmières de l'histoire coloniale et de ses conséquences ainsi que des effets que ces connaissances ont sur les relations client-infirmières dans le contexte des soins infirmiers en périnatalité.

1.2 Présentation des données de la situation

Pour cerner la situation, je vais, dans un premier temps, décrire qui sont les autochtones et leur contexte de santé. En deuxième lieu, je vais illustrer la présence de pratiques discriminatoires dans le système de santé à Winnipeg et décrire leurs effets. Troisièmement, j'expliquerai où en est l'intégration de la S.C. au Manitoba.

1.2.1 Les autochtones

Les autochtones représentent une partie importante de la population manitobaine que ce soit en campagne ou en milieu urbain.

Au recensement de 2011, 4,3% de la population canadienne s'est identifiée comme autochtone dont 14% vivent au Manitoba, ce qui représente presque un cinquième (17%) de la population manitobaine (Statistique Canada, 2013a). À Winnipeg, 11% de la population s'identifie comme autochtone (Statistics Canada, 2015b)

Les autochtones canadiens comprennent trois groupes reconnus comme étant les premiers peuples d'Amérique du Nord au Canada. Ces trois groupes sont les Premières Nations (P.N.), les Inuits et les Métis (Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC), 2015). La majorité des autochtones au Canada sont des P.N. (60.8%), suivis des Métis (32,3%) et les Inuits en représentent 4,2% (Statistique Canada, 2013a). La représentation autochtone au Manitoba est proche avec 58,3% de P.N. et 40,2% de Métis (Statistics Canada, 2015a). À Winnipeg, la capitale du Manitoba, les proportions sont inversées par rapport à la province du Manitoba, 41% sont des autochtones sont P.N. tandis que 57% sont Métis (Statistics Canada, 2015b). Il est reconnu que Winnipeg est l'agglomération canadienne regroupant le plus grand nombre de Métis au Canada (Statistique Canada, 2013a).

Les autochtones jouissent d'une moins bonne santé et d'une espérance de vie plus courte que les non-autochtones (Morency, Caron-Malenfant, Coulombe, et Langlois, 2015; Statistique Canada, 2013a). En effet, d'après les données du recensement de 2011, l'espérance de vie des non-autochtones est de 82 ans tandis que celle des autochtones est seulement de 76 ans. Même si les prévisions indiquent une baisse de différence de l'espérance de vie d'ici à l'an 2035, il est prévu une différence de trois années en faveur des non-autochtones (Morency et al., 2015). De plus, le profil d'indicateur de la santé publié par Statistique Canada (2013b) montre que les autochtones canadiens souffrent plus de conditions chroniques telles que l'asthme, l'arthrite et le diabète, que les non-autochtones. Cette tendance est vraie aussi pour les P.N. et les Métis résidant au Manitoba comparée aux non-autochtones manitobains (voir Annexe 1).

Il existe aussi des inégalités ethniques au niveau de la santé périnatale bien que celles-ci soient difficiles à démontrer à cause du manque de normalisation sur les comparaisons interprovinciales (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2008). Il existe cependant un consensus pour dire que les taux de mortalité infantile autochtone sont sous-estimés et que ceux-ci sont supérieurs aux taux de mortalité infantiles non-autochtones (ASPC, 2008). On note aussi une baisse d'initiation de l'allaitement chez les Autochtones par rapport aux non-autochtones, particulièrement au Manitoba où 74% des Premières Nations et 78% des Métis initient l'allaitement contre 89% des non-autochtones voir (Annexe 1) (Statistique Canada, 2013b).

1.2.2 Pratiques discriminatoires et leurs effets

Plusieurs recherches canadiennes démontrent l'existence non seulement de pratiques discriminatoires de la part du personnel de la santé, dont les infirmières, envers les autochtones, mais aussi que ces pratiques discriminatoires sont ancrées dans un système de santé qui lui-même les perpétue de par ses origines et d'un manque de conscientisation de continuité de privilège blanc et de colonialisme (Brascoupé et Waters, 2009; Browne, 2007; Browne et Fiske, 2001; Hole, et al., 2015; Kurtz, Nyberg, Van Den Tillaart, Mills, et The Okanagan Urban Aboriginal Health Research. 2008).

Un exemple de cet effet gouvernemental sur les peuples autochtones est le fait que bien qu'ouvert à l'immigration et à promouvoir la conservation de l'identité de ses immigrants à travers un système multiculturel qui met en valeur leur différence, le Canada met aussi l'accent sur un universalisme qui applique une certaine cécité sur les différences et cherche à traiter tout le monde de manière égalitaire et identique (Brascoupé et Waters, 2009). Ceci entraîne, alors, une cécité culturelle où tout le monde est traité de manière juste et égale selon la perspective et les normes de la classe dominante. Le White Paper de 1969 est un exemple où le gouvernement, sans demander l'avis des autochtones, décida que pour obtenir un statut économique et social égale aux non-autochtones, ceux-ci devaient être traités comme tout le monde et que l'acte Indien (Indian Act) devait être aboli (University of

British Columbia, 2009). L'abolition de cet acte aurait été équivalente pour les autochtones à l'élimination d'une culture fragile, unique et distincte (Patrick, 1983). Le colonialisme continue de nos jours tant que les prises de décision sont faites par la classe dominante, selon leurs perspectives, et non en collaboration avec les autochtones (Brascoupé et Waters, 2009; Patrick, 1983) et que des soins égaux sont administrés sans pour autant être équitables car ils ne répondent pas aux besoins des autochtones (Kurtz et al., 2008). Brascoupé et Waters (2009) avancent qu'appliquer le multiculturalisme et l'universalisme ensemble ne répond pas nécessairement aux besoins des autochtones parce que ces deux concepts vont à l'encontre de l'un et de l'autre.

Les préjugés, stéréotypes et pratiques discriminatoires existant sont de plus en plus liés aux pauvres indicateurs de santé qui touchent des groupes marginaux tels les autochtones. Ce sont des barrières qui, entre autres, empêchent les personnes marginalisées à vouloir accéder aux soins, à pouvoir y accéder et à la qualité des soins qu'ils y reçoivent (CCS, 2012; Kurtz, et al., 2008; Pauly (Bernie), McCall, Browne, Ma et Molisson, 2015; Smye et Browne, 2002; Walker, St Pier-Hansen, Cromarty, Kelly, et Minty, 2010). Par exemple, Smith, Edwards, Varcoe, Martens, et Davies (2006) expliquent que le pauvre accès aux soins prénataux en Colombie Britannique chez les familles autochtones est relié aux valeurs, attitudes et pratiques coloniales et néocoloniales vivantes dans le système de santé. Les conséquences sont que les femmes autochtones et leurs familles ne se sentent pas en sécurité dans un tel système et donc ont tendance à ne pas accéder aux ressources du système de santé offertes. À Winnipeg, la pauvre utilisation de services des soins prénataux de la part des autochtones est reconnue comme étant complexe et multidimensionnelle. Heaman et al. (2014) proposent que les effets de la colonisation jouent un rôle dans le choix de ces parturientes résidant à Winnipeg.

Les préjugés et pratiques discriminatoires sont autant reliés à un système de soin qui perpétuent la colonisation que par les interactions soignant-soignés (Polaschek, 1998). Une grande partie des recherches démontrant la présence de politiques et de pratiques

discriminatoires individuelle et organisationnelle dans le système de santé est faite en Colombie Britannique (Browne, 2007 ; Browne et Fisk, 2001 ; Hole et al., 2015 ; Kurtz et al., 2008). D'un côté, ceci démontre que ce problème n'est pas isolé au Manitoba mais existe probablement partout au Canada. De l'autre, il met en question le manque de conscientisation de la part des prestataires de soins manitobains de cette présence discriminatoire individuelle et organisationnelle.

Une recherche avec les mots clés «Manitoba, aboriginal, health» sur Medline indique que le Manitoba est conscient des effets de la colonisation à plusieurs niveaux organisationnels. En effet, les recherches récentes manitobaines cherchent à décoloniser les méthodologies et à mieux comprendre les perceptions, les croyances et les valeurs autochtones à propos de leur santé et comment les intégrer avec la médecine de l'ouest (Bartlett, Iwasaki, Gottlieb, Hall, et Mannell, 2007; Chatwood, et al., 2015; Medved, Brockeimer, Morach, et Chartier-Courchene, 2013). D'autres explorent le concept de résilience parmi différentes communautés Cree (Isaak et al., 2015). En 2011, l'Office régionale de la santé (ORSW) en collaboration avec les Premières Nations (P.N.), les Inuits et les Métis, a mis en place un «cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles» ayant des effets sur la recherche, les politiques et la formation des professionnels de la santé» (CCS, 2012, p.13).

Une certaine conscientisation au niveau organisationnel est donc présente au Manitoba sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones mais pas au niveau individuel. Des recherches provenant de la Colombie Britannique ont étudié les relations soignant-soignés, dont les relations infirmière-clients, et ont découvert la présence de préjugés et de pratiques discriminatoires pouvant être reliées à un manque de conscientisation des effets de la colonisation sur les peuples autochtones (Browne, 2007; Browne et Fiske, 2001; Hole et al., 2015). Dans le contexte de la périnatalité, et particulièrement sur les unités de naissances dans les hôpitaux, le niveau de confiance entre l'infirmière et la patiente est primordial. La satisfaction de la parturiente repose sur la

relation de confiance qu'elle a avec l'infirmière ou la sage-femme qui l'accompagne durant le travail et l'accouchement (Cornally, Butler, Murphy, Rath, et Canty, 2014). Or, cette confiance peut difficilement se créer si les clientes se sentent préjugées ou discriminées. En devenant conscientes de leurs préjugés et de la manière que ceux-ci affectent leur pratique, Ramsden (1990, 2002) théorise que les infirmières pourraient aider à renverser ces sentiments d'aliénation et d'intimidation en appliquant une pratique culturellement sécuritaire.

1.3 La sécurité culturelle pour répondre au problème

En sciences infirmières, Leininger et Purnell ont élaboré des modèles pour équiper les infirmières à prendre soin de clients provenant d'autres cultures (Leininger, 1988; Purnell, 2002). Cependant, ces théories ou modèles incitent les infirmières à regarder la culture de l'autre à partir du point de vue de l'infirmière et ne prennent pas en compte les biais et préjugés conscients et inconscients que l'infirmière apporte dans une interaction infirmière-client (Polaschek, 1998). De plus, ces modèles ne sont pas adaptés aux besoins des autochtones car ils ont été créés pour des immigrants (Birch, Ruttan, Muth, et Baydala, 2009)

La S.C. est un concept né en Nouvelle-Zélande qui veut aboutir à une fin de pratique raciste, préjugée et discriminatoire (CCS, 2012). Elle est à la fois un processus et une fin en soi (Polaschek, 1998). Le processus inclut toutes les interventions que l'infirmière exécute pour créer et maintenir cet espace de sécurité. La fin en soi est que le client marginalisé par rapport à la classe dominante se sente à l'aise et en sécurité dans le système de santé. L'emphase est que pour arriver au résultat, l'infirmière est centrale au changement de par sa prise de conscience (Ramsden, 2001). Ramsden a élaboré un cadre intitulé 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sages-femmes' (Processus toward Achieving Cultural Safety in Nursing and Midwifery practice, ad lib trad.) (voir Annexe 2) à partir duquel elle a créé un curriculum pour les institutions de formation en

sciences infirmières. Le 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sages-femmes' comprend deux marches avant d'arriver à la S.C. qui sont la conscientisation culturelle et la sensibilisation culturelle. La première marche comprend les connaissances des infirmières qui doivent s'élargir pour inclure des connaissances sur le contexte historique qui affecte les clients et la sensibilisation culturelle inclut une démarche de la part de l'infirmière pour mieux se connaître afin de devenir consciente de préjugés dans sa pratique et autour d'elle (Ramsden, 2002). Ainsi, les thèmes inclus dans ce curriculum, entre autres, sont le racisme individuel et institutionnel, les attitudes, l'auto-réflexion sur sa culture, le processus de la colonisation, l'urbanisation, les causes de violence et la pauvreté (Ramsden, 1993).

Comme vu dans la partie précédente, l'environnement et le système de santé dans lequel pratiquent les infirmières facilitent certaines pratiques discriminatoires, cependant, l'infirmière en tant qu'individu est aussi responsable. Browne (2007), selon le concept de la S.C., encourage, alors, de cultiver une conscience critique et de faire des liens entre l'histoire et le présent pour contrer les stéréotypes socio-culturels. Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada ont créé un cadre pédagogique de compétences culturelles qui inclut la S.C. (AIIIC, 2009 a et b) pour justement favoriser cette prise de conscience. Ainsi, la S.C. est de plus en plus intégrée dans les curriculums de programmes de formation de sciences infirmières et figure dans les attentes de compétences d'entrée en pratiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Manitoba (OIIM, 2013).

Cependant, que savons-nous de la conscientisation individuelle de la part des infirmières sur les effets de l'histoire, principalement la colonisation, sur les peuples autochtones ? D'après mon projet clinique portant sur les infirmières œuvrant en périnatalité mentionné plus tôt, il y avait un manque de conscientisation sur des conséquences spécifiques de la colonisation comme le choix d'allaiter. Les questions se posent. S'agit-il d'un manque de connaissances ? D'un manque de réflexion critique ? D'un manque d'intérêt

? Ou encore d'un effet de cécité culturelle organisationnelle qui est plus fort que la réflexion critique personnelle ?

1.4 Cadre de référence

Le cadre de référence est un regroupement de concepts ou de théories, qui, agencés ensemble, tentent d'expliquer ou de prédire un phénomène (Fortin et Gagnon, 2016). Ici, le cadre de référence repose sur la relation entre la S.C. et la relation infirmière-client. Il est attendu que la sécurisation culturelle du milieu de santé puisse améliorer les relations infirmière-clients. Cette étude regardera particulièrement à un aspect de la S.C., soit les connaissances des effets de la colonisation, et les conséquences que celles-ci ou le manque de celles-ci peuvent avoir dans les relations infirmière-client, spécifiquement dans le domaine de la périnatalité. Cet aspect de la S.C. appartient à la première marche (voir Annexe 2) du cadre 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sages-femmes' de Ramsden (2002), élaboré à l'intention des étudiantes infirmières, intitulée la conscientisation culturelle. Celle-ci comprend des connaissances culturelles, une conscientisation des rites des clients qui peuvent être différentes de ceux des étudiantes en plus de connaissances des contextes socioéconomiques, politiques, et émotionnels du patient.

Le cadre éducatif de Ramsden est en anglais et le terme 'knowledge' est traduit ici par 'connaissances'. Or, il est important de noter qu'en français deux termes existent, connaissances et savoirs. Chacun a sa propre définition et il existe une relation entre les deux. En effet, se basant sur les travaux du philosophe Gonsseth, Conne (1992) différencie les connaissances comme étant des morceaux d'information qu'une personne a, dont le rôle, une fois reconnus au sein d'une situation devient alors un savoir. Aumont (1992) différencie les connaissances comme étant extérieures à la personne tandis que le savoir est un ensemble de connaissances que la personne s'est appropriées et qui fait partie de soi. Or, cette étude examine l'intégration des connaissances au sujet des effets de la

colonisation au sein des relations infirmière-clients, c'est-à-dire à la transformation des connaissances en savoir.

1.5 Position épistémologique

De par la nature du concept de la S.C. qui est née de la théorie éducationnelle émancipatoire, de la théorie critique, féministe et néocolonialiste (Ramsden, 2000), l'épistémologie de cette étude s'inscrit dans le postcolonialisme mais avec une composante de constructionisme social. Ce dernier est utile dans le sens qu'il cherche à expliquer le processus par lequel les gens se décrivent et expliquent le monde dans lequel ils vivent (Gergen, 1985). Il est donc une approche intéressante pour expliquer comment les infirmières œuvrant en périnatalité décrivent leurs perceptions et intègrent leurs connaissances. De plus, un des dangers des théories critique et néocolonialiste est de former une dichotomie de colonisateur et colonisé, de créer des catégories distinctes entre les deux et ce faisant de trop généraliser et ignorer les particularités propres à chacun qui les définissent. En effet, la catégorisation peut renforcer le concept encore plus en le nommant (Anderson, 2004). Le constructionisme social met l'emphasis sur le fait que toute connaissance est locale et fluide, négociée entre des personnes dans un cadre contextuel et temporel (Raskin, 2002). Il permet donc d'éviter toute dichotomie et de généralisation et incite à se pencher sur la particularité de chaque situation en prenant en considération le lieu, le temps et le contexte. De ce fait, le constructionisme social informera cette étude en plus du postcolonialisme.

1.6 But et questions de recherche

Le but de cette recherche est de décrire les perceptions des infirmières œuvrant en périnatalité sur les effets de la colonisation et comment elles intègrent ces connaissances dans leur relation infirmière-client. J'espère, en cherchant à déterminer le niveau des connaissances des infirmières sur le sujet et comment ces connaissances sont intégrées

dans les relations infirmière-client, que les infirmières pourront aussi identifier des facteurs qui favorisent et défavorisent leur intégration dans leur pratique.

Les quatre questions de recherche suivantes ont été élaborées pour répondre au but de la recherche :

1) Quelles sont les connaissances des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité par rapport aux effets de la colonisation sur les familles autochtones périnatales?

2) Comment est-ce que ces infirmières intègrent leurs connaissances dans la relation infirmière-client?

3) Quels sont les facteurs personnels, professionnels et contextuels qui favorisent l'intégration des connaissances des infirmières dans la relation infirmière-client?

4) Quels sont les facteurs personnels, professionnels et contextuels qui nuisent à l'intégration de ces connaissances dans la relation infirmière-client?

CHAPITRE 2 - RECENSION DES ECRITS

Ce chapitre a pour but d'établir l'état des connaissances reliées au but de la recherche. Pour ce faire, il commencera par une explication des procédures suivies lors de la collecte d'informations. Dans un deuxième temps, les points saillants qui ressortent de cette collecte d'informations et qui permettent d'éclaircir le contexte seront résumés. Cette deuxième partie sera divisée en deux soit une mise en contexte de la situation au Canada incluant quelques comparaisons d'autres pays qui ont vécu la colonisation, et les différents modèles proposés dans la littérature pour y faire face. Troisièmement, le cadre conceptuel de cette étude de recherche, la sécurité culturelle, sera expliqué. Une fois les principes de base du cadre conceptuel seront établis, il sera alors possible de regarder spécifiquement aux connaissances reliées à la question de recherche, soit les perceptions et les connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation sur les familles autochtones, et de faire une mise en contexte de l'état des connaissances relié à ce sujet à l'étranger, au Canada puis au Manitoba.

2.1 Procédures de recherche documentaire

Une recherche sur les banques de données Medline, CINAHL, Native Health data base et SCOPUS avec les mots clés «Nurs* knowledge colonisation [aboriginal OR indigenous]» a donné un total de 54 articles qui sont liés à la question de recherche. Le mot «perception» a aussi été utilisé à la place de «knowledge» dans une recherche séparée sur les mêmes banques de données mais n'a pas apporté de nouvelles données pertinentes à ce projet de recherche. Après avoir enlevé les articles en double, il en restait 31. De ces 31 articles, deux ont été enlevés comme n'étant pas pertinents à ce projet de recherche, 27 des 31 articles ont un lien contextuel avec cette recherche et seront utilisés dans ce chapitre ou dans celui de la discussion et les quatre derniers ont un lien direct avec la question de recherche et seront discutés lors de la dernière partie de ce chapitre.

Plusieurs articles et données utilisés dans cette partie ont été collectés à travers mes lectures et mes recherches dans les banques de données de Medline, CINAHL et Google scholar et sur différents sites web reliés à la santé des autochtones comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtone canadienne datant de 2012 à maintenant sur les autochtones canadiens, sur le sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones, sur le concept de la S.C. et sur l'intégration de ce dernier dans les écoles de sciences infirmières.

2.2 Points saillants ressortant de la recherche documentaire

Le but de cette partie est de décrire les points saillants présents dans la littérature en 2017. Les articles ressortant de la recherche des banques de données apportent des données internationales, relatifs aux effets de la colonisation sur la santé des peuples indigènes, particulièrement l'effet de traumatisme générationnel, démontrant un manque de sécurité culturelle au sein des différents systèmes de santé. Ils se préoccupent surtout de l'amélioration des pratiques de soin afin de combler les manques et de comment y arriver. La première partie résume les effets de la colonisation sur les peuples indigènes et fait des parallèles entre le Canada et d'autres pays qui ont connu la colonisation comme la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis. La deuxième partie discute des différentes barrières d'accès aux soins comme le manque de confiance qu'éprouvent les autochtones envers le système de soins de santé canadien.

2.2.1 Effets de la colonisation sur les peuples indigènes

La colonisation est un processus qui a touché grand nombre de pays dont le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. La venue des colons a marqué les peuples indigènes de manière irrévocable. Les colons sont venus avec l'esprit de s'emparer des nouvelles terres déjà habitées et d'acculturer les peuples présents dans leur propre culture. Ceci a été fait de différentes manières mais a souvent donné naissance à des traités entre les peuples indigènes et les nouveaux arrivants, des relocalisations de

peuples entiers pour le bien-être de nouveaux arrivants, des séparations forcées d'enfants de leur famille dans des écoles résidentielles ou par le système du bien-être de l'enfant et a eu pour résultat l'assujettissement de ces peuples (Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC), 2014; Moffitt, 2004; Struthers et Lowe, 2003; Wasekeesikaw, 2014). Beaucoup de parallèles peuvent être tirés entre le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Dans un premier temps, un profil des autochtones sera dressé. Ce profil passe en revue l'aspect démographique des autochtones et leur santé, générale d'abord puis spécifique à la périnatalité. Chaque aspect sera accompagné d'une comparaison de caractéristiques communes qu'ils partagent avec d'autres groupes indigènes. Dans un deuxième temps, des liens avec la colonisation seront soulignés afin de mieux comprendre le contexte de ces caractéristiques. Enfin, une caractéristique en particulier sera abordée, celle de la perception des indigènes par rapport à leur système de santé respectif dans un contexte de colonisation.

Profil des autochtones canadiens. Au recensement de 2011, 4,3% de la population canadienne s'est identifiée comme étant autochtone. Ce taux est en hausse constante depuis le recensement de 1996 où les autochtones représentaient 2,8% de la population canadienne (Statistique Canada, 2013a). Cette croissance peut être expliquée par plusieurs facteurs comme des différences dans la collecte de données et de méthodologie de recherche entre 1996 et 2011, et des changements législatifs en 1985 et 2011 qui ont eu des conséquences au niveau de l'identité autochtone et de statut d'Indien inscrit (Statistique Canada, 2013a). Cependant, Caron Malenfant et Morency (2013) attribuent «l'accroissement rapide des populations inuites et indiennes de l'Amérique du Nord [...] en grande partie [à] une fécondité largement supérieure à celle du reste de la population» (p.1), et à une mobilité ethnique chez les métis qui a presque doublé leur nombre de 1996 à 2006. La mobilité ethnique fait référence au fait que des personnes changent leur appartenance à un groupe ethnique au cours de leur vie (Morency et al., 2015). Les changements de loi qui affectent la possibilité de s'inscrire sont nommés comme

étant un des facteurs qui favorisent cette mobilité ethnique (Morency et al., 2015). Ainsi, le nombre de Métis a fortement augmenté entre 1996 et 2006 et affecte principalement les Indiens non-inscrits depuis 2006 (Morency et al., 2015).

Les indigènes ont tous vécu une forte baisse de leur population depuis la colonisation. D'après les derniers recensements de chacun de ces pays, les indigènes représentent 0.9% de la population américaine (National Congress of American Indians, 2010) et 3% des australiens s'identifient comme indigènes (Australian Bureau of Statistics, 2013). Bien que 17,5% des Nouveaux-Zélandais appartiennent à un groupe indigène, les Maori, et sembleraient ne pas avoir été aussi fortement décimés par la colonisation que les autres groupes indigènes, ils ont aussi connu une forte baisse de leur population qui est maintenant croissante (Statistics New Zealand, 2013).

Historiquement, les autochtones ont résidé dans leur réserve et avaient peu de contact avec le reste des populations canadiennes. Ce n'est plus le cas. Les autochtones sont maintenant très mobiles et migrent vers des milieux urbains, particulièrement les femmes (Royal commission on Aboriginal peoples (RCAP), 1996). Par exemple, d'après les chiffres bruts de l'enquête sur les ménages de Statistique Canada (2013a), 92,6% des P.N., au Manitoba, qui ont le statut d'Indien inscrits, 57,9% vivent dans les réserves et 42,1% vivent hors réserves. Cependant, les migrants et migrantes autochtones font face à de nombreuses difficultés quant à leur intégration en milieu urbain tels le racisme dans la vie de tous les jours, le manque de services en santé pertinents à leurs besoins et le manque de S.C. dans le système de soin (Place, 2012). Les indigènes en Australie et en Nouvelle-Zélande ont aussi tendance à devenir de plus en plus urbains et à quitter les réserves (Australian Bureau of Statistics, 2013 ; Carli, 2013).

Au Manitoba les autochtones représentent 16,7% de la population manitobaine (Statistique Canada, 2013a). Morency et al. (2015) estiment que proportionnellement à la population totale de chaque province, le Manitoba sera une des deux provinces dans

lesquelles les autochtones seront les plus représentés d'ici 2036 avec un taux qui pourrait représenter entre 17,6% à 21,3% de la population manitobaine (Morency et al., 2015).

Winnipeg, capitale du Manitoba, est une ville distincte des autres métropoles canadiennes. En 2006, elle était la deuxième métropole canadienne à regrouper des autochtones urbains avec une représentation de 10% (Place, 2012). De nos jours, 11,1% de winnipegais se sont auto-identifiés comme étant autochtones (Statistics Canada, 2015b). Winnipeg est aussi la métropole qui regroupe le plus grand nombre de Métis (Statistique Canada, 2013a) et où leur représentation (51%) surpasse celle des P.N. (47%) (Statistics Canada, 2015b).

Une autre particularité de Winnipeg est qu'elle est une des rares métropoles canadiennes où les autochtones sont regroupés en ghetto (Place, 2012). Selon les données de l'enquête des ménages de 2011 regroupées par la ville de Winnipeg en 2015 et qui est résumé dans un tableau dans l'Annexe 3, 50% des autochtones résidants à Winnipeg sont regroupés dans quatre communautés, soit Point Douglas, Downtown, Inkster et River East et représentent entre 11,6 et 28,5% de la population de ces communautés. Il se trouve que ces quatre communautés sont aussi les quatre communautés les plus pauvres et dans lesquelles les taux d'éducation sont les plus bas (voir Annexe 3). Cependant, les autres 50% d'autochtones vivent éparpillés dans le reste de la ville représentant entre 5% et 10% de leur communauté. Cela indique une présence d'autochtones partout dans la ville de Winnipeg malgré la présence de ghettos.

Parlant majoritairement l'anglais à 87,9%, 12% des autochtones résidants à Winnipeg parlent les deux langues officielles tandis que 0,2 % parlent seulement le français. En revanche, seulement 6,1% des autochtones winnipegais, contre 22% dans l'ensemble du Manitoba, sont capables de converser dans une langue aborigène (Statistics Canada, 2015b) illustrant les effets de la colonisation et la forte assimilation linguistique plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

La santé des autochtones. Il existe une inégalité certaine au niveau de santé entre les populations autochtones et non-autochtones. Dans cette partie, je vais présenter cette inégalité d'abord en regardant à la santé individuelle par l'entremise des taux d'espérances de vie et à l'auto-évaluation de santé des canadiens dans plusieurs domaines. Deuxièmement, je vais décrire la santé sociale contemporaine des autochtones.

La population autochtone est jeune avec un âge médian de 28 ans contre un âge médian de 41 ans pour la population non-autochtone. Cette jeunesse n'est pas nécessairement un signe de bonne santé car elle est reliée à un taux de fécondité plus élevé et à un taux d'espérance de vie plus bas (Statistique Canada, 2013a). En effet, les taux d'espérance de vie en 2011 démontraient une différence de 6 ans entre les non-autochtones (82 ans) et les autochtones (76 ans) et les prédictions indiquent que cette différence descendra à quatre ans d'ici 2036 mais qu'elle sera toujours présente (Morency, et al., 2015).

Ajoutée aux taux d'espérance de vie plus bas chez les autochtones, leur autoévaluation de santé est inférieure de celles des non-autochtones. L'Annexe 5 regroupe différentes statistiques qui illustrent cette inégalité. Le niveau de santé générale perçue comme bon ou excellent, par exemple, dans chaque groupe d'âge que ce soit chez les P.N. (50,5%), les Métis (54,5%) ou les Inuits (47,7%), est inférieur au niveau de santé perçue par les non-autochtones (60,5%). De fait, au niveau national et provincial, les autochtones ont tendance à souffrir de plus de maladies chroniques telles l'hypertension, l'asthme et le diabète (voir Annexe 1). La santé mentale est aussi perçue comme étant inférieure chez les autochtones, en particulier chez les Inuits, que chez les non-autochtones. D'ailleurs, en 2000, le taux des suicides était deux fois plus élevé chez les autochtones (24 par 100 000 habitants) que chez les non-autochtones (12 par 100 000 habitants) (Fondation autochtone de guérison, 2007). De plus, ils ont une tendance plus élevée que les non-autochtones à s'engager dans des comportements affectant la santé négativement comme le tabagisme (27,5% contre 15,2%) et la consommation excessive d'alcool (32,7% contre 23%) (voir

Annexe 5). Cependant, il est important de souligner que si un pourcentage plus élevé d'autochtones que non-autochtones abuse l'alcool, un plus haut pourcentage d'autochtones (28,5%) que non-autochtones (23,5%) s'abstient de boire de l'alcool, et ceci est vrai pour les P.N. (30,9%), les Métis (24,9%), et les Inuits (37,6%) (voir Annexe 5). En résumé, que ce soit au niveau de leur santé générale, de maladies chroniques, et de santé mentale, les autochtones semblent jouir d'une moins bonne santé. Les comportements néfastes pour la santé chez les autochtones sont plus élevés que chez les non-autochtones, mais on voit une plus grande proportion d'autochtones qui choisit de s'abstenir d'alcool démontrant une conscientisation de la part des autochtones de vouloir mieux vivre.

Un parallèle peut être fait entre les autochtones et les indigènes des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande au sujet de leur santé. Les indigènes ont tendance à indiquer être en moins bonne santé deux fois plus que les non-indigènes aux États-Unis en 2014 (Adams et Benson, 2015) et en Australie en 2012-2013 (Australian Bureau of Statistics, 2015). D'après les taux statistiques de la Nouvelle-Zélande, plus d'indigènes adultes (32%) et d'indigènes enfants (15%) souffrent d'une incapacité quelconque que les adultes (27%) et enfants (9%) non-indigènes (Statistics New Zealand Tataurangi Aotearoa, 2014). Il en est de même avec les habitudes de vie non saines qui causent la mort. En effet, 24,8/1000 morts aux États-Unis, en 2014, sont attribuées à l'alcool chez les indigènes contre 9,6/1000 morts toutes races confondues (Kochanek, Murphy, Xu, et Tejada-Vera, 2016). De plus, les indigènes américains âgés entre 15 et 24 ans avaient les taux de suicide les plus élevés que tous les autres groupes ethniques aux États-Unis d'après le Sondage national sur l'utilisation des drogues et la santé mentale mené en 2003 (National Survey on Drug Use and Health) (National Congress of American Indians, s.d.)

Adelson (2005) insiste sur le fait qu'il faille regarder au-delà des normes de culture pour définir la santé et incorporer les contextes socioéconomiques et historiques dans la perception de la santé des autochtones. Or, les autochtones souffrent plus de problèmes sociaux et socio-économiques que les non-autochtones. En effet, comme problèmes

sociaux, Statistique Canada (2015) mentionne une insécurité alimentaire des ménages au minimum deux fois plus élevée chez les autochtones que le reste de la population non autochtone (Statistique Canada, 2015), une surreprésentation du pourcentage de la population autochtone dans les systèmes correctionnels et de violence conjugale deux fois plus fréquentes chez les femmes autochtones (16%) que chez les femmes non-autochtones (Statistique Canada, 2015). Ces statistiques sociales permettent d'illustrer que les autochtones vivent plus dans des situations précaires, avec plus d'insécurité journalière pouvant affecter leur santé physique et mentale. Aux États-Unis, de 1992 à 2001, les indigènes étaient plus de deux fois plus impliqués dans des crimes violents (101 sur 1000 indigènes américains) que la moyenne nationale (41 sur 1000 personnes), et ceci que ce soit comme attaquer ou victime. Les crimes violents comprennent le viol, le vol, agression simple ou aggravée (Perry, 2004). Une différence notée entre les autochtones et les indigènes américains est que les victimes, aux États-Unis, souffrent d'agressions violentes provenant d'un étranger d'une autre race et non de violence domestique comme au Canada. Mais il existe une grande disproportion de cas criminels de nature violente présentés dans les tribunaux américains : 73.3% des cas criminels violents présentés aux tribunaux venaient de 'Indian Country' contre 4,7% de tous les cas. Malgré que les arrestations d'indigènes américains aient chuté depuis 1992, le taux d'incarcération dans les prisons fédérales reste autour de 16% depuis 1996 (Perry, 2004).

La fécondité des autochtones. L'indice synthétique de fécondité démontre un taux de naissances plus haut, en 2011, chez les autochtones (2,2 enfants par femme) que chez les non-autochtones (1,6 enfants par femme) (Morency et al., 2015). Bien que les taux varient d'un groupe autochtone à l'autre, les taux de fécondité des P.N. inscrits (2,5), des Métis (1,8) et des Inuits (2,8) sont supérieurs aux taux de fécondité des non-autochtones (1,6) (Monrency et al., 2015).

Les courbes de taux de fécondité canadiennes pour la tranche d'âge des moins de 20 ans diminuent progressivement surtout depuis les années 1990 (Milan, 2013).

Cependant, lorsqu'on regarde aux taux de naissances dans cette dernière tranche d'âge, on note une grande disproportion des taux de naissances entre les territoires de Nunavut, du Nord-Ouest, et des provinces de la Saskatchewan et du Manitoba par rapport au reste des autres provinces depuis 2001. Les plus hauts taux de fécondité, soit 3 fois la moyenne nationale au minimum, sont regroupés dans ces quatre provinces et territoires (voir Annexe 4). Or, il se trouve que ceux-ci sont aussi les provinces où la proportion des autochtones, surtout les jeunes autochtones, par rapport à la population générale est la plus élevée (Statistique Canada, 2013a). De plus, d'après le recensement de 2006, le pourcentage d'adolescente-mères autochtones (8%) est bien plus haut que celui des adolescentes-mères non-autochtones (1,3%) (O'Donnell et Wallace, 2011). En résumé, malgré une baisse entre 2001 (33,1%) et 2011 (28,5%) (Statistics Canada, 2012), les naissances avant l'âge de 20 ans sont proportionnellement hautes au Manitoba et en Saskatchewan. Celles-ci touchent principalement les adolescentes autochtones par rapport aux autres provinces et territoires.

Si les autochtones jouissent d'une moins bonne santé que les non-autochtones, il en est de même avec les grossesses. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2008) rapporte des taux de mortalité infantile en 2000 estimés à 5,3 pour 1000 naissances canadiennes contre 6,2 à 6,4 pour 1000 naissances chez les P.N., mais indique que ceux-ci sont probablement sous-estimés. L'ASPC (2008) mentionne un manque de suivi et d'information valide comme le manque d'enregistrement systématique de naissances à la limite de la viabilité comme facteur qui favoriserait cette sous-estimation. Cette tendance est aussi retrouvée dans les autres pays colonisés. Par exemple, en Australie, la mort infantile chez les indigènes (6,2/1000) est presque deux fois plus haute que chez les non-indigènes en 2014 (3,5/1000) (Australian Bureau of Statistics, 2016); aux États-Unis, le taux de mortalité infantile chez les indigènes était de 7,61 contre 5,96 toutes races confondues et 5,06 pour les blancs non-hispaniques en 2013 (Mathews, MacDorman, et Thoma, 2015).

Les liens entre les disparités sociales et de santé des autochtones et la colonisation. De plus en plus, des théories postcoloniales sont utilisées pour adresser les

iniquités de santé des indigènes dont en particulier les femmes indigènes. En effet, Palacios et Portillo (2009) proposent l'utilisation de deux théories soit la théorie des traumatismes historiques (Historical Traumatism Theory) et les concepts théoriques de Weathering pour adresser les besoins de femmes indigènes des États-Unis. Elles soutiennent et offrent une application théorique basée sur ces deux théories démontrant comment la colonisation a affecté les peuples indigènes et comment, à travers les générations suivantes, ceux-ci continuent d'affecter ces peuples. La colonisation est considérée comme un traumatisme historique qui a affecté et continue d'affecter les indigènes.

Il résulte de la colonisation au Canada que les autochtones soient regroupés hors de la portée des colons dans des réserves, assimilés par le processus des écoles résidentielles et assujettis par la loi Indienne au gouvernement canadien (AANC, 2014 ; Coates, 2008 ; Wasekeesikaw, 2014), semblable à ce que les indigènes américains ont vécu (Palacios et Portillo, 2009). De peuples autonomes, ils sont devenus dépendant de celui-ci pour survivre. Il leur a été interdit de pratiquer leurs propres coutumes, de sortir des réserves par des agents Indigènes, et obligé d'apprendre de nouvelles manières de vivre en pratiquant l'agriculture, par exemple. L'assimilation forcée par l'entremise des écoles résidentielles a entravé les relations familiales entre les générations, des parents se sont vus enlevés leurs enfants qui ont été élevés dans des milieux institutionnels, forcés de parler une autre langue et bien souvent maltraités et abusés par les personnes en charge de leur bien-être (AANC, 2014 ; Aboriginal Legal Services of Toronto, 2002). D'après la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVRC, 2015), certaines de ces victimes ont développé des comportements de maltraitance à leur tour, se sont tournés vers diverses substances pour survivre. Certains témoignages de survivants dans le rapport de la commission comparent les écoles résidentielles à une prison. Pour certains d'entre eux, après avoir été traités si durement, retourner à la maison auprès de leur famille d'origine était très difficile d'où les fugues et un éloignement de la famille qui a amené à des comportements à risque tels l'alcoolisme, la dépendance aux drogues et les infractions comme le vol pour survivre

(CRVC, 2015). Parce que les effets de la colonisation et des écoles résidentielles n'ont pas été résolues en dedans de la génération dans lesquelles ils se produits, ceux-ci se sont transmis à la génération suivante devenant la norme quotidienne (Aboriginal Healing Foundation, 2001; Palacios et Portillo, 2009). Ceci a donné naissance au traumatisme générationnel.

La colonisation et la périnatalité. La colonisation a touché tous les aspects de la vie des autochtones et des indigènes, la périnatalité incluse, au point où Moffitt (2004) préconise que la colonisation est un déterminant de santé pour les femmes Dogrib vivant dans le territoire du Nord-ouest. Avant l'arrivée des colons, les femmes autochtones s'occupaient des soins périnataux pendant toute la période périnatale (Brown, Varcoe, et Calam, 2011). Jusqu'à ce que le système de santé devienne universel au Canada, il y avait encore peu d'échanges entre les autochtones qui vivaient pour la plupart dans les réserves et le système de soin. Ceci faisait en sorte que les besoins médicaux des autochtones n'étaient pas rencontrés et ceci créait une forte injustice par rapport à ce que pouvaient recevoir les autres canadiens. Cependant, ceci permettait aussi une certaine protection des valeurs et traditions culturelles qui avaient réussi à survivre la colonisation. Ceci est démontré avec le taux d'allaitement. Bien que les données statistiques qui suivent ne soient pas des plus précises, elles sont les plus exactes qui puissent être compilées et sont jugées comme étant fiables. Il est estimé que dans les années 60 les femmes non-autochtones allaitaient deux fois moins (38%) que les femmes autochtones (69%) (Stewart et Steckle, 1987). À cette époque, de fortes campagnes avaient été entreprises pour favoriser l'allaitement. La tendance à allaiter s'est inversée dans les années 80 où les taux des femmes autochtones restèrent stables bien que légèrement décroissants (62%) tandis que les taux des femmes non-autochtones triplèrent (75%) (Langner et Steckle, 1991; Stewart et Steckle, 1987). Macmillan, Walsh, Jamieson, Crawford et Boyle (2001) indiquent que le taux d'initiation d'allaitement chez les femmes autochtones aurait baissé à 54% en 1997. Entre les années 60 et les années 90, le taux d'allaitement chez les femmes autochtones chuta

alors que la tendance chez les femmes non-autochtones fut à la hausse. Martens (1997), Neander et Morse (1989) et Banks (2003) avancent que la colonisation, les écoles résidentielles, l'influence des professionnels de la santé vantant les avantages du lait maternisé, l'installation des hôpitaux proches des réserves et les écoles résidentielles ont catalysé la perte des traditions autour de la périnatalité dont le choix d'allaitement.

Vouloir donner accès aux soins aux autochtones vivant dans les régions éloignées a entraîné l'évacuation des femmes autochtones proche de leur date d'accouchement dans des centres où elles pouvaient avoir accès à des soins modernes au détriment d'accoucher proche de leur famille et de leurs traditions. Brown, Varcoe et Calam (2011) ont cherché à explorer les expériences des parturientes autochtones vivant en région rurale éloignée en Colombie Britannique grâce à une collaboration avec les communautés en question. Les auteures ont entrepris 67 entrevues individuelles et des groupes de discussion comprenant un total de 38 individus avec, principalement, des femmes et quelques membres de leur famille. Des personnes clés de leur communauté comme onze aînés et quatre prestataires de soins ont été interviewés afin de dépeindre leurs expériences. L'influence de la colonisation est majeure dans leurs vies à travers les pertes des valeurs et pratiques traditionnelles et la médicalisation de l'accouchement, l'isolement lors des accouchements loin de la famille, la présence de racisme, de paternalisme et de discrimination dans le système de soins, et l'inégalité des ressources financières. Ceci entraîne un sentiment de perte de contrôle, d'autonomie et de dépendance énorme envers le système de soins et de ses prestataires. Les auteures concluent sur l'importance que les infirmières deviennent conscientes de la complexité du contexte dans lequel ces femmes vivent et de s'engager dans une pratique culturellement sécuritaire.

Le traumatisme générationnel dans le contexte de la périnatalité peut être illustré à travers les résultats de l'étude de Murdock (2009) qui cherchait à mieux comprendre les circonstances et l'état d'esprit des jeunes adolescentes autochtones qui deviennent enceintes. En premier lieu, Murdock (2009) a identifié, parmi les facteurs complexes qui

favorisent une grossesse adolescente, un manque de communication, de supervision, et de conseil de la part des parents illustrant un manque de lien ou de présence parentale entre eux. Ceci peut être compris par le fait que depuis les écoles résidentielles, les enfants n'ont pas eu l'expérience d'être élevés par leurs parents et n'ont pas bénéficié d'un apprentissage par modèle. Denison, Varcoe et Browne (2013) mentionnent que beaucoup de femmes qui sont dans le système de protection de l'enfant étaient elles-mêmes dans le système en grandissant, et n'ont pas bénéficié de présence de modèle. Ce manque de présence de modèle indique aussi le manque de support qui rend difficile l'éducation de leurs enfants. Deuxièmement, Murdock (2009) mentionne la présence de défis journaliers comme l'abus domestique, la consommation et la dépendance de drogues et d'alcool et de la pauvreté. Troisièmement, la perception de grossesse adolescente semble être différente chez les autochtones que chez les non-autochtones et plus acceptée par les pairs et la famille, car il semblerait que ce soit un événement commun dans leur entourage tant et si bien que certaines avaient l'intention de devenir mères jeunes de toute façon (Murdock, 2009). Ce résultat de l'étude peut être corroboré par l'application hypothétique de Palacio et Portillo (2009) qui soutiennent que la fertilité à un jeune âge chez les peuples indigènes est liée directement à la colonisation. Ce fut, d'après elles, un moyen pour faire face à l'extinction des peuples indigènes par les maladies, la guerre, et la perte des terres dans les deux premières générations. Parce que les traumatismes continuèrent pendant les troisième et quatrième générations avec les écoles résidentielles et l'appréhension des enfants indigènes hors de leur communauté, aucune résolution n'a eu lieu. Au contraire, les traumatismes générationnels s'accumulèrent au point où ces peuples se sont trouvés marginalisés, dans des statuts économiques et sociaux pauvres. Palacios et Portillo (2009) proposent que ces traumatismes générationnels affectent la tendance à une fertilité jeune parce que la population fait face à une mauvaise santé accélérée.

Ces résultats illustrent la répétition de ce qui est connu et donc la continuité du traumatisme générationnel. En effet, les situations créées par un système qui a cherché à

assimiler les autochtones et qui pour ce faire a entravé les relations familiales autochtones, abaissé l'estime de soi de la personne, créant ainsi une atmosphère favorisant l'utilisation de drogues et d'alcool, commencent seulement à être discutées à voix hautes et étudiées et ne sont pas encore résolues. Les grossesses à un jeune âge, un manque de surveillance parentale, l'abus quotidien d'alcool et de drogues, et la violence sont devenus une nouvelle normalité de vie des autochtones.

Heaman, Blanchard, Gupton, Moffat, et Currie (2005) ont cherché à comparer, à Winnipeg, les facteurs de risque pour les naissances prématurées entre les femmes autochtones et non-autochtones en prenant compte du fait que les femmes autochtones sont plus à risque d'avoir des naissances prématurées. Cette étude de cas témoins, contenant une analyse stratifiée pour tenir compte de l'ethnicité et un modèle de régression logistique multivarié ($n=660$), a démontré que le manque de suivi prénatal et un gain de poids sous la norme sont deux facteurs modifiables de risque pour toutes les femmes. Un seul facteur modifiable, le niveau de stress élevé perçu par les femmes autochtones, différenciait les deux groupes de femmes. Malheureusement, cette étude ne décrit pas en quoi consiste ce stress élevé perçu.

Parce que le manque de suivi prénatal fut identifié comme un facteur de risque pour toutes, Heaman et ses collaborateurs (2014) ont étudié l'inégalité d'accès aux soins prénataux à Winnipeg. Cette étude de cas témoins comprenait 202 cas de femmes qui n'ont pas fait de suivi des soins prénataux et 406 cas témoins qui en ont suivi. Celles-ci furent recrutées lors de leur séjour post-partum et ont répondu à un questionnaire structuré élaboré afin de déterminer les barrières et les facteurs motivants l'utilisation de soins prénataux. Elles ont trouvé que 85% des mères qui n'ont pas fait de suivi prénatal, dans les 8 communautés de Winnipeg dont le suivi prénatal était le plus bas, étaient autochtones et vivaient dans les quartiers de ghettos mentionnés plus tôt, quartiers dont les revenus moyens et les taux d'éducation les plus faibles. Les barrières identifiées qui défavorisaient leur utilisation étaient multiples et multifactoriels. Cependant, les barrières psychosociales

ont été identifiées comme étant les plus importantes indiquant un manque de bien-être général chez ces femmes, des inquiétudes telle la peur d'avoir leur bébé appréhendé, des conditions domestiques difficiles dont la violence et des difficultés familiales et du stress. Les conditions psycho-sociales des femmes autochtones dans le contexte de la périnatalité ne peuvent pas être ignorées.

En somme, les infirmières œuvrant en périnatalité à Winnipeg font face à une large population autochtone. Celle-ci provient de différentes communautés, mais dont quatre principalement qui sont des communautés pauvres avec des taux d'éducation bas. Les clientes autochtones auront tendance à être de jeune âge et ayant plus de risques de souffrir de stress, de violence conjugale, de conditions de vie quotidiennes difficiles et qui, pour différentes raisons mais principalement des raisons psycho-sociales, ont plus de chance de ne pas avoir fait un suivi prénatal. Ces femmes ont plus de chance d'avoir des accouchements compliqués comme des naissances prématurées. Elles ont aussi tendance à moins allaiter que les femmes non-autochtones (voir Annexe1). Afin de mieux comprendre ce portrait contemporain des femmes autochtones, il est important de faire des liens avec l'histoire et l'évolution des relations entre les autochtones et le gouvernement du Canada.

2.2.2 Barrières d'accès aux soins

Au Canada, les services de santé sont gratuits grâce au système universel instauré dans les années 1970 et donc leur accessibilité pourrait être prise pour acquis. Cependant, comme l'indique la littérature, cela n'est pas le cas. Les autochtones qui migrent vers les villes pour des raisons de santé et d'accès aux soins font face à divers obstacles d'accès aux soins comme le manque de services disponibles, accessibles et culturellement sécuritaires (Place, 2012). Il est aussi reconnu que les autochtones ont de la réticence à utiliser les services de santé offerts (CCS, 2012).

Au niveau national, plusieurs facteurs, appelés violences structurelles, ont été retenus qui expliquent ce manque d'utilisation des services de santé. La violence structurelle

est décrite comme la continuité du rabaissement des valeurs traditionnelles autochtones dans le système de santé rappelant l'assimilation forcée des écoles résidentielles ou encore le manque de prise au sérieux des préoccupations des femmes autochtones basé sur des préjugés et des présuppositions (Hole, et al., 2015; Kurtz, et al., 2008). Kurtz et al. (2008), à partir de l'expérience de treize femmes autochtones de la région de l'Okanagan, Colombie Britannique, lors d'une recherche de participation active, conclut que «les structures politiques et sociales coloniales en place actuellement promeuvent des actes de violences structurelles dont le racisme, la discrimination et l'abaissement des voix (silencing)» (ad lib trad., p.56). L'abaissement des voix fait référence au fait que les voix, c'est-à-dire les inquiétudes, les symptômes subjectifs que les femmes autochtones rapportent, sont abaissés et ignorés par les prestataires de soins (Kurtz et al., 2008). Browne et Fiske (2001) ont fait une ethnographie à base de méthodologies critiques et féministes comprenant dix femmes autochtones, et ont trouvé des résultats similaires. De cette étude sont ressortis des exemples qui, de nos jours, entreraient dans la catégorie de violence structurelle : des attitudes et des comportements discriminatoires de la part des prestataires de soins basés sur des stéréotypes négatifs; des expériences vécues par les participantes de démarginalisation comme ne pas appartenir au système en place et d'en être une intruse; et des sentiments de dévalorisation des participantes, de leurs inquiétudes et de leurs symptômes lors des interactions avec les infirmières et les médecins. Les travaux de O'Neil, Kaufer et Koolage (1986) indiquent que déjà il y a plus de 30 ans les services pour gérer ou prévenir le diabète de type II dans les communautés autochtones étaient sous-utilisés par manque d'adaptation aux réalités auxquelles font face les autochtones et à leurs besoins culturels en plus de présence paternalisme et de discrimination au sein des programmes offerts. Tiedt et Sloan (2015) démontrent que, encore de nos jours, la barrière majeure d'auto-gérance de diabète est la perception d'insatisfaction de soins avec les pourvoyeurs de soins que ce soit au niveau organisationnel ou individuel comme le manque de confiance et des techniques d'enseignement mal adaptés à la population ciblée.

Le racisme de la part des professionnels de la santé est reconnu comme étant une priorité majeure qui entrave la santé des autochtones, preuve en est le peu d'études de recherche dans le domaine infirmier (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2014).

Au cours de l'exercice de consultation, des parties prenantes et des experts ont affirmé comprendre que le racisme avait été défini et désigné nommément dans le document de travail. Les participants ont reconnu qu'il faut donner plus de poids à la question du racisme à cause de sa prévalence dans les expériences des infirmières autochtones et en santé des Autochtones en général et de son influence en la matière. Les experts qui ont participé à la table ronde de l'AIRC ont signalé que les publications sur le racisme dans le contexte de la santé des Autochtones et des soins infirmiers autochtones sont plutôt rares et que des recherches plus poussées amélioreraient les discussions stratégiques. Ils ont reconnu qu'une discussion plus poussée sur le racisme comme obstacle fondamental et sur des stratégies d'intervention pertinentes s'impose. (AIRC, 2014, p. 10).

Les barrières culturelles sont multiples. Le Centre de santé Sioux Lookout Meno Ya Win, Sioux Lookout Ontario, a élaboré un Modèle de sécurité du patient interculturel (Cross-Cultural Patient Safety Model) basé sur un cadre analytique développé au sein de l'institution (Walker, St Pier-Hansen, Cromarty, Kelly, et Minty, 2010). Ce modèle propose neuf barrières et facteurs de risque interculturels : des barrières systémiques qui font références à des systèmes de soin généraux et qui ne sont pas adaptés ou accessibles aux besoins de populations spécifiques ; des barrières linguistiques qui font références à des limitations dans la capacité à se faire comprendre ou être compris ; le racisme ou la discrimination ; des barrières reliées à des pratiques différentes ; des barrières reliées au contexte ou à la structure dans lesquels les patients vivent et qui ne sont pas comprises par les professionnelles de la santé ; des barrières reliées au manque de littératie médicale ; des barrières reliées aux différences culturelles ; des barrières reliées à l'histoire, à l'inégalité des pouvoirs et des agendas politiques qui enfreignent le développement de services

équitables ; et enfin, la génétique comme des troubles inhérents à certains groupes ethniques (Walker et al. 2010).

On retient de cette liste de barrières que celles-ci sont complexes et interreliées. La capacité de se faire comprendre, par exemple, comprend plus que le concept de la langue. En effet, nous avons vu que les autochtones parlent à près de 100% les deux langues officielles du Canada à Winnipeg, et pourtant, il y a encore des lacunes dans la communication et la capacité de se faire comprendre. Cette liste de barrières nous permet de mieux nous questionner pour mieux cerner quelles sont les lacunes et commencer une réflexion critique de la culture: est-ce un manque de compréhension du contexte dans lequel le client vit ? Est-ce un manque d'ouverture à comprendre la perspective de l'autre ? Est-ce un manque de conscientisation de ses propres préjugés qui résultent en une attitude raciste ou discriminatoire ?

Dans le contexte de la périnatalité, des résultats similaires sont soulignés. Par exemple, Denison et al. (2013) démontrent que les femmes auront tendance à aller chercher les soins nécessaires pour leurs enfants malgré les risques d'appréhension mais n'iront pas pour elles-mêmes à cause de la discrimination, le racisme, et les préjugés.

À Winnipeg, l'étude de Heaman et al. (2014) a permis de dévoiler le contexte dans lequel les femmes qui ne font pas de suivi prénatal vivent et nous a permis de voir comment la réalité quotidienne de ces femmes est affectée par le déroulement de l'histoire, et les barrières du système dans lequel on vit. Au niveau plus individuel, Downey et Stout (2011) ont découvert, après avoir exploré les expériences d'adolescentes autochtones pendant leur accouchement à Winnipeg, un manque de communication entre les prestataires de soins et les participantes et la présence de discrimination, de racisme et de préjugés reliés au jeune âge des parturientes. Ces résultats appuient l'idée que les prestataires de soins se contentent de regarder à l'image contemporaine devant eux sans la questionner.

Une étude de cas en deux phases, basée sur des perspectives postcoloniales et participatives, a permis à Smith et al. (2006) de démontrer qu'une prise de conscience au niveau individuel et organisationnel des effets de la colonisation serait bénéfique. Ces auteures ont collaboré avec des organisations autochtones qui ont réussi à améliorer le taux de suivis prénataux en Colombie Britannique et ont exploré leurs perspectives à propos des facteurs qui ont influencé les femmes autochtones à faire des suivis prénataux et de les comparer aux perspectives des membres de la communauté et de leurs chefs. Un total de 73 personnes a participé. Les résultats indiquent que le sentiment de confiance et d'aisance envers le système de santé affecte l'accès aux soins prénataux. Ainsi, les interventions qui ont été un succès prenaient en compte l'effet historique de la colonisation sur l'individu et la communauté et voyaient la grossesse comme une opportunité pour ces familles autochtones de créer un meilleur futur pour leurs enfants.

En résumé, la présence de barrières culturelles qui enfreignent l'accès aux soins des autochtones est incontestable. Elles sont tout autant présentes au niveau organisationnel des systèmes de soins de santé qu'au niveau individuel au travers des relations infirmière-clients. Celles-ci sont complexes et multiples, allant bien au-delà de connaissances de pratiques culturelles, exigeant qu'on se questionne sur l'origine des malaises présents. Dans la prochaine partie, je vais présenter un concept qui se veut d'adresser les barrières culturelles en se penchant sur les stéréotypes de l'image contemporaine des autochtones : la sécurité culturelle (S.C.).

2.3 La sécurité culturelle

La S.C. est un concept né en Nouvelle Zélande mais qui a été adopté au Canada. Depuis ses débuts, ce concept a évolué. Il a débuté comme un cadre éducatif pour la formation des infirmières en vue d'adresser des pratiques et des attitudes racistes et discriminatoires en redéfinissant la notion de culture. De nos jours, la S.C. questionne la culture du système de santé ainsi que la culture de la société. En premier lieu, je vais

présenter différents cadres et modèles théoriques reliés au sujet de pratiques discriminatoires dans le domaine de la santé. Deuxièmement, je vais me concentrer sur la S.C. et clarifier la terminologie associée à ce concept. Troisièmement, je vais décrire les origines, les principes de base et le cadre de référence théorique de la S.C. Finalement, je vais me concentrer sur l'adoption de ce concept au Canada pour finir avec la raison de cette recherche.

2.3.1 Cadres et modèles théoriques

Plusieurs cadres et modèles théoriques ont été élaborés pour faire face aux besoins des indigènes et à la discrimination ils font face. Schim, Doorenbos, Benkert, et Miller (2007) se sont basés sur la théorie de Leninger pour créer le modèle 'Three-Dimensional Puzzle Model of Culturally Congruent Care'. Les trois dimensions sont constituées du prestataire de soins, du client et enfin du résultat escompté. Bien que la dimension du prestataire de soins soit fortement développée avec quatre sous-dimensions, la dimension du client est loin de l'être. Wiebe et Young (2011) ont fait une recherche pour combler la dimension manquante et ont trouvé quatre sous dimensions qui sont interconnectées et infusées par les contextes sociaux, politiques, économiques et historiques. Ces résultats indiqueraient que le modèle de Schim et al.(2007) aurait besoin d'être revu pour intégrer ces aspects.

D'autres modèles, particulièrement en santé mentale, ont été créés en prenant en considération dans leur étymologie l'aspect historique. Par exemple, le 'Conceptual Framewok of Nursing in the Native American Culture' de Stuthers et Lowe (2003) qui est un modèle conceptuel spécifique à la santé mentale basé sur le traumatisme historique, prend en compte les valeurs, les croyances, les traditions, la vision du monde et les pratiques des indigènes américains pour guider la pratique infirmière envers des clients indigènes. Ce modèle met une forte emphase sur la relation entre le prestataire de soin et le client. Une relation optimale est décrite comme étant respectée et honorée par chacun; infirmière et client travaillant en unisson. Un des rôles de l'infirmière est d'aider le client à identifier les traumatismes générationnels passés, présents et futurs (si les choses restent inchangées)

et à créer un environnement sécuritaire et confortable pour le client. Un autre modèle, similaire quant à l'existence d'un espace sécuritaire où infirmière et client peuvent se rencontrer est l'espace interculturel de Durey, Wynaden, et O'Kane (2014), en Australie. Cet espace interculturel est tiré de la théorie interculturelle et offre un cadre éducationnel (pédagogique) qui surligne l'impact de la colonisation sur les peuples indigènes. Ce modèle insiste que tant qu'infirmière et client n'arrivent pas à se trouver dans cet espace partagé, les pratiques discriminatoires et racistes continueront de la part des prestataires de soins qui verront les indigènes comme l'«autre» (concept de Othering) et les indigènes continueront à ne pas faire confiance ni au système de soin ni aux prestataires de soin. Afin d'y parvenir, une pratique culturellement sécuritaire est encouragée. En 2012, Durey, et al. ont créé un modèle basé sur la sécurité culturelle (S.C.) et le Cadre de respect mutuel (Cultural Respect Framework) fut instauré par le gouvernement australien dans le but d'améliorer la qualité des soins en santé mentale en milieu hospitalier. Au Canada, Smith et al. (2010) suggèrent que les meilleures pratiques en terme de santé communautaire pertinente aux communautés autochtones soient redéfinies et incluent l'utilisation de cadre conceptuels autochtones, de renforcement des capacités (Capacity Building) et de la S.C.

La S.C. est de plus en plus impliquée dans les différents modèles et cadres conceptuels reliés à la santé des indigènes. Elle a été choisie comme concept théorique de base pour cette recherche. La partie suivante est dédiée à ce concept et à sa pertinence dans ce projet de recherche.

2.3.2 Clarification de la terminologie

La S.C. est en même temps un processus et une fin en soi. En anglais, un seul terme est utilisé : cultural safety. Or, en français, on dénote les termes de S.C. et de sécurisation culturelle. Loin d'être clair sur la différence entre les deux termes, le Conseil canadien de la santé (CCS, 2012) définit la sécurisation culturelle comme étant la fin en soi, l'aboutissement. Cependant, tous ne l'utilisent pas comme une fin en soi. L'Association des

infirmiers et infirmières autochtones du Canada (AllAC), mentionne la S.C. comme étant un outil plutôt qu'une fin en soi (AllAC, 2009 a et b).

Afin de différencier le processus de la fin en soi, le terme S.C., dans cette étude, se réfère au processus nécessaire pour aboutir à la sécurisation culturelle. Il fait référence donc au cadre éducatif et à toutes les mesures prises pour arriver à un sentiment de la part du client de sécurisation culturelle. La sécurisation culturelle sera utilisée pour l'aboutissement, le résultat final de la S.C..

2.3.3 Origine, principes de base et cadre théorique

Dans cette partie, je vais d'abord expliquer l'origine de ce concept et ses principes de base puis faire un appoint sur le cadre théorique qui le soutient.

Origine de la S.C. En 1988 à Christchurch, Nouvelle-Zélande, un rassemblement, appelé hui en maori, d'étudiants maoris fut tenu dans le but de discuter des difficultés que ceux-ci rencontraient dans leurs programmes d'études infirmières. Deux inquiétudes sont ressorties. La première était que l'environnement dans lequel ils étudiaient faisait atteinte à leur identité culturelle et donc, ils ne se sentaient pas en sécurité culturellement.

Deuxièmement, ils expliquaient que leur programme d'étude ne les préparait pas à interagir avec les patients maoris de manière culturellement sécuritaire (Ramsden, 1990). Le concept de sécurité culturelle prit forme. Celui-ci remet en question l'imposition consciente et inconsciente de la culture de la population dominante sur les populations minoritaires, et pousse la notion de culture au-delà de sa notion essentialiste. Ce concept urge les prestataires de soins à se conscientiser à propos de leur propre culture et de se conscientiser à propos de la culture de l'autre au-delà de l'ethnographie, en prenant en compte les aspects historiques et socio-économiques et les enjeux de pouvoir en existence (Ramsden, 1990, 1992). Se faisant, la S.C. permet d'avoir des relations infirmière-clients sécuritaires car l'attitude de l'infirmière reflète ces trois aspects (une conscientisation au sujet de sa position de pouvoir sur le client, de sa propre culture, personnelle et

professionnelle et de la culture non essentialiste de son client). En offrant des soins culturellement sécuritaires, une des barrières d'accès aux soins est abaissée.

La S.C. est à la base un cadre éducatif axé sur la justice sociale s'appuyant sur la théorie sociale critique qui cherche à questionner de manière constante les pouvoirs dans les relations infirmière-client en mettant l'emphasis sur les attitudes et les comportements des infirmières (Ramsden, 2002). Ce cadre éducatif est basé sur un modèle que Ramsden avait élaboré avec Annie Collins intitulé 'A Model for Negotiated and Equal Partnership' à l'intention des éducateurs de formation en sciences infirmières qui suggère un procédé pour incorporer des valeurs biculturelles dans les cours (Ramsden, 2002). Le biculturalisme tel que décrit par Ramsden (1993) est la rencontre de deux cultures, celle de l'infirmière et celle du client, lors d'une interaction infirmière-client. Ramsden a ensuite proposé le 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et sage-femme' (voir Annexe 2), cadre éducatif pour les étudiants infirmiers et sages-femmes, qui propose deux marches pour arriver à une démarche culturellement sécuritaire.

Le concept de la S.C. fut construit en relation de l'iniquité existante entre colonisé et colonisateur. Cependant, ce concept a été élargi au-delà de ce contexte pour comprendre toute population marginalisée par rapport à une autre en position de dominance. Il a aussi été élargi au-delà de la formation infirmière. Ainsi, la sécurité culturelle s'est introduit dans d'autres disciplines comme l'ergothérapie et la physiothérapie et s'adresse à d'autres groupes ethniques que les autochtones.

Principes de base de la S.C. La S.C. comporte plusieurs principes de base dont l'une d'elle est la reconnaissance qu'aucune interaction n'est objective mais fortement basée sur les principes acquis conscients et inconscients que chaque personne possède. Ce principe de base fait référence au biculturalisme (Ramsden, 2000). Comme Bozorgad, Negarandeh, Raiesifar, et Poortaghi (2016) le résument, le biculturalisme est important afin de se démarquer du multiculturalisme de Leininger (Leininger, 1988) et d'aider l'infirmière à

se concentrer sur elle-même et sur son client, deux personnes dans un échange et non sur ses propres connaissances et perceptions culturelles de différents groupes ethniques.

Ramsden (1993) clarifie ce concept ainsi:

La sécurité culturelle soutient que toutes les interactions de soins infirmiers sont biculturelles, toute interaction ne se fait qu'avec une seule personne à la fois. Il y a un donneur de message et un receveur quel que soit le nombre de personnes ou le nombre de cadres culturels à travers lequel le message est filtré. (ad lib trad., p.3)

Le biculturalisme se départage des soins infirmiers transculturels de Leninger en insinuant que l'infirmière a un rôle à jouer plutôt que d'être observatrice de la culture de l'autre (Ramsden, 1993). Il est plus important que l'infirmière soit consciente de son attitude et de son comportement et de ceux de ses collègues, ce qui insinue être consciente de ses préjugés et mieux comprendre la situation actuelle des clients, que d'avoir des connaissances générales culturelles de différents groupes ethniques.

Deuxièmement, se questionner sur l'aspect historique passé, sur le présent et comment ceux-ci ont affecté et continuent d'affecter les autochtones, les politiques passées et présentes, est une étape obligatoire et principale. C'est un des principes qui diffèrent la S.C. d'autres modèles de compétences culturelles. Celui-ci est représenté dans la première marche de son Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sage-femmes (Ramsden, 2002).

Un autre principe de base est que la conscientisation et l'analyse de ses propres valeurs et attitudes, le questionnement de la réalité présente, des relations de pouvoir en jeu, permettent d'apporter des changements de comportements qui soient plus culturellement sécuritaires. Ce questionnement prend en compte une intégration des effets de l'histoire sur la réalité présente. Basé sur les objectifs de la S.C. énoncés par Ramsden (1992), un comportement culturellement sécuritaire peut être défini comme un comportement qui démontre une ouverture d'esprit de la part de l'infirmière envers les

clients maoris qui subissent de nombreux préjugés parce que de comprendre la situation présente en relation avec l'histoire permet d'atténuer ces préjugés. Cet aspect est représenté dans la deuxième marche du Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sages-femmes de Ramsden (2002).

Contexte conceptuel de la S.C. Depuis que ce concept existe, il a été mis en application dans plusieurs domaines dont la formation d'étudiants en minorité, des infirmières, des ergothérapeutes, et des physiothérapeutes; la recherche; les critiques de diverses politiques et, ceci, dans plusieurs pays dont la Nouvelle-Zélande, l'Australie, l'Iran et le Canada (Blanchet Garneau et Pépin, 2012; Bozorgad, et al., (2016); Gerlach, 2012;). Trois analyses de concept de la S.C. furent publiées : Blanchet Garneau et Pépin, infirmières, originaires de Québec ; Gerlach (2012), ergothérapeute, originaire de la Colombie Britannique et Bozorgzad et al. (2016), infirmières, originaires de l'Iran. Blanchet Garneau et Pepin (2012) mentionnent un manque de continuité à propos du contexte théorique auquel la S.C. est liée nuisant à sa conceptualisation et son opérationnalisation. Étant donné que ce concept comprend un processus et une fin en soi et qu'il peut être appliqué à différentes populations autres que des peuples colonisés, il est logique qu'en fonction de la manière qu'on utilise la S.C. et en fonction du contexte dans lequel il est utilisé, que le contexte théorique change pour accommoder les besoins. Ceci sera illustré en regardant le contexte canadien. Les différents contextes théoriques les plus utilisés au Canada seront décrits en fonction de la manière que la S.C. est utilisée.

2.3.4 Contexte canadien

De nos jours, ce concept a été adopté au Canada au point où le CCS (2012) a écrit un rapport préconisant le besoin d'intégration de la S.C. dans les différents systèmes de soin. L'Association des infirmiers et infirmières du Canada en collaboration (AIIIC) avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) ont élaboré des documents pour intégrer la S.C. dans les curriculums des programmes infirmiers.

Dans cette partie, je vais discuter du contexte théorique de la S.C. au Canada, de la présence de S.C. et de sécurisation culturelle au Canada, de la responsabilité de l'infirmière à appliquer la S.C. et d'où vient cette responsabilité. Je vais aussi discuter de l'intégration de la S.C. dans les programmes de sciences infirmières pour finir avec la raison d'être de cette étude.

Contexte conceptuel de la S.C. au Canada. Au Canada, la S.C. est moins souvent associée avec le cadre éducatif sur lequel Ramsden s'est basé (Blanchet Garneau et Pepin, 2012) et plus dans un contexte théorique postcolonialiste. En effet, parallèlement au développement de la S.C., un mouvement de chercheurs canadiens avançait, dans les années 2000, le besoin de plus d'études postcolonialistes féministes et dénonçait les effets négatifs de la colonisation (Reimer Kirkham et Browne, 2006). Ces chercheurs avancèrent que le concept de la S.C. était transposable au contexte canadien (Reimer Kirkham, et autres, 2002), était utile à intégrer une approche postcolonialiste dans les soins infirmiers (Browne, Smye, et Varcoe, 2005) et fonctionnait bien dans un contexte théorique postcolonialiste féministe (Smye, Josewski, et Kendall, 2012). Utilisée dans ce contexte théorique, la S.C. sert de lunette à travers laquelle les inégalités de pouvoir au sein des politiques et du système de soin sont explorées (Joweski, 2012; Smye et Browne, 2002) et non comme cadre éducatif pour la formation des infirmières. La S.C. est aussi utilisée pour interpréter des résultats de recherche faite avec une perspective postcolonialiste féministe (Joweski, 2012; McCall et Pauly, 2012). D'autres fois, elle est utilisée comme un modèle pour adresser les inégalités sociales se basant sur ses principes de base comme base de cadre conceptuel (Pauly (Bernie) et al., 2015). Il arrive aussi que la S.C. soit la base théorique de la recherche. Lorsque c'est le cas, elle est rarement la seule base théorique utilisée. En effet, l'ethnographie de Browne et Fiske (2001) a pour base théorique la S.C. et une perspective d'anthropologie médicale critique. Hole et al. (2009) ont utilisé la S.C. comme base théorique pour leur recherche de participation active en plus de perspectives de recherche indigène et de théorie critique raciale.

D'autres chercheurs l'utilisent dans un contexte théorique constructiviste. Bird, Thurston, Oelke, Turner, et Christiansen (2013) ont utilisé une théorie ancrée constructiviste pour développer un modèle conceptuel théorique de services culturellement sécuritaires. Puisqu'il s'agit d'une collaboration entre chercheurs et population autochtone itinérante, un contexte constructiviste est idéal pour créer un modèle qui soit fonctionnel et spécifique à cette population. Baker (2007), dont la population cible n'est pas autochtone, a aussi utilisé la S.C. dans un contexte de constructivisme afin d'explorer le manque de sécurité culturelle que ressentait les musulmans résidants au Canada après les événements du 11 septembre 2001.

En somme, le contexte théorique avec lequel la S.C. est utilisé varie en fonction de la population ciblée, du contexte de la recherche et de la manière avec laquelle la S.C. est utilisée. Quand elle est utilisée pour dénoncer ou expliquer des iniquités, une théorie critique est idéale. Lorsque la S.C. est utilisée dans un contexte de collaboration avec la population ciblée, une théorie constructiviste est préférée.

La S.C. et la sécurisation culturelle au Canada. Les recherches canadiennes qui suivent dénoncent ou illustrent des pratiques discriminatoires de la part des prestataires de soins canadiens. Elles proposent la S.C. comme solution. Premièrement, Browne (2005), dont l'étude a été mentionnée plus tôt, propose d'utiliser la S.C. comme cadre conceptuel pour voir la culture au-delà de sa définition essentialiste, d'aider les infirmières à se conscientiser sur les présomptions sociales dominantes et à quel point ces présomptions sociales influencent leurs opinions, leurs idéologies et leurs attitudes.

Deuxièmement, une recherche canadienne a regardé spécifiquement aux bienfaits de l'incorporation du concept de la S.C. et de la présence de la sécurisation culturelle des clients autochtones. Hole et al. (2015) ont fait une recherche de participation active informée par des approches de recherches autochtones, de S.C. et de théorie critique raciale. Cette recherche eut lieu dans la région d'Okanagan, Colombie Britannique, qui est en processus

actif de promouvoir la sécurisation culturelle de ces clients autochtones urbains. Un échantillon de convenance représentatif de la diversité culturelle autochtone de la clientèle ($n=28$) qui fréquente cet hôpital a été choisi pour faire des entrevues semi-structurées. Les résultats indiquent une présence mixte d'expériences, largement plus négatives que positives. Les expériences positives démontrent une présence de S.C. au niveau individuel sous la forme de visibilité et de respect accordés aux clients, c'est-à-dire de reconnaissance au fait que le client soit autochtone suivi d'un respect de la part des infirmières et autres prestataires de soins. Cependant, des manques au niveau individuel ont aussi été remarqués comme des préjugés et des remarques discriminatoires. D'autres lacunes, plus difficiles à discerner parce qu'elles sont multifactorielles et inter-reliées, sont ressorties comme la violence structurelle. La violence structurelle est ici décrite comme la continuation de pratiques coloniales à travers les structures politiques, économiques et sociales qui rabaisent les valeurs et croyances autochtones au point où les autochtones ne se sentent pas à l'aise et en sécurité dans les systèmes de soins canadiens (Hole et al. 2015). Il en vient au besoin de conscientiser les infirmières sur le déséquilibre des pouvoirs dans le système de santé lui-même (McCall et Lauridsen-Hoegh, 2014).

Finalement, la S.C. est utilisée au-delà de la formation des infirmières et sert à la conscientisation sur la réalité des effets de la colonisation au niveau politique et du système de santé. Les principes de base de la S.C. permettent d'offrir des solutions pour la résolution des iniquités présentes. En effet, Brascoupé et Waters (2009) démontrent comment la S.C. de par sa nature a des implications qui vont au-delà de l'individu et de la formation infirmière. Ils défient tous les aspects politiques et sociaux remettant en compte le multiculturalisme et l'universalisme canadiens. Ils démontrent à travers une exploration poussée du concept de la S.C. et de la présentation de quatre études de cas communautaires que la S.C. peut être atteinte lorsque le partage des pouvoirs est offert à un niveau politique avancé. L'auto-détermination, dont l'auto-gouvernance est un exemple, est mentionnée comme étant clé pour que les autochtones puissent entamer et poursuivre leur

guérison des effets de la colonisation. Ils insistent que l'emphase devrait être mise sur la sécurisation culturelle plus que sur la S.C. de manière à regarder au-delà de la formation des infirmières pour aboutir à la sécurisation culturelle car celle-ci n'est qu'un petit aspect d'un ensemble plus vaste.

De fait, il s'agit de ne pas concentrer les efforts uniquement au niveau individuel de chaque infirmière mais aussi de remettre en question la culture du système de santé et du modèle biomédical comme l'a fait le centre de santé de Sioux Lookout (Walker et al. 2010). Le Conseil canadien de la santé (CCS, 2012) avance qu'«un des obstacles à une bonne santé relève directement du système de santé lui-même» (p.4) et mentionne avoir remarqué des mouvements vers la sécurisation culturelle en cours de devenir des priorités de réflexion dans de nombreuses régions sanitaires et hôpitaux comme celui de l'Organisation sanitaire régionale de Winnipeg (ORSW-traduit WHRA en anglais) (CCS, 2012). L'ORSW a élaboré un cadre conceptuel d'actions intitulé en anglais : 'Conceptual Framework for Action, Cultural Proficiency and Diversity'. Le but principal de ce cadre d'actions est d'intégrer la compétence culturelle à plusieurs niveaux dont la culture de l'organisation, la pratique professionnelle, la formation des prestataires de soins et la recherche afin d'atteindre une compétence ultime (proficiency) (Winnipeg Regional Health Authority, nd). L'ORSW a choisi d'utiliser la compétence ultime (proficiency) plutôt que la S.C. pour son cadre conceptuel culturel. La compétence ultime (proficiency) a été retenue car elle leur semblait être plus adaptée à l'intégration à long terme de changements au sein du système de soin au niveau individuel et institutionnel alors que la S.C. ne fut décrite que comme une fin en soi où le client se sent comme étant respecté (WRHA, nd). Bien que la S.C. soit bien plus que cette courte définition et aurait pu apporter beaucoup dans l'élaboration des compétences de la compétence culturelle ultime (proficiency) adoptée par l'ORSW, le cadre tel qu'élaboré par l'ORSW a instauré des considérations dans leur plan stratégique aux niveaux organisationnel, structurel et clinique qui devraient aider à améliorer la sécurisation culturelle des clients. Un exemple concret est la présence d'un service de santé autochtone, qui, entre

autres, offre des ateliers de sensibilisation culturelle autochtone à tous les employés de l'ORSW allant de faits historiques, à des enseignements traditionnels, à des ateliers pour les gestionnaires de programmes pour la rétention d'autochtones.

De l'inégalité des pouvoirs entre l'infirmière et le client dans une rencontre au questionnement de l'inégalité des pouvoirs au sein du système de santé et du système politique canadien, la S.C. a beaucoup évolué depuis sa conception. Bien qu'il soit indéniable que la S.C. doit être appliquée au-delà de la formation des infirmières, les recherches récentes (Browne, 2005; Hole, et al., 2015; Kurtz, et al., 2008) indiquent des besoins spécifiques dans la formation des infirmières comme la conscientisation de la présence de la violence structurelle, de l'abaissement des voix, de la présence inconsciente de préjugée reliée à un manque de conscientisation des effets de la colonisation sur les familles autochtones.

Responsabilité de l'infirmière manitobaine à être culturellement sécuritaire.

L'AIIAC, conjointement avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), a élaboré un cadre éducatif-programme d'études comptant six compétences essentielles pour adresser les besoins pressant d'améliorer la rétention d'étudiants autochtones en sciences infirmières ainsi que pour améliorer la capacité des infirmières autochtones et non-autochtones à travailler avec les peuples autochtones (Voir Annexe 6). Les six compétences sont soutenues par deux concepts fondamentaux : les connaissances constructivistes de la culture et la S.C. (AIIAC, 2009b). La S.C., comme mentionné plus haut, n'est pas définie comme une fin en soi. Elle est ici définie en comparaison de la compétence culturelle, la surpassant car elle inclut l'aspect de l'inégalité de pouvoirs entre infirmière et client (AIIAC, 2009a). Les compétences (voir Annexe 6) mettent en valeur les connaissances historiques afin de comprendre le contexte actuel des autochtones. Il est clair que l'emphase est non seulement axée sur les connaissances historiques mais sur comment ces connaissances affectent les infirmières et affectent la qualité des soins et des interactions avec leurs clients.

La S.C. est aussi arrivée jusqu'au Manitoba. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Manitoba (OIIM) mentionne la S.C. une fois dans ses compétences pour les infirmières débutantes et reprend quelques-uns de ses principes de base à travers différentes compétences. Tout d'abord, la compétence #36 dit que la nouvelle infirmière matriculée doit être capable « [d'intégrer] des connaissances sur les origines des inégalités et des disparités en matière de santé chez les peuples autochtones (...)» (OIIM, 2013, p.8). Or, comme nous l'avons vu, l'inégalité et les disparités de santé chez les autochtones sont largement liées à l'histoire et à la colonisation. Puis, la compétence #23 exige que l'infirmière ait les connaissances nécessaires en sciences sociales et humaines particulièrement en ce qui concerne les relations de pouvoir ; la compétence #73 exige que l'infirmière fasse une réflexion sur ses propres valeurs et croyances et qu'elle soit consciente de l'inégalité de pouvoir que son poste d'infirmière lui donne par rapport aux clients ; la compétence #87 demande à l'infirmière de protéger le public contre les préjugés ; et la compétence #89 implique d'être consciente de la culture organisationnelle et de maintenir une pratique professionnelle et sécuritaire (OIIM, 2013). Même si le concept de la S.C. n'est pas littéralement utilisé, on reconnaît ses principes de base dans chacune de ces compétences.

En résumé, la S.C., au Manitoba, est une exigence de compétences de base de l'OIIM. Afin d'être capable d'offrir des soins culturellement sécuritaires, l'infirmière doit être formée. Il en revient alors aux organisations des systèmes de soin de santé de former leurs infirmières et aux programmes de sciences infirmières de former leurs étudiants. Comme mentionné plus haut, l'ORSW a mis en place un cadre d'actions pour maintenir l'éducation continue des infirmières.

Intégration de la S.C. dans les programmes de sciences infirmières.

L'incorporation de la S.C. dans les programmes de sciences infirmières est fortement influencée par le fait que ce soit devenu une exigence de leur ordre professionnelle et nécessaire à l'obtention de l'accréditation une institution de formation de sciences infirmières

(Rowan et al., 2013). Il n'y a, cependant, aucun règlement ni ligne directrice sur comment le faire mis à part le programme d'études créé par L'AIIIC et l'AIIAC et les six compétences qui a été testé par un projet pilote où six institutions de formation de sciences infirmières canadiennes ont à leur manière intégré ce programme (Aboriginal Nurses Association of Canada, 2010).

À la lumière des changements récents de l'inclusion de la S.C. dans les programmes de sciences infirmières, de la flexibilité avec laquelle ce concept peut être enseigné et introduit dans les programmes de formation, il est important de savoir où nous en sommes par rapport à l'intégration de ce concept dans la formation des infirmières. Il n'existe pas de moyen standardisé pour évaluer le progrès de l'individu sur son chemin vers une pratique culturellement sécuritaire. Cependant, les six compétences du programme d'études pourraient être une base pour commencer.

De ces six compétences, les connaissances historiques ont une place marquée car elles sont la base sur laquelle différentes réflexions doivent se faire. Or, l'histoire canadienne, avant l'intégration de la S.C. dans les programmes de sciences infirmières, ne fut pas une exigence de programme. La sociologie aurait pu être une option pour certains à la place de la psychologie, des cours d'histoires auraient pu être un choix de cours optionnels pour d'autres. Cependant, l'emphasis des connaissances historiques des peuples autochtones n'était pas celle qu'elle est aujourd'hui. Downey et Stout (2006) insistent que l'histoire des autochtones doit être «basée sur une véritable perspective historique consistante avec l'expérience des autochtones» (ad lib trad., p.4). La Commission de vérité et de réconciliation a été établie à la suite du pardon officiel du Premier Ministre Steven Harper le 11 juin 2008 dans le but de faire ressortir cette histoire. Après cinq ans de recherches et de travail, le rapport officiel fut publié le 15 décembre 2015. Son mandat était de dévoiler aux canadiens de manière détaillée les événements vécus dans les écoles résidentielles en recueillant les témoignages de survivants de ces écoles dans le but de démarrer un processus de réconciliation (CVRC, 2015). L'AIIIC a intégré dans son code de

déontologie parut en 2017 que les infirmières ont la responsabilité déontologique de respecter «l'histoire et les intérêts particuliers des peuples autochtones comme formulés dans les *Appels à l'action* (2012) de la Commission de vérité et de réconciliation (CVR)» (p.19).

Face à ce nouveau rapport et des changements de curriculum récents pour refléter les besoins d'enseignement de la S.C., le besoin d'évaluer le niveau de connaissances des infirmières manitobaines et de leurs perceptions des effets historiques sur les peuples autochtones semble important. Cela est très pertinent au Manitoba étant donné qu'une large population d'autochtones vit dans cette province et que Winnipeg est l'agglomération métropolitaine canadienne où réside le plus large pourcentage d'autochtones. Les infirmières œuvrant en périnatalité au Manitoba, tout au moins à Winnipeg, travaillent quotidiennement avec des familles autochtones. Aucune étude, au Manitoba, n'a été entreprise pour chercher à connaître les connaissances historiques des infirmières et leurs perceptions sur les effets de ces faits historiques sur les familles autochtones contemporaines.

2.4 Perceptions et connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation

Cette partie s'intéresse aux données présentes dans la littérature concernant les perceptions ou les connaissances des infirmières des effets de la colonisation. Dû à la carence d'informations, ces données sont internationales et concernent différentes disciplines autres que la discipline infirmière et dans des domaines autres que celui de la périnatalité. Une fois l'état des lieux de ces données dans la littérature, un résumé suivra pour souligner les points importants.

2.4.1 État des lieux dans la littérature

La recherche des banques de données a révélé quatre articles qui donnent une indication de quelles sont les perceptions ou les connaissances des infirmières des effets de la colonisation sur les peuples indigènes de son pays. Deux sont de sources canadiennes et

deux viennent de l'Australie. D'autres articles ont été trouvés au long de mes recherches dans les cinq dernières années provenant aussi de l'Australie qui aident à répondre à cette question. Aucun de ces articles ne fait référence à la périnatalité.

Durey et ses collègues (2012) ont cherché à comprendre quels étaient les besoins d'apprentissage et de support des prestataires de soins non indigènes, majoritairement des infirmières, travaillant en santé mentale en Australie afin de pouvoir les aider à offrir des soins culturellement pertinents et de haute qualité. Ils ont mené, dans un premier temps, une recherche multi-méthode comprenant 51 participants qui ont répondu à un questionnaire en ligne sur les facteurs qui favorisaient ou défavorisaient les soins qu'ils donnaient à leurs clients indigènes, leurs besoins en support éducationnel et les facteurs qui renforçaient leurs liens avec leurs patients et leur famille. Dans un deuxième temps, dix de ces 51 participants ont accepté de participer à une entrevue semi-structurée afin d'approfondir les points soulevés lors du sondage. Les résultats indiquent que les prestataires de soins manquent de formation concrète pour s'occuper de leurs clients indigènes qui soit culturellement appropriée. Un participant a aussi mentionné un manque de conscientisation de la part des prestataires de soins au point de vue des effets de la colonisation qui fait que leurs clients aient du mal à faire confiance aux prestataires de soins qui ne sont pas indigènes.

Une autre étude australienne de prestataires de soins non-indigènes indique aussi que les prestataires de soins démontrent un manque de savoir-faire quant à comment interagir de manière culturellement appropriée avec leurs clients. En effet, Wilson, Magarey, Jones, O'Donnell, et Kelly, (2015) ont exploré quelles étaient les attitudes et les caractéristiques de prestataires de soins non-indigènes qui travaillaient avec des indigènes. En partant d'une épistémologie de constructionisme social et d'une approche de théorie critique sociale, les auteures ont invité 35 ergothérapeutes, diététiciens, orthophonistes et des travailleurs de la promotion de la santé, à participer à des entrevues semi-structurées. Les attitudes et caractéristiques qui sont ressorties de l'étude ont été regroupées en quatre catégories qui sont «ne pas savoir comment faire», «trop peur», «trop dur» et «casseur de

barrière». Les trois premières catégories démontrent des attitudes qui défavorisent une bonne relation avec leurs clients indigènes. Premièrement, les prestataires de soins avec le moins d'expérience avaient tendance à ne pas avoir les connaissances ou les stratégies nécessaires pour travailler avec des clients indigènes. Deuxièmement, certains prestataires de soins expliquaient avoir peur d'être raciste ou de dire des choses inappropriées ce qui les empêchaient de pratiquer à leur plein potentiel ou encore d'avoir peur des clients eux-mêmes reliés à des expériences négatives vécues dans leur jeunesse avec des indigènes. Troisièmement, les prestataires des soins qui avaient travaillé un peu plus longtemps avec les indigènes et qui étaient capables de reconnaître les barrières socio-politico-économiques auxquelles les indigènes faisaient face avaient aussi du mal à travailler avec eux car ils se sentaient incapables d'aider avec ces barrières. Le quatrième groupe était capable de travailler avec les indigènes malgré être conscients des barrières présentes ayant adapté une mentalité favorisant la flexibilité et la persévérance. Par exemple, une orthophoniste, au lieu de se présenter comme telle, préfère se présenter comme une femme venant de telle région, mère de deux enfants parce que ceci est plus parlant pour les indigènes que sa profession. Les auteures de cette étude indiquent une augmentation croissante des connaissances des effets de la colonisation allant du premier au quatrième groupe. Elles reconnaissent que les deux premiers groupes avaient des connaissances minimales mais insuffisantes pour que celles-ci impactent leur travail tandis que les deux derniers groupes étaient capables d'intégrer leurs connaissances afin de mieux comprendre le contexte dans lequel ils travaillaient. La grande différence entre le troisième groupe, «trop dur», et le quatrième, «casseurs de barrière», est ne pas avoir encore identifié et développé des stratégies afin d'adresser la conscientisation des effets de la colonisation et la culpabilité associée. Les auteures concluent que l'enseignement de l'histoire, la colonisation et la santé des indigènes doit être suivie de discussion sur des stratégies pour les adresser.

Browne (2005 et 2007) a observé des interactions entre des infirmières et des clients autochtones afin d'explorer comment les discours sociaux et professionnels influencent ce

que les infirmières savent et perçoivent de leurs clients autochtones dans un hôpital en Colombie Britannique. Les données proviennent d'observations sur le terrain et d'entrevues avec 16 infirmières et 14 clientes autochtones observées plus sept autres personnes clés. Les résultats ont démontré que les présuppositions et les discours courants négatifs au sujet des autochtones affectaient négativement les attitudes des infirmières dans les rencontres infirmière-clientes au détriment des clientes. L'avis de la chercheuse était que ces présuppositions et ces discours sont plus des reflets des relations historiques entre le Canada et les autochtones et des stéréotypes socio-culturels que des avis personnels (2007). Browne (2005) mentionne que les infirmières démontrent un désir d'égalitarisme envers leurs clients et croient en la formation interculturelle comme moyen de développer une approche sans jugement mais démontrent des propos populaires stéréotypés inconscients qui s'en vont à l'encontre de leurs idéaux. Les infirmières sont donc influencées par trois discours distincts et pourtant inter-reliés et à certains niveaux incompatibles l'un avec l'autre : un discours culturaliste mais peu approfondi et plutôt essentialiste, un désir d'égalitarisme envers leurs clients tout en ayant un discours populaire reflétant des préjugés à propos des autochtones. Browne (2005) conclut que les infirmières ont besoin de faire une réflexion critique de la culture, du contexte sociopolitique qui influence les rapports infirmier-clients et des discours sociaux qui les influencent. Est-ce que d'avoir une meilleure compréhension des effets de la colonisation sur les peuples autochtones permettrait de changer ou, tout au moins, de mettre en question les préjugés populaires inconscients ?

Maar et ses collègues (2013) ont cherché à identifier des approches qui soient viables, culturellement appropriées et sécuritaires pour promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes autochtones en Ontario. Cette recherche de participation active a eu lieu en collaboration avec 11 communautés de Premières Nations au nord de l'Ontario. Chaque communauté a recruté une à deux personnes clés qui travaillent de près avec la population ciblée et qui pour la plupart (12 sur 18) étaient des membres de la

communauté même et donc de descendance autochtone. Des entrevues semi-structurées ont été utilisées pour explorer quelles étaient les attitudes perçues de la communauté au sujet du cancer, du dépistage du col utérin, des barrières et des facteurs qui pourraient faciliter le dépistage. Plusieurs barrières ont été identifiées qui s'ajoutent à d'autres barrières qui défavorisent l'accès au soin déjà identifiées par Walker et al. (2010) et Heaman et al. (2014) comme des barrières de logistiques (le transport, un système de rappel), et des barrières économiques et sociales comme le manque de littératie en santé. En plus de ces barrières, les prestataires de soins ont mentionné les effets de traumatismes générationnels et le manque de sécurité au sein du système de soins relié à l'héritage colonial comme étant aussi importants. Les participants de cette étude ont expliqué que les femmes autochtones qui ont vécu ou dont les parents ont vécu l'assimilation forcée des écoles résidentielles et les abus qui y ont pris place, ont du mal à faire confiance en ce que le système de soins a à offrir en plus d'avoir d'autres besoins comme des soins qui soient culturellement appropriés. Cette étude démontre deux points. Premièrement, être conscient de comment est-ce que la colonisation a affecté et continue d'affecter les familles autochtones est très pertinente quant à une prestation de soins efficace. Deuxièmement, la raison pour laquelle les prestataires de soins sont aussi conscients et informés dans cette étude est qu'ils sont majoritairement originaires de la communauté dans laquelle ils travaillent. Cependant, ce n'est pas le cas de la plupart des prestataires de soins qui travaillent dans ces communautés et qui sont non-autochtones et ne restent pas longtemps sur place. Il serait intéressant de voir à quel point ces prestataires de soins, qui ne sont pas originaires de ces communautés, en sont conscients et sont capables d'intégrer cette conscientisation dans leur pratique. Cette étude démontre que les prestataires de soins sont une représentation du système canadien dans son entièreté, de son histoire, de ses décisions politiques et économiques et qu'afin de pouvoir donner des soins et que ceci soient reçus à leur plein potentiel, il y a besoin d'adopter une attitude qui reflète cette conscientisation.

2.4.2 Critique de l'état des lieux dans la littérature

Ces études ont donné très peu d'information sur le sujet de la question de recherche. En tout et pour tout, un manque de connaissances et de conscientisation sur les effets de la colonisation sur les peuples indigènes a été identifié dans ces quatre articles en Australie et au Canada. Il semblerait, surtout, que les infirmières non autochtones ont davantage besoin de formation et de support afin de pouvoir donner des soins qui répondent aux besoins de familles autochtones. Ceci est visible à travers les propos que les participants ont partagé. En effet, ceux-ci ne sentent pas assez formés, ont peur d'offenser leurs clients par inadvertance et pensent que les barrières auxquelles les indigènes font face sont trop difficiles. Des observations d'infirmières en milieu de travail démontrent qu'elles sont influencées par des discours populaires stéréotypés sans pour autant donner l'impression d'être conscientes des liens entre les effets de la colonisation et les stéréotypes. À l'opposé, les prestataires de soins qui sont majoritairement autochtones ou qui ont travaillé depuis longtemps auprès des autochtones ont identifié des barrières d'accès au soin reliées aux effets de la colonisation sur leurs peuples et démontrent une conscientisation plus avancée qui les aide dans l'évaluation des besoins de leurs clients. Les besoins identifiés d'après les quatre articles de recherche sont parallèles aux principes de base de la S.C., comme le besoin d'encourager la réflexion sur le contexte politique et social, d'être conscient que les autochtones sont encore affectés par la colonisation et que bien des réalités contemporaines telles la pauvre utilisation des ressources offertes, l'abus de substance et d'alcool, les grossesses à un jeune âge ou encore l'abus domestique sont directement liés à des facteurs historiques. Malheureusement, le peu d'études qui se sont penchées sur le problème ne suffisent pas pour généraliser ces résultats. De plus, aucune recherche n'a été faite dans le contexte de la périnatalité.

Pourtant, une telle recherche serait utile pour voir quelles sont les forces et les faiblesses des infirmières, non seulement dans leurs connaissances de l'histoire mais aussi dans leur processus de réflexion et d'intégration de ces connaissances en pratique. Les

résultats pourraient guider les institutions de formation et les institutions de santé sur quel élément incorporer.

2.5 Résumé de ce chapitre

La colonisation a affecté et continue d'affecter les peuples indigènes de manière similaire que les autochtones aux quatre coins du monde. Parmi ces effets, on retrouve des populations fortement réduites approchant l'extinction mais qui commencent à croître, des iniquités de santé marquées, des taux de suicide et des taux de mort infantile plus élevés, des modes de vie moins sains, un plus grand nombre d'incarcération, en tout et pour tout, des situations de vie plus précaires et des insécurités de vie plus marquées. Il y a un manque de confiance de la part des autochtones envers les prestataires de soin, y compris dans le domaine de la périnatalité, reliés à la présence de violence structurelle dont l'abaissement des voix, de racisme et de discrimination. Les effets de la colonisation affectent les parturientes autochtones manitobaines et leurs familles et sont liés à une baisse de visites prénatales, de plus fort taux de naissances prématurés ayant comme facteurs de cause un niveau de stress plus élevé que d'autres groupes ethniques.

Plusieurs modèles et cadre théoriques existent pour faire face à cette situation et de plus en plus ceux-ci incluent la S.C., au Canada et ailleurs. La S.C. est complexe et comprend plusieurs principes de base dont une définition de la culture non essentialiste incluant le contexte socio-politique et social du client ainsi qu'historique. La S.C. repose sur le fait qu'il est de la responsabilité de l'infirmière de travailler sur sa conscientisation et sa sensibilisation culturelle afin d'adopter une pratique de manière à ce que son client se sente culturellement sécuritaire, résultat que lui seul peut décider s'il est atteint. Il devient alors nécessaire d'évaluer le niveau de connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation puisque celui-ci est clé pour mieux comprendre le contexte de vie des clients. Peu d'études l'ont fait, aucune dans le contexte canadien en périnatalité. Ces études indiqueraient la possibilité que d'avoir une plus grande prise de conscience des effets de la

colonisation et de réflexion sur le sujet favoriseraient de meilleures pratiques de part des prestataires de soins qui pourraient éventuellement favoriser la sécurisation culturelle des clients.

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, je vais présenter les détails pertinents à la méthodologie de mon étude soit le devis de recherche, l'échantillon, le recrutement, le milieu, le déroulement de l'étude, la collecte de données, l'analyse de données et les considérations éthiques.

3.1 Devis de recherche

Le devis de cette étude est une étude descriptive qualitative faite par l'entremise d'une analyse de contenu qualitatif basée sur la S.C. et dans un contexte théorique de S.C. et de constructionisme social. Dans un premier temps, je vais expliquer pourquoi j'ai choisi ce type d'étude, puis comment la sécurité culturelle est utilisée dans cette étude. Enfin je vais expliquer comment la S.C. et le constructionisme social influencent la méthodologie de cette étude.

L'étude descriptive qualitative permet de décrire un phénomène comme les perceptions d'un groupe de personnes (Fortin et Gagnon, 2016). Sandelowski (2010) la décrit comme une étude de nature inductive qui requiert une analyse et une interprétation avec des résultats qui, cependant, reste proche des données, terme en anglais intitulé 'data-near'. Ce genre d'étude permet de décrire des phénomènes sans une appartenance à une tradition d'étude particulière, et, se faisant, permet de se concentrer plus clairement sur la méthodologie utilisée (Sandelowski, 2010).

La S.C. n'est pas seulement le cadre conceptuel qui a incité la conception des questions de recherche et des questions du guide d'entrevue. Elle informe aussi la méthodologie de cette étude en voulant maintenir la sécurité culturelle des participantes. Le but est que les participantes se sentent respectées, libres de s'exprimer sans être jugées par la chercheuse et qu'un équilibre de pouvoir entre la participante et la chercheuse s'établisse (la section 3.7 sur les considérations éthiques comprend les détails qui seront pris pour maintenir la S.C. des participantes).

Le constructionnisme social informe cette étude de par sa complémentarité avec la S.C. Premièrement, tout comme la S.C., le constructionnisme social s'intéresse à l'origine des relations de pouvoir, spécifiquement à travers le langage et ce qui donne à certaines voix le pouvoir d'être entendu tandis que d'autres sont ignorés (Raskin, 2002). Le constructionnisme social voit le développement de la personnalité d'un individu principalement influencé par l'environnement social plutôt que par les traits et caractéristiques de l'individu lui-même. L'explication, voire même la responsabilité, de ce que quelqu'un devient, est largement influencée par l'extérieur, par ce qui est dit de lui et perçu de lui (Raskin 2002), tout comme la S.C. d'un individu est dépendante du contexte dans lequel le client se trouve et devient la responsabilité du prestataire de soins. Polascheck (1998) mentionne que ce qui démarque la S.C. de la compétence culturelle est l'importance que met ce concept sur le besoin d'être conscient de la position sociale de l'interlocuteur dans la société et de la manière avec laquelle il est perçu et traité plutôt que de connaître différentes traditions culturelles de l'interlocuteur.

Un des dangers de la S.C. est la création de catégorie et de dichotomie. Anderson (2004) explique que la dichotomie peut encourager la classe dominante à rester au pouvoir en construisant un autre marginalisé tout comme il est possible que le groupe marginalisé abuse de ce titre en clamant une supériorité morale parce qu'il est opprimé par la classe dominante. Hill Collins (2000) explique que suivant le contexte, une personne peut être l'opresseur tout en étant opprimée dans un autre contexte, ou, même encore, être les deux en même temps. McConaghy (2000) insiste sur le besoin de se concentrer sur «la nature spécifique d'une oppression spécifique à des sites spécifiques : pour comprendre les formes actuelles d'oppression.» (ad lib trad., p. 8) plutôt que de présenter une dichotomie de colonisateur et de colonisé. Or, selon le constructionnisme social, la personnalité de l'individu, étant une construction sociale, a en soi une multitude d'identités, de réalités possibles et chacune de ces identités changent en fonction du contexte, de l'environnement, de la manière avec laquelle la personne est identifiée, traitée ou de ce qui est dit d'elle (Raskin,

2002). Le constructionisme social, parce qu'il se concentre sur un contexte spécifique permet de passer au-delà de la dichotomie et d'analyser la situation dans son contexte et ajoute un second élément à mon étude par rapport à la S.C..

Troisièmement, un des éléments que le constructivisme social apporte à cette étude est que le connaisseur est démarqué dans ce paradigme des autres courants constructivistes par le fait que la personnalité d'une personne est en évolution constante dépendamment du contexte social, de la linguistique et des relations interpersonnelles (Raskin, 2002). D'après Raskin (2002), dans le paradigme du constructionisme social, toutes «les connaissances sont considérées locales et temporaires. Elles sont négociées entre les gens dans un contexte et un cadre temporel donnés» (ad lib trad, p.15), c'est-à-dire que les connaissances peuvent évoluer, être plus ou moins conscientes en fonction du contexte temporel et situationnel dans lesquels une personne se trouve. L'implication découlant de ce commentaire est qu'il est important d'évaluer les connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation dans un contexte spécifique, soit la signification des effets de la colonisation pertinente à leur milieu de travail, en périnatalité.

Dans le contexte de mon étude, le constructionisme social informe ma recherche en me permettant de comprendre que les infirmières sont créées par leur formation, façonnées par leur milieu de travail, la culture de l'endroit et les politiques en vigueur, en plus de facteurs personnels et d'expérience de vie. Je dois me rappeler que les infirmières peuvent manifester différentes identités en fonction de leur environnement, de leur relation interpersonnelle avec leurs collègues et clients et que la conscientisation de leurs connaissances peut fluctuer en fonction de leur environnement et du contexte dans lequel elles se trouvent et travaillent. Je cherche donc à décrire les perceptions des infirmières qui travaillent auprès des familles périnatales autochtones et de leurs connaissances dans le contexte spécifique de leur milieu de pratique.

3.2 Population et échantillonnage

La population est composée d'infirmières manitobaines travaillant dans le domaine de la périnatalité. De cette population, un échantillon de six infirmières œuvrant en périnatalité à Winnipeg est retenu pour l'étude.

Peu de littérature discute et indique la taille adéquate d'échantillon pour les études qualitatives (Guest, Bunce, et Johnson, 2006). Atteindre la saturation des données est considérée dans les études qualitatives comme un moyen de s'assurer que suffisamment de données ont été collectées et de renforcer la validation de l'étude (Fusch et Ness, 2015). Guest et al. (2006) ont cherché à trouver combien d'entrevues permettaient d'arriver à une saturation de données. Après avoir fait 72 entrevues dans deux pays différents, 80% de leurs codes fut créé après six entrevues et 92% après 12. Francis et al. (2010) indiquent qu'ils ont aussi regroupé 86% à 92% de leurs données avec six entrevues et qu'ils ont atteint saturation des données entre treize et quinze entrevues en fonction des différents thèmes. À partir de toutes ces données, Francis et al. (2010) ont proposé une formule pour que les chercheurs puissent planifier le nombre d'entrevue à entreprendre. La chercheuse choisit un nombre de base d'entrevues plus un nombre d'entrevues de vérification. Après avoir analysé le nombre de base d'entrevues, la chercheuse analyse les entrevues de vérification. Si aucune donnée nouvelle n'apparaît après l'analyse des entrevues de vérification, la saturation des données est atteinte. Si de nouvelles données apparaissent, la chercheuse entreprend une autre ronde d'entrevues de vérification et en analyse les données.

Basé sur ce modèle proposé par Francis et al. (2010), il était prévu de faire huit entrevues de base plus deux de vérification pour évaluer la saturation des données. Cependant, les problèmes de recrutement ont affecté ce plan. Au lieu de huit entrevues, seulement quatre ont été faites puis analysées suivi de deux autres. Les deux dernières entrevues ont apporté beaucoup de validation quant aux quatre premières et aucune autre

catégorie n'a dû être créée. Cependant de nouvelles données sont ressorties d'une des deux dernières entrevues. La saturation des données n'a pas été atteinte à 100%.

Le type d'échantillon pour cette étude est accidentel, parfois intitulé échantillon de volontaires, c'est-à-dire un échantillon de participantes qui se manifestent, si intéressées, par l'entremise d'avis publiés (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, et Beck, 2007). C'est un moyen de recrutement couramment utilisé qui a l'inconvénient de ne pas être représentatif de la population étudiée ce qui pourrait affecter la généralisation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Cependant, Fortin et Gagnon (2016) suggèrent d'utiliser des critères d'inclusions stricts de manière à assurer l'homogénéité de l'échantillonnage pour contrer ce désavantage. Dans cet esprit, les premiers critères d'évaluation étaient très spécifiques afin d'assurer que les participantes soient des infirmières avec suffisamment d'expérience au chevet récente dans le domaine de la périnatalité. Ces premiers critères incluait : 1) être une infirmière autorisée ou auxiliaire immatriculée au Manitoba, 2) travaillant au moins depuis un an, 3) travaillant en périnatalité au moins depuis un an, 4) à un EFT (Equivalent full time) de 50% minimum, 5) travaillant un minimum de 80% de son temps en périnatalité, et 6) qui travaille directement avec les patients.

Cependant, ces critères d'inclusion étaient tellement spécifiques que trois participantes potentielles, ayant suffisamment d'expérience de travail récente au chevet de parturientes, ne pouvaient pas participer à l'étude. Une modification des critères d'inclusion fut entamée et acceptée par le comité de thèse puis le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa afin d'inclure ces trois participantes. Les critères ainsi modifiés sont: 1) une infirmière autorisée ou auxiliaire immatriculée au Manitoba, 2) qui parle l'anglais ou le français, 3) qui est immatriculée au moins depuis un an, et 4) qui travaille ou a travaillé récemment en périnatalité.

3.3 Milieu et recrutement

La ville de Winnipeg comprend un Office régional de la santé (ORSW) qui régit les neufs hôpitaux de la ville. De ces neufs hôpitaux, deux, soit le Centre des sciences de la santé (CSS) et l'Hôpital général de Saint Boniface (HGSB) sont tertiaires et ont des unités de périnatalités incluant des unités d'ante-partum, de naissances, de post-partum et de soins intensifs néonataux. Au moment des entrevues, les unités de Travail, Accouchement, Récupération et Post-partum (TARP) existaient encore mais étaient en phase de dissolution. La province a aussi connu un changement de direction politique quelques mois avant les entrevues qui a amené à un grand nombre de coupures dans le domaine de la santé et qui a eu pour conséquences un réaménagement de plusieurs postes infirmiers au sein de l'ORSW, mettant toutes les infirmières de l'ORSW sous potentiel de réaffectation d'emploi pour cause de fermeture de poste et de « bumping. » Les participantes ont toutes été affectées par ces changements. Le CSS se situe dans une partie plus défavorisée de la ville, tandis que l'HGSB est situé dans un quartier de la ville socialement plus avantageux et ont donc des clientèles différentes. Cependant, les deux hôpitaux donnent des soins équivalents, ont à peu près le même nombre de naissances et offrent des services similaires.

La méthode de recrutement choisie comprenait principalement l'utilisation de Facebook, d'annonces sur le site CAPWHN (Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses) et de méthode boule de neige (Baltar et Brunet, 2012) adaptée, concept qui va être expliqué plus loin. Tout avis a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa avant publication. J'ai utilisé Facebook afin de joindre un maximum de participantes potentielles. En effet, l'utilisation de médias sociaux est reconnue comme étant une méthode de recrutement efficace, souvent plus que les méthodes traditionnelles, afin de cibler des participants spécifiques, en plus grand nombre et difficiles à atteindre (Amon, Campbell, Hawke, et Steinbeck, 2014; Baltar et Brunet, 2012; Miller et Sønderlund, 2010). L'utilisation de médias sociaux produit de bons résultats de par soi-même, spécialement pour

le genre d'étude qui utilise un sondage en ligne (Baltar et Brunet, 2012; Miller et Sønderlund, 2010).

Recruter des participantes pour des entrevues, cependant, requiert plus de présence et d'efforts de la part de la chercheuse. Close, Smaldone, Fennoy, Reame, et Grey (2013) rapportent l'utilité d'établir un rapport avec les participantes potentielles à travers différentes méthodes de recrutement qui permettent à ces personnes, une fois alertée par la publicité sur les médias sociaux, à chercher plus d'information. Offrir la possibilité de contact personnel avec la chercheuse et la participation active de la chercheuse dans des groupes de discussions sont des facteurs qui favorisent un meilleur recrutement (Baltar et Brunet, 2012; Close et al., 2013). J'ai donc créé un compte Facebook spécifiquement pour mon étude, en utilisant mon adresse courriel étudiante de l'Université d'Ottawa, sur laquelle j'ai posté des informations démographiques et personnelles, et une photo de moi-même. La page principale du compte Facebook (timeline ou encore appelé mur) (voir Annexe 8) contenait le but précis de la recherche, une description du contexte de la recherche, les critères d'inclusion, une brève explication des concepts théoriques qui informent la recherche, soit la S.C. et le constructionisme social, ainsi que le thème de chaque question de recherche qui sera abordé voir. Tous ces détails accessibles au public avaient pour but de favoriser un consentement éclairé des participants et de ne pas avoir de surprise sur le contenu des questions. La page principale a été aimée et partagée à partir de mon compte personnel Facebook aussi.

Close et al., (2013) ont utilisé une publicité payante sur Facebook qui renvoyait les personnes intéressées sur leur site de recherche préexistant. À partir de ce compte Facebook, j'ai créé une Page Facebook spécifique à mon étude avec les informations pertinentes pour les participantes potentielles à partir de laquelle j'ai fait une publicité payante (voir Annexe 7) à deux reprises qui ciblait les infirmières manitobaines et ramenait les personnes intéressées sur mon compte de Facebook. Afin d'attirer le plus de monde possible, j'ai utilisé mon compte personnel pour «aimer» ce nouveau compte Facebook et la

Page associée afin que mes anciennes collègues et mes amies qui travaillent en périnatalité au Manitoba puissent être averties de mon étude. Le mur et la page de Facebook, c'est-à-dire la publicité payante, ont été modifiés à deux reprises afin de refléter les changements dans le protocole de recherche qu'il y a eu. Les Annexes 7, 8 et 11 représentent les documents qui ont été affectés par ces changements et représentent la version finale avec tous les changements qui y ont été apportés. Les détails pertinents aux changements sont expliqués dans les sections 3.4 au sujet de la collecte de données et 3.5 au sujet du déroulement de l'étude.

L'intention était de faire paraître des publicités dans les journaux officiels des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires. Cependant, en regardant les dates d'échéance de publication, la parution des publicités aurait été tardive dans le processus et j'ai jugé que le recrutement aurait été fini d'ici leur parution. En rétrospective, le recrutement a duré plus longtemps qu'anticipé et la publication dans les journaux officiels aurait peut-être pu fonctionner. J'ai utilisé le Message board de CAPWHN pour publier ma publicité. C'est un moyen rapide d'atteindre toutes les infirmières au Canada qui font partie de groupe professionnel. Grâce à cette technique, je suis entrée en contact avec des infirmières autochtones, mais je n'ai pas réussi à recruter de participantes.

La méthode de boule de neige (Baltar et Brunet, 2012) adaptée est celle qui a porté le plus de fruits. La méthode boule de neige traditionnelle consiste à recruter des participants en demandant aux participantes de donner des noms potentiels d'autres participantes. Ceci est utile lorsque le recrutement s'avère difficile comme lorsque la population ciblée est stigmatisée ou difficile à accéder (Baltar et Brunet, 2012). Le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa a émis des inquiétudes aux effets potentiels de l'article de McLean's où Winnipeg a été décrite comme étant la ville la plus raciste au Canada, et a ciblé les prestataires de soins des hôpitaux de la ville (Macdonald, 2015). La priorité était de ne pas augmenter le sentiment de stigmatisation que les employés des hôpitaux pouvaient ressentir après cet article. Pour cette raison, je n'étais pas en mesure de demander

directement aux participantes potentielles si elles voulaient participer à mon étude. Je devais attendre que des participantes potentielles se présentent à moi si elles étaient intéressées. Une des personnes avec qui j'ai testé mes questions du guide d'entrevue a discuté du projet en question à des collègues qui se sont portées volontaires. Quand une personne indiquait un intérêt, mes coordonnées ou une copie de la publicité lui ont été remises. Ce fut ainsi une méthode de boule de neige adaptée dans le sens que la personne qui a servi de relai n'était pas une participante, mais une personne qui avait accès à la population cible. Elle a servi d'agent de recrutement, pour avertir la population cible de l'existence de l'étude. Son rôle n'a été que de présenter l'étude et de passer mes coordonnées. Ainsi, quatre participantes ont été recrutées grâce à cette technique et deux personnes ont été recrutées par l'entremise de Facebook, pour un total de six participantes.

3.4 Collecte de données

Les entrevues semi-dirigées ont été choisies comme méthode de collecte de données afin de comprendre la signification d'un phénomène tel que vécu par la participante selon une liste de sujets qui suit une certaine logique mais qui laisse libre-court à l'expression des sentiments et de ses opinions (Fortin et Gagnon, 2016). Poser des questions aide à concrétiser le contexte recherché ce qui est primordial dans cette étude puisque on cherche à connaître les connaissances des infirmières dans un contexte très précis, celui de leur milieu de travail particulièrement à ce qui touche à leur interaction infirmière-client en périnatalité.

L'approche constructiviste sociale cherche à explorer comment les réalités sociales sont construites, surtout celles de la vie quotidienne prises pour acquises, plus qu'à les décrire (Holstein et Gubrium, 2008). Pour cette raison, les participantes ont été interrogées non seulement sur leurs connaissances historiques pertinentes à leur pratique infirmière périnatale mais aussi sur comment est-ce que ces connaissances affectent leur relation infirmière-client et sur les facteurs qui pourraient affecter leurs intégrations dans la relation

infirmière-client en pratique. Il s'agit encore une fois de bien comprendre le contexte et ce qui est recherché. Comprendre en quoi consiste le constructionisme social peut aider les infirmières à mieux saisir la raison de l'étude, et les facteurs personnels, professionnels et contextuels qui influencent l'intégration de leurs connaissances dans leurs relations infirmière-client d'où la raison pour laquelle une brève explication du constructionisme social a été inclus dans la lettre d'explication et la page FB. Cependant, aucune des participantes n'avaient lu toutes les informations sur le mur de Facebook. Le constructionisme social fut alors expliqué lors de la signature de la lettre de consentement afin de les aider à comprendre le contexte et la raison pour laquelle les questions étaient posées.

Le guide d'entrevue est formé de quatre parties (voir Annexe 9-version anglaise et Annexe 10-version française). La première partie comprend un texte, le 'brise-glace', qui avait pour but de mettre la participante à l'aise et à l'orienter sur le sujet de l'entrevue. La deuxième partie, sur une feuille à part, présente des questions socio-démographiques et professionnelles à choix multiple. La troisième partie comprend quatre questions qui sont en lien avec les quatre questions de recherche. La dernière partie sert à terminer l'entrevue.

La première partie présente un texte en forme de 'brise-glace'. Le but du brise-glace est de permettre à l'étudiante chercheuse et à la participante de mieux se connaître en partageant des informations personnelles et d'évaluer le niveau d'intérêt que la participante a pour le sujet d'étude et de ce qu'elle comprend de l'étude. C'est à ce moment-là que des précisions et des explications ont pu être partagées au sujet de l'étude, particulièrement au sujet du concept de la S.C. et du constructionisme social. À la fin du brise-glace, les participantes étaient en mesure de choisir si elles voulaient participer et de signer le formulaire de consentement.

La deuxième partie du guide d'entrevue comprend des questions démographiques d'ordre quantitatives dont sept variables nominales et trois ordinales dans la version anglaise et six variables nominales dans la version française (voir section 2 dans les

Annexes 9 et 10). Cette différence est due à une omission par erreur de la catégorie pays de formation secondaire dans la version française. Or comme toutes les entrevues ont été faites avec la version anglaise, les données recueillies incluent les sept variables nominales. Ces données serviront à comprendre le contexte dans lequel les participantes travaillent par rapport à leur milieu de travail, leurs années de formation et l'origine de leur formation infirmière initiale.

La troisième partie représente les questions de recherche qui couvrent quatre thèmes principaux, eux même, divisés en sous thèmes. Le premier thème, par exemple, fait référence aux connaissances des infirmières des effets de la colonisation. Il a été découpé en trois sous-thèmes : les connaissances générales et leurs provenances, les effets généraux de la colonisation encore ressentis de nos jours pour finir avec les effets présents pertinents dans la pratique infirmière en périnatalité au Manitoba. De même, le dernier thème qui s'attarde sur les facteurs qui influencent l'intégration des connaissances des effets de la colonisation dans les relations infirmière-clients a été découpé en deux sous-thèmes soit les facteurs qui favorisent leur intégration et les facteurs qui entravent leur intégration. Avant de commencer à approcher le deuxième thème, dans l'intention d'aider les participantes à se mettre dans le contexte, une question fut ajoutée. Celle-ci demande aux participantes de se rappeler de rencontres avec des familles autochtones dans leur pratique.

La quatrième partie du guide de l'entrevue est une petite note de conclusion qui demande aux participantes si elles ont des questions ou d'autres commentaires à partager et remercie les participantes d'avoir participé à l'entrevue.

Les questions dans cette partie du guide d'entrevue ont été développées par étape afin de vérifier la validité du contenu et la validité apparente ('face validity'). La validation de contenu d'un questionnaire s'intéresse aux éléments d'un instrument d'évaluation afin de s'assurer qu'ils sont pertinents et représentent le construit ciblé (Haynes, Richard, et

Kubany, 1995). En d'autres mots, elle permet de s'assurer que l'instrument, dans ce cas-ci le guide d'entrevue, permet d'évaluer les questions de recherche. La validité de contenu est assurée par l'entremise d'un panel d'experts qui comprend les membres de mon comité de thèse et d'une grand-maman Métis francophone. Les membres de mon comité de thèse est compris d'experts en sciences infirmières et en éducation, en santé périnatale, en recherche culturelle et en recherche qualitative. J'ai rédigé les questions du guide d'entrevue selon mes quatre questions de recherche. Cette première ébauche a été révisée dans un premier temps par ma directrice de thèse. Une fois les premières révisions faites, une deuxième ébauche a été envoyée au reste du comité de thèse puis à une grand-mère Métis. Les rétroactions de ces personnes ont été intégrées dans le guide d'entrevue. Deux entrevues pilotes ont été faites pour prétester le guide afin de s'assurer que les questions étaient comprises et que les réponses permettaient de répondre aux questions de recherche. La validité apparente ('face validity') a aussi été évaluée au courant des deux entrevues pilotes. En effet, cette validation permet de mesurer la pertinence du questionnaire de la part des personnes concernées (Nevo, 1985). Les deux personnes qui ont participé aux entrevues pilotes, qui ne font pas partis de l'échantillon final de mon étude, ont partagé une augmentation d'intérêt sur le sujet des effets de la colonisation dans un contexte périnatal au fur et à mesure de l'entrevue et ont reconnu l'importance et la pertinence des questions posées. Aucun changement n'a été porté au guide d'entrevue après le prétest.

3.5 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de neuf mois. Les annonces sur Facebook ont été publiées en février 2017 dès l'obtention de l'approbation éthique. Une première annonce sur le tableau d'affichage de CAPWHN a eu lieu le 5 avril 2017. Les participantes potentielles pouvaient me contacter via Facebook directement ou via mon adresse courriel de l'Université d'Ottawa. J'ai eu des commentaires d'encouragement venant d'un peu partout au Manitoba de personnes intéressées au sujet mais qui ne faisaient pas partie des critères d'inclusion. La première publicité payée a atteint 1382 personnes en tout, 16

personnes ont réagi à la publicité, elle a été partagée 16 fois et a suscité 5 commentaires. Malheureusement personne ne s'est présenté pour participer à mon projet à partir de ma page Facebook. La deuxième publicité qui a été publiée le 10 août 2017 a atteint 3235 personnes dont 821 sur les 3225 provenaient de la publicité payée, les 2424 autres provenaient de partage de mur en mur d'amis en amis, a reçu 27 réactions, cinq commentaires et a été partagée 40 fois. Cette publicité contenait une compensation de 25 dollars de participation, premier des deux changements du protocole de recherche. Quelques semaines plus tard, des participantes potentielles se sont présentées mais ne rentraient pas dans les critères d'inclusion de par le fait qu'elles ne travaillaient pas un minimum de 50% en milieu périnatal à ce moment-là mais avaient entre deux et plus de 20 ans d'expériences récentes. Une autre demande de changement de protocole a été entamée (voir la section 3.3 milieu et recrutement) afin de pouvoir inclure les deux dernières participantes. La dernière entrevue eut lieu le 4 octobre 2017.

Les entrevues ont eu lieu dans un temps et un lieu convenu en fonction des préférences des participantes dans le but d'équilibrer les relations de pouvoir entre chercheuse et participante (Kelly, 2010). L'objectif de l'étude n'étant pas de faire de l'observation sur le terrain, les entrevues ont pu se faire dans un milieu neutre. Ce milieu se devait de convenir aux participantes, de leur être confortable, sans interruption promouvant l'anonymat de leurs réponses. La distance entre la chercheuse et les participantes a aussi été prise en considération. Plusieurs options ont été offertes comme une rencontre dans une salle neutre privée telle une salle de rencontre à l'université, à l'hôpital, ou à mon bureau; un endroit calme et un peu à l'écart, afin de maintenir la confidentialité, dans un milieu public; et par l'entremise de vidéo conférence ou de téléphone qui est pratique dans des cas de longues distances tout en permettant le maintien du confort de la participante et de la confidentialité de l'entrevue. La préférence de la participante a été prioritaire dans le choix de l'emplacement de l'entrevue afin de favoriser la bienfaisance de chacune des

participantes. Les participantes, quand offertes le choix de lieu, ont toutes optées de le faire à l'Université de Saint Boniface, face à face, dans mon bureau ou une salle de classe vide.

Lors de la période brise-glace, une fois que la participante a démontré vouloir participer à l'entrevue, je suis passée au travers du formulaire de consentement (voir Annexe 11). Une fois la signature obtenue, j'ai donné une feuille avec des ressources communautaires gratuites de counselling (voir Annexe 12) à chacune selon les directives du comité d'éthique au cas où une participante ressentait le besoin de parler avec un professionnel après avoir répondu à mes questions et la compensation de 25 dollars. J'ai aussi indiqué aux participantes que je pouvais faciliter une rencontre avec une grand-mère Métis si elle pensait que ceci leur serait bénéfique.

J'ai engagé chaque participante de manière à établir un rapport de confiance en abordant une conversation polie et générale, en souriant, en parlant lentement et de manière posée dans le but de mettre la participante à l'aise. J'ai brièvement résumé le but de l'entrevue. Afin d'établir un meilleur équilibre des pouvoirs, j'ai expliqué à chaque participante qu'en utilisant le constructionisme social et la S.C. comme bases théoriques de méthodologie, je m'engageais à garder l'esprit ouvert afin de bien comprendre le point de vue de la participante, le contexte dans lequel la participante travaillait et en aucun cas, me permettais de juger la participante. Cependant, comme les participantes ne connaissaient, généralement, pas le constructionisme social ni la S.C., j'ai surtout insisté sur l'interprétation de ces deux concepts dans le contexte de l'étude. J'ai rassuré chaque participante que mon but premier était de maintenir son sentiment de S.C. tout au long de l'entrevue et que, si jamais, elle se sentait inconfortable pendant l'entrevue, de me le laisser savoir. La participante avait le choix à ce moment-là d'explorer avec moi d'où venait ce sentiment, de sauter la question et passer à la suivante, ou encore de terminer l'entrevue.

Les entrevues ont duré entre 54 minutes et une heure et 27 minutes. Toutes les participantes ont exprimé qu'elles se sont senties à l'aise tout au long de l'entrevue et que

l'entrevue ne fut pas difficile émotionnellement et qu'elles n'ont pas ressenti des émotions d'inconfort. Une participante a exprimé de la tristesse en parlant de son expérience et a versé des larmes par rapport aux difficultés que rencontraient ses clientes autochtones mais n'a pas ressenti de sentiment négatif par rapport à l'entrevue. Au contraire, elle était très heureuse de participer et pensait que ce projet était important et nécessaire. Chaque participante fut rappelée que je pouvais les contacter de nouveau pour clarifier leur réponse au moment de l'analyse de données et qu'elle pouvait aussi, à tout moment, ajouter ou rétracter des informations. Avant de terminer les entrevues j'ai annoncé que j'avais recueilli les informations nécessaires mais que j'étais intéressée à tout commentaire ou autres informations que les participantes pourraient avoir. Souvent les conversations continuaient à propos de sujets qui avaient été mentionné dans l'étude mais qui n'étaient pas pertinentes au sujet d'étude en soi. Dès lors, j'arrêtais les enregistrements. Une fois, à force de discuter, une participante a mentionné des faits qui pouvaient être pertinents et l'enregistrement, avec son accord, fut recommencé. Une fois les conversations finies, je remerciais chaleureusement les participantes avant qu'elles ne partent.

3.6 Analyse des données

Dans un premier temps, je vais décrire mon analyse de données quantitatives puis celle de mon analyse qualitative. Enfin, je vais discuter des mesures prises pour assurer les critères de rigueur de mon étude.

3.6.1 Analyse de données quantitatives

L'analyse des données quantitatives est de nature descriptive et comprennent le calcul de la distribution des fréquences des données pour les sept variables nominales et des moyennes des trois variables ordinales accompagnées de leur écart type. La distribution des fréquences de données consiste à mettre des valeurs numériques dans un ordre et à calculer un pourcentage permettant de voir quelles sont les données les plus répétées au moins répétées (Loiselle et al., 2007). Ainsi, il devient facile de voir, en pourcentage,

combien de participantes ont fait leurs études d'infirmière au Canada par rapport à l'étranger. La moyenne des données ordinales est un moyen de calculer la tendance centrale et l'écart type mesure la variabilité de cette moyenne (Loiselle et al., 2007). En faisant ces calculs sur l'âge des participantes, par exemple, il sera possible de voir quelle est la moyenne d'âge des participantes et grâce à l'écart-type de voir si les âges diffèrent beaucoup de l'un et de l'autre. Plus un écart-type est grand, plus les résultats sont différents des uns des autres (Loiselle et al., 2007).

3.6.2 Analyse de données qualitatives

L'analyse de contenu est une méthode systématique, inductive et objective qui permet de faire des inférences à partir de différentes données, dont des données verbales, et d'en faire ressortir une signification à l'intérieur du contexte dans lequel les données ont été collectées (Downe-Wamboldt, 1992; Schreier, 2014). Ce genre d'analyse est idéal pour faire ressortir des thèmes, des tendances et des caractéristiques spécifiques (Downe-Wamboldt, 1992). Dans ce cas, il s'agira de faire ressortir les connaissances des infirmières de la colonisation pertinentes à leur milieu de travail en périnatalité et qui affecteraient les relations infirmière-clients, l'intégration de ces connaissances, et l'identification des facteurs qui favorisent et qui entravent l'inclusion de ces connaissances dans les relations infirmières-clients.

Différentes techniques existent pour faire une analyse de contenu qualitative. Les points en communs notés sont la sélection du matériel, soit le contenu à être analysé pour construire le cadre d'encodage, suivi de la création de catégories et de leurs définitions, c'est-à-dire le cadre d'encodage, qui doit être testé avant de pouvoir faire l'analyse complète des données (Downe-Wamboldt, 1992; Schreier, 2014).

La sélection du matériel dans mon étude consiste en entrevues qui ont été enregistrées puis transcrites verbatim incluant mes questions selon les directives de Schreier (2014). Mes notes de terrain ont aussi servi. À ce point-ci, puisqu'il ne s'agit pas

d'une ethnographie, les notes de terrain ont été prises, non pas de manière vigilante et régulière, mais au besoin afin d'ajouter du contexte et de clarifier le contenu des entrevues.

Pour ce qui concerne l'analyse des textes, j'ai, dans un premier temps, lu chaque entrevue, puis je les ai relues afin de trier en couleur différents aspects qui aideraient à répondre aux quatre questions de recherche. Après avoir trié le contenu de chaque entrevue par couleur, j'ai inséré dans une grille des citations des quatre premières entrevues ainsi que des commentaires, que j'ai rédigés tout au long de l'entrevue, après l'entrevue ou pendant le triage des citations par couleur, en fonction des questions de recherche puis par thèmes qui se ressemblaient. Éventuellement, j'ai commencé à créer un cadre d'encodage (coding frame) (Schreier, 2014), c'est-à-dire, à créer et définir le système de catégorie (Downe-Wamboldt, 1992), processus spécifique à la méthode d'analyse de contenu qualitative. Parce que le code, une fois l'analyse des données entamée, ne peut plus être changé, j'ai utilisé les quatre premières entrevues pour le raffiner afin de m'assurer que les données trouvent leur place au sein des catégories et que la classification est claire et sans ambiguïté (Downe-Wamboldt, 1992, Schreier, 2014). Deuxièmement, je me suis assurée que l'encodage soit, au moins partiellement, tiré des données (data-driven) et contienne au minimum une catégorie principale et deux sous-catégories (Schreier, 2014). Schreier (2014) explique que la catégorie principale sont les aspects que cherchent à connaître le chercheur et que les sous-catégories, tirées des données de la recherche, répondent à ces aspects. Dans mon cas, chaque question de recherche a servi de catégorie principale soit : connaissances des infirmières des effets de la colonisation sur les familles autochtones, comment ces connaissances sont intégrées dans les relations infirmière-clients et facteurs qui favorisent et/ou entravent l'intégration de ces connaissances dans les relations infirmière-client. Chaque catégorie a été définie par un nom, une description de ce que ce nom signifiait, des exemples positifs et des règlements pour prendre des décisions (Schreier, 2014) (voir Annexe 13). Les sous-catégories sont ressorties des données et ont

été créées de manière à ce que n'importe quelles nouvelles données puissent trouver sa place dans le système de code.

3.6.3 Critères de rigueur pour les données qualitatives

Fortin et Gagnon (2016) expliquent que les critères de rigueur s'appliquent autant pour les études quantitatives que qualitatives et, que, dans le cas des études qualitatives, l'élaboration des quatre critères constructivistes de Lincoln et Guba (1985) qui incluent la crédibilité, la fidélité, la confirmabilité et la transférabilité, sont le plus souvent utilisés. Downe-Wamboldt (1992) expliquent aussi l'importance de validation de contenu d'une étude d'analyse de contenu. Ainsi, je vais expliquer comment j'ai essayé de maintenir la crédibilité, la fidélité, la confirmabilité et la transférabilité de mon étude dans un premier temps puis la validation de contenu dans un deuxième temps.

La crédibilité est un critère de validité interne de l'étude qui assure que la perception des données de la chercheuse est représentative de celle partagée par les participantes (Fortin et Gagnon, 2016). La crédibilité d'une recherche est dépendante de la fidélité de l'analyse, soit la stabilité des données et la constance de l'analyse, et de sa confirmabilité, c'est-à-dire l'assurance que l'analyse est objective et non la perception de la chercheuse (Fortin et Gagnon, 2016). La crédibilité et la confirmabilité de l'étude peuvent être maintenues en validant les résultats auprès des participants après la collecte de données (Downe-Wamboldt, 1992; Fortin et Gagnon, 2016). Cette technique n'est pas une exigence d'une analyse de contenu (Downe-Wamboldt, 1992) mais est utile si la chercheuse a besoin, au cours de l'analyse de données, de clarifier l'intention ou la perception que la participante a voulu partager. Bien que dans ma lettre de consentement, les participantes étaient prévenues de la possibilité que je les contacte après l'entrevue pour valider les résultats de l'analyse des données avec eux au besoin, je n'ai pas eu besoin de le faire. Aucun dialogue n'a porté à confusion. Pendant l'entrevue, j'ai validé et clarifié régulièrement les propos des participantes ce qui a permis, une fois le code créé, d'illustrer mes résultats de citations.

La fidélité d'une analyse de contenu qualitative est basée sur un codage constant au fil du temps et sur toutes les données (Downe-Wamboldt, 1992; Schreier, 2014) dans le but d'assurer la stabilité des données et la constance des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Puisque je suis seule à analyser les données, j'ai encodé des segments de données pour chaque entrevue deux semaines d'intervalles, puis je les ai comparés afin de m'assurer que l'encodage des données est constant d'une fois à l'autre.

Afin de maintenir le critère de la transférabilité pour que les résultats de l'étude puissent être appliqués à des contextes similaires, le contexte de l'étude est présenté de manière détaillée et la transparence est maintenue tout au long des résultats et de la discussion (Fortin et Gagnon, 2016). Mon positionnement et les raisons pour lesquelles j'utilise le constructionisme social et la S.C., concepts clés du contexte dans lequel mon étude a été menée, ont été clairement expliqués. Les participantes ont verbalisé comprendre que je cherchais à décrire comment elles intègrent leurs connaissances des effets de l'histoire à propos de la colonisation dans leur interaction avec leur client et non quelles sont leurs connaissances brutes.

Downe-Wamboldt (1992) considère la validation de contenu comme étant clé lors d'une analyse de contenu. La validation de contenu pendant l'analyse peut se faire en s'appuyant sur des exemples concrets de l'étude en question, comme des citations, et faire des liens avec la littérature (Downe-Wamboldt, 1992). Les résultats et la discussion de cette étude sont basés sur ces lignes directrices.

3.7 Considérations éthiques

Plusieurs considérations éthiques sont à prendre en compte dans cette étude. Premièrement, celles reliées à la méthodologie en ce qui concerne le contexte dans lequel l'étude aura lieu. Deuxièmement, des considérations d'ordre éthique au niveau du déroulement de l'étude seront abordées.

Le focus de mon étude est la perception des infirmières mais le contexte dans lequel je fais mon étude est la S.C. des clients autochtones. Afin de décoloniser les méthodologies de recherche pertinentes aux autochtones, Tuhiwai Smith (2012) recommande de se pencher «sur le contexte dans lequel la recherche est conceptualisée et conçue, et sur les implications que la recherche aura sur les participants et leur communauté» (p. ix, ad lib trad.). Tuhiwai Smith (2012) encourage la collaboration avec des personnes clés indigènes et propose plusieurs questions que la chercheuse devrait prendre en compte comme quelles sont les raisons qui ont poussé à choisir la question d'étude, qui va en bénéficier et qui peut en subir les conséquences. Souvent les questions de recherche déterminées par un chercheur peuvent ne pas être celles que les sujets d'une étude auraient identifiées comme étant nécessaire.

Je suis venue à poser ma question de recherche en me basant sur les recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation et des compétences du cadre pédagogique de l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada (AIIAC) qui cherchent à s'assurer que les infirmières aient des connaissances approfondies au sujet de la colonisation et de ses effets afin de mieux comprendre le contexte contemporain qui en découle. Parce que je suis une étudiante en recherche blanche d'origine européenne, j'entrepris une discussion avec une aînée Métis francophone à propos de mes choix de question de recherche, de leur pertinence, de leurs bienfaits pour m'aider à les valider. De plus, cette personne ressource autochtone a passé en revue les questions du guide d'entrevue pour en vérifier la pertinence.

Le choix de la théorie de la S.C., théorie provenant d'une infirmière Maori, et du constructionisme social comme base théorique pour la recherche informe aussi la méthodologie dans le sens que ceux-ci imposent à la chercheuse de maintenir la S.C. des participantes, de comprendre leurs points de vue sans porter jugement comme expliqué plus haut. Afin de maintenir la S.C. des participantes, je me suis basée sur les principes de base énoncés dans la recension des écrits soit établir un partage de pouvoir entre le chercheur et

le participant; être consciente, en tant que chercheuse, de ma propre culture et de m'assurer de ne pas l'imposer sur le participant; et de comprendre le contexte historique, socio-économique dans lequel les participants vivent. Je suis clairement influencée par une épistémologie postcolonialiste féministe nationaliste et par mes lectures et réflexions sur les effets du colonialisme dans le système de soin. Or, les participantes de cette étude peuvent n'avoir aucune conception de ma vision du monde, y adhérer ou voire même y être opposées. Une méthodologie constructiviste permet de faire une étude alors que la chercheuse et les participantes n'ont pas les mêmes croyances et demande à la chercheuse d'arriver à une compréhension de la signification essentielle de la réalité de la participante et non de simplement la décrire (Appleton et King, 1997). Le constructionisme social paraît idéal dans le contexte de mon étude, car il cherche à comprendre comment les réalités sociales sont construites et donnent des directives sur comment procéder.

La demande de certificat en déontologie de la recherche de l'université d'Ottawa fut présentée le 1^{er} novembre 2016 et l'obtention reçue le 16 février 2017 (voir Annexe 13). Dans cette demande, les détails suivants concernant la confidentialité des données ont été adoptés. Dans un premier temps, un code de recherche alpha numérique (C plus un chiffre) est attribué à chaque participante de manière à ce qu'aucun nom n'apparaisse dans les analyses de données ou les résultats. Deuxièmement, les données collectées, soit les lettres de consentement signées, les entrevues audios, les transcriptions des entrevues (en format papier et digital) et les notes prises lors des entrevues seront gardées sur une clé USB codée qui sera conservée dans un tiroir sous clé dans le bureau de la chercheuse à l'Université de St Boniface ainsi que dans le bureau de la directrice de thèse à l'Université d'Ottawa. Ces bureaux sont verrouillés en tout temps. Entre la collecte des données et le stockage des données, toute donnée collectée sur format papier sera conservée dans le bureau de la chercheuse dans un tiroir verrouillé. Les documents papiers seront détruits dès la fin de l'analyse de données mais une copie digitale de chaque document papier sera conservée sur la clé USB codée. Ces données seront gardées pendant la durée de l'étude

jusqu'au 31 décembre 2022. À l'échéance de cette date, les données seront effacées de manière sécuritaire. Seules la chercheuse et la directrice de thèse auront accès aux données collectées.

3.8 Résumé de ce chapitre

Dans ce chapitre j'ai expliqué comment le constructionisme social et la S.C. sont imprégnés dans la méthodologie de cette étude. Non seulement la S.C. informe la raison de cette étude mais est intégrale à la méthodologie. Des mesures ont été prises pour s'assurer de la décolonisation de méthodologies comme la réflexion sur les bienfaits et les risques de cette étude et l'implication d'une grand-mère Métis dans la rédaction des trois premiers chapitres et du guide d'entrevue.

Plusieurs mesures ont été prises pour garantir des critères de rigueur autant dans le guide d'entrevue que dans l'analyse des données. La validité de contenu du guide d'entrevue a été assurée par la rétroaction des membres du comité de thèse et d'une grand-mère Métis, et sa validité apparente fut vérifiée par deux entrevues pilotes. L'encodage de mêmes morceaux d'entrevues à deux semaines d'écart a permis de vérifier la fidélité d'analyse de contenu. La validation de contenu est assurée grâce à l'appui d'exemples concrets de l'étude en question, comme des citations, et des liens avec la littérature

Le recrutement fut difficile et deux changements au protocole de recherche ont eu lieu, soit l'offre d'une compensation de 25 dollars pour les participantes et une relaxation des critères d'inclusion pour que des participantes qui ont l'expérience récente nécessaire puisse participer. Malgré ces changements dans le protocole, l'échantillon final est de six participantes. La saturation des données n'a pas été atteinte mais elle est proche.

CHAPITRE 4 – RÉSULTATS

Dans ce chapitre, je vais tout d'abord décrire les participantes qui ont fait partie de cette étude puis je vais répondre aux quatre questions de recherche dans l'ordre soit : les connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones, l'intégration de ces connaissances dans la pratique infirmière, et les facteurs qui affectent cette intégration des connaissances.

4.1 Caractéristiques des participantes

Cette partie contient des données démographiques et professionnelles tirées du tableau récapitulatif des données démographiques, tableau qui fut rempli au début de chaque entrevue (voir Annexe 15), et de données démographiques pertinentes qui sont ressorties des entrevues.

Les participantes sont âgées entre 30 et 45 ans, avec un âge moyen de 37 ans ($n=4$, $\sigma=6,8$). Elles ont entre trois et 30 ans d'expérience en tant qu'infirmière avec une moyenne de 12 ans et demi ($n=6$, $\sigma=11,5$) et entre 2 et 28 ans d'expériences en tant qu'infirmière travaillant en périnatalité donnant une moyenne de 11 ans et demi ($n=6$, $\sigma=11,1$). Ces résultats indiquent que même si certaines ont quelques années d'expérience autre que la périnatalité, la grande majorité de leur expérience en tant qu'infirmière est en périnatalité.

Au moment des entrevues, cinq des infirmières travaillaient dans le domaine de la périnatalité et pour quatre d'entre elles, il s'agit de leur emploi principal. Une de ces participantes travaille principalement en santé communautaire depuis 2016, mais continue de travailler environ 20% en périnatalité et a travaillé en périnatalité pendant 23 ans. Quant à la sixième participante, elle travaille en ce moment même en santé communautaire, mais deux de ses trois ans d'expérience d'infirmière sont en périnatalité et elle continue de suivre des formations reliées à la périnatalité. Chaque participante a donc, au minimum, un an d'expérience récente en périnatalité.

Les participantes ont des expériences variées dans le domaine de la périnatalité et cinq participantes sur six ont travaillé dans plus d'un domaine. En effet, au moment de faire les entrevues, une participante travaillait comme consultante de lactation, deux travaillaient en salle d'accouchement, une dans l'unité de travail, d'accouchement, de rétablissement et de post-partum (TARP), et une en post-partum. La dernière, qui travaillait en santé communautaire au moment de l'entrevue, avait travaillé récemment en post-partum. En regardant dans les domaines de la périnatalité dans lesquelles les participantes ont travaillé, cinq des six participantes ont travaillé ou travaillent en post-partum, quatre ont travaillé ou travaillent en TARP, quatre en salle d'accouchement, deux en antépartum, et une dans la pouponnière de soins intensifs néonataux. Une participante travaille comme consultante en lactation, les cinq autres travaillent sur un étage comme infirmière de chevet.

Les participantes travaillent ou ont travaillé dans l'un des deux hôpitaux de la Ville de Winnipeg qui offrent des services de périnatalité. Quatre ont travaillé dans l'hôpital qui dessert une faible proportion d'autochtones urbains, plusieurs réserves autochtones hors de la ville et des Inuits, les deux autres ont travaillé dans l'autre hôpital de la ville qui dessert une grande proportion des autochtones urbains, plusieurs réserves hors de la ville et des Inuits.

Toutes les participantes sont d'origine canadienne et ont fait leurs études secondaires et universitaires/collégiales au Canada. Elles sont aussi toutes des infirmières autorisées dont deux sont des infirmières diplômées et quatre sont des infirmières bachelières. Aucune n'a sa maîtrise. En plus de leur formation infirmière d'origine, trois des participantes ont une qualification de consultante en lactation. Une de ces trois participantes a aussi l'accréditation en périnatalité de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et une autre a un premier baccalauréat en arts avec des cours de sociologie et de psychologie.

En ce qui concerne les connaissances sur les théories de critique sociale et le concept de la sécurité culturelle, la plupart des participantes n'étaient pas ou que peu familières avec le concept de la sécurité culturelle (83%) et d'idéologies de théories de critique sociale et de postcolonialisme (100%) (voir Annexe 15).

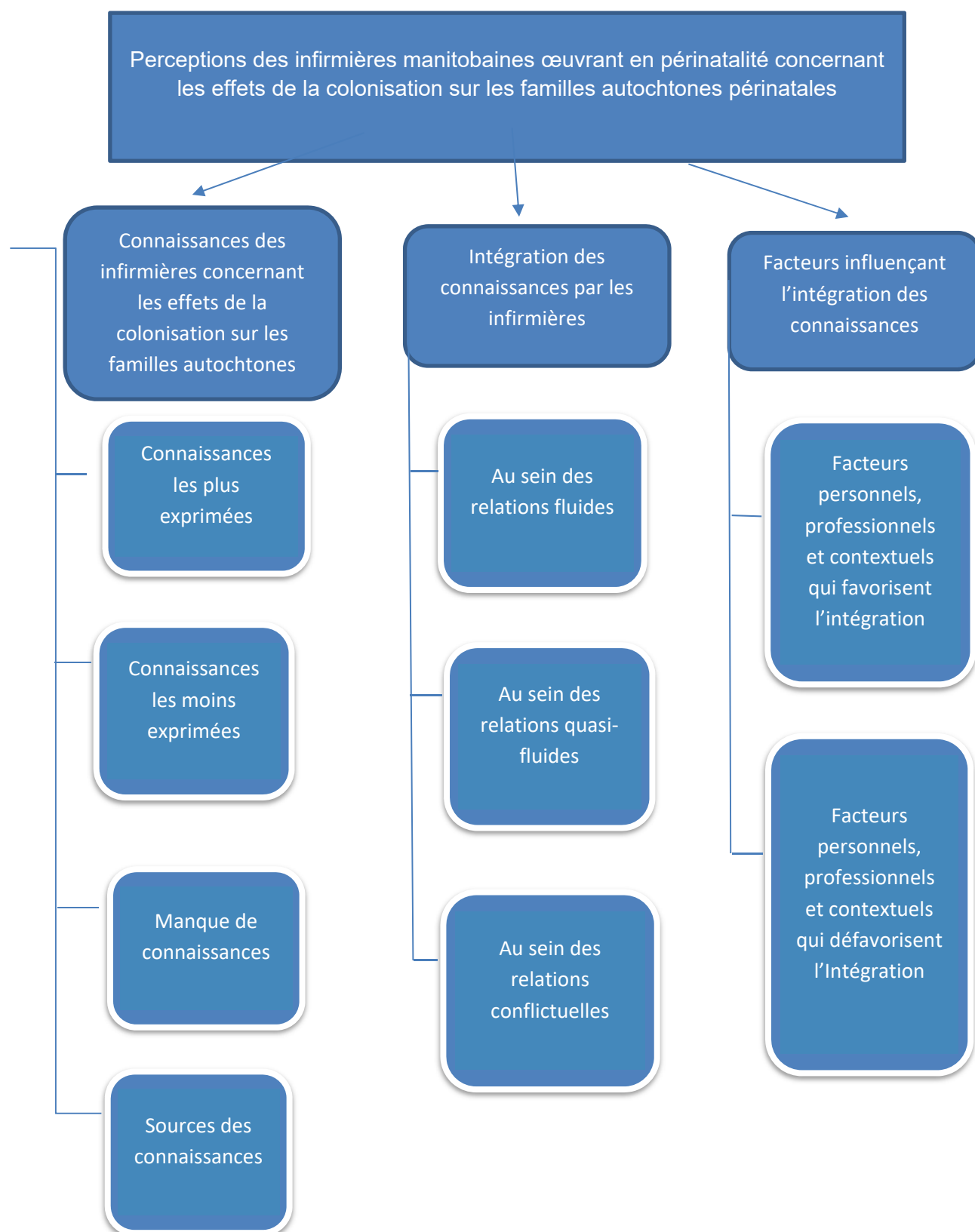
Au cours des entrevues, d'autres détails pertinents aux questions de recherche à propos des participantes sont devenues apparents. Des six participantes, trois ont des liens directs avec les autochtones et une a des liens indirects avec les autochtones. En effet, deux des participantes sont des Métis franco-manitobaines, une est enregistrée/inscrite et l'autre ne l'est pas. Le conjoint de la troisième participante en question est né Métis mais a été éduqué par une famille de Premières Nations et se considère comme Premières Nations, de ce fait leurs enfants ont aussi leur titre de traité. La quatrième participante, aussi franco-manitobaine, n'a pas de parenté directe autochtone mais a grandi avec deux amis proches autochtones qui avaient été adoptés dans des familles non-autochtones. Ces liens de parenté et d'amis d'enfance Métis et de Premières Nations ont affecté la vie des participantes et leurs réponses.

Des six participantes, quatre sont franco-manitobaines et parlent le français mais toutes les participantes ont choisi de faire les entrevues et de prendre les documentations offertes en anglais plutôt qu'en français.

4.2 Principales catégories, thèmes et sous-thèmes identifiés dans les données

Le diagramme suivant (voir Figure 1) est un schéma représentant les catégories et les sous-catégories qui ont découlé de l'analyse de contenu. L'Annexe 14 présente ces catégories et sous-catégories en plus grand détail. Ces données sont entièrement ressorties des données cueillies.

Figure 1-Principales catégories et sous-thèmes identifiés dans les données



4.3 Connaissances des participantes sur les effets de la colonisation sur les familles autochtones

Cette partie a pour but de répondre à la première question de recherche soit de décrire les connaissances des participantes. Celles-ci seront présentées selon les connaissances qui ont été exprimées le plus souvent, puis celles qui ont été le moins souvent partagées, suivies par les manques de connaissances et enfin, une discussion sur les sources de ces connaissances.

4.3.1 Aperçu général

Des six participantes, quatre ont mentionné ne pas en savoir beaucoup sur le sujet. Cependant, au cours de l'analyse des données, il est ressorti qu'une de ces quatre participantes a démontré une base de connaissance étendue. Deux participantes ont démontré un niveau de connaissances moins étendu que la première mais plus élevée qu'elles ne s'y attendaient accompagner de bonnes réflexions au sujet des effets de la colonisation. La quatrième participante a, en effet, partagé peu de connaissances sur le sujet. Les deux autres participantes ont mentionné être assez familières à très familières avec le sujet et ont démontré de fortes connaissances à propos des effets de la colonisation sur les peuples autochtones.

4.3.2 Connaissances les plus exprimées

Le guide d'entrevue a été conçu pour identifier trois sortes de connaissances : les connaissances générales, les effets de la colonisation encore ressentis de nos jours et enfin, les effets qui affectent la pratique infirmière en périnatalité. Souvent les réponses touchent à deux voire trois sortes de connaissances en fonction des participantes et de leur niveau de conscientisation. Plus le niveau de conscientisation des participantes est élevé et plus la source des connaissances émane de leur expérience professionnelle, plus les réponses tendent à toucher aux trois sortes de connaissances. Il est donc difficile de faire des sous-catégories de manière distincte qui soient complètement indépendantes les unes des autres. Malgré cette difficulté, je vais me concentrer dans la première sous-partie sur les

connaissances générales et sur les effets encore ressentis de la colonisation de nos jours. Deuxièmement, je vais me concentrer sur comment les participantes perçoivent les effets de la colonisation dans leur pratique infirmière. Troisièmement, je vais discuter de l'oppression internalisée qu'ont subis et subissent encore les parentés autochtones de plusieurs participantes.

Connaissances générales et effets de la colonisation qui affectent encore les autochtones. Les écoles résidentielles sont mentionnées par toutes les participantes, en tant que connaissances générales et en ce qui concerne les effets qui affectent encore de nos jours les autochtones. Le niveau de connaissances et de conscientisation varie beaucoup entre chaque participante. Les écoles résidentielles sont le plus souvent associées avec l'abus présent dans les écoles envers les enfants autochtones, le trauma généré par la séparation des enfants de leurs parents et des conséquences générationnelles de ce trauma. Bien que trois des six participantes disent ne pas connaître le terme « trauma générationnel », ces trois participantes sont capables d'expliquer ce que c'est et peuvent démontrer à leur manière, au cours de l'entrevue, être conscientes de plusieurs effets à long terme de la séparation des enfants de leurs parents.

Well separating parents from their children, children would grow up not knowing how to parent.[...] They lived in high stress environments so their coping skills would have been altered, their response to life would have been altered. [...] They were separated from a means of providing for family, they weren't given an opportunity to hunt and fish the same way they would sustain themselves the same way they would, their education wasn't on par with the colonists. C4

Si certaines ont réussi à faire des liens jusqu'à des effets spécifiques contemporains comme l'abus de substances et d'alcool, le manque de modèle de rôle de parents, et la perte de la culture, d'autres participantes ont du mal à cerner ou à donner des détails au sujet des écoles résidentielles.

Um (pause, réfléchit), I guess the whole school, um, was it residential schools? Euh um (silence). C1

Cependant, en parlant à voix haute, les faits ont commencé à se mettre en place :

What happened with residential schools? Euh, just kids were taken away from their parents and put into schools... euh ... residential schools where they would not see their families (silence) [...] Oh I think that's very traumatizing for a child to be taken away from his family, from their culture, or from everything they know. Must be very traumatizing. (Pause) C1

Au fur et à mesure que l'entrevue se déroule, la participante est capable d'avancer des suppositions.

Les connaissances générales au sujet de la colonisation qui sont les plus exprimées par quatre participantes sont : les colons sont arrivés, les terres ont été prises suivi d'une relocalisation des populations autochtones et le génocide culturel. Cependant, le degré des conséquences de l'arrivée des colons, et de la relocalisation des autochtones n'est pas le même pour chaque participante. De même, la conscientisation du génocide culturel, de son contexte et de la manière qu'il s'est produit est différente pour chaque participante. Pour certaines, le génocide culturel est un concept qui est exprimé avec des exemples concrets, démontrant une compréhension et une réflexion avancée comme des répercussions de manque de représentation culturelle dans leur pratique infirmière et qui a amené à un processus d'assimilation avancé.

I haven't met a lot of Aboriginal people who are very traditional. I haven't encountered it a lot, there are a few I have met, who um..., you know, will kind of bring those practices into childbearing realm but mostly not. And I don't know, maybe, if it's because our population at [our hospital] is more urban Aboriginal and those families have been here for generations upon generations, right? C2

Par contre, bien que capables de donner une définition simple du terme, d'autres participantes n'expriment pas être conscientes ou comprendre les ramifications et les séquelles d'un tel génocide. Donc, même si le génocide culturel est inséré dans une des connaissances les plus exprimées, pas toutes les participantes démontrent une compréhension des ramifications, du contexte et de l'ampleur du génocide culturel.

Les cinq participantes qui ont des connaissances à partager au sujet de la colonisation et de leurs effets sur les peuples autochtones sont d'accord pour dire que les autochtones souffrent encore des effets de la colonisation. Avec divers degrés de conscientisation, elles expliquent que la santé des autochtones a été et continue d'être

affectée par la colonisation. La majorité mentionne, dans un premier temps, les effets sur la santé physique tels les hauts taux de diabète, la surpondération de poids et les problèmes rénaux qui s'en suivent.

I know colonisation brought a whole like unhealthy living part with it too because back, before, other things showed up, well food wise, they were more healthy, right? Because they lived off the land and [...] did not eat often all the stuff that is not good for anyone. But it has affected them more because they have more health outcomes like diabetes, kidney failure and high blood pressure and all that. Because, at work, we do see a big portion of the ladies who come down that are already a high BMI or having other health issues like diabetes even before pregnancy [...] and get gestation diabetes. C3

Deuxièmement, toutes les cinq participantes mentionnent les effets de la colonisation sur la santé mentale, souvent conséquences de troubles sociaux qui peuvent engendrer des comportements de vie malsains comme les dépendances. Une participante en particulier a mentionné à plusieurs reprises au cours de l'entrevue qu'elle percevait que de vivre dans une réserve avait des effets néfastes sur la santé mentale des habitants de la réserve. Elle reconnaît de ne pas savoir pour certain, cependant, d'après ses échanges avec ses clients autochtones elle a fait des réflexions et avance une théorie possible :

I think that, and this may be a little bit of a stereotype, but being from the area we work and seeing, as far as like post partum goes and stuff, and seeing the young moms come through the reserves, a lot of them, don't finish school. And I don't necessarily think there is anything else much for them to do up there. So, they're predisposed to drinking early, predisposed to doing drugs early, predisposed to having sex early, therefore it creates that circle, um, basically it's, it's ok for it, out there. You know, and being with the drugs and the alcohol and ... feeling ... there's not much left for them, so. I think there's predisposition to depression and just feeling of despair and not having anything else to live for. C6

I think the people on the reserves feel that ... there is no hope, this is basically all they have and there is nothing really provided for them. C6

Une autre participante mentionne que l'abus de substance et d'alcool est un moyen pour certains autochtones de gérer les symptômes de leur santé mentale qui est défaillante à cause des effets de la colonisation.

Étudiante chercheuse: You mentioned alcohol abuse, drugs, hum, so to you, you see that at work and that's an effect of colonisation?

Participante: I think so. That's just medicating themselves for ... what they have to deal with. C5

Une troisième participante réfléchit sur la difficulté de sortir d'un désespoir ou d'un quotidien ancré dans les effets de la colonisation.

How would you have a recognition that you wanted something if you didn't know what was out there? and if you lived in such stressful situation, you wouldn't even be able to think beyond your day to day life and so there's no opportunity for forward thinking, for hope for any of that stuff. C4

Enfin, d'autres effets de la colonisation mentionnés par la majorité des participantes qui continuent à affecter les peuples autochtones sont de nature sociale et reliés aux déterminants de la santé comme l'iniquité d'accès aux nécessités de la vie, aux services de santé et d'éducation et la pauvreté.

En effet, la pauvreté est associée comme étant encore un effet de la colonisation ressenti de nos jours par les autochtones de par le fait qu'il s'agit d'une conséquence d'habiter dans des réserves qui sont, pour la plupart, isolées et pas facilement accessibles, offrent peu d'opportunités d'emploi, et ont un grand manque de ressources comme l'accès à de l'eau potable, à de services de santé proches et à de la nourriture saine à des prix raisonnables. La participante C6 mentionne, «I know resources are ... lacking ... tremendous... [...] Medical, proper hygiene, food, reasonable prices for healthy foods» et la participante C5 explique «Because they live in those remote communities access to health care is ... is not equal. Euh, education isn't equal and they've proven that they underfund their educational courses». Évidemment, ce genre de conditions de vie affecte la santé des autochtones, rendant la situation un cercle vicieux sans fin.

I think the poverty that they live in right now affects their health so these moms are not, some of them have diabetes and illnesses and all sorts of other issues and they're going home to multiple families living in the same home and that kind of stuff. So it's not by choice, by necessity. So they're living in third world communities so that is an effect of colonisation that should not be the case and there's no excuse for it. I shouldn't have to ask a mom, do you have running water? C4

Les connaissances partagées par les participantes sur les effets de la colonisation sur la santé physique et mentale, les iniquités au niveau des ressources et la pauvreté sont généralement faits en pensant aux autochtones vivants dans les réserves éloignées et

isolées. Peu de participantes ont pris en compte les autochtones urbains et comment la colonisation les a et continue de les affecter.

En conclusion, il est difficile de séparer les connaissances générales à propos de la colonisation des effets encore ressentis de la colonisation de nos jours. Ils sont tous interreliés et s'affectent les uns les autres. Les participantes démontrent en être conscientes parce que ces effets de la colonisation affectent leurs clientes quotidiennement.

Connaissances pertinentes à la pratique infirmière en périnatalité. Un des effets de la colonisation qui est le plus marqué dans la pratique infirmière en périnatalité et exprimé par les six participantes est l'isolation reliée au besoin de venir à Winnipeg, seule, pour accoucher et au désir de vouloir retourner à la maison le plus vite possible. Encore une fois, le lien est souvent fait de manière indirecte. Le fait d'habiter à Nunavut ou dans une réserve éloignée et isolée est la cause des déplacements reliée à un manque de ressources sur place qui sont des effets de la colonisation. Donc, les déplacements à Winnipeg ne sont pas directement liés à la colonisation de par soi-même mais le sont une fois que les participantes énumèrent leurs connaissances.

La participante C4 paraphrase ce que ses clientes pensent de la manière suivante, «I won't breastfeed because this is gona keep me here and I don't want to be here anymore». Elle conclut en disant, «They just needed to go home». La participante C3 exprime le même sentiment en ajoutant que certaines de ses clients, «don't want to be [in the hospital] and I don't blame them because they want to go home because they've been here too long». En effet, en fonction de la raison pour laquelle la cliente est envoyée à Winnipeg pour accoucher, elle peut avoir été en ville plusieurs semaines. De plus, comme le mentionne la participante C5 lorsque ces femmes viennent en ville, souvent seule, pour une si longue durée, elles doivent vivre dans des foyers de groupe qui ne sont pas toujours des plus sécuritaires et agréables, «They ... are surrounded by alcohol and drugs constantly so they have to deal with that».

Oppression internalisée subie par les autochtones depuis la colonisation. La colonisation a touché de manière personnelle quatre des six participantes. En effet, pour chaque participante qui a un lien direct avec les autochtones, que ce soit par statut Métis, par alliance de mariage ou par ami proche autochtone, il existe au moins une anecdote démontrant comment les autochtones ont souffert de leur ethnicité dans la société canadienne. Bien qu'aucune des six participantes ne connaisse le terme, trois ont donné des exemples d'oppression internalisée où des membres de la famille ont nié être de souche autochtone et ont tout fait pour être perçus par la société en général comme blanc. L'oppression internalisée est définie par Pyke (2010) de la manière suivante :

L'inculcation individuelle des stéréotypes racistes, des valeurs, des images et des idéologies perpétuées par la société dominante blanche au sujet de son groupe social, conduisant à des sentiments de doute, de dégoût et d'irrespect envers sa propre race et / ou soi-même.

Ces sentiments de dégoût incitent les personnes souffrant d'oppression internalisée de vouloir s'assimiler au point de renier toute descendance autre que blanche. Dans toutes les anecdotes, il s'agissait d'un phénomène connu mais dont aucune personne ne parlait.

Une première participante (C3) mentionne, «My great grandpa refused to identify as being of Indian descent», en expliquant que son arrière-grand-père ne voulait pas être identifié comme tel à cause des stigmas associés à une telle identification. Elle finit en disant, «It wasn't really in the forefront in our family».

Une autre participante (C5) partage comment son grand-père a vécu son identité métis, «well my grandpa never talked about the fact that he was Métis, ever», et elle explique pourquoi, «[he was] worried about being ostracized».

La troisième participante mentionne que, même encore de nos jours, certaines personnes continuent de ne pas vouloir être associées en tant qu'autochtones. Elle illustre ceci en expliquant que des membres de sa famille qui ont des traits physiques autochtones marqués renient toute parenté autochtone.

En conclusion, les effets de la colonisation les plus exprimés sont des faits généraux et encore ressentis de nos jours comme les écoles résidentielles, le génocide culturel, les problèmes de santé physique et mentale y compris les abus de substances et d'alcool, les iniquités sociales et d'accès aux ressources. L'oppression internalisée, bien qu'inconnue des participantes, est une expérience que les parentés autochtones de plusieurs participantes ont vécue. Bien que les termes généraux de chacun soient mentionnés, il est évident que le degré avec lequel chaque terme est compris varie grandement de participante à participante. Être au courant d'un effet de la colonisation ne garantit pas vraiment connaître ou comprendre cet effet. De même, beaucoup des connaissances ne sont pas directes mais indirectes ce qui indique qu'elles ne sont pas nécessairement en avant pensée.

4.3.3 Connaissances moins souvent exprimées

Quelques-unes des connaissances les moins exprimées sont des faits historiques mais, pour la plupart, sont des observations qui ont amené à des réflexions ou sont des perceptions que les participantes ont de ce que la colonisation a engendré. On retrouve dans cette partie plus de connaissances pertinentes à la pratique infirmière. Certaines de ces réflexions étaient déjà présentes avant l'entrevue, d'autres sont ressorties au travers de l'entrevue.

Connaissances générales et effets encore présents. En tant que faits historiques génériques, deux participantes mentionnent que les traités n'ont pas été signés avec un consentement éclairé et que ceux-ci n'ont pas nécessairement été observés, c'est-à-dire que les autochtones n'ont pas reçu tout ce qu'ils auraient dû recevoir d'après les traités. La participante C5 explique que, «They made all these treaties and they promised all this stuff and they, essentially, just took their land underneath them and ... then they never really fell through with [intelligible] their promises».

Si les écoles résidentielles sont bien connues, le rapt des enfants autochtones dans les années 60 l'est beaucoup moins. Une seule participante en discute.

I believe it was called the «60 sweep» where they put children or remove from ... from Aboriginal homes... and hum sent to non Indigenous communities for schooling ... and living. C2

Deux participantes expliquent que la colonisation a rendu les autochtones dépendants du système gouvernemental canadien. En effet, la majorité des participantes sont au courant des traités et de la relocalisation des peuples autochtones mais deux seulement intègrent ces connaissances pour arriver à la conclusion de la dépendance au gouvernement canadien qui en a suivi. La participante C4 illustre comment la colonisation a affecté l'autonomie des autochtones.

They were separated from a means of providing for family, they weren't given an opportunity to hunt and fish the same way, they wouldn't sustain themselves the same way they would, their education wasn't on par with the colonists. C4

La participante C5 illustre comment les réserves et les traités maintiennent la dépendance des autochtones auprès du gouvernement canadien.

There is this sense that they ... should live on reserves because that's where they get ... most of their ... what's their, what the treaties have said that they ... should be supplied [...] ... it's a perpetual... you know, relying on the government to do the things for them. [...] C5

Connaissances pertinentes à la pratique infirmière en périnatalité. Les clientes autochtones sont décrites par la majorité des participantes comme étant jeunes à très jeunes, repliées sur elles-mêmes ne parlant pas beaucoup ou au contraire comme étant très bavardes et avenantes, vivant dans des conditions de pauvreté extrême et ayant une grande parité. Lorsque demandées pourquoi les clientes sont réservées, les participantes avancent plusieurs facteurs comme l'âge, la parité, la culture et la langue, le fait que les clientes sont en terrain inconnu, et le manque de confiance que les clientes autochtones ont envers les prestataires de soins.

I think it's age sometimes, how many babies they've had, if they're familiar with the system and think they can trust you, big time, because a lot of them don't like to trust us. Depends who else is in the room with them, if they have a supportive mom. Sometimes [...] the patient's mom who's in the room is more chatty with you. [...] some of them are just quiet and it depends if they, if they do speak English or not because some of them don't. C3

Tous ces facteurs sont tout à fait pertinents mais aucun ne fait des liens avec la colonisation. En effet, cette participante associe le manque de confiance que les clientes peuvent avoir envers les prestataires de soins à une relation prestataire de soin-client sous-optimale ou à de mauvaises expériences dans le passé. Elle mentionne «I think it's their personal experiences sometimes and it depends on the doctor and the nurse too» C3. Une seule participante avance que les abus infligés par le système de santé sur les peuples autochtones comme, entre autres, la stérilisation forcée sans consentement, affectent la confiance que les autochtones ont envers le système de santé canadien.

A lot of times, culturally they ... hum.. doctors and dentists that have gone into their communities, there is a lot of mistrust because of abuse... huge, like cases of abuse where they've, you know, gone under for a filling and woken up with full dentures, you know. Things, like stories, like that, that people don't know about... C5

Cependant, plusieurs participantes font des liens entre leurs observations de caractéristiques de leurs clientes autochtones avec la colonisation de manière indirecte. Par exemple, le jeune âge des clientes n'est pas de prime abord relié à la colonisation pour la plupart des participantes. La participante C6 mentionne que cela arrive dans toutes les ethnicités. Cependant, au fur et à mesure de la conversation, donnant l'opportunité à cette participante de parler et de faire des liens, le jeune âge des autochtones commença à être associé au fait d'être isolé dans des réserves avec peu d'opportunités, situation qu'elle définit comme étant un résultat de la colonisation.

Participante C6: I think they're just, they don't have a lot of ... opportunities up there to do anything different. There's no movie theatre, there's no community centres, there's no, there's nothing for them to do, besides, hang out at each other's house. I don't know how, I don't know how far their education goes, up there.

Étudiante chercheure: And the fact that there's low level of education and not much to do, that's colonisation that did that? [...]

Participante C6: I think that, yes.

Une participante est capable de faire des liens directs entre le jeune âge des clientes autochtones et la colonisation :

What else are you supposed to do on a reserve? Where, you know, work is limited. [...] What else is there to do on a reserve than to party and to get into trouble? You

know, some of them have hockey rings that are going up, and community events and stuff like that, mostly, say like, it's like there's nothing to do. So they just, they tend to have babies early, cause their moms had their babies early and, and that's just the norm, right? C5

Un taux plus élevé de manque de soins prénataux chez leurs clientes autochtones est mentionné par trois participantes. De ces trois participantes, une ne fait aucune allusion à des liens possibles avec la colonisation ou de ses effets. Une autre mentionne que ce phénomène est spécifiquement relié au fait d'être isolé dans des réserves éloignées et que ses clientes autochtones urbaines n'ont pas autant ce problème que ces clientes qui vivent dans des réserves. Il est important de noter ici que cette participante travaille dans l'hôpital qui dessert moins d'autochtones urbains dans une région de la ville moins désavantagée avec moins de problèmes sociaux que l'autre hôpital. La troisième, qui, comme la première, travaille dans l'hôpital qui dessert une forte population d'autochtones urbains dans un quartier de la ville désavantagé, pense qu'il y a un lien entre le manque de soins prénataux et la colonisation en faisant des liens avec les troubles sociaux qui sont associés à la colonisation.

Lack of prenatal care? Probably. [...] if your life is socially chaotic ... how do you make that a priority? Going to the doctor and getting care, and when you might not know where you are sleeping tonight. Right? [...] they face, like, addiction issues... and all those things go hand in hand. So. Um and I think that's where the intergenerational trauma like we talked about before ... you know, there could be generations of alcohol. C2

Les participantes C1 et C2 font des commentaires très similaires. Elles sont toutes les deux très conscientes des troubles sociaux auxquelles font face leurs clientes et reconnaissent leur impact sur les choix de leurs clientes. La grosse différence est que la participante C2 lie l'origine des troubles sociaux comme émanant de la colonisation ce qui lui permet de mieux comprendre ce qu'elle voit dans sa pratique.

En ce qui concerne l'allaitement, une participante peut expliquer clairement comment certains faits historiques et les réalités sociales qui en découlent encore ont affecté et affectent encore le choix :

When those kids were taken away to residential schools, [...] they never saw their siblings being raised which they used to and that was a cultural, [...] protective factor in their culture. And so when we have, the residential school happening, there's a disconnect between parenting and ... kids. [...] then... the fact that they're more remote, they don't have as many resources, [...] It's hard enough for people to continue breastfeeding in the city.... you know, with a .. limited amount of support, let alone ... being from back home. C5

Les participantes C2 et C3 mentionnent penser qu'il y a un lien entre la colonisation et les bas taux d'allaitement mais avouent ne pas savoir lequel, «I think that's probably due to colonisation too. I can't, I don't really know why» C2.

Cependant, la participante C2 mentionne que la pauvreté est un facteur qui est corrélé avec de bas taux d'allaitement et elle a exprimé que la pauvreté chez les autochtones est un effet de la colonisation. Les participantes C6 et C5 ont mentionné que le bas niveau d'éducation chez les autochtones est associé à la colonisation et elles mentionnent que beaucoup de leurs jeunes clientes expriment l'intention de retourner aux études une fois le bébé né ce qui défavorise le choix d'allaiter. Donc, de manière indirecte, des liens entre la colonisation et les bas taux d'allaitement sont faits, cependant ceux-ci ne sont pas nécessairement ni très clairs ni en avant pensée. Il est intéressant de noter que ces liens sont possibles grâce à une bonne compréhension du contexte de vie des clientes autochtones quotidiennes. Même si les liens avec l'histoire ne sont pas clairs ou automatiques, le contexte de vie des autochtones est pris en considération pour essayer de comprendre la perspective et les choix des clientes.

Préjugés, stéréotypes et discrimination. Toutes les six participantes ont mentionné à un point ou un autre la présence de préjugés et de discrimination en relation avec les autochtones. Certaines ont clairement indiqué que la colonisation est directement liée avec ces préjugés, d'autres mentionnent qu'ils sont présents mais qu'ils sont liés aux troubles sociaux contemporains. Pour les participantes qui associent les troubles sociaux contemporains ou tout au moins les troubles de santé mentale à la colonisation, les préjugés et les discriminations sont alors au minimum, de manière indirecte, liés avec la colonisation.

La participante C2 mentionne qu'il existe parmi les prestataires de soins de la discrimination, du racisme et de la racialisation. «You know, with colonisation, obviously came, I mean, racism probably stemmed from that and I believe that's evident ... for sure. Whether anybody wants to admit it because it's not a positive thing to admit» C2.

Elle pense que ceci n'est pas nécessairement conscient. Elle explique que les perceptions que les gens se font, sont inconsciemment affectées par la vie de tous les jours.

We've dealt with many difficult patients and often the, the patients with the most social issues we perceive is the most difficult, and most of them are Aboriginal. So I think the perception of difficult patient Aboriginal .. they, they form a correlation in their head that's just another difficult Aboriginal patient. So, I think that definitely exists whether we want to admit it or not. C2

Le fait que les infirmières font cette corrélation inconsciemment, une discrimination s'en suit de la part des infirmières.

En conclusion, multiples liens sont faits entre la colonisation et les effets encore ressentis de nos jours, particulièrement dans la pratique infirmière. Le plus souvent, ces liens sont faits de manière indirecte ou au fur et à mesure que l'entrevue avance. Cependant, moins de la moitié des participantes ont fait ces liens et parfois ces liens ne sont pas très clairs, comme l'effet de la colonisation sur l'allaitement.

4.3.4 Manques dans les connaissances

Bien que la plupart des participantes démontrent avoir des connaissances au sujet des effets de la colonisation, le degré de conscientisation et la profondeur des connaissances varient grandement de participante en participante. Cette partie rassemble quelques manques de connaissances qui sont ressorties lors des entrevues.

Certaines participantes ne sont pas très familières avec le terme de colonisation et ont du mal à donner des exemples précis de ce qui s'est passé pendant la colonisation.

Étudiante chercheuse: What do you know about colonisation?

Participante C1: Heu ..um (réfléchit, pause silencieuse) honestly I am not too sure, the definition of (um)... I just know that (um) obviously with integrating (um) into ...

um ... as my patient called it yesterday white society, .. euh (laughs), just and how they've struggled... with that.» C1

D'autres ont du mal à s'exprimer sur ce qu'elles savent car ce n'est pas un sujet familier dont elles parlent beaucoup.

Étudiante chercheuse: What do you know about colonisation?

Participante C6: I know [Aboriginals]'ve originated from ... reserve. Euh... few of them have migrated to the city.

Elles ont entendu parler dans les médias de choses mais n'y ont peut-être pas portés grande attention. Du coup, elles ne sont pas certaines de ce qu'elles avancent ou utilisent des termes de mauvaise manière. L'extrait suivant illustre comment un manque de terminologie appropriée peut engendrer des problèmes de compréhension :

Participante C1: She's an Aboriginal, like she has her treaty card so she's...

Étudiante chercheuse: So she is First Nations?

Participante C1: Yes, but she's never lived on the First Nation either.

Étudiante chercheuse: She's, I'm sorry?

Participante C1: She never lived on a First Nation.

Étudiante chercheuse: Reserve?

Participante C1: She never lived on the reserve. C1

En parlant des écoles résidentielles, certaines participantes indiquent ne pas être certaines de l'étendue des conséquences de la colonisation comme la présence d'abus, ni du but initial des écoles résidentielles, ou de leurs conséquences sur la santé mentale.

I don't, I don't know. I think they were trying, for whatever reason, thought they were helping the children, protecting the children. I don't know of the actual goal was (pause) in reality, or what or whoever came up with the concept C1

«I think there was abuse in those places.» C6

Cause a lot of people have suffered from posttraumatic, um, stress following [residential schooling]. Not sure if people have committed suicide, over those instances, but I know there is a lot of «you robbed us from our traditions and cultures this and that. C6

Le fait que ces participantes ne soient pas sûres si des abus ont eu lieu dans les écoles résidentielles ou si des personnes ont commis des suicides à cause de ces écoles résidentielles n'est qu'un aspect des manques dans les connaissances. En effet, pour la plupart des participantes, l'assimilation forcée et la perte de la culture autochtone ressortent comme étant deux conséquences mais pas une intention de la colonisation. L'idée que la perte de la culture et des valeurs autochtones étaient le but des écoles résidentielles, de la loi indienne et de la relocalisation des peuples autochtones n'est pas vraiment présent dans les entrevues à part pour deux participantes. Ceci est visible aussi dans le langage qu'utilise certaines participantes quand elles parlent du gouvernement. Elles ont tendance à abaisser le pouvoir qu'a exercé le gouvernement canadien de l'époque. Par exemple, lorsque la participante C3 décrit ce que les colons ont fait, elle dit, «I know that they came over and kind of monopolised a little bit and took away culture.»

Les participantes qui ont moins de connaissances ont tendance à ne pas répondre aux questions mais à revenir sur leur propre expérience ou à demander l'approbation de l'étudiante chercheuse pendant l'entrevue. Ces participantes démontrent une compréhension approfondie des problèmes contemporains auxquels font face les autochtones comme l'isolation, les abus de substance et d'alcool. Cependant, lorsque demandées d'où viennent ces problèmes, une de ces participantes va quelques générations en arrière sans pour autant faire des liens avec l'histoire.

«You have the patient's history, there is times where I'm like: «ok, ... it's an addiction... and it runs in the family...it's seen, it's learned behaviour»... you...understand, I understand» C1

Une participante a conclu à la fin de son entrevue, «It just makes me think that I don't know as much as I should know» C3. Il existe un consensus parmi les participantes que plus de connaissances sont nécessaires pour mieux s'occuper des clientes autochtones. Les participantes qui expriment avoir moins de connaissances ont tendance à vouloir plus de connaissances culturelles plutôt que des connaissances sur les effets de la colonisation.

Elles mentionnent vouloir respecter leurs clientes et décrivent que pour y arriver elles tiennent à respecter leurs valeurs et croyances, particulièrement reliées aux rites périnataux.

I would like to know like their traditions because some, maybe it would help me with my teaching, because [...] I'm not an expert by any means. So it could help, like for sure it could help, any increase in knowledge could always help me with them, C3.

Ceci est d'ailleurs aussi vu dans la manière que le concept de la S.C. est décrit par certaines participantes qui pensent en avoir entendu parler, où celle-ci est définie comme un besoin de respecter les rites culturels et non comme la compréhension de la formation d'une identité culturelle à travers les faits historiques.

Étudiante chercheuse: are you familiar at all with [cultural safety]?

C3: Just from my own personal experience I guess with working with, we work with a lot of up North ladies and I guess other cultures in the city, so just kind of maintaining their culture and trying to be, what's the word, sensitive I guess, not, not so much sensitive but respect, respect their ideas and what they, what they want to do with (...) [the] after birth [...], what their customs are with baby because some cultures don't bathe babies right away or want you to bathe your baby and just like taking care of moms after too [...] so, just trying to and encouraging them to do their cultural thing, whatever.

Étudiante chercheuse: So you are talking about having some knowledge about different cultures and trying to respect those

C3: Mm (acquiescement de la tête)

Cependant, toutes les participantes éventuellement mentionnent que mieux comprendre les effets de la colonisation serait utile. Une participante qui n'a pas beaucoup de connaissance et qui mentionne plusieurs fois la nécessité d'avoir plus de connaissances culturelles, dans son sens essentialiste, pense que d'avoir plus de connaissances pourrait aider ses relations infirmière-clients, spécialement à être plus sensible dans les situations difficiles.

I think ... my (pause) knowledge base, I think definitely could be bigger, and should be bigger specially with the amount of our population that is Indigenous. (um) [...] Could help me more sensitive to the ... the ... maybe more difficult .. client ? C1

Les participantes reconnaissent que leurs connaissances provenant de leur formation infirmière ne suffisent pas et qu'elles doivent y remédier d'une autre manière.

I definitely think a better knowledge and more education, cause when we start at [the hospital], you don't ... get any...sort of training... and we don't have any training in ... in .. nursing school either. C1

En conclusion, les participantes qui ont le moins de connaissances ont tendance à avoir des difficultés à exprimer ce qu'est la colonisation et à donner des exemples précis. Le manque de connaissances affecte la capacité à mieux comprendre la réalité contemporaine à laquelle font face les autochtones et particulièrement, à séparer l'identité culturelle propre et à ce qu'elle est devenue à cause des contextes historiques. Il n'est pas certain que les participantes soient conscientes de l'étendue du rôle et des intentions initiales des dirigeants du dominion canadien de l'époque. Les participantes sont en accord qu'elles ont besoin d'approfondir leurs connaissances pour améliorer leurs relations infirmière-clients. Même si plusieurs ont mentionné que des connaissances spécifiques aux rites culturels seraient plus important, toutes sont d'accord que mieux connaître les effets de la colonisation sur les peuples autochtones pourraient être utiles dans leurs pratiques.

4.3.5 Sources des connaissances

Les sources des connaissances peuvent être classifiées en quatre catégories : source personnelle, source professionnelle, source médiatique et source académique.

La première source d'information est la source personnelle. Comme mentionné plus haut, quatre des participantes ont des liens de sang, de mariage ou d'ami proche avec des autochtones. Ces sources, pour la plupart, apportent des connaissances concrètes comme des témoignages illustrant les effets de la colonisation ou des amitiés proches ou lointaines avec des autochtones qui ont donné matière à réflexion. En plus de ces expériences, deux des participantes ont un membre de la famille qui travaille ou a travaillé de près avec des autochtones de manière officielle comme un officier d'équité de plan pour une compagnie d'assurance ou un travailleur social pour le service des enfants et de la famille. Ces sources personnelles sont généralement des outils qui aident les participantes à mieux comprendre la réalité et les incitent à réfléchir sur le sujet. Il y a cependant une exception où une

participante mentionne que d'avoir une amie proche très impliquée dans les issues autochtones peut avoir comme effet de devenir mal à l'aise ou fatiguée du sujet. Cette amie est décrite comme étant très opinée et vocale. Il est impossible d'identifier exactement les facteurs qui jouent sur les sentiments que ressent la participante. Il s'agit peut-être de la manière avec laquelle cette amie s'exprime plutôt que du sujet en soi. En effet, la participante mentionne, «If it didn't come from her I'd feel ok, she's very opinionated my friend» C3.

La participante qui avait le moins de connaissances à partager a reçu son éducation dans le système anglophone manitobain et a suivi sa formation infirmière au Manitoba comme les autres participantes. Elle n'a, cependant, pas eu la chance de recevoir des anecdotes de membres de sa famille, ni de contact personnel avec des autochtones hors du contexte de son travail jusqu'à maintenant. Elle mentionne, «The area that I grew up, we did not have any sort of exposure to that, just working at [the hospital] is the only exposure that I have had [to Indigenous people] ». C1

Avoir des expériences ou des anecdotes personnelles ou familiales qui touchent à l'expérience vécue pendant la colonisation ou même l'après-colonisation sont des atouts qui permettent une meilleure compréhension de l'histoire, tandis que de ne pas avoir été exposé aux effets de la colonisation personnellement rend ce sujet plus difficile à cerner.

La deuxième source est l'expérience professionnelle. Tout au long des entrevues, les participantes ont répondu en comparant ce qu'elle pensait savoir à ce qu'elles ont vécu dans leur pratique infirmière quotidienne. D'ailleurs, comme mentionné plus haut, les participantes qui n'ont pas beaucoup de connaissances ne répondent pas vraiment aux questions et reviennent constamment sur leur vécu. Comme vu dans la section 4.3.3 au sujet des connaissances les moins exprimées, la participante C6 démontre utiliser ses observations au travail afin de mieux comprendre ce qu'elle entend dans les médias au sujet des réserves. La participante C1 démontre aussi, dans la section 4.3.4 au sujet des manques de

connaissances, chercher des facteurs de causalité pour mieux comprendre ce qu'elle vit dans sa pratique, mais son manque de connaissances historiques l'empêche d'aller jusqu'à la source du problème et de bien comprendre l'étendue des situations auxquelles elle fait face.

La troisième source est la source médiatique. Toutes les participantes ont mentionné avoir eu des connaissances au travers des médias, principalement les nouvelles. Les participantes sont restées très vagues sur quelles sortes de nouvelles elles basaient leurs connaissances. La participante C1 mentionne à propos des écoles résidentielles, «I have heard [about] it in the media», et indique plus tard, « Usually we watch the news», ce qui indiquerait que les nouvelles télévisées seraient la source principale d'information pour cette participante. Mais les autres participantes ne sont pas aussi explicitées. Il n'est donc pas certain s'il s'agissait de nouvelles télévisées, à la radio ou des journaux papiers ou en ligne. Quelques participantes ont mentionné avoir visionné des documentaires sur le sujet.

La dernière source est la source académique. Les informations apprises à l'école primaire et secondaire sont mentionnées comme étant vagues et pas vraiment au sujet des effets de la colonisation, mais plus sur des faits et dates historiques comme les différents colons connus, la découverte et la formation du Canada. Cependant, toutes les participantes qui ont des enfants qui vont à l'école primaire et secondaire de nos jours mentionnent en apprendre plus maintenant, grâce à leurs enfants qui eux reçoivent des ateliers de formation sur les enseignements sacrés autochtones et sur la perte qu'ont subi en nombre les peuples autochtones avec la venue des colons. Le curriculum scolaire n'affecte donc pas seulement les enfants mais leurs parents aussi.

Des six participantes, deux ont terminé leur programme d'études en sciences infirmières dans les quatre dernières années. Seulement une de ces deux participantes a reçu des enseignements au sujet de la colonisation et de la sécurité culturelle au cours de

ses années de formation en sciences infirmières. Elle est la seule capable de donner une définition partielle de la sécurité culturelle.

It's the idea that ... you ... you're able to maintain a safe space for people to practice or to do whatever they need to do in order to, to follow their ... allow their ... hum religious beliefs or ... spiritual beliefs.. cause religion and spirituality are two different things so... it's allowing people to be who they are but also... asking the right questions and not ... presuming that you know someone just based on their.. they this or this. C5

Malgré l'enseignement reçu, elle pense que les informations qu'elle a reçues ne sont pas suffisantes en soi mais qu'elles étaient plutôt complémentaires à des connaissances déjà présentes. Elle explique:

We definitely talked about colonisation and ... mostly residential schools, [...] because of my background I knew a lot more about it. So then, I don't know ... (silence) like I don't know how much was really talked about in terms of ... [...], but we definitely did learn a little bit about, about colonisation and especially like I said residential schools were the big things. C5

En parlant de ses cours, elle les qualifie de ,«[...] supplementing, I don't think, I don't think it was enough» C5.

Les cinq autres participantes n'ont reçu aucune formation au sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones pendant leurs années de formation initiale d'infirmière. En effet, les curriculums qu'elles ont suivis n'avaient pas encore intégré les concepts tels la sécurité culturelle ou la santé des autochtones car ceux-ci n'étaient pas encore des connaissances exigées pour l'entrée en pratique des infirmières autorisées débutantes au Manitoba.

Des six participantes, deux ont suivi un atelier sur la sensibilisation culturelle autochtone offerte par l'ORSW (Office régionale de la santé de Winnipeg) qui leur a permis d'augmenter et de mettre en perspective leurs connaissances. C'est un atelier d'éducation continue de deux jours gratuit pour tous les prestataires de soins appartenant au bureau régionale de la santé. Au cours de cet atelier, des informations sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones sont présentées par des travailleurs autochtones accompagnées d'un partage d'enseignements sacrés, de cercles de partage et une session

de smudging. D'autres ateliers interactifs sont offerts une fois que l'employée de l'ORSW a participé dans cet atelier qui est considéré comme exigence de base pour tout autre atelier. Seules deux participantes sont au courant de cet atelier et l'ont pris. Ces deux participantes pensent que celui-ci est, non seulement, un bon moyen de mettre les infirmières au courant mais qu'il permet même d'aller au-delà de la conscientisation et de viser vers l'avenir.

They didn't just talk about ... you know, all the negative things that have happened in the past but how it was more about...this is what happened and now how do we move forward knowing that this is happened with previous generations. C2

Pour la participante C5, il ne s'agissait pas d'un moyen de mettre ses connaissances à jour car elle était déjà très au courant des faits mentionnés pendant l'atelier, mais d'alimenter sa passion. Elle mentionne, cependant, que cet atelier est très important car, « I knew all this stuff that they talked about in there, but a lot of those people had no clue ». Il s'agit donc d'un moyen efficace de transmettre des informations qui n'ont pas été encore enseigné dans les programmes de sciences infirmières, pour remettre ses connaissances à jour ou pour mieux devenir conscient des effets de la colonisation.

Une participante est bachelière en Arts et a suivi des cours de psychologie et de sociologie il y a plus de vingt ans. Il est difficile de savoir l'impact exact de cette formation sur la participante. Néanmoins, cette participante démontre de bonnes connaissances au niveau de la justice sociale, et des manques d'équité présents quant aux populations autochtones et aux déterminants de la santé.

Au cours de l'entrevue, certains termes sociaux tels le privilège blanc, la justice sociale, les préjugés, la discrimination, et l'oppression internalisée sont survenus. Les participantes n'ont jamais associé aucun de ces termes avec leurs programmes d'études en sciences infirmières, seulement avec les médias et des conversations en générale.

En conclusion, cette étude donne une idée des connaissances des infirmières qui, pour la plupart, n'ont pas eu la chance d'être formées après les changements de curriculum qui intègre les appels aux changements de la Commission de vérité et de réconciliation et

les exigences des ordres manitobains. D'autres sources de connaissances académiques ont été mentionnées comme des études en sociologie et des ateliers professionnels après leurs années de formation infirmière. Donc la plupart des connaissances viennent d'expériences personnelles, des médias et de réflexion sur ce qu'elles rencontrent au travail.

4.4 Intégration des connaissances dans la pratique infirmière

Dans cette partie, la deuxième question de recherche, soit comment les participantes intègrent leurs connaissances au sujet de la colonisation au sein de leurs relations infirmière-clients, sera explorée. Dans un premier temps un aspect général sera abordé puis les trois thèmes ressortant des données seront discutés soit l'intégration des connaissances au sein de relations infirmière-clients conflictuelles, puis quasi-fluides et enfin fluides.

4.4.1 Aperçu général

Dans cette partie, je vais montrer de quelles manières les participantes consciemment ou inconsciemment intègrent leurs connaissances ou non sur les effets de la colonisation au sein de leurs relations infirmière-clients. Je vais faire ceci en examinant des situations mentionnées par plusieurs participantes et décrire comment chacune arrive ou non à intégrer les effets de la colonisation au sein de leurs relations infirmière-clients. Afin d'aider les participantes à répondre à cette question de recherche, je leur ai demandé de décrire et de qualifier leur relation infirmière-client avec les autochtones par rapport aux relations infirmière-clients en général. Toutes ont éventuellement conclu, qu'elles étaient différentes particulièrement en ce qui concerne établir une relation thérapeutique avec leurs clients autochtones.

I've worked with Aboriginal moms in my practice of like, since I started and recognised that that there's a difference when you have, when you speak with them and care for them and I recognised that beforehand» C4

Les participantes décrivent leurs relations comme étant quasi-conflictuelles ou conflictuelles lorsque leurs clientes ou leurs familles sont perçues comme inamicales,

difficiles ou quasi-fluides quand les clientes autochtones sont réservées, et fluides lorsque les clientes autochtones et leurs familles sont amicales et avenantes

4.4.2 Au sein des relations conflictuelles

Un facteur mentionné par trois des six participantes qui crée des relations conflictuelles est l'attitude fermée, voire même belligérante parfois, que certaines clientes ou leurs familles peuvent avoir envers elles. Il s'agit alors d'un comportement non pas timide ou neutre mais qui comporte des attitudes négatives envers les prestataires de soin, un manque de confiance exprimé ouvertement et parfois des abus verbaux.

If that patient has told you to F off and get out of my room 10 times for whatever reason, you're not gonna get any of that. That's just gonna put up a big barrier, right? Um, and often times it's not even the patients themselves as we know, sometimes it's the family member that kind of puts up that barrier. Someone who's oppositional or rude to you or ... it, it just affects the relationship so much that I don't think you even have a chance to get ... um to even, to even provide that kind of care.» C2

Ceci arrive avec toute ethnicité et la difficulté est plus perçue comme émanant de l'attitude et non de l'ethnicité du client. En effet, une participante (C2) mentionne, «I think my care or my attitude toward a patient is more [affected by] how they're treating me than their race or anything else that's going on». Cependant, les participantes mentionnent que ceci leur arrive régulièrement avec des clientes autochtones ou leur famille, particulièrement dans l'hôpital qui dessert une grande proportion d'autochtones urbains. En effet, ce problème d'attitude négative des clientes autochtones est mentionné une fois par une participante travaillant dans l'hôpital de la ville qui ne dessert pas autant les autochtones urbains mais est un thème récurrent mentionné à plusieurs reprises dans les deux entrevues des infirmières qui travaillent dans l'hôpital qui dessert une grande proportion des autochtones urbains.

Lorsqu'on demande à ces trois participantes de refléter sur l'origine de cette attitude négative de la part des clients autochtones, peu de liens directs avec la colonisation sont faits. Par exemple, une participante mentionne la personnalité de la personne est plus un facteur que la culture. Une autre mentionne que certaines de ses clientes ouvertement

déclarent ne pas faire confiance aux infirmières non-autochtones. Dans ce cas, la participante dit comprendre d'où vient l'attitude de la cliente qui a eu de mauvaises expériences dans le passé avec le système de santé. Cependant, elle attribue l'attitude de sa cliente à la culture plutôt qu'à la colonisation.

In the end it was all solved and felt supported by us but it, in the beginning it was... she... we would not understand because we were not of the same culture. When in reality, we were sympathising with her and we gained her trust C1

La troisième participante, C2, mentionne aussi que les expériences passées affectent l'attitude. Elle mentionne, en parlant des clientes autochtones qui sont inamicales, que celles-ci, «might feel a bit oppressed, right? Um, yeah, that's true, I mean... yeah that's very very true. How they've been treated by other ... white people». Elle ne fait pas de liens directs entre être mal traités par des personnes blanches et la colonisation dans cette partie de l'entrevue, cependant, elle a mentionné le racisme envers les autochtones comme étant présent dans la pratique infirmière qui mène à la discrimination. Les autochtones peuvent le ressentir et de ce fait, peuvent se sentir opprimés par les infirmières. Donc, de manière indirecte, la participante C2 associe l'attitude négative de certaines de ses clientes à un mécanisme de protection contre une discrimination émanant de la colonisation ou à de la résilience.

D'autre part, une certaine frustration peut être ressentie, particulièrement quand une participante (C1) verbalise ne pas comprendre pourquoi ses clientes adoptent des modes de vie malsains qui forcent l'implication des services de la famille et de l'enfant. Par exemple, elle partage un conflit auquel elle a fait face dans sa pratique en postpartum. Une cliente a exprimé un ressentiment au fait que son bébé allait être appréhendé et jugeait que ceci lui arrivait parce qu'elle était autochtone. La participante pense que le seul facteur qui entrainait en considération dans l'appréhension était le fait que la sécurité du bébé était en danger parce que la cliente avait été admise sous l'influence de l'alcool ou de substances psychoactives et, à son avis, l'ethnicité de la cliente n'était pas un facteur dans la décision. De fait, parce que la participante démontre ne pas comprendre pourquoi la cliente pense que son ethnicité

est un facteur important dans l'appréhension de son bébé, elle perçoit la cliente comme 'jouant la carte autochtone', se faisant, créant des difficultés au sein de la relation infirmière-client. Or, les autres participantes, qui travaillent dans l'un ou l'autre hôpital et/ou dans d'autres domaines de la périnatalité, et qui ont exprimé être conscientes de cet effet boule de neige, n'ont pas exprimé une telle frustration/difficulté au sein de leurs relations infirmière-clients.

'Jouer la carte autochtone' est un concept que décrit la participante (C1) lorsque les clientes autochtones ou leurs familles accusent les prestataires de soin de ne pas recevoir des soins à cause de leur ethnicité autochtone. Lorsque demandée d'où peut provenir ce genre d'attitude, la participante C1 répond «I think that ...I for whatever reason, they ... they feel they need to say that. Like, they get their back up and that is the first thing they say. So something is clearly happened in the past regarding that». Malheureusement, cette participante ne sait pas ce dont il s'agit.

Malgré les barrières sociales présentes et le fait que cette participante voit les autochtones comme 'jouant la carte autochtone', elle travaille fort pour arriver à former de bonnes relations infirmière-clients. Elle attribue plusieurs traits professionnels qui l'aident dans ses relations infirmière-clients. En effet, elle mentionne l'importance d'être honnête dans ses propos, de ne pas cacher, par exemple, qu'elle évalue le nouveau-né pour des signes de sevrage des parents. Elle joue aussi le rôle d'avocate pour la patiente autant de fois qu'elle le peut. Elle utilise aussi l'aide de l'officier de liaison autochtone pour faciliter des conversations avec des autochtones qui se sentent lésés par le système ou les prestataires de soin. Donc, elle utilise des techniques de communication thérapeutique, agit de manière congruente avec le code d'éthique et utilise des outils à sa disposition pour parvenir à ses fins. Toutes les participantes mentionnent des tactiques pour gérer ce genre de situations comme ne pas le prendre personnellement, être patiente et offrir le meilleur des soins possible malgré le contexte comme le dit C1« I think that, obviously, although they might fit

the stereotype, not treating them poorly so treating them ... as ... best as... it's possible and offering the support, or whatever, you know.».

En conclusion, il n'est pas clair comment les participantes qui peuvent faire des liens entre les effets de la colonisation et la réalité quotidienne des autochtones intègrent ces connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients mais elles semblent exprimer moins de frustration. Malgré ces difficultés, les participantes disent arriver à établir une relation thérapeutique dans des situations difficiles grâce à leurs habiletés professionnelles et en suivant les normes déontologiques.

4.4.3 Au sein de relations quasi fluide

Les relations quasi fluides font référence à des relations infirmière-clientes efficaces mais qui requièrent de l'infirmière une intervention ou une adaptation à sa manière de procéder pour arriver à une relation infirmière-client fluide. Ce terme est utilisé pour décrire les relations infirmière-clientes discutées dans la section 4.3.3 sur les connaissances les moins souvent partagées, où les clientes autochtones sont décrites comme étant réservées, ne posant pas de questions, et voulant rentrer chez elles rapidement. Ce genre de comportement rend, pour la plupart, les relations infirmière-clients plus difficiles. Certaines participantes ne font pas de liens entre ce comportement et la colonisation tandis que d'autres en font de manière indirecte et parfois directe. Les participantes qui sont capables de faire des liens directs donnent des exemples sur comment elles intègrent leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients. Ceci va être démontré dans les deux exemples qui suivent.

En effet, la participante C4 décrit que le dialogue peut être difficile parfois lorsque les clientes sont réservées et ne demandent rien de la part des prestataires de soin, «I think they don't ask for help because, I think, partly, they don't feel like they're entitled to help». Pour elle, ceci est directement lié à la colonisation. Cependant, elle a des tactiques qu'elle

utilise pour contrer cette barrière. Ces tactiques sont influencées par ses connaissances sur comment ses clientes sont affectées par la colonisation.

I think it's always important to ask for permission before you do anything or before you approach somebody, but I think in this particular, in any situation where there's somebody who comes from a high stress environment whether it's from the colonisation, sort of Aboriginal moms, or whether it's a refugee, [...] you have to ask permission. But I think we have to be very, very clear that we have to ask permission for these moms. C4

Elle nomme, entre autres, d'autres techniques comme demander la permission de s'asseoir, de ne pas être dans une position qui accentue sa position de pouvoir comme être debout et regarder de haut sa cliente, et de respecter leurs limites culturelles comme ne pas forcer le regard direct.

La participante C5 s'attend mais ne prend pas pour acquis que ses clientes autochtones vont être réservées. Elle reconnaît que ce repli sur soi-même a des souches dans la colonisation, comme les pratiques médicales imposées sur les peuples autochtones sans consentement éclairé, mais il a besoin d'être évalué car il peut cacher bien nombres de facteurs autre la norme culturelle, ou le manque de familiarité avec le système hospitalier comme une violence domestique ou un antécédent d'abus sexuel.

Especialy if they're quiet. Then, then I am thinking something is up, or if they're with somebody and they keep looking at them, look for answers, because then you're like what's, what's this dynamic, what's the dynamic between that person and their caregiver or the boyfriend who is in the corner C5

Cependant, au contraire des autres participantes, il ne s'agit pas d'un facteur qui affecte négativement ses relations infirmière-clients. Elle avance d'être capable d'établir une relation avec ses clientes autochtones assez rapidement. Comme la participante C4, la participante C5 mentionne aussi des tactiques qu'elle utilise au sein de ses relations infirmière-clients comme être consciente qu'elle a tendance à parler beaucoup et du besoin qu'elle a de se retenir de parler et de faire attention au ton de sa voix. Elle mentionne la nécessité de poser beaucoup de questions afin de, non seulement, mieux connaître sa cliente mais aussi dans le but d'équilibrer les pouvoirs entre elle et sa cliente. À cette fin, elle indique que de parler d'elle-même permet aux clientes d'apprendre des choses sur elle, ce

qui aide à rééquilibrer les pouvoirs. Elle ajoute l'importance d'être patiente et d'attendre pour les réponses. Elle mentionne aussi être à l'affût de signes qui indiqueraient que sa patiente serait inconfortable avec les procédures invasives telles le toucher vaginal. Donc, loin de voir le silence ou la réservation de ses clientes comme une barrière à une relation thérapeutique, elle l'utilise pour mieux comprendre ses clientes et elle l'affronte plutôt que de s'en laisser intimider.

I ... talk quieter with many of those moms and... I wait for their answers because otherwise, if you don't, if you're not patient enough with them they won't talk, and they won't trust you if you ... don't euh... take your time with them. That's what I find. Cause they're petrified to be in the city anyway, at the hospital. C5

Certaines de ses tactiques sont utilisées pour toutes les clientes, comme être à l'affût de signes que la patiente peut avoir été abusée sexuellement. Cependant, elle est aussi consciente que les abus et la violence domestique sont très élevés dans cette population ce qui l'a rend plus vigilante. Les tactiques adoptées prennent en compte la réalité des clientes contemporaine en ayant une bonne compréhension de pourquoi cette réalité existe grâce à de fortes connaissances sur les effets de la colonisation.

D'autres participantes, comme vu dans la section 4.3.3 portant sur les connaissances les moins partagées, associent ce repli à des facteurs contemporains et ne démontrent pas intégrer dans leur pratique des tactiques qui prennent en compte le contexte historique.

En conclusion, trois participantes sur quatre reconnaissent une difficulté à entamer des relations thérapeutiques avec leurs clientes lorsqu'elles sont réservées et repliées sur elles-mêmes tandis que la quatrième ne voit pas ça comme une difficulté. Deux de ces participantes reconnaissent que la colonisation est un caractère influençant et offrent des tactiques qu'elles utilisent pour faire face à ce repli. Ces tactiques sont des tactiques communes de relation thérapeutique et de compétences culturelles mais qui sont utilisées en gardant à l'esprit le contexte historique des clientes. Les participantes qui ont des connaissances et qui les intègrent au sein de leur relations infirmières-clients le font souvent de manière inconsciente et le démontrent à travers leur communication thérapeutique.

4.4.4 Au sein des relations fluides

Toutes les participantes ont mentionné entamer des relations thérapeutiques fluides avec leurs clientes autochtones lorsqu'elles n'étaient pas réservées, et qu'elles étaient bavardes et avenantes. Comme la participante C3 mentionne, être loquace est associée à des sentiments positifs de la part de la participante, «the ones that I've had on the weekend were super chatty and lovely».

Comme le mentionne la participante C2, il n'est pas souvent attendu que les familles autochtones soient considérées comme «nice». Elle remarque le comportement suivant lors de rapport entre infirmières :

I have had nurses say about an Aboriginal patient «oh she's really lovely, this is a really nice family» because they're thinking that's not the norm. right? So they, they kind of make that disclaimer «oh! You'll like this patient, this is a nice family». C2

Il faut mettre ce commentaire dans le contexte de l'hôpital où travaille la participante C2 qui est celui où il y a de nombreux problèmes sociaux, d'autochtones urbains et une acuité élevée comme un grand nombre de naissances de nourrissons peu prématurés. Il est possible que ce sentiment ne soit pas partagé dans l'autre hôpital.

Les participantes mentionnent aussi avoir des relations infirmière-clientes fluides avec des clientes Inuits de Nunavut que de P.N. au point où trois des participantes mentionnent adorer avoir des clientes Inuits qu'elles soient loquaces ou réservées, «Inuit patients ends down being everybody's favorite patients. It's like we get so excited, like «Yeah! I am getting an Inuit mom!» C1.

Elles reconnaissent une différence culturelle entre les P.N. vivant dans des réserves et les Inuits, principalement basé sur le fait qu'il y a un meilleur rapport entre les Inuits et les participantes pour commencer, «[The Inuit] ladies are very, they are different than our Manitoban population. [...] It's not that our Manitoban population isn't appreciative but they don't verbalise it as much as the Inuit ladies do.» C1. Il se pourrait que le rapport entre les participantes et les clientes Inuits soit plus fluide parce que la colonisation a affecté les

peuples Inuits différemment. En effet, les Inuits n'ont pas été assujettis par la Loi indienne et n'ont pas signé de traité mais, en revanche, ont éventuellement réussi à obtenir l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut en 1993, qui a abouti à la création du Nunavut, une des quatre régions Inuits (Taylor, 2016).

Lorsque les relations infirmière-clients sont fluides, les participantes ont tendance à être plus en mesure d'entamer des conversations qui leur permettent de mieux connaître leurs clientes et de découvrir ce dont elles ont besoin, de faire des ponts entre les différentes cultures et de mieux se comprendre. Les participantes démontrent être plus sensibles aux expériences et aux conditions de vie des clientes avec qui elles peuvent établir de bonnes relations. Par exemple, elles reconnaissent le besoin que ces femmes ont de quitter l'hôpital rapidement pour retourner au centre Inuit et à la maison, « they do want to go home to the Inuit center and they want to get out of there right away and I totally understand because they've been down here for a month or two» C3. Les participantes mentionnent discuter aisément avec ces femmes des différences de culture entre la ville de Winnipeg et Nunavut, « I love [Inuit clients] and hearing their stories and talking to mom and, (pause) when I get a chatty one, [...] I get so excited cause I love hearing all about and they're so sweet and they're so nice» C1. Ces échanges ont amené certaines participantes et leurs collègues de travail à réaliser que le système de soins n'est pas présentement adapté aux besoins de leurs clientes particulièrement en ce qui concerne leur régime alimentaire.

[...] One thing that we've been saying for a while is that they need, and it's funny cause we don't say it about Indigenous [clients], but we're saying that we need special diet for [Inuit] moms that what we are serving them. C1

Les relations fluides favorisent un désir culturel au sein des participantes et leur permettent de faire une évaluation culturelle et même une évaluation des déterminants de la santé qui peuvent affecter la cliente autochtone et sa famille plus facilement. Les relations fluides peuvent, donc, favoriser la conscientisation du manque de justice sociale comme l'isolement, des conditions de vie différentes et difficiles dans les régions éloignées.

Cependant, il n'est pas clair si ceci est fait dans le contexte d'effets de la colonisation ou juste dans le contexte social présent. Il n'est pas clair non plus comment les participantes intègrent leurs connaissances au sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones au sein des relations infirmière-clients. Outre le fait qu'elles ont hâte de s'occuper de leurs clientes avenantes ou gentilles, les participantes ne démontrent pas si et comment leur pratique infirmière est adaptée en fonction de leurs connaissances au sujet des effets de la colonisation. En effet, elles démontrent un entrain et un désir de vouloir s'occuper de ces clientes qui doit affecter leurs attitudes positivement, mais cet entrain n'est pas relié à leurs connaissances, seulement à leur attente d'avoir une relation amicale, fluide et intéressante. De plus, même si les participantes démontrent être conscientes des problèmes d'isolement, de manque de ressources, ou de manque de représentation culturelle en ville et à l'hôpital et que cette conscientisation est reconnue comme étant un effet de la colonisation, plus ou moins directement en fonction de la participante, les participantes ne démontrent pas intégrer des démarches spécifiques reliées au fait que ces circonstances sont liées à la colonisation comme les participantes ont mentionné lors de leurs relations quasi-fluides.

En conclusion, les effets de la colonisation ne sont pas nécessairement plus consciemment intégrés au sein des relations infirmière-clients plus cordiales que moins cordiales ou plus difficiles. Les infirmières ont tendance à avoir plus envie de s'occuper de ces patientes sans pour autant intégrer dans leur démarche des tactiques ou des interventions qui reflètent des besoins spécifiques reliés aux effets de la colonisation. Par contre, elles ont tendance à être plus conscientes des manques de représentation culturelle dans le système de soin comme une diète ethnique ou de l'injustice de devoir faire face à l'isolation forcée. Elles ont aussi tendance à vouloir en apprendre plus sur leurs contextes de vie et leurs cultures.

4.4.5 Résumé de cette section

En général, plus les participantes ont des connaissances au sujet de la colonisation plus elles démontrent être conscientes que les effets de la colonisation affectent leurs clientes autochtones et leur relation infirmière-clients. Cependant, peu sont capables d'articuler si et comment elles intègrent leurs connaissances à propos des effets de la colonisation au sein de leur relation infirmière client. En plus, trois des participantes indiquent que l'intégration des connaissances des effets de la colonisation au sein de leur relation infirmière-client ne se fait que dans l'arrière-pensée et non en avant-pensée même si elles sont très connaisseuses. L'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients varient grandement d'une participante à l'autre et en fonction de la qualité de leurs relations infirmière-client. Il semblerait qu'une plus grande intégration des connaissances se fait lors de relations quasi-fluides.

4.5 Facteurs influençant l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-client

Cette partie a pour but de présenter les réponses des deux dernières questions de recherche, soit les facteurs qui favorisent et défavorisent l'intégration des connaissances au sujet des effets de la colonisation au sein des relations infirmière-clients. Dans un premier temps, un aperçu général au sujet des connaissances et de leur intégration au sein des relations infirmière-clients sera abordé. Puis, les facteurs favorisant l'intégration de ces connaissances seront discutés suivi des facteurs nuisant à leur intégration.

4.5.1 Aperçu général des connaissances et de leur intégration au sein des relations infirmière-clients

Les participantes qui démontrent intégrer leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients sont celles qui ont des connaissances de base assez élevées, celles qui ont des expériences personnelles avec les effets de la colonisation sur les autochtones, celles qui démontrent une réflexion active ou sont conscientes qu'une réflexion

active est nécessaire et qui ont tendance à faire des liens plus facilement entre la réalité qu'elles rencontrent dans leur milieu de travail et les effets de la colonisation, même si ce n'est qu'en arrière-pensée. Deux participantes ont montré intégrer leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients, tandis qu'une autre participante ne démontre pas intégrer ses connaissances autant mais offre des réflexions qui pourraient influencer l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients.

4.5.2 Facteurs favorisant l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients

Les participantes qui ont démontré intégrer leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients ont identifié quelques facteurs qui favorisent cette intégration qui peuvent être catégorisés comme étant des facteurs personnels, professionnels et contextuels.

Dans les facteurs personnels, outre le fait que ces participantes démontrent avoir des connaissances approfondies sur les effets de la colonisation, deux facteurs ressortent soit un intérêt sur le sujet de la colonisation et un sentiment de responsabilité à l'action.

L'intérêt que les participantes portent sur le sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones peut avoir différents effets. En effet, comme vu dans la section 4.3.5 à propos des sources des connaissances, l'expérience personnelle que les participantes ont avec des relations ou amis autochtones, en général, permet une meilleure compréhension du vécu. Cependant, comme les anecdotes données dans la section 4.3.2 au sujet de l'oppression internalisée le montre, celles-ci ont affecté les participantes de différentes manières. Pour certaines, ce n'est qu'une anecdote qui a affecté sa parenté mais qui n'a pas l'air d'affecter la participante personnellement sur son identité et qui ne lui fait pas nécessairement remettre des choses en question. Pour d'autres, ce sont des anecdotes qui ont affecté la façon de penser des participantes, leur regard sur le sujet et qui les incite à la réflexion. Afin que cette expérience alimente un intérêt personnel, il s'agit souvent d'une

expérience plus récente dans le temps et qui touche des membres de la famille proche de la participante.

Un minimum d'intérêt général dans le sujet est un facteur important afin d'assurer que les connaissances soient assimilées. Comme une participante le mentionne, faire suivre l'atelier offert par l'ORSW de manière mandataire n'est pas nécessairement la meilleure solution, «It has to come from..., from something that you want. You can't ... cause, you can't force that knowledge on people, cause even if they hear it, they won't necessarily ... gain it» C5. Cette participante propose qu'au minimum une ouverture d'esprit sur le sujet favoriserait une meilleure chance d'assimilation des connaissances et d'intégration.

Un intérêt, quel qu'il soit, favorise un désir d'acquérir une plus grande base de connaissances. En effet, les deux participantes qui ont partagé un intérêt spécifique et personnel pour le sujet sont les deux seules participantes qui connaissaient l'existence de cet atelier. La participante C5 mentionne que parce qu'elle est intéressée par le sujet, elle est plus alerte autour d'elle sur différentes opportunités d'apprentissage sur le sujet. Donc l'intérêt que portent les participantes sur le sujet les pousse à acquérir plus de connaissances, à les approfondir ce qui pousse à la réflexion et, éventuellement, à l'action.

Le deuxième facteur personnel qui, de soi, va découler dans un facteur professionnel, est le sentiment de responsabilité comme celui qu'une participante mentionne avoir pour rebâtir sur les fautes du passé. La participante C4 mentionne:

Because of what was done, we now have a responsibility to shape a better life and a better future for these new people that are coming and these new families that are being born. And we need to be able to support them. I didn't come on the boat but somebody in my family did and so I don't have responsibility for what happened but I have a responsibility for how I deal with it myself. C4

Loin de démontrer une culpabilité pour les événements du passé, la participante C4 déclare se sentir responsable dans le présent pour l'avenir, et cette responsabilité, de nature personnelle, affecte son attitude professionnelle. Ce sentiment de responsabilité semble être devenu une obligation déontologique poussée par un intérêt de justice sociale. Son

engagement envers le manque de justice sociale est aussi illustré dans un portrait plus général comme l'isolation et le manque d'accès routier, « if it was a population of with anglosacks that lived up north somewhere, they would be damn sure they'd have a road or train that would actually work ». La présence d'un intérêt politico-social influencé par un manque de justice sociale est aussi ressenti aussi lorsqu'elle mentionne, « So they're living in third world communities so that is an effect of colonisation that should not be the case and there's no excuse for it. I shouldn't have to ask a mom, do you have running water? ».

Ainsi, l'intérêt incite les participantes à en apprendre davantage, à être aux aguets de développement sur le sujet et à prendre position par rapport au sujet qui peut, à son tour, affecter leur attitude professionnelle. Plusieurs types d'intérêt ont été identifiés comme un intérêt émanant d'expérience personnelle, un intérêt général sur le sujet de la colonisation et de ses conséquences, un intérêt pour la justice sociale et politico-social. Ces intérêts influencent et sont influencés par les connaissances. Ceci indique qu'un intérêt peut être développé au fil du temps grâce à un approfondissement des connaissances.

Dans les facteurs professionnels, l'expérience clinique semble être un atout dans l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-client. Deux de ces trois participantes ont plus de 50 ans d'expérience combinés alors que la troisième commence juste sa carrière. Cependant, l'infirmière qui commence sa carrière démontre une maturité avancée. Quant à la participante C4, qui n'a ni lien personnel avec les autochtones ni une passion spécifique pour la santé des autochtones, démontre une forte intégration des connaissances au sein de ses relations infirmière-clients grâce à ses 30 ans d'expérience. Sa maturité et son expérience sont des atouts qui l'aident à prendre du recul et refléter sur le contexte de vie de ses clientes afin de mieux les comprendre et les servir.

I interact with everybody individually as they need me to, I hope, I mean there are some that I totally fall flat, but for the most part, I try to be aware of who I'm meeting and how to meet them to the best of my abilities where they are. C4

Le fait qu'elle soit une consultante en lactation et non une infirmière au chevet est aussi un fait contextuel qui influence positivement son habileté à être consciente. En effet,

elle ne voit que les familles qui ont accepté de la voir, sa position en est une de privilège et donc la nature de ses relations avec ses clientes et leurs familles est différente que celle des infirmières de chevet qui ont une relation obligatoire avec leurs clientes. De ce fait, elle est plus consciente de devoir utiliser des outils de relation thérapeutique comme prendre son temps et s'asseoir avec les clients.

I would always ask for permission to sit and spend time with them and I try really hard to find a place that I can sit down with them so that I'm not standing over. C4

En conclusion, les facteurs personnels qui favorisent l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients sont avoir un intérêt quelconque sur le sujet des effets de la colonisation, que ce soit un intérêt général, personnel ou pour la justice sociale, et un sentiment de responsabilité qui en découle. L'expérience personnelle et la maturité sont des facteurs professionnels tandis qu'un rôle l'infirmier plus collaborateur est un facteur contextuel qui favorisent l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients.

4.5.3 Facteurs nuisant à l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients

Dans cette sous-partie, la dernière question de recherche, soit les facteurs nuisant à l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients, est explorée.

Quelques facteurs sont ressortis des entrevues qui pourraient affecter défavorablement l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients. Pour certains, leur rôle est assez clair, pour d'autres, il n'est pas certain du rôle de leur présence sur l'intégration des connaissances au sein des relations, mais leur présence affecte la qualité des relations. Dans cette section, les facteurs qui sont plus clairement associés à un manque d'intégration des connaissances seront présentés.

Les facteurs qui affectent défavorablement l'intégration des connaissances au sein des relations infirmières sont principalement des facteurs contextuels. Le manque de temps a été nommé comme étant un facteur principal. La participante C5 mentionne, «it's mostly

just workload and ... hum ... I think workload. Cause nothing, nothing else would prevent me from truly wanting me to do my work other than not having enough time». La participante C4 avoue que sa position en tant que consultante en lactation est un atout, «I have the benefit of being able to spend time with families when I see them [...] but that's not the case with bedside nurses». Lorsque les participantes sont occupées, elles agissent en mode autopilote, surtout quand l'acuité est élevée. Lorsque demandée si elle est consciente des faits qu'elle a partagée jusqu'à présent des effets de la colonisation sur les peuples autochtones, la participante C2 mentionne, «Probably in the heat of L&D, probably not... I am probably not thinking much about ... um cultural... sensitivity, awareness with any culture».

Cependant, la participante C2 continue sa réflexion sur le sujet et avance qu'au-delà du facteur contextuel de temps, le manque de conscientisation de pratiquer des soins culturellement appropriés est lié un facteur transcendant au manque de temps, soit le manque de l'habitude:

I probably would just treat everybody kind of the same, to be honest, until I would ... kind of think back, like kind of reflect on it more. I ... honestly probably don't always do. I just kind of go in, provide the care I need to do and, and it's not always the most, probably not always the most culturally sensitive. C2

La culture de l'unité, principalement la culture infirmière de l'unité, a été identifiée comme pouvant affecter négativement l'intégration des connaissances. La participante C2 indique que les perceptions des infirmières sont affectées par ce qu'elles voient tous les jours et comme elles vivent des situations, souvent de nature sociale, difficiles régulièrement, elles ne s'attendent pas à voir des familles autochtones avec moins de problèmes sociaux et qui ne sont pas inamicales envers elles. Ce genre d'expérience affecte les attentes de la plupart des infirmières sur cette unité et donc affecte leur culture au travail. La participante C5 donne un autre exemple où la culture infirmière a négativement affecté sa pratique et potentiellement la sécurité culturelle de sa cliente. Elle mentionne que des collègues ont fait des commentaires et ont adopté des attitudes négatives envers elle et la

famille quand un père autochtone a voulu être avec sa fille pendant qu'elle accouchait parce que ceci était considéré hors de la norme culturelle et donc inquiétant.

My charge nurse like yelled at me in front of the patient saying «he's not allowed in here, show him out. He's too blablabla» and I was like «yeah I know that but he wanted to come see his daughter» and she said «what did he want in there anyways?».C5

La participante a évalué que la cliente avait besoin d'une personne de support et son père ayant toujours été cette personne, le choix d'avoir son père dans la salle d'accouchement était normal.

You're always analysing people for the dynamics anyways, [...] maybe it is something weird, I don't know, but at the same time other people want their, both their parents there or the dad is primary care giver so why wouldn't he be there? C5

Cet exemple démontre comment la culture d'une unité peut affecter négativement la perception d'une situation et abaisser le besoin de faire une évaluation de la situation indépendante de la pensée courante.

En conclusion, les facteurs qui défavorisent l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients pourraient être des facteurs qui défavorisent les chances d'être consciente, lors des contacts avec des clientes, des effets de la colonisation qui pourraient affecter de manière contemporaine la relation. Le manque de temps et les hauts taux d'acuités sont des facteurs contextuels qui favorisent un mode d'action d'autopilotage. La culture infirmière peut affecter l'individualisme de la pensée de l'infirmière et défavoriser l'intégration des connaissances personnelles dans un contexte professionnel.

4.5.4 Facteurs qui ne sont pas clairement associés à l'intégration des connaissances

Les facteurs associés à cette sous-partie sont des facteurs identifiés problématiques quant aux relations infirmière-clients mais qui ne permettent pas de répondre à la question de recherche sur quels facteurs défavorisent l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients de manière directe. Cependant, ils permettent de mieux connaître le contexte dans lequel les infirmières travaillent et avancent des difficultés que celles-ci

rencontrent lors de leurs interactions avec leurs clientes autochtones. Les différents contextes ainsi exposés pourraient être des pistes à poursuivre. Dans un premier temps les facteurs à la fois contextuels et professionnels vont être explorés puis les facteurs à la fois personnels et professionnels le seront.

Un facteur contextuel, et à la fois professionnel, problématique quant aux relations infirmière-client est le rôle infirmier de la participante. En effet, il est ressorti dans les entrevues que les relations infirmière-clients sont différentes pendant le travail et l'accouchement et en période de postpartum. Par exemple, les problèmes sociaux ne sont pas adressés pendant l'accouchement, mais le sont une fois que le bébé est né, ce qui insinue la possibilité qu'il soit plus difficile d'entamer et de maintenir une relation thérapeutique en période post-partum que pendant l'accouchement en présence de problèmes sociaux. La participante C2, qui travaille en ce moment en salle d'accouchements et qui a travaillé le plus gros de sa carrière sur TARP, mentionne à propos de l'unité de postpartum sur laquelle elle a commencé sa carrière:

I was so burned out already on postpartum. I was just done. You would run all day long. And then, the social issues are also taxing too even though you have a social worker. That's was a huge part of it, right? C2

Elle explique que cette difficulté est grandement associée au fait qu'elle avait les aptitudes pour s'occuper de ses clientes sur le point émotionnel et physiologique mais pas social et que ceci l'a rendu mal à l'aise dans ses relations infirmière-clients. Elle explique que malgré ses connaissances au sujet des effets de la colonisation, il lui manque encore avoir les connaissances et le savoir-faire pour mieux gérer les cas sociaux difficiles dans un contexte infirmier.

Well, I'll deal with your physical issues, I'll help you with your breastfeeding, but let's pond everything else to the social worker» but then it's my lack, it was my lack of knowledge that made me uncomfortable, and it's still. C2

On retrouve ici plusieurs facteurs confondants. Une infirmière en postpartum, dans le contexte où les unités TARP existent, s'occupe de clientes dont la grossesse et l'accouchement sont à risque ce qui augmente l'acuité des soins. De plus, les clientes avec

des problèmes sociaux, dont les autochtones urbains en semblent souffrir beaucoup, sont celles qui ont le plus de risque d'avoir des grossesses et des naissances à risque. Ajouté à cela, les clientes avec les problèmes sociaux ne sont pas réparties également dans la ville et se concentrent dans l'hôpital qui dessert une plus grande proportion d'autochtones urbains. Donc, les infirmières en postpartum font face à face à une acuité de soins élevée et à une plus grande proportion de clientes autochtones avec des problèmes sociaux importants.

We're seeing the, the rough, the social issues, the drug abuse, [...] the ones that come rolling in fully dilated and completely drunk. Um, we're seeing all of that. So, it's changing, it's obviously affecting perception, right? Whether you're thinking it is or not. C2

Comme la participante C2 le mentionne, la perception de ces infirmières en est affectée et ceci affecte les relations infirmière-clients. Le comportement intitulé 'jouer la carte autochtone' qu'une participante a mentionné, surtout si celui-ci n'est pas lié ou compris comme étant un mouvement de résilience de la part des autochtones, amplifie les difficultés d'établissement de relations infirmière-clients thérapeutique.

En somme, les facteurs contextuels et à la fois professionnels identifiés sont l'hôpital et l'unité dans lesquels les participantes travaillent en relation avec le rôle de l'infirmière qui sort des normes du champ de pratique et pour lequel elles ne se sentent pas préparées à gérer. Il n'est pas clair, cependant, comment ces facteurs problématiques au sein des relations infirmière-clients sont liés à l'intégration ou non des connaissances des effets de la colonisation au sein des relations infirmière-clients. En effet, la participante C2 a des connaissances assez approfondies sur les effets de la colonisation, et elle démontre être consciente que le contexte dans lequel elle travaille affecte sa perception et celle de ses collègues. Or, elle ne donne aucune indication qu'elle intègre ces connaissances au sein de sa pratique, au contraire des deux autres participantes qui travaillent dans l'autre hôpital de la ville et qui démontrent un niveau de connaissances semblable accompagnées d'exemples d'intégration de leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients.

Les relations infirmière-clients peuvent aussi être négativement affectées par trois facteurs inter liés qui sont personnels et, à la fois, professionnels comme la confusion des concepts quant à l'offre de soins équitables et de soins égaux, de la présence de préjugés de la part des infirmières œuvrant en périnatalité, et un manque de communication sur le sujet.

Le premier facteur personnel, et à la fois professionnel, qui affecte les relations infirmière-clients est la confusion entre les concepts de donner des soins équitables et donner des soins égaux. La participante C2 mentionne «I probably would just treat everybody kind of the same, to be honest, until I would ... kind of think back, like kind of reflect on it more». Elle indique vouloir automatiquement traiter tout le monde de la même manière, donc donner des soins égaux, alors que, peu de temps avant, lorsque demandée si les soins infirmiers devraient être égaux ou équitables, elle a tout de suite répondu équitable. Certaines participantes ne connaissent pas la différence entre soins égaux et soins équitables. Celles qui, comme la participante C2, en sont conscientes et qui veulent donner des soins équitables ont invariablement mentionné ailleurs dans l'entrevue vouloir traiter tout le monde pareil au moins une fois. Celles qui ne sont pas familières avec le concept de soins équitables sont cependant capables de dire que leurs soins doivent être adaptés aux besoins de leurs clientes. La notion de vouloir traiter tout le monde pareil est utilisée par les participantes pour indiquer ne pas vouloir agir sur des préjugés personnels de manière à affecter négativement les relations infirmière-clients alors qu'en réalité, cette notion est plus large dans le sens qu'elle indique vouloir traiter tout le monde de la manière considérée normale ou optimale par le groupe dominant.

En plus de ne pas être claire sur comment des soins équitables et égaux diffèrent, les participantes observent que même en voulant traiter tout le monde pareil, c'est-à-dire sans se baser sur des préjugés, ceci n'est pas le cas. Toutes les participantes ont mentionné la présence de préjudices et de stéréotypes dans leur milieu de pratique. Deux

participantes mentionnent avoir observé que les infirmières ont tendance à agir différemment en fonction de comment leurs clientes et de leurs familles sont perçues.

Just the way people are perceived and then the way, you know... like and, and it's the same also, I mean, maybe not quite as bad, based on your social standing. Like when you come in to triage and you're well dressed and you're, you know, a med student or you're a doctor you get treated differently than, say, the new immigrant who doesn't speak any English. And I don't even know if people notice they're doing it. I think it's, it's subconscious. C2

You can't just ... you know... talk about her behind a curtain like she can't hear you. That's.. yeah there is that and that is not with everybody but, but I've seen it more so with that population... or immigrant population, anyone who's different... from .. the norm.. of white class privilege. C5

Or, comme le mentionne la participante C2, ceci est souvent fait de manière inconsciente.

And I, and, and people might not even ... actually be completely aware that they're treating somebody differently because ... of their color or their ... um their ethnic background. Not everyone has that ... that awareness C2

Certaines participantes mentionnent être conscientes de la présence de préjudice au sein de l'unité et lorsque c'est le cas, de prendre garde de ne pas se laisser influencer. La participante C4 indique «if I know that already there's somebody's created a prejudice when I go into the room I know that that prejudice is there, I don't bring it with me».

Une participante (C2) réfléchit encore plus loin et reconnaît que ce n'est pas un problème qui affecte seulement les autres, «I might have my own internal prejudices that I don't even realize exists. I think we probably all do. [...]. Um, so to say that we don't is ... a lie.».

Le troisième facteur personnel qui affecte l'attitude professionnelle des participantes est la capacité de communiquer et de s'exprimer sur leurs expériences de manière sécuritaire. En effet, les participantes sont très conscientes des stéréotypes qui existent envers leurs clientes autochtones et lorsqu'elles veulent donner des exemples ou faire part d'une opinion, certaines avaient du mal à s'exprimer parce que leur vécu reflétait des stéréotypes concernant les autochtones sans donner la perception d'avoir des préjugés ou

d'être racistes, ou d'exprimer ce qu'elles ressentent sans pour autant blâmer les clientes ou leurs familles.

We see the other side too where, you see (pause), where you get frustrated when you constantly see ... Indigenous people that are, you know, again, 25 to 35 or whatever, just coming in and ... just ... not ... (pause) just, find that they're just not helping the stereotype, do you know what I mean?, like you're just like... you can see where other people, other people might feel frustration C1

Il existe un malaise entre vivre ses expériences, avoir ses perceptions affectées par son milieu de travail et avoir peur d'en parler de manière à entretenir des stéréotypes ou d'être considérée comme ayant des préjugés. Pour elles, les stéréotypes sont réels même si elles sont très conscientes que ce n'est pas le cas de toutes leurs clientes et elles ne savent pas comment en parler correctement.

Parce qu'elles se sentent mal à l'aise envers leurs capacités de s'exprimer de manière sécuritaire sur le sujet, certaines infirmières ont tendance à ne pas vouloir s'exprimer du tout. La participante C2 en est consciente et avance:

I think making things worse would be not to talk about it at all. I think people are a little bit afraid to talk about ... um, I think people are afraid to talk about their own prejudices. They find it hard, you know. They can't admit it because they don't want to be ... pegged as racist or whatever it is. But maybe a lot of it is coming from misunderstanding, lack of education. Who knows?

Les participantes qui éprouvent de la difficulté à en parler, souvent, ont tendance à discuter de leurs expériences en détail incluant les émotions vécues. Les participantes qui éprouvent moins de difficulté à en parler, le font généralement avec un recul, de manière générale engendrant une réflexion. Or, les participantes qui pendant l'entrevue arrivent à s'exprimer à propos de préjugés, de stéréotypes, de leurs observations avec aise, et qui ne semblent pas avoir peur d'être prises comme étant racistes ou préjugées dans leurs propos ont les connaissances les plus approfondies et une plus grande conscientisation des effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Que ce soit des préjugés conscients ou inconscients, des perceptions altérées par leurs expériences ou être confrontées tous les jours à des stéréotypes qui se matérialisent, il est possible que d'avoir des connaissances approfondies sur le sujet de la colonisation pourraient aider les participantes à les outiller à

mieux s'exprimer et communiquer sur leur vécu, explorer leurs préjugés et émotionnellement prendre un pas de recul dans leur pratique infirmière.

Des facteurs, n'ayant pas directement d'influence sur l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients mais qui affectent les relations infirmière-clients ont été identifiés en plus de facteurs contextuels et professionnels comme le rôle de l'infirmière dans un contexte professionnel complexe qui exige des aptitudes infirmières avancées. De plus, le manque de réflexion personnelle, la présence de préjugés, souvent inconscientes, le silence engendré par un manque d'habiletés d'expression orale et des sentiments d'inconfort par rapport au sujet sont des facteurs personnels qui peuvent affecter négativement l'attitude professionnelle des participantes. Ne pas comprendre la différence entre les concepts de soins égaux et équitables peut aussi confondre la participante quant à quand utiliser ses connaissances pour donner des soins pertinents à la cliente plutôt que de suivre de donner des soins génériques et égaux.

4.6 Résumé des résultats de l'étude

Les participantes, infirmières œuvrant en périnatalité au Manitoba, démontrent différents niveaux de connaissances au sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Elles peuvent être catégorisées de connaissances simples et disjointes, de connaissances un peu plus approfondies où des liens indirects entre la colonisation et la réalité contemporaine se font, et à des connaissances approfondies où plus de liens directs se font entre la colonisation et leurs effets encore présents particulièrement dans la pratique infirmière en périnatalité.

L'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients est difficile à évaluer. Des signes d'intégration sont présents au sein des relations infirmière-clients quasi fluides, avec des participantes qui ont des connaissances approfondies et la capacité de faire des liens directs entre les effets de la colonisation et la pratique infirmière contemporaine. Peu d'intégration des connaissances sont notées lors de relations

infirmière-client fluides. Encore moins d'intégration des connaissances sont notées lors de relations infirmière-clients conflictuelles.

L'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients se fait souvent en arrière-pensée, c'est-à dire que les participantes, lorsqu'elles interagissent avec leurs clientes, ne sont pas nécessairement conscientes de la manière avec laquelle la colonisation les affecte sur le moment ou que leurs connaissances générales ou leurs savoirs sur le sujet n'affectent pas la manière avec laquelle elles interagissent avec leurs clientes de manière consciente.

Quelques facteurs ont été identifiés comme favorisant l'intégration des connaissances comme l'intérêt que porte les participantes sur le sujet, le sentiment de responsabilité qui en suit, et les années d'expérience. D'autres facteurs tels la culture de l'unité et le manque de temps ont été identifiés comme nuisant à l'intégration des connaissances. Des facteurs indirectement liés à l'intégration des connaissances au sein des relations ont aussi été identifiés qui expliquent le contexte dans lequel les participantes travaillent et qui pourraient influencer indirectement l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients.

CHAPITRE 5- DISCUSSION

Dans ce chapitre, je vais faire un retour sur le cadre de référence afin de pouvoir l'utiliser dans la deuxième partie, discussion des résultats. Troisièmement, je vais présenter des recommandations possibles de mon étude pour la pratique infirmière, la formation infirmière de base et continue, la recherche infirmière et la pratique infirmière avancée. Enfin, les forces et les limites de mon étude seront explorées.

5.1 Retour sur le cadre de référence

L'analyse des résultats a engendré des réflexions sur le cadre théorique de référence qui a abouti à une adaptation du cadre intitulé 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle de sages-femmes' de Ramsden (2002). Cette partie a pour but de recentrer le lecteur sur ce cadre théorique et sur certaines adaptations de la S.C. dont j'ai fait part dans les deux premiers chapitres afin d'aider le lecteur à mieux comprendre le cadre de référence proposé à la fin de ce chapitre.

Dans cette étude, je me suis inspirée des principes de base de la S.C. tels qu'énoncés par Ramsden (1993, 2000, 2002), de leur interprétation par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2009 a et b) et des recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation (2015) pour guider le sujet de ma recherche sur les connaissances des infirmières œuvrant en périnatalité sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Parce que les connaissances ou leur conscientisation sont changeantes en fonction de différents contextes, le constructionisme social est un élément clé qui a été ajouté à mon cadre de référence. Le but de mon étude était d'identifier des éléments à intégrer dans la formation de base ou continue des infirmières pour favoriser une démarche infirmière culturellement sécuritaire au sein des relations infirmière-clients.

En faisant la recension des écrits, une particularité de la S.C. m'a frappé, celui du fait que ce concept regroupe un processus et une fin en soi et que souvent ces deux aspects sont mélangés dans la littérature, ce qui a amené des chercheurs à trouver ce concept

difficile à utiliser (Blanchet Garneau et Pepin, 2012). J'ai décidé donc de séparer les deux et de les identifier par deux différents noms soit la S.C. pour le processus et la sécurisation culturelle pour la fin en soi.

En analysant les résultats, un cadre éducatif, soit le 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle des sages-femmes' de Ramsden (2002) que j'ai inclus dans ma recension des écrits à titre indicatif, a pris une plus grande importance qu'escomptée. Il a dans un premier temps permis de mettre de l'ordre dans les résultats, item que je vais expliquer dans le prochain paragraphe. Deuxièmement, il a engendré des réflexions qui ont permis de proposer un nouveau cadre de référence qui prend en compte le constructionisme social et différentes théories d'apprentissages et théories culturelles.

Le cadre de Ramsden (2002) 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle des sages-femmes' (voir Annexe 2) a informé l'analyse des données en permettant d'identifier que le but de cette recherche était spécifique à la première marche du modèle, soit la conscientisation culturelle mais que les participantes avaient avancé des éléments au-delà de la question de recherche et que ceux-ci appartenaient à la deuxième marche du Processus de Ramsden (2002). Une fois cette réalisation faite, plusieurs réflexions ont découlé, principalement sur la relation qui existait entre les deux marches et pourquoi les réponses des participantes ont débordé de la première marche tout en répondant aux questions de recherche. Les deux marches du processus seront expliquées au fur et à mesure du développement de cette partie.

Le cadre de Ramsden (2002) 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et de sages-femmes' (voir Annexe 2) est conçu pour les étudiantes infirmières. Cependant, ce processus est pertinent à toute personne, étudiante en sciences infirmières ou infirmière diplômée pratiquante, qui désire adopter une démarche

professionnelle culturellement sécuritaire. Ainsi, le terme apprenante sera utilisé pour désigner toute personne à qui ce cadre éducatif pourrait être pertinent.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Aperçu général

La première marche du cadre de Ramsden (2002) 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle des sages-femmes' concerne la conscientisation culturelle. Ramsden (2002) la décrit comme un processus d'acquisition de connaissances de tout genre allant des différences dans les rites et coutumes aux influences des contextes socioéconomiques, politiques, et émotionnels du patient. L'intégration des connaissances est considérée comme acquise dans la troisième marche lorsque la S.C. du patient est atteinte. Or, je vais discuter de l'intégration des connaissances comme étant une partie intégrale de la première marche. Ainsi, dans un premier temps, je vais synthétiser les résultats des deux premières questions de recherche puis je vais les comparer à des théories qui existent dans la littérature à propos des savoirs afin de mieux comprendre le processus de transformation de connaissances à intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients. Dans un deuxième temps, je vais discuter de l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients, particulièrement l'aspect du fait que ce phénomène se produit souvent en arrière-pensée. Lorsque je vais aborder les facteurs qui influencent cette intégration des savoirs, je vais discuter, d'un côté, des facteurs qui favorisent cette intégration puis ceux qui la défavorisent. C'est à ce niveau que des éléments de la deuxième marche du Processus de Ramsden (2002) commencent à apparaître. En effet, la deuxième marche du Processus de Ramsden (2002) regarde plus à l'exploration personnelle de l'apprenante comme celle de ses préjugés, et comprendre l'impact qu'elle a sur les autres, particulièrement ses clientes.

5.2.2 Niveau des connaissances et intégration des connaissances

La première question de recherche cherchait à connaître les connaissances des participantes au sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Le Tableau 1, 'Récapitulation des connaissances à l'intégration des connaissances en pratique', résume pour chaque participante leurs connaissances, les liens faits entre les connaissances exprimées en général et au sein de leur pratique et la présence ou non d'intégration de ces connaissances et liens au sein de leurs relations infirmière-clients.

Les connaissances se présentent comme un entonnoir où les connaissances les plus exprimées sont générales et interreliées à des effets encore ressentis de nos jours, tandis que moins de connaissances sont exprimées au sujet des effets de la colonisation dans le contexte de la pratique infirmière des participantes en périnatalité. Dans les connaissances moins exprimées, sont aussi présentes des réflexions où les liens entre ce que les participantes voient dans leur pratique périnatale et les effets de la colonisation sont, souvent, faits de manière indirectes, c'est-à-dire, à force de parler à voix haute et en mettant différents moments de l'entrevue ensemble.

Deux participantes font exception dans le sens qu'elles sont capables de faire des liens directs et automatiques entre leurs connaissances historiques, le contexte autochtone contemporain, le contexte de leur milieu de travail et au sein de leurs relations infirmière-clients. Elles démontrent avoir transformé leurs connaissances en savoir selon la définition d'Aumont (1992) où les connaissances sont définies comme des éléments présents mais extérieurs à la personne tandis que les savoirs sont des ensembles de connaissances assimilées dont la personne s'est appropriée. Ce sont les savoirs qui sont utilisés pour résoudre des problèmes ou «agir sur les objets du travail» (Aumont, 1992, p. 1). Or, en effet, ces deux participantes sont les seules qui peuvent démontrer comment elles intègrent leurs connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients, thème de la deuxième question de recherche. Il serait alors peut-être plus exact de dire qu'elles ont intégré leurs savoirs au sein de leurs relations infirmière-clients plutôt que leurs connaissances. Ceci indiquerait,

Tableau 1 Connaissances et leur intégration

Participant	Connaissances	Liens entre les connaissances	Intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients
C1	Très peu	Aucun lien entre ce qu'elle vit dans le quotidien et les effets de la colonisation	Ne démontre pas intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique
C2	Nombreuses	Liens en ce qui concernent les connaissances et le contexte de pratique périnatal se font lors de l'entrevue, surtout au niveau de la présence de préjugés, de l'importance de se questionner et de questionner sa propre pratique	Ne démontre pas intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique
C3	Plusieurs Reconnait avoir des manques de connaissances.	Quelques liens entre différents effets de la colonisation en général, peu dans le contexte périnatal.	Ne démontre pas intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique
C4	Nombreuses	Liens entre les différentes connaissances des effets de la colonisation ainsi que dans le contexte de pratique périnatal	Démontre intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique
C5	Nombreuses	Liens entre les différentes connaissances des effets de la colonisation ainsi que dans le contexte de pratique périnatal	Démontre intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique
C6	Plusieurs, Reconnait des manques de connaissances	Quelques liens entre différents effets de la colonisation en général. Quelques liens entre les connaissances des effets de la colonisation et le contexte périnatal, dont plusieurs se font au cours de l'entrevue.	Ne démontre pas intégrer ses connaissances/savoirs dans sa pratique

peut-être, la nécessité, ou tout au moins l'avantage, d'acquérir des savoirs afin de pouvoir les mettre en application.

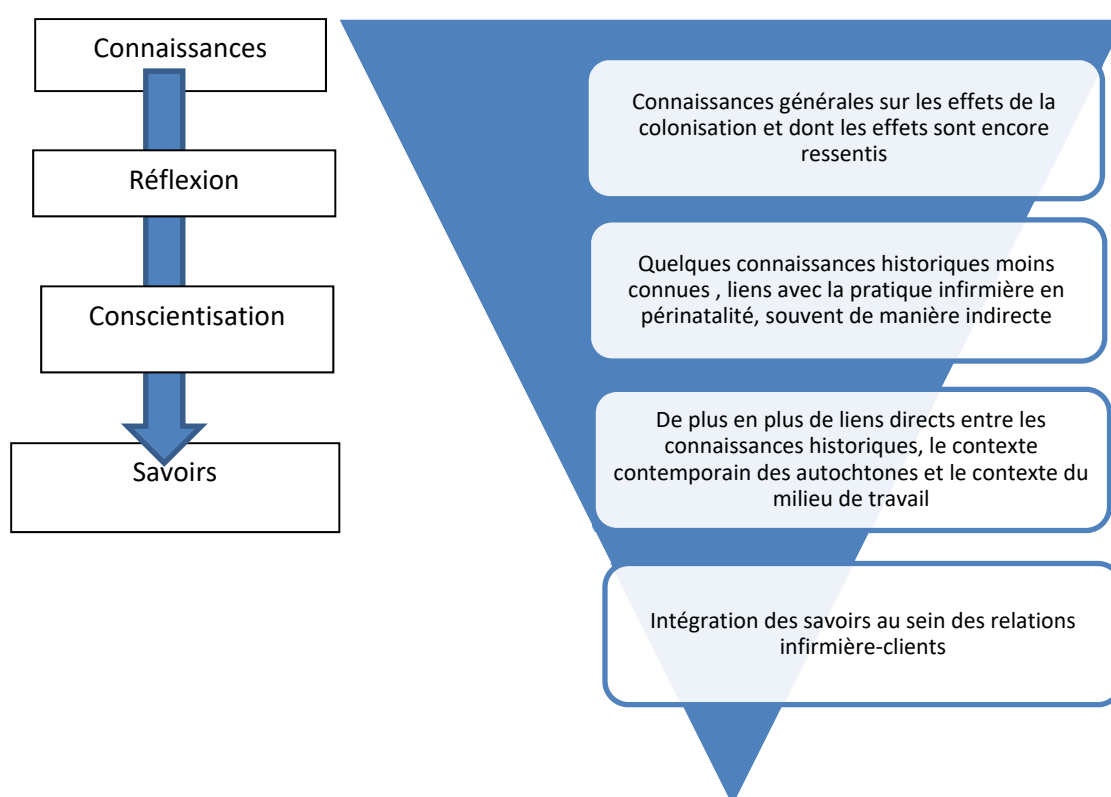
Cette transformation, de connaissances en savoir, a lieu à travers un processus de conscientisation. En effet, plus les connaissances sont approfondies et vont au-delà de la généralité, plus les participantes démontrent comment la colonisation a affecté et continue d'affecter leurs clientes et leurs familles, signe de conscientisation. Cependant, avoir des connaissances ne garantit pas la conscientisation des effets de la colonisation, surtout au sein de la pratique infirmière. La présence de conscientisation est présente lorsque les participantes démontrent avoir fait des réflexions sur le sujet et font des liens par elles-mêmes. Pour certaines participantes, elle s'est créée ou renforcée au fur et à mesure que l'entrevue se déroulait et qu'elles parlaient à voix hautes. Cependant, plus les participantes démontrent faire des liens directs, plus elles démontrent être conscientes des effets de la colonisation dans divers contextes mais particulièrement, celui de leur contexte de travail en périnatalité.

Lorsque ces résultats sont mis dans l'ordre croissant des connaissances puis des relations entre les connaissances et de l'intégration en pratique, une forme géométrique, comme un triangle renversé, apparaît. La Figure (2) représente ce triangle renversé, qui ressemble à un entonnoir, allant des connaissances jusqu'à l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients, en relation avec une progression de conscientisation allant de connaissances à savoirs, qui démontre que, bien que les participantes ont partagé de nombreuses connaissances, peu sont arrivées à en faire un savoir et à les intégrer dans leur pratique.

L'effet entonnoir de la Progression de conscientisation : des connaissances à l'intégration des savoirs (Figure 2) pourrait, peut-être, être expliqué par la classification de la taxonomie révisée de Bloom (voir Annexe 16). Cette taxonomie est utilisée dans la discipline de l'éducation pour créer des objectifs d'apprentissage selon différents niveaux de cognition

et type de savoirs (Anderson, 2014). Je vais expliquer de quelle manière cette taxonomie est pertinente à la Progression de conscientisation mais j'aimerais d'abord éclaircir un point de vocabulaire. Comme indiqué dans le chapitre un, le terme anglais, 'knowledge', est souvent traduit par 'savoirs' dans les écrits français sans pour autant être défini en relation de connaissances. Lors des résultats, je n'ai pas fait la distinction entre les deux et j'ai utilisé le mot connaissance pour indiquer tout matériel connu par les participantes. Or, je pense qu'il est important de différencier les deux. Autant que possible, je vais faire la distinction dans ma discussion. Ainsi, la distinction d'Aumont (1992) sera utilisée pour distinguer une connaissance comme étant une information apprise et plutôt étrangère, pas nécessairement assimilée dans un contexte plus élargi alors que le savoir fera référence à une appropriation de la ou plusieurs connaissances et assimilé à un point où il peut être utilisé.

Figure 2-Progression de conscientisation : des connaissances à l'intégration des savoirs



La taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) est représentée dans un tableau intitulé the Taxonomy Table (voir Annexe 16) afin de représenter deux dimensions soit les types de connaissances et savoirs et le processus cognitif nécessaire pour assimiler ces connaissances et savoirs. Ainsi, le processus cognitif comprend six catégories qui augmentent en complexité. La première est être capable de se rappeler de la connaissance en question, la deuxième est de la comprendre et la troisième est de l'appliquer. Les trois autres catégories sont l'analyse, l'évaluation et la création, qui pour le moment ne nous concerne pas. Ainsi, il est possible de faire un parallèle entre les trois premières catégories de la progression de la taxonomie révisée de Bloom et la progression que j'ai identifiée où avoir des connaissances, une fois assimilées, est équivalent de se rappeler des connaissances. La phase de compréhension est définie comme une phase où la signification est construite à partir d'informations orale, écrite, ou graphique et comprend différents aspects comme l'interprétation, faire des exemples, classifier, résumer, inférer, comparer et expliquer (Anderson, 2004). Or, les trois processus identifiés, soit la réflexion, la conscientisation et l'apparition du savoir, semblent être des étapes reliées à la compréhension dans le sens que si une apprenante entame un processus de réflexion, elle peut entamer le processus de compréhension tel que décrit dans la taxonomie et devient alors consciente des effets de la colonisation sur les peuples autochtones d'où émanent de nouveaux savoirs qui peuvent être appliqués à différents contextes au besoin. Dès lors, l'intégration en pratique devient alors une possibilité, qui est la conclusion de ma progression et la troisième catégorie de la taxonomie.

Le type de connaissances est aussi un facteur à prendre en considération (voir Annexe 16). Ainsi, la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) diffère quatre types de connaissances et savoirs soit les connaissances factuelles, des savoirs conceptuels, procéduraux et métacognitifs. Il existe aussi une progression dans les types de connaissances allant de concret à abstrait ayant deux types de connaissances, soit conceptuelles et procédurales, qui peuvent se chevaucher. Le parallèle qui peut être fait

entre la progression des connaissances et la progression de conscientisation que j'ai identifiée consiste en la transformation de connaissances à savoirs, les mettre dans un contexte de pratique infirmière périnatale et agir en conséquence.

Ainsi, les connaissances factuelles qui représentent des éléments basiques sont équivalentes aux connaissances générales au sujet de la colonisation, aux effets encore ressentis, et à des observations faites lors de la pratique. Cependant, ces connaissances sont séparées les unes des autres, disjointes, et pas ou peu de liens sont faits entre chaque d'où la raison pour laquelle je me suis permise d'intituler cette partie de connaissances factuelles plutôt que de savoirs factuels. La taxonomie révisée de Bloom ne comprend pas les observations ou les connaissances personnelles déjà acquises de l'apprenante mais comme il a été démontré dans la section 4.3.5 sur les sources des connaissances, les connaissances personnelles et au sein de la pratique sont des sources de connaissances plus importantes que les sources académiques et devraient, à mon avis, être incluses.

Le domaine des savoirs conceptuels est le domaine où les relations entre les différents éléments de base prennent formes à l'intérieur d'une structure plus large (Anderson, 2014) et donc, il s'agit du début de la formation de savoirs. C'est à ce niveau que les participantes démontrent faire des liens entre les connaissances générales, les effets encore ressentis et les observations faites en pratique. Les résultats de cette étude indiquent la présence de liens directs et indirects. Moins les connaissances des participantes sont approfondies et plus les liens sont indirects. Au contraire, plus les connaissances sont approfondies et plus les liens directs ressortent.

Les savoirs procéduraux sont ceux qui concernent le savoir-faire. La taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) propose des techniques et des méthodes à suivre spécifiques à la discipline en question. Les étudiantes en sciences infirmières apprennent des techniques de communication thérapeutique et toutes les participantes ont démontré lors des entrevues utiliser ces techniques. Les participantes qui ont démontré intégrer leurs

connaissances au sein de leurs relations infirmière-clients l'ont fait à travers des exemples de tactiques de communication thérapeutique modifiée ou choisie spécifiquement dans un contexte précis.

Le savoir métacognitif est le domaine où l'apprenante prend responsabilité pour son apprentissage, devient plus consciente de sa manière de penser et de ses connaissances affectant sa manière d'apprendre. Ainsi, la métacognition englobe « une connaissance et une conscientisation métacognitive, une connaissance de soi, une autoréflexion, une autorégulation » (Anderson, 2014 ad lib trad., p. 55). Je vois un des aspects de la métacognition comme étant un facteur qui pousse l'apprenante à prendre tous les savoirs conceptuels hors d'un contexte général et de les mettre en pratique via des techniques apprises, dans un contexte spécifique au besoin. Ce savoir est lié au processus de réflexion nécessaire à la compréhension de la première dimension.

Donc, la progression de conscientisation appuyée par la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) donne une idée de comment les connaissances sur les effets de la colonisation auraient besoin de se développer afin de pouvoir être appliquées. Les entrevues donnent une idée de quel genre de contenu devrait être enseigné. Cependant, un élément a été noté dans la section 4.3.4 qui présente les manques de connaissances où les participantes démontrent avoir du mal à voir la culture dans un sens non essentialiste et de reconnaître qu'elles ont besoin d'améliorer leurs connaissances au sujet des effets de la colonisation. Downing et Kowal (2010) remarquent un phénomène similaire où le contenu préféré des infirmières australiennes lors de sessions de formation culturelle, est relié aux rites et coutumes qui donnent des indications concrètes sur comment interagir avec un autre groupe culturel malgré le fait que ces infirmières sont très conscientes du danger de classification qu'engendre ce genre de formation ainsi que du manque de compréhension globale du contexte culturel au-delà de sa définition essentialiste. Downing et Kowal (2010) proposent que pour aider les infirmières à voir la culture dans sa pleine définition, il serait utile que les infirmières comprennent comment une culture et une identité culturelle évoluent

en fonction de contextes extérieurs, c'est-à-dire de comprendre la conceptualisation de la culture et de l'identité culturelle.

Regarder en détail le processus d'apprentissage à travers la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) permet de mieux comprendre pourquoi en partant d'une base de connaissances élargies que partageaient cinq des six participantes, seulement deux sont arrivées à démontrer une intégration de leurs connaissances au sein de leurs relations. Non seulement un processus cognitif doit se dérouler pour que des connaissances deviennent des savoirs, mais différents types de savoirs doivent se développer et être intégrés afin que ceux-ci puissent être mis en action. Augmenter les connaissances des participantes est une nécessité afin d'arriver à une pratique infirmière culturellement sécuritaire, mais à elle seule n'est pas suffisante. Incorporer la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) et la Progression de conscientisation proposée (voir la Figure 2) ensemble permet de donner des pistes sur comment enseigner. Un des savoirs à développer au sein de ce domaine est la conceptualisation de la culture et de l'identité culturelle.

5.2.3 Intégration des connaissances consciente ou inconsciente

Une majorité des participantes (trois sur six) mentionnent clairement qu'elles ne sont pas conscientes, lors de leurs interactions infirmière-clients, de leurs connaissances des effets de la colonisation sur leurs parturientes autochtones mais qu'il est possible qu'elles le soient en arrière-pensée. Une participante, par contre, a mentionné tout au long de son entrevue qu'elle gardait en tête qu'elle avait affaire à des clientes autochtones et de leurs contextes de vie, et donc, elle se forçait à en être consciente.

Le fait que l'intégration des connaissances se fasse plus en arrière-pensée pourrait être expliqué par différentes théories sur les savoirs. Déjà, on peut déduire que parce qu'un savoir indique une appropriation ou une internalisation de connaissances, celui-ci peut être utilisé automatiquement ou de manière innée. En effet, Nonaka et ses collègues (Nonaka, Byosièrè, Borucki, et Konno, 1994) et Schön (2011) parlent de savoirs tacites définis comme

des savoirs professionnels difficiles à cerner, plus basés sur l'intuition, souvent de natures cognitive et technique. Ces savoirs sont pertinents car ils introduisent l'aspect d'action automatique ou innée au sein des savoirs professionnels. Ces théories nous permettent de comprendre qu'il n'est pas toujours facile de mettre en action ses savoirs ou de comprendre comment nos actions reflètent nos savoirs.

L'exemple de la participante qui fait des efforts pour être consciente à qui elle parle et du contexte de vie de sa cliente autochtone peut être interprété comme un exemple de 'réflexion sur l'action' de Schön (2011), c'est-à-dire, faire une réflexion consciemment au cours de l'action ou en reflétant sur son action plus tard. Cependant, Schön (2011) indique que souvent la 'réflexion en cours d'action', processus interactif, immédiat et donc pas nécessairement conscient, est utilisé afin de gérer des situations nouvelles et de créer de nouveaux savoirs. Dans ce cas, l'action elle-même, les résultats de l'action et le savoir intuitif implicite dans l'action sont utilisés en même temps. Il s'agit d'une mise en action de connaissances, de savoirs ou de la création de savoir sur le terrain, souvent de manière automatique et non consciente car elle se fait sur le champ, utilisant toutes les informations à la disposition de la personne. Ce genre de réflexions permet d'avancer que même si les trois autres participantes ne sont pas conscientes au moment de leurs relations infirmière-clients des effets de la colonisation sur leurs clientes, il est possible qu'elles créent leurs propres savoirs en intégrant leurs connaissances ou savoirs au sein de leur relation au moment opportun. Cependant, pour que ce genre de savoir puisse se créer au moment voulu, je soutiens que l'apprenante a besoin d'avoir les outils nécessaires à sa disposition, comme une compréhension du contexte de la situation et des savoir-faire comme de bonnes techniques de communication thérapeutique. En effet, Nonaka et al. (1994) parlent de conversion des savoirs. Selon eux, le savoir tacite peut être acquis en modelant d'autre savoir tacite ou en faisant une conversion de savoir explicite, c'est-à-dire transformer des connaissances et des savoirs verbaux, écrits et théoriques, en savoir tacite. En suivant une

progression de conscientisation qui favorise le développement de connaissances à savoirs, comme proposé plus haut, pourrait favoriser ce genre de conversion explicite à tacite.

Schön (2011) avance que pour que des savoirs se créent lors de la 'réflexion en cours d'action', la situation doit être un défi qui interpelle l'apprenante dans le sens que les résultats de la situation ne soient pas ceux escomptés. Si la situation se déroule comme l'apprenante s'y attend, il n'y a pas d'apprentissage à se faire, ce qui pourrait expliquer pourquoi lors des relations fluides peu d'intégration des savoirs de la part des participantes est visible. Les exemples d'intégration des connaissances ont lieu lors des relations quasi-fluides, indiquant que la situation est plus difficile, suffisamment qu'elle bénéficie les participantes à aller chercher, inconsciemment, les outils et les savoirs nécessaires pour s'adapter. Cependant, il est possible que des situations trop difficiles enfreignent à la création de savoir lors de la 'réflexion en cours d'action'. En effet, lors de relations conflictuelles, aucune intégration des connaissances n'a été démontrée. Il faut, cependant, mettre ces résultats en contexte. En effet, seules deux sur six participantes ont exprimé ce genre de relations conflictuelles et seulement une sur ces deux participantes a des connaissances avancées au sujet des effets de la colonisation sur les peuples autochtones.

D'un autre côté, Schön (2011) ne fait aucune référence aux effets que les émotions jouent lors de la 'réflexion en cours d'action'. Or, les relations infirmière-clients ne sont pas dépourvues d'émotions, particulièrement lorsque celles-ci sont difficiles comme dans des relations conflictuelles. Lorsque le système sympathique (Lewis, Ruff Dirksen, Heitkemper, et Bucher, 2016) se met en route, par exemple, lors d'un défi ou que les attentes escomptées ne soient pas atteintes comme ça pourrait être le cas lors de relations quasi-fluides, l'attention de l'apprenante est plus forte, les pupilles se dilatent pour mieux voir, le cerveau est plus vascularisé. Ceci confirme que les savoirs peuvent se créer plus facilement lors d'évènements inattendus. Cependant, lors de fortes émotions, qui pourraient être ressenties lors de relations conflictuelles, le système sympathique peut être tellement activé que la personne va seulement se concentrer sur sa défense ou à s'échapper (Lewis et al.,

2016). Les émotions fortes comme la peur ou le besoin de se protéger, pourraient alors influencer grandement la capacité d'une apprenante à faire une 'réflexion en cours d'action' et pourraient être remplacés par une réaction défensive de la part de l'apprenante ou une incapacité à intégrer ses savoirs au sein de la situation.

En conclusion, intégrer ses connaissances et savoirs au sein des relations infirmière-clients est un processus qui est difficile à cerner dans le sens qu'il démontre un savoir tacite. Celui-ci peut être appris sur le tas, au moment opportun, du moment que l'apprenante a les outils nécessaires. Ces outils peuvent être une observation d'une autre personne qui démontre intégrer ses savoirs au sein des relations infirmière-clients mais peuvent aussi être de nature explicite. La Figure 2 démontre que certaines participantes ont fait cette conversion de connaissances et de savoirs explicites en savoir tacite en passant à travers une progression de conscientisation. L'une démontre l'avoir fait en faisant une 'réflexion sur l'action' tandis que l'autre l'aurait fait plus en arrière-pensée en faisant une 'réflexion en cours d'action'. Ces théories sur les connaissances tacites avancent qu'avec un apprentissage adéquat, les infirmières pourraient de manière semi-consciente offrir des soins culturellement plus sécuritaires. Cependant, ni les écrits de Schön (2011), ni ceux de Nonaka et ses collègues (1994) ne prennent pas en compte des variables comme les émotions fortes ou la fatigue qui pourraient abaisser les chances de faire de la 'réflexion en cours d'action'.

5.2.4 Facteurs favorisant l'intégration des connaissances ou savoirs

Les facteurs favorisant l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients identifiés au cours de cette étude sont un intérêt pour le sujet, les années d'expérience, la maturité des participantes et les tâches associées au rôle infirmier des participantes.

L'intérêt d'en savoir plus sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones peut être général, personnel ou particulier comme un intérêt pour la justice sociale. Plus

l'intérêt est développé, plus le comportement de la participante est affecté et démontre se sentir impliqué dans le sujet. L'intérêt est comme une boule de neige qui grandit au fur et à mesure qu'il est entretenu. Plus l'intérêt est fort, plus les participantes cherchent à en savoir plus.

La théoricienne infirmière Campinha-Bacote a développé un modèle de soin intitulé 'Processus de compétence culturelle au sein de la prestation des soins' (The process of cultural competence in the delivery of healthcare services) qui comprend cinq construits interreliés dont le désir culturel. Campinha-Bacote (2002) décrit le désir culturel comme étant une motivation de donner des soins qui soient culturellement adaptés ou attentifs sans se sentir obligé de le faire. Sa description de la culture en 2002 est essentialiste mais a été modifiée, plus tard, en une définition plus large qui peut inclure les effets de la colonisation (Campinha-Bacote, 2011). Le désir culturel est considéré comme étant clé pour arriver à une compétence culturelle et influence les quatre autres construits dont les connaissances culturelles (Campinha-Bacote, 2003). Le construit de connaissances culturelles est «un processus de recherche et d'obtention d'une base solide de connaissances au sujet d'un groupe culturel ou ethnique» (Campinha-Bacote, 2011, ad lib trad., Tableau 2, Paragraphe 4), ce qui pourrait inclure des connaissances au sujet du contexte historique puisque la définition de la culture a été agrandie à inclure tout groupe culturel basé sur leur orientation politique, leur statut socio-économique et autre. Donc, avoir un désir culturel, dans un contexte néocolonialiste, inclut avoir un désir d'en apprendre davantage sur les contextes historiques et socio-économiques. En prenant compte du Modèle de soin de Campinha-Bacote (2011), celui de la S.C. et les résultats de cette étude, le désir culturel, dont un intérêt au sujet du contexte historique, devient un facteur important dans l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients.

Le savoir métacognitif de la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014), particulièrement la sous-catégorie de connaissance de soi, stipule l'importance de la motivation personnelle d'apprendre et de reconnaître ce que les apprenants savent et ce

dont elles ont besoin d'apprendre. L'emphase est sur l'importance de se connaître réellement et non d'avoir de fausses impressions de soi-même. On retrouve ici des aspects de la deuxième marche de la progression de Ramsden (2002), la sensibilisation culturelle, domaine qui sera exploré plus en détail dans les facteurs nuisant à l'intégration des savoirs. Le domaine de la sensibilisation culturelle affecte donc le domaine de la conscientisation culturelle.

L'intérêt est le premier facteur qui favorise l'intégration des savoirs, cependant les années d'expériences et la maturité des participantes semblent aussi jouer un rôle. Lors d'une étude qui regarde à un changement d'attitude envers la S.C. et son utilisation en pratique, Gray et McPherson (2005) ont trouvé quatre facteurs qui influencent positivement les ergothérapeutes en Nouvelle-Zélande à changer leurs attitudes et leurs connaissances envers la S.C. dont l'expérience personnelle et la maturité des participants. En effet, ils ont trouvé que l'apprentissage personnel, aussi appelé expérientiel, découlant de leurs années d'expériences, est un facteur principal influençant l'ouverture d'esprit améliorant ainsi les relations thérapeutiques avec la clientèle. Cet apprentissage expérientiel, qui n'est pas relié nécessairement à la maturité, est considéré comme plus important que l'apprentissage académique. Deux parallèles avec mon étude ressortent. Premièrement, les résultats de la section 4.3.5 sur les sources des connaissances indiquent que les connaissances des participantes proviennent plus de savoirs expérientiels qu'académiques. La différence étant que l'apprentissage expérientiel de mes participantes est de nature personnelle tandis que celle de Gray et McPherson (2005) est de nature professionnelle. Le deuxième parallèle est relié aux années d'expériences, donc l'apprentissage expérientiel professionnel. En effet, une de mes participantes souligne que ses plus de vingt ans d'expérience sont un facteur qui favorise l'intégration de ses connaissances. Le point en commun entre l'étude de Gray et McPherson (2005) et la mienne est que l'apprentissage par expérience, qu'il soit de nature personnelle ou professionnelle, alimente l'ouverture d'esprit et la réflexion. Ceci est visible, dans mon étude, avec les participantes qui n'ont pas autant de connaissances. Elles utilisent

constamment leurs expériences pour répondre aux questions à propos de leurs connaissances et pour donner du sens à ce qu'elles entendent dans les médias. Or, l'étude de Gray et McPherson (2005) suggère que les meilleurs résultats quant à l'intégration de la S.C. est lorsque la théorie est précédée par le vécu parce qu'il favorise l'ouverture d'esprit. Ceci indiquerait que les apprenantes qui ont déjà quelques années d'expériences sont des candidates idéales pour en apprendre davantage à propos de la S.C., et probablement encore plus pour les apprenantes qui ont aussi déjà un certain apprentissage expérientiel personnel. Un point important est d'utiliser ce que les apprenantes ont appris de par leurs expériences et de relier cet acquis aux théories, de manière à conserver ce qui est pertinent à l'apprenante.

Dans l'étude de Gray et McPherson (2005), la maturité est un autre facteur reconnu comme favorisant un changement d'attitudes envers la S.C. Celle-ci est décrite comme une réalisation de la part des participants que leur manque de connaissances historiques a affecté négativement leur pratique une fois qu'ils ont réalisé qu'ils avaient des manques de connaissances. Cette ouverture d'esprit qui leur a permis de se rendre compte qu'ils avaient des manques de connaissances à ce sujet est reliée à un développement de leur pensée critique au long de leurs carrières et à un développement d'adaptabilité par expérience. Or, les participantes de mon étude qui reconnaissent l'importance d'avoir des connaissances sur ce sujet sont celles qui les ont et qui font une réflexion après le coup. Il est difficile de savoir ce dont on a besoin de savoir tant qu'on ne le sait pas, réalisation qui se fait grâce à l'expérience, la maturité qui pousse l'infirmière à se questionner. Cependant, ceci pourrait être expédié si le savoir métacognitif de la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014), spécifiquement la sous-catégorie connaissance de soi est développé. Conscientiser les apprenantes aux bénéfices de l'autoréflexion, les aider à la pratiquer ainsi que les inciter à s'autoquestionner pourraient favoriser la maturité des apprenantes, ou tout au moins, à entretenir un esprit plus ouvert favorisant qui à son tour faciliterait l'acquisition de connaissances nécessaire à la conscientisation culturelle.

En conclusion, les facteurs favorisant l'intégration des savoirs au sein des relations identifiés dans mon étude, soit l'intérêt, l'apprentissage expérientiel et la maturité des participantes, ont aussi été identifiés dans l'étude de Gray et McPherson (2005) comme étant des facteurs favorisant des adaptations de comportement et d'attitude plus culturellement sécuritaires. Un intérêt à propos des effets de la colonisation au sein des relations, soit un désir culturel dans un sens néocolonialiste, est non seulement un facteur qui favorise l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients mais un principe de base (tenet) crucial d'un autre modèle culturel. Il est possible que l'intérêt ou le désir culturel soit alors plus qu'un facteur et devrait être un concept à intégrer au sein de la S.C.. De plus, bien que l'intégration des savoirs appartienne au domaine de la conscientisation culturelle de la progression de Ramsden (2002), il est devenu apparent que des aspects qui touchent au domaine de la sensibilisation culturelle, comme la connaissance de soi, peut affecter le domaine de la conscientisation culturelle. Ceci peut remettre en question la progression comme étant deux marches qui se suivent l'une après l'autre. Il est possible qu'il y ait plus d'interaction entre les deux domaines qu'une progression allant de conscientisation culturelle à sensibilisation culturelle.

5.2.5 Facteurs nuisant à l'intégration des savoirs

Cette partie examine différents facteurs ayant ou pouvant avoir des effets nuisibles quant à l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients. Dans un premier temps, je vais discuter des facteurs identifiés lors des entrevues qui défavorisent clairement l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients puis des facteurs qui ne sont pas directement associés à l'intégration des connaissances mais qui pourraient les défavoriser.

Facteurs nuisant clairement à l'intégration des savoirs. Les facteurs nuisant clairement à l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients identifiés dans cette étude sont le manque de temps et la culture de l'unité.

Le manque de temps est souvent mentionné, dans divers domaines infirmiers, à l'échelle internationale, comme un facteur entravant la qualité des soins envers les clients. En effet, récemment, il est identifié comme une barrière qui prévient les infirmières d'appliquer des soins centrés sur les clients souffrants de démence (Yevchak, et al., 2017), de barrière pour implémenter des soins psychosociaux envers des clients hospitalisés dans des centres aigus et chroniques à Singapour (Siyun Chen, et al., 2017), de barrière pour jouer le rôle d'avocate pour des clients au Nigéria dans des unités chirurgicales (Kolawole, 2017), et même une barrière au niveau des gestionnaires qui n'arrivent pas à donner à leurs infirmières le support nécessaire pour faire de l'éducation envers les clients (Bergh, Persson, et Dahlborg-Lychage, 2015). C'est un thème très pertinent à Winnipeg dans le contexte politique actuel où les infirmières font face à beaucoup de coupures, de baisse d'effectif sur les unités et des charges de travail plus lourdes. Dans les études citées précédemment, le manque de temps est relié à des actes qui sont manquants comme ne pas encadrer de nouvelles infirmières, ne pas utiliser des outils sur les unités pour gérer la démence. Souvent les recommandations au sujet du manque de temps sont de changer la manière de regarder aux problèmes et d'établir de nouvelles priorités (Bergh, et al., 2015; Yevchak, et al., 2017), et de faire appel aux dirigeants pour des changements (Kolawole, 2017).

Dans mon étude, le manque de temps est vu plus comme affectant la qualité des relations infirmière-clients plutôt qu'une barrière à entamer des relations. Il a aussi été indirectement identifié comme un facteur favorisant l'intégration des connaissances lorsqu'il est présent. En effet, l'infirmière qui pratique un rôle de consultante en postpartum a plus de flexibilité dans son emploi du temps et avance que sa position lui permet plus facilement de prendre en compte le contexte global de vie de ses clientes et donc de faire de la 'réflexion sur l'action' et de la 'réflexion en cours d'action' de manière plus consciente. Par opposition, le manque de temps est vu comme un facteur qui favorise le mode autopilote et réduit la 'réflexion en action'. Les participantes qui travaillent en périnatalité décrivent, en cas de

grande acuité ou de charge de travail élevée, se concentrer sur les aspects prioritaires comme les tâches à accomplir et sont moins concernées sur comment elles accomplissent ces tâches. Elles se fient à leur routine, et donc à leurs savoirs tacites. Parce que les participantes ont déjà un savoir tacite développé quant à leurs relations infirmière-clients, il est, peut-être, possible de développer ces savoirs tacites de manière à ce que les savoirs au sujet de la colonisation y soient intégrés. Ainsi, comme Kolawole (2017) le propose, créer des ateliers de formation pourrait être avantageux, surtout s'ils sont créés dans l'esprit de modifier les savoirs tacites plutôt que des ateliers de formation généraux sur les effets de la colonisation. L'avantage de modifier les savoirs tacites est qu'en cas de manque de temps et d'acuité élevée, les infirmières pourront les mettre en action sur le moment, sans y réfléchir consciemment.

En ce qui concerne la culture infirmière, la littérature propose que la culture d'une organisation, et particulièrement la culture infirmière, peut être un atout tout comme un handicap au bon déroulement des soins (Baker, Belinger, King, Salyards, et Thompson, 2000). Par exemple, la culture infirmière a été identifiée comme une barrière à l'intégration de changements au sein d'une unité (Baker et al., 2000) ou à l'intégration des données probantes au sein de la pratique (Henderson et Fletcher, 2015). Thomas, Ward, Chorba, et Kumiega (1990) mentionnent que «la culture est une mesure de pensées, de comportements et de croyances que [les infirmières] ont en commun» (ad lib trad., p. 18). Si un travailleur a des croyances différentes et agit de manière différente qu'attendue, le climat de l'unité de travail est perçu comme difficile, tout comme l'exemple donné par la participante de mon étude qui s'est vu réprimandée d'avoir accueilli le père d'une parturiente dans la salle d'accouchement. La culture infirmière, dans ce cas, peut être perçue comme inefficace pour progresser vers la sécurisation culturelle car la majorité des infirmières ne démontrent pas des attitudes culturellement sécuritaires. Thomas et al. (1990) proposent que la culture infirmière peut être modifiée afin d'atteindre des objectifs donnés. Ceci implique alors que les gestionnaires des établissements de santé fassent des évaluations de

culture de leurs unités pour mieux les comprendre avant d'intégrer de nouveaux objectifs et d'interventions pour la modifier (Wilson, McCormack, et Ives, 2005).

Bien que ces études (Baker et al., 2000; Henderson et Fletcher, 2015; Thomas et al., 1990 et Wilson et al., 2005) ne discutent pas spécifiquement de l'intégration des connaissances des effets de la colonisation au sein des relations infirmière-clients, ni du contexte périnatal spécifiquement, elles démontrent que la culture d'une organisation est un facteur qui devrait être pris en compte car elle peut favoriser ou défavoriser l'intégration de changements et le bon déroulement d'unités médicales lorsque la culture de ces unités est négative, agressive et/ou défensive. Il est probablement possible de changer la culture infirmière en un facteur favorisant l'intégration des connaissances. Peut-être qu'en faisant une évaluation de la culture des unités périnatales où on souhaite améliorer l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients, il serait possible d'identifier les aspects qui défavorisent cette intégration pour pouvoir les adresser.

Facteurs qui ne sont pas clairement associés à l'intégration des connaissances. Certains facteurs ont été identifiés comme affectant le contexte dans lequel les participantes travaillent, et, se faisant, influençant négativement les relations infirmière-clients et peut-être, aussi, l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients. Dans un premier temps, on retrouve les facteurs contextuels et à la fois professionnels comme l'hôpital et l'unité de travail qui sont liées avec le rôle infirmier. Dans un deuxième temps, les facteurs personnels et à la fois professionnels sont le manque de clarté entre les concepts d'égalité et d'équité, le manque de réflexion personnelle, la présence de préjugés et le silence des participantes. Je vais discuter de ces deux groupes de facteurs séparément.

Les facteurs à la fois contextuels et professionnels, soit l'hôpital et l'unité de travail qui affectent le rôle de l'infirmière, sont reliés à la clientèle des participantes. En effet, il semblerait, d'après les descriptions données par les participantes concernant les relations

infirmière-clients conflictuelles, que le contexte hospitalier reflète le contexte socio-économique et historique de la cliente périnatale les plus difficiles pour lequel les politiques, les plans de soins en place et les prestataires de soins ne sont ni adaptés ni préparés à gérer. Ceci est alors un endroit propice où les relations conflictuelles peuvent prendre formes. L'unité de travail et le rôle infirmier, quant à eux, reflètent là, où, dans le processus de naissances, ces contextes socio-économiques doivent être adressés et pour lesquels les participantes ne sont pas préparées. En effet, les besoins de personnes dépendantes de substances en périnatalité n'ont que peu d'opportunités d'avoir accès à des programmes si l'on en croit la difficulté qu'ont exprimé les participantes à offrir ces soins. Les participantes ne démontrent pas comprendre pourquoi après une appréhension, une mère irait s'auto-médicamenter pour gérer la douleur de la séparation de son nouveau-né, même si cela veut dire qu'elle abaisse ses chances d'avoir un jour accès à son enfant. Les participantes démontrent ne pas savoir comment gérer ce genre de situations parce qu'il s'agit d'une spécialité reliée au domaine de la santé mentale et non de la périnatalité. Les participantes devraient avoir eu une formation de santé mentale au cours de leur programme de formation en sciences infirmières. Cependant, elles n'ont probablement pas eu une formation sur comment gérer des cas de dépendance en période post-partum, et encore moins dans un contexte néocolonialiste. Ces facteurs indiquent que le problème est lié avec un manque de préparation de la part des infirmières et à un système de soins non adapté à une population spécifique dont les besoins sont plus importants que d'autres et qui vit encore les effets de la colonisation.

Wilson et al. (2015) ont exploré les attitudes et caractéristiques, en Australie, de prestataires de soins d'ethnicité non Indigène et qui travaillent dans le domaine de la santé des Indigènes, domaine considéré comme ayant des différences de déterminants de la santé marqués ressemblant aux nôtres. Ces prestataires de soins ont démontré quatre types d'attitude dont trois reflètent certaines caractéristiques qui ressortent de mes entrevues, comme des sentiments d'inaptitudes envers des situations difficiles apparues lors

des relations infirmière-clients conflictuelles. La quatrième attitude, elle aussi représentée dans mes résultats, est une attitude où les prestataires de soins ont trouvé un moyen d'aller au-delà des barrières et donner des soins à leurs clients mieux appropriés à leurs besoins. Les trois attitudes, reflétant des attitudes d'inaptitudes de la part des prestataires de soins et des sentiments d'incertitude et d'inconfort, sont ne pas savoir comment s'y prendre, avoir peur de mal s'y prendre et trouver que travailler avec des Indigènes, compte tenu des barrières présentes, étaient trop difficiles. Dans mes entrevues, j'ai aussi trouvé une participante qui exprime ne plus savoir comment s'y prendre et qui se sent frustrée que ses efforts ne semblent pas servir. D'autres ont mentionné être conscientes des barrières, bien que pas toujours appréciées comme étant une conséquence de la colonisation, et qu'elles se sentent prisonnières de ces barrières comme l'instabilité socio-économique, le jeune âge et l'utilisation de substances psychoactives de leurs clientes.

Wilson et al. (2015) ont aussi trouvé que ces prestataires de soins ont en commun un désir de vouloir travailler avec des Indigènes mais ont moins de conscientisation sur les effets de la colonisation sur les Indigènes et ont peu de conscientisation sur leur propre identité culturelle à comparer du quatrième type d'attitude. Or, les participantes qui font face aux relations conflictuelles ont démontré moins de connaissances pour l'une, et pour l'autre, bien qu'ayant plus de connaissances en générales, moins de conscientisation de ses connaissances dans le contexte périnatal pertinent à son travail. Ces résultats de Wilson et al. (2015) donnent de l'espoir qu'au-delà d'introduire des changements à des niveaux supérieurs qui reflètent mieux les besoins des populations vivant les effets de la colonisation les plus vulnérables, les prestataires de soins peuvent être outillés à mieux répondre aux défis de travailler dans un contexte postcolonialiste. Il s'agit ici, des outils qui appartiennent aux deux marches de Ramsden (2002), soit la conscientisation culturelle et des effets de l'histoire et de la sensibilisation culturelle, soit la connaissance de sa propre identité culturelle.

Pour ce qui est des facteurs personnels, et, à la fois professionnels, pouvant influencer l'intégration des savoirs, ils appartiennent plus au domaine de la sensibilisation culturelle que la conscientisation culturelle. En effet, Ramsden (2002) décrit ce domaine comme étant celui où l'apprenante doit acquérir une sensibilité culturelle qui comprend, entre autres, deux aspects. Le premier, est d'avertir l'apprenante de la légitimité de la clientèle à être différente et de faire attention de ne pas forcer sa propre culture ou vision du monde sur la clientèle. Afin d'être capable de faire ceci, l'apprenante doit, deuxièmement, commencer une autoréflexion des effets et du pouvoir qu'elle a et peut avoir sur les personnes autour d'elle et de refléter sur comment elle peut les influencer. Je perçois ce pouvoir comme pouvant provenir de deux sources, soit celui du pouvoir que l'apprenante détient de par sa position d'infirmière et de son pouvoir personnel en tant que personne. Le pouvoir inhérent à son rôle inclut le pouvoir inhérent à la position d'infirmière, à la place que détient une infirmière dans la culture infirmière, médicale et institutionnelle. L'apprenante doit devenir consciente comment appartenir à ces différentes cultures affecte la relation infirmière-client. En plus d'avoir une conscientisation professionnelle, l'apprenante doit faire une autoréflexion personnelle et refléter sur l'impact que ses propres expériences et réalités peuvent avoir sur ses clients et devenir consciente de préjugés internes possibles. Or, il est ressorti lors des entrevues que les infirmières lors de leurs interactions infirmière-clients démontrent avoir des préjugés envers leurs clientes autochtones indiquant que ce genre de réflexion n'a probablement pas lieu. Il s'agit alors d'entamer une découverte de soi-même en tant qu'être culturel afin de devenir consciente de tels préjugés. Campinha-Bacote (2002) le décrit comme conscientisation culturelle (cultural awareness) dans son modèle de soins. Les différentes terminologies utilisées par Ramsden et autres chercheurs portent à confusion lorsque ceux-ci utilisent les mêmes terminologies avec des définitions différentes. Cependant, bien qu'appelée différemment, la partie concernée avec l'apprentissage de soi de Campinha-Bacote (2002) inclut les mêmes principes que la marche de sensibilisation culturelle de Ramsden (2002), soit se connaître soi-même et ses préjugés, et ne pas

imposer sa propre culture sur son patient ou ses valeurs professionnelles (Campinha-Bacote, 2002).

Il est aussi ressorti lors des entrevues que les participantes ont de la difficulté à différencier les concepts d'équité et d'égalité dans le contexte de leur milieu de travail périnatal. Ces concepts sont étudiés en éducation, en sociologie et travail social et ont commencé à être introduit dans les programmes de sciences infirmières. En effet, White (1995) propose d'introduire un cinquième élément dans les savoirs infirmiers empiriques, proposés par Carper en 1978, qui est le savoir sociopolitique dans un contexte infirmier. Ce savoir s'adresse au contexte sociopolitique de l'infirmière et de sa clientèle mais aussi au contexte sociopolitique de l'infirmière par rapport à son rôle infirmier, comment la société perçoit son rôle et comment la profession infirmière comprend la société et ses politiques. Depuis, les manuels infirmiers reliés à la santé communautaire ont incorporé de plus en plus d'informations liées à la justice sociale, à l'équité et à l'égalité. Ils sont présents dans les versions de manuels les plus à jours (Stamler, Yiu, et Dosani, 2016; Stanhope, Lancaster, Jakubec, et Pike-MacDonald, 2017). En fonction de quand et de la manière avec laquelle ces concepts ont été intégrés dans les différents programmes de sciences infirmières, il est possible que certaines participantes n'aient pas eu l'enseignement nécessaire à leur sujet. De plus, ces concepts sont vus dans un contexte de soins de santé primaires et non tertiaires, domaine de la santé dans lequel les participantes travaillent. Il est possible qu'il y ait aussi un manque de transfert des connaissances (knowledge translation) entre le domaine des soins primaires et tertiaires qui fait que les participantes qui ont des connaissances au sujet de ces concepts, ont de la difficulté à les intégrer dans leur pratique en soins tertiaires.

En plus de la difficulté de comprendre la différence entre les deux concepts, les participantes semblent avoir du mal à mettre en œuvre leur désir d'égalitarisme. Browne (2005) a déjà décrit un problème similaire où les infirmières démontrent un désir d'égalitarisme mais n'y arrivent pas car elles portent un discours populaire reflétant des

préjugés à propos des autochtones. Donc, il se pourrait que les infirmières n'arrivent pas à atteindre une pratique désirée par manque de réflexion et de conscientisation à propos de préjugés personnels et des préjugés populaires environnants. Ceci pourrait être aussi empiré par le troisième facteur identifié, soit le silence des participantes. En effet, il est ressorti des entrevues que les participantes éprouvent de la difficulté à discuter de ces sujets librement de peur d'être comprises comme donnant des propos racistes ou de perpétuer des stéréotypes. Wilson et al. (2015) ont aussi trouvé que les prestataires de soins, dans le groupe qui a peur de mal s'y prendre, ont peur d'agir de manière raciste ou de dire des mauvaises choses au mauvais moment. Ce sentiment de peur est handicapant, et rend les prestataires de la santé mal à l'aise dans leur rôle. Le silence est causé par un souci de mal faire, de mal s'exprimer, de heurter les autres ou de se faire juger comme ayant des préjugés.

Donc, un manque d'auto-réflexion et de conscientisation de ses propres préjugés, un manque de connaissances sur différents concepts tels que des soins équitables et des soins égaux et un malaise de communication engendré par un manque de savoir-faire sont des facteurs qui appartiennent à la marche de la sensibilisation culturelle. Même si certaines participantes démontrent avoir commencé ce genre de questionnement, il semblerait que lorsqu'il s'agit des relations infirmière-clients, ce genre de conscientisation est absent. En effet, une participante mentionne ne pas faire ce genre d'exercices tout en reconnaissant qu'il est nécessaire. Or, plusieurs curriculums en sciences infirmières sur la diversité culturelle ont été développés afin d'outiller les apprenantes avec du vocabulaire et, à travers des études de cas, découvrir comment ces concepts prennent forme dans différentes situations. Harmony movement (2014) est un exemple d'un tel curriculum dans le contexte de l'éducation canadienne. Il a été conçu pour les enseignants avec des situations de cas estudiantines pour enseigner, entre autres, différents concepts comme la discrimination, le préjugé, l'intersectionnalité et offre des discussions sur l'intention et l'impact de ses actes. Ce genre de matériel pédagogique aide les apprenantes à comprendre leur propre culture, à

mieux comprendre dans le contexte de leur travail d'enseignant comment ces concepts peuvent se présenter et quel rôle, en tant qu'éducateur, elles peuvent jouer. Je ne suis pas sûre, malheureusement, qu'un tel outil existe pour les professionnels de la santé, et encore moins les infirmières.

Il n'est pas certain à quel point ces facteurs appartenant à la sensibilisation culturelle affectent la conscientisation culturelle. Cependant, une symbiose semble être présente entre les deux.

5.3 Proposition d'un cadre de référence

Cette partie prend en considération les résultats des entrevues et la discussion qui en a suivi d'une manière logique et les remet dans la progression de Ramsden (2002). En intégrant ces informations, celle-ci se trouve modifiée et un nouveau cadre de référence est alors proposé intitulé 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir la Figure 3). Ce cadre est né d'un domaine postcolonial et périnatal mais il est général quant à son utilisation en ce qui concerne la clientèle ciblée et le domaine clinique.

Le premier changement est l'alignement des deux domaines plutôt qu'une démarche linéaire dans laquelle la conscientisation culturelle précède la sensibilisation culturelle, puisque les deux peuvent s'affecter l'un et l'autre. Des lignes intermittentes permettent justement que chaque domaine puisse être influencé par différents facteurs, dont l'un et l'autre, représenté dans le cadre par des flèches vertes. Une autre ligne entoure les deux domaines afin de représenter le processus de la S.C. entrepris par l'infirmière et qui doit être débuté avant d'entamer des relations infirmière-clients. Cependant, avec l'expérience et en collaborant avec des clients, le processus de S.C. peut évoluer. Il est donc important de noter que ce processus ne se fait pas nécessairement seul de son côté avant de pratiquer, mais est plutôt un processus qui se fait tout au long de sa carrière.

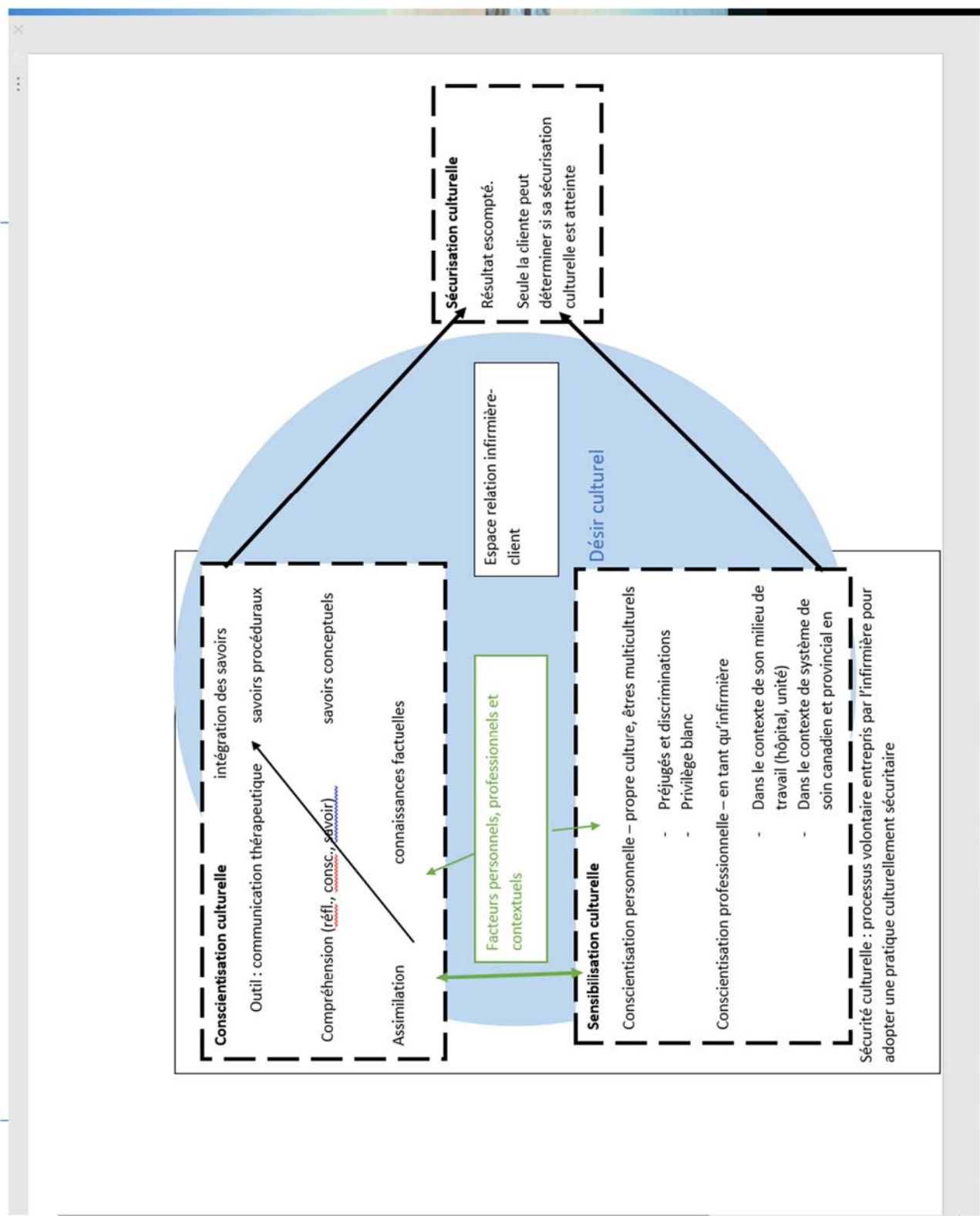
Au fur et à mesure que l'apprenante travaille sur l'acquisition des aptitudes de chaque domaine, sa démarche professionnelle au sein de la relation infirmière-client, représentée par une flèche dans l'espace négatif, amène à la sécurisation culturelle. Ainsi, ce cadre de référence inclut non seulement les deux aspects de la S.C., c'est-à-dire, la démarche que doit entreprendre l'apprenante, intitulée la S.C., et la fin en soi, la sécurisation culturelle, qui est déterminée par la cliente, mais aussi un troisième espace, la relation infirmière-client. Cet espace représente l'espace biculturel où une personne est en relation avec l'autre, lieu où des messages s'échangent (Ramsden, 1993). D'après Ramsden (2000), c'est à ce niveau que la sécurisation culturelle peut se développer, où le 'moment de confiance' (trust moment, p.10) se forme et influence les interactions futures. Cet espace fait allusion à celui que Durey et al. (2012) nomme espace interculturel sécuritaire où l'infirmière et le client se rencontrent.

À l'intérieur de chaque domaine de la S.C. sont décrites les étapes à suivre pour adopter un comportement/pratique qui soit culturellement sécuritaire. Le domaine de la conscientisation culturelle est le plus développé car il est le sujet de cette étude. Le domaine de la sensibilisation culturelle comprend les informations qui existaient dans la progression de Ramsden (2002) et celles qui sont ressorties de cette étude mais ne sont pas autant travaillées.

Le domaine de la conscientisation culturelle inclut une taxonomie qui représente le processus cognitif et les différents types de connaissances et de savoirs basés sur la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) allant d'assimilation de connaissances factuelles à la compréhension lors de la création de savoirs conceptuels. C'est à ce point-ci que la Figure 2 peut être incorporée dans le sens que c'est à ce niveau que les connaissances sont transformées en savoirs, et que la conscientisation se développe. Une fois l'outil de la communication thérapeutique maîtrisée, l'apprenante pourra intégrer dans sa démarche infirmière ses savoirs adoptant ainsi une approche qui soit culturellement sécuritaire. Les connaissances et les savoirs qui sont pertinents à ce domaine sont ceux

identifiés par Ramsden (2002) et comprennent des connaissances sur les rites et coutumes de la cliente qui diffèrent de l'apprenante, des contextes socio-politico-économiques et historiques, et des contextes émotionnels de la cliente.

Figure 3. Proposition de cadre de référence : Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle



À l'intérieur de chaque domaine de la S.C. sont décrites les étapes à suivre pour adopter un comportement/pratique qui soit culturellement sécuritaire. Le domaine de la conscientisation culturelle est le plus développé car il est le sujet de cette étude. Le domaine de la sensibilisation culturelle comprend les informations qui existaient dans la progression de Ramsden (2002) et celles qui sont ressorties de cette étude mais ne sont pas autant travaillées.

Le domaine de la conscientisation culturelle inclut une taxonomie qui représente le processus cognitif et les différents types de connaissances et de savoirs basés sur la taxonomie révisée de Bloom (Anderson, 2014) allant d'assimilation de connaissances factuelles à la compréhension lors de la création de savoirs conceptuels. C'est à ce point-ci que la Figure 2 peut être incorporée dans le sens que c'est à ce niveau que les connaissances sont transformées en savoirs, et que la conscientisation se développe. Une fois l'outil de la communication thérapeutique maîtrisée, l'apprenante pourra intégrer dans sa démarche infirmière ses savoirs adoptant ainsi une approche qui soit culturellement sécuritaire. Les connaissances et les savoirs qui sont pertinents à ce domaine sont ceux identifiés par Ramsden (2002) et comprennent des connaissances sur les rites et coutumes de la cliente qui diffèrent de l'apprenante, des contextes socio-politico-économiques et historiques, et des contextes émotionnels de la cliente.

Tout autour du domaine de la conscientisation culturelle, différents facteurs pouvant influencer l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients sont représentés par une flèche verte. Ceci représente l'aspect du constructionisme social qui prend en compte que différents contextes vont affecter ce processus. Il est important de se rappeler que, bien qu'une progression d'apprentissage est proposée, le rendement de l'apprenante est changeant et peut être affecté par une multitude de facteurs et de circonstances.

Afin que ce processus puisse prendre place, un cercle bleu entourant le processus de la S.C. et la relation infirmière-client représente le désir culturel. La définition du désir

culturel (Campinha-Bacote, 2011) est, dans ce cas-ci, néocolonialiste et inclut un désir d'approfondir ses connaissances sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Ce désir culturel prend en compte tous les aspects qui touchent l'apprenante soit les domaines de la démarche infirmière et de relation infirmière-client.

5.4 Recommandations

Cette étude démontre qu'avoir des connaissances avancées sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones peut affecter positivement l'approche des infirmières œuvrant en périnatalité envers leurs clientes autochtones du moment que certains facteurs soient réunis. Ces facteurs sont une transformation des connaissances en un savoir qui sous-entend une réflexion et une conscientisation de ces connaissances, avec un intérêt pour le sujet et peut-être un contexte de milieu de travail favorable. Le contexte de travail est favorable lorsqu'il favorise la création de savoir tacite, comme par exemple, au sein des relations infirmières fluides et quasi-fluides. Cependant, un contexte de travail où les relations infirmière-clientes sont conflictuelles pourrait défavoriser l'intégration des connaissances. Différentes recommandations découlant de ces résultats seront proposées et expliquées, tout d'abord, dans le domaine de la formation infirmière, puis de la pratique infirmière, suivi de la recherche infirmière et enfin, de la pratique infirmière de niveau avancé.

5.4.1 Formation infirmière.

Une première recommandation qui découle de cette étude, basée sur le cadre de référence proposé et intitulé la 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir Figure 3), est de cultiver un désir culturel au sein des infirmières œuvrant en périnatalité et des étudiantes en sciences infirmières. Ce désir culturel inclut les effets de la colonisation sur les peuples autochtones. Ceci peut être accompli en favorisant des échanges et des discussions avec des personnes clés comme des aînés et des clientes autochtones. Dans le contexte d'étudiantes infirmières, ces échanges pourraient avoir lieu

au cours de stages avec des populations autochtones, pendant les cours théoriques en recevant des aînés autochtones ou en facilitant des témoignages de survivants d'écoles résidentielles ou encore en organisant des projets d'immersion avec des réserves comme l'a fait l'Université de Victoria en Colombie-Britannique (Othmar, Appleby, et Heaton, 2008).

Dans le contexte de la formation continue, un début d'échange est offert lors de l'atelier offert par l'ORSW sur la sensibilisation culturelle autochtone; cet atelier a été développé et est animé par des autochtones. D'autres échanges sont possibles à travers d'autres ateliers, une fois celui-ci complété. Cependant, comme vu dans les résultats, peu de participantes sont au courant de l'existence de cet atelier. Les gestionnaires et les éducatrices sur les unités périnatales ont un rôle important à promouvoir l'existence de cet atelier et à inciter leurs infirmières à le prendre. En effet, le savoir expérientiel a été identifié dans cette étude comme étant un facteur très important dans la création de savoirs. Le but est de développer des savoirs conceptuels et de cultiver des réflexions pour favoriser la conscientisation des effets de la colonisation dans un contexte pertinent aux infirmières.

Le cadre de référence proposée intitulé la 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir Figure 3), est en soi une recommandation pour guider la formation des apprenantes. Celui-ci donne des pistes concrètes pour la formation infirmière, surtout dans le domaine de la conscientisation culturelle, particulièrement comment aller au-delà de connaissances générales afin de former les apprenantes jusqu'à l'intégration des savoirs en pratique. Cependant, ce cadre de référence est encore incomplet. On peut s'attendre à plus de recommandations sur la formation infirmière au fur et à mesure qu'il est complété ou travaillé.

5.4.2 Pratique infirmière

La pratique infirmière envers les parturientes autochtones peut bénéficier de meilleures connaissances, voire savoirs, au sujet des effets de la colonisation. Les compétences de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2009 a

et b) ainsi que les compétences d'entrée de l'Ordre des infirmiers autorisés du Manitoba exigent que les infirmières acquièrent des connaissances au sujet de la colonisation et les intègrent au sein de leur pratique infirmière afin d'offrir de meilleurs soins. Cette étude n'a pas permis de vérifier sur le terrain que les approches des participantes sont plus culturellement sécuritaires pour celles qui sont capables de partager comment elles intègrent leurs connaissances par rapport aux autres. Cependant, le fait que ces participantes soient capables d'expliquer comment leurs relations infirmière-clients diffèrent en fonction de leurs connaissances et que ces différences soient en lien avec une pratique culturellement sécuritaire indiquent un gros potentiel d'atteinte de ce but. La recommandation qui en suit est donc de favoriser les formations infirmières de base et continues sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones afin de promouvoir une pratique infirmière qui soit plus culturellement sécuritaire.

Le contexte dans lequel travaille les infirmières peut influencer les relations infirmière-clients. Non seulement l'hôpital et le type de clientes autochtones jouent un rôle au sein des relations infirmière-clients, mais l'unité périnatale et le rôle de l'infirmière peuvent aussi les affecter et potentiellement influencer comment les connaissances peuvent être intégrées au sein des relations infirmière-clients. Les gestionnaires des unités devraient prendre en considération ces contextes et appuyer les infirmières qui ont le plus besoin de soutien et de formation pour gérer les situations difficiles.

5.4.3. Recherche infirmière

Le but de cette étude était d'étudier une petite partie de la S.C., soit le processus de la sécurité culturelle, et plus particulièrement les connaissances des infirmières sur les effets de la colonisation sur leurs parturientes autochtones. Cependant, le but d'une telle recherche est d'éventuellement étudier si la sécurisation culturelle des clientes est atteinte lorsqu'une démarche culturellement sécuritaire est adoptée par les infirmières œuvrant en périnatalité, dans un premier temps, mais aussi dans d'autres domaines infirmiers. Blanchet Garneau et Pépin (2012) discutent du fait que la S.C. fait preuve de peu de recherches

empiriques et est difficile à évaluer. Elles expliquent que le manque de clarté du concept et celui de son opérationnalisation sont des facteurs clés.

Le cadre de référence proposé intitulé 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir Figure 3) aide à guider la recherche dans le sens qu'il donne un aperçu entier du processus de la S.C. et les découpe en trois étapes distinctes soit le processus de la S.C. que doivent entreprendre les infirmières, la relation infirmière-client et la sécurisation culturelle du client. Dans un premier temps, plus de recherches sont nécessaires pour évaluer si les deux domaines, soit la conscientisation et la sensibilisation culturelles, du cadre de référence proposé permettent d'améliorer les démarches infirmières et incitent à une pratique plus culturellement sécuritaire. Deuxièmement, plus de recherches sont nécessaires afin d'identifier et de corroborer des facteurs favorisant et nuisant à l'intégration des connaissances autochtones au sein des relations infirmière-clients ainsi que d'autres facteurs qui pourraient affecter la relation infirmière-client. Troisièmement, plus de recherche sur le terrain auprès des clientes autochtones sont nécessaires afin d'identifier si une approche de la part des infirmières périnatales plus culturellement sécuritaires aboutit à la sécurisation culturelle de la cliente.

5.4.4 Pratique infirmière de niveau avancé

La pratique infirmière de niveau avancé est un domaine assez récent qui prend de l'ampleur en sciences infirmières. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2007) définit une pratique infirmière avancée comme étant :

Un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. (p.1)

Hamric et ses collègues ont établi un des premiers modèles sur le sujet dans les années 1990, soit le 'Modèle de Hamric sur la pratique infirmière de soins avancés'. Il est maintenant un des modèles utilisés dans l'enseignement supérieur des sciences infirmières et figure comme base d'un manuel de cours dédié spécifiquement à la pratique infirmière de

niveau avancé (Hamric, Hanson, Tracy, et O'Grady, 2014). D'après le modèle de Hamric, la pratique infirmière avancée comprend une compétence centrale, la pratique de soins cliniques directs, qui est accompagnée de six autres compétences dont le mentorat, la consultation, la pratique basée sur des données probantes, le leadership, la collaboration et la prise de décision éthique (Hamric et al., 2014).

Ainsi, plusieurs rôles infirmiers dans le domaine de la périnatalité au Manitoba entrent dans le contexte de la pratique infirmière avancée comme les éducatrices sur les unités périnatales, les infirmières de ressources cliniques périnatales (clinical resource nurse), ou encore les infirmières de clinique d'imageries diagnostiques périnatales. Ces infirmières sont en contact avec les clientes et sont souvent le lien entre la littérature, les théories et concepts pertinents à la pratique périnatale et les autres infirmières qui travaillent au chevet. Les infirmières de pratique de niveau avancé sont, donc, des personnes clés pour intégrer la S.C. au sein des instituts et au cœur de la pratique infirmière. De par leurs différents rôles, elles ont directement accès à la clientèle et sont au courant des contextes dans lesquels les relations infirmière-clients ont lieu. Elles devraient ainsi donner, autant que possible, l'exemple d'une pratique culturellement sécuritaire et être capables d'identifier des facteurs qui sont favorables ou défavorables à l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients. Leurs rôles de mentor et de leadership les mettent dans une position idéale pour introduire le concept de la S.C. aux infirmières qui n'ont pas eu l'opportunité d'apprendre ce concept dans leur formation initiale et d'appuyer les infirmières au chevet qui connaissent un peu ce concept à mieux le comprendre et surtout à mieux l'intégrer dans leur pratique. Leur rôle de consultante leur permet d'être une personne ressource sur le sujet de la S.C. En tant que consultante, une infirmière de pratique de niveau avancé pourrait donner des conseils aux infirmières sur leur démarche infirmière dans des contextes difficiles où les effets de la colonisation affectent les relations infirmière-clients, ou encore sur le voyage personnel de la sensibilisation culturelle que devrait entreprendre chaque infirmière. Dans leur rôle de collaboratrice, elles pourraient utiliser des

personnes clés autochtones judicieusement pour aider avec divers sujets comme promouvoir le désir culturel, promouvoir les connaissances sur les effets de la colonisation ou aider avec des relations infirmière-clients conflictuelles. Tous ces rôles sont basés sur des connaissances et des savoirs venant de données probantes et qui s'alignent sur le code de déontologie infirmier de l'AIIC (2017).

Il est alors recommandé que toutes les infirmières de pratique de niveau avancé connaissent le concept de la S.C. à un niveau avancé de manière à l'intégrer dans leur propre pratique et à favoriser son intégration dans la pratique des infirmières de chevet. Le cadre de référence proposé intitulé la 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir Figure 3) peut aider les infirmières de pratique avancée à mieux comprendre le concept de la S.C. pour elles-mêmes, à guider les infirmières de chevet à mieux le comprendre et à l'intégrer dans leur pratique, à mieux collaborer avec des personnes autochtones clés, ou à agir comme consultante au besoin.

5.5 Forces et limites

Dans cette partie, quatre forces et deux limites de mon étude seront partagées.

5.5.1 Forces

Les quatre forces principales de cette étude sont la clarification du concept de la S.C. qui permet une meilleure mise en application de ce concept, une première étude manitobaine au sujet de la S.C. dans le contexte périnatal, des résultats diversifiés, et un cadre de référence qui peut être appliqué dans un contexte autre que celui de cette étude.

Blanchet Garneau et Pepin (2012) avancent que la S.C. manque de clarté rendant ainsi sa mise en pratique difficile. Une première force de cette étude est d'avoir utilisé le concept de la S.C. d'une manière originale en différenciant le processus de la S.C. d'un côté et la sécurisation culturelle de l'autre. Ceci a permis de clarifier la terminologie, de séparer le rôle de l'infirmière du résultat escompté. Cette séparation a rendu visible le troisième

espace, soit la relation infirmière-client que Ramsden (1993) décrit comme biculturelle. Ce troisième espace est clé car il est l'espace où le produit d'une démarche culturellement sécuritaire peut aboutir à la sécurisation culturelle de la cliente. En identifiant ces trois aspects critiques du concept de la S.C. dans un cadre de référence, le concept de la S.C. devient alors plus clair et plus facile à mettre en pratique. Il donne aussi des directions à suivre pour évaluer sa mise en application. À partir de ce cadre, des recherches peuvent être entreprises pour identifier des facteurs qui entrent en jeu dans les trois étapes de la progression, soit le processus de la S.C., la relation infirmière-client et la sécurisation culturelle, et pourront offrir des pistes à suivre pour favoriser la sécurisation culturelle des clientes.

Une deuxième force de cette étude est le choix de la population cible de l'étude. En effet, Heaman et al. (2005), Heaman et al. (2014) et Martens (1997) ont fait des recherches dans le contexte périnatal manitobain, mais celle-ci est la première étude qui a cherché à évaluer spécifiquement une partie du processus de la S.C au sein des relations infirmière-clientes dans un contexte périnatal manitobain.

Une troisième force de cette étude est le large éventail de réponses des participantes quant à leurs connaissances sur les effets de la colonisation, soit aucune connaissance ou presque à des connaissances avancées. Ceci a aidé à mieux comprendre comment les connaissances se transforment en savoirs avant d'être intégrées en pratique.

Enfin, cette étude s'est penchée au contexte autochtone dans le domaine de la périnatalité et à la S.C. dans un contexte néocolonialiste. Le cadre de référence intitulé 'Progression de la sécurité culturelle à la sécurisation culturelle' (voir Figure 3) qui en émane est donc né d'un contexte autochtone néocolonialiste périnatal. Cependant, celui-ci est générique et non spécifique au contexte autochtone ou périnatal et pourrait être appliqué à toute population vulnérable, tout client, quelle que soit sa culture, et tout domaine infirmier car il incite l'apprenante à prendre en compte la personne et son contexte et non à son

ethnicité seule. Il se concentre sur la conversion de connaissances en savoirs et à leurs intégrations en pratique. Cependant, il est possible que les facteurs qui affectent l'intégration des savoirs au sein des relations infirmière-clients varient en fonction du domaine infirmier ou de la population cible. Par exemple, le facteur contextuel identifié comme nuisant à l'intégration des connaissances au sein des relations infirmière-clients, soit l'unité et l'hôpital, sont pertinents dans cette étude à Winnipeg, mais peuvent ne pas l'être dans une autre ville ou avec une autre population autre que les autochtones. Donc, le contexte dans lequel ce cadre de référence est utilisé doit toujours être évalué et pris en compte afin d'aider les apprenantes à adopter une démarche culturellement sécuritaire.

5.5.2 Limites

Les deux limites majeures de cette étude sont le petit nombre de participantes et une représentation autochtone réduite dans la conception de cette étude.

Le petit nombre de participantes est une limite qui empêche de faire une généralisation et laisse le cadre de référence inachevé dans le sens que d'autres facteurs favorisant et nuisant à l'intégration des connaissances auraient pu être identifiés. Ce petit nombre de participantes est relié aux difficultés de recrutement encourus et qui ont amené aux deux changements de protocole, soit l'ajout de compensation de 25 dollars et l'allègement des critères d'inclusion. Les difficultés de recrutement peuvent être attribuées au fait que je ne pouvais pas moi-même demander aux participantes de participer, de ne pas avoir fait de demande d'éthique au travers de l'Université du Manitoba, puis de l'ORSW et enfin dans chaque hôpital de la ville pour afficher mes publicités, avoir l'appui des gestionnaires des unités pour le recrutement et encourager des discussions autour du sujet. En rétrospective, étant donné que le recrutement a pris huit mois, je pense, peut-être, qu'il aurait été possible de prendre le temps de passer au travers de chacune de ces étapes. Enfin, un autre facteur qui pourrait aussi entrer en ligne de compte est le fait que les infirmières périnatales au Manitoba peuvent ne pas avoir envie de discuter de ce sujet. En effet, lors de mon projet d'évaluation des besoins d'apprentissage pour mon cours sur la

pratique infirmière de niveau avancée tertiaire, certaines infirmières avaient exprimé une fatigue pour le sujet sans pour autant avoir des connaissances sur les effets de la colonisation sur les peuples autochtones pertinents à leur contexte de travail en périnatalité.

Une deuxième limite est que cette recherche est faite par une chercheure étudiante blanche d'origine européenne. Bien que le conseil d'une grand-mère Métis fut demandé lors de la rédaction des trois premiers chapitres et du guide d'entrevue, ceci ne représente que partiellement la communauté autochtone. Il manque une rétroaction d'ainés de Premières Nations et d'Inuits. Afin d'évaluer les connaissances des participantes, celles-ci ont été comparées à des écrits de manuels pour infirmières, à des sites web officiels canadiens et divers articles reliés au concept de la sécurité culturelle. Cependant, une rétroaction, ou mieux encore, une collaboration avec des chercheurs autochtones ou des personnes clés autochtones de différentes descentes tout au long de l'étude serait une étape importante à prendre pour toute autre étude future de ce genre.

5.6 Conclusion

L'Alliac (2009a) avance que «La culture est beaucoup plus que les croyances, les pratiques et les valeurs [d'un client] et donc le curriculum infirmier se doit de tenir compte des limites de la perception essentialiste et du monde» (p.24). En gardant cette manière de pensée comme pilon central, cette étude a exploré quelles sont les connaissances des infirmières œuvrant en périnatalité au Manitoba au sujet des effets de la colonisation et les sources de ces connaissances. Se faisant, une distinction a été faite entre l'acquisition de connaissances et de savoirs, où le savoir comprend une appropriation des connaissances à tel point que des liens se font entre elles aboutissant à une meilleure conscientisation de ces connaissances. Elle a aussi regardé comment ces connaissances, mais surtout savoirs, sont intégrées au sein des relations infirmière-clients à travers différents types de relations infirmière-clients soit fluides, quasi-fluides et conflictuelles. Ensuite, quelques facteurs favorisant l'intégration des savoirs ont été identifiés dont l'intérêt, les années d'expériences

et la maturité puis quelques facteurs nuisant à l'intégration des connaissances ont été identifiés comme des situations contextuelles qui rendent les relations infirmière-client difficiles et des manques de connaissance de soi-même en tant qu'être culturel. Enfin, en se basant sur le cadre 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et celle des sages-femmes' de Ramsden (2002), un début de cadre de référence de la sécurité culturelle est proposé. Ce cadre de référence est utile pour enseigner ce qu'est la sécurité culturelle, quelles sont les responsabilités infirmières au sein de ce concept et donne des pistes sur comment l'enseigner.

Références

- Aboriginal Healing Foundation. (2001). *Program handbook*. Ottawa: Anishinabe Printing.
- Aboriginal Legal Services of Toronto. (2002). *Rapport soumis au United nations comitte on the elimination of racial discrimination*. Récupéré sur Aboriginal Legal Services of Toronto:
http://media.wix.com/ugd/fcfa63_4690d7be6b4d441ea5445086b41f2d1d.pdf
- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2010). *Aboriginal cultural competency and cultural safety curriculum*. auteur.
- Adams, P., et Benson, V. (2015). *Tables of summary health statistics for the U.S. population: 2014 National health survey*. Récupéré à U.S. Department of Human Ressources.
- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: health disparity in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, s45-61.
- Affaires autochtones et du Nord Canada. (2014). *L'histoire des autochtones au Canada*. Récupéré à Gouvernement du Canada: <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100013778/1100100013779>
- Affaires autochtones et du Nord Canada. (2015). *Peuples et collectivités autochtones*. Consulté le octobre 2015, sur Gouvernement du Canada: <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100013785/1304467449155>
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada. Édition 2008, un aperçu de la santé périnatale au Canada-Partie A*. Récupéré sur Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/overview-aperçu-fra.php>
- Amon, K., Campbell, A., Hawke, C., et Steinbeck, K. (2014). Facebook as a recrutment tool for adolescent health research: a systematic review. *Academic Pediatrics*, 14, 439-447.
- Anderson, J. (2004). The conundrums of binary categories. Critical inquiry through the lens of postcolonial feminist humanism. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 11-16.
- Anderson, L. W. (Ed.). (2014). *A taxonomy for learning, teaching, ans assessing: a revision of Bloom's*. Essex: Pearson.
- Appleton, J. V., et King, L. (1997). Constructivisme: a naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 13-22.
- Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada. (2009a). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuits et des Métis*. Ottawa: auteur.
- Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada. (2009b). *Compétence culturelle et la sécurité culturelle en enseignement infirmier*. Récupéré sur Aboriginal Nurses Association of Canada:

<http://www.anac.on.ca/Documents/Making%20It%20Happen%20Curriculum%20Project/French%20Final-Framework.pdf>

Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2014). *Les soins infirmiers adaptés à la santé autochtones et la santé des Autochtones: Fixer le cap d'une orientation stratégique pour les soins infirmiers au Canada*. Ottawa, Canada: auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *La pratique infirmière avancée, énoncé de position*. Récupéré sur Association des infirmières et infirmiers du Canada: https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/ps60_advanced_nursing_practice_2007_f.pdf?la=fr&hash=5ADDAA94B1C2511C047758532EB635F572F0B53E

Aumont, B. (1992). *L'acte d'apprendre*. Presses Universitaires de France.

Australian Bureau of Statistics. (2013). *Estimates of Aboriginal and Torres Strait Islanders Australians-3238.0.55.001*. Récupéré sur <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3238.0.55.001#>

Australian Bureau of Statistics. (2015). *Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health survey: updated results, 2012-2013 4727.0.55.006*. Récupéré sur Australian Bureau of Statistics: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/4727.0.55.006>

Australian Bureau of Statistics. (2016). *Causes of death, Australia, 2014-3303.0, Infant mortality*. Récupéré sur Australian Bureau of Statistics: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2014~Main%20Features~Infant%20Mortality~10023>

Baker, C. (2007). Globalization and the cultural safety of an immigrant Muslim community. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 296-305.

Baker, C., Belinger, J., King, S., Salyards, M., et Thompson, A. (2000). Transforming negative work cultures: a practical strategy. *Journal of Nursing Administration*, 30(7/8), 357-363.

Baltar, F., et Brunet, I. (2012). Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57-74.

Bartlett, J., Iwasaki, Y., Gottlieb, B., Hall, D., et Mannell, R. (2007). Framework for Aboriginal-guided decolonizing research involving Métis and First Nations persons with diabetes. *Social Science and Medicine*, 65, 2371-2382.

Banks, J. W. (2003). Ka'nisténhsera Teiakotíhsnie's: A native community rekindles the tradition of breastfeeding. *AWHONN Lifelines*, 7(4), 341-347

Bergh, A.-L., Persson, F., et Dahlborg-Lychage, E. (2015). Perpetuation 'new public management' at the expense of nurses' patient education: a discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 22(3), 190-201.

Birch, J., Ruttan, L., Muth, T., et Baydala, L. (2009). Culturally competent care for Aboriginal women: a case for culturally competent care for Aboriginal women giving birth in hospital settings. *Journal of Aboriginal Health*, 4(2), 24-34.

- Bird, C., Thurston, W., Oelke, N., Turner, D., et Christiansen, K. (2013). *Understanding cultural safety : traditional and client perspectives - Final report for funder*. Récupéré sur <http://homelesshub.ca/sites/default/files/Cultural%20Safety%20Final%20Report%20March%202013.pdf>
- Blanchet Garneau, A., et Pepin, J. (2012). La sécuritué culturelle: analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 22-35.
- Bozorgad, P., Negarandeh, R., Raiesifar, A., et Poortaghi, S. (2016). Cultural safety: an evolutionary concept analysis. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 33-38.
- Brascoupé, S., et Waters, C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community health. *Journal of Aboriginal Health*, 6-41.
- Brown, H., Varcoe, C., et Calam, B. (2011). The birthing experiences of rural Aboriginal women in context: implications for nursing. *Clinical Journal of Nursing Research*, 43(4), 100-117.
- Browne, A. (2005). Discourses influencing nurses' perceptions of First Nations patients. *Clinical Journal of Nursing Research*, 37(4), 62-87.
- Browne, A. (2007). Clinical encounters between nurses and First Nations women in a Western Canadian hospital. *Social Science and Medicine*, 64, 2165-2176.
- Browne, A., et Fiske, J.-A. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), 126-147.
- Browne, A., Smye, V., et Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4), 16-37.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cutlural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Journal of Nursing Education*, 42(6), 239-234.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1. doi:10.3913/OJIN.Vol16No02Man05
- Carli, V. (2013). The city as a "space of opportunity": urban Indigenous experiences and community safety partnerships. Dans D. Newhouse, K. FitzMaurice, T. McGuire-Adams, et D. Jetté (Eds.), *Well-being in the urban Aboriginal community* (p. 1-21). Toronto: Thompson Educational Publishing Inc.
- Caron Malenfant, É., et Morency, J.-D. (2013). *Projections de la population selon l'identité autochtone au Canada, 2006 à 2031*. Récupéré sur Statistique Canada: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-552-x/91-552-x2011001-fra.htm>

- Chatwood, S., Paulette, F., Baker, R., Eriksen, A., Lenert Hansen, K., Eriksen, H., . . . Brown, A. (2015). Approaching Etuaptmumk-Introducing a consensus-based mixed method for health services research. *International Journal of Circumpolar Health*, 74:27438.
- Close, S., Smaldone, A., Fennoy, I., Reame, N., et Grey, M. (2013). Using information technology and social networking for recruitment of research participants: experience from an exploratory study of pediatric Klinefelter syndrome. *Journal of Medical Internet Research*, 15(3), e48.
- Coates, K. (2008). *La loi sur les Indiens et l'avenir de la gouvernance autochtone au Canada*. Récupéré sur Le centre national pour la gouvernance des Premières Nations: http://fngovernance.org/ncfng_research/coates_fr.pdf
- Commission de vérité et de réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir-Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Montreal et Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Conne, F. (1992). Savoir et connaissance sans la perspective de la transposition didactique. Dans *Recherches en Didactique des Mathématiques* (p. 221-270). La Pensée Sauvage.
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Empathie, dignité et respect: créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Récupéré sur Gouvernement du Canada: http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf
- Cornally, P., Butler, M., Murphy, M., Rath, A., et Canty, G. (2014). Exploring women's experience of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 89-94.
- Denison, J., Varcoe, C., et Browne, A. (2013). Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened. *Journal of Advanced Nursing*, 1105-1116.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.
- Downey, B., et Stout, M. D. (2006). Nursing, indigenous peoples and cultural safety: so what? Now what? *Contemporary Nurse*, 22(2), 327.
- Downey, B., et Stout, R. (2011). *Young and Aboriginal: labour and birth experiences of teen mothers in Winnipeg*. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence.
- Downing, R., et Kowal, E. (2010). Putting Indigenous cultural training into nursing practice. *Contemporary Nurse*, 37(1), 10-20. doi:10.5172/conu.2011.37.1.010
- Durey, A., Wynaden, D., et O'Kane, M. (2014). Improving forensic mental health care to Indigenous Australians: theorizing the intercultural space. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 296-302.

- Durey, A., Wynaden, D., Thompson, S. C., Davidson, P., Bessarab, D., et Katzenellenbogen, J. (2012). Owing solutions: a collaborative model to improve quality in hospital care for Aboriginal Australian. *Nursing Inquiry*, 19(2), 144-152.
- Fondation autochtone de guérison. (2007). *Suicide chez les Autochtones du Canada*.
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche-Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., et Grimshaw, J. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25(10), 1229-1245.
- Fusch, P., et Ness, L. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gerlach, A. J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79, 151-158.
- Gray, M., et McPherson, K. (2005). Cultural safety and professional practice in occupational therapy: a New Zealand perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 34-42.
- Guest, G., Bunce, A., et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Family Health International*, 18(1), 59-82.
- Hamric, A., Hanson, C., Tracy, M., et O'Grady, E. (2014). *Advanced practice in nursing, an integrative approach*. St Louis, MI: Saunders.
- Harmony Movement. (2014). *Educator's equity companion guide*. Canada: auteur.
- Haynes, S., Richard, D., et Kubany, E. (1995). Content validity in psychology assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessments*, 7(3), 238-247.
- Health Sciences Centre. (2015, novembre). *Welcome to HSC*. Récupéré sur Health Sciences Centre Winnipeg: <http://www.hsc.mb.ca/about.html>
- Heaman, M. I., Blanchard, J. F., Gupton, A. L., Moffat, M. E., et Currie, R. F. (2005). Risk factors for spontaneous preterm birth among Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 19, 181-193.
- Heaman, M., Moffat, M., Elliott, L., Sword, W., Helewa, M., Morris, H., . . . Cook, C. (2014). Barriers, motivators, and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(227), www.biomedcentral.com/1471-2393/14/227.

- Henderson, E., et Fletcher, M. (2015). Nursing culture: an enemy of evidence-based practice? A focus group exploration. *Journal of Child Care*, 19(4), 550-557.
- Hill Collins, P. (2000). U.S. black feminism in transitional context. Dans *Black feminist thought knowledge, consciousness and the politics of empowerment* (2 ed., p. 227-250). New-York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Hole, R., Evans, M., Berg, L., Bottorff, J., Dingwall, C., Alexis, C., . . . Smith, M. (2015). Visibility and voice: Aboriginal people experience culturally safe and unsafe health care. *Qualitative Health Research*, 1-13.
- Holstein, J., et Gubrium, J. (2008). Constructionist impulses in Ethnographic field work. Dans J. Holstein, et J. Gubrium, (éd), *Handbook of Constructionist Research* (p. 373-397). New-York: Guilford Press.
- Indigène. (nd). Récupéré sur Dictionnaire Larousse en ligne: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/indig%C3%A8ne/42602>
- Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). (2009). *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit, and Métis patients. A core curriculum for residents and physicians*. Winnipeg et Ottawa: IPAC-CRMCC Groupe de travail sur le programme d'enseignement commun.
- Isaak, C., Stewart, D., Mota, N., Munro, G., Katz, L., et Sareen, J. (2015). Surviving, healing and moving forward: Journeys towards resilience among Canadian Cree adults. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-8.
- Josewski, V. (2012). Analysing 'cultural safety' in mental health policy reform: lessons from British Columbia, Canada. *Critical Public Health*, 22(2), 223-234.
- Kelly, S. (2010). Qualitative interviewing techniques and styles. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall, et R. De Vries (Eds.), *The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research* (pp. 307-324). London: SAGE Publications Ltd.
- Kochanek, K., Murphy, S., Xu, J., et Tejada-Vera, B. (2016). *Death: final data for 2014. National vital statistics reports*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Kolawole, I. (2017). Nurses' perception and patients' validation of nurses' advocacy roles in promotion of surgical patient's safety and rights in three hospitals, Ibadan, Nigeria. *West African Journal of Nursing*, 28(1), 66-84.
- Kurtz, D., Nyberg, J., Van Den Tillaart, S., Mills, B., et The Okanagan Urban Aboriginal Health Research, C. (2008). Silencing of Voice: An act of Structural Violence. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1), 53-63.
- Langner, N., et Steckle, J. (1991). National database on breastfeeding among Indian and Inuit women: Canada 1988. *Artic Medical Research*, 563-565.
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160.

- Lewis, S., Ruff Dirksen, S., Heitkemper, M., et Bucher, L. (2016). *Soins infirmiers, médecine chirurgie*. (L.A. Brien, L. Cloutier, M. Dubé, K. Lechasseur, C. Lemieux, M. Lepage, et C. Michauc, Trad.) Québec: Chenelière.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., et Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Mary Yang, J., et Zehbe, I. (2013). A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among First Nations women. *Women's Health Issues*, 23(5), e319-e325.
- Macdonald, N. (2015, janvier 22). *Welcome to Winnipeg: Where Canada's racism is at its worst*. Récupéré sur Maclean's : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf
- MacMillan, H., Walsh, C., Jamieson, E., Crawford, A., et Boyle, M. (2001). Children's Health. In F. N. committee, *First Nations and Inuit regional health survey* (p. 1-26). auteur.
- Martens, P. (1997). Prenatal infant feeding intent and perceived social support for breastfeeding in Manitoba First Nations communities: a role for health care providers. *International Journal of Circumpolar Health*, 56, 104-120.
- Mathews, T., MacDorman, M., et Thoma, M. (2015). Infant mortality statistics from 2013 period linked birth/infant death data set. *National vital statistics reports*, 64(9). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Récupéré sur U.S Department of Health and Human Services.
- McCall, J., et Lauridsen-Hoegh, P. (2014). Trauma and cultural safety: providing quality care to HIV-infected women in Aboriginal descent. *Journal of the Association of Nurses and AIDS Care*, 25(1S), S70-S78.
- McCall, J., et Pauly, B. (2012). Providing a safe place: adopting a cultural safety perspective in the care of aboriginal women living with HIV/AIDS. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2), 130-145.
- McConaghy, C. (2000). *Rethinking indigenous education: culturalism, colonialism and the politics of knowing*. Flaxton, Qld: Post Pressed.
- Medved, M., Brockeimer, J., Morach, J., et Chartier-Courchene, L. (2013). Broken heart stories: understanding Aboriginal women's cardiac problems. *Qualitative Health Research*, 23(2), 1613-1625.
- Milan, A. (2013). *Fécondité : aperçu, 2009 à 2011*. Récupéré sur Statistique Canada: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11784-fra.pdf>
- Miller, P., et Sønderlund, A. (2010). Using the internet to research hidden population of illicit drug users: a review. *Addiction*, 105, 1557-1567.
- Moffitt, P. (2004). Colonization: a health determinant for pregnant Dogrid women. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(4), 323-330.
- Morency, J.-D., Caron-Malenfant, É., Coulombe, S., et Langlois, S. (2015). *Projections de la population et des ménages autochtones au Canada, 2011 à 2036*. Récupéré sur

- Statistique Canada: <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?objId=91-552-X&objType=2&lang=fr&limit=0>
- Murdock, L. (2009). *Young aboriginal mothers in Winnipeg*. Récupéré sur Prairie women's health: <http://www.pwhce.ca/pdf/YoungAboriginalMothersInWinnipeg.pdf>
- National Congress of American Indians. (2010). *Demographics*. Récupéré sur National Congress of American Indians: <http://www.ncai.org/about-tribes/demographics>
- National Congress of American Indians. (n.d.). *Demographics*. Récupéré sur National Congress of American Indians: <http://www.ncai.org/about-tribes/demographics>
- Neander, W., et Morse, J. (1989). Tradition and change in the Northern Alberta Woodlands Cree: implications for infant feeding practices. *Canadian Journal of Public Health*, 80, 190-194.
- Nevo, B. (1985). Face validity revisited. *Journal of Educational Measurement*, 22(4), 287-293.
- Nonaka, I., Byosiére, P., Borucki, C., et Konno, N. (1994). Organizational knowledge: a first comprehensive test. *International Business Review*, 3(4), 337-351.
- O'Donnell, V., et Wallace, S. (2011). *First Nations, Métis, and Inuit women , Women in Canada: A gender-based statistical report*. Récupéré sur Statistics Canada: http://www.oaith.ca/assets/files/Publications/Government%20Documents/Women_In_Canada_6thReport/WmCanada_AborigWm.pdf
- O'Neil, J., Kaufer, J., et Koolage, W. (1986). The role of native medical interpreters in diabetes education. *Beta Realease*, 10(2), 11-14.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Manitoba. (2013). *Compétences de niveau débutant pour les infirmières immatriculées du Manitoba*. Récupéré sur College of Registered Nurses of Manitoba: https://www.crnmb.mb.ca/uploads/document/document_file_93.pdf?t=1438266432
- Othmar, A., Appleby, L., et Heaton, L. (2008). Incorporating cultural safety in nursing education. *Nursing BC*, 40(2), 14-17.
- Palacios, J., et Portillo, C. (2009). Understanding Native women's health, historical legacies. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), 15-27.
- Patrick, J. (1983). *Native children and the child welfare*. Toronto: James Lorimer et Company Publishers.
- Pauly (Bernie), B., McCall, J., Browne, A., Ma, P., et Mollisson, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 121-135.
- Perry, S. (2004). *American Indians and crime, a BSJ profile, 1992-2002*. U.S Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Place, J. (2012). *La santé des autochtones vivant en milieu urbain*. Récupéré sur Centre de collaboration nationale de la santé autochtone: <http://www.nccah->

ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/53/Urban_Aboriginal_Health_FR_web.pdf

- Polaschek, N. (1998). Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 452-457.
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- Pyke, K. (2010). What is internalized racial oppression and why don't we study it? Acknowledging racism's hidden injuries. *Sociological Perspectives*, 53(4), 551-572.
- Ramsden, I. (1990). Cultural safety. *The New Zealand Nursing Journal*, 83(11), 18-19.
- Ramsden, I. (1992). Teaching cultural safety. *The New Zealand Nursing Journal*, 85(5), 21-23.
- Ramsden, I. (1993). Kawa Whakaruruhau: cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand*, 8(3), 4-10.
- Ramsden, I. (2000). Cultural Safety/Kawa Whakaruruhau ten years on : a personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 15(1), 4-12.
- Ramsden, I. (2001). Improving practice through research. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 7(1).
- Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu (Thèse de doctorat, Université de Wellington, Victoria)*. Récupéré sur https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. *American Communication Journal*, 5(3), 1-25.
- Reimer Kirkham, S., et Browne, A. (2006). Toward a critical theoretical interpretation of social justice discourses in nursing. *Advances in Nursing Science*, 29(4), 324-339.
- Reimer Kirkham, S., Smye, V., Tang, S., Anderson, J., Blue, C., Browne, A., . . . Shapera, L. (2002). Rethinking cultural safety while waiting to do fieldwork: Methodological implications for nursing research. *Research in nursing & health*, 25, 222-232.
- Rowan, M., Ruckholm, E., Bourque-Bearskin, L., Baker, C., Voyageur, E., et Robitaille, A. (2013). Cultural competence and cultural safety in Canadian schools of nursing: a mixed method study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 1-10.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Volume 4: Perspective and realities*. Récupéré sur <http://qspace.library.queensu.ca/handle/1974/6874>
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33, 77-84.

- Schim, S., Doorenbos, A., Benkert, R., et Miller, J. (2007). Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110.
- Schön, D. (2011). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans J.-M. Barbier, *Savoirs Théoriques et Savoirs d'action* (p. 201-222). Presses Universitaires de France.
- Schreier, M. (2014). Qualitative content analysis. Dans U. Flick (Ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (p. 170-184). London: SAGE.
- Siyun Chen, C., Wai-Chin Chan, S., Moon Fai Chan, Suk Foon Yap, Wenru Wang, et Yanika Kowitlawaku. (2017). Nurse's perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: a qualitative study. *Journal of Nursing Research*, 25(6), 411-418.
- Smith, D., Edwards, N., Peterson, W., Jaglarz, M., Laplante, D., et Estable, A. (2010). Rethinking nursing best practices with aboriginal communities: informing dialogue and action. *Nursing Leadership*, 22(4), 24-39.
- Smith, D., Edwards, N., Varcoe, C., Martens, P. J., et Davies, B. (2006). Bringing safety and responsiveness into the forefront of care for pregnant and parenting Aboriginal People. *Advances in Nursing Science*, 29(2), E27-E44.
- Smye, V., et Browne, A. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3), 42-56.
- Smye, V., Josewski, V., et Kendall, E. (2012). *Cultural safety: an overview*. Pour le First Nations, Inuit, Métis Advisory Committee Mental Health Commission of Canada. Ébauche.
- Stamler, L., Yiu, L., et Dosani, A. (2016). *Community Health Nursing, a Canadian Perspective*. Don Mills: Pearson.
- Stanhope, M., Lancaster, J., Jakubec, s., et Pike-MacDonald, S. (2017). *Community Health Nursing in Canada*. Toronto: Elsevier.
- Statistics Canada. (2012). *Births - 2009*. Récupéré sur Statistics Canada-Health statistics division: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0210x/84f0210x2009000-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2015a). *NHS focus on geography series - Manitoba*. Récupéré sur Statistics Canada: <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?lang=E&level=2&GeoCode=46>
- Statistics Canada. (2015b). *NHS focus on geography series-Winnipeg, city*. Récupéré sur Statistics Canada: <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?lang=E&level=4&GeoCode=4611040>
- Statistics New Zealand. (2013). *2013 Census QuickStats about Maori*. Récupéré sur www.stats.govt.nz
- Statistics New Zealand Tatauranga Aotearoa. (2014). *Disability survey : 2013*. Récupéré sur Statistics New Zealand Tatauranga Aotearoa:

http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/disabilities/DisabilitySurvey_HOTP2013.aspx

Statistique Canada. (2013a). *Les peuples autochtones au Canada: Premières Nations, Métis et Inuits. Enquête nationale auprès des ménages*. Récupéré sur Statistique Canada: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm>

Statistique Canada. (2013b). *Tableau 105-0512-Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le groupe d'âge et sexe, estimations de quatre ans, Canada, provinces et territoires, occasionnel (taux) 2007-2010*. Récupéré sur CANSIM (base de données): <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>

Statistique Canada. (2015). *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : 2e édition*. Récupéré sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/89-645-x2015001-fra.pdf>

Stewart, P., et Steckle, J. (1987). Breastfeeding among Canadian Indians on-reserve and women in the Yukon and N.W.T. *Canadian Journal of Public Health*, 78(4), 255-261.

Struthers, R., et Lowe, J. (2003). Nursing and the Native American culture and historical trauma. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 257-272.

Taylor, J. L. (2016). *Autochtones: politique gouvernementale*. Récupéré sur Encyclopédie canadienne: <https://encyclopediecanadienne.ca/fr/article/politique-gouvernementale-concernant-les-autochtones/>

Thomas, C., Ward, M., Chorba, C., et Kumiega, A. (1990). Measuring and interpreting organizational culture. *Journal of Nursing Administration*, 20(6), 17-24.

Tiedt, J., et Sloan, R. (2015). Perceived unsatisfactory care as a barrier to diabetes self-management for Coeur d'Arle tribal members with type 2 diabetes. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 287-293.

Tuhiwai Smith, L. (2012). *Decolonizing methodologies* (2 ed.). Dunedin: Otago University Press.

University of British Columbia. (2009). *The White Paper 1969*. Récupéré sur [Indigenousfoundations.arts.ubc.ca:](http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/)
<http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/home/government-policy/the-white-paper-1969.html>

Walker, R., St Pier-Hansen, N., Cromarty, H., Kelly, L., et Minty, B. (2010). Measuring cross-cultural patient safety: Identifying barriers and developing performance indicators. *Healthcare Quarterly*, 13(1), 64-71.

Wasekeesikaw, F. (2014). Stepping into the future: challenges with health transfer in First Nations communities. Dans M. McIntyre, et C. McDonald, *Realities of Canadian Nursing: Professional, practice and power issues* (p. 53-71). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams et Wilkins.

White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.

- Wiebe, A., et Young, B. (2011). Parent perspectives from a neonatal intensive care unit: a missing piece of the culturally congruent care puzzle. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 77-82.
- Wilson, A., Magarey, A., Jones, M., O'Donnell, K., et Kelly, J. (2015). Attitudes and characteristics of health professionals working in Aboriginal health. *Rural and Remote Health*, 15: 2739, online.
- Wilson, V., McCormack, B., et Ives, G. (2005). Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 27-38.
- Winnipeg Regional Health Authority. (nd). *Framework for action: cultural proficiency and diversity*. Winnipeg Regional Health Authority: auteur.
- Yevchak, A., Fick, D., Kolanowski, A., McDowel, J., Monroe, T., LeViere, A., et Mion, L. (2017). Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting. *Journal of gerontological Nursing*, 43(12), 21-18.

Annexe 1 Données statistiques, Santé Canada

Tableau représentant les données du Tableau 105-0512 de Statistique Canada sur le «Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le groupe d'âge et sexe, estimations de quatre ans, Canada, provinces et territoires», taux occasionnels couvrant la période 2007 à 2010 (Statistique Canada, 2013b).

	Canada				Manitoba			
	Asthme	Arthrite	Diabète	Allaitement initiation	Asthme	Arthrite	Diabète	Allaitement initiation
Premières nations	13,4	18,7	8,4	81,2	11,1*	21,2*	13,0*	74,4
Métis	12,3	18,2	5,6	78,0	16,3	16,6	5,7*	78,3
Inuits	14,3*	12,5	2,9*	76,8	F	F	F	F
Personnes non auto-identifiées comme autochtone	8,1	15,7	6,0	88,0	9,0	18,1	5,1	89,0

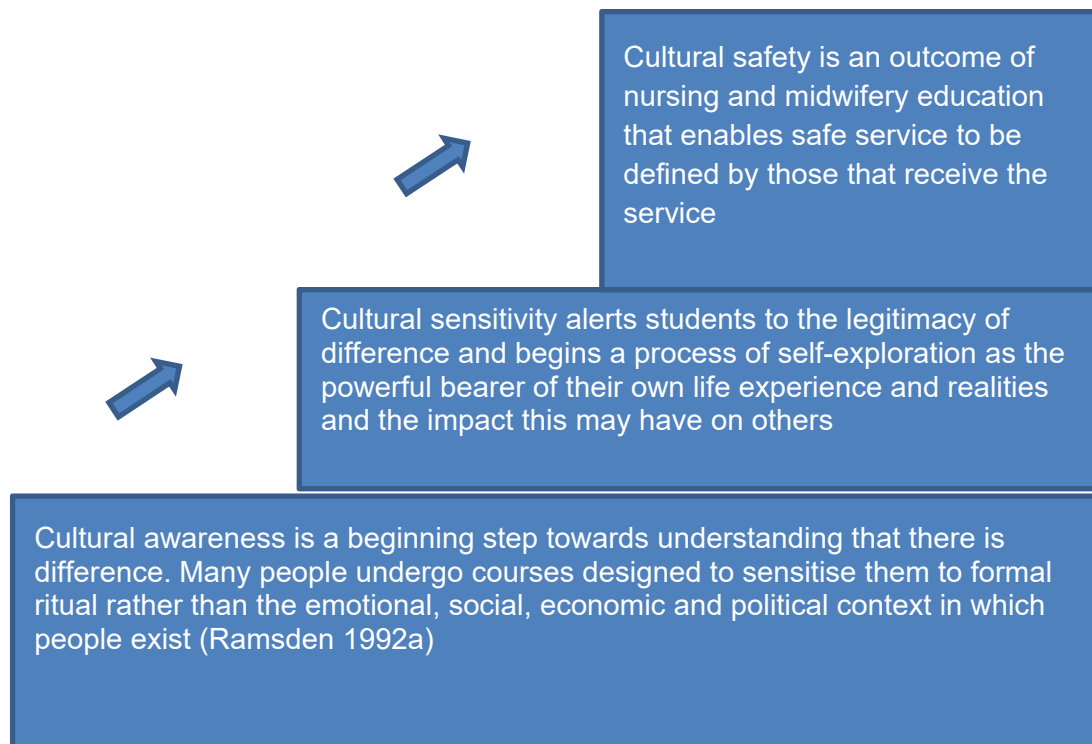
* indique que les résultats doivent être utilisés avec prudence

F indique que les résultats ne sont pas assez fiables pour être publiés

Annexe 2 Cadre de Ramsden (2002) intitulé le 'Processus vers l'atteinte de la sécurité culturelle au sein de la pratique infirmière et des sages-femmes'

Cadre recopié de Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu* (Thèse de doctorat, Université de Wellington, Victoria). Fig 6. p. 117.

Repéré à https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf



Annexe 3 Répartition de la population autochtone à Winnipeg

Communauté	Pop. Autochtone effectif	Pop. Autochtone pourcentage		Représentation de la pop. Autochtone dans cette localité en Pourcentage	Médiane du revenu des foyers	Moyenne des revenus individuels (hommes et femmes confondus)	Aucune formation (diplôme, certificat, bac) > 15 ans % de la communauté	Source
Point Douglas	11 140	15,4	15,4	28,5%	39 614	26 211	35,9	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Point%20Douglas%20Community%20Area/Point%20Douglas%20Community%20Area.pdf
Downtown	10 820	15	30,4	16,8%	38 298	27 880	23,2	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Downtown%20Community%20Area/Downtown%20Community%20Area.pdf
Inskster	4 660	6,4	36,8	15,5%	57 785	29 099	26,3	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Inkster%20Community%20Area/Inkster%20Community%20Area.pdf
River East	9 610	13,3	50,1	11,6%	54 212	35 370	24,2	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/River%20East%20Community%20Area/River%20East%20Community%20Area.pdf
St Boniface	5 940	8,2	58,3	11,3%	68 939	42 499	17,2	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/St.%20Boniface%20Community%20Area/St.%20Boniface%20Community%20Area.pdf
Transcona	3 415	4,7	63	10,2%	69 072	36 658	21,7	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Transcona%20Community%20Area/Transcona%20Community%20Area.pdf

								mmunity%20Area /Transcona%20C ommunity%20Are a/Transcona%20 Community%20A rea.pdf
St James Assiniboi a	5 300	7,3	70,3	9,2%	59 581	38 837	17,8	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/St.%20James-Assiniboia%20Community%20Area/St.%20James-Assiniboia%20Community%20Area.pdf
St Vital	5 700	7,9	78,2	8,8%	64 404	41 146	16,7	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/St.%20Vital%20Community%20Area/St.%20Vital%20Community%20Area.pdf
Seven Oaks	5 510	7,6	85,8	8,8%	62 023	34 103	22,3	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Seven%20Oaks%20Community%20Area/Seven%20Oaks%20Community%20Area.pdf
River Heights	4 570	6,3	92,1	8,2%	55 372	43 814	13,8	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/River%20Heights%20Community%20Area/River%20Heights%20Community%20Area.pdf
Assiniboi ne South	1 820	2,5	94,6	5,4%	81 462	55 330	12,7	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/Assiniboine%20South%20Community%20Area/Assiniboine%20South%20Community%20Area.pdf
Fort Garry	3 840	5,3	99,9	5,3%	73 764	44 428	12,9	http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area

								/Fort%20Garry%20Community%20Area/Fort%20Garry%20Community%20Area.pdf
Winnipeg	72 335		100	11,1%	57 925	38 159	19,8	



<http://winnipeg.ca/census/2011/Community%20Area/default.asp>

Annexe 4 Taux de fécondité, Canada

Taux de fécondité par année et groupe d'âge (pour 1000 femmes), Canada, provinces et territoires, 2001, 2006, 2009 et 2011 (basé sur les tableaux publiés dans Milan, 2013).

Année et groupe d'âge	T-N. L	Î-P-E	N-É	N-B	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C-B.	Yn	T. N-O	Nt	Canada
2001	9,0	10,1	9,6	9,6	10,0	11,1	12,2	12,3	12,3	10,0	11,4	15,0	25,2	10,8
<20 ans	17,9	17,4	16,6	20,1	13,5	13,0	<u>33,1</u>	<u>32,3</u>	21,2	13,2	25,0	<u>45,9</u>	<u>120,4</u>	16,1
20-24	55,1	63,9	56,9	68,8	57,5	48,1	81,5	93,3	69,1	47,3	86,1	101,8	231,9	56,5
25-29	91,2	109,8	91,9	98,8	109,1	96,3	113,7	1428,4	105,9	86,3	82,5	93,7	124,6	100,4
30-34	70,1	86,3	82,8	69,7	84,5	99,2	94,1	89,9	94,8	85,7	81,5	77,1	87,7	91,5
35-39	21,8	25,5	27,6	21,2	28,6	41,5	34,9	28,6	36,3	39,1	29,4	40,6	40,1	35,7
40-44	2,7	4,5	4,1	2,5	4,4	7,5	5,5	4,5	5,9	7,2	8,9	9,0	20,2	6,1
>45	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	4,4	0,1
2006	8,9	10,2	9,0	9,4	10,7	10,7	12,3	12,4	13,2	9,8	11,3	15,9	24,3	10,9
<20 ans	16,6	12,4	14,8	18,5	9,4	10,5	<u>30,2</u>	<u>33,8</u>	19,6	10,9	19,1	<u>40,7</u>	<u>118,3</u>	14,0
20-24	56,8	61,1	52,4	64,3	52,1	41,9	79,3	85,4	67,5	42,9	73,2	90,6	173,2	52,5
25-29	92,8	103,3	86,4	111,5	113,5	92,3	115,9	124,5	112,6	83,5	85,8	112,4	131,5	101,6
30-34	80,5	101,8	86,4	81,0	107,0	106,3	101,7	96,7	107,5	96,6	87,5	97,5	79,4	106,0
35-39	30,2	44,1	34,4	27,9	40,9	50,0	43,2	35,9	47,3	49,8	46,8	49,6	42,3	48,5
40-44	3,0	5,6	5,1	3,0	6,0	8,5	6,7	5,1	7,5	8,8	7,4	10,4	13,9	7,9
>45	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	1,5	0,2
2009	9,7	10,3	9,6	9,9	11,4	10,7	13,1	13,8	14,1	10,1	11,3	16,3	27,2	11,3
<20 ans	19,2	16,9	18,3	20,9	11,1	10,8	<u>32,7</u>	<u>34,3</u>	20,1	10,3	23,5	<u>34,4</u>	<u>110,6</u>	14,2
20-24	59,0	62,6	55,0	70,9	53,1	41,0	78,2	90,0	65,3	41,1	63,3	101,2	202,8	51,2
25-29	101,7	102,8	88,0	109,1	117,2	88,3	119,2	138,0	115,3	81,6	93,8	94,9	141,6	100,6
30-34	98,1	104,5	92,1	83,3	111,1	107,4	108,7	104,6	114,8	99,6	84,9	106,3	120,0	107,1
35-39	34,9	43,0	40,3	29,8	47,2	54,1	47,1	40,8	52,6	54,5	52,0	58,4	52,2	50,7
40-44	4,1	7,2	6,2	3,8	8,1	10,1	9,2	6,9	9,8	10,6	11,1	13,5	19,9	9,2
>45	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,7	0,2
2011	8,7	9,9	9,3	9,4	11,1	10,5	12,5	13,5	13,5	9,6	12,2	15,6	24,9	11,0
<20 ans	17,7	16,6	17,3	21,3	9,2	9,8	<u>28,9</u>	<u>32,5</u>	17,3	8,5	16,2	<u>33,5</u>	<u>108,0</u>	12,6
20-24	51,8	49,0	51,2	64,6	48,6	37,1	71,1	76,6	58,9	34,2	51,9	92,1	193,9	45,7
25-29	89,4	104,8	86,2	101,2	111,8	84,2	110,9	129,9	107,8	76,8	97,1	93,0	142,1	95,2
30-34	89,1	107,1	91,0	83,6	108,5	106,7	106,1	107,9	114,6	98,1	103,1	87,6	88,3	105,9
35-39	37,0	39,8	40,4	31,6	51,1	55,3	46,9	43,3	53,0	55,5	70,4	74,9	49,6	52,3
40-44	4,7	5,7	7,0	4,7	9,6	11,2	8,5	7,5	11,0	11,1	8,7	9,3	8,7	10,3
>45	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3

Annexe 5 Comparaisons entre les populations autochtones et non-autochtones

Regroupement de pourcentage de comparaisons entre populations autochtones et non-autochtones par différents sujets reliés à la santé et à certains facteurs socio-économiques tirés du rapport Statistique Canada, 2015. *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : 2^e édition*

Auto-évaluation au niveau de la santé	Autochtones	P.N.	Métis	Inuits	Non-autochtones
Santé générale autoévaluée comme très bonne ou excellente	52,1%	50,5%	54,5%	47,7 %	60,5 %
Santé mentale autoévaluée comme très bonne ou excellente		60%(H.R.)	64 %	53 %	72 %
Consommation de tabac	27,5% (H.R.)	26,8 (H.R.)	25,9 %	48,9 %	15,2 %
Consommation abusive d'alcool	32,7 % (H.R.)	35% (H.R.)	30 %	39 %	23 %
Aucune consommation d'alcool	28,5 % (H.R.)	30,9 % (H.R.)	24,9 %	37,6 %	23,5 %

Auto-évaluation au niveau de problèmes sociaux	Autochtone	P.N.	Métis	Inuits	Non-autochtones
Insécurité alimentaire des ménages		22% (H.R.)	15%	27%	7%
Violence conjugale	10%				6%

H.R. Hors réserve

Admission d'adultes autochtones en détention, tiré du rapport Statistique Canada, 2015. *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : 2^e édition*

Proportion d'adultes autochtones dans la population manitobaine	Proportion d'adulte autochtones dans la population carcérale au Manitoba
13%	76%

Taux de suicides reportés en l'an 2000 d'après le gouvernement du Canada (2006) cité dans le rapport de la Fondation autochtone de guérison. (2007). *Suicide chez les Autochtones du Canada.*

Taux de suicide chez les autochtones par 1000 habitants	Taux de suicide chez les non-autochtones par 1000 habitants
24	12

Annexe 6 Les six compétences essentielles de l'AIIAC

La liste des six compétences essentielles de l'AIIAC (2009 a et b) :

La première compétence est une compréhension et une réflexion sur l'après colonialisme pour aider les étudiants à comprendre les disparités et les iniquités de santé parmi les autochtones présentes de nos jours.

La deuxième, la communication, se doit être sécuritaire non seulement en pratique infirmière mais aussi entre faculté et étudiants.

Troisièmement, l'inclusion est traduite par la mise en action de prise de conscience envers tout autochtone.

Quatrièmement, le respect est vu comme une collaboration entre autochtones et les professionnels de la santé.

La cinquième tient à ce que les étudiants reconnaissent l'importance des connaissances autochtones non seulement pour sa richesse culturelle mais aussi pour son utilité dans le processus de guérison en se familiarisant avec de manière à mieux la comprendre et à l'intégrer dans les soins.

La sixième est du mentorat et de l'appui pour le succès des étudiants autochtones enrôlés dans un programme d'études de sciences infirmières.

Annexe 7 Publicités approuvées par le comité d'éthique

Recrutement – publicités en anglais et français et messages Facebook (version finale approuvée par le comité d'éthique en septembre 2017, incluant les changements de juillet 2017)

Recrutement – Publicité Version Anglaise

1. Contenu de ma page Facebook (home) et de la publicité payante Facebook pour attirer des participants potentiels à participer au projet de recherche

Manitoban perinatal nurses needed to participate in a study about the effects of colonization.

I am conducting a research study to explore and understand what nurses, who work in a maternal-child capacity in Manitoba, know about the effects of colonization on indigenous families and seek their reflection on how this knowledge affect their nurse-client relationship.

To be eligible to participate in this study you must be:

- A RN or LPN who speaks French or English
- A RN or LPN who is registered in Manitoba and has been so for at least one year
- A RN or LPN who is or has recently worked in perinatal health nursing for at least a year.

This study consists of a 60 to 90 minute individual audio recorded interview, made up of four semi-structured questions. A follow up call may follow the initial interview with the purpose of clarifying with you the data collected. The interview can be done in person or via teleconference such as Skype.

A compensation of \$25 will be awarded to participants who will be interviewed.

This study has received the University of Ottawa ethics committee's approval.

If you are interested, please go to Facebook XXX or contact me at XXX for further details.

Thank-You,

Anne-Lise Costeux, RN, BN, M.Sc.N. (Cand.)

2. Publicités à paraître dans les journaux
Manitoban perinatal nurses wanted

To participate in a research study about their perception regarding the effects of colonization on their indigenous clients and families.

As part of offering culturally safe care, nurses need to know and understand the effects of past events and history and how history still has consequences in the present (CRNM, 2013).

We are looking for nurses, RN or LPN, who:

- speaks French or English
- is registered in Manitoba and has been so for at least one year
- is or has recently worked in perinatal health nursing for at least a year.

This study will be done via individual audio-recorded semi-structured interviews lasting between 60 to 90 minutes. The interview can be done in person or via teleconference (eg: Skype). A follow-up call may be necessary to verify the integrity of the data collected.

A compensation of \$25 will be awarded to participants who will be interviewed.

This study has received ethics approval from the University of Ottawa.

If you think you might be interested or want to know more, please contact me at XXX or find my Facebook page at XXX

Recrutement – publicité version française

3. Contenu de ma page Facebook (Home) et de la publicité payante Facebook pour attirer des participants potentiels à participer au projet de recherche

À la recherche d'infirmière œuvrant en périnatalité au Manitoba pour participer à une étude sur les effets de la colonisation.

Je cherche à explorer et comprendre ce que les infirmières qui travaillent en périnatalité au Manitoba savent au sujet des effets de la colonisation sur les familles autochtones. J'aimerais aussi inviter ces infirmières à pondérer comment ces connaissances affectent leurs relations infirmière-clients.

Afin de pouvoir participer dans cette recherche, l'infirmière devra être une infirmière autorisée ou auxiliaire immatriculée au Manitoba qui:

- parle l'anglais ou le français
- est immatriculée au moins depuis un an
- travaille ou a travaillé récemment en périnatalité

Cette recherche consiste à une entrevue de durée variable en fonction des réponses des participantes pouvant aller de 60 à 90 minutes basée sur quatre questions de recherche semi-structurées. L'entrevue peut être faite en personne ou via téléconférence par un moyen de système vidéo audio comme Skype, Messenger, ou encore FaceTime. Il est possible qu'un appel suivant l'entrevue soit nécessaire afin de clarifier et de s'assurer le contenu des données collectées.

Une compensation de 25 dollars sera offerte à toute participante qui participe à l'entrevue.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'Université d'Ottawa.

Si vous êtes intéressée, veuillez aller sur compte Facebook (adresse) ou contactez moi à XXX pour plus de détails sur ce projet de recherche.

Merci,

Anne-Lise Costeux, RN, BN, M.Sc.N. (cand.)

4. Publicités à paraître dans les journaux

Êtes-vous une infirmière manitobaine œuvrant en périnatalité?

Votre participation dans une recherche au sujet de vos perceptions au sujet des effets de la colonisation sur vos clients autochtones est désirée!

Afin d'offrir des soins culturellement sécuritaires, les infirmières ont besoin de savoir et de comprendre les effets de l'histoire et les conséquences que celle-ci a encore dans le présent (OIIM, 2013).

Nous sommes à la recherche d'infirmières qui

- Sont des infirmières autorisées ou auxiliaires immatriculées au Manitoba:
- Qui parlent l'anglais ou le français
- Qui sont immatriculées au moins depuis un an
- Qui travaillent ou ont travaillé récemment en périnatalité

Cette recherche consiste à une entrevue de durée variable en fonction des réponses des participantes pouvant aller de 60 à 90 minutes basée sur quatre questions de recherche semi-structurées. L'entrevue peut être faite en personne ou via téléconférence par un moyen de système vidéo audio comme Skype, Messenger, ou encore FaceTime. Il est possible qu'un appel suivant l'entrevue soit nécessaire afin de clarifier et de s'assurer le contenu des données collectées.

Une compensation de 25 dollars sera offerte à toute participante qui participe à l'entrevue.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'Université d'Ottawa.

Si vous êtes intéressée, contactez-moi à XXX. Pour plus de détails sur ce projet de recherche sont accessibles sur mon compte Facebook XXX.

Recrutement : messages Facebook (posts) (modifications datant de juillet 2017)

5. Messages Facebook approuvés par le comité d'éthique pour indiquer les changements de compensation

Version anglaise:

Hello participants, potential participants and supporters.

I am very thankful to all of you who stepped forward and participated in the study and for the support I have received from people who believe in this cause.

I am still in need of more participants. A compensation **of \$25 dollars** is now offered to participants and will be retroactively sent to the participants who have already sat for the interview.

To all the wonderful nurses who work in perinatal health, please, come and have a look at XXX (click on contact us) to get the full details of the study and to contact me.

Thank-you.

Anne-Lise Costeux RN BN MScN (cand.)

Version française:

Participants, participants potentiels, bonjour!

Je suis très reconnaissante à tous ceux qui ont déjà participé à l'étude et au soutien que j'ai reçu des personnes qui croient en cette cause.

J'ai encore besoin de participants pour finir mon projet. Une compensation **de 25 dollars de dollars** est maintenant offerte aux participants et sera rétroactivement envoyée aux participants qui ont déjà assisté à l'entrevue.

Pour toutes les infirmières merveilleuses qui travaillent en santé périnatale, veuillez consulter XXX (cliquez sur contacter nous) pour obtenir tous les détails de l'étude et me contacter si vous êtes intéressés.

Je vous remercie

Anne-Lise Costeux BN, MSc Inf (cand.)

6. Messages Facebook de remerciements d'intérêt

Version anglaise :

Hello everyone. Thank-you for your interest. For those who would like more details, click the "contact us" button. It will take you to the main Facebook page that has more information about this study.

You can also message me, contact me on either page or email me: XXX@uottawa.ca. Still looking for participants!!! Let me know if you are interested.

Version française :

Bonjour à tous. Merci de votre intérêt. Pour ceux qui aimeraient plus de détails, cliquer sur «contactez-nous». Ceci vous ramènera sur la page principale de Facebook qui a plus d'information sur ce projet de recherche. Vous pouvez me mettre un commentaire sur ce post, m'envoyer un message sur Messenger, ou encore me contacter par courriel :XXX. Je suis encore à la recherche de participants ou participantes!. N'hésitez pas à me contacter si vous êtes intéressé.

Annexe 8 Informations accessibles au public approuvées par le comité d'éthique

Recrutement – informations au sujet de l'étude accessibles au public. Version finale approuvée par le comité d'éthique en septembre 2017

Informations sur le mur de mon compte Facebook (à partir de laquelle ma Page Facebook a été envoyée)

Profile : Anne-Lise Costeux, RN, BN, M.Sc.N. (cand.)

A étudié à l'Université du Manitoba 1994-1998, Université d'Ottawa 2012-présent
programme de maîtrise en sciences infirmières

Statut : Searching for research participants for her master's thesis project.

The goal of the research is to explore and understand what nurses, who work in maternal-child health in Manitoba, know about the effects of colonization on Indigenous families and to reflect on how this knowledge affects the nurse-client relationship. There is no right or wrong way to answer these questions.

Statut : À la recherche de participants pour son étude de recherche de maîtrise.

Le but de la recherche est d'explorer et de comprendre ce que les infirmières, qui travaillent dans un contexte de périnatalité au Manitoba, connaissent des effets de la colonisation sur les familles autochtones et de leur demander de réfléchir comment ces connaissances influencent leurs relations infirmière-clients. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises manières de répondre à ces questions

Statut: What is expected of the participants?

- One 60 minute to 90 minute interview to answer 4 semi-structured questions.
- Meet where comfortable and convenient (neutral place, private, public), or meet via videoconference.
- Be willing to talk to the researcher sometime after the interview to go over the answers in order to make sure that the researcher understood what was shared and meant, clarify some answers, and verify that the researcher is using the data collected in the way the participant meant the data to be used.

A compensation of \$25 will be awarded to participants who will be interviewed.

Who Can Participate?

- A RN or LPN who speaks French or English
- A RN or LPN who is registered in Manitoba and has been so for at least one year
- A RN or LPN who is or has recently worked in perinatal health nursing for at least a year.

Statut: Qu'est-ce qui est attendu des participants?

- Une entrevue de 60 à 90 minutes afin de répondre à 4 questions semi-structurées.
- Se rencontrer dans un endroit du choix du participant ou par vidéoconférence

- Bien vouloir être contacté par la chercheuse après l'entrevue pour clarifier vos réponses au besoin afin de s'assurer que celles-ci soient bien comprises et que leurs sens soient respectés.

Qui peut participer?

- Une infirmière autorisée ou auxiliaire immatriculée au Manitoba:
 - o Qui parle l'anglais ou le français
 - o Qui est immatriculée au moins depuis un an
 - o Qui travaille ou a travaillé récemment en périnatalité
- **Une compensation de 25 dollars sera offerte à toute participante qui participe à l'entrevue.**

Statut: Theoretical background of the research

This study is informed by the theories of cultural safety and social constructionism.

Cultural safety is a process that ends with the client feeling comfortable and safe in the care of the health care system and its health care providers. Only the client can say whether or not he or she feels safe. However, the process that allows the patient to feel safe is the health care system's and the health care providers' responsibility. As such, the nurse has an active role to play to provide culturally safe care. One of the tenets of culturally safe care is the ability to understand how the current state of social construct came to be in order to provide better individualized care, free of prejudice and discrimination. Understanding the history behind today's current picture is a tool to help the nurse be more conscious of the reality that people have experienced through time, the structure in which we live, and how it came to be at the expense of some for the benefits of others. It helps the nurse to understand how the setting in which she works can affect her clients, how her thoughts and feelings towards some clients are influenced by what she encounters daily, and how these can be repositioned (or not) by a better understanding of how it came to be.

Social Constructionism informs this study by highlighting that who we are and what we know is greatly influenced by our environment. As such, although we may be aware of some facts, depending on the situation, the context, people we are with, we may or may not be as aware of those facts and may even act or think in a way that is not congruent with our original knowledge or beliefs. Social constructionism informs this research in the sense that the main purpose of this study is to understand what nurses' perceptions are of the effects of the colonization, not in general, but specifically in the context of their workplace, in their role as a nurse and in their nurse-client relationship.

Statut: Contexte Théorique De La Recherche

Cette étude est informée de la théorie de la sécurité culturelle et du constructionnisme social.

La sécurité culturelle est un processus qui a pour but que le client se sente à l'aise et en sécurité au sein du système de santé, auprès des professionnels de la santé et au cours des soins qu'il reçoit. Seul le client peut dire s'il ou elle se sent en sécurité. Cependant, le processus qui permet au patient de se sentir en sécurité dépend du système de soins de

santé et des fournisseurs de soins de santé. L'infirmière a, donc, un rôle actif à jouer dans la prestation de soins culturellement sécuritaires. L'un des principes de base de la sécurité culturelle est de comprendre les facteurs qui ont influencé la construction sociale présente pour être en mesure de fournir de meilleurs soins individualisés, exempts de préjugés et de discrimination. Comprendre les répercussions que l'histoire a eu dans la réalité actuelle nous permet d'être plus conscient de la réalité que les gens ont vécue au fil du temps, de la structure dans laquelle nous vivons et de la façon dont elle a été créée au détriment de certains pour le bénéfice des autres. La conscientisation des effets de l'histoire aide l'infirmière à comprendre comment le milieu dans lequel elle travaille peut affecter ses clients. Ses pensées et ses sentiments envers certains clients qui sont influencés par ce qu'elle vit et rencontre quotidiennement peuvent être redirigé ou perçus différemment grâce à une meilleure conscientisation des effets de l'histoire.

Le constructivisme social informe cette étude en soulignant que ce que nous sommes et ce que nous savons sont fortement influencés par notre environnement. Par exemple, bien qu'une personne soit consciente de certains faits, celle-ci peut en être plus ou moins consciente et voire même agir de manière qui ne se conforme pas à cette conscientisation, en fonction de la situation ou du contexte dans laquelle elle se trouve ou en fonction de qui entoure et interagit avec cette personne à ce moment-là. Le constructionisme social informe cette recherche en ce sens que le but principal de cette étude est de comprendre quelles sont les perceptions des infirmières sur les effets de la colonisation, non pas en général mais spécifiquement dans leur milieu de travail, dans leur rôle d'infirmière et dans leur relation infirmière-client.

Statut: What kind of questions will be asked?

The first set of questions are of demographic nature such as how long the participant has worked in the perinatal field, where did she take her training, which perinatal field has she worked in.

The second set of question questions pertains to the participant's knowledge base of Canadian colonization history.

The third set of questions will explore how the participant integrates this knowledge base in their nurse-client interactions.

The fourth set of questions will focus on the factors that enhance or hinder the integration of this knowledge into their nurse-client relationship.

The set of questions will focus on the factors that hinder the integration of this knowledge into their nurse-client relationship.

Statut: Quel genre de questions seront posées?

Les premières questions sont de nature démographique comme, par exemple, le nombre d'années d'expériences que vous avez en périnatalité, le lieu de votre formation infirmière, les endroits en périnatalité où vous avez travaillé.

La deuxième partie des questions a pour but l'exploration des connaissances de la participante sur l'histoire canadienne, spécifiquement la colonisation.

La troisième partie des questions va aider la participante à explorer si ses connaissances influencent les relations infirmière-clients qu'elle a avec ses clients et de quelle manière.

La quatrième partie des questions va aider la participante à identifier des facteurs personnels et contextuels qui l'aident à être consciente des effets de la colonisation au sein de ses relations infirmière-clients et ceux qui empêchent sa conscientisation des effets de la colonisation lors de ses relations infirmière-clients.

Annexe 9 Guide d'entrevue-formulaire anglais

1. Breaking the ice

Hi, how are you? Can you tell me about yourself? (go over the first sheet with the participant).

You volunteered to participate in this study, can you tell me what interest you in the topic of Aboriginal health and colonization? The main research questions were announced on the Facebook page. Did you get a chance to read them? Did you get a chance to think about them?

As mentioned on Facebook, I am going to first ask you to describe what you know of the effects of colonization on Aboriginal families. The questions will be general at first and they will look at specific knowledge that is pertinent to your professional field. I want you to remember, there are no right or wrong answers. This is not a contest to see who has more knowledge or better understanding. I don't want you to feel at any point like your answers are not good enough. However, whatever you know and how you learned what you know will be documented. In the second part of the interview, I will ask you to reflect on the knowledge you will have shared, whatever it is, and how it pertains to your nurse-client relationship with Aboriginal families.

2. Demographic details to be filled out on a page at the beginning of the interview

Age:					
Level of education:	LPN	RN	BN	MN	PhD
Country of nursing education	Canada	United States	Other (specify which)		
Country of secondary level of education (Grade 6 till 12)	Canada	United States	Canada and other country	Other country	
Years of experience as a nurse:					
Years of experience as a nurse in perinatal health:					
Area of expertise in perinatal health: (check all that are pertinent)	Labour and delivery	Post-partum	LDRP	Ante partum	Other : _____
Familiarity with the concept of cultural safety	Never heard of it	Somewhat familiar	Fairly familiar	Very familiar	
Familiarity with ideologies of critical social theories and postcolonialism theories	Never heard of it	Somewhat familiar	Somewhat familiar	Very familiar	
City and hospital you work in					

3. Research questions

3.1 First research question: what is the knowledge base of the nurses?

I am interested in getting to know how much you know about the whole process of colonization. First I am going to ask you about what you know in general, then more about what you know of the continued and still present effects of the colonization. The last part of this theme is to ask you about what you know of the effects of colonization pertaining to your work as a perinatal nurse.

3.1.1 Sample questions on general knowledge regarding colonization in Canada:

- When thinking back on your secondary and post-secondary education and any other personally driven interest you may have on the topic, how much do you know of what happened during the colonization process?
- Can you summarize what you know of the colonization process in Canada?
- Can you give examples of how the colonization process affected Aboriginal peoples?
- Where would you say this knowledge is coming from? School? The media?
- What was said at home growing up?

3.1.2 Sample questions regarding the long lasting effects, still present of colonization in Canada on Aboriginal people's health:

- Do you think that Aboriginal peoples still suffer from the effects of colonization? Can you elaborate on your answer?
- Do you think that they profit from it? How so? Can you give me examples of this?
- What do you know about the concept of intergenerational traumatisme? How do you think it applies to Aboriginal families?

- How do you think the high rates of mental illness, domestic violence, poverty and substance abuse fit into the whole picture?
- Have you ever heard the term internalized oppression? Can you try and define that term? (if the participant doesn't know the term and wants to know what it means, I will provide the following definition: the process by which a member of an oppressed group comes to accept and live out the inaccurate myths and stereotypes applied to the group (urban dictionary, 2016)). How do you think it would apply to Aboriginal families?
- What do you base your answer on? Discourses held at home? at work? at school? in the media?

3.1.3 Sample questions on the effect of colonization in a nursing perinatal context:

- I am interested in knowing more about your experience caring for Aboriginal clients. How often would you say you are in contact with Aboriginal clients and their families at work? Can you describe your average Aboriginal family? (Single mother families? large extended family? social economic status? use of prenatal care? child and family involvement? presence of Aboriginal spirituality?)
- I am looking for some examples from your perinatal practice regarding some of the effects of colonization that you might be seeing in your Aboriginal clientele. Can you think of any off the top of your head? Please don't feel uncomfortable if you don't, I have some specific questions coming to go over that topic if needed. I am interested to see if this is something that nurses are readily aware of in their practice.
- How do you think the colonization process affected pregnant women's or new mothers' choice to breastfeed?
- How do you think survivors from the residential schools feel towards a hospital? How do you think the setting or the idea of a hospital is perceived by residential schools survivors? (can be perceived as both as an agency that is an extension of the

government and a physical reminder of the residential schools experience related to the fact that hospitals and residential schools are very much alike in their appearance)

- When you think of the description of your Aboriginal clientele that you gave me earlier, can you make any links or connections with the effects of colonization and your description? For instance, can you think of how the low prenatal care rate is related to the colonization process? How the young age of mothers giving birth is related to the colonization process? How the high rate of involvement of child and family services is related to the colonization process

3.2 Second research question: how do nurses integrate their general knowledge in their nurse-client relationship?

Now that we have talked about what you know about the effects of colonization, I would like to discuss how you integrate that knowledge into a nurse-client relationship with an Aboriginal client.

Sample questions:

- How would you describe your working relationship with the Aboriginal clientele you encounter at work? Do you find it easy to start a therapeutic relationship with your Aboriginal families?
- Would you say it is the same or different than other ethnic groups? How so?
- *If the participant mentions wanting to treat every client the same way I would want to explore that idea further.* How would you want to care for your clients the same way? Can you give me some examples? Do you find there is a difference between wanting to care for everyone with the same concern/ energy and caring for everyone the same (ie what does the same mean?))? Can you find some issues or concerns trying to care for everyone the same?

- When caring for an Aboriginal perinatal family, how aware are you of all that we have talked about so far?
- How does the level of your knowledge of the effects of colonization on Aboriginal peoples affect your perceptions of your Aboriginal perinatal clients?
- How does the level of your knowledge of the effects of colonization affect your nurse-client relationship in the perinatal context? Does it affect your level of awareness regarding the circumstances that may surround a perinatal client's present situation? Can you elaborate on your answer? Give me some examples? How does it affect how you relate to your client? Please remember that I am not asking those questions to judge your level of knowledge. I am trying to find out your opinion on whether or not more specific knowledge about colonization affects how you relate to your patient, how you manage to build a nurse-client relationship?
- Can you give me some examples?

3.3 Third research question: factors that promote the integration of knowledge into a nurse-client relationship

This group of questions aims at understanding what factors promote the integration of knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples in a nurse-client relationship. Those factors can be personal or contextual. Personal factors would be personal belief, upbringing, culture at home while contextual factors could be related to education, work environment, work expectations, work policies, or nursing culture.

Sample questions:

- Can you think of anything that helps you be or could help you be more aware of how history has affected your Aboriginal client and how you can build a better nurse-client relationship? At this point I am interested in anything that first comes to mind. I will be asking more specific questions later on. (not sure if giving examples is best as it could be leading, but here are a few: being aware that residential survivors can feel threatened or uncomfortable in a hospital setting due to the reminder it brings, one could be more

aware and ready to intervene and discuss the client's feelings about it; being aware that alcoholism or addiction are related to broken family patterns generations ago may help one be aware of prejudices one holds towards Aboriginal clients)

- Can you think of personal factors that help you be or could help you be more aware of how history has affected your Aboriginal client and how you can build a better nurse-client relationship? as mentioned before, personal factors could be childhood experiences or your upbringing, from discourses you heard about Aboriginal growing up, whether they be at home, at school or in the media?
- How do you think your personal values positively affect your ability to be aware of and to integrate knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples in your nurse-client relationship?
- How has your work experience affected your ability to facilitate the integration of general knowledge about colonization into your practice?
- Has there been any kind of managerial, educational or peer support that has helped understand better why a high proportion of Aboriginal families in Winnipeg are affected by high rate of alcoholism, addiction and live in poverty or don't use prenatal care?
- How do you think the hospital and/or nursing culture positively affect your ability to be aware of and to integrate knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples in your nurse-client relationship?
- When looking at what is already in place to promote continuing education and cultural competency in your workplace, what helps to integrate this kind of knowledge in your nurse-client relationship (eg: How could the Aboriginal liaison officer be of assistance? Have the educational days offered twice a year been used to promote this, in which way?)

3.4 Fourth research question: factors that prevent the integration of knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples that affects the nurse-client relationship?

This group of questions aims at understanding what factors prevent the integration of knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples that affects the nurse-client relationship? Those factors can be personal or contextual. Personal factors would be personal belief, upbringing, culture at home while contextual factors could be related to lack of knowledge, work environment, work expectations, work policies, nursing culture.

Sample Questions:

- Can you think of anything that prevents you from being more aware of how history has affected your Aboriginal family in your nurse-client relationship? Again, at this point I am interested in anything that comes to mind. I will ask more specific questions later on.
- Can you think of personal factors that prevent you from being more aware of how history has affected your Aboriginal client and how you can build a better nurse-client relationship? As mentioned before, personal factors could be childhood experiences or your upbringing, from discourses you heard about Aboriginal growing up, whether they be at home, at school or in the media?
- How has your work experience affected your ability to integrate general knowledge about colonization in your practice? If yes, how?
- How do you think the hospital and/or nursing culture affect negatively your ability to be aware of and to integrate knowledge regarding the effects of colonization on Aboriginal peoples in your nurse-client relationship?
- When looking at what is already in place to prevent continuing education and cultural competency in your workplace, what is occurring that does not help to integrate this kind of knowledge in your nurse-client relationship?

4. Closing the interview

Do you have any other comments or thoughts that you would like to add to this interview?

Thank you for your participation with this interview. It is much appreciated.

Annexe 10 Guide d'entrevue-formulaire français

1. Brise-glace

Bonjour, comment allez-vous?

Je m'appelle Anne-Lise Costeux, je suis une infirmière autorisée en train de faire ma thèse. J'ai travaillé comme infirmière volante à l'Hôpital des femmes (Women's hospital) du Centre des sciences de la santé (Health sciences centre) à Winnipeg de 2006 à 2010.

Couramment, j'enseigne à l'Université de Saint Boniface. J'aimerais vous remercier de bien avoir voulu participer dans cette étude. Je m'attends à ce que cette entrevue dure entre 60 et 90 minutes en fonction de vos réponses.

Est-ce que vous pourriez me parler un peu de vous? (Passer au travers de la feuille à propos des détails démographiques avec la participante)

Vous vous êtes portée volontaire pour participer à cette étude : est-ce que vous pourriez m'expliquer ce qui vous intéresse à propos des sujets de la santé des autochtones et de la colonisation?

Les questions de recherche figurent sur mon mur de ma page de Facebook. Est-ce que vous avez eu la chance de les lire et de vous familiariser avec?

Comme mentionné sur Facebook, je vais tout d'abord vous demander de me décrire ce que vous savez des effets de la colonisation sur les familles autochtones. Les questions seront en premier lieu de nature générale et vont devenir de plus en plus spécifiques. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de répondre. Répondez aux questions du mieux que vous pouvez. Je suis intéressée de voir ce que vous savez et comment vous avez obtenu ces connaissances. Puis, je vais vous demander de réfléchir à propos de vos connaissances et sur ce que vous aurez partagé avec moi. Je suis particulièrement intéressée à entendre votre opinion au sujet de comment est-ce que d'être conscient de la colonisation et de ses effets ou non peut affecter la relation infirmière-client. Troisièmement, je suis aussi

intéressée à entendre vos suggestions sur quels facteurs qu'ils soient personnels ou contextuels, pourraient aider à intégrer ce genre de connaissance dans une relation infirmière-client afin de l'optimiser. Enfin, j'aimerais connaître vos suggestions sur quels facteurs, personnels ou contextuels, pourraient empêcher ce genre de connaissance à être intégrée dans une relation infirmière-client optimale.

2. Détails démographiques

Age (année)					
Niveau de formation	Diplôme infirmière auxiliaire	Diplôme infirmière autorisée	Baccalauréat	Maitrise	Doctorat
Pays de formation d'infirmière	Canada	États-Unis	Autre (spécifier)		
Années d'expérience en tant qu'infirmière					
Années d'expérience en tant qu'infirmière en périnatalité					
Spécialité en périnatalité	Accouchement	Post-partum	LDRP	Ante partum	Autre :
Familiarité avec le concept de la Sécurité culturelle	Je n'en ai jamais entendu parlé	Je suis un peu familière avec ce concept	Je suis assez familière avec ce concept	Je suis très familière avec ce concept	
Familiarité avec les idéologies des théories critiques sociales, et de postcolonialisme	Je n'en ai jamais entendu parlé	Je suis un peu familière avec ce concept	Je suis assez familière avec ce concept	Je suis très familière avec ce concept	
Ville et nom de l'hôpital où vous travaillez					

3. Questions de recherche

3.1 Première question de recherche : quelles sont les connaissances des infirmières

J'aimerais discuter avec vous de vos connaissances au sujet de la colonisation canadienne. En premier lieu, je vais vous poser des questions générales puis je vais vous demander ce que vous savez sur les effets continus et encore présents de la colonisation. En dernier lieu, je vais vous demander ce que vous savez des effets de la colonisation qui sont pertinents dans votre milieu de travail.

3.1.1 Exemple de questions sur les connaissances générales de la colonisation canadienne

- En prenant en compte toute votre éducation formelle, c'est-à dire du secondaire et post-secondaire, et informelle, que savez-vous de ce qui s'est passé durant la colonisation du Canada?
- Pourriez-vous me donner un résumé de ce que vous savez?
- Pourriez-vous me donner des exemples sur comment est-ce que les peuples autochtones ont été affectés par la colonisation?
- D'où viennent vos connaissances? L'école? les médias? Une autre source?
- Qu'est-ce que vous avez entendu à la maison? Quelle sorte de discours à ce sujet avez-vous entendu à la maison?

3.1.2 Exemple de questions au sujet des effets continus et encore présents de la colonisation sur les peuples autochtones

- Pensez-vous qu'il y a des effets positifs pour les peuples autochtones provenant de la colonisation ? Si oui, quels sont-ils? Pouvez-vous me donner des exemples?
- Est-ce que vous pensez que les peuples autochtones subissent encore des effets de la colonisation de nos jours? Est-ce que vous pouvez élaborer votre réponse?
- Que connaissez-vous au sujet du trauma intergénérationnel? Est-ce que vous pensez que ce concept s'applique aux familles autochtones? Élaborez votre réponse s'il vous plait.

- À votre avis, est-ce que les taux élevés de maladies mentales, de violence domestique, de pauvreté et d'abus de substance sont reliés à la colonisation? De quelle manière?
- Connaissez-vous le terme 'oppression intériorisée'? Pourriez-vous essayer de définir ce terme? (si la participante ne connaît pas le terme et veut savoir ce qu'il veut dire, je lui donnerai la définition suivante : le processus par lequel un membre appartenant à un groupe opprimé en vient à accepter et à vivre des mythes et des stéréotypes associés à ce groupe, (Urban Dictionary, ad lib trad., 2016). Est-ce que vous pensez que ce terme est applicable aux autochtones? Pourquoi?
- Sur quoi basez-vous les réponses que vous avez données dans cette partie? Sur des discours tenus à la maison? Au travail? À l'école? Dans les médias?

3.1.3 Exemples de questions sur les effets de la colonisation dans le contexte de la périnatalité :

- J'aimerais en connaître d'avantage sur vos expériences de travail en relation avec des familles autochtones. À quelle est la fréquence êtes-vous en contact avec des clients autochtones dans votre métier? Pourriez-vous me décrire une famille autochtone typique ? (Famille monoparentale? Famille étendue large? Statut social et économique? Utilisation de soins prénataux? Implication des services de l'enfant et de la famille? Présence de spiritualité autochtone?)
- Je me demande si vous pourriez me donner des exemples, basés sur votre expérience de travail, d'effets de la colonisation visibles dans votre clientèle autochtone. Ne vous inquiétez pas si vous n'avez pas d'exemple précis à ce point-ci, nous allons regarder à certains exemples dans un moment. Je cherche à savoir si c'est quelque chose dont les infirmières sont couramment conscientes dans leur pratique.
- À votre avis, est-ce que la colonisation a affecté le choix des mères autochtones à allaiter? De quelle manière?

- À votre avis, qu'est-ce qu'un survivant de pensionnat (école résidentielle) pourrait ressentir envers l'hôpital? Pourquoi? (l'hôpital pourrait être perçu comme une extension du gouvernement canadien qui a cherché à assimiler les autochtones et leur culture à la culture dominante et pourrait aussi être un rappel physique de leur expérience en pensionnat tellement les bâtiments peuvent se ressembler)
- En repensant à la description de la clientèle autochtone que vous m'avez donnée au début de cette sous-partie, est-ce que vous pourriez faire des liens entre votre description et les effets de la colonisation? Par exemple, est-ce que le faible taux de soins prénataux, le jeune âge des parturientes et le haut taux d'implication des services de soin à l'enfant et à la famille pourraient être relié aux effets de la colonisation?

3.1 Deuxième question de recherche : de quelle manière est-ce que les infirmières intègre leur connaissance de la colonisation dans leur relation infirmière-client?

Maintenant que nous avons discuté de ce que vous connaissez des effets de la colonisation, j'aimerais discuter avec vous comment est-ce que vous intégrer ces connaissances dans vos relations infirmière-client avec votre clientèle autochtone.

Exemples de questions :

- Comment décrieriez-vous vos relations professionnelles avec la clientèle autochtone? Est-il facile d'entamer et de former une relation thérapeutique avec vos clients autochtones?
- Est-ce que vous qualifieriez que c'est aussi facile de former une relation thérapeutique avec des clients autochtones qu'avec des clients d'autres groupes ethniques? Pourriez-vous élaborer?
- *Si la participante mentionne vouloir traiter tout le monde pareil, je voudrais explorer cette idée plus loin.* Pourriez expliquer ce que vous voulez dire par traiter tout le monde pareil? Comment vous y prenez-vous? Est-ce que vous

pensez qu'il y a une différence entre vouloir traiter tout le monde avec le même montant d'énergie et de volonté contre vouloir traiter tout le monde de la même manière? Est-ce qu'il y aurait des inquiétudes si les infirmières traitaient tous ses clients de la même manière? Si oui, lesquelles?

- En repensant à vos relations infirmière-clients avec des clients autochtones, est-ce que vous étiez consciente des effets que la colonisation a sur vos clients?
- Est-ce que vos connaissances des effets de la colonisation sur les autochtones affectent vos perceptions de clients autochtones? De quelle manière? En d'autres mots, est-ce que vous pensez que mieux connaître ou comprendre les effets de la colonisation peut affecter comment vous percevez vos clients autochtones? De quelle manière? Est-ce que cela peut affecter votre niveau de conscience en ce qui concerne les circonstances qui entourent la situation présente de la parturiente? Comment? Pouvez-vous donner des exemples?
- Est-ce que vos connaissances des effets de la colonisation sur les autochtones affectent votre relation infirmière-client dans le contexte de la périnatalité? À votre avis, est-ce qu'être conscient des effets de la colonisation peut affecter ou affecte comment vous allez interagir avec un client et/ou comment vous allez former une relation infirmière-client? Comment?

3.2 Troisième question de recherche : les facteurs qui favorisent

l'intégration des connaissances dans une relation infirmière-client

Ce groupe de questions cherche à comprendre quels facteurs favorisent l'intégration des connaissances sur les effets de la colonisation sur les peuples Autochtones, c'est-à-dire la conscientisation de ces effets, au sein d'une relation infirmière-client. Ces facteurs peuvent être personnels ou contextuels. Des

exemples de facteurs personnels sont des croyances personnelles, l'éducation à la maison, la culture à la maison. Des exemples de facteurs contextuels sont l'éducation scolaire et académique, l'environnement au travail, politiques au travail, ou encore la culture infirmière.

Exemples de questions :

- Est-ce que vous pouvez penser à quoique ce soit qui vous aide ou puisse vous aider à être plus conscient(e) des effets de la colonisation sur vos clients autochtones et comment former une meilleure relation infirmière-client? Je suis intéressée à tout ce qui pourrait vous venir en tête. Ne vous inquiétez pas si rien ne vous vient en tête tout de suite. (exemple : en étant conscient que le client, survivant d'un pensionnat, puisse ne pas se sentir à l'aise à l'hôpital à cause des souvenirs que celui-ci peut raviver, une infirmière pourrait être plus consciente de discuter avec le client de son confort et de ses sentiments au sujet de son hospitalisation; en étant conscient que l'alcoolisme et l'abus de substance est relié au trauma générationnel, une infirmière pourrait revisiter et réfléchir sur ses préjugés, mieux comprendre l'effet de l'histoire sur la situation actuelle des choses peut aider une infirmière à mieux comprendre)
- Pouvez-vous penser à des facteurs personnels qui vous aident ou pourraient vous aider à être plus conscient(e) des effets de la colonisation sur vos clients autochtones? Sur comment mieux former une relation infirmière-client? Des exemples de facteurs personnels peuvent être des facteurs reliés à votre enfance, à votre éducation, à des discours au sujet des autochtones que vous auriez entendus en grandissant que ce soit à la maison, à l'école ou dans les médias.
- Pensez-vous que vos valeurs personnelles puissent vous aider à être plus conscients des effets de la colonisation lors de vos relations

infirmière-clients? De quelle manière est-ce que vous pensez que vos valeurs personnelles ont favorisé ou favorisent l'intégration de vos connaissances des effets de la colonisation sur les peuples autochtones dans votre relation infirmière-client?

- Est-ce que votre expérience professionnelle en tant qu'infirmière en périnatalité favorise ou favoriserait la conscientisation des effets de la colonisation au sein de vos relations infirmière-clients avec des clients autochtones? De quelle manière est-ce que votre expérience professionnelle favorise votre habileté à intégrer vos connaissances sur les effets de la colonisation dans vos relations infirmière-clients?
- Est-ce qu'il y aurait des influences externes que ce soit au niveau de la gérance de votre unité, des supports éducationnels, de vos pairs qui auraient influencé ou influencent de manière positive à mieux comprendre la réalité que vivent les autochtones aujourd'hui à Winnipeg (haut taux d'alcoolisme, statut économique et social bas, pauvreté, abus de substance, ...)? Ceci pourrait être des ateliers, des sessions de formations parrainées par votre employeur, des conversations avec des amies, des collègues.
- Est-ce que la culture de l'hôpital ou la culture infirmière affecte de manière positive votre conscientisation des effets de la colonisation sur les peuples autochtones lors de vos interactions infirmière-client? De quelle manière? Est-ce vous pouvez penser à des manières que la culture de l'hôpital ou la culture infirmière favorisent ou pourraient favoriser l'intégration des connaissances des effets de la colonisation sur les peuples autochtones au sein des relations infirmière-clients?
- En prenant en compte les structures déjà en place dans votre établissement pour promouvoir l'éducation continue et la compétence

culturelle, qu'est-ce qui aide à intégrer vos connaissances et donc à devenir plus consciente des effets de la colonisation lors de vos interactions infirmière-clients?

(exemple : est-ce l'officier de liaison autochtone est une ressource utile?, les journées d'éducation continue deux fois par an sont-elles utiles?

L'atelier offert par l'ORS sur la sensibilité culturelle autochtone de deux jours?) Élaborez de quelle manière ces structures sont utiles ou non.

3.4 Quatrième question : facteurs qui empêchent l'intégration des connaissances des effets de la colonisation dans les relations infirmière-clients

Ce groupe de questions cherche à comprendre quels facteurs empêchent l'intégration des connaissances sur les effets de la colonisation sur les peuples Autochtones, c'est-à-dire la conscientisation de ces effets, au sein d'une relation infirmière-client. Ces facteurs peuvent être personnels ou contextuels. Des exemples de facteurs personnels sont des croyances personnelles, l'éducation à la maison, la culture à la maison. Des exemples de facteurs contextuels sont le manque d'éducation scolaire et académique, l'environnement au travail, politiques au travail, ou encore la culture infirmière.

Exemples de questions :

- Pouvez-vous penser à quoique ce soit qui puisse empêcher une meilleure conscientisation des effets de la colonisation sur vos clients autochtones au sein de vos relations infirmière-clients? Je suis intéressée de voir si quelque chose vous sort de l'esprit tout de suite, au besoin, j'ai des questions plus spécifiques.
- Je suis intéressée à tous facteurs personnels qui pourraient avoir un impact négatif sur votre conscientisation des effets de la colonisation et qui pourraient affecter vos relations infirmière-clients avec vos clients autochtones. Des exemples de facteurs personnels sont : des

expériences de votre enfance, de votre éducation (upbringing), des discours sur les autochtones entendus à la maison, au travail, à l'école ou dans les médias.

- Pensez-vous que vos valeurs personnelles puissent avoir un effet négatif sur votre conscientisation des effets de la colonisation ? De quelle manière est-ce que vos valeurs personnelles auraient pu ou peuvent avoir empêché votre conscientisation des effets de la colonisation sur les peuples autochtones? Est-ce que ceci a un impact sur vos relations infirmière-clients?
- Est-ce que votre expérience professionnelle en tant qu'infirmière périnatale affecte ou aurait affecté de manière négative la conscientisation des effets de la colonisation au sein de vos relations infirmière-clients? De quelle manière?
- Est-ce qu'il y aurait des influences externes que ce soit au niveau de la gérance de votre unité, des supports d'éducation continu, de vos paires qui auraient influencé ou influencent de manière négative à mieux comprendre la réalité que vivent les autochtones aujourd'hui à Winnipeg (haut taux d'alcoolisme, statut économique et social bas, pauvreté, abus de substance, ...)? Ceci pourrait être des ateliers, des sessions de formations parrainées par votre employeur, des conversations avec des amies, des collègues.
- Est-ce que la culture de l'hôpital ou la culture infirmière a des influences négatives sur votre conscientisation des effets de la colonisation sur les peuples autochtones lors de vos interactions infirmière-client? Est-ce vous pouvez penser à des manières que la culture de l'hôpital ou la culture infirmière affectent négativement l'intégration des connaissances

des effets de la colonisation sur les peuples autochtones au sein des relations infirmière-clients?

- En prenant en compte les structures déjà en place dans votre établissement pour promouvoir l'éducation continue et la compétence culturelle, qu'est-ce qui entrave l'intégration de vos connaissances (et donc à devenir plus consciente des effets de la colonisation) lors de vos interactions infirmière-clients? Est-ce qu'il y a des manques? Si oui, pouvez-vous en identifier?
(exemple : est-ce l'officier de liaison autochtone est une ressource utile?, les journées d'éducation continue deux fois par an sont-elles utiles? L'atelier offert par l'ORS sur la sensibilité culturelle autochtone de deux jours?) Élaborez de quelle manière ces structures sont utiles ou non.

4. Conclure l'entrevue

Auriez-vous d'autres commentaires ou idées que vous aimeriez partager?

Je vous remercie sincèrement de votre participation.

Annexe 11 Formulaire de consentement

Formulaire de consentement anglais (version finale approuvée en juillet 2017 par le comité d'éthique)

Manitoban nurses' perceptions on the effects of colonization on Indigenous families



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Thesis supervisor

Dr. Viola Polomeno, RN, Ph.D.
Associate Professor
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing
451 chemin Smyth, Ottawa, On K1H 8M5

Student

Anne-Lise Costeux RN, BN, MScN (cand.)
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing
451 chemin Smyth, Ottawa, On K1H 8M5

Invitation

You are invited to participate in this Master's research project because you are a nurse working in perinatal health in Manitoba. I am interested in exploring and understanding what nurses who work in maternal-child health in Manitoba know about the effects of colonization on Indigenous families and ask you to reflect on how this knowledge affect your nurse-client relationship.

Background of the Study

There is evidence of a lack of cultural safety practices across the health care system in Canada, perinatal health included. Manitoba is one of the provinces with the highest number of Indigenous representation in Canada. Winnipeg is the city with one of the highest percentage of Indigenous people and the largest population of Metis. Cultural safety in the health care field is becoming a requirement as a standard of practice. The Health Council of Canada mentions that cultural competence and cultural safety are necessary so that

Indigenous people can feel comfortable using the medical system when they need it. The tenets of cultural safety are integrated in the nurses' entry level competences of the College of Registered Nurses of Manitoba (CRNM), and establishments that teach nursing programs have to integrate aspects of cultural safety and Indigenous health in their curriculum to achieve accreditation. One of the tenets of cultural safety is to know and understand the effects of History, such as the colonization, on people and how it affects them presently. No study has been done to assess how nurses understand the effects of colonization on Indigenous families.

Purpose and Design

The purpose of this study is to explore the perceptions of nurses working in perinatal health in Manitoba regarding the effects of colonization and their thoughts on how these perceptions affect their nurse-client relationship.

Study Procedures

I would like to ask your participation in answering 4 semi-structured questions. The interview is expected to last between 60 to 90 minutes in a place of your choosing. It could be a private or a public place or videoconferencing such as Skype or Facetime.

You have the right to answer only questions you feel comfortable answering, to stop the interview process and withdraw from the study at any time. The interview is going to be audio recorded to be later transcribed in order to do the data analysis.

The first set of questions are of demographic nature such as how long you have worked in the perinatal field, where you took your training, or which perinatal field you have worked in.

The second set of questions will be to explore what your knowledge base of Canadian colonization history is.

The third set of questions will be to explore how you integrate this knowledge base in your nurse-client interaction.

The fourth set of questions will be to explore what factors enhance or hinder the integration of this knowledge into your nurse-client relationship

Length of the Study

We are asking that you participate in the semi-structured interview and be available to go over your answers with the researcher sometime after the interview to make sure the meaning of your answers was well understood. The length of the interview may vary depending on your answer. It is estimated that it will take approximately 5 minutes to answer some demographic questions and 60 to 90 minutes to answer the four research questions.

Risks

The risks of the study may vary from one person to another depending on how emotional and meaningful the topic of the research project is to that person. It is possible that some of the questions may make you feel uncomfortable. There is no right or wrong way to answer the questions. Your opinion, whatever it is, is welcome. It is also possible that while speaking out loud you become more aware of certain aspects of the effects of the colonization

process which may make you feel uncomfortable or may trouble you. I am at your disposal if you want to discuss what is distressing to you. If you are not comfortable discussing it with me, my thesis advisor is also at your disposal. I also have a list of places that offer counselling services in case you think it is something you can benefit from. Some of these places are free, others charge variable rates based on income. Please remember that you are under no obligation to answer any question you feel uncomfortable with.

Benefits of the Study

In better understanding the Manitoban perinatal nurses' perceptions of the effects of colonization on Indigenous families and in asking these nurses to reflect on how their knowledge of the effects of colonization affect their nurse-client relationship, we can better identify what kind of resources in the perinatal field are needed in order to help nurses understand better the context in which they work. Better teaching or resources throughout the Nursing curriculum as well as continuing education could be identified.

Withdrawal from the Study

You may withdraw from the study at any point and for any reason. Any data collected will be withdrawn from the study. In the event that your wish to leave the study is due to the fact that you are feeling uncomfortable about the topic or how the study is being handled, your observations and or concerns would be greatly appreciated. If you feel uncomfortable discussing these concerns with the researcher, it would be greatly appreciated if you were to share them with Dr. Viola Polomeno, thesis advisor, in the hope that, if at all possible, your feedback could be taken into consideration, some clarifications may be offered and/or changes made.

Compensation:

A compensation of \$25 will be awarded to participants who sign the consent form and participate in the interview. This compensation will be given at the beginning of the interview. If a participant decides to remove himself or herself from the study or is unable to finish the interview, he or she may keep the compensation. However, any person who shows interest but does not sign nor participate in the interview will not receive the compensation.

Confidentiality

The data collected during the study will be kept confidential. A research code will be applied to your interview and your name will not appear in any report, data analysis or results. However, it is possible that citations from our interview figure in the results portion of the study. If that is the case, your citation will be referred to by its research code and never with your name. However, personal characteristics may also appear such as the number of years you have worked in the perinatal field or where you did your nursing training. These personal characteristics are grouped in the first part of the interview. You are free to refuse to answer any or all of those questions.

Consent forms, transcripts in paper format digitalized, notes taken during the interviews as well as audio interviews and verbatim transcripts will be stored on a coded USB key and kept in a locked drawer in the office of the researcher at St. Boniface University, which is locked at all times, and in the locked office of the thesis advisor at the University of Ottawa.

Any paper copy of any data collected will be digitized on the coded USB key and destroyed after the data analysis. Between data collection and storage, any paper copy of any data collected will be kept in the secured office of the researcher in a locked drawer. The information will be retained from January 2017 until December 31, 2022, at which point the USB key will be securely erased. Only the researcher and the thesis advisor will have access to these documents.

Questions about the Study

You may forward any questions to the researcher at this email address: XXX or to her advisor XXX.

[The University of Ottawa Research Ethics Board has given ethical approval for this study. This committee considers the ethical aspects of all research projects using human subjects. If you should have any questions regarding the ethical conduct of this study, you may contact the Protocol Officer for Ethics in Research, University of Ottawa, Tabaret Hall, 550 Cumberland Street, Room 159, Ottawa, ON K1N 6N5 Tel.: (613) 562-5387 Email: <mailto:ethics@uottawa.ca>.] to be added once it is approved.

Consent Form - Semi-structured interview

I agree to participate in this study conducted by the School of Nursing of the University of Ottawa. The data from this study will help understand better perinatal nurses' perceptions of the effects of colonization on Aboriginal families.

My participation will involve participating in one interview with audio recorded semi-structured questions and validating the content of my answers at a later date. All information collected will be kept confidential. This information will not affect my employment.

I can withdraw my consent and withdraw from the study at any time and the care that I give to clients will not affect my decision to participate or not participate in the study.

I have read the information sheet and consent form and I understand the information. I voluntarily consent to participate in this study.

There are two copies of the consent form, one of which is mine to keep.

Questionnaire:

_____	_____
Signature of Participant	Investigator/Delegate's Signature
_____	_____
Name of Participant (print)	Investigator/Delegate's Signature (print)
Date: _____	Date: _____

Verbal consent form

Verbal consent taken by _____ via _____ on _____

The participant is requested to send via text, email or post the original consent form.

Formulaire de consentement en français (version finale, approuvée en juillet 2017 par le comité d'éthique)

**Perceptions des infirmières œuvrant en périnatalité au Manitoba
des effets de la colonisation sur les familles autochtones**



Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences
School of Nursing

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf., Ph.D.
Professeure agrégée
Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières
451 chemin Smyth, Ottawa, On K1H 8M5

Étudiante

Anne-Lise Costeux Inf., BN, MSc Inf (cand.)
Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières
451 chemin Smyth, Ottawa, On K1H 8M5

Invitation

Vous êtes invité(e) à participer dans ce projet de recherche de maîtrise parce que vous êtes une infirmière travaillant dans le domaine de la périnatalité au Manitoba. Je cherche à explorer et mieux comprendre ce que les infirmières qui travaillent dans ce domaine au Manitoba savent au sujet des effets de la colonisation sur les familles autochtones et souhaiterais que vous pondériez comment ces connaissances affectent vos relations infirmière-clients.

Contexte de l'étude

Les recherches démontrent un manque de sécurité culturelle au sein du système de soins de santé canadien, dans le domaine de la périnatalité inclus. Le Conseil de la santé canadienne indique que la compétence culturelle et la sécurité culturelle sont nécessaires pour que les autochtones gagnent suffisamment de confiance et se sentent à l'aise d'accéder au système médical quand ils en ont besoin. Le Manitoba est l'une des provinces où habitent une des plus grandes représentations d'autochtones canadiens. Winnipeg est la ville qui regroupe le plus grand nombre de Métis au Canada et qui regroupe un des plus grands pourcentages d'autochtones citadins au Canada. La

sécurité culturelle est devenue une exigence de pratique au sein du système de santé canadien. Les principes de base de la sécurité culturelle sont intégrés dans les compétences d'entrée en pratique du Collège des infirmières et infirmiers du Manitoba et du Collège des infirmières et infirmiers auxiliaires du Manitoba exigeant que les établissements de formation de sciences infirmières manitobains incluent ce concept dans leur curriculum. Un des principes de base de la sécurité culturelle est de connaître et d'être conscient des effets de l'histoire, comme le processus de la colonisation sur les populations qui l'ont vécue. Aucune étude n'a été faite pour évaluer les connaissances et la conscientisation des infirmières des effets de la colonisation sur les familles autochtones.

Buts et conception de l'étude

Le but de cette recherche est d'explorer les perceptions des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité sur les effets de la colonisation ainsi que de les inviter à réfléchir sur comment leurs perceptions affectent leur relations infirmière-clients.

Procédure de la recherche

Je souhaite demander votre participation en répondant à quatre questions semi-structurées. L'entrevue devrait prendre entre 60 et 90 minutes dans un local de votre choix. Celui-ci pourrait être privé, comme une salle de classe à l'Université de Saint Boniface, publique, comme un café ou encore par vidéoconférence comme FaceTime, Messenger ou Skype.

Un enregistrement audio de l'entrevue sera entrepris/est prévu afin de pouvoir faire une transcription de l'entrevue à des fins d'analyse de contenu.

Soyez rassuré(e) que vous avez le droit de ne répondre qu'aux questions que vous voulez et que vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment.

La première partie des questions a pour but d'établir des données démographiques en ce qui concernent vos années et domaines d'expériences en périnatalité ainsi que l'endroit de votre formation infirmière.

La deuxième partie des questions a pour but d'explorer vos connaissances au sujet de la colonisation canadienne.

La troisième partie des questions va vous demander de réfléchir sur ces connaissances et sur comment vous les intégrer ou non au sein de vos relations infirmière-clients.

La quatrième partie des questions va vous demander d'identifier des facteurs personnels et contextuels qui peuvent d'un côté favoriser et de l'autre empêcher l'intégration de vos connaissances dans vos relations infirmière-clients.

Durée de l'étude

Votre participation consiste à une entrevue qui va durer entre 60 et 90 minutes en fonction de vos réponses. Dans un premier temps, des questions démographiques vous seront posées, ceci devrait prendre quelques minutes. Deuxièmement, les quatre questions de recherche mentionnées ci-haut vous seront posées. Cette partie prendra la majorité de l'entrevue, soit environ 55 à 85 minutes.

On vous demande de rester à la disposition de la chercheuse après l'entrevue par téléphone ou courriel dans le cas où celle-ci aurait des questions ou des vérifications à faire avec vous en ce qui concerne vos réponses afin de s'assurer que la signification de vos réponses aient bien été comprise.

Risques

Les risques de l'étude peuvent varier d'une personne à l'autre en fonction de ce que vous ressentez par rapport au sujet de l'étude. Il est possible que certaines questions vous semblent difficiles à répondre ou vous rendent mal à l'aise. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises façons de répondre aux questions. Toute opinion, quelle qu'elle soit, est la bienvenue. Il est aussi possible que vous deveniez plus consciente des effets que la colonisation a eu sur les autochtones de par le fait de discuter à voix haute et de répondre aux questions. Ceci pourrait avoir comme conséquence que vous vous sentiez mal à l'aise ou troublée. Je suis à votre disposition si vous voulez discuter de ce qui vous dérange/vous trouble. Si vous ne vous sentez pas à l'aise d'en discuter avec moi, ma directrice de thèse est aussi à votre disposition. Ci-joint est une liste d'emplacements à Winnipeg qui offrent des services de counseling généraux gratuitement ou à des frais variable en fonction d'une échelle de revenu au cas où vous pensez que ce genre de service vous serait bénéfique.

Soyez rassurée que vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre aux questions qui vous rendent mal à l'aise.

Bénéfices de l'étude

En cherchant à mieux comprendre les perceptions des infirmières manitobaines œuvrant en périnatalité des effets de la colonisation sur les peuples autochtones et en demandant à ces infirmières de pondérer comment leurs connaissances au sujet des effets de la colonisation influencent leur relation infirmière-client, de meilleures ressources pourront être élaborées afin d'assister ces infirmières à mieux comprendre le contexte dans lequel elles travaillent. Ces ressources pourraient être applicables non seulement en éducation continue mais aussi dans le contexte de curriculum d'établissements de formation de sciences infirmières.

Se retirer de l'étude

Vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment et pour n'importe quelle raison. Toute donnée collectée sera retirée du projet. Si votre départ est relié à un malaise relié au sujet de l'étude ou à la manière avec laquelle l'étude est entreprise, nous apprécierions votre rétroaction. Si vous ne vous sentez pas à l'aise d'en discuter avec moi directement, il est de notre espoir que vous le ferez avec Dre Viola Polomeno, directrice de thèse, afin de pouvoir, dans la mesure du possible, prendre en compte votre rétroaction, apporter des clarifications ou voir même rectifier ce qui pourrait être rectifier.

Compensation

Une compensation de 25 dollars est offerte pour tout participant qui signe la lettre de consentement et qui participe à l'entrevue. Celle-ci sera donnée au début de l'entrevue. Dans le cas où la participante choisit de se retirer de l'étude ou ne désire pas finir l'entrevue, elle pourra garder la compensation.

Aucune compensation ne sera donnée si une personne se dit être intéressée mais ne signe pas la lettre de consentement et ne participe pas à l'entrevue.

Confidentialité

Les données collectées pendant l'étude seront gardées de manière confidentielle. Un code de recherche sera attribué à votre entrevue et votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport, analyse de données ou résultats. Cependant, il est possible que des citations de l'entrevue figurent dans la portion de résultats de l'étude. Si c'est le cas, votre citation sera référée par son code et jamais avec votre nom. Soyez consciente que certaines caractéristiques démographiques comme le nombre d'années que vous avez travaillées ou encore votre spécialité peuvent figurer. Ces données personnelles sont regroupées dans la première partie de l'étude et vous n'êtes pas dans l'obligation d'y répondre.

Les données collectées, soit les lettres de consentement signées, les entrevues audios, les transcriptions des entrevues (en format papier et digital) et les notes prises lors des entrevues seront gardées sur une clé USB codée qui sera conservée dans un tiroir sous clé dans le bureau de la chercheuse à l'Université de St Boniface ainsi que dans le bureau de la directrice de thèse à l'Université d'Ottawa. Ces bureaux sont verrouillés en tout temps. Entre la collecte des données et le stockage des données, toute donnée collectée sur format papier sera conservée dans le bureau de la chercheuse dans un tiroir verrouillé. Les documents papiers seront détruits dès la fin de l'analyse de données mais une copie digitale de chaque document papier sera conservée sur la clé USB codée. Ces données seront gardées pendant la durée de l'étude jusqu'au 31 décembre 2022. À l'échéance de cette date, les données seront effacées de manière sécuritaire. Seules la chercheuse et la directrice de thèse auront accès aux données collectées.

Lettre de consentement - entrevues semi-structurées

J'accepte de participer dans cette étude entreprise par l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Les données de cette étude permettront de mieux comprendre les perceptions des infirmières des effets de la colonisation sur les familles autochtones.

Ma participation consiste à participer à une entrevue qui sera audio enregistrée composée de questions semi-structurées et à accepter d'être contacté après l'entrevue pour valider mes réponses. Toute information collectée sera gardée confidentielle. Cette information n'affectera en rien mon emploi actuel.

Je peux retirer mon consentement et quitter cette étude à tout moment.

J'ai lu la feuille d'information attachée à cette lettre de consentement et je comprends l'information. Je donne mon consentement volontairement pour participer à cette étude.

Il existe deux copies de cette lettre de consentement, l'une d'elle me revient de droit.

Signature du participant	Signature de la chercheuse

Nom du participant (lettres moulées)	nom de la chercheuse (lettres moulées)

Date: _____	Date: _____
-------------	-------------

Consentement oral

Le consentement oral fut pris par _____ via _____ le _____

Il est demandé au participant d'envoyer sa copie signée de la lettre de consentement via texte, courriel ou poste dès que possible.

Annexe 12 Ressources communautaire pour les participantes

Ressources communautaires gratuites de counselling :

Counselling Resources in Winnipeg- Centres de counseling à Winnipeg

Aurora Counselling Centre: 204-786-9251 (sliding scale)

Aulneau Renewal Centre: 204-987-7090 (sliding scale)

Centre Renaissance Centre 204-256-6750 (bilingual, sliding scale)

Family Dynamics: 204-947-2128 (formerly called Family Centre)

Fort Garry Women's Resource Centre: 204-477-1123

Jewish Child and Family Counselling Services: 204-477-7430 (open to all faiths and cultural groups)

Klinic Community Health Centre: 204-784-4059

Ma Mawi wi Chi Itata Centre (Indigenous): 204-925-0300

Mount Carmel Clinic: 204-589-9475

North End Women's Centre: 204-589-7374

Pluri-elles: 204-233-1735 (français)

Annexe 13 Certificat d'éthique

Numéro de dossier: H11-16-01

Date (mm/jj/aaaa): 02/16/2017



Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation éthique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Viola	Polomeno	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseure
Anne-Lise	Costeux	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiante-chercheuse

Numéro du dossier: H11-16-01

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: Perceptions des infirmières œuvrant en périnatalité au Manitoba des effets de la colonisation sur les familles autochtones

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)

Date d'expiration (mm/jj/aaaa)

02/16/2017

02/15/2018

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

Annexe 14 Code d'encodage

Cadre d'encodage créé à partir des quatre premières entrevues

Catégorie 1 : les connaissances des participantes sur les effets de la colonisation sur les familles autochtones

Définition : Description des connaissances des effets de la colonisation. Ceci comprend toutes connaissances, conscientisation, perceptions qu'une participante peut donner ou dévoiler durant l'entrevue sur comment la colonisation a affecté les autochtones en général dans le passé et encore aujourd'hui et les familles autochtones avec qui elles interagissent dans leur milieu de travail

Exemple positif : l'isolation des autochtones dans les réserves, les séparations de famille pour venir accoucher en ville, ne pas être certaine,

Sous-catégorie 1 : Les connaissances exprimées/partagées le plus souvent, (plus de 3 participantes)

- Générales
- Encore contemporaines
- Dans le milieu de travail

Sous-catégorie 2 : Les connaissances les moins connues, partagées

- Générales
- Encore contemporaines
- Dans le milieu de travail

Sous-catégorie 3 : Le manque de connaissance des effets de la colonisation, incapacité à répondre aux questions

Sous-catégorie 4 : les sources des connaissances.

Catégorie 2 : intégration des connaissances dans les relations infirmières-clients

Définition : toute observation qui démontre que les participantes sont conscientes des effets de la colonisation dans leur milieu de travail, principalement dans le contexte de leur relation infirmière-cliente y inclus la conscientisation que les descriptions données au sujet des clientes autochtones et leur famille et des relations infirmière-clientes données sont reliées aux effets de la colonisation

Exemple positif :

Sous-catégorie 1 : Intégration des connaissances avec les clientes ou les familles réservées

Sous-catégorie 2 : intégration des connaissances avec les clientes ou les familles inamicales

Sous-catégorie 3 : intégration des connaissances avec les clientes ou les familles dégénérées

Catégorie 3 : facteurs qui favorisent l'intégration des connaissances au sein des relations

Définition : tous facteurs que les participantes mentionnent comme favorisant l'intégration des connaissances ou facteurs qui ressortent des données par induction comme favorisant l'intégration des données.

Exemple positif : lorsque les participantes décrivent leur manière d'interagir avec leurs clientes autochtones et ce qu'elles font pour entamer des relations thérapeutiques, qu'est-ce qui fonctionnent pour elles qui soient reliées aux fait d'être consciente des effets de la colonisation?

Sous-catégorie 1 : facteurs personnels

Sous-catégorie 2 : facteurs professionnels

Sous-catégorie 3 : facteurs contextuels

Catégorie 4 : facteurs qui défavorisent l'intégration des connaissances au sein des relations

Définition : tous facteurs que les participantes mentionnent comme nuisant à l'intégration des connaissances ou facteurs qui ressortent des données par induction comme nuisant à l'intégration des données.

Exemple positif : lorsque les participantes décrivent leur manière d'interagir avec leurs clientes autochtones et ce qui les empêche d'établir des relations thérapeutiques malgré le fait d'avoir des connaissances sur les effets de la colonisation. Pourquoi est-ce que les participantes n'arrivent pas à intégrer leurs connaissances au sein de leurs relations?

Sous-catégorie 1 : facteurs personnels

Sous-catégorie 2 : facteurs professionnels

Sous-catégorie 3 : facteurs contextuels

Annexe 15 Résultats des données éducatives, professionnelles et culturelles

Tableau démographique avec fréquence des distributions pour le niveau d'éducation, le pays d'éducation, le pays de formation de sciences infirmières, l'expertise en santé périnatale, lieu de travail, familiarité avec le concept de la sécurité culturelle et familiarité avec les idéologies de postcolonialisme et de théories critiques sociales.

Description des participantes	N	%
Niveau d'éducation		
Diplômée (infirmière autorisée) I.A.	2	33,3
Bachelière (infirmière autorisée) BN	4	66,7
Autres		
Certificat de consultante en lactation	3	50
Certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	1	16,7
Pays d'éducation		
Canada	6	100
Hors Canada	0	0
Pays de formation de sciences infirmières		
Canada	6	100
Hors Canada	0	0
Expertise en santé périnatale (Une participante peut avoir plus d'une expertise)		
Au chevet		
Postpartum	5	83,3
Accouchements	4	66,7
LDRP	4	66,7
Antepartum	2	33,3
NICU	1	16,7
Autre		
Consultante en lactation	1	16,7
Lieu de travail		
Hôpital qui dessert une haute population d'autochtones urbain	2	33,3
Hôpital qui dessert une population autochtone urbaine moindre	4	66,7
Familiarité avec le concept de la sécurité culturelle		
N'a jamais entendu parlé	3	50
Un peu familière	2	33,3
Assez familière	0	0
Très familière	1	16,7
Familiarité avec les idéologies de postcolonialisme et de théories critiques sociale		
N'a jamais entendu parlé	4	66,7
Un peu familière	2	33,3
Assez familière	0	0
Très familière	0	0

Tableau démographique descriptif de l'âge des participantes, leurs années d'expérience infirmière et leurs années d'expérience en santé périnatale

Description des participantes	Données	<i>N</i>	$\bar{X}$	σ
Âge 2 n'ont pas répondu	30 33 40 45	4	37	6.8
Nombre d'années d'expérience infirmière	3 3 7,5 8 24 30	6	12,58	11.5
Nombre d'années d'expérience en santé périnatale	2 3 5 8 23 28	6	11,5	11.1

Annexe 16 La taxonomie de Bloom révisée

The knowledge dimension	The cognitive process dimension					
	1. Remember	2. Understand	3. Apply	4. Analyse	5. Evaluate	6. Create
A. Factual knowledge						
B. Conceptual knowledge						
C. Procedural knowledge						
D. Meta-cognitive knowledge						

Source : Anderson et al. (2014).