

**L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences
infirmières : l'expérience des professeurs**

Par :

Isabelle Wallace, IA, BScN, MScN

Thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales dans le cadre des
exigences du programme de maîtrise en sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa

© Isabelle Wallace, Ottawa, Canada, 2018

SOMMAIRE

Au Canada, les peuples autochtones vivent encore des inégalités flagrantes en matière de santé comparativement à la population non autochtone. De façon générale, les infirmières constituent le premier contact entre les peuples autochtones et le système de santé. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) stipule que les infirmières doivent prodiguer des soins compétents et sécuritaires sur le plan culturel. On entend donc par compétence culturelle les habiletés, les connaissances et les attitudes nécessaires à la prestation des soins à des populations issues de diverses cultures. Les objectifs de cette étude étaient de 1) Explorer l'expérience des professeurs en sciences infirmières quant aux barrières à l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans leur curriculum, 2) Décrire les stratégies utilisées par les professeurs pour intégrer la compétence culturelle autochtone dans leur enseignement, et 3) Identifier des pistes de solutions pour faciliter l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur de la formation en sciences infirmières.

Le devis de recherche qualitatif, de type exploratoire, a permis de répondre aux objectifs de cette recherche. Sur le plan méthodologique, l'analyse thématique a été privilégiée compte tenu de la problématique et des objectifs de recherche. La collecte des données, s'est déroulée sur une période d'un mois, a été réalisée par le biais d'entrevues semi-dirigées avec 20 professeurs en sciences infirmières de diverses universités canadiennes.

En résumé, les résultats de l'étude démontrent qu'il y a une influence du dispositif colonial à l'intérieur de chaque niveau d'intégration du concept (contextuel, structurel, processus et résultats) et qu'une décolonisation de la discipline infirmière est nécessaire. Livrés à eux-mêmes, les professeurs expriment un besoin flagrant de leadership et de support administratif afin de répondre aux Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) ciblant les écoles canadiennes en sciences infirmières. Enfin, les professeurs autochtones sont victimes de tokénisme et de violence latérale de la part de leurs collègues non-autochtones – éléments qui font preuve de racisme sophistiqué.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
REMERCIEMENTS	ix
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	1
1.1 Problématique de recherche	1
1.2 Objectifs de recherche	8
1.3 Position épistémologique	8
CHAPITRE 2 : RECENSSION DES ÉCRITS.....	12
2.1 Disparités en santé	12
2.1.1 Barrières physiques	12
2.1.2 Barrières culturelles	16
2.1.3 Barrières relationnelles	19
2.1.4 Barrières systémiques	21
2.2 Les infirmières et la santé autochtone.....	25
2.2.1 La prestation des soins en communauté autochtone	26
2.2.2 Le caractère unique des soins infirmiers en contexte autochtone	27
2.2.3 Discours des infirmières en santé autochtone	29
2.3 Compétence culturelle	31
2.3.1 Interventions et résultats.....	35
2.3.2 Facteurs de réussites et défis en lien avec l'intégration de la compétence culturelle	36
2.3.3 La vision holistique de la santé	38
2.3.4 Compétence culturelle autochtone et formation	39
CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL.....	44
3.1 Race et culture	44
3.2 Colonialisme	45

3.2.1 Impérialisme	46
3.2.2 Religion	47
3.2.3 Éducation	47
3.2.4 Traités	48
3.2.5 Loi sur les Indiens	49
3.3 Postcolonialisme	50
3.4 Postcolonialisme en sciences infirmières	51
3.4.1 La pensée coloniale	52
3.4.2 Le postcolonialisme	52
3.4.3 Cadre conceptuel	55
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	59
4.1 Devis de recherche	59
4.2 Approche méthodologique	60
4.3 Milieu d'étude	62
4.4 Recrutement	63
4.5 Échantillon	64
4.6 Collecte des données	67
4.7 Analyse des données	68
4.8 Rigueur	70
4.9 Considérations éthiques	74
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS	76
5.1 Dispositif colonial	77
5.1.1 Curriculum	79
5.1.1.1 Pouvoir décisionnel	79
5.1.1.2 Structure	81
5.1.1.3 Cours	82
5.1.2 Outils pédagogiques	83
5.1.2.1 Théories	83
5.1.2.2 Manuels	84
5.1.3 Professeurs	85
5.1.3.1 Identité	85
5.1.3.2 Expériences	87
5.1.3.3 Ignorance	85
5.2 Context	89

5.2.1 Terminologie	89
5.2.2 Ressources	92
5.2.3 Authenticité	93
5.2.4 Représentation autochtone	95
5.3 Structure	98
5.3.1 Partenariats	98
5.3.2 Politiques universitaires	101
5.3.3 Comités	103
5.3.4 Soutien aux professeurs	103
5.4 Processus	105
5.4.1 Approches souhaités versus approches existantes	105
5.4.2 Responsabilités	107
5.4.3 Stratégies	108
5.5 Résultats	110
5.5.1 Conséquences négatives pour les professeurs autochtones	110
5.5.2 Réponse de l'administration	111
5.5.3 Réponse des étudiants	112
5.5.4 Racisme sophistiqué	115
5.6 Résumé	116
CHAPITRE 6 : DISCUSSION	118
6.1 Décoloniser les sciences infirmières : une première étape	118
6.2 Compétence culturelle : un concept problématique	122
6.3 Intégration de la compétence culturelle : un processus bâclé	125
6.4 Implications et recommandations	128
6.4.1 Implications pour la recherche en sciences infirmières	128
6.4.2 Implications pour la théorie infirmière	129
6.4.3 Implications pour l'éducation en sciences infirmières	130
6.4.4 Implications pour les politiques en sciences infirmières	131
6.5 Limites	131
CONCLUSION	134
RÉFÉRENCES	136

ANNEXES

Annexe A. Certificat d'approbation éthique	156
Annexe B. Invitation courriel	159
Annexe C. Liste de programmes agréés canadiens en sciences infirmières	162
Annexe D. Formulaire de consentement	164
Annexe E. Questionnaire pré-entrevue	173

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Catégorie d'effectifs professoraux des écoles conférant des diplômes	63
Tableau 2. Résultats du questionnaire préentrevue des participants (n=20)	66
Tableau 3. Critères de rigueur	71
Tableau 4. Recommandations pour les politiques en sciences infirmières	134

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Campinha-Bacote's model of cultural competence in healthcare	32
Figure 2.	Reducing Health Disparities Through the Implementation of Cultural Competency	36
Figure 3.	Roue médicinale	38
Figure 4.	Curriculum pour les sciences infirmières des Premières Nations, des Inuits et des Métis	41
Figure 5.	Modèle conceptuel sur l'intégration de la compétence et de la sécurité culturelle dans les écoles en sciences infirmières	56
Figure 6.	Arbre thématique sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone	69
Figure 7.	Intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières	76

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de thèse, Dre Marilou Gagnon, pour m'avoir accompagné durant mon parcours en tant qu'étudiante à la maîtrise. Merci de m'avoir non seulement guidé dans mon cheminement en tant que chercheuse, mais pour m'avoir amené à me surpasser tant sur le plan académique que professionnel. Merci aux membres de mon comité de thèse, Dre Denise Moreau et Dr Dave Holmes pour votre collaboration, votre expertise et vos précieux conseils lors de la rédaction de ma thèse. Merci à Jean Daniel Jacob pour votre aide dans l'obtention de ma maîtrise.

Je remercie également ma mère Michelle, mon beau-père John et mon frère Ryan qui n'ont jamais cessé de croire en moi et de m'encourager dans mon parcours professionnel, remplis de hauts et de bas. Merci à mes ancêtres et les Aînés pour leurs sacrifices et pour avoir pavé la voie pour nous, jeunes autochtones. Merci à ma communauté, la Première nation malécite du Madawaska, et à la Chef et ses conseillères pour m'avoir appuyé durant toutes mes études universitaires. Merci à mes amis Pier-Audrey, Vanessa, Jonathan, Marie-Ève et Mylène Suzie et Stéphanie pour votre amitié fidèle alors que je n'ai pas toujours pu être disponible pour vous. Un merci spécial à Jessica pour ta patience et ton aide lors de la rédaction de mes travaux universitaires. Je tiens à remercier mes nombreux mentors qui m'ont permis de grandir en tant qu'infirmière et de découvrir ma vocation pour la santé autochtone.

Finalement, j'aimerais remercier mon employeur, Marilee, pour avoir cru en mon potentiel en tant que nouvelle infirmière diplômée et d'avoir été compréhensive lors des dernières étapes de ma maîtrise. Je dois également remercier tous les jeunes autochtones qui m'inspirent chaque jour. Vos expériences, passions et votre détermination m'ont poussé à persévérer dans mes études. Merci à tous les individus dont j'ai croisé durant mon parcours, qui m'ont enseigné à marcher avec confiance et à exercer ma voix en tant qu'infirmière autochtone afin de revendiquer les droits de mon peuple.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1 Problématique de recherche

La richesse et la diversité culturelle des peuples autochtones permettent au Canada de se démarquer à l'échelle mondiale. Cependant, le Canada est porteur d'un passé sombre, dont les répercussions sont parfois ignorées par ses propres citoyens et même ses propres décideurs. La colonisation de l'Amérique du Nord et l'assimilation des peuples autochtones qui se produit depuis le 17^e siècle (Dickason & McNab, 2008) ont eu des impacts importants sur leur santé, leur culture, identité, autonomie, territoire ainsi que leurs droits les plus fondamentaux – impacts qui perdurent aujourd'hui. Au plan de la santé, la colonisation et l'assimilation ont contribué à l'émergence de déterminants sociaux de la santé qui sont propres aux peuples autochtones, dont les Premières Nations, Inuit et Métis (Cardinal, Schopflocher, Svenson, Morrison, & Laing, 2004; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013; Hackett, Feeny, & Tompa, 2016; Riva et al., 2014). Ces déterminants sont regroupés en trois catégories : 1) déterminants proximaux (comportements en matière de santé, emploi et revenu, milieu physique et éducation), déterminants intermédiaires (systèmes de santé et d'éducation, infrastructures, ressources et capacités communautaires, gérance environnementale et continuité culturelle) et déterminants distaux (exclusion sociale, autodétermination, colonialisme et racisme) (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013). Ces déterminants sont à l'origine des disparités en santé chez les peuples autochtones.

Les disparités en santé chez les peuples autochtones ne sont pas négligeables. Comparativement à la population non-autochtone, diverses études démontrent que les peuples autochtones ont une incidence plus élevée de maladies pulmonaires, cardiovasculaires, métaboliques (plus particulière le diabète) et infectieuses (p.ex., VIH, hépatite C, tuberculose, infections transmises sexuellement) pour n'en nommer que quelques-unes (Ospina et al., 2015; Statistiques Canada, 2015a). On note également une incidence plus élevée de cancer et de

traumatismes intergénérationnels chez les Inuits (Cameron, 2011). De plus, on observe un taux de suicide de cinq à sept fois plus élevé chez les jeunes autochtones que le reste des jeunes canadiens (Gouvernement du Canada, 2017). D'ailleurs, le taux de suicide chez les Inuits est l'un des plus élevés au monde, soit 11 fois plus élevés que la moyenne mondiale (Orkin, Rajaram, & Schwandt, 2013). Ces disparités en santé, tant sur le plan physique que psychologique, sont directement liées aux déterminants mentionnés précédemment. Par exemple, il existe un lien indéniable entre le taux de suicide chez les jeunes autochtones et leurs conditions de vie souvent marquées par la pauvreté et le manque de ressources, leurs comportements de santé influencés par l'environnement et les infrastructures, et la complexité des enjeux auxquels ils font face incluant le trauma intergénérationnel et les effets persistants du colonialisme (Adelson, 2005; Hackett et al., 2016). En somme, ces disparités contribuent à un risque de morbidité et de mortalité plus élevé (Statistique Canada, 2015b).

Nous savons désormais que les déterminants sociaux de la santé mentionnés ci-dessus engendrent un stress plus élevé chez les peuples autochtones par le sentiment de perte de contrôle, un affaiblissement de leur résilience et même une atteinte de leur système immunitaire (CCNSA, 2013; Henderson et al., 2007; King, Smith, & Gracey, 2009). Ainsi, ils ont une plus grande prédisposition à la maladie tant sur le plan physique que psychologique et une moins grande capacité à faire face à la maladie – capacité qui se voit encore plus limitée par le manque d'accès aux soins de santé. Contrairement à la croyance de certains professionnels de la santé, les disparités en santé auxquelles font face les peuples autochtones ne sont pas inhérentes à leur style de vie, à leur culture, ou à leur constitution génétique (Adelson, 2005; Browne & Fiske, 2001). Elles sont produites par une interaction complexe entre les déterminants sociaux de la santé (tant proximaux, intermédiaire que distaux) et de nombreux facteurs politiques, économiques, historiques et structurels. Il est donc important de reconnaître ces disparités comme le résultat d'une vulnérabilité qui est produite et non pas inhérente aux peuples

autochtones. À défaut de quoi ces disparités risquent de perdurer et de miner l'amélioration du niveau de santé chez les peuples autochtones (Adelson, 2005; King et al., 2009).

Le manque d'accès aux services de santé contribue de façon importante aux problèmes de santé qui affectent les peuples autochtones de façon disproportionnée (Browne & Fiske, 2001). Bien que le système de santé canadien repose sur le principe d'accessibilité (Gouvernement du Canada, 2018), de nombreuses recherches ont pu identifier les barrières limitant l'accès aux soins de santé chez cette population – incluant l'organisation même des services de santé (Adelson, 2005; Anderson, Yeates, Cunningham, Devitt, & Cass, 2009; Cameron et al., 2014; Cardinal et al., 2004; Denison, Varcoe, & Browne, 2014; Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013; Statistique Canada, 2015a). Tandis que les soins de santé des personnes autochtones vivant hors des communautés autochtones sont régis par le gouvernement provincial sous le programme d'assurance-maladie, les soins de santé des personnes vivant à l'intérieur des communautés autochtones relèvent, dans la plupart des cas, de la responsabilité du gouvernement fédéral (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013). La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada¹ a pour mandat de veiller à ce que les services de santé soient disponibles à l'intérieur des communautés de ces peuples, afin d'optimiser leur niveau de santé (Santé Canada, 2012). La DGSPNI offre divers programmes de santé aux Premières Nations et aux Inuits, tels que le programme des Services de santé non assurés (SSNA). Toutefois, certains services ne sont pas couverts par SSNA. De plus, les politiques émises par le gouvernement fédéral limitent l'autonomie des peuples autochtones et les empêchent de prendre en charge leurs propres besoins en matière de santé (Mathu-Muju, McLeod, Walker, Chartier, & Harrison, 2016).

Les barrières limitant l'accès aux soins de santé chez les peuples autochtones peuvent

¹ En août 2017, le premier ministre a annoncé la création du ministère Services aux Autochtones Canada (SAC) afin de rassembler tous les départements et les programmes fédéraux reliés à la population autochtone, dont la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) (Gouvernement du Canada, 2018).

se manifester sous plusieurs formes : physiques, culturelles, relationnelles et systémiques. En effet, l'emplacement des milieux de soins peut créer une barrière physique pour les personnes vivant en région, ce qui les oblige à attendre, voyager de longues distances et/ou faire face à de longues listes d'attente (Anderson et al., 2009; Cardinal et al., 2004; Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013). Certaines communautés autochtones sont accessibles seulement par voies aériennes, ce qui vient compliquer encore plus l'accès aux soins de santé, la continuité des soins et le maintien des ressources incluant les ressources humaines (Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013; Tarlier, Browne, & Johnson, 2007). De plus, il n'est pas rare de noter des barrières culturelles et relationnelles importantes chez les professionnels de la santé majoritairement caucasiens (Anderson et al., 2009; Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013). Au niveau systémique, il a été démontré que la relation entre les professionnels de la santé et les personnes autochtones est influencée par des expériences historiques et collectives qui vont bien au-delà du relationnel (Jacklin et al., 2017). Ainsi, le manque de confiance, l'évitement et la résistance par rapport aux soins de santé peuvent s'expliquer par les séquelles encore bien présentes des écoles résidentielles, des hôpitaux « indiens » et des effets à long-terme du colonialisme (Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013). Toujours au niveau systémique, les personnes autochtones n'échappent pas au racisme dans les milieux de soins, principalement véhiculé sous forme de stéréotypes et de discrimination. Ceci a des effets désastreux en matière de santé et d'accès aux soins de santé et de santé. (Denison et al., 2014; Jacklin et al., 2017; McGibbon, Etowa, & McPherson, 2008).

De façon générale, les infirmières² constituent le premier contact entre les peuples autochtones et le système de santé. Ceci est vrai pour les milieux éloignés où les infirmières travaillent souvent de façon autonome pour offrir des soins à une communauté autochtone³, mais c'est aussi vrai pour les milieux urbains où la majorité des soins sont offerts par des

² Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le nom « infirmière » pour désigner tous les genres.

³ Le terme « communauté autochtone » réfère à « réserve autochtone », terme attribué par le Gouvernement du Canada à l'intérieur de la Loi sur les Indiens de 1985 (Gouvernement du Canada, 2017a).

infirmières. Les infirmières autochtones, qui représentent 3% de la main-d'œuvre totale, sont sous-représentés au sein du système de santé (University of Saskatchewan & Canadian Indigenous Nurses Association, 2018). Ainsi, les soins habituellement dispensés par des personnes qui ne sont pas culturellement représentatifs des peuples autochtones. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) stipule que les infirmières doivent prodiguer des soins compétents et sécuritaires sur le plan culturel (AIIIC, 2014). De son côté, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), organisme national d'agrément des sciences infirmières au Canada, veille à ce que les programmes en sciences infirmières abordent les compétences essentielles pour la pratique infirmière (ACESI, 2014). Or, la compétence culturelle ne figure pas parmi ces compétences essentielles. Malgré le fait que l'AIIIC et l'ACESI reconnaissent l'importance de la compétence culturelle, il n'existe aucun moyen de s'assurer que cette compétence soit intégrée systématiquement dans les programmes en sciences infirmières au Canada.

On entend par compétence culturelle les habiletés, les connaissances et les attitudes nécessaires à la prestation des soins à diverses populations issues de diverses cultures (AIIIC, ACESI, & AIIIC, 2009, p. 2). Par ailleurs, Betancourt, Green, Carrillo et Park (2005) considèrent que le but de la compétence culturelle est de « créer un système de santé et une main d'œuvre capable d'offrir des soins de la plus haute qualité à chaque patient indépendamment de la race, de l'ethnicité, de la culture ou de la langue » (traduction libre, p.499). La compétence culturelle peut permettre de contrer les disparités en matière de santé chez les peuples autochtones puisqu'elle offre un point de départ aux étudiants en sciences infirmières pour reconnaître leurs responsabilités professionnelles, le rôle de la culture dans les soins, l'importance d'offrir des soins culturellement compétents et les conséquences que peuvent avoir l'approche des professionnels de la santé sur la qualité et l'accès aux soins (AIIIC, ACESI, & AIIIC, 2009). Douglas et al. (2011) stipulent que les soins adaptés à la culture des patients se fondent sur les principes de justice sociale et sur les droits de la personne. C'est donc en

prodiguant des soins adaptés et sensibles à la culture des patients que les iniquités en santé peuvent être réduites par les professionnels de la santé (Douglas et al., 2011).

Plusieurs stratégies ont été identifiées pour éliminer les disparités en matière de santé grâce à la compétence culturelle : des programmes d'éducation continue, des ateliers de formation, des changements aux curriculums universitaires, des auto-évaluations à l'immersion culturelle et des formations obligatoires annuelles (Haynes, 2016). Haynes (2016) considère qu'une combinaison de ces stratégies est l'approche la plus efficace, et que la collaboration des divers champs de pratique en sciences infirmières (incluant la pratique, la gestion, l'éducation et l'administration) est nécessaire afin d'implanter ces stratégies efficacement. Il existe certes un corpus de connaissances sur la compétence culturelle, mais Rowan et ses collègues (2013) stipulent que les professeurs en sciences infirmières ont besoin de plus de soutien et de préparation pour être en mesure d'enseigner la compétence culturelle dans le cadre de la formation de base actuelle. De plus, ils doivent être en mesure d'intégrer une composante de justice sociale afin de s'assurer que les étudiants soient en mesure de reconnaître et de dénoncer les iniquités en matière de santé (Cameron et al., 2014). Diverses institutions postsecondaires canadiennes se sont engagées à intégrer la compétence culturelle dans le développement et l'implantation des curriculums. Cependant, ces efforts sont irréguliers à travers le pays, et peu de programmes portant sur la compétence ont été réalisés avec succès (Guerra & Kurtz, 2016).

Le Conseil international des infirmières (CII) a adopté un énoncé de position sur la compétence culturelle : « The integration of cultural care knowledge and training for cultural competence into all levels of nursing education » (Douglas et al., 2009). Parallèlement, l'AllAC, l'ACESI et l'AIC (2009) ont élaboré un cadre national pour les sciences infirmières. Ce cadre sert à guider l'éducation en sciences infirmières en lien avec la compétence et la sécurité culturelle spécifiquement aux peuples autochtones (AllAC, ACESI, & AIC, 2009). Afin d'en évaluer son contenu, six programmes anglophones ont été sélectionnées pour la phase de « pilotage » : Université d'Alberta, Langara College, Nova Scotia Community College, Université St. Francis

Xavier, Université Trent/Fleming, et Université Laurentienne (ACESI, 2013). À la suite de la phase de « pilotage », un rapport final intitulé « Cultural Competency and Cultural Safety. Curriculum for Aboriginal Peoples » a été publié afin de présenter les stratégies utilisées par les six programmes sur l'intégration du cadre et de ses compétences essentielles (AIIAC, 2011).

Au Canada et à l'échelle mondiale, aucune étude n'aborde le point de vue des professeurs sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Tant que l'expérience des professeurs ne sera pas bien comprise, les barrières et les défis à l'intégration de la compétence culturelle dans les programmes en sciences infirmières ne pourront jamais être examinés avec les conséquences que l'on connaît. Cette étude a donc pour but de commencer à documenter l'expérience des professeurs en sciences infirmières quant à l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans la formation infirmière et plus précisément, les enjeux, les barrières, les opportunités, et le contexte qui s'y rattachent. Cette étude est essentielle, car elle contribuera non seulement à l'avancement de la discipline infirmière, mais elle fournira des informations importantes pouvant servir à améliorer l'intégration de la compétence culturelle dans la formation infirmière au Canada – et ailleurs. De plus, elle permettra de répondre à l'appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR, 2015) sur l'éducation des professionnels de la santé, ce qui permettra d'améliorer la qualité des soins de santé des peuples autochtones, pour ensuite effacer les disparités en santé.

Une relation de confiance basée sur la compétence culturelle a été identifiée comme le moyen le plus efficace pour permettre la réconciliation entre les peuples autochtones et les personnes non-autochtones (O'Neil, Elias, & Wastesicoot, 2005). Selon le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR, 2015) qui avait pour but d'exposer la vérité et l'héritage des peuples autochtones, les professeurs reconnaissent l'importance vitale du rôle que jouent les institutions postsecondaires sur la formation des enseignants, qui sont responsables d'éduquer les générations futures au sujet des peuples autochtones. Tel que le stipule l'Appel à l'action no 24 de la CVR :

Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. (p. 3)

Ainsi, tous les programmes en sciences infirmières au Canada doivent répondre à cet appel à l'action par l'intégration de la compétence culturelle dans leurs programmes. Or, celle-ci passe d'abord et avant tout par les professeurs et leur capacité à développer cette compétence chez les étudiants – et nous savons, tel qu'expliqué précédemment, que les professeurs font face à des défis importants. Première en son genre au pays, cette étude vise à mieux comprendre le point de vue des professeurs et leurs besoins. Il s'agit d'une étape importante pour assurer l'intégration optimale de la compétence culturelle dans les programmes en sciences infirmières et l'amélioration éventuelle des soins.

1.2 Objectifs de recherche

1. Explorer l'expérience des professeurs en sciences infirmières quant aux barrières à l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans leur curriculum;
2. Décrire les stratégies utilisées par les professeurs pour intégrer la compétence culturelle autochtone dans leur enseignement;
3. Identifier des pistes de solutions pour faciliter l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur de la formation en sciences infirmières.

1.3 Position épistémologique

Tout chercheur se doit d'adopter le paradigme qui témoigne de sa vision du monde, pour guider sa recherche. Les paradigmes positivisme, post-positivisme, constructivisme et de la théorie critique sont les quatre courants de pensée qui servent à développer les connaissances en recherche (Guba & Lincoln, 1994). Selon Guba et Lincoln (1994), les paradigmes sont des constructions humaines et représentent la façon dont le chercheur décide de répondre aux

questions ontologiques, épistémologiques et méthodologiques. Tel que le stipulent Guba et Lincoln (1994):

The basic beliefs that define inquiry paradigms can be summarized by the responses given by proponents of any given paradigms to three fundamental questions, which are interconnected in such a way that the answer given to any one question, taken in any order, constrains how the others may be answered. (p. 108)

Dans le cadre de ce projet de recherche, le paradigme de théorie critique a été adopté. D'après Mill, Allen et Morrow (2001) ce dernier est nécessaire à la discipline infirmière puisqu'il offre une autre façon de comprendre le monde et permet le développement de connaissances dites « critiques » sur des phénomènes souvent très complexes.

D'un point de vue strictement ontologique, les chercheurs qui situent leurs travaux dans le paradigme de la théorie critique considèrent la réalité comme un élément modulable au fil du temps et comme le produit d'un amalgame de facteurs sociaux, politiques, historiques, culturels, économiques, ethniques et de genre (Guba & Lincoln, 1994). Cette approche permet de prendre en compte les relations de pouvoir qui contribuent à produire des inégalités au sein de la société (Holloway & Wheeler, 2010). Ainsi, Holloway et Wheeler (2010) considèrent que ce paradigme permet au chercheur d'étudier de façon critique les phénomènes sociaux, de remettre en question le statu quo et de le transformer dans le but de l'améliorer. Guba et Lincoln (1994) décrivent l'objectif de la théorie critique comme étant l'émancipation et la transformation des structures sociales, politiques, culturelles, économiques, ethniques et de genres, qui contribuent aux inégalités (Guba & Lincoln, 1994).

D'un point de vue épistémologique, l'approche des chercheurs issus de la théorie critique est transactionnelle et subjectiviste (Guba & Lincoln, 1994). Guba et Lincoln (1994) énoncent que le chercheur et son sujet d'étude sont liés de façon interactive. En outre, les choix paradigmatiques du chercheur sont influencés par ses valeurs et sa vision du monde (Guba & Lincoln, 1994). Ainsi, cette vision vient défier la distinction conventionnelle entre l'ontologie et l'épistémologie d'un paradigme, puisque la quête de nouveau savoir est étroitement liée à

l'interaction entre un chercheur particulier et un sujet particulier. En somme, les résultats d'une recherche basée sur la théorie critique sont fortement influencés par le chercheur (considéré comme un instrument de recherche) : sa position sociale, son expérience, ses valeurs, ses orientations théoriques et les luttes dans lesquelles il s'engage en tant que personne engagée (Guba & Lincoln, 1994).

Au niveau méthodologique, les chercheurs qui s'identifient à la théorie critique opte pour une perspective dialogique et dialectique – perspective qui privilégie les devis qualitatifs permettant de comprendre le point de vue des participants et d'exposer les enjeux de nature sociale, politique, culturelle, économique, ethnique, et ainsi de suite (Guba & Lincoln, 1994). Le produit de la recherche offre donc une meilleure compréhension du phénomène et vise une certaine transformation : remise en question, critique, changements (p.ex., mentalités, pratiques, discours), mobilisation, prise de position, etc. (Guba & Lincoln, 1994). Ainsi, la recherche permet de conférer les moyens pour procéder à l'action, corriger les iniquités rencontrées et permettre une libération de l'oppression sociopolitique.

La théorie critique rencontre parfaitement la vision que nous avons dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, elle permet de comprendre les enjeux affectant la santé des peuples autochtones comme étant les produits de facteurs historiques, politiques, sociaux, culturels et économiques. De la même façon, elle permet de comprendre que les barrières en matière de soins, tant physiques, culturelles, relationnelles que systémiques, sont aussi des produits de divers facteurs tels que la colonisation et le racisme. Pour ce qui est de la problématique de recherche, la théorie critique offre les outils nécessaires pour comprendre que la formation des étudiants en sciences infirmières (son contenu, sa forme, et ses méthodes d'évaluation) se situe dans des établissements reflétant l'impérialisme et le colonialisme. Dans le même ordre d'idée, il offre des outils pour situer la compétence culturelle autochtone dans un curriculum exclusivement développé par « l'homme blanc » ou le « colonisateur » (Giddings, 2005; Kirmayer, 2012). Ce curriculum contribue à former les étudiants selon un certain modèle et véhicule des idées,

discours, et pratiques qui sont directement impliqués dans des processus d'oppression, de marginalisation, et de discrimination. En d'autres mots, ce curriculum a d'abord et avant tout été élaboré selon une vision du monde qui reflète celle du colonisateur – cette même vision du monde que véhiculent les organisations infirmières, le curriculum, le matériel pédagogique et les professeurs (Smith, 2006). En faisant appel à la théorie critique, nous espérons non seulement atteindre nos objectifs de recherche, mais nous espérons être en mesure de mieux comprendre et de mieux situer les enjeux, les barrières, les opportunités, et le contexte auxquels feront référence les professeurs. Nous espérons également être en mesure de mettre les résultats de cette étude en relation avec d'autres efforts pour améliorer les soins offerts aux peuples autochtones, incluant la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015).

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre résume l'état actuel des connaissances en lien avec la problématique de recherche. Dans un premier temps, nous aborderons les écrits traitant des disparités en santé chez les peuples autochtones au Canada. Ensuite, nous ferons état des écrits portant sur le rôle des infirmières quant à la santé des peuples autochtones. Pour conclure, nous aborderons les écrits se rapportant à la compétence dans le domaine des soins infirmiers et de la formation infirmière.

2.1 Disparités en santé

Tel qu'expliqué dans le chapitre précédent, plusieurs déterminants (proximaux, intermédiaires, distaux) sont à l'origine des disparités en santé chez les peuples autochtones. Parmi ceux-ci, on note un nombre important de barrières, tant physiques, culturelles, et relationnelles, que systémiques. Cette section fait état des principaux écrits qui se rapportent à chaque type de barrière en contexte canadien.

2.1.1 Barrières physiques

La recherche nous permet de comprendre qu'il existe plusieurs barrières physiques, dont celles liées à l'éloignement géographique, à l'accessibilité des soins spécialisés, et aux technologies souvent inefficaces pour offrir des soins à distance (p.ex., télésanté). L'éloignement géographique demeure la principale barrière que rencontre les communautés autochtones. Toutefois, il importe de souligner que même s'il y a présence de soins de santé à l'intérieur des communautés autochtones, l'accès aux soins spécialisés reste un enjeu de taille. Le même constat est fait au niveau des technologies qui, en principe, devraient rendre les soins à distance plus accessibles. Cependant, l'intégration de la technologie à l'intérieur des communautés autochtones est assez complexe des barrières en soi. Ces trois types de barrières seront abordés dans les sections qui suivent.

Les recherches canadiennes démontrent clairement que l'isolement géographique compromet l'accès aux soins pour les communautés autochtones (Anderson et al., 2009; Haworth-Brockman, Bent, & Havelock, 2009; Jacklin et al., 2017; Leipert & Reutter, 2005; Maar et al., 2013; Marrone, 2007; Mew et al., 2017; O'Driscoll et al., 2011; Oosterveer & Young, 2015; Shah, Gunraj, & Hux, 2003; Stewart et al., 2013; Wardman, Clement, & Quantz, 2005). Compte tenu des distances importantes et du manque de moyens de transport qui séparent ces communautés des centres de santé, l'accès à ces centres demeurent très difficiles voire même parfois impossible (Cameron et al., 2014; CCNSA, 2011; Haworth-Brockman et al., 2009; Leipert & Reutter, 2005; Maar et al., 2013; Mew et al., 2017; Stewart et al., 2013; Thurston et al., 2014; Wardman et al., 2005). Une étude réalisée auprès de personnes autochtones en Colombie-Britannique montre que 76 des 267 participants n'avaient pas les moyens de transport requis pour accéder aux services de santé et 88 participants ignoraient même où se rendre pour y accéder. De plus, la qualité des moyens de transport disponibles n'est pas toujours optimale. C'est d'ailleurs ce que soulèvent Mew et ses collègues (2017) par le biais de leur étude qui expose le piètre état des véhicules utilisés par certains centres de santé de l'Ontario pour transporter leurs patients. Les conditions météorologiques sont un autre élément qui rend les déplacements problématiques et l'accessibilité aux soins de santé difficile. (Leipert & Reutter, 2005; Mew et al., 2017; Oosterveer & Young, 2015). Comme le soulignent Leipert et Reutter (2005), ces conditions peuvent limiter le déplacement de certains résidents. Ceci est particulièrement vrai pour ceux qui habitent dans le Nord canadien puisque l'accès au centre de santé le plus près dépend entièrement de la route d'hiver (Leipert & Reutter, 2005). Certains services d'urgence sont seulement accessibles par voie aérienne et en fonction des conditions météorologiques. Il peut parfois s'écouler de 4 heures à 6 jours avant qu'un avion puisse accéder à une communauté autochtone (Mew et al., 2017; Oosterveer & Young, 2015). Dans certains cas, les résidents décident tout simplement d'abandonner les soins à cause de la complexité de l'accès et du délai d'attente pour le transport médical (Stewart et al., 2013). Pour certaines communautés,

l'emplacement géographique est un facteur compromettant l'accessibilité et l'efficacité des soins de santé. Cet enjeu est clairement mis en lumière dans une étude réalisée auprès de 55 communautés autochtones de l'Ontario pour un total de 22 806 participants (Shah et al., 2003). Selon les auteurs, l'isolement géographique est une des variables importantes qui influencent le taux d'hospitalisation chez les personnes ayant un problème de santé normalement traité en soins ambulatoires. Leurs résultats ont démontré que les habitants de communautés autochtones de l'Ontario présentent un taux d'hospitalisation plus élevé pour ce type de condition, comparativement à la population ontarienne en générale. Cela se traduit, selon les auteurs, en une pauvre accessibilité et une inefficacité des soins primaires à l'intérieur des communautés autochtones. Ainsi, l'emplacement géographique constitue une forme de barrière physique puisqu'il nuit à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé primaires.

Plusieurs recherches considèrent le faible nombre de professionnels de la santé à l'intérieur des communautés autochtones comme une barrière physique (CCNSA, 2011; Charania & Tsuji, 2013; Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013; Marrone, 2007; Minore et al., 2005; Oosterveer & Young, 2015; Shah et al., 2003). En effet, l'isolement géographique rend difficile le recrutement, et encore plus difficile la rétention des professionnels de la santé. Ceux et celles qui décident de venir travailler dans les communautés autochtones font face à un taux de roulement important du personnel, ce qui rend le travail plus difficile et nuit à la continuité des soins. Cet élément peut également rendre la relation thérapeutique plus difficile à établir, peut aggraver la maladie et poser un fardeau supplémentaire à la famille et aux membres de la communauté (Minore et al. 2005). La pénurie de professionnels de la santé et le roulement élevé du personnel affectent la relation patient-infirmière, puisque ceux-ci empêchent l'établissement de liens de confiance. Maar et ses collaborateurs (2013) ont documenté ce phénomène chez les femmes autochtones qui se disaient mal à l'aise de procéder au test Pap (parfois même au point de le refuser) parce qu'une relation de confiance n'avait pas été établie à priori.

Puisque les centres de santé situés à l'intérieur des communautés autochtones sont principalement régis par des infirmières, l'accès aux soins de santé spécialisés est restreint (CCNSA, 2011a). De plus, l'accès aux soins spécialisés est davantage limité aux personnes autochtones vivant en communautés rurales due à l'éloignement des centres de santé urbains, où on offre habituellement ces soins (Anderson et al., 2009; O'Driscoll et al., 2011; Shah et al., 2003; Wardman et al., 2005). Pour mieux comprendre ce phénomène, Anderson et ses collègues (2009) ont mené une étude auprès de professionnels de la santé (n = 23) de sept différents programmes canadiens de transplantation rénale afin d'identifier les facteurs limitant l'accès à la transplantation rénale chez des patients autochtones souffrant d'insuffisance rénale chronique. Selon leurs résultats, le fait de vivre en région éloignée est l'une des principales barrières à la transplantation rénale. Les chercheurs soulèvent que cette barrière est associée à la distance qui sépare ces patients des centres de santé spécialisés où les examens et les traitements de dialyse sont effectués. C'est d'ailleurs pour cette raison que les patients autochtones présentant des problèmes de santé complexes doivent souvent se relocaliser hors de leur communauté (Maar et al., 2013; Yeates, 2006). Dans la même veine, la difficulté d'accès à des spécialistes en obstétrique oblige parfois les femmes enceintes autochtones à donner naissance seules ou à l'extérieur de leur communauté (O'Driscoll et al., 2011).

Même lorsque des centres de soins sont mis en place, le déplacement et le temps nécessaire pour y accéder nécessitent souvent un séjour prolongé à l'extérieur des communautés. Ceci peut avoir un impact négatif sur les engagements professionnels, familiaux et sociaux des patients qui s'absentent et des membres de la famille qui les accompagnent. L'incapacité à se présenter aux rendez-vous médicaux en raison de ces engagements constitue une barrière physique en soi (Maar et al., 2013; Macdonald, Martin-Misener, Steenbeek, & Browne, 2015; Stewart et al., 2013). Par exemple, Maar et al. (2013) expliquent que certaines femmes ne peuvent se présenter à leur rendez-vous médical puisqu'elles doivent parfois quitter la communauté pour une journée entière (les véhicules de transport quittent la communauté le

matin et reviennent en fin de journée). Elles doivent donc s'absenter du travail ou avoir recours aux services de garde d'enfants, qui ne sont pas toujours disponibles dans la communauté (Stewart et al., 2013). Macdonald et ses collègues (2005) observent une barrière similaire chez les femmes micmacs qui affirment qu'en raison de leurs engagements professionnels, familiaux, et communautaires, elles ne sont pas en mesure de se présenter à un test Pap.

Compte tenu de l'éloignement géographique et des difficultés d'accès (dont l'accès aux soins spécialisés) telles que décrites précédemment, les technologies de type « télésanté » peuvent sembler être une solution idéale. Or, on note plusieurs difficultés entourant ces technologies et leur mise en place (Mendez, Jong, Keays-White, & Turner, 2013; Muttitt, Vigneault, & Loewen, 2004). Par exemple, certaines communautés n'ont parfois pas accès aux technologies de base comme le téléphone (p. ex. un téléphone résidentiel ou un téléphone portable) et ont, dans certains cas, un accès limité à un ordinateur et à internet (Leipert & Reutter, 2005; Muttitt et al., 2004; Stewart et al., 2013). De plus, il existe toujours des barrières importantes qui limitent l'accès à l'électricité, notamment pour les résidents du Nord canadien (Leipert & Reutter, 2005). Malgré ces difficultés, des technologies avancées ont été mises en place de façon permanente dans certaines régions, et mise à l'essai dans d'autres. La mise en place de la télésanté en milieu autochtone présente trois défis de taille: l'éloignement géographique, l'accès incertain aux routes, et les coûts élevés (Mendez et al., 2013; Muttitt et al., 2004). Malgré ces défis, les infirmières et les patients sont généralement satisfaits de la télésanté (Mendez et al., 2013). Celle-ci peut également contribuer à la rétention des infirmières qui travaillent dans des communautés éloignées puisqu'elle contribue à la qualité des soins de santé, à la diminution de la charge de travail et à la satisfaction au travail (Mendez et al., 2013).

2.1.2 Barrières culturelles

La plupart des personnes autochtones vivant en milieu urbain accordent autant, sinon plus d'importance à la médecine traditionnelle qu'à la médecine moderne (Environics Institute, 2010).

Par médecine traditionnelle, on fait référence à :

L'ensemble des pratiques visant à promouvoir le bien-être mental, physique et spirituel et reposant sur des croyances antérieures à l'avènement de la biomédecine occidentale scientifique. Lorsque les autochtones du Canada parlent de guérison traditionnelle, ils désignent une large gamme d'activités allant du traitement de maux physiques par les herbes médicinales et d'autres remèdes à la promotion du bien-être psychologique et spirituel qui fait appel à des cérémonies, à des séances de counseling et à la sagesse accumulée des anciens. (Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996, p. 348)

La médecine traditionnelle autochtone est certes importante, mais une enquête auprès des peuples autochtones en 2001 montre que seulement un tiers des personnes autochtones y ont accès (Statistique Canada, 2003⁴). De plus, la médecine traditionnelle ne fait pas partie des soins offerts par les Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada (Gouvernement du Canada, 2018); le manque d'accès à la médecine traditionnelle est donc une barrière culturelle en soi. À celle-ci s'ajoutent les barrières liées à la langue et aux autres éléments culturels qui sont absents des soins de santé. Ces trois barrières seront abordées brièvement dans les sections suivantes.

En 2010, la « *First Nations Health Society* » a complété une analyse sur la pratique de la médecine traditionnelle auprès des peuples autochtones de la Colombie-Britannique. Tel qu'il est défini par les participants de l'analyse, le bien-être n'équivaut pas simplement à l'absence de maladie, mais plutôt au fait que chaque personne est exempte de toutes complications, limitations et frustrations qui pourraient compromettre l'optimisation de sa santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle (First Nations Health Society, 2010). De plus, la plupart des participants expriment que les Aînés jouent un rôle important dans la pratique de la médecine traditionnelle, mais 67 % ont indiqué que ceux-ci n'œuvrent pas à l'intérieur des centres de santé communautaires. De plus, 56 % des centres de santé étudiés n'offrent pas la médecine

⁴ L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) a pour but de fournir des données sur les conditions socioéconomiques des individus âgés de 15 ans et plus, des Premières Nations vivant hors communauté, des Métis et des Inuits. La collecte de données cible différents aspects à chaque 5 ans. En 2003, le rapport a démontré des résultats portant sur le bien-être des peuples autochtones.

traditionnelle. Cependant, 91 % sont d'accord que celle-ci contribuerait à la résolution de problèmes de santé à l'intérieur de leur communauté.

Plusieurs pratiques traditionnelles autochtones sont décrites dans les écrits (Barton, Anderson, & Thommasen, 2005; Bucharski, Reutter, & Ogilvie, 2006; Goodman et al., 2017). Par exemple, les patients autochtones peuvent parfois avoir recours à la cérémonie de purification (« *smudging* »), au cercle de guérison, au soutien des d'Aînés (*Elders*), à la hutte de sudation, ainsi qu'aux mets et aux produits médicinaux traditionnels (Belcher & DeForge, 2007; Bucharski et al., 2006; First Nations Health Society, 2010; Goodman et al., 2017; Hunter, Logan, Barton, & Goulet, 2004; Marrone, 2007; O'Driscoll et al., 2011). Deux études canadiennes soulèvent à quel point il est difficile d'avoir accès à la pratique du « *smudging* » dans la prestation des soins de santé (Bucharski et al., 2006; Goodman et al., 2017). Cette pratique, qui consiste à brûler des herbes (ex. de l'herbe douce, du cèdre ou de la sauge) lors de cérémonies autochtones, permet de mettre la personne en relation avec le Créateur. Bien que cette pratique soit considérée importante, les résultats de la recherche de Goodman et al. (2017) rapportent que celle-ci est souvent interdite dans les hôpitaux, et que lorsqu'une salle est réservée pour cette pratique, il y a un manque d'accessibilité et de sensibilisation du personnel. L'absence de choix est un thème qui revient souvent dans les études – soit le choix d'avoir recours à des pratiques traditionnelles, le choix du sexe, de l'ethnicité et de l'âge du professionnel de la santé, et le choix des personnes-soutien (Auger et al., 2016; Bucharski et al., 2006; O'Driscoll et al., 2011; Stewart et al., 2013). Pourtant, ce sont des éléments fondamentaux pour les patients autochtones. Lors de l'accouchement, par exemple, la présence d'un Aîné est un élément culturel important pour la femme (O'Driscoll et al., 2011). Cette pratique permettrait ainsi de fournir l'enseignement traditionnel et de maintenir un équilibre entre « l'ancien » et le « nouveau » (O'Driscoll et al., 2011).

Finalement, l'utilisation de la langue traditionnelle et le manque d'interprètes en milieu de soins sont soulevés comme étant des barrières culturelles dans plusieurs études canadiennes

(Hanrahan, 2002; Marrone, 2007; McIntyre, Boughen, Trepman, & Embil, 2007). Ces barrières contribuent notamment à l'inefficacité des soins (McIntyre et al., 2007). Dans le cadre d'une étude auprès de patients autochtones diabétiques et souffrant d'insuffisance rénale en phase terminale, cette barrière était présente chez 36 % d'entre eux (McIntyre et al., 2007). Dans le contexte d'une autre étude menée auprès d'Innus, la barrière linguistique était la plus fréquemment soulevée par les participants. Ces derniers affirmaient se sentir vulnérables dans un environnement unilingue et relevaient le fait que les services d'un interprète sont seulement disponibles à temps partiel et en milieu hospitalier. Le manque d'accès aux services d'interprètes culturellement appropriés brime la relation avec les professionnels de la santé et a un effet négatif sur la qualité des soins (Hanrahan, 2002).

2.1.3 Barrières relationnelles

La relation de confiance entre les professionnels de la santé et leurs patients est essentielle à l'adhérence aux traitements, la continuité des soins, une meilleure satisfaction des soins et à un état de santé optimal (Bova et al., 2012; Thom, Hall, & Pawlson, 2004). Ceci est également vrai quant aux relations entre les professionnels de la santé et les patients autochtones (Richardson & Stanbrook, 2015; Tarlier, Johnson, Browne, & Sheps, 2013). Le rôle que jouent ces professionnels dans la colonisation et dans la transmission intergénérationnelle des traumatismes vécus dans les écoles, les hôpitaux, et les communautés rend difficile la relation de confiance avec et les peuples autochtones (CVR, 2015). Nombreuses sont les recherches qui démontrent la présence de barrières dites relationnelles entre le patient et les milieux de soins (Denison et al., 2014; Goodman et al., 2017; Jacklin et al., 2017; Maar et al., 2013). Parmi ces barrières relationnelles, on note le manque de confiance envers les professionnels de la santé, le racisme, la discrimination et les stéréotypes.

Les patients autochtones craignent parfois que la confidentialité de leurs informations personnelles et médicales ne soit pas conservée (Buchariski et al., 2006; Leipert & Reutter, 2005; Oosterveer & Young, 2015). En plus de redouter un bris de confidentialité, certains patients

autochtones craignent d'être jugés négativement par les professionnels de la santé et décident donc de partager le moins d'information possible sur leur santé (Goodman et al., 2017; Jacklin et al., 2017). La plupart des participants d'une étude menée par Goodman et al. (2017) affirment être méfiants quand vient le temps de divulguer certaines informations personnelles, par crainte que celles-ci altèrent la qualité des soins qu'ils recevront. Par exemple, certains révèlent ne pas déclarer leur consommation de substances puisque ceci pourrait mener à une discrimination de la part des professionnels de la santé.

De plus, la stigmatisation et le racisme à l'intérieur des soins de santé créer un cercle vicieux, dont ceci peut avoir des effets désastreux sur la santé des peuples autochtones. Les expériences négatives des patients autochtones peut causer un abandon des soins médicaux modernes, ce qui vient par la suite alimenter le stigma et les préjudices portés contre ces patients (Cameron et al., 2014; Goodman et al., 2017). Par exemple Goodman et al. (2017) démontre que la stigmatisation, les préjudices et le racisme peut mener certaines personnes autochtones à ne pas avoir recours à la médecine moderne pendant plusieurs décennies. Dans le cadre d'une étude menée par Thurston et al. (2014), plus d'un tiers des participants rapportaient avoir vécu du racisme dans les milieux de soins. Des recherches rapportent même que certains patients autochtones vont jusqu'à se faire refuser des soins par le personnel soignant (Jacklin et al., 2017; Thurston et al., 2014). De plus, plusieurs participants à l'étude de Goodman et al. (2017) ont exprimé avoir été discriminé par les agents de sécurité de l'hôpital ou avoir reçu un congé involontaire, sans même avoir reçu les soins appropriés. De leur côté, les professionnels démontrent des attitudes négatives auprès de leurs patients autochtones. Par exemple, certains déclarent que l'absence des patients à leur rendez-vous ne fait qu'interrompre la continuité des soins en plus de perpétuer les stéréotypes contre les peuples autochtones qui les étiquètent de patients irrespectueux et peu fiables (Goodman et al., 2017; Thurston et al., 2014). Nous pouvons donc observer que la relation infirmière-patient est compromise par différentes barrières à l'accès

des soins de santé et par la méfiance résultant d'expériences de racisme, de préjudices et de stigmatisation.

2.1.4 Barrières systémiques

La complexité des interactions entre les différentes juridictions gouvernementales, qui sont responsables de couvrir les frais de santé chez certains peuples autochtones, représente une barrière en soi. Par exemple, les gens de Premières Nations vivant à l'intérieur des communautés autochtones sont parfois sous la responsabilité juridictionnelle de la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, tandis que ceux hors d'une communauté autochtone ont recours aux services financés par la province (Adelson, 2005; CCSNA, 2013; Santé Canada, 2012; Thurston et al., 2014). La DGSPNI de Santé Canada est composée de bureaux provinciaux représentant chaque région, à l'exception des provinces de l'Atlantique, qui sont représentées par un seul bureau, et du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et des territoires du Nunavut qui forment la région du Nord et qui ont leurs bureaux à Ottawa. (Santé Canada, 2013). Les bureaux provinciaux sont responsables de divers programmes tels: les services de santé non assurés, les programmes communautaires (le développement sain des enfants, le bien-être mental des communautés, la prévention du suicide chez les jeunes, la prévention et le traitement des toxicomanies, la saine alimentation et la promotion de l'activité physique, la prévention des facteurs de risque de maladie/blessure et les initiatives de développement des capacités des communautés), les soins de santé primaires et la santé publique (Adelson, 2005; Santé Canada, 2008).

La DGSPNI opère selon le cadre proposé par la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens de 1988 (Adelson, 2005; Santé Canada, 1999). Ce cadre offre une « prise de contrôle des services de santé par les Premières Nations ainsi qu'une approche progressive inspirée du principe de l'autodétermination dans le secteur de la santé » (Santé Canada, 1999, para. 22). Cela signifie que cette politique donne aux communautés autochtones au sud du 60^e parallèle la possibilité de gérer de façon autonome les ressources qui leur sont accordées

(CCNSA, 2011b). Bien que cette politique permette une certaine autonomie aux peuples autochtones, elle ne permet pas de reconnaître la santé comme un droit autochtone issu de Traités (AADNC, 2010; Adelson, 2005; Santé Canada, s.d.). Comme le stipulent les Affaires autochtones et du Nord Canada (AADNC, 2010) :

On appelle « droits issus des traités » les droits ancestraux stipulés dans un traité. À compter de 1701, dans le pays qui allait devenir le Canada, la Couronne britannique a conclu des traités afin de favoriser le maintien de relations pacifiques avec les Premières nations. Certains des premiers traités, comme les Traités de paix et d'amitié touchant la région de l'Atlantique, représentaient des alliances stratégiques. D'autres, conclus plus tard comme les traités numérotés signés en Ontario, dans les Prairies et dans certaines régions des Territoires du Nord-Ouest (de 1871 à 1921), exigeaient des Premières nations qu'elles renoncent à leurs droits sur les terres ou qu'elles cèdent ces droits en échange de droits issus des traités. Même s'il n'existe pas deux traités identiques, on peut citer comme exemples de droits issus des traités le droit d'obtenir des terres de réserve, du matériel agricole et des animaux de ferme, des paiements annuels, des munitions, des vêtements et certains droits de chasse et de pêche. (para. 1)

Le manque de reconnaissance de la santé en tant que droit autochtone issu de Traités est le défaut principal de la politique puisqu'elle permet de conserver la relation de dépendance préexistante, ce qui permet au gouvernement de garder un certain contrôle sur les peuples autochtones (Adelson, 2005; Jacklin et al., 2017). De son côté, la DGSPNI stipule que le transfert des services de santé doit se faire en consultation avec les communautés autochtones et que les accords « diffèrent en fonction du degré de prise en charge, de leur souplesse, de l'autorisation, des exigences en matière de rapports ainsi que de la reddition de comptes, et se classent par modèle de financement » (Santé Canada, 2015, para. 5). Le transfert se fait selon différents niveaux de classification : modèle de financement préétabli, modèle de financement souple, modèle de financement global et modèle de financement national (multi ministérielles). Pour la plupart de ces modèles, les communautés doivent soumettre des rapports annuels de vérification et d'évaluation au gouvernement (Santé Canada, 2015). Certaines communautés ont toutefois signé des Traités modernes et des ententes sur l'autonomie gouvernementale.

Depuis l'annonce de la Politique des revendications territoriales globales du gouvernement du Canada en 1973 et l'introduction du processus de négociation des Traités en

Colombie-Britannique en 1992, 29 ententes sur l'autonomie gouvernementale ou sur les revendications territoriales globales sont entrées en vigueur. L'ensemble de ces revendications territoriales représentent 40 % de la superficie du Canada (AADNC, 2016)⁵. Comme l'explique les Affaires autochtones et du Nord Canada (2016) :

Ces ententes changent la relation qui existe entre les signataires autochtones, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux concernés. En vertu des ententes sur les revendications territoriales globales et des ententes sur l'autonomie, les signataires autochtones constituent des gouvernements de leur propre droit et, par conséquent, les parties aux ententes nouent des relations nouvelles genre, de gouvernement à gouvernement, qui transforment la manière dont elles interagissent et collaborent les unes avec les autres. (para. 27)

En outre, la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens ne permet pas de couvrir les besoins en matière de santé chez les Métis et les Inuits qui sont non enregistrés ou qui ne vivent pas sur des réserves/territoires traditionnelles (Canadian UNICEF Committee, 2009). Ceci vient donc provoquer des disputes juridictionnelles sur la couverture des soins de santé chez ces groupes autochtones (CCNSA, 2011b). Par exemple, un cas bien connu de dispute juridictionnelle est celui de Jordan River Anderson, un jeune autochtone du Manitoba souffrant du syndrome de Carey-Fineman-Ziter. Parce qu'aucun accord sur la responsabilité de la couverture des soins à domicile n'a pu être conclu, la dispute entre le gouvernement fédéral et provincial a forcé Jordan à demeurer hospitalisé inutilement pendant deux ans. Jordan est par la suite décédé en milieu hospitalier à l'âge de cinq ans, sans jamais avoir pu finir ses jours à son foyer familial (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2016). Le principe de Jordan a donc ensuite été créé par – principe qui priorise les intérêts des enfants autochtones. Ainsi, la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2016) « demande au gouvernement qui a été contacté en premier lieu de payer pour les services

⁵ Voir la figure des Traités modernes et sur l'autonomie gouvernementale (AADNC, 2016) à : https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ-AI/STAGING/texte-text/mprm_pdf_modrn-treaty_1383144351646_eng.pdf

et demander un remboursement plus tard afin que l'enfant ne soit pas tragiquement coincé au centre de la bureaucratie de gouvernement » (para. 2). L'exemple du Principe de Jordan est une initiative qui tente de résoudre la discrimination systémique des enfants autochtones. Ce type de discrimination représente une forme de barrière systémique. Dans la prochaine section, nous présenterons deux autres formes de barrières systémiques qui sont documentées dans la littérature, notamment l'impact historique du système de protection de la jeunesse, le roulement du personnel infirmier et la rétention des professionnels de la santé dans les communautés autochtones.

Tout d'abord, il est important de souligner le rôle du système de protection de la jeunesse auprès des peuples autochtones afin de mieux comprendre son effet sur la santé. Nous savons maintenant que les enfants autochtones sont surreprésentés à l'intérieur du système de protection de la jeunesse, et ce, depuis plus de quatre décennies (CCNSA, 2009; CVR, 2015; Trocmé, Knoke, & Blackstock, 2004). Selon une étude menée par Statistique Canada en 2011, 3,6 % de tous les enfants autochtones âgés de moins de 14 ans étaient en famille d'accueil, comparativement à 0,3 % des enfants non-autochtones se situant dans la même tranche d'âge (Statistique Canada, 2016). Ces données peuvent être attribuables au traumatisme lié aux pensionnats autochtones, à la rafle des années soixante et au racisme institutionnel (CVR, 2015). Le système de protection est donc devenu un moyen de poursuivre l'assimilation des enfants autochtones (CVR, 2015). La peur et l'appréhension des enfants autochtones ainsi que les expériences négatives causées par ce système de protection ont été des éléments soulevés par certaines recherches canadiennes (Bucharski et al., 2006; Denison et al., 2014). Ces éléments ont des conséquences négatives sur la santé des femmes autochtones et de leurs enfants, car ils découragent les mères à visiter leurs enfants en milieu hospitalier ou les dissuadent d'avoir elles-mêmes recours à des soins de santé (Denison et al., 2014). Par ailleurs, Bucharski et ses collègues (2006) soulèvent que cette peur du système de protection de la jeunesse a aussi des incidences négatives sur les soins prénataux et sur le dépistage du VIH. Par exemple, les femmes

enceintes craignent de se faire enlever leur enfant à la naissance dans l'éventualité qu'un problème médical ou psychosocial soit documenté, ou que le test de VIH soit positif.

2.2 Les infirmières et la santé autochtone

Les infirmières jouent un rôle crucial sur la santé des peuples autochtones, que ce soit en milieu urbain ou communautaire. À l'intérieur des communautés autochtones, elles contribuent à combler les lacunes omniprésentes en prodiguant des soins de santé primaires (Tarlier & Browne, 2011). L'AIIIC travaille donc en partenariat avec l'AllAC afin d'améliorer la santé autochtone (AIIIC, 2017b). Même si les infirmières œuvrent dans divers milieux, la littérature se concentre davantage sur leur rôle à l'intérieur des communautés autochtones que celui en milieu hospitalier (Minore et al., 2005; Smith et al., 2010; Tarlier & Browne, 2011; Tarlier, Browne, & Johnson, 2007; Tarlier et al., 2013; Tarlier, Johnson, & Whyte, 2003; Vukic & Keddy, 2002). Puisque Santé Canada est l'employeur de la majorité des infirmières en communauté autochtone, cette présente section fait état du fonctionnement complexe et unique de la prestation de soins primaires à l'intérieur des communautés autochtones. Enfin, le rôle que joue l'infirmière en matière de santé autochtone sera abordé dans deux milieux: le milieu hospitalier et le milieu communautaire.

2.2.1 La prestation des soins en communauté autochtone

Les infirmières de Santé Canada travaillent à l'intérieur des communautés rurales, éloignées ou isolées des Premières Nations qui sont situées au sud du 60^e parallèle. Elles sont donc actives dans 76 postes de soins infirmiers et dans plus de 195 centres de santé. Elles représentent souvent le principal point de contact entre des personnes autochtones vivant en communauté et le système de santé (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015; Gouvernement du Canada, 2015). Le rôle des infirmières en communauté éloignée exige une pratique avancée en raison de l'accès limité qu'elles et leurs patients ont aux hôpitaux et aux médecins. Elles doivent ainsi prodiguer des soins de santé primaires en adoptant une approche holistique axée sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la gestion de la maladie et l'évaluation clinique (Gouvernement du Canada, 2015). En outre, elles sont responsables de planifier et de mettre

œuvre des programmes de santé et doivent adopter le rôle d'infirmière en santé communautaire malgré leurs différentes formations.

Santé Canada reconnaît que la formation de base en sciences infirmières n'est pas suffisante pour les infirmières en communautés autochtones puisqu'elles doivent parfois intervenir dans de situations d'urgence (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015; Tarlier et al., 2007). Le Ministère exige que ces infirmières suivent cinq des cours de formations obligatoires : les soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC), la formation internationale en traumatologie, les soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP), le module de formation des infirmières et des infirmiers de Santé Canada sur les substances contrôlées dans les établissements de santé des Premières Nations et le Programme de formation sur les compétences en matière d'immunisation (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015). Comme tous les ministères, Santé Canada a été sujet à un audit interne en 2015. Cet audit avait pour but de « déterminer si Santé Canada avait l'assurance raisonnable que les membres des Premières Nations admissibles vivant dans des communautés éloignées du Manitoba et de l'Ontario avaient accès à des services de soins cliniques et aux clients, ainsi qu'à des prestations de transport pour raison médicale » (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015). D'après un échantillon de 45 infirmières, les résultats de cet audit démontrent que seulement une infirmière avait suivi et réussi les cinq cours de formation obligatoires (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015).

Le manque préoccupant de médecins à l'intérieur des communautés pousse les infirmières à adopter un rôle plus élargi afin de combler les lacunes en santé autochtone (Tarlier & Browne, 2011). Les soins primaires, prodigués à l'intérieur d'un environnement qui devrait exiger des postes de soins infirmiers, sont parfois complexes. En effet, les infirmières doivent faire l'évaluation de l'état de santé du patient, déterminer l'urgence des soins requis et établir la mise en œuvre des mesures requises (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015). Lorsque les habitants d'une communauté nécessitent une attention médicale, ils doivent quitter leur

domicile par leurs propres moyens ou par l'entremise du programme de transport pour raison médicale de Santé Canada, pour ensuite se rendre au poste de soins infirmiers. Ensuite, l'infirmière détermine si le patient en question requiert des soins urgents ou qui ne sont pas urgents, et consulte parfois le médecin en personne, par téléphone ou par vidéoconférence (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015; Tarlier & Browne, 2011). Pour les soins non urgents, un rendez-vous médical est fixé, si nécessaire, à l'intérieur ou à l'extérieur de la communauté. Pour les soins urgents, on procède plutôt à l'évacuation en cas d'urgence médicale ou à l'évacuation planifiée. Le transport peut se faire soit par taxi, par train, par autobus ou par avion, afin que le patient puisse accéder aux services de santé à l'intérieur des hôpitaux provinciaux. Enfin, le patient retourne à sa communauté grâce au programme de transport pour raison médicale de Santé Canada (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015) ⁶.

2.2.2 Le caractère unique des soins infirmiers en contexte autochtone

Dans une étude menée par Tarlier et ses collaborateurs (2007), on rapporte que le désir d'être submergé dans la culture autochtone et le goût de l'aventure sont les éléments qui ont poussé les infirmières à assumer le rôle d'infirmière en milieu autochtone. Par contre, celles-ci ne sont pas suffisamment préparées à faire face à l'environnement complexe des communautés autochtones – environnement qui est souvent décrit comme étant comparable au tiers monde (Tarlier et al., 2007). Les auteurs de cette étude confirment que l'éducation de base en sciences infirmières est loin de satisfaire aux exigences du rôle d'infirmière en soins de santé primaires en milieu isolé ou en communautés autochtones. Par ailleurs, ayant été formées selon le modèle biomédical, les infirmières en milieu autochtone se concentrent surtout sur les besoins aigus des patients au plan individuel, au lieu de cibler les déterminants socioculturels sous-jacents (Tarlier et al., 2007). Les infirmières reconnaissent que leurs soins sont seulement des solutions

⁶ Voir la figure « Les postes de soins infirmiers constituent le premier point d'accès à des services de santé dans les communautés éloignées des Premières Nations » (Bureau du vérificateur général du Canada, 2015) à http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201504_04_f_40350.html

provisoires, ce qui va à l'encontre du rôle qu'elles doivent exercer en communauté (Tarlier et al., 2007). Les infirmières sont donc poussées à adopter une position de justice sociale afin de cibler les priorités communautaires. Par exemple, les infirmières en milieu communautaire doivent parfois plaider pour que les épiceries aient des aliments nutritifs en vente sur leurs tablettes, doivent organiser les activités de promotion et de prévention et doivent parfois même plaider pour que les familles aient accès à des logements adéquats et à l'eau courante (Tarlier & Browne, 2011).

Smith et ses collègues (2010) soulèvent que les meilleures pratiques infirmières en milieu autochtone devraient être fondées à partir du savoir, des valeurs et de la culture autochtone, ce qui viendrait contrecarrer l'approche paternaliste omniprésente de la Loi sur les Indiens et des politiques qui en découlent à l'intérieur du système de santé canadien. À partir de leur recherche, ces auteurs identifient trois principes qui devraient guider l'élaboration de meilleures pratiques infirmières en milieu autochtone : faire usage de cadres de référence autochtones, renforcer la capacité et supporter l'autodétermination des peuples autochtones, et assurer la sécurité culturelle (Smith et al., 2010). Finalement, ils concluent que les pratiques courantes qui ignorent le contexte historique des peuples autochtones sont non seulement inefficaces, mais elles perpétuent aussi la colonisation – action qui est contreproductive à la promotion de la santé autochtone (Smith et al., 2010).

Un roulement élevé du personnel fait en sorte que les patients autochtones rencontrent plusieurs infirmières différentes, ce qui compromet la continuité des soins. Il est essentiel que les infirmières développent des compétences relationnelles afin de faciliter l'établissement de liens de confiance (Tarlier et al., 2013; Thom et al., 2004). Ces compétences relationnelles exigent l'application d'une perspective de compétence culturelle pour bien comprendre les enjeux sociopolitiques et historiques qui définissent la santé des peuples autochtones (AIIC, 2009; Tarlier et al., 2013). Tarlier et al. (2003) ainsi que Vukic et Keddy (2002) soulèvent que l'établissement de relations avec les patients et leur communauté est l'élément-clé de la santé autochtone.

D'après ces études qualitatives, les infirmières participantes considèrent l'enseignement et le soutien comme des compétences qui leur permettent de « faire une différence » sur la santé de leurs patients. Tarlier et ses collègues (2003) suggèrent donc que l'établissement des relations avec les patients soit considéré comme une compétence essentielle des soins infirmiers en milieu autochtone.

Même si la plupart des infirmières œuvrant en communauté vivent également dans l'environnement du poste de soins infirmiers, elles demeurent souvent inconscientes de ce qui les entoure (Tarlier et al., 2007). Les infirmières non-autochtones de l'étude de Tarlier et al. (2007) décrivent qu'elles vivent dans une « bulle protectrice », ce qui les distance des résidents de la communauté. Le processus d'« othering » est défini par : « a process of differentiation wherein people are set apart on the basis of perceived or supposed difference from the dominant culture » (Tarlier et al., 2007, p. 140). Ce processus a en effet lieu à l'intérieur des communautés autochtones, puisque les infirmières sont distancées, ou se distancent elles-mêmes, de la communauté autochtone en demeurant dans l'environnement non-autochtone de la station des soins infirmiers (Vukic & Keddy, 2002). Ainsi, la recherche permet de conclure que le désengagement des infirmières en milieu autochtone crée une barrière importante à la continuité des soins. Leur participation des infirmières aux activités communautaires est donc un moyen efficace de bâtir des liens de confiance avec les résidents de la communauté.

2.2.3 Discours des infirmières en santé autochtone

D'après une étude qualitative menée par Browne (2005) en milieu hospitalier dans l'Ouest canadien, le chevauchement de trois types de discours semble être ce qui façonne la perspective et la compréhension que les infirmières ont de leurs patients autochtones : les discours portant sur la culture, les discours professionnels portant sur l'égalitarisme, et les discours populaires portant sur les peuples autochtones. Ces discours permettent de présenter un portrait de comment les peuples autochtones sont perçus aux yeux des infirmières et comment ceci pourrait influencer les soins prodigués.

Les discours portant sur la culture reflètent habituellement les présuppositions des infirmières : par exemple, l'auteure soulève que les infirmières associent souvent les problèmes sociaux des peuples autochtones avec certaines caractéristiques culturelles. Elles font donc référence à des croyances populaires qui associent des phénomènes tels que l'alcoolisme, les troubles de dépendances ou le chômage à la culture autochtone. Ceci confirme que les infirmières associent les problèmes sociaux à la culture, et ce, malgré leur volonté d'adopter une approche dépourvue de jugements. Une fois cette association faite, Browne (2005) explique qu'il s'avère difficile d'éliminer les présuppositions et les stéréotypes envers les patients autochtones. Une compréhension limitée de la culture autochtone empêche les infirmières de bien analyser les contextes structurel, historique et social qui influencent la vie des patients, leurs opportunités de vies et leurs accès aux soins de santé.

D'un autre côté, Browne (2005) explique que certaines infirmières adoptent plutôt un discours d'égalitarisme, ce qui signifie qu'elles traitent leurs patients de façon uniforme, peu importe leur position sociale, ethnoculturelle, ou leur sexe. Certaines infirmières reconnaissent que leurs soins doivent être prodigués de façon égalitaire, mais que les services offerts doivent être adaptés afin de rectifier les injustices et les iniquités. Enfin, ce discours engendre une distraction dans le combat contre les inégalités et la racialisation des soins de santé, ce qui démontre un réel besoin d'intégrer la théorie critique à l'intérieur de l'éducation en sciences infirmières (Browne, 2005). Parallèlement, Wilson (2008) stipule que le fait de ne pas adresser les effets négatifs du racisme pourrait être considéré comme un manque de diligence de l'infirmière. Sans une compréhension de l'histoire des peuples autochtones, les professionnels de la santé sont susceptibles de « traiter leurs patients de manière égale » sans reconnaître qu'ils ne sont pas « égaux » (Liaw et al., 2015).

Enfin, les discours populaires portant sur les peuples autochtones continuent d'influencer la perception et la pensée des infirmières (Browne, 2005). Les fausses idées populaires telles celle d'un individu autochtone en état d'ébriété, ou celle que les peuples autochtones reçoivent

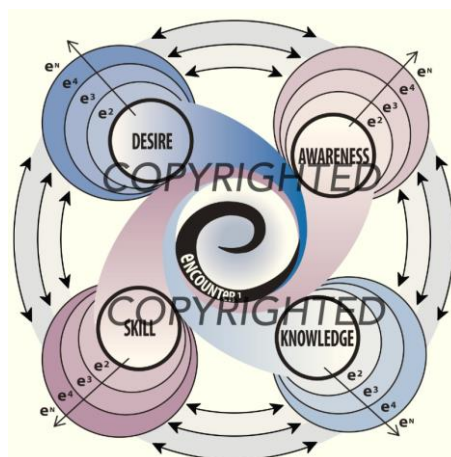
leurs biens gratuitement du gouvernement continuent de créer un fossé entre les personnes autochtones et les non-autochtones. Certaines infirmières adoptent la croyance que les peuples autochtones devraient être capables de surmonter leurs problèmes, de devenir autosuffisants et d'assumer leurs responsabilités selon leur style de vie. D'un autre côté, certaines croient que les peuples autochtones sont dépendants du gouvernement et sont irresponsables. Browne (2005) a donc constaté que ce type de discours populaires en milieu hospitalier (microcosme) découle directement des conversations de la société.

2.3 Compétence culturelle

Depuis la fin des années 1940, l'intégration de la culture à l'intérieur des soins pousse les sciences infirmières à adopter une approche holistique. Ainsi, plusieurs théories ont été élaborées afin de prodiguer qui rencontreraient les besoins culturels des patients de différentes ethnicités. Leininger a consacré sa carrière aux soins infirmiers transculturels et a développé la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture. Cette théoricienne a été la première à présenter le concept de la culture en sciences infirmières dans son premier livre intitulé: *Nursing and Anthropology : Two Worlds to Blend* (Leininger, 1971). Bien que le concept n'ait pas été exploré avant la fin des années 1980, il a gagné en popularité aux États-Unis en raison de sa diversité ethnographique rapidement croissante (Dudas, 2012). Or, comme l'explique Leininger, les soins infirmiers transculturels ne sont pas exclusifs aux membres d'une ethnicité distincte puisque chaque individu a son propre héritage culturel (Andrews & Boyle, 2002). Généralement, les soins infirmiers transculturels ont pour but d'améliorer les soins prodigués aux patients et d'offrir une théorie qui appuie les soins portant sur la culture. En outre, l'infirmière doit être adéquatement préparée afin de bien comprendre les soins transculturels, pour ensuite être compétente lors de leurs applications. Sans cette préparation, les infirmières seront grandement désavantagées et culturellement ignorantes, ce qui entraînera des soins non sécuritaires et de piètres qualités. (Leininger & McFarland, 2002).

Campinha-Bacote fait partie du groupe d'auteurs s'étant penchés sur la question de la compétence culturelle. Elle propose d'ailleurs, en 1992, un modèle de compétence culturelle dans les soins de santé. Celui-ci contient ou comprend quatre concepts : la sensibilité culturelle, la connaissance culturelle, la compétence culturelle (cultural skill) et la rencontre culturelle. Selon Campinha-Bacote (2005), la sensibilité culturelle consiste en une profonde exploration et un examen de son propre bagage culturel. La connaissance culturelle, quant à elle, porte sur des fondements solides se rapportant aux autres cultures, et aux processus de recherche active sur la compréhension de différentes visions du monde car la compétence culturelle est un processus de *devenir* et non un état *d'être*. Enfin, la rencontre culturelle consiste en une interaction culturelle directe avec divers clients afin de valider ou de clarifier les croyances. L'adaptation de ce modèle au fil des années, grâce à ceux d'autres auteurs, a permis de créer une représentation visuelle de la théorie de Campinha-Bacote. C'est en 2011, qu'elle adapte son modèle pour y inclure un dernier concept : le désir culturel. Ce construit permet de vaincre la linéarité du processus de compétence culturelle en intégrant la génétique, l'ethnopharmacologie et l'écologie bioculturelle à l'intérieur de la connaissance culturelle. Cette chercheuse s'est penchée sur le dynamisme et l'interdépendance des cinq composantes inter reliées. Une troisième version du modèle a été publiée en 2002, pour enfin être à nouveau raffinée une dernière fois en 2010 (Figure 1).

Figure 1. Campinha-Bacote's model of cultural competence in healthcare (2010)



Ce dernier modèle présente la rencontre culturelle en tant que construit clé pour la personne en processus de compétence culturelle (Sagar, 2012).

Le concept de compétence culturelle n'est apparu dans la littérature qu'au début des années 1990. À cette époque, la compétence culturelle se concentrait sur la capacité de prodiguer des soins de santé efficaces face aux les barrières culturelles et linguistiques (Saha, Beach, & Cooper, 2008). On misait donc sur la création de programmes facilitant la communication avec les patients qui éprouvaient de la difficulté en anglais et qui avaient peu été exposés à la culture occidentale. L'élargissement de la définition du concept durant les années 1990 a été effectué en trois temps (Saha et al., 2008). Premièrement, la compétence culturelle, qui était fondamentalement appliquée à la population immigrante, s'applique maintenant à toutes personnes touchées par des disparités raciales à l'intérieur du système de santé (Saha et al., 2008). Ensuite, le concept s'est élargi pour dépasser les limites de la culture telle quelle et comprend maintenant les préjugés, les stéréotypes et des déterminants sociaux de la santé (Saha et al., 2008). Finalement, son application s'est étendue au-delà du domaine interpersonnel pour inclure les systèmes de santé et les communautés (Saha et al., 2008).

Puisque plusieurs définitions différentes sont présentes dans la littérature, spécifions que pour Ahmed et Bates (2012) la compétence culturelle est :

a) un processus qui b) prend en compte la perspective des professionnels de la santé et de leurs patients afin de c) promouvoir et améliorer les connaissances, la sensibilisation et la reconnaissance des différences individuelles et à travers différentes cultures d) pour ultimement arriver à une adaptation culturelle [Traduction libre]. (p. 287)

La compétence culturelle est un concept large qui décrit les différentes interventions effectuées par les professionnels de la santé visant à améliorer les disparités en santé chez les patients en position minoritaire ou de différentes ethnicités (Truong, Paradies, & Priest, 2014). La compétence culturelle est donc « beaucoup plus que la reconnaissance des différences culturelles, puisqu'elle se concentre sur la capacité du système de santé à améliorer la santé et le bien-être en intégrant la culture à l'intérieur des soins de santé » [traduction libre] (NHMRC,

2005, p.7). Le but de la compétence culturelle est d'établir un système de soins de santé et une main-d'œuvre qui soit apte à prodiguer des soins de santé de la plus haute qualité, peu importe la race, l'ethnicité, la culture ou la langue du patient (Betancourt, Green, Emilio Carrillo, & Park, 2005).

Plusieurs concepts sont reliés à la compétence culturelle, tels que la culture, la prise de conscience culturelle (cultural awareness), la sensibilité culturelle (cultural sensibility) et la sécurité culturelle (cultural safety). De prime abord, la culture est définie comme un processus relationnel complexe et dynamique touchant tous les aspects relationnels des expériences vécues de l'individu, par rapport à son genre et à sa position sociale (Alliac, ACESI, & AIIIC; 2009; Browne & Varcoe, 2006). De plus, elle est « indissociable des conditions historiques, économiques, politiques, sexuelles, religieuses, psychologiques et biologiques » (Alliac, ACESI, & AIIIC, p. 19). De ce fait, la culture représente bien plus que les croyances, les pratiques et les valeurs. La prise de conscience culturelle est le premier pas vers la compréhension qu'il y a, en effet, des différences entre les individus (Alliac, ACESI, & AIIIC, 2009). Elle a été définie comme l'acte de « devenir conscient et observant des similitudes et des différences entre les groupes ethniques » [traduction libre] (National Center for Cultural Competence, 2004, p. vii). La sensibilité culturelle, quant à elle, consiste à reconnaître l'importance de respecter les différences entre les groupes ethniques, et de comprendre les besoins et les émotions découlant des cultures (Alliac, ACESI, & AIIIC, 2009; National Center for Cultural Competence, 2004). Enfin, la sécurité culturelle – concept originaire de la Nouvelle-Zélande par une infirmière et militante Maorie, Irihapeti Merenia Ramsden –, en contexte autochtone va au-delà de la sensibilité culturelle (Alliac, ACESI, & AIIIC, 2009, Hudson & Maar, 2014; Ramsden, 2002). Elle permet d'analyser le déséquilibre des pouvoirs, la discrimination systémique, la colonisation et les relations qui en découlent à l'intérieur du système de santé (Alliac, ACESI, & AIIIC, 2009; ONSA, 2008). Pour notre étude, nous nous penchons sur la compétence culturelle due à sa conceptualisation par un grand nombre d'auteurs et de sa présence dominante dans la littérature et en formation infirmière.

Dans cette section, il sera question de présenter les études empiriques qui portent sur la compétence culturelle en sciences infirmières et présentera ensuite l'intégration de la compétence culturelle en milieu de formation infirmière. Cette présentation n'est pas limitée au contexte canadien puisque l'émergence et le développement du concept ont été possibles grâce aux différents domaines de la santé et au niveau international.

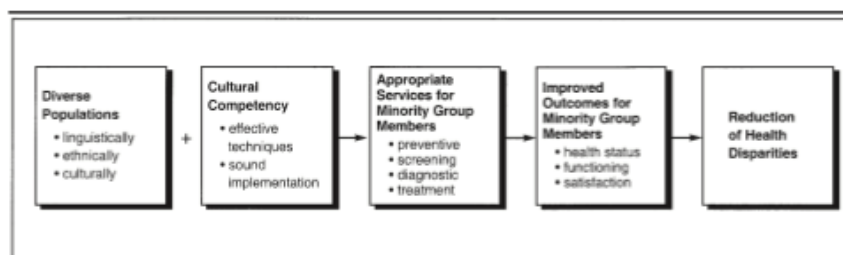
2.3.1 Interventions et résultats

La compétence culturelle se doit d'être toujours présente dans les soins de santé, que ce soit en soins directs, au niveau des politiques ou en milieu de formation (Jongen, Mccalman, & Bainbridge, 2017; Saha et al., 2008). Un professionnel démontrant de la compétence culturelle parvient à établir des relations positives, à engager les patients dans leurs soins, et à améliorer la qualité des soins qu'il prodigue (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989). Les soins qui intègrent la culture peuvent être présentés sous plusieurs formes, ce qui permet de satisfaire les besoins des différents peuples autochtones plus facilement.

Jorgen et al. (2017) ont identifié trois catégories de services et d'interventions portant sur la compétence culturelle à travers le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande : les stratégies orientées vers la communauté, les stratégies orientées vers la culture et les stratégies orientées vers le langage. Selon la littérature, les techniques de compétence culturelle les plus fréquemment utilisées sont les services d'interprètes, le recrutement et la rétention des professionnels de la santé, le recrutement des travailleurs de la santé autochtones, les formations, la coordination avec les guérisseurs traditionnels, l'utilisation des travailleurs de la santé communautaire, la promotion de la santé qui intègre la culture, l'inclusion des membres de la famille ou de la communauté lors des soins, l'immersion du personnel à l'intérieur d'une autre culture, ainsi que l'accommodation administrative et organisationnelle (Brach, Fraserirector, & Agency for Healthcare Research and Quality, 2000; Jongen et al., 2017). Avec ces techniques, il est possible d'améliorer la santé de différents groupes ethniques, mais l'établissement de leur niveau d'efficacité demeure limité (Brach et al., 2000; Govere & Govere, 2016; Lie, Lee-Rey,

Gomez, Bereknyei, & Braddock, 2011). Enfin, Brach et al. (2000) ont établi le lien entre la compétence culturelle et la réduction des disparités en santé (Figure 4).

Figure 2. Reducing Health Disparities Through the Implementation of Cultural Competency (Brach et al., 2000)



2.3.2 Facteurs de réussites et défis en lien avec l'intégration de la compétence culturelle

En Australie, Liaw et ses collègues (2011) ont pu identifier grâce à une revue de la littérature les facteurs de réussite de la compétence culturelle dans les soins de santé en milieu communautaire. D'après leurs résultats, presque toutes les recherches analysées ont reconnu l'engagement des patients et de la communauté comme des facteurs de succès (Liaw et al., 2015; Wilson, 2008). Ce succès est toutefois mitigé lorsque la relation de confiance entre les professionnels de la santé et les patients autochtones ne sont pas égalitaires. En outre, il est fondamental que le patient ait une bonne compréhension des soins de santé pour qu'il s'engage dans ses soins, d'où vient l'importance d'apporter des soins culturellement compétents. Liaw et al. (2011) soulèvent également le savoir autochtone comme élément clé au bien-être des peuples autochtones. Freeman et al. (2014) ont également identifié certaines stratégies qui assurent une compétence culturelle auprès des patients autochtones. Parmi celles-ci, les auteurs soulèvent que l'accessibilité aux soins peut être améliorée lorsque ces soins sont adaptés à la réalité autochtone. Ainsi, les visites à domicile et les services sans rendez-vous s'avèrent être des stratégies efficaces et qui font preuve de à compétence culturelle. Enfin, Kendall et Barnett (2015) soulignent que les formations sur la compétence culturelle chez les professionnels de la santé ne sont pas efficaces sans l'intégration de l'empathie à tous les niveaux du système de soins de

santé. Cela nécessite donc une compréhension approfondie de la culture et de l'impact du colonialisme sur la santé des peuples autochtones – élément qui a aussi été soulevé par Liaw et al. (2015).

Bien que les résultats de la compétence culturelle en matière de santé s'avèrent prometteurs, plus de recherche est nécessaire afin de mieux identifier lesquelles des interventions sont les plus efficaces (Ahmed & Bates, 2012; Brach et al., 2000; Clifford, Mccalman, Bainbridge, & Tsey, 2015) et pour uniformiser les instruments de mesure utilisés (Jongen et al., 2017; Liaw et al., 2015). De plus, une revue de la littérature menée par Jongen et al. (2017) démontre qu'aucune recherche n'a été tentée dans le but d'élaborer un cadre sur les stratégies d'intervention. Ces stratégies permettraient l'intégration de la compétence culturelle à l'intérieur des services de santé ainsi que la planification et le développement de programmes.

Enfin, la compétence culturelle comporte ses propres défis : sur le plan systémique, il a été révélé que le soutien financier pour maintenir la viabilité de programmes communautaires est insuffisant, et que les conditions actuellement établies sont peu conformes à la notion holistique de la santé (Sookraj, Hutchinson, Evans, & Murphy, 2010). L'un des défis majeurs quant à la recherche sur la compétence culturelle est le manque de participation des patients dans la communauté lors dans toutes les étapes de la recherche, notamment de l'identification et à l'analyse des besoins prioritaires (The Commonwealth Fund, n.d.). De plus, certains professionnels de la santé éprouvent des difficultés à fournir des soins personnalisés selon la culture, due à la diversité culturelle chez les différents peuples autochtones (Sookraj et al., 2010). Certains patients autochtones préfèrent recevoir des soins prodigués par des professionnels de la santé qui sont eux-mêmes autochtones (Sookraj et al., 2010). Selon eux, cela encourage le partage d'expériences similaires, ce qui facilite la communication, permet l'établissement de liens solides ainsi que le respect de la culture et améliore l'expérience de soins en général (Sookraj et al., 2010). Ces résultats viennent justifier le besoin d'une main-d'œuvre autochtone et l'importance de la compétence culturelle chez les infirmières non-autochtones.

2.3.3 La vision holistique de la santé

Il est reconnu que les peuples autochtones ont une perception holistique de la santé (Adelson, 2005; Bartlett, 2005; Mussel, 2005; NAHO, 2002). Mussel (2005) présente cette perspective à l'aide du modèle de la roue médicinale (Medicine Wheel) (Figure 3).

Ce modèle met en lumière les quatre sphères de l'holisme de la santé : intellectuel, spirituel, émotionnel et physique (Aboriginal Healing Foundation, 2005; Bartlett, 2005; Graham & Leesberg Stamler, 2010; Isaak & Marchessault, 2008). Tel qu'expliqué par Mussel (2005) :

The Medicine Wheel is a symbol used to represent the dynamic system of mind, body, emotions and spirit, and the needs related to each of these aspects that must be met for the development of human potential. When the model is used in this way and applies to oneself, it becomes a powerful tool for increased self-knowledge and self-care. The circle represents wholeness and movement or action. Like other concepts that represent simultaneous activity, this one is depicted in a static state, in order to highlight the four charts and each of their respective elements. (p. 130)

Figure 3. Roue médicinale (Mussel, 2005, p. 115)



Puisque l'holisme est une composante de la compétence culturelle, le respect de cette vision holistique de la santé est crucial pour le bien-être de certains peuples autochtones (Hunter et al., 2004; Petrucka, Bassendowski, & Bourassa, 2007). Ces derniers stipulent que les

personnes qui adoptent des croyances holistiques sont en constante interaction avec leur environnement, ont des approches différentes face à divers aspects de la santé, et ont des besoins particuliers quant aux approches qui facilitent l'auto-apprentissage. Les soins infirmiers holistiques, sont plus compatibles aux traditions médicinales des peuples autochtones, et donc à prodiguer des soins adaptés à leurs cultures (Hunter et al., 2004). Puisque le lien entre les traditions médicinales autochtones et le bien-être des peuples autochtones devient de plus en plus connu chez les professionnels de la santé non-autochtones, il est impératif que les infirmières continuent de trouver des moyens pour conserver ces pratiques en milieu de soins.

2.3.4 Compétence culturelle autochtone et formation

Il est donc primordial d'enseigner la compétence culturelle aux futures infirmières pour qu'elles puissent lutter contre les inégalités en matière de santé chez les peuples autochtones et offrir des soins de qualité, qui sont conformes à l'éthique et qui sont prodigués avec compétence et compassion. (Alliac, ACESI, & AIIC, 2009; AIIC, 2017). Selon l'AIIC (2015), les infirmières ont une « responsabilité professionnelle et éthique de respecter et d'apprécier la culture de chaque personne pendant chaque consultation » (p.1). Le développement de la compétence culturelle doit être entamé dès le début de la formation infirmière, puisque le manque d'éducation culturelle est directement relié aux conflits interculturels :

The most common source of cross-cultural conflicts and problems is a lack of cultural education on the part of non-Aboriginal institutional staff and professionals. This is not to suggest that sincere efforts have not been made; rather, this realization points to the factors that have complicated otherwise well meaning program attempts and developments. (Cité par Petrucka, Bassendowski, & Bourassa, 2007, cité de Ellerby, 2001 p.6)

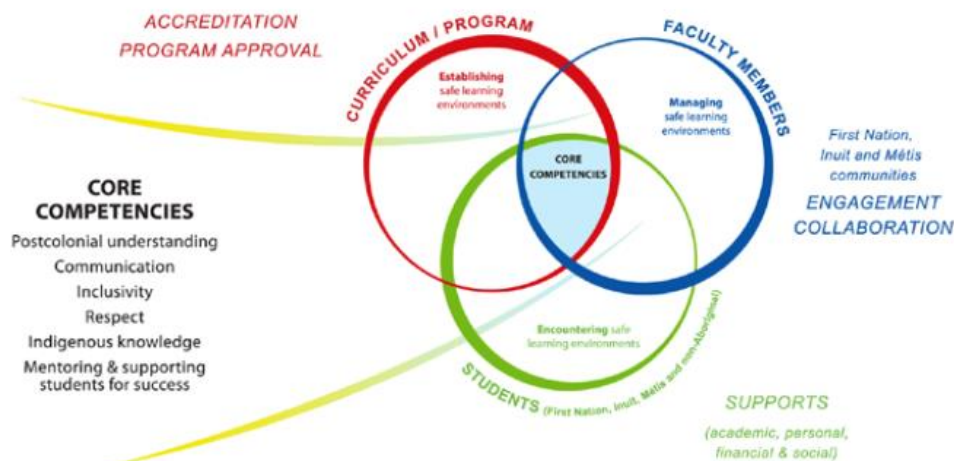
Cependant, l'éducation à la sécurité culturelle est plus complexe qu'une simple sensibilisation à l'apprentissage historique des peuples autochtones. Il est fondamental lors de l'éducation à la compétence culturelle que les futurs professionnels de la santé respectent l'histoire des peuples autochtones ainsi que les conséquences de la colonisation sur leur santé. Ce respect permet ainsi de bâtir des relations saines pour optimiser la santé des peuples

autochtones (Guerra & Kurtz, 2016). Au Canada, les méthodes d'enseignement à l'intérieur des curriculums actuels nécessitent des ajustements majeurs afin de mieux préparer les futurs professionnels de santé (Hudson & Maar, 2014). Guerra et Kurtz (2016) ont procédé à l'analyse de 26 articles de recherche portant sur l'intégration de la compétence et de la sécurité culturelle à l'intérieur du système de santé canadien. D'après les résultats, les associations professionnelles du domaine de la santé ont maintenant pour mandat d'intégrer ces concepts à l'intérieur des domaines des sciences infirmières, de la médecine, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'éducation, de la pharmacie et de la santé (Guerra & Kurtz, 2016). Cependant, la rigueur de l'éducation, le temps alloué à l'enseignement ainsi que les efforts sont irréguliers d'un programme à l'autre (Guerra & Kurtz, 2016).

Plusieurs institutions canadiennes développent et implantent des curriculums portant sur la compétence et la sécurité culturelle autochtone depuis quelques années (AIIAC, ACESI, & AIIC, 2009; Guerra & Kurtz, 2016; ONSA, 2008). Pour sa part, l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA, 2008) stipule que les étudiants, les professeurs, les établissements scolaires et les systèmes d'éducation bénéficient tous d'un environnement d'apprentissage qui respecte la culture. Afin d'arriver à des soins adaptés à la culture, les institutions doivent fournir des éducateurs, un cursus et un environnement qui soient culturellement compétents et sécuritaires afin de former des professionnels de la santé culturellement compétents à leur tour (ONSA, 2008). L'AIIAC, l'ACESI et l'AIIC (2009) stipulent que la colonisation, les disparités et les iniquités en santé et la transmission historique des traumatismes sont tous des éléments qui justifient le besoin de l'intégration de la compétence culturelle spécifique aux peuples autochtones dans la discipline infirmière. En outre, puisque la compétence culturelle dans le milieu éducationnel permet de contribuer au recrutement, à la rétention et à la réussite des étudiants autochtones dans le domaine de la santé, il est clair que cette composante a un lien direct avec la santé autochtone (ONSA, 2008).

Pour arriver à l'objectif final de ce continuum, ONSA (2008) recommande différentes approches sur l'éducation de la sécurité culturelle : la reconnaissance du contexte historique, la reconnaissance de la diversité des populations, la compréhension des relations de pouvoir entre les professionnels de la santé et les patients, ainsi que la sensibilisation organisationnelle. Parallèlement, l'AIAC (2009) a élaboré, en collaboration avec ACESI et l'AIIC, un curriculum sur l'éducation de la compétence et de la sécurité culturelle au sein des curriculums en sciences infirmières (Figure 7). Les compétences essentielles selon ce curriculum sont : la compréhension postcoloniale, la communication, l'inclusion, le respect, le savoir autochtone et le mentorat, ainsi que l'appui à la réussite des étudiants (AIAC, ACECI & AIIC, 2009). Chaque compétence essentielle comprend des sous-compétences et des objectifs spécifiques, ce qui permet de définir en détail la compétence et la sécurité culturelle autochtone.

Figure 4. Curriculum pour les sciences infirmières des Premières Nations, des Inuits et des Métis (AIAC, 2009, p. 6)



Ce cadre a été implanté dans divers programmes en sciences infirmières au Canada (Rowan et al., 2013). L'étude de Rowan et al. (2013), qui a permis d'évaluer l'intégration de ce cadre en milieu académique, a été effectuée en consultant 26 participants (composés d'Aînés autochtones, d'infirmières autochtones, d'étudiants et de membres de facultés de sciences infirmières, et d'infirmières-éducatrices). Les répondants à l'étude déclarent avoir intégré à la fois

le concept de compétence culturelle et de sécurité culturelle à l'intérieur de leur curriculum. Cependant, plusieurs défis ont été soulevés par ces auteurs quant à l'intégration du cadre en sciences infirmières. Or, les défis systémiques identifiés sont : le manque d'information sur les politiques relatives au recrutement et à la rétention des étudiants autochtones et le manque de politiques sur la compétence/sécurité culturelle. Finalement, la plupart des participants à l'étude disent connaître le cadre de l'AllAC (2009), mais seulement la moitié ont mentionné l'évaluation de l'intégration de la compétence et de la sécurité culturelle à l'intérieur de leur programme (Rowan et al., 2013).

Il importe également d'explorer les moyens dont la compétence culturelle à l'intérieur des outils pédagogiques. Une étude canadienne a permis d'évaluer l'intégration de la compétence culturelle lors de l'enseignement de l'évaluation physique des patients en utilisant la technologie (Chircop, Edgecombe, Hayward, Ducey-Gilbert, & Sheppard-LeMoine, 2013). Chircop et al. (2013) se sont donc penchés sur les outils audiovisuels (AV) utilisés lors de la démonstration de techniques en sciences infirmières. Cette étude, qui a été effectuée auprès de 50 facultés en sciences infirmières, a conclu que 44 % des outils AV analysés ne font pas mention de la compétence culturelle et que seulement 34 % le font de façon superficielle. Les auteurs mettent donc l'accent sur l'importance d'intégrer la compétence culturelle à l'enseignement et sur l'utilisation des outils pédagogiques appropriés dans tous les aspects de la science infirmière. Or, pour faire avancer les soins de santé, il est primordial d'adopter les outils AV en enseignement qui répondent à la diversité des patients (Chircop et al., 2013).

Malgré les efforts déployés par les écoles, les organisations et le gouvernement, l'enseignement sur la compétence et la sécurité culturelle présente des lacunes importantes toujours présentes (Guerra & Kurtz, 2016). Finalement, cette recension des écrits a permis de faire état des connaissances scientifiques sur la compétence culturelle en sciences infirmières. De toute évidence, il est primordial de se pencher sur l'expérience des professeurs en sciences infirmières, vu l'absence de la documentation à ce sujet en contexte canadien. Cette étude

permettra donc de commencer à documenter la situation actuelle de l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières dans cette ère de réconciliation.

CHAPITRE 3

CADRE CONCEPTUEL

Ce prochain chapitre présente le cadre conceptuel qui met en relation les différents concepts utilisés dans cette étude. Tout d'abord, nous présenterons les concepts de race, culture et colonialisme, pour ensuite enchaîner avec son utilisation en sciences infirmières. Enfin, nous présenterons le modèle conceptuel sélectionné pour notre étude, celui de Rowan, Rukholm, Bourque-Bearskin, Baker, Voyageur et Robitaille (2013) sur l'intégration de la compétence et sécurité culturelle autochtone en sciences infirmières au Canada.

3.1 Race et culture

Afin de bien saisir la complexité du colonialisme et du postcolonialisme, il est important de définir les concepts essentiels qui s'y rattachent, et de bien les comprendre. Tout d'abord, la « race » est un terme socialement construit dont la définition a évolué à travers le temps et selon le contexte (Reimer Kirkham & Anderson, 2002). Au 18^e siècle, le terme décrivait exclusivement les caractéristiques physiques et biologiques permettant de distinguer les différents peuples. Maintenant, le terme « race » est utilisé pour définir, donner une structure et organiser les relations entre les groupes dominants et subordonnés (Henry, Tator, Mattis, & Rees, 1995). Toutefois, les gens continuent à associer la race avec ses attributs physiques, ce qui influence souvent les relations interpersonnelles, l'identité et les structures sociales (Reimer Kirkham & Anderson, 2002). La racialisation, pour sa part, est le processus par lequel les individus d'une société sont classés dans une hiérarchie sociale déterminée par leurs attributs biologiques. L'homme blanc, considéré comme le groupe dominant, se trouve au sommet de ce classement (Miles, 2003).

La culture, quant à elle, est reconnue comme étant : « (...) a template or blueprint for human behaviour, grounded in the values, beliefs, norms, and practices of a particular group that are learned and shared » (Reimer Kirkham & Anderson, 2002, p. 4). Bien que l'on perçoit le terme « culture » de façon positive, le terme a malheureusement le pouvoir de signaler une

différence et ainsi contribuer à un cycle de domination et d'iniquité (Reimer Kirkham & Anderson, 2002). Reimer Kirkham et Anderson (2002, p.5) expliquent d'ailleurs que la culture « has become a widely used metonym for “difference” within nursing leadership, without an appreciation of the ways in which the concepts of culture and *race* operate in tandem, most often with *race* as silent subtext to discourses of culture ». Tout comme le concept de « race », l'emploi moderne du concept de « culture » pour décrire un peuple distinct est donc un moyen de réarticuler l'image de l' « Autre » pour ensuite contribuer au déséquilibre de pouvoir chez différentes populations. En outre, Said (1978) présente dans son ouvrage « Orientalisme » la façon dont la vision occidentale est venue influencer la colonisation et l'impérialisme jusqu'aux années 1970. Dans cet ouvrage – considéré comme étant l'ouvrage fondateur du postcolonialisme –, Said (1978) introduit le concept d'essentialisme et « othering » (l'« autre »). Selon lui, ces concepts sont tout simplement une tactique utilisée pour créer une hégémonie culturelle (dominance), qui permet de donner pouvoir aux peuples Anglo Saxons, pour enfin assurer une colonisation des « autres » peuples. Ainsi, le postcolonialisme, que nous aborderons ultérieurement, offre des stratégies permettant de contextualiser les disparités en santé, et ce, au-delà de la culture (Mohammed, 2006).

3.2 Colonialisme

Le colonialisme désigne le processus par lequel les Européens (blancs) se sont appropriés des territoires et ressources qui ne leur appartenaient pas. Afin de coloniser ces pays situés en dehors du continent européen, ils ont tenu des discours racialisés afin de convaincre les peuples de ces territoires qu'ils devaient se civiliser pour devenir semblable aux blancs, la race supérieure. (McGibbon, Mulaudzi, Didham, & Sochan, 2014). L'orientalisme, l'hégémonie, l'essentialisme, l'impérialisme (Said, 1978), en plus de l'abus de pouvoir social et économique et la violation des droits les plus fondamentaux ont été des moteurs importants lors du processus de colonisation. De plus, l'émergence du capitalisme comme système économique dominant a contribué à la classification hiérarchique des groupes sociaux et la position des blancs comme groupe supérieur

(Reyes Cruz & Sonn, 2011). Dans cette présente partie, nous aborderons brièvement les différentes « stratégies » utilisées par les colonisateurs du nord de l'Île de la Tortue (le Canada), telles que l'impérialisme, la religion, l'éducation, les Traités et la Loi sur les Indiens. Ces différentes stratégies ont été utilisées afin de civiliser (transformer leur état indigène à un état plus raffiné) et d'assimiler (abandon total des pratiques culturelles autochtones pour l'adoption des pratiques eurocentriques) les peuples autochtones du Canada. Pour cette étude, il est essentiel de reconnaître le rôle de la colonisation en lien avec l'importance de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières, puisque la colonisation et le paternalisme gouvernemental ont des conséquences directes en matière de santé qui perdurent encore aujourd'hui.

3.2.1 Impérialisme

Avant la colonisation, les peuples autochtones du Canada présentaient un état de santé optimale et détenaient leur propre système de gouvernance, leur propre savoir et leur propre système familial (Frideres, 1998). L'expansion de l'empire européen a débuté au 15^e siècle lors de périples dans les maritimes et de la découverte de nouvelles richesses. Dès le 16^e siècle, les Européens ont eu pour quête le contrôle des terres indigènes à l'échelle mondiale afin d'y exploiter les ressources naturelles. Des empires ont été établis sur les terres, et ce, malgré la présence des peuples indigènes. Ainsi, afin de prendre contrôle des terres de ces peuples, les colonisateurs ont négocié des traités, ont livré des guerres pour fin d'extinction, ont éliminé les pratiques traditionnelles d'exploitation foncières, ont perturbé des familles et ont imposé leurs propres croyances spirituelles et politiques. De plus, les promesses suivant la signature de traités n'ont souvent pas été tenues (CVR, 2015), ce qui a engendré des répercussions désastreuses auprès des peuples autochtones pendant que les colonies devenaient des sociétés prospères et gagnaient leur indépendance politique. En Amérique du Nord, ces colonies et leurs empires ont donc continué à élargir leurs territoires, tout en y intégrant les peuples autochtones et leur terre (CVR, 2015). Cette expansion territoriale, l'exploitation de ressources naturelles et du savoir

autochtone ainsi que la signature de traités ont donc tous été des moyens employés par les Européens pour coloniser l'Amérique du Nord.

3.2.2 Religion

Au Canada et dans plusieurs autres pays, le christianisme a été utilisé comme prétexte pour la colonisation européenne. Les colons utilisaient la religion sous prétexte que : « 1) the Christian god had given the Christian nations the right to colonize the lands they 'discovered' as long as they converted the Indigenous populations; and 2) the Europeans were bringing the benefits of civilization (a concept that was intertwined with Christianity) to the 'heathen.' » (CVR, 2015, p. 46). Ainsi, les Européens croyaient qu'ils apportaient la civilisation aux peuples autochtones, et qui ne seraient jamais capables de se civiliser eux-mêmes. Ce concept de civilisation repose sur la croyance d'une supériorité raciale et culturelle (CVR, 2015). Les écrivains et politiciens européens ont donc commencé à imposer une hiérarchie sur les groupes sociaux, en se basant sur leurs capacités mentales et physiques. Les Européens, en supériorités, ont donc commencé à classer les « autres » races en ordre décroissant : les Asiatiques, les Africains et les peuples indigènes des Amériques et de l'Australie. Toujours en lien avec la religion, l'église Chrétienne a envoyé des missionnaires à l'intérieur des nations colonisées afin de convertir « le sauvage ». Une des stratégies utilisées pour cette fin a été l'établissement de pensionnats autochtones au Canada et partout ailleurs dans le monde.

3.2.3 Éducation

Les missionnaires voyaient la culture autochtone comme étant une barrière au « salut » de la doctrine chrétienne et à la radiation des peuples autochtones. Ils croyaient également que la transformation culturelle nécessitait une séparation entre les communautés traditionnelles et des colonies européennes, en plus de l'imposition d'un contrôle social (CVR, 2015). Cette transformation a été entreprise par plusieurs moyens, dont l'imposition d'une éducation européenne chez les enfants autochtones et la création de pensionnats autochtones (*residential schools*). Ces écoles étaient présentées comme un moyen pour les jeunes individus autochtones

de devenir de bons « résidents canadiens », en les forçant à adopter de nouvelles valeurs et croyances, tout en leur prodiguant une éducation élémentaire de base. Les premiers pensionnats autochtones ont ouvert leurs portes dans l'Est canadien au début du 17^e siècle, plus précisément dans la province maintenant nommée Québec, pour ensuite s'étendre au Nouveau-Brunswick et au Manitoba au début du 19^e siècle. Ces pensionnats étaient conçus et financés par le gouvernement fédéral et étaient régis par différentes organisations religieuses (e.g. anglicane, baptiste, catholique, presbytérienne et Église Unie (McGibbon et al., 2014). Les enfants étaient enlevés de leurs parents et placés de force dans ces écoles. Afin de respecter les politiques implantées par le gouvernement, les missionnaires chrétiens ont menacé et puni les enfants autochtones dans le but primaire de les assimiler aux pratiques occidentales. Ces écoles ont mené à la destruction brutale des structures socioculturelles autochtones, et à de l'abus physique et sexuel chez cette population vulnérable (CVR, 2015; Howard, 2014). Le christianisme a donc joué un rôle clé dans la colonisation des peuples autochtones. Même si près de 50 000 enfants autochtones sont décédés à l'intérieur des pensionnats – soit par négligence ou meurtre – la reconnaissance d'un génocide n'a été que très récemment déclarée. Les survivants de ces pensionnats portent malheureusement un lourd héritage. Nous pouvons observer des conséquences omniprésentes, tel que la suppression des langues ancestrales ainsi que de la culture et de la spiritualité autochtone d'une part, et de l'autre part l'aménagement de logements insalubres et de piètres conditions de vie, l'infection à la tuberculose, et une éducation de deuxième classe (McGibbon et al., 2014). Certains auteurs ont même décrit l'émergence d'un syndrome – utilisé comme une métaphore, et non un état pathologique – chez les survivants de ces pensionnats : le « boarding school syndrome » (Howard, 2014).

3.2.4 Traités

Une fois l'état canadien établi en 1867, l'expansion territoriale vers le Nord-ouest canadien a fait en sorte que plus de 40 000 individus autochtones ont été touchés par la colonisation. Afin de faciliter cette colonisation, le gouvernement fédéral a commencé à négocier une série de « traités

numérotés » entre les Premières Nations de l'Ouest et du Nord canadien. À travers de ceux-ci, les peuples autochtones réclamaient des fournitures agricoles et des formations, ainsi que de l'aide lors des périodes d'épidémies et de famine pendant la période de transition économique et sociale. Les ressources variaient de traité à traité, mais généralement, elles consistaient à leur attribuer des fonds pour des outils de chasse et pêche, de l'aide pour l'agriculture, des paiements annuels pour les membres d'une bande et des terres attribuées selon le volume de la population de la bande (CVR, 2015). En 1998, le gouvernement du Canada affirmait que :

(...) les traités tant historiques que modernes continueront à jouer un rôle clé dans les rapports futurs entre les Autochtones et la Couronne. Le gouvernement fédéral est d'avis que les traités, de même que les rapports qu'ils établissent, peuvent frayer la voie à un avenir commun. Les rapports continus fondés sur un traité forment un cadre de droits et de responsabilités mutuels qui permet aux Autochtones et aux non-Autochtones de profiter ensemble des avantages qu'offre le Canada. (AANDC, 2010).

3.2.5 Loi sur les Indiens

La Loi sur les Indiens (« Indian Act ») a été adoptée en 1876 par le gouvernement fédéral. Ce document avait pour but de définir qui était « indien » et qui ne l'était pas selon la loi canadienne. On attribuait donc un numéro individualisé à chacun – système qui perdure encore aujourd'hui – qui permettait de déterminer si la personne détenait un « statut » autochtone ou non. Cette mesure législative permettait aussi de décrire par quel moyen une personne pouvait perdre son statut. Par exemple, les femmes autochtones pouvaient perdre leur droit en mariant un homme qui n'avait pas de statut. L'homme, quant à lui, pouvait perdre son statut en recevant un diplôme universitaire ou en cédant une portion des terres réservée à la bande (CVR, 2015). En 1920, seulement 250 « Indiens » ont volontairement abandonné leur statut. En réponse à cette résistance, le gouvernement fédéral a donc apporté des corrections à la Loi sur les Indiens afin de donner le droit de supprimer les statuts des Premières Nations. Député Duncan Campbell Scott a justifié cette modification en déclarant : « Je veux me débarrasser du problème des Indiens. Notre objectif est de continuer jusqu'à ce que tous les Indiens au Canada aient été

absorbés dans la société, qu'il n'y ait plus de question indienne ni de ministère des Indiens » (Chambre des communes Canada, 1999).

3.3 Postcolonialisme

Les perspectives théoriques critiques sont centrées sur la résistance, la critique, les luttes et l'émancipation des populations observées (Smith, 2006). Le postcolonialisme est l'une des théories critiques qui fournit un moyen de comprendre comment les expériences de marginalisation quotidiennes sont façonnées par la micropolitique du pouvoir et la macrodynamique de natures structurelles et historiques. L'orientalisme et la compréhension de l'hégémonie à l'intérieur de l'orientalisme sont des éléments fondateurs du postcolonialisme (Said, 1978). Le terme « postcolonial » se transmet à un ensemble de processus et de pratiques, et non d'une période temporelle (McGibbon et al., 2014). En outre, le « post » dans « postcolonialisme » ne signifie pas que l'on va au-delà des iniquités sociales ou des relations de pouvoir, mais que de nouveaux facteurs exercent leur pression sur ces iniquités (Cashmore, 1996). Le postcolonialisme permet entre autres de mettre en lumière les effets dommageables de la race et de l'oppression intersectionnelle. Comme l'explique Bennesaieh (2010) :

Le postcolonialisme propose principalement l'ouverture ontologique de la discipline à des enjeux, des acteurs et des lieux qui ne sont habituellement pas considérés centraux. Il s'agit d'une perspective éminemment critique visant à corriger les biais élitistes et occidentalocentristes des théories dominantes, en réintroduisant au centre de l'analyse des acteurs et des enjeux marginaux, invisibles ou subalternes. En bref, le postcolonialisme suggère de voir le monde différemment, depuis une pluralité de perspectives incluant les acteurs à la marge du système international, et dont la voix, comme les priorités, sont traditionnellement rendues invisibles ou sont peu entendues. (p. 1)

Les théories postcoloniales proviennent de diverses disciplines, telles que l'anthropologie, les études culturelles et la sociologie, ce qui fait en sorte qu'elles adoptent différents axes. Cette approche interdisciplinaire est fortement influencée par le postmodernisme et le poststructuralisme, et plus récemment le féminisme et le néomarxiste (Reimer Kirkham & Anderson, 2002). En outre, les théories postcoloniales sont décrites comme étant « a family of theories sharing a social, political, and moral concern about the history and legacy of colonialism

– how it continues to shape people’s lives, well-being, and life opportunities » (Browne, Smye & Varcoe, 2005, p. 19). Le postcolonialisme permet d’analyser l’impact de la classe sociale et de l’intersectionnalité des genres, qui continuent d’être utilisés pour opprimer certaines collectivités. Mohammend (2006) explique donc que le postcolonialisme permet d’analyser les liens entre la culture et sur les inégalités en santé, pour ensuite fournir une vision sur la santé et la maladie qui dépasse l’individualisme. Enfin, Reimer Kirkham et Browne (2006) stipulent que le postcolonialisme est :

(...) inherently concerned with social justice, often on a grand scale that encompasses national power struggles, oppressions, diasporas, and globalization. The goal is not only to illuminate these wider sociopolitical and global issues but to situate individual experiences, and the conditions, policies, and practices that shape those experiences, within these wider contexts. (p. 182)

Le postcolonialisme permet donc d’exposer ces processus de colonisation, et leurs impacts sur les structures contemporaines, qui permettent également de créer et de maintenir un état d’oppression chez ces peuples (McGibbon et al., 2014). Le postcolonialisme est défini comme l’approche empirique et théorique qui se concentre sur les enjeux découlant des relations coloniales et de leurs répercussions actuelles (Cashmore, 1996; Said, 1978). Contraire aux approches empiriques et théoriques dominantes, le postcolonialisme nous permet de combattre et éradiquer des structures de pensée, de gouvernance et d’éducation qui sont ancrées dans l’eurocentrisme et nous permet d’intégrer la voix des peuples marginalisés dans la recherche scientifique.

3.4 Postcolonialisme en sciences infirmières

Cette présente section porte sur le postcolonialisme en sciences infirmières – approche utilisée pour notre étude. Toutefois, avant d’aborder le sujet du postcolonialisme, il est important de soulever l’influence coloniale dominante en sciences infirmières.

3.4.1 La pensée coloniale

Nous entendons comme pensée coloniale tous discours adoptant l'eurocentrisme et stéréotypes issus de la colonisation. McGibbon et al. (2014) ont observé que la dominance de la pensée coloniale en sciences infirmières est toujours présente. Selon leur étude, les infirmières croient que le colonialisme est un processus du passé, qui est terminé et qui ne leur concernent pas. Ainsi, les événements historiques coloniaux envers les peuples autochtones qui sont considérés non pertinents sont absents au sein des discours des sciences infirmières contemporaines. Par ailleurs, les auteurs décrivent l'adoption d'un discours portant sur le multiculturalisme en sciences infirmières, où les différents peuples représentent une mosaïque de cultures. Ce discours viendrait donc minimiser l'importance qui devrait être accordée à l'impérialisme et au privilège blanc qui ont servi à la colonisation. Ainsi, « nursing has adopted the language of multicultural 'diversity' to the near exclusion of this colonial context of power and privilege » (McGibbon et al., 2014, p. 183). Anderson et al. (2003), quant à eux, expliquent que le postcolonialisme permet d'observer le multiculturalisme d'une façon différente :

Rather than focusing on exotic belief systems of people from different ethnocultural background, and treating each group as a distinct entity, we are challenged, instead, to examine the unequal relations of power that are the legacy of the colonial past and the neocolonial present, and the ways in which the cultures of dominant groups have redefined local meanings, and dictated social structures, including health care delivery systems. (p. 196)

3.4.2 Le postcolonialisme

Bien qu'il y ait dominance de la pensée coloniale en sciences infirmières (McGibbon et al., 2014), certains chercheurs adoptent des approches critiques qui reflètent la diversité des populations étudiées en sciences infirmières. Le postcolonialisme est l'une des approches critiques alternatives à l'approche traditionnelle du culturalisme qui est parfois utilisée en sciences infirmières. Selon Reimer Kirkham et Anderson (2002), le postcolonialisme permet de porter une attention particulière sur le mandat de l'équité et la justice sociale en sciences infirmières. En recherche en sciences infirmières, cette pensée permet d'inclure une approche critique à

l'analyse de discours en recherche qualitative. Les chercheurs adoptent ainsi une approche qui prend en compte la domination et la résistance dont les individus peuvent expérimenter à travers les différents niveaux du système de santé. De plus, un des attributs du postcolonialisme en sciences infirmières et la décentralisation de la culture dominante afin d'utiliser les visions du monde marginalisées comme point de départ sur l'émancipation du savoir infirmier. En tenant compte de la diversité de notre recrutement (participants anglophones/francophones et multiethniques), le postcolonialisme nous permet de poser un regard critique sur la nature plurivoque des verbatim. Ainsi, cette approche permet de donner une voix aux personnes habituellement exclues d'autres recherches de nature qualitatives.

En cette ère de réconciliation, il est essentiel de poser un regard critique sur le rôle des infirmières et sur le développement du savoir en sciences infirmières. Les théories postcoloniales permettent d'adresser les sujets critiques à l'émancipation du savoir infirmier et de contester l'émancipation du savoir infirmier à travers la science occidentale (Bickford, 2014). Le postcolonialisme, selon Bickford (2014), contribue à une meilleure compréhension des conditions sociales, politiques et coloniales qui mènent aux iniquités et aux inégalités. Ainsi, le postcolonialisme permet aux infirmières de poser une réflexion sur les inégalités en santé, en les voyant comme un produit de la discrimination raciale, de classe et de genre (Mohammed, 2006). Cette approche pourrait donc contribuer à un changement d'attitude auprès des infirmières, afin que celles-ci puissent contribuer pleinement à la justice sociale (Browne, Smye, & Varcoe, 2005; Mohammed, 2006). Mohammed (2006) explique :

In regard to the notion of « culture », the use of postcolonialism moves nursing research away from ahistorical and depoliticize models, and toward a more contextualized understanding. Postcolonialism gives nurses ways to see questions of cultural identity as more complicated, contested, and fluid than previous models would suggest. It also reminds us that Western biomedicine is itself a cultural production, although this is difficult to see when the tools of cultural research are products of the same culture. (p. 107)

En outre, Kirkham et Anderson (2002) énoncent qu'en incorporant les aspects culturels à l'intérieur des sciences infirmières, nous serons en mesure de transformer la discipline pour enfin

y incorporer la justice sociale. Le postcolonialisme est un outil efficace qui permet de limiter les effets négatifs du colonialisme omniprésent en sciences infirmières (Holmes, Roy, & Perron, 2008). Ce type de discours, toujours selon Homes et al. (2008), est très important puisqu'il permet de tisser le lien entre le savoir et le pouvoir :

Those who have (or think they have) control of what is known and how things should be known act as colonizers in the scientific arena by excluding discourses which are counter to the hegemonic ones (subjugated knowledge) that they support. Such exclusionary practices are strong negative responses to the threat posed by counter-discourses (forms of *savoirs délinquants*) in a specific area of study. The crucial idea in postcolonial study is that the will to truth is linked to the will to power. (p. 107)

Les théories postcoloniales attirent l'attention sur le concept de sécurité culturelle et sur les moyens dont celui-ci a facilité l'intégration des perspectives postcoloniales en sciences infirmières (Browne et al., 2005; Racine & Petrucka, 2011). Browne, Smye, Varcoe, (2005) stipulent que:

By intentionally shifting the focus of analysis away from cultural characteristics or cultural differences as the source of the problem, cultural safety has been instrumental in directing us to shift our gaze into the culture of health care and in showing us how practices, policies, and research approaches can themselves create marginalizing conditions and inequities. (p. 32)

Nous avons adopté pour cette étude l'approche postcoloniale, puisqu'elle nous permet d'explorer la dominance coloniale en sciences infirmières, qui est ensuite transmise à travers la pratique infirmière, dont l'enseignement. L'approche postcoloniale nous permet donc d'observer de façon critique l'eurocentrisme qui peut être dissimulé à travers les différents niveaux de la structure académique et au-delà. De plus, cette approche prodigue une compréhension du monde non-euro centrique, qui nous permet d'examiner le savoir autochtone qui peut être abordé lors des entrevues. Enfin, elle nous permet d'observer les limites qu'apporte la conceptualisation actuelle de la compétence culturelle.

3.5 Cadre conceptuel

Pour cette étude, nous avons fait appel au cadre conceptuel de Rowan et al. (2013) sur l'intégration de la compétence ou la sécurité culturelle à l'intérieur des écoles en sciences

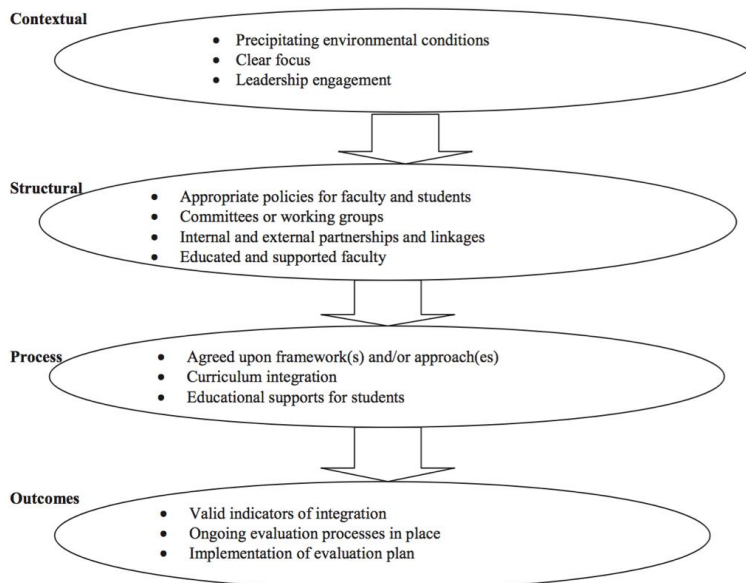
infirmières. Ce cadre est adéquat pour notre recherche, puisqu'il permet de situer l'intégration des concepts dans l'intégration à travers plusieurs niveaux de facteurs : contextuel, structurel, processus et résultats. En utilisant une approche postcoloniale, ce cadre nous permet de situer le professeur en sciences infirmières à l'intérieur des différents niveaux de la structure académique et d'y poser un regard critique. Cette combinaison nous permet également d'observer le rôle du professeur à l'intérieur de la dynamique de pouvoir propre à l'institution universitaire. Cette présente section aura pour but de tisser les liens entre ce cadre et notre recherche.

Le modèle de Rowan et al. (2013) a été adapté du célèbre modèle de Donabedian de 1966 qui permet l'observation des services en santé et l'évaluation de la qualité des soins de santé (McDonald et al., 2007; Rowan et al., 2013). Il a été appliqué à grande échelle dans le domaine de la médecine et en sciences infirmières ainsi qu'adapté en fonction des différents concepts étudiés. Sa simplicité et sa pertinence lui permettent d'être appliqué en éducation en sciences infirmières. Les composantes du modèle (*structure*, *process* et *outcomes*) ont été utilisées à l'intérieur de la recherche de Watts, Cuellar et O'Sullivan (2008) portant de l'intégration de la compétence culturelle à dans une école en sciences infirmières aux États-Unis. Ainsi, Rowan et al. (2013) ont adapté ce modèle, en ajoutant un niveau préliminaire « contextuel », pour évaluer l'intégration de la compétence et sécurité culturelle en sciences infirmières au Canada. Dû à la spécificité de l'étude et de son contexte, ce modèle adapté n'a pas été utilisé dans d'autres recherches, en sciences infirmières et autre.

Tel qu'expliqué par les auteures, le modèle (Figure 8) permet de décrire le processus lorsque les institutions universitaires deviennent « prêtes » à intégrer les concepts de compétence ou de sécurité culturelle à la suite d'un mandat confié par les associations provinciales en sciences infirmières, par exemple. Ce niveau contextuel permet donc de décrire les conditions environnementales qui permet de précipiter l'intégration, une mise en évidence claire et l'engagement et la mobilisation des chefs de file (Rowan et al., 2013). La composante

contextuelle est donc adéquate pour notre recherche étant donnée l'attention portée sur la réconciliation avec les peuples autochtones et la publication du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR, 2015).

Figure 5. Modèle conceptuel sur l'intégration de la compétence et de la sécurité culturelle dans les écoles en sciences infirmières (Rowan et al., 2013 p. 7) (reproduit avec permission)



Le niveau structurel, quant à lui, démontre l'importance d'avoir des politiques appropriées pour les membres de la faculté et des étudiants, des comités et des groupes de travail, du partenariat et des liens externes ou internes, et des membres de la faculté qui sont éduqués et supportés (Rowan et al., 2013). Ceci sera donc répondu par l'objectif no. 2 de notre recherche: décrire les stratégies utilisées par les professeurs afin d'inclure la compétence culturelle autochtone au sein de leur enseignement. Au niveau structurel, il sera pertinent d'observer si les éléments identifiés par Rowan et al. (2013) ont été appliqués par nos participants et leur institution respectifs.

Le troisième niveau, celui du processus, vise à observer la mise en accord d'un cadre de référence ou une approche, l'intégration au curriculum, et le support éducationnel pour les étudiants. Notre premier objectif, qui permet d'explorer l'expérience des participants quant aux

barrières de l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur de leur curriculum, permettra d'observer si les premiers éléments du niveau du processus seront appliqués. Comme discuté au chapitre 1, il existe un cadre national de l'AllAC, l'ACESI et l'AIIC qui sert à préciser les compétences nécessaires à la formation des étudiants en sciences infirmières sur les compétences culturelles et la sécurité culturelle (AllAC, 2009). Notre étude permettra de voir si celui-ci est connu par les participants, ou s'ils utilisent une autre cadre quelconque. Le support éducationnel pourra être observé par le biais du deuxième objectif, qui vise à identifier les stratégies utilisées.

La dernière composante, résultats, permet d'identifier des indicateurs valides d'une intégration réussie, de vérifier s'il existe un système d'évaluation continue, et de voir si l'implantation d'un plan d'évaluation a lieu. Le troisième objectif de notre recherche qui porte sur l'identification des pistes de solution pour faciliter l'intégration de la compétence culturelle autochtone en formation infirmière découlera de ces systèmes d'évaluation. Ainsi, cet objectif permettra de voir si ces systèmes sont convenablement et efficacement mis en place afin d'identifier des pistes de solutions qui sont identifiées de façons éclairées.

Comme l'explique Rowan et al. (2013), les chefs de file sont l'élément moteur lors de la création de structures et processus qui permettent l'intégration d'un nouveau concept à l'intérieur des institutions académiques. De plus, leurs habiletés de leadership permettent de créer des liens et des partenariats, qui permettent ensuite de faire en sorte que le support approprié soit en place pour les professeurs. Les chefs de file sont donc essentiels au processus d'intégration d'un concept et à sa viabilité (Rowan et al., 2013). Notre étude, qui se concentre sur les professeurs en sciences infirmières, permet de cibler ces chefs de file qui ont souvent un certain pouvoir lors de l'élaboration et la révision du curriculum. De plus, ils sont sur la ligne de front dans la formation des futures infirmières. Nous croyons donc que le modèle de Rowan et al. (2013) est un choix judicieux pour notre étude, puisqu'il permet de toucher tous les éléments qu'un professeur en

sciences infirmières soit impliqué lors de l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans leur curriculum.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre a pour but de présenter les considérations méthodologiques de cette étude. Pour commencer, nous aborderons les considérations se rapportant au devis de recherche et à l'approche méthodologique choisie pour cette étude. Par la suite, nous décrirons le milieu d'étude, le recrutement des participants, l'échantillon, la collecte et l'analyse des données. Nous terminerons en présentant les critères de rigueur et les considérations éthiques.

4.1 Devis de recherche

Cette étude a fait appel à un devis qualitatif qui comprend des propriétés exploratoires et descriptives. Creswell (2013) stipule que le devis qualitatif est indiqué lorsque les connaissances sur le sujet à l'étude sont peu développées ou incomplètes. Ce devis a permis aux chercheurs de recueillir des données qui deviennent par la suite la base de la théorisation (Holloway & Wheeler, 2010). La recherche quantitative, qui est souvent déductive, permet de tester des hypothèses. Elle cherche à déterminer des relations de causalités ainsi qu'à prédire et contrôler les résultats. La recherche qualitative, pour sa part, est inductive et exploratoire. Elle a permis aux chercheurs d'observer le sujet d'une façon générale, n'impose pas d'idées ou d'hypothèses et tient compte de la réalité telle que décrite par les participants (Holloway & Wheeler, 2010). Ce devis permet entre autres de s'appuyer sur les réflexions et les expériences des participants afin de générer des résultats qui permettent de mieux comprendre le phénomène d'intérêt (Denzin & Lincoln, 2011). En plus de permettre l'exploration d'un sujet peu connu, elle fait entendre des voix souvent silencieuses, permet aux participants de partager leurs expériences et aide à comprendre les détails complexes du phénomène étudié comme le contexte, les dynamiques de pouvoir, les stratégies utilisées, et la nature des barrières rencontrées (Creswell, 2007). Enfin, la recherche qualitative adopte une perspective holistique axée sur la personne ce qui permet aux chercheurs de comprendre l'expérience humaine à l'intérieur d'un contexte social et culturel (Holloway & Wheeler, 2010).

Puisque à ce jour il existe peu de connaissances sur l'expérience des professeurs, en lien avec l'intégration de la compétence culturelle autochtone, le devis de recherche qualitatif était un choix judicieux pour cette étude. Le devis qualitatif nous a donc permis d'expliquer et de décrire des phénomènes humains complexes, tels que le pouvoir de la pensée coloniale en milieu académique, tout en tenant compte de facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques, et de genre (Denzin & Lincoln, 2011). Creswell (2007) explique que la recherche qualitative présente deux angles : participatif et dialectique, ce qui implique une interaction constante entre le chercheur et les participants de notre étude. Puisque nous ne pouvons pas extraire les professeurs de leur contexte socioculturel et académique, mais que nous voulons leur permettre de s'exprimer et de partager leur expérience et que nous souhaitons minimiser les rapports de pouvoir entre la chercheuse et les participants, le devis qualitatif nous semblait le choix le plus approprié. Grâce à ce devis, nous avons pu identifier chez nos professeurs participants, les réflexions et les comportements qui influençaient leurs réponses lors de l'entrevue – et ainsi mettre les entrevues en contexte.

4.2 Approche méthodologique

En recherche qualitative, différentes approches permettent de répondre à la complexité et à la diversité des problèmes de recherche. On compte notamment la phénoménologie, l'ethnographie, la théorisation ancrée, l'étude de cas, et l'étude narrative pour n'en nommer que quelques-unes (Fortin & Gagnon, 2016).

La présente étude visait à comprendre l'expérience des professeurs en sciences infirmières quant à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. La présente étude n'avait donc pas pour but de décrire l'expérience vécue des professeurs (phénoménologie), ni à décrire le système culturel qui permet de comprendre les croyances, discours et pratiques des professeurs (ethnographie), ni encore à découvrir un processus social auquel font appel les professeurs (théorisation enracinée). Elle n'explorait pas non plus de cas en particulier (étude de

cas) et n'avait pas pour but de raconter l'histoire des professeurs (étude narrative). Afin de répondre aux besoins et aux objectifs de l'étude, l'analyse thématique a été choisie.

Selon Braun et Clarke (2006) l'analyse thématique est la première méthode analytique qualitative qu'un chercheur devrait apprendre à utiliser, puisqu'elle fournit les compétences fondamentales aux autres méthodes d'analytiques qualitatives. L'analyse thématique selon Guest, MacQueen et Namey (2012) est une méthode efficace pour explorer de façon rigoureuse, un phénomène peu documenté. Elle permet d'aller au-delà de l'identification et l'analyse de mots ou de phrases spécifiques, qui permettent de décrire à la fois les données implicites et explicites.

La plupart des approches qualitatives pour l'analyse des données sont des méthodologies, qui utilisent des cadres théoriques prédéterminés. Selon Gareth, Hayfield, Clarke, et Braun (2017), « TA [thematic analysis] offers qualitative researchers something specific (if not entirely unique) – a process for ensuring rigorous and systematic engagement with data, to develop a robust and defensible analysis, that is independent of any predetermined particular theoretical framework or cluster of other design considerations » (Gareth et al., 2017, p. 26). L'analyse thématique offre une plus grande flexibilité que les autres approches dans l'application du cadre théorique et dans l'utilisation des outils analytiques (Braun & Clarke, 2006; Guest et al. 2012). L'analyse thématique est parfois confondue avec l'analyse de contenu. Tel que décrit par Bloor et Wood (2006), l'analyse de contenu permet d'examiner le contenu de documents, en examinant les interactions aux différents interlocuteurs du verbatim, et des effets des interactions. L'analyse thématique, quant à elle, est une méthode utilisée pour « identifying, analyzing and reporting patterns (themes) within data. It minimally organizes and describes your data set in (rich) detail » (Braun & Clarke, 2014, p. 79).

L'analyse thématique est effectuée par l'identification et la codification de thèmes clés issues de données qualitatives. Selon Guest et al. (2012), le plus grand avantage de l'analyse thématique est son approche pragmatique dans l'utilisation de divers outils d'analyse, afin que celle-ci soit transparente, efficace et conforme à l'éthique. En plus d'être la méthode d'analyse la

plus utile pour saisir la complexité du sens des résultats, l'analyse thématique est la méthode qualitative la plus utilisée dans plusieurs disciplines. (Braun & Clarke, 2006; Guest et al. 2012). Cette méthode d'analyse est pour nous un choix stratégique, qui a su répondre aux besoins de l'étude et qui s'est avérée adéquate et accessible pour la chercheuse principale novice. Cette méthode fournit les outils nécessaires pour codifier, identifier les thèmes communs et analyser les verbatims des professeurs à l'étude.

4.3 Milieu d'étude

Au Canada et dans plusieurs, le baccalauréat en sciences infirmières est le programme de formation qui prépare les infirmières à l'entrée dans la pratique (ACESI, 2015). Plusieurs types de programmes de baccalauréat existent afin de rejoindre les besoins académiques des étudiants : programmes d'admission avec préalables universitaires, des programmes d'études accélérées et des programmes de baccalauréat pour infirmières auxiliaires autorisées (IAA). Peu importe le type de programme, des principes directeurs et des éléments essentiels sont imposés par l'ACESI. Relatif à notre recherche, l'un de ces principes directeurs est que « les programmes fournissent des expériences d'apprentissage de la pratique pour former des infirmières débutantes sécuritaires, compétentes, compatissantes, éthiques et sécuritaires sur le plan culturel » (ACESI, 2015, p. 13). Puisque l'ACESI est l'organisme national d'agrément des sciences infirmières au Canada, nous savons que les programmes en sciences infirmières doivent inculquer des connaissances relatives à la compétence culturelle qui sauront répondre à la diversité de la population canadienne. Enfin, nous nous sommes concentrés exclusivement sur les programmes de baccalauréat en sciences infirmières offerts au Canada en anglais et en français. En 2015, au Canada, 113 programmes de formation infirmière, dont 89 de niveau du baccalauréat, offraient le programme d'entrée à la pratique (ACESI, 2016). Le nombre total de professeurs en sciences infirmières au Canada, selon leur titre, est présenté au tableau 1.

Tableau 1. Catégorie d'effectifs professoraux des écoles conférant des diplômes – Effectifs à temps plein, 2015 (tiré de ACESI, 2016, p. 50)

CANADA	TNL	IPÉ	NÉ	NB	QC	ON	MB	SK	AB	CB	TNO	NU	YT
EFFECTIFS PERMANENTS À TEMPS PLEIN													
PROFESSEUR TITULAIRE													
369	•	...	7	16	45	37	62	9	56	133	...	...	...
PROFESSEUR AGRÉGÉ													
379	6	•	26	7	41	139	17	10	72	58	...	...	...
PROFESSEUR ADJOINT													
299	9	5	12	14	34	99	10	24	63	29	...	...	...
EFFECTIFS CONTRACTUELS À TEMPS PLEIN													
PROFESSEUR TITULAIRE													
24	...	...	...	...	16	...	...	•	...	7	...	...	...
PROFESSEUR AGRÉGÉ													
22	...	...	...	•	•	•	...	...	7	9	...	...	...
PROFESSEUR ADJOINT													
98	•	•	10	...	5	10	62	...	•	•	...	...	...
TOTAL : 1 191													

Symboles

... Sans objet

- Valeur supprimée conformément à la politique de l'ACESI sur la protection de la vie privée; la valeur de la cellule se situe entre 1 et 4.

4.4 Recrutement

Le recrutement des participants a débuté immédiatement après l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en science de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa (Annexe A) grâce à la distribution d'une invitation électronique (Annexe B). Il a été effectué en deux vagues : recrutement à grande échelle et recrutement ciblé. D'abord, la première vague de recrutement de l'échantillonnage a été faite à grande échelle. Celle-ci a été effectuée grâce à l'envoi d'un courriel électronique (Annexe C) à l'adresse courriel de chaque département, par l'entremise du site web de programmes agréés canadiens d'enseignements en sciences infirmières (ACESI, 2018) offrant le programme de baccalauréat (BScN) (Annexe D). Cette première vague a servi à diffuser efficacement et rapidement l'invitation à grande échelle, en rendant publics les coordonnées de la chercheuse pour que les participants intéressés puissent signaler leur intérêt.

Le formulaire de consentement (Annexe E) et le questionnaire pré-entrevue (Annexe F) ont été acheminés électroniquement à chaque participant qui se portait volontaire et au même moment un rendez-vous en personne ou en vidéo conférence a été fixé en prévision de l'entrevue. Au total, 39 courriels ont été envoyés.

Simultanément à la première vague de recrutement, la vague de recrutement ciblée a été effectuée en communiquant avec les écoles de sciences infirmières au Canada qui ont participé au pilotage du cadre sur la compétence et la sécurité culturelle de l'AllAC, l'ACESI et l'AIIC (2009) soient : l'Université d'Alberta, le Langara College, le Nova Scotia Community College, l'Université St. Francis Xavier, l'Université Trent/Fleming, et l'Université Laurentienne (ACESI, 2013). Les adresses courriels des professeurs ont été récoltés par l'entremise des sites web de chaque écoles et collèges. Les professeurs de ces programmes ont été sollicités par l'envoi d'une invitation électronique (Annexe B). Cette vague de recrutement a donc consisté à l'envoi d'un total de 142 courriels individualisés. En somme, 30 professeurs ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. Les entrevues étant planifiées selon le taux de réponses des professeurs et de leurs disponibilités, nous avons effectué la collecte de données jusqu'au point de saturation (20 entrevues).

4.5 Échantillon

Tout d'abord, compte tenu de l'importance du bilinguisme dans la formation infirmières au Canada, les professeurs francophones et anglophones ont été ciblés pour l'étude. On entend par professeur une personne qui détient un poste de professeur adjoint, professeur agrégé ou professeur titulaire. Nous avons également ciblé les professeurs dont le poste était permanent ou non-permanent.

L'échantillon final pour cette étude est composé de professeurs des programmes de baccalauréat en sciences infirmières provenant d'universités canadiennes. Ainsi, la méthode d'échantillonnage utilisée a été non probabiliste par choix raisonné, étant donné l'exigence de critères spécifiques (Fortin & Gagnon, 2016). Dans ce type de technique d'échantillonnage, la

sélection des participants n'est pas basée sur les lois de calcul des probabilités et les choix des critères sont basés sur le jugement du chercheur. Puisque la taille de l'échantillon est rarement prédéterminée lors d'une recherche qualitative, les données ont été recueillies jusqu'à saturation (point de redondance) (Fortin & Gagnon, 2016). Les critères d'inclusion des participants à l'étude ont été : 1) Être professeur dans un programme universitaire en sciences infirmières au Canada; et 2) Être francophone ou anglophone. Aucun critère d'exclusion des participants à l'étude n'a été retenu.

Entre le 16 janvier et le 8 février 2018, 20 entrevues ont été réalisées soit en personne, par téléphone ou par vidéoconférence. La saturation a été atteinte après 10 entrevues. Cependant, 10 entrevues supplémentaires ont été effectuées afin de rejoindre une diversité géographique des participants et confirmer que la saturation avait bien été atteinte. Le tableau 2, élaboré grâce au questionnaire pré-entrevue, permet d'avoir une vision d'ensemble des caractéristiques des participants à l'étude

Tableau 2. Résultats du questionnaire préentrevue des participants (n=20)

Langue	Française	10
	Anglaise	10
Genre	Homme	4
	Femme	16
Âge	25-34 ans	1
	35-44 ans	7
	45-54 ans	4
	55-64 ans	7
	65 ans ou plus	1
Origine ethnique	Caucasienne	13
	Canadienne d'origine africaine	0
	Canadienne d'origine sud-américaine ou hispanique	1
	Canadienne d'origine asiatique	1
	Autochtone (Premières Nations, Inuit ou Métis)	2
	Autre	3
Niveau de scolarité atteint	Baccalauréat	0
	Maîtrise	7
	Doctorat	11
	Autre (post-doc)	2
Titre	Professeur(e) titulaire	6
	Professeur(e) agrégé(e)	7
	Professeur(e) adjoint(e)	4
	Chargé de cours/Prof Clinique	3
Position	Permanente	16
	Contractuelle	4
Années d'expériences en enseignement	0-5 ans	1
	5-10 ans	3
	10-15 ans	6
	15-20 ans	3
	20-25 ans	4
	25 et plus	3
Province/Territoire	Terre-Neuve-et-Labrador	0
	Île-du-Prince-Édouard	0
	Nouvelle-Écosse	1
	Nouveau-Brunswick	3
	Québec	2
	Ontario	8
	Manitoba	0
	Saskatchewan	0
	Alberta	2
	Colombie-Britannique	4
	Territoires du Nord-Ouest	0
	Nunavut	0
	Yukon	0
	Niveau de programme en sciences infirmière offert à l'institution	Baccalauréat	17
Maîtrise		16
Doctorat		9
Niveaux enseignés	Baccalauréat	17
	Maîtrise	11
	Doctorat	6

4.6 Collecte des données

En vue de la collecte des données, nous avons établi un premier contact avec les participants soit par téléphone ou par appel vidéo. Puisque le formulaire de consentement et le questionnaire pré-entrevue avaient déjà été envoyés, ceci a permis aux participants de poser des questions lors du premier contact. De plus, cela a permis à la chercheuse d'expliquer les procédures de recrutement, d'obtenir le consentement du participant, d'assurer la confidentialité et de planifier l'entrevue. Ces appels ont également contribué à l'établissement d'un lien de confiance. Un rappel par courriel a été effectué une semaine avant chaque rendez-vous fixé, ainsi qu'un rappel téléphonique la veille de la rencontre. Chaque rencontre a été individualisée. Si les professeurs participants se trouvaient à proximité, la chercheuse se déplaçait pour effectuer l'entrevue en personne. Par contre, si la chercheuse et les professeurs participants étaient dans l'impossibilité de se rencontrer en personne, des entrevues Skype ont été effectuées. Au début de chaque entrevue, une activité « brise-glace » de quelle nature, expliquez ou donner un exemple a été effectuée afin d'établir un climat de confiance avec les participants de l'étude. Un cours texte a été lu à voix haute par la chercheuse afin de présenter le préambule de la recherche. Par la suite, le formulaire de consentement était revu avec le participant, pour ensuite accorder une période de questions. Une fois le questionnaire pré-entrevue complétée (Annexe D), la chercheuse débutait l'entrevue avec des questions semi-dirigées. Les entrevues étaient d'une durée de 45 à 60 minutes et ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone pour fins d'analyse. Au terme de chaque entrevue, les enregistrements étaient sauvegardés sur deux ports USB : un port est gardé sous clé dans le bureau de la directrice de recherche et l'autre a été soumis à une transcriptrice. Les entrevues ont par la suite été transcrites par cette dernière pour fins d'analyse. Enfin, la chercheuse a tenu un journal de bord afin de noter ses réflexions personnelles, ses réactions et ses préoccupations. Ce journal, qui a été partagé avec la directrice de recherche, a permis de guider l'analyse des données.

4.7 Analyse des données

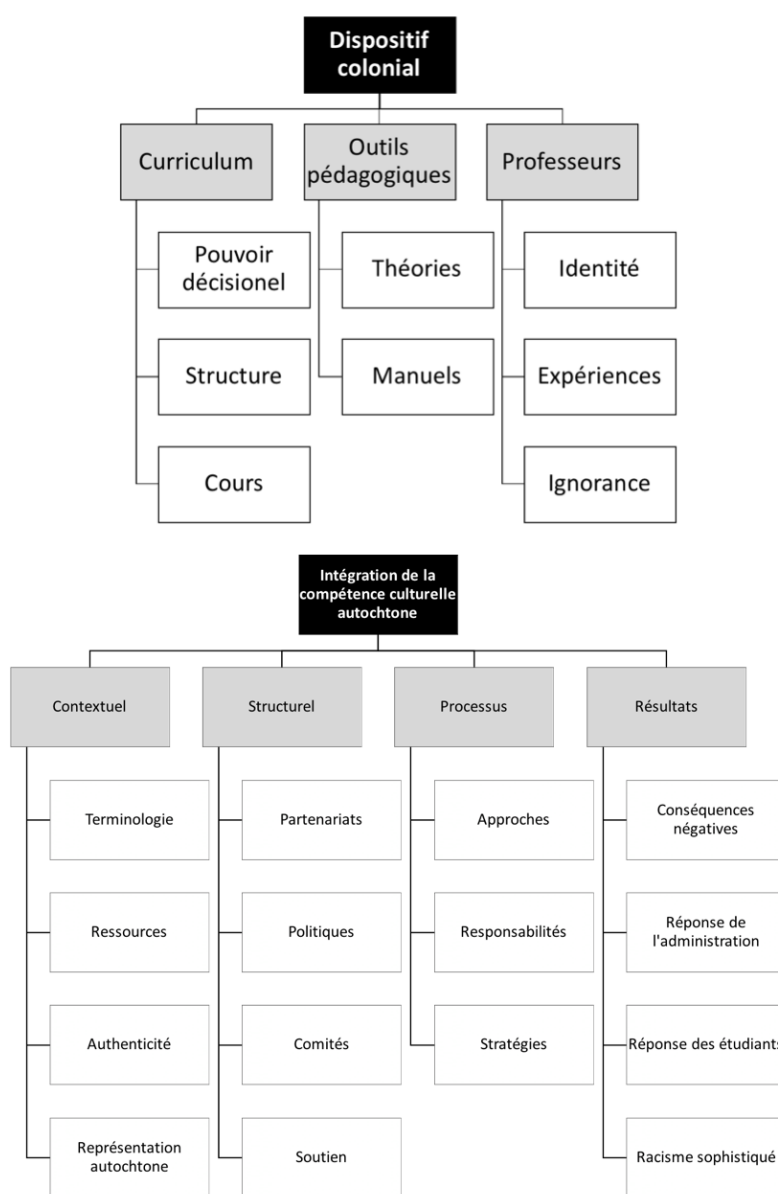
L'analyse thématique, tel que déclaré par Guest, MacQueen et Namey (2012), a été choisie pour procéder à l'analyse des données. Cette méthode a été élaborée afin de permettre aux chercheurs de collecter et d'analyser des données qualitatives de façon rigoureuse. Le but de cette méthode est de générer des thèmes communs grâce à une approche inductive, pour ensuite évaluer leur fréquence et créer des liens entre ces thèmes (Guest et al., 2012). L'analyse a été effectuée en quatre étapes : 1) la lecture des transcriptions, 2) l'identification des thèmes possibles, 3) la comparaison et l'identification de la structure des thèmes et 4) la création d'un schéma qui permet de décrire le phénomène à l'étude (Guest et al., 2012).

Une fois la transcription des données complétées, les transcriptions ont été révisées avec l'enregistrement audio à deux reprises. Ce processus nous a donc permis de vérifier que tous éléments essentiels à l'interprétation des verbatims (ex. les expressions, les synonymes, les silences et les hésitations) étaient présents dans la transcription. Une fois validées, les transcriptions ont été comparées afin d'y identifier trois « entrevues clés ». Celles-ci ont été sélectionnées selon la richesse, la diversité, le niveau de profondeur des réflexions et les exemples présentés, tant positifs que négatifs. Ces entrevues clés ont été soumises à une codification primaire en collaboration avec la directrice de thèse, ce qui a permis de résumer et d'identifier chaque ligne des entrevues pour orienter l'analyse du reste des entrevues (Guest et al., 2012).

À mesure que les transcriptions ont été lues et analysées, nous avons pu observer l'émergence de thèmes. Ces thèmes ont par la suite été comparés et regroupés, ce qui a permis d'identifier les similitudes et les différences entre ceux-ci. Ces thèmes regroupés ont ensuite été codifiés selon un code de couleur, ce qui a permis l'analyse du reste des entrevues en utilisant ces mêmes couleurs. Effectuée conjointement avec la directrice de thèse, la codification s'est faite à l'aide de divers moyens: 1) des réponses, descriptions ou explications qui sont similaires; 2) des éléments qui démontrent un rapport de cause à effet; 3) des éléments qui sont reliés de

façon hiérarchique; ou 4) des explications variées d'évènements similaires (Guest et al., 2012). Cette codification a permis la création d'un livre de codage, qui est l'outil analytique le plus important pour l'analyse thématique. Ce livre consiste à présenter chaque code utilisé, à les définir et de présenter certains passages dans les transcriptions où ils ont été appliqués à titre d'exemple (Guest et al. 2012). Les comparaisons minutieuses tout au long de l'analyse ont permis l'élaboration d'un « arbre thématique » (Figure 6).

Figure 6. Arbre thématique sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone



Ce schéma a permis d'établir les liens entre les thèmes pour faciliter l'interprétation des résultats. Les sous-thèmes identifiés ont été rassemblés sous un seul thème commun. Ces sous-thèmes, qui ont été supportés par des citations directement tirées des transcriptions, ont permis de clairement identifier les dimensions de la recherche (Guest et al., 2012).

4.8 Rigueur

Afin d'assurer la rigueur de la recherche, certains chercheurs se sont basés sur les huit critères identifiés par Tracy (2010). Ces critères, qui ont été adaptés à la recherche actuelle, sont présentés dans le tableau 3. Par la suite, nous présenterons les moyens par lesquels ces critères ont été satisfaits dans la présente étude.

Tableau 3. Critères de rigueur (adapté de Tracy, 2010, p. 840).

CRITÈRES DE QUALITÉ (ET BUTS)	DIVERS MOYENS, PRATIQUES, ET MÉTHODES UTILISÉ
VALEUR DU SUJET	Le sujet de l'étude est: <ul style="list-style-type: none"> ● Pertinent ● Opportun ● Significatif ● Intéressant
RICHESSSE DE LA RIGEUR	L'étude utilise de suffisants, abondants, appropriés, et complexes: <ul style="list-style-type: none"> ● Concepts théoriques ● Données et de temps sur le terrain ● Échantillon(s) ● Contexte(s) ● Collecte de données et processus d'analyse
SINCÉRITÉ	L'étude est caractérisée par: <ul style="list-style-type: none"> ● Auto-réflexions sur les valeurs subjectives, préjugés, les penchants personnels du chercheur ● Transparence sur les méthodes et les défis
CRÉDIBILITÉ	L'étude est marquée par: <ul style="list-style-type: none"> ● Description exhaustive, détails concrets, explication de connaissances non textuelles, et démonstrations au lieu d'explications ● Multivocalité
RÉSONANCE	La recherche influence, affecte, ou émeut certains lecteurs ou une variété de l'audience à travers: <ul style="list-style-type: none"> ● Présentation esthétique et évocative ● Généralisations naturalistes ● Résultats transférables
CONTRIBUTION SIGNIFICATIVE	La recherche prodigue une contribution: <ul style="list-style-type: none"> ● Conceptuelle/théorique ● Pratique ● Morale ● Méthodologique ● Heuristique
ÉTHIQUE	La recherche considère : <ul style="list-style-type: none"> ● Le processus éthique (comme les sujets humains) ● Situationnel et spécifique à l'éthique reliée à la culturelle ● Éthique relationnelle ● Éthiques existantes (dissémination de la recherche)
COHÉRENCE SIGNIFICATIVE	L'étude: <ul style="list-style-type: none"> ● Accomplis son but primaire ● Utilise des méthodes et processus qui sont conformes à son but ● fait des liens significatifs entre la littérature, les questions de recherche/foci, les résultats et les interprétations à travers tous ces éléments

Le sujet de cette recherche est à la fois *pertinent, opportun, significatif et intéressant*. La publication des appels à l'action de la Commission sur la vérité et la réconciliation (2015) a déclenché un intérêt chez la chercheuse à se pencher sur la question de recherche. Comme le stipule Tracy (2010), le climat politique et les enjeux contemporains sont des éléments qui peuvent stimuler l'intérêt pour une recherche. Cette recherche représente un apprentissage authentique centré sur la santé des peuples autochtones, qui souhaite défaire les lecteurs de leurs convictions implicites et de leurs pratiques courantes (Tracy, 2010). La présente recherche est non seulement opportune à l'attention médiatique et politique sur les peuples autochtones, mais provient aussi et surtout de l'intérêt de la chercheuse en tant qu'infirmière autochtone.

Afin d'assurer la *rigueur* de la recherche, nous nous sommes posé les questions suivantes: 1) est-ce que les données sont suffisantes au support de leur requête? 2) est-ce que la chercheuse a attribué suffisamment de temps à la collecte de données significatives et pertinentes? 3) est-ce que le contexte et l'échantillon sont appropriés pour atteindre les buts de la recherche? 4) est-ce que la chercheuse s'est servie de procédures appropriées lors de la prise de notes, des entrevues et de l'analyse des données? (Tracy, 2010). Dans cette étude, la chercheuse a démontré cette rigueur exploitant des cadres de références, en développant une compréhension du contexte des professeurs à l'étude, et en fournissant une description exhaustive des résultats de la recherche. Enfin, cette rigueur a été démontrée en codifiant les résultats, en identifiant des thèmes communs et en élaborant un schéma thématique.

Tout au long de la recherche, nous avons pratiqué l'introspection, la réflexivité, l'honnêteté et la transparence (Tracy, 2010). En tant qu'infirmière autochtone, la chercheuse principale était consciente de ses préjugés, ses buts et de ses faiblesses lors du processus d'entrevues. Les notes personnelles recueillies lors de cette phase ont été un outil précieux pour identifier ces éléments qui auraient pu influencer la *sincérité* de la chercheuse. La transparence de la méthode a été exercée à toutes les étapes de la recherche en documentant tout défi et limites de la recherche. Ces éléments ont par la suite été le sujet de discussion avec la directrice de recherche.

Toute documentation a été préservée afin de conserver une piste de vérification. Enfin, la transparence a été démontrée en soulignant la contribution des participants et en présentant les personnes clés qui ont contribué à la recherche.

Selon Tracy (2010), la *crédibilité* est démontrée par la pratique d'une description robuste et de la multivocalité des sujets et de leur contexte. Dans cette recherche, la chercheuse a pratiqué cette multivocalité puisqu'elle a collaboré avec différents professeurs dans divers milieux. En plus de fournir une compréhension empathique, nous avons pris conscience des différences culturelles, de l'âge, de la classe et du genre qui ont possiblement influencé le sens des données recueillies (Tracy, 2010).

La *résonance* de la recherche a été démontrée par l'esthétique de la recherche et sa transférabilité vers l'éducation en sciences infirmières. L'interprétation des résultats a été effectuée de façon claire et de façon à rejoindre l'audience ciblée. Tout en tenant compte des limites de cette transférabilité, les résultats sont présentés au chapitre 6.

Cette recherche apporte une contribution significative à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, puisqu'elle a permis d'identifier les lacunes au niveau des connaissances, de la recherche et de l'enseignement du sujet (Tracy, 2010). Cette recherche a également mis en lumière les défis et les stratégies utilisées par les professeurs en sciences infirmières sur l'intégration dans leur enseignement de la compétence culturelle autochtone. Enfin, des pistes de solutions ont été proposées pour faciliter une intégration directe de la compétence culturelle autochtone dans la formation des futures infirmières.

Tel que décrit par Tracy (2010), la cohérence de la recherche est démontrée par l'atteinte des objectifs de recherche. Différentes méthodes, tels le cadre utilisé au chapitre 3 et l'analyse des données, viennent appuyer cette cohérence puisque les résultats ont été intégrés dans la littérature et interprétés à partir des questions de recherche (Tracy, 2010).

4.9 Considérations éthiques

Tout au long du processus de recherche, la chercheuse s'est assurée du respect des considérations éthiques. Les prochains paragraphes expliquent la démarche utilisée à cette fin.

Dans un premier temps, le protocole de recherche et tous les documents relatifs ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa. Dans un second temps, un formulaire de consentement a été distribué électroniquement à chaque participant de l'étude. Le participant potentiel était libre de participer ou non à l'étude, ce qui répond au respect des éléments du consentement libre, éclairé et continu. Ce formulaire de consentement, qui a permis de reprendre brièvement les éléments du protocole de recherche et contenait les éléments suivants : titre du projet, invitation à participer, but de l'étude, participation, risque, bienfait, confidentialité et anonymat, conservation des données, compensation, participation volontaire et acceptation. Puisque l'étude était bilingue, une version anglaise et française de ce formulaire ont été distribuées à chaque participant afin d'assurer une compréhension optimale.

L'anonymat des participants a été conservé grâce à la création d'un code numérique lors de la complétion du questionnaire sociodémographique. Seulement la chercheuse et sa directrice de recherche connaissent l'identité des participants. Ainsi, les droits à l'anonymat, à la confidentialité et à l'intimité ont été respectés; éléments qui ont clairement été énumérés dans le formulaire de consentement. Enfin, les enregistrements des entrevues et les formulaires ont été conservés sous clé dans le bureau de la directrice de recherche pendant l'étude, et y demeureront pour une durée de cinq ans après le dépôt de la recherche. Ils seront ensuite détruits (bande audio coupée, transcriptions et formulaires déchiquetés) afin d'assurer la plus stricte confidentialité.

Enfin, il est crucial de souligner que la chercheuse principale, qui est étudiante à la maîtrise, n'avait aucun lien avec les professeurs recrutés pour l'étude. Afin d'assurer le respect

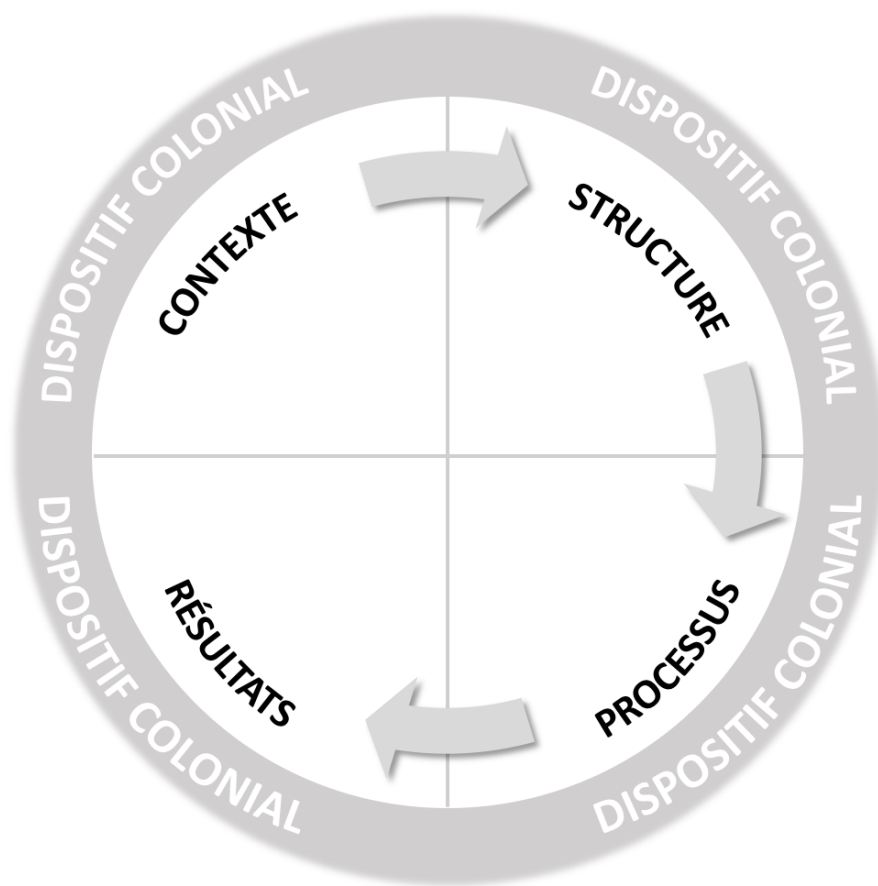
des considérations éthiques, la chercheuse principale a continuellement et directement été supervisée par la directrice de recherche et par le comité de recherche.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

À la lumière de l'analyse des données, cinq catégories ont été identifiées dans le processus d'intégration de la compétence culturelle : 5.1 Dispositif colonial, 5.2 Contexte, 5.3 Structure, 5.4 Processus et 5.5 Résultats (Figure 7). La première catégorie, dispositif colonial, est inspirée du postcolonialisme et fait référence au cadre plus large dans lequel se situe le processus d'intégration culturelle autochtone en sciences infirmières. Les autres catégories, quant à elles, permettent d'aborder directement le processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone selon le cadre conceptuel présenté dans le chapitre 3. Chacune de ces catégories sera présentée dans ce chapitre.

Figure 7. Intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières



5.1 Dispositif colonial

La catégorie « dispositif colonial » fait référence à la pensée coloniale et eurocentrique qui domine toujours dans le milieu universitaire, toutes disciplines confondues. Ce dispositif exerce une influence considérable en sciences infirmières, et se manifeste clairement par le biais soit du 5.1.1 curriculum en sciences infirmières, 5.1.2 des outils pédagogiques utilisés en classe et 5.1.3 des professeurs qui enseignent les sciences infirmières. Dans le cadre des entrevues, les participants⁷ mettent en lumière le dispositif colonial et les défis qu'il apporte lors de l'intégration de la compétence culturelle autochtone, comme en témoignent les extraits suivants.

I think we need to expose so many other ways of knowing in our work. Nursing has been a very tightly closed shop and I really do, I'm advocating with my faculty and in my community and definitely at the COUPN [Council of Ontario University Programs in Nursing] table in Ontario and at CASN, I am now on the board of CASN to say hey, let's look at this across the board in this country. (Participant 7, lignes 283-237)

Tout ce qui est du Nursing c'est blanc, blanc, blanc, blanc. C'est conservateur à l'excès, comme tu le sais, je t'apprends rien là, fais qu'il faut que ce soit revu ça. Il faut que ce soit revu. (Participant 19, lignes 909-912)

I think because of some of the work that both of us have done away from the school of nursing at the University level, we're both very well aware that this institution is struggling with its history with its very colonial history and some of the challenges that history has created for this institution. (Participant 11, lignes 95-98)

Certains participants reconnaissent donc le besoin de cibler et de changer ce dispositif, qui est profondément enraciné dans la culture universitaire. Selon eux, cette étape est essentielle à l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. En d'autres mots, il faut d'abord « décoloniser » les milieux universitaires et les sciences infirmières pour assurer le succès de l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Ce processus nécessite donc l'analyse critique des fondements mêmes de la discipline tant sur le plan ontologique,

⁷ Afin de protéger la confidentialité des participants et de faciliter la lecture, le masculin englobera le féminin dans ce chapitre.

épistémologique et méthodologique, que pédagogique. L'extrait suivant explique bien la complexité de ce processus.

Indigenization really is just such a new term, I think it's been a good term to raise awareness about the need for indigenization, so I don't think people really fully understand what that means, so I've been talking lots about before we can get to integration, we have to decolonize our thinking, right? We have to decolonize our thinking, right? We have to unpack this colonial nursing mindset. (Participant 8, lignes 119-124)

Or, certains participants expliquent qu'il est souvent plus facile de simplement intégrer des pratiques et des cérémonies autochtones plutôt que de s'attaquer au dispositif colonial comme tel. Ces mêmes participants expliquent que l'intégration est alors faite de façon superficielle. Les témoignages de ces trois participants illustrent bien ce phénomène.

C'est clair que ma vision moi sur ces types de choses là, c'est quand même assez critique dans le sens où je n'aime pas ça qu'on instrumentalise certaines pratiques où certains, juste pour dire check, on l'a fait. Tu sais? Tu sais, comme tu sais, *we're indigenizing the system*, on a un atelier sur le Blanket, on a un comité qui se rencontre, tu sais, à la fin de la journée, ce que tu veux c'est que les gens soient plus informés que les gens comprennent, que les gens intègrent puis qu'après ça il y a un mélange de culture là, tu sais je veux dire, est-ce que c'est vraiment fait? Est-ce que ça a vraiment pris la forme, tu sais je veux dire est-ce qu'il y a eu le leadership nécessaire pour que, tu sais que les gens, que tous les profs l'intègrent? (Participant 20, lignes 175-182)

I think for some people in leadership and all throughout the organization it's easier to continue to try to deny that history and to continue to move forward in a colonial or neocolonial way and being racist I think actually for some people is a lot easier than actually acknowledging and working towards a respectful dialogue and a respectful society. (Participant 11, lignes 98-101)

We're a University that's basically on borrowed land. We now recognize that we are, you know, the unceded territory of the ***** people and we address it at all lectures, at all meetings, formal or informal and I think it's that, ensuring that the structure, the University administration and the boards keep that commitment to not erasing the colonialism. (Participant 3, lignes 209-212)

Dans le cadre des entrevues, le dispositif colonial est surtout apparent lorsque les participants parlent du curriculum, des outils pédagogiques utilisés en classe et des professeurs qui enseignent les sciences infirmières. Chacune de ces sous-catégories sera présentée séparément.

5.1.1 Curriculum

Lorsque les participants parlent du curriculum, ils font surtout référence aux institutions d'enseignement responsables de développer les curriculums en sciences infirmières, aux associations professionnelles responsables de les approuver, à la structure et aux cours qui sont offerts au sein des programmes d'études qui découlent de ces curriculums.

5.1.1.1 Pouvoir décisionnel

Les associations professionnelles, comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières (ACESI) et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) ont un rôle important dans le développement et l'approbation des curriculum en sciences infirmières. À l'heure actuelle, ces associations sont aussi responsables d'assurer l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans le curriculum. Lors des entrevues, certains participants reconnaissent qu'il existe des documents capables de guider cette intégration, comme le rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). Pour plusieurs, ce rapport est considéré comme un élément déclencheur à l'intégration de la compétence culturelle autochtone :

Well, ever since the Truth and Reconciliation report, of course, everybody's relooking at their curriculum and making sure we meet, meet the standards put out in that report. (Participant 5, lignes 67-68)

Pour d'autres, ce sont les lignes directrices de l'ACESI qui leur permettent d'intégrer la compétence culturelle autochtone dans le curriculum. Ce participant explique :

Tu sais moi je le mets en lien avec les discussions qu'on a eues au bureau de l'agrément dans le sens que dans, dans deux circonstances, l'agrément quand on fait, quand on lit les rapports et qu'on donne un agrément à une école, quand les décideurs visitent (...) si un indicateur, un élément clef d'une norme vise particulièrement les premières nations, les évaluateurs vont spécifiquement regarder pour du contenu qui adresse ce sujet-là. Alors si c'est absent, l'évaluateur va le dire, si c'est présent, il va le dire aussi, puis il va expliquer dans quelle mesure c'est présent, est-ce que c'est juste sur papier, dans un cours théorique, sujet de diaporama où c'est tricoté partout dans le curriculum, incluant la clinique, etc. Ça, on va le savoir au bureau de l'agrément, puis quand on voit les rapports, l'évaluateur va le mentionner et si c'est absent, on va envoyer des commentaires et des recommandations par rapport à ça. (Participant 2, lignes 346-360)

Cependant, certains critiquent que l'intégration de la compétence culturelle autochtone recommandé par ces associations est très compartimentée (« siloed »), ce qui veut dire qu'il y a peu de travail collaboratif entre les associations. Le prochain participant explique que des structures, un dialogue et des stratégies doivent être mis en place afin d'harmoniser le travail d'intégration :

The government, you know, we did the inquiry, we came up with the Truth and Reconciliation's report that had these sweetest recommendations said oh the faculties are supposed to put into their curriculum and make sure that the professors are culturally competent, well that to me is very siloed. And it's, and it's one approach I mean it's multipronged, but I think, yes I think it's going to come back down to relationships and strategies and structures that allow that dialogue to work across organizations and help people build those relationships. (Participant 5, ligne 271-274)

Nombreux sont les participants qui observent un manque de leadership de la part des associations professionnelles, ce qui rend l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur du curriculum en sciences infirmières difficile voire même absente. Comme le souligne l'extrait suivant, on sent que l'intégration de la compétence culturelle autochtone n'est tout simplement pas la priorité des associations chargées des décisions en matière de curriculum :

Alors, je pense qu'il faudrait simplement faire vraiment de l'advocacy auprès de nos ordres professionnels, puis les secouer un peu, puis leur faire voir que c'est important. Parce qu'honnêtement, je ne pense pas que c'est dans leurs priorités. (Participant 14, lignes 321-326)

Comme piste de solution, certains participants mentionnent le besoin d'avoir un partenariat authentique avec les infirmières autochtones et une pleine reconnaissance de leur expertise ainsi que de leur association professionnelle : l'AllAC. Comme l'explique ce participant, un partenariat entre les différentes associations en sciences infirmières est essentiel pour assurer le succès de l'intégration du contenu :

We should be working together in coming up with solutions together so I don't have any fancy solutions, these solutions have to come from the, from the collective, so CNA, CINA, CASN, the Canadian regulators, the unions of nurses across the country should be very closely aligned in this work and that we take the lead from our Indigenous colleagues so you know, nothing about us without us, and I think that should be our central mantra and we should keep that in our mind every day as we do this work. (Participant 7, lignes 300-306)

La plupart des participants reconnaissent que le leadership des associations professionnelles et leur capacité à communiquer une vision partagée sont indispensables à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Malgré cette reconnaissance, le leadership ne prend toujours pas la forme voulue dans cette ère de réconciliation comme le soulignent plusieurs participants.

5.1.1.2 Structure

L'absence d'une vision partagée en sciences infirmières rend problématique la prise de décision quant au contenu à intégrer dans le curriculum en sciences infirmières. Les professeurs doivent prioriser un certain contenu (principalement biomédical), au détriment du contenu permettant d'aborder la compétence culturelle autochtone. Ceci fait en sorte que peu d'attention est portée à la culture et aux déterminants sociaux de la santé — phénomène qui contribue à maintenir le dispositif colonial bien en place :

I mean the competition in the curriculum is incredible (...) And I think part of it is we need to start seeing priorities in other ways. And if we can shift some of that I think that we might have an opening to in fact teach about other things and that to me would be one of the solutions to, in fact start to not be quite so rigid about the few, such few things that seem to only matter. And what really, at least I find, going so backwards because we are back to a strong, strong clinical focus, acute care focus and we are decimating some of our community work, we are not paying attention to culture, we are not paying attention to the determinants of health to prevent this kind of work, so I don't know what's happening, nursing is in many ways in a crisis. (Participant 2, lignes 387-401)

L'idée qu'il existe des « priorités concurrentes » (*competing priorities*) en sciences infirmières est soulevée par la majorité des participants. Ainsi, les entrevues permettent de faire la lumière sur la surcharge du curriculum en sciences infirmières. Les professeurs sont confrontés au fait qu'ils doivent « faire de la place » pour intégrer la compétence culturelle autochtone dans le curriculum, comme en témoigne l'extrait suivant :

So for example in our community, addictions would be high, parental health of young Indigenous mothers, I'm, just trying to think of some of the other pressing issues. Homelessness, poverty, so because those kinds of issues are part and parcel of this learning environment that we place students, we've had to and we've had to make some decisions about if you put Indigenous health now in

your curriculum, what are you going to give up, right? (Participant 4, lignes 108-112)

Au fil des entrevues, on constate également qu'il n'existe aucune standardisation curriculaire entre les institutions académiques quant à l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans les programmes d'études en sciences infirmières. La compétence culturelle autochtone est intégrée de façon sporadique et selon les orientations de chaque école ou faculté de sciences infirmières.

5.1.1.3 Cours

La structure du curriculum oriente le choix et le contenu des cours. En sciences infirmières, le curriculum est souvent composé d'un ensemble de cours théoriques et cliniques, obligatoires et optionnels. L'enseignement de la compétence culturelle autochtone peut prendre plusieurs formes selon la structure du curriculum adoptée par le programme en question. Les entrevues mettent en lumière la façon dont les cours peuvent être façonnés pour intégrer la compétence culturelle autochtone.

C'est vraiment varié. Il y a des cours qui sont spécifiques sur la diversité culturelle, la compétence culturelle, il y a des cours qui sont spécifiques à, comme, bien pas spécifique, mais il y a des cours qui vont parler de compétence culturelle plus large là, avec n'importe quelle culture dans le fond, puis des fois on va préciser certaines cultures pour voir certaines croyances dans certaines cultures, mais c'est sûr qu'au niveau du bacc on peut pas explorer toutes les cultures là. (Participant 15, lignes 75-80)

Certains participants croient qu'un cours portant sur la santé des peuples autochtones devrait être obligatoire pour tous les étudiants en sciences infirmières, tandis que d'autres croient que celui-ci pourrait être optionnel. En outre, plusieurs participants croient qu'une intégration doit être faite à l'intérieur de tous les cours existants, comme en témoigne ce participant :

C'est plus ou moins une obligation d'avoir un certain contenu autochtone dans tous les cours. Bien sûr que parfois c'est plus difficile, ça dépend des sciences, ça dépend du spécifique curriculaire, mais nous bien sûr en sciences infirmières, on peut facilement intégrer dans tous nos cours un, une partie, favoriser le contenu autochtone dans nos cours. (Participant 12, lignes 150-154)

Comme le souligne un participant, un cours portant sur les peuples autochtones pourrait même être considéré comme un prérequis pour la formation infirmière. Ce cours permettrait le développement de connaissances fondamentales, éloignerait les étudiants de « la pensée coloniale » et faciliterait le développement de la compétence culturelle autochtone avant même d'entrer dans le programme.

5.1.2 Outils pédagogiques

Le dispositif colonial se manifeste également à travers les outils pédagogiques qui sont utilisés en sciences infirmières. Dans le cadre des entrevues, les participants font surtout référence aux théories enseignées en sciences infirmières et aux manuels qui sont utilisés dans le cadre des cours.

5.1.2.1 Théories

Les théoriciennes en sciences infirmières, qui sont majoritairement de race blanche et de classe bourgeoise, ont participé à la création des théories infirmières. Ces théories, qui viennent appuyer et guider les activités en sciences infirmières (p.ex., pratique, recherche, enseignement), exercent une influence considérable sur la « pensée infirmière ». Ainsi, les théories dominantes portant sur les soins transculturels qui sont informées par la voix d'infirmières de race blanche ne permettent pas de rejoindre les besoins des peuples autochtones. L'utilisation de certaines théories, comme celle de Leininger, est critiquée par certains participants quand vient l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières :

Les théories infirmières sont absolument inutiles pour ces éléments-là comme tu peux imaginer. (...) Leininger avec les affaires de soins culturels, c'est tellement stéréotypé ce qui est annoncé là-dedans c'est terrible. (...) Je comprends que c'est un modèle qui date des années quatre-vingt, mais il reste que c'est ça qu'on enseigne encore, alors ce qui fait pour moi qu'on enseigne de moins en moins, moi j'enseigne plus Leininger par ce que je trouve ça complètement ridicule. (...) en Nursing, les modèles qu'on a pour travailler sont absolument inutiles et c'est des modèles excessivement prescriptifs et normatifs, tu comprends tu qu'on n'est pas pantoute dans la, l'ouverture et tout ça, pas du tout. (Participant 19, lignes 153-201)

Bien que ces théories semblent suffire à certains participants pour aborder la compétence culturelle autochtone auprès des étudiants, d'autres critiquent leurs aspects normatifs et prescriptifs. Selon eux, ces théories infirmières maintiennent le statut quo et prennent comme point de départ, le regard colonisateur; c'est-à-dire que l'infirmière est, par défaut, issue du groupe dominant et doit apprendre à travailler avec l'Autre (le patient racialisé et issu d'une culture différente de la sienne) en développant sa compétence culturelle. Ainsi, l'omniprésence de ces théories coloniales assure le fonctionnement du dispositif colonial en sciences infirmières et limite l'intégration de la compétence culturelle autochtone.

5.1.2.2 Manuels

Les manuels en sciences infirmières sont des outils essentiels à la transmission des connaissances, mais surtout, ils représentent une certaine façon de voir et de comprendre le monde en sciences infirmières. Ces manuels contiennent cependant les connaissances et réalités tels que perçus par l'infirmière de race blanche et de classe dominante. Ceci vient donc restreindre l'exposition des étudiants à une réalité autre que celle de la pensée coloniale en sciences infirmières, comme en témoigne ce participant :

So I'm just thinking you know we have for example we have picked up the determinants of Indigenous health book as one of our texts now hum, we hum, these are the important things, like these are not just little things, so that students can be exposed to many ways of knowing not just for example in nursing theory, the knowing of white middle class women that lived in the fifties, sixties and seventies. (Participant 7, lignes 277-281)

Ainsi, plusieurs participants s'entendent pour dire qu'il existe un besoin de décoloniser les manuels en sciences infirmières et d'y inclure des connaissances élaborées par des infirmières autochtones. Ceci permettrait donc aux étudiants d'être exposés à différents types de savoir, notamment le savoir autochtone – qui est crucial au développement de la compétence culturelle. La sélection de théories en sciences infirmières élaborées par des infirmières autochtones permettrait l'exposition de différents types de savoir, comme en témoigne l'extrait suivant :

We should write in a Canadian nursing theory text incorporating many ways of knowing and that the students, so students understand that they are always

theorizing right, that's an ongoing practice anyway that's just one thing, moving. (...) We need to really scrutinize what we're using so where is the Indigenous content? In our textbooks, who are the Indigenous scholars who need to be named in our textbooks? (Participant 7, lignes 272-291)

Sans théories et manuels permettant une réelle intégration de la compétence culturelle autochtone, la responsabilité revient aux professeurs d'intégrer la compétence culturelle selon leur bon vouloir, leurs croyances et les ressources dont ils disposent.

5.1.3 Professeurs

Le rôle des professeurs est essentiel à l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Cependant, certains éléments comme leur identité culturelle, leurs expériences personnelles et professionnelles, ainsi que leur ignorance peuvent venir influencer le succès de cette intégration.

5.1.3.1 Identité

Le dispositif colonial est également apparent quand on observe qui enseigne les sciences infirmières. De façon prédominante, cette discipline continue d'être enseignée par des femmes, majoritairement blanches. Ceci vient donc influencer l'intégration de la compétence culturelle autochtone et peut la rendre parfois difficile (voire impossible) puisqu'elle est faite par des professeurs qui sont issus du groupe dominant. Nous avons observé que le point de vue des participants sur l'intégration de la compétence culturelle varie en fonction de leur identité, soit : colon, immigrant ou autochtone. L'identité des participants est perçue comme un facteur personnel qui vient influencer l'intégration de la compétence culturelle autochtone, causé par différentes croyances et attitudes. Comme en témoigne l'extrait suivant, l'habileté des professeurs blancs (colons) à reconnaître leurs propres préjugés posent des défis à la formation infirmière :

I think a lot of the challenges that we face with our students comes from us not having the ability to really be able to help students to recognize their own biases and I think a lot of that comes from our faculty members, not being able to completely own their own bias and recognize that those things like white fragility and the fear and racism that is prevalent. (Participant 11, lignes 236-240)

Pour les professeurs qui ne sont pas nés au Canada, la prise de conscience des injustices infligées contre les peuples autochtones et son impact sur la santé autochtone peut parfois être plus facile, comme en témoigne l'extrait suivant :

I came to Canada at the time of the Oka crisis as an immigrant. I was coming from Europe, I had no idea about some of the injustices, the Europeans were very uninformed at the time about some of these pieces and at the time when I came and I made a commitment and I said I can't live in that kind of way, so my commitment in some ways has always been to learn more and to try to figure out a way to move forward because it was just so not right to do what the Canadian government did at the time. And so, part of that is also, I was acutely aware at the time of my immigration that there were things that I didn't understand but that that's absolutely not right. (Participant 2, lignes 358-366)

L'identité du professeur à l'intérieur du dispositif colonial est un élément qui s'avère très complexe pour les professeurs autochtones. En effet, l'identité, le bagage culturel et le sentiment de responsabilité sont des éléments qui sont soulevés par ceux-ci. De plus, il semble que l'identité autochtone et les expériences personnelles permettent aux professeurs autochtones de développer une certaine expertise, puisqu'ils adoptent une pratique et un savoir distincts lorsqu'ils prodiguent des soins à leurs clients autochtones. Ceci fait en sorte qu'ils sont souvent consultés pour l'élaboration et l'intégration de contenus portant sur les peuples autochtones. Bien que ces professeurs déploient des efforts considérables en communiquant avec le Chef et ses conseillers, avec l'infirmière communautaire et les autres personnes-clés, ces consultations manquent parfois d'authenticité ou de sincérité ou d'intégrité. Ce passage permet de mettre en lumière la complexité de l'identité des professeurs autochtones lorsqu'ils font face à des changements systémiques portant sur la compétence culturelle autochtone à l'intérieur du milieu académique :

So, it's been, it's challenging because you are just, you know I'm supposed to, people look at me like I'm supposed to be this expert. But yet, they don't really want my advice (...) And I know I'm tough and I try not to take it personally but it is personal and so I just have to accept it, this is my life. (...) I'm an Indigenous nurse, I live it, I breathe it, it never goes anywhere, so I can't separate who I am as an Indigenous person for my work. I don't know how to do that. (Participant 8, lignes 121-188)

À la lumière de ces témoignages, l'identité en tant que colon, immigrant ou Autochtone vient influencer le professeur sur le rôle qu'il doit jouer dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone au sein d'une discipline majoritairement coloniale.

5.1.3.2 Expériences

Malgré l'influence coloniale dominante en sciences infirmières, son influence varie chez les professeurs dépendamment de leurs expériences personnelles et professionnelles. Ces expériences, telles que le fait d'avoir travaillé avec les communautés autochtones, d'avoir côtoyé des clients autochtones ou même d'avoir été exposée à une différente éducation pourrait influencer la sensibilité et l'ouverture des professeurs à la culture autochtone. Lors des entrevues, une exposition à la culture autochtone par le biais d'amis, de la famille, des clients et des collègues autochtones sont des éléments qui semblent avoir un impact chez les participants, ce qui semble développer leur sensibilisation et leur ouverture à la culture autochtone. Certains participants semblent plus aptes à intégrer la compétence culturelle dans leurs cours et dans leur enseignement. Dans le cadre des entrevues, on note que les expériences personnelles et professionnelles chez les participants non autochtones influencent en effet la capacité d'intégrer la compétence culturelle dans l'enseignement. Par exemple, un grand nombre de participants racontent qu'avoir un collègue, un pair ou un étudiant autochtone leur a permis d'avoir un échange culturel et une plus grande ouverture d'esprit sur la diversité, comme en témoignent ces extraits:

I have incredible friends because of it and so part of it is I don't know all of it, I have done really bad things too that culturally I had no idea. And so, I learn because I made mistakes. But part of that was because I had friends who weren't afraid to tell me that that wasn't appropriate, or you know, let me teach you like, let me take you and part of that is, then I don't, there's lots of mistakes, you know? (Participant 2, lignes 334-338)

A lot of the things that I've learned over the years and especially from having a significant other who is from a culture that is very different from my own culture is that a lot of times, it's both of us that need to figure out how to work together. (Participant 11, lignes 77-79)

De plus, certains expriment un intérêt personnel envers les peuples autochtones, ce qui les pousse à faire de la recherche et de la lecture afin de développer leur compétence culturelle.

Cet intérêt a été, pour plusieurs, un élément qui les a menés à œuvrer directement en communauté autochtone. Certains évènements ont engendré une prise de conscience sur la réalité autochtone :

When I was in my last year of my bachelor's I did also an advance major and I did go and spend a month up north (...) and so being able to see that first hand and you know, see some of those you know, the food security, the housing shortages, you know, it was urban and cost for travel and you know those types of things, those affect more the communities up in the north but a lot of the, some of the same you know, health care access issues and discrimination and stereotyping it's, it's a very similar situation. (Participant 9, lignes 185-191)

Bien que la majorité des participants reconnaissent l'importance de l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières, certains participants ne la reconnaissent toujours pas. La prochaine section abordera l'ignorance des participants.

5.1.3.3 Ignorance

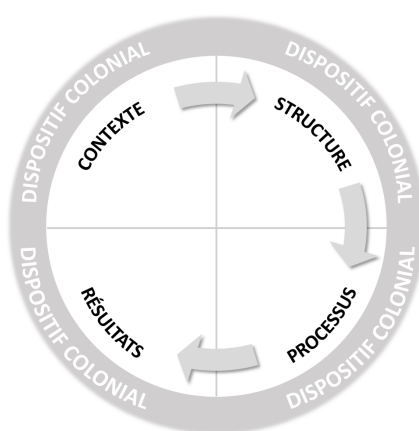
Dans le cadre des entrevues, on note que la compétence culturelle autochtone n'est pas démontrée par l'ensemble des professeurs en sciences infirmières. Certains démontrent de un manque de connaissance et de l'incompétence culturelle au quotidien. Pour venir appuyer ceci, un participant offre un exemple de pratiques problématiques qui perdurent en sciences infirmières et qui créent des barrières à l'intégration de la compétence culturelle autochtone:

(...) you're going to have a very hard time moving forward with anything because what I also found was you'll have faculties that are standing up there, teaching students but they're just, they're making little racist remarks or stigmatizing remarks as they are teaching, and they don't even realize it. Because they haven't reflected on where they're at with things. And so, they're still feeding into those stereotypes and assumptions to the nursing students that are going to be out there in a year or two. (Participant 1, lignes 360-363)

Parallèlement, certains participants soulignent que plusieurs professeurs ne reconnaissent toujours pas la valeur de l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans le curriculum en sciences infirmières. Ce manque de reconnaissance, profondément ancré dans le dispositif colonial justifie, pour plusieurs participants, la nécessité d'avoir des cours ou des ateliers obligatoires pour toute la communauté universitaire.

So there needs to be that infrastructure, we need mandatory education for every staff, faculty and students, right? I think there should be a mandatory, one day for students, for faculty and staff, I think there needs to be consistent professional development sessions offered to the faculty to do this work and to unpack this. (Participant 8, lignes 637-641)

Ainsi, l'attitude et l'ignorance des professeurs contribuent à maintenir le dispositif colonial bien en place et à rendre plus ardue l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Les prochaines sections aborderont plus en détails les étapes du processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone tel que représenté dans la figure 7.



5.2 Contexte

Les éléments contextuels du processus comprennent tous les éléments qui encadrent l'intégration de la compétence culturelle en sciences infirmières. Ceci peut donc comprendre la terminologie employée par l'université, la faculté ou l'école, les ressources disponibles pour assurer l'intégration, l'authenticité de la direction et des professeurs, et la représentation autochtone à l'intérieur même du milieu académique.

5.2.1 Terminologie

Le terme compétence culturelle s'est avéré assez connu par tous les participants. Ces derniers reconnaissent l'importance et la nécessité de la compétence culturelle afin de répondre aux besoins des peuples autochtones, comme l'explique ce passage :

Ok, bien d'abord, l'enseignement pour les étudiants sur la compétence culturelle, c'est vraiment important, c'est plus qu'important là, c'est nécessaire

parce qu'être compétent culturellement, faut l'être à l'intérieur d'une même culture parce qu'à l'intérieur même d'une culture, il peut y avoir des disparités, des différences que ce soit au niveau des valeurs, des croyances, etc. Donc, même pour soigner les gens d'une même culture, il faut avoir une certaine compétence culturelle, donc puis c'est important aussi d'avoir des, une compétence culturelle sur les réseaux de culture aussi, encore plus pour les diversités qui sont peut-être plus présentes. Puis, donc, c'est un petit peu dans tous les cours, il faut considérer les différences et adresser les différences, je pense que dans tous les soins qu'on donne ou qu'on enseigne, il faut avoir cette vision-là en tête là, d'être attentif et réceptif à la différence. (Participant 15, lignes 63-72)

Cependant, les entrevues démontrent qu'une variété de termes sont employés par les participants afin de décrire l'intégration de la culture autochtone en sciences infirmières, tels que l'humilité, la sensibilité, la compétence et la sécurité culturelle. Cette variation reflète la non-standardisation de la terminologie qui encadre l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Par exemple, certains participants doutent que « la compétence culturelle » soit suffisante pour que les étudiants reconnaissent leurs propres stéréotypes, perspectives, compréhension et interprétations d'une culture autre que la leur:

I think that cultural competency, I don't think that is sufficient for what we need to actually do within nursing especially but across societies in general and what I mean by that is I think that people will perceive it if they just know something and have a level of understanding about different cultures and peoples from different cultures that they work with that, that's sufficient. But that doesn't necessarily allow for people to recognize that they bring their own cultural bias, their own perspectives, their own understandings and interpretations. That can actually impede and can create a lot of challenges and problems with other cultures or with them being able to recognize when their own cultural bias or cultural perspectives are influencing how they are acting and interacting with people from different cultures and I think that creates very difficult dynamics for educators and teachers to be able to really work with students around. (Participant 11, lignes 62-72)

Certains participants critiquent même l'emploi du terme « compétence culturelle » et évitent son utilisation dans leur enseignement. Ils expliquent que le concept est restrictif et montre à l'étudiant qu'il doit agir d'une certaine façon afin d'être considéré « compétent ». Ainsi, comme le présente le passage suivant, la « sécurité culturelle » permettrait d'éviter l'aspect restrictif de la compétence culturelle :

I have to say that I don't use the word cultural competency because competency is a very problematic to me. Because there is a sense that somehow students with a particular competency and therefore somehow able to act actually appropriate, so I would actually say that I don't think about cultural competencies. If you are asking, if you broaden that to sort of really think about cultural safety, then yes absolutely I would say that I think a lot about that and how we actually can do that. (Participant 2, lignes 73-82)

De surcroît, la compétence culturelle permettrait de perpétuer les idéologies coloniales en sciences infirmières. Comme l'explique ce participant, la compétence culturelle peut renforcer les idéologies occidentales, les pratiques et politiques dans le milieu académique, et négliger l'enseignement de la pratique relationnelle :

I try to avoid cultural competency because it reinforces the western ideologies and practices and policies in academia, and because I'm very specifically focused on indigenizing and decolonizing nursing education in Canada. (...) [cultural safety] is much more applicable than competency. Competency is a western concept and it's a concept used by organizations to say, to create a check box to say, "yes we are doing that, yes we are doing that", when in fact there's no relationship with the client. We all, you know in nursing, we always talk about client centered care, and competency doesn't embrace those ideologies about relational practice. (Participant 8, lignes 85-99)

Bien que la sécurité culturelle semble être le concept utilisé par une grande partie des participants, son emploi est à son tour critiqué par certains. Par exemple, ce participant explique que la sécurité culturelle peut créer une forme de victimisation chez le client, comme en témoigne cet extrait :

J'essaie de parler aussi de sécurité culturelle dans le cours, mais on est différents professeurs, moi je trouvais que c'était important, d'autres étaient moins à l'aise avec le modèle. Donc, on n'aimait pas toujours, ben moi j'en parle dans mon cours j'trouve quand même que c'est un modèle que je trouve intéressant. Je pense qu'ils le voient comme une forme de victimisation un peu parce que la sécurité c'est comme, « ah mon dieu je ne me sens pas en sécurité ». Ils veulent quelque chose de moins négatif, plus positif qui dirait « non je vais affirmer mon identité » pas, « je ne me sens pas en sécurité ». (Participant 18, lignes 130-143)

D'après les entrevues, il est clair que la terminologie est un élément qui reste à clarifier chez les professeurs. Ceci démontre un besoin de formation continue – élément qui nécessite cependant l'attribution de ressources supplémentaires.

5.2.2 Ressources

Au fil des entrevues, plusieurs barrières ont été identifiées quant à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Tel que soulevé précédemment, les professeurs doivent prioriser certains éléments à intégrer dans le curriculum en raison de son contenu déjà chargé. La surcharge est également reflétée sur le volume de travail des participants et la plupart d'entre eux dénoncent le manque de temps comme étant l'une des barrières principales à l'intégration du contenu. Comme l'expriment les deux extraits suivants, les participants se retrouvent souvent forcés à effectuer le travail « sur le coin de leur bureau » :

You know the resources that it takes to actually begin processes even to get ready for that step. And so, I think one of the biggest barriers has been resources and what I mean by resources is time. So everything that faculty and staff do it's, you know off the side of their desks, so you know when these extra projects and so you have to de-marginalize this kind of content and bring it to the centre so it becomes the centre of the desk right, so it just doesn't get, so I think timing is really, time is really important. The other barrier is just simply the money barrier. (Participant 7, lignes 126-141)

And so, I'm like "well, yes you can it will require you to do some extra learning" and so that becomes then "well I don't have time". So, time is a huge issue. (..) And so again I think it's just time and resources right because we're just so overstretched so now that we are trying to add something new, and that's a problem with indigenization, it's a big problem is that it's being tacked on to our already extensive workloads. So rather than giving an individual like I think about credit time to actually do this curriculum piece, we're all doing it off the sides of our desk, right? And so, I don't see that, for me that's that missing piece right, you need, they need to create resources and time, secured time to do this work because like I say, I've been doing it off the side of my desk, I've been working fourteen hours a day. (Participant 8, lignes 308-343)

Outre le facteur temps, les ressources financières sont considérées comme une barrière majeure à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Plusieurs participants soulignent que le support financier est essentiel à l'établissement de relations authentiques avec les communautés autochtones. Comme nous le faisons pour tous les autres consultants ou experts de domaines spécifiques, un honoraire se doit d'être attribué pour le temps et le savoir de ceux-ci, comme en témoigne ce participant :

You can't just go to the bottom line and to the dollar amount, but I think academic institutions need to recognize that you do need to pay Elders for their time and

for contributing their knowledge and that needs to be set up as a budgetary line. It needs to be recognized that that expertise we need and that it's not free. (Participant 11, lignes 372-375)

L'attribution des ressources, tant chez les professeurs que chez les experts, s'avère donc un élément essentiel pour assurer l'authenticité des relations entre la communauté académique et autochtone.

5.2.3 Authenticité

Comme expliqué précédemment, le rapport de la CVR et les lignes directrices de l'ACÉSI rendent nécessaire l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Or, ceci entraîne parfois un manque d'authenticité. Plusieurs participants soulèvent que les raisons motivant l'intégration du contenu dans leurs milieux sont parfois questionnables. En d'autres mots, certains milieux le font par obligation et non par volonté réelle, puisqu'ils ne sont pas sincèrement intéressés à changer les choses. Des participants critiquent d'ailleurs les raisons motivant l'intégration de la compétence culturelle autochtone, et tentent de trouver un sens à leur travail, comme en témoignent ces deux participants :

(...) and I also learned that sometimes the reason of what motivates us to do it, is only because there is an obligation, it's not because we actually in fact always truly believe that that's the case. (Participant 2, lignes 141-142)

On dirait que c'est comme plaqué, tu comprends ce que je veux dire? C'est comme si c'est là parce qu'il faut que ce soit là parce que c'est politiquement, il faut que ce soit là, bien dans quelle mesure c'est intégré? C'est ça moi qui est mon problème là, c'est, tu sais c'est beau là de mettre ça, mais ça veut dire quoi ça? (Participant 19, lignes 191-195)

On retrouve les mêmes enjeux au niveau de l'enseignement de la compétence culturelle autochtone. Certains participants mentionnent la difficulté à enseigner aux étudiants la compétence culturelle autochtone par manque de connaissances, de compétence, par manque d'intérêt sincère et les difficultés d'arrimage du contenu déjà chargé du curriculum, comme en témoigne cet extrait :

(...) so I think the commitments there, I think the struggle becomes how to do it in a meaningful way, how to teach all the other competencies and aspects that we have within our undergraduate and sort of how to balance all those things

together, I think that that's probably the challenging part, I think the sort of imagination, how to integrate it meaningfully while understanding that there is so many other things that have to be integrated, I think that's the challenge. (Participant 10, lignes 122-127)

D'autre part, l'authenticité de l'enseignement de la compétence culturelle autochtone peut être compromise par le sentiment d'incompétence ou par le manque d'expérience des professeurs. L'extrait suivant démontre cette insécurité et comment celle-ci peut brimer l'authenticité de l'enseignement :

Well, I'm trying, I mean and that's the hard part I find is trying to integrate it into the course work while keeping it authentic and I never want to come off like I'm speaking for them or you know, I'm, like I, that is my, you know, as we would say my lived experience because it's not. (...) I would say that would probably would be my biggest barrier and not that I've never had sort of any incidents as where it's been like, where I felt like I've did, I said the wrong thing. (Participant 9, lignes 162-180)

Afin de remédier à ces sentiments d'insécurité et d'incompétence, un participant souligne que les professeurs doivent développer un certain sentiment d'appartenance à l'histoire et à la culture autochtone pour avoir un intérêt sincère, pour s'identifier. Ceci permettrait d'éviter le « tokénisme⁸ » des peuples autochtones en milieu académique et d'assurer le succès de l'intégration de la compétence culturelle autochtone :

Je te dirais que, il y a un besoin de sentiment d'appartenance qui doit se développer, puis faut que ce soit vrai. Tu sais, faut que ce soit vrai, ça veut dire que les gens, il faut qu'ils croient, faut qu'ils, tu sais comme, c'est pas juste de dire « il va avoir des personnes autochtones », il va avoir, tu sais, « la personne autochtone », si elle vient ici puis il y a personne qui *care* de la culture ou qui, c'est quoi, elle va juste se sentir plus marginalisée ici là. (Participant 20, lignes 590-596)

Il y a quelque chose pour nous qui est important ici. Faut qu'on y croie que c'est important parce que ça va s'imprégner partout. (Participant 20, lignes 850-851)

Malheureusement, le « tokénisme » chez les peuples autochtones est une réalité qui perdure aujourd'hui. L'attribution d'honoraires pour les aînés autochtones est considérée comme un geste respectueux et authentique. Toutefois, certains participants déclarent qu'une

⁸ Tokénisme : Efforts superficiels pour inclure les membres d'une minorité sans toutefois faire les changements nécessaires pour rendre le milieu plus inclusif et équitable.

compensation monétaire n'est pas suffisante pour créer des relations authentiques qui perdurent, et n'est pas synonyme d'engagement communautaire, comme l'explique le passage suivant :

I think there's an attempt to do it in an authentic and respectful manner but, I think we're so driven by academic processes that people forget how difficult and how challenging and how many more factors are involved when you are trying to work and engage with the community. And it's more than just bringing them in for prior and you know, giving them a hundred and fifty-dollar honorarium so they can open up our meetings and lead things. (Participant 8, lignes 146-152)

Certains participants reconnaissent donc que le « tokénisme » doit cesser, et que l'engagement communautaire authentique est un élément important pour assurer le succès de l'intégration de la compétence culturelle autochtone.

5.2.4 Représentation autochtone

La représentation autochtone dans le milieu académique a été discutée par la plupart des participants. Ceux-ci soulèvent l'importance de l'auto-identification des professeurs ou étudiants autochtones, afin de reconnaître l'expertise autochtone et d'assurer une certaine diversité en sciences infirmières. En revanche, cette représentation n'est pas sans risques pour les professeurs et les étudiants autochtones, puisque, tel que mentionné précédemment, le « tokénisme perdure ». Ces extraits expliquent bien cette réalité :

I don't, I don't call on students, right? You know I encourage them to self-identify and if they do, and so it was interesting by the fourth class, I had people starting to self-identify and so... As it turned out, I think there were six people who self-identified as Indigenous, but they never spoke up, but they did self-identify to me. And so, I said to them like, do you self-identify and they're like oh no, oh no, no. So, I'm just like, oh my God, no you guys, and they just, so there's still this fear about self, and this was just last year. (Participant 8, lignes 496-506)

Un des problèmes aussi c'est l'auto-identification. On veut atteindre les cibles, les gens doivent s'auto-identifier. Tu ne peux pas forcer quelqu'un à s'auto-identifier puis il y a aussi, il y a peut-être des problématiques auxquelles on connaît pas de s'auto-identifier puis parce qu'il y a peut-être tu sais quand on parle de stigmas, quand on parle de qu'est-ce que ça veut dire pour une personne de s'auto-identifier, on sait pas qu'est-ce que ça veut dire pour nécessairement pour la personne qui doit le faire, tu sais nous autre on veut parce qu'on veut atteindre les cibles. (Participant 20, lignes 902-907)

I think that the number one goal is for us to work towards having one of our goals, to include faculty members who are Indigenous, some of the challenges that bring and how is that needs to be done in a way that it isn't just "oh we've

hired someone who's going to be our token Indigenous person". (Participant 11, lignes 356-359)

Malgré les risques que comporte l'auto-identification, plusieurs participants considèrent qu'elle est indispensable pour changer les mentalités et les pratiques, comme en témoignent ces deux extraits :

And getting more you know, getting, getting Indigenous faculty, that's important too. Becoming more visible, things like that, really, really important and not a lot of effort you know, schools talk about doing that, but I don't think a lot of effort is made in actually doing that. (...) I think one it helps to break down stereotypes and assumptions. (...) We need more Indigenous people in these roles because it breaks down the stigma that changes people's views (Participant 1, lignes 392-414)

Donc peut-être s'il y avait plus d'autochtones aussi dans les chaires de l'université. Qui pourraient partager leur expérience, qui pourraient dire voici le chemin parcouru, voici comment est-ce qu'on s'est débrouillé pour se retrouver là, je trouve que quand on donne le message et qu'on vient de là, ça facilite l'ouverture en tout cas, ça facilite l'expression de ce que la personne ou de ces personnes ressentent vraiment et ça diminue l'arrière aussi donc, c'est une solution peut-être à long terme, donc c'est les insisté à poursuivre les études puis à se retrouver à certaines instances pour être des figures marquantes qui sont capables de transmettre leur expérience et de faire voir aux autres que ce sont des stéréotypes. (Participant 17, lignes 302-310)

De plus, un participant souligne l'importance de l'auto-identification pour faciliter la création de liens avec la communauté autochtone. Afin d'éviter l'exploitation du savoir autochtone, la création de partenariat inauthentique et le tokénisme, une intégration culturelle autochtone doit également être faite au niveau du corps professoral. L'extrait suivant explique cette synergie entre la communauté autochtone et l'embauche de professeurs autochtones :

Trying to reach out and consult with people who do have that Indigenous knowledge, that Indigenous expertise and things like that, the first question one of those folks asked me when I was trying to explore how do we try to indigenize our curriculum, the first question was "do you have any Indigenous faculty members? Is there an effort to bring Indigenous faculty members on board? If you don't have Indigenous faculty members or it's not in your vision to bring Indigenous peoples on, it's going to be very problematic." (Participant 11, lignes 209-215)

Ainsi, un grand nombre de participants misent sur le recrutement de professeurs et d'étudiants autochtones pour assurer une véritable intégration de la compétence culturelle

autochtone. Certains ont même des idées innovatrices, comme la création d'un poste d'aîné en résidence au sein de l'institution académique. Comme l'expliquent les extraits suivants, ceci permettrait un échange de connaissances et faciliterait l'intégration de la compétence culturelle autochtone :

I'd like to create a position actually in the program and some program do have this like North Island College in British Columbia, they have now their ***** (Elder in residence) actually allocated to their program and I really love this model, I think it's just, I think it's really helpful. Just to come into the classrooms and have conversations with students and be able to sit and have, you know, wouldn't it be great to have an Elder here. (Participant 7, lignes 143-148)

Ce serait dont le fun d'avoir un professeur où d'avoir les membres du personnel qui sont des premières nations et qui pourraient partager cette expertise-là avec des collègues qui un peu comme moi qui sont, pas ignorant, mais qui veulent, mais qui manque un peu de connaissance, pas mal de connaissances. (Participant 16, lignes 305-308)

Bien qu'il y ait une reconnaissance et une valeur apportée au rôle des peuples autochtones et à la diversité dans le milieu académique, le dispositif colonial pose des défis majeurs sur le recrutement et la rétention, comme en témoignent ces extraits :

And that's really difficult to change because that requires scholars at this level who comes from other places you know whether they are Indigenous or international scholars, whatever, but it requires a greater diversity within the workforce that works in academia but at the same time we have all the problems of structures that actually makes it so difficult form many of them to actually get here. (Participant 2, lignes 194-198)

Mais là c'est de savoir comment est-ce qu'on supporte les gens pour, tu sais, avant qu'ils rentrent, comment est-ce qu'on, comment est-ce qu'ils sont supportés pour pouvoir rentrer dans le programme, il y a ça, alors qu'est-ce qui est offert à ces étudiants-là pour évoluer, puis d'atteindre les objectifs pour pouvoir rentrer à l'Université. (Participant 20, lignes 700-703)

Enfin, il a été soulevé que les institutions académiques aient tendance à faire du « tokénisme » lorsqu'elles engagent des professeurs ou recrutent des étudiants autochtones. Même si des efforts sont déployés pour augmenter la représentation autochtone, certains participants se questionnent à savoir si les professeurs et étudiants ont même le pouvoir d'apporter de réels changements, en raison du dispositif colonial et des structures en place. Ces deux extraits expliquent que des changements structuraux sont nécessaires pour que les

professeurs autochtones puissent avoir une voix et un certain pouvoir dans les milieux académiques :

Mais encore une fois il y a un bémol parce que tu sais, on, c'est bien beau là d'embaucher des personnes qui viennent de différents groupes, mais une fois qu'ils sont dans les milieux, est-ce qu'ils peuvent vraiment faire changer les choses? Tu sais? Dans le sens où ils peuvent continuer leur carrière, ils peuvent enseigner, ils peuvent être, tu sais, avoir une vie professionnelle, ce qui arrive c'est quand ils entrent dans les structures comme ça, bien ils sont souvent l'individu, hein? Ils sont, la une personne qu'on recherchait tout à coup pour apporter la diversité. (Participant 20, lignes 254-262)

Mais ça c'est un challenge, parce que, parce que c'est démo, comme je disais c'est une démocratie. La démocratie va faire en sorte que c'est le nombre qui va voter, hein? Alors, tu sais alors, comment est-ce qu'on fait pour qu'une personne sa voix porte? (Participant 20, lignes 768-772)

I think the long-term solution probably is that in fact we have a far more diverse work force, we need to create opportunities for Indigenous scholars to not only be part of the university, but be able to shape the universities that we're in. So there needs to be a shift to how that's done. And then there needs to be a structural shift around what we count as none urgent and I think that only will happen very incrementally. (Participant 2, lignes 231-235)

La représentation autochtone à l'intérieur du milieu académique ne vient donc pas sans défis. Ceci démontre que le dispositif colonial continue d'opprimer et de marginaliser les professeurs autochtones. Afin d'y remédier, des changements s'imposent au niveau structurel.

5.3 Structure

Tout comme les éléments contextuels, les éléments structurels peuvent créer ou non des conditions favorables à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Dans le cadre des entrevues, les facteurs comme les partenariats, les politiques, les comités et le soutien académique ont été soulevés par les participants. Ceux-ci seront abordés dans les prochaines sections.

5.3.1 Partenariats

La question du partenariat entre la communauté académique et la communauté autochtone était très présente lors des entrevues. Par exemple, plusieurs participants soulignent que l'intégration

de la compétence culturelle autochtone passe d'abord et avant tout par la présence d'experts autochtones dans la salle de cours.

Je crois que la valeur ajoutée la plus généreuse est dans la présence des Aînées ou des Autochtones, surtout de professionnels de la santé autochtones dans nos classes. Il n'y a rien de meilleur que ça. (Participant 12, lignes 462-464)

Selon les participants, de réels efforts sont déployés afin de créer ce partenariat. Cependant, certaines barrières relationnelles perdurent toujours entre ces deux communautés, ce qui complique la création de partenariats. Un des participants souligne les défis rencontrés lorsqu'il a tenté de créer un partenariat avec la communauté autochtone de sa région :

J'ai déjà fait quelques tentatives par le passé pour développer des liens avec la communauté de premières nations que l'on a ici près de chez nous pour mettre en œuvre des projets de santé communautaire d'accord et la première chose que je me suis fait dire c'est « qui es-tu pour venir t'ingérer dans notre [communauté] ». (...) On a une certaine méfiance puis « pourquoi tu es ici, pourquoi tu veux faire ça, puis ça va servir à quoi, puis ça va aller où cette information-là ». Ça fait que donc ç'a été la première barrière. C'est un petit peu, je dirais, une méfiance puis peut-être que mon approche n'était pas correcte non plus là. (...) Mais ça fait quand même beaucoup d'années que je fais cela puis, c'est que les membres de la communauté l'avaient vécu aussi à travers les écoles, à travers les clubs sportifs parce que l'on faisait des stages déjà là. (Participant 16, lignes 126-137)

D'ailleurs, certains participants soulèvent des difficultés rencontrées dans la navigation du système hiérarchique d'une communauté autochtone – processus qui peut être méconnu et ardu pour certains professeurs non autochtones. Tel qu'expliqué précédemment, les professeurs sont surchargés et ont peu de ressources pour faciliter l'intégration du contenu. Ainsi, certains participants ont mentionné qu'il faut être patient et persévérant durant ce processus. Les extraits suivants permettent d'illustrer la complexité des démarches nécessaires afin de créer des partenariats entre les deux communautés :

C'est la hiérarchie qu'il y a à l'intérieur des communautés premières nations puis c'est encore là une mauvaise connaissance. On sait pas trop par où commencer, on sait pas trop à qui s'adresser. On sait pas trop comment procéder puis, résultat on tombe souvent dans un trou noir. C'est-à-dire on commence les démarches, puis là on cogne à une porte, ah c'est pas la bonne. Puis là si tu t'attends à une réponse, tu ne l'as pas tout de suite et tu l'auras peut-être pas parce que ces gens-là, cette personne-là c'était pas elle. Faut que

tu persévères. Faut que tu ailles cogner à l'autre à côté puis faut que tu leur demandes : « OK d'accord si c'est pas toi, à qui je peux m'adresser » puis là on va te faire passer d'un réseau à un autre. Donc, la hiérarchie est tout, est méconnue et parce qu'elle est méconnue bien c'est comme une forme de barrière aussi. (Participant 16, lignes 147-155)

C'est tout un défi de trouver les personnes, de trouver les dates, il faut aussi s'y prendre tôt comme par exemple moi j'avais contacté la participante depuis le mois de fin juillet, donc en bout de ligne que tout ça se réalise, j'ai eu la réponse finale au mois de septembre. (Participant 17, lignes 278-281)

En raison d'un sentiment d'incompétence culturelle et d'insécurité, ces difficultés peuvent par la suite créer une certaine réticence chez les professeurs à collaborer avec des experts autochtones. Ce manque de connaissances peut se traduire en incompétence culturelle. Celle-ci a été perçue à l'intérieur de plusieurs entrevues, tel qu'illustré dans cet extrait :

Well, I think people don't connect and reach out because they're scared of being culturally incompetent. And I think that's a barrier because we were "oh I don't want to offend anybody, I want to say the right thing" instead of just being themselves. And I think if people know that if they're respectful and authentic when they approach, say a potential Indigenous speaker that could come into their classroom, well they're not likely to offend them if they're respectful you know? (Participant 5, lignes 296-302)

Certains professeurs croient qu'une simple consultation avec une communauté est suffisante pour créer un partenariat. Lors de son entrevue, un participant autochtone partage ses réflexions quand à ces soi-disant partenariats qui ont souvent pour effet de recréer des relations de pouvoir. Ce participant explique d'ailleurs que les professeurs en sciences infirmières doivent cesser de prétendre être des experts, et qu'ils doivent laisser la communauté autochtone « prendre le volant » :

I think people have gone to community once and said "OK, you know, we get your feedback," then they get the feedback and they've gone to one or two people and then they come back to our team and they say, "oh yes, community is supportive". And so I'll say "OK so, who's your community" and then that's never shared right. They're protective of that knowledge because they want to be owners of that knowledge. And so I always say we, "don't own this knowledge, this is not my knowledge, this is not your knowledge". (...) You can't just bring in an Elder and say oh we've consulted, right? (...) So, you know, we have to rethink about how we are teaching. We have to get ourselves out of the notion that we're the experts, right? (...) We need to put our communities in the driver's seat, right? (Participant 8, lignes 200-214, lignes 683-690)

Pour établir de réels partenariats, des mécanismes et des stratégies doivent être mis en place pour s'assurer que les professeurs fassent preuve de compétence culturelle. Comme le suggère le prochain participant, des liens entre les facultés et les organisations autochtones doivent être tissés afin de pouvoir y amener des experts dans le milieu académique :

We need to have real mechanisms and strategies to link with the right people so to build health our nursing professors and instructors be more culturally competent and culturally sensitive. To build those skills but to also to enable us, to bring in experts and build relationships (...) I think this is an organization responsibility of universities to start to build these linkages, just really support those linkages with, between faculty and outside organizations if we are to really start to bring in more cultural sensitivity and build cultural competence. (Participant 5, lignes 207-221)

La création de partenariats est sans aucun doute un élément complexe, mais fondamental à l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Afin de créer des partenariats authentiques dans cette ère de réconciliation, des changements structuraux, telles les politiques, sont essentiels à l'attaque du déséquilibre de pouvoir entre les professeurs et les membres de la communauté autochtone.

5.3.2 Politiques universitaires

Les politiques universitaires peuvent parfois être des barrières à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Comme le soulignent les participants, un certain leadership au niveau même de la structure universitaire est nécessaire à cette intégration.

Parce qu'il y a beaucoup d'éléments politiques là en ce moment, mais tu sais, à un certain moment-là, les politiques ils vont venir, sont même déjà un peu là, mais il y a aussi, il y a un leadership qui doit être fait (Participant 20, lignes 578-580)

Plusieurs stratégies ont été soulevées lors des entrevues, dont le besoin de mettre en place des politiques universitaires pour améliorer la compétence culturelle autochtone au sein du personnel enseignant et des employés de l'université. Un participant explique avoir fait ceci dans son milieu pour assurer un minimum de compétence culturelle au niveau organisationnel :

I've been negotiating with ***** and with the ICS [*Indigenous Cultural Safety*] group here, to have the faculty and staff brought in to do training and we've been given some seats and our faculty is signing up, the faculty and staff have

signed up for the training, to do the eight-hour module. (Participant 7, lignes 54-57)

Certains participants reflètent même sur l'environnement physique de leur institution et la façon dont les politiques universitaires compliquent l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans leur enseignement. Ainsi, ce participant souligne l'importance de créer un environnement propice à l'éducation de la compétence culturelle autochtone afin d'assurer l'efficacité de son enseignement. Selon lui, le nombre d'étudiants à l'intérieur d'un cours est trop élevé pour permettre un dialogue entre les étudiants et les professeurs. Comme l'explique cet extrait, il espère que des politiques seront mises en place afin de réduire le ratio professeurs-étudiants :

I'm hoping my students are understanding, also trying to create space where I can have dialogue with my students, often times that's a huge challenge in our undergrad courses here, simply because our classes, in my opinion, are too big, I think that it's very difficult to have open and honest dialogue in a class with anywhere from a hundred to a hundred and fifty or a hundred and sixty students. I'm hopeful that we'll be able to come up with some ways to try to reduce class size with the work we're doing on the curriculum, I don't know how realistic that is, so that remains to be seen. (Participant 11, lignes 319-325)

Enfin, ce même participant déclare qu'il faut défrayer des coûts rattachés pour éteindre le système d'alarme à feu lors des cérémonies de « *smudging* », même s'il est opéré par un simple système informatique. Il confirme donc qu'un apprentissage culturel doit toujours être fait au niveau de la direction afin de rendre les cérémonies autochtones plus accessibles :

The aspects of ceremonies are critical and I know that in all of our modern buildings with the fire alarm systems and everything else that you can't have the smoke from one of the sacred medicines because you are going to set off the fire alarm, however, with our computerized technologies and things like that, you can actually shut down the fire alarm system for short periods of time. The institution will sometimes charge money to shut down the fire alarm and things like that, so again there's lots of cultural learning that needs to occur that we are working on. (Participant 11, lignes 377-384)

Afin d'avoir un pouvoir démocratique, ces changements au niveau des politiques nécessitent non seulement du leadership, mais également une mobilisation des professeurs. La

formation de comités est une pratique couramment observée à l'intérieur du milieu académique et pourrait servir de levier pour apporter des changements au niveau structurel.

5.3.3 Comités

Au fil des entrevues, un grand nombre de participants ont souligné l'importance du travail d'équipe et plusieurs d'entre eux mettent en valeur le rôle d'un comité servant à diriger le processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone. Comme en témoigne ce participant, des actions au niveau structurel, tels que la création d'un comité ayant pour mandat cette intégration, semblent indispensables à la création d'un environnement qui supporte le personnel impliqué dans ce processus :

Well, I think the thing that I'm really trying to focus on now is creating, supporting the systemic changes, so we need infrastructure support so right now, we have, I know, I think all schools of nursing should create an Indigenous Health Advisory Committee to help faculties, to guide them in these changes so, so having that structure with strong terms of reference that say this Indigenous Health Committee is responsible for advising the school of nursing in their direction on indigenization and decolonization, so those, so that infrastructure there for sure. (Participant 8, lignes 609-616)

I would say that's one, the other thing that we are kind of doing right now is just seeking out, seeking out those that are really, really genuinely interested in doing the work and kind of pulling them to the committee and working in a group because you get more done and you can get further when you have a group with you as opposed to just one or two people doing it. So, finding like willing individuals and kind of, you know you have a little more power when you're in a group of people. (Participant 1, lignes 329-335)

Ainsi, les comités s'avèrent donc être un élément essentiel à l'optimisation du processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur du curriculum.

5.3.4 Soutien aux professeurs

Le soutien aux professeurs est un élément important à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Les participants parlent surtout de soutien pour développer leur propre compétence et apprendre comment intégrer la compétence culturelle autochtone dans leur cours. Ainsi, certains expriment leur désir d'avoir accès à des ateliers et des ressources pouvant faciliter leur enseignement, comme en témoigne cet extrait :

It would be nice to have like you know specifically for maybe health care workers who are, or health care providers that are teaching in the university setting to have like you know, maybe a workshop or something that you know, how come we and with members of the communities you know, how can we integrate this content, what are you know, some good resources of ways that we can do this in an authentic way. (Participant 9, lignes 204-208)

Parallèlement, un grand nombre de participants soulignent que les professeurs peuvent ressentir une foule de sentiments par manque de soutien. Face à leur ignorance et incompetence, plusieurs affirment ressentir de l'insécurité, de la honte et de l'embarras lorsqu'ils doivent enseigner du contenu portant sur les peuples autochtones. Pour ce participant, le manque de soutien de la part de l'administration rend les professeurs réticents à intégrer ce contenu :

Quand les institutions ne trouvent, n'offrent pas les moyens nécessaires aux professeurs pour augmenter leurs compétences, ce n'est pas facile pour les professeurs non autochtones d'acquérir une compétence en soins aux Autochtones ou en santé des Autochtones. Et alors, ils peuvent se sentir démunis et être très réticent de, d'inclure une certaine composante autochtone dans leurs cours. (Participant 12, lignes 211-215)

Le manque de soutien est aussi soulevé par certains professeurs autochtones. Ce participant, le seul professeur autochtone dans son institution académique, parle d'un autre manque de soutien : le manque de soutien aux rares professeurs autochtones à qui on demande souvent d'enseigner tout le contenu qui se rapport à la compétence culturelle autochtone. Il explique comment ce manque de soutien est devenu, pour lui, une série d'essais-erreurs, et a entraîné un sentiment de solitude et de peur:

I would say, by experience and, make, you know just, there wasn't a lot of, I would say there wasn't a lot of support or anyone saying they'd do it this way, I was very lonely, like especially in (...) very lonely process, very scary process, I think just kind of trial and error and trying to figure out how to get moving with things really. (Participant 1, lignes 342-345)

Les facteurs contextuels et structurels influencent énormément le processus d'intégration de la compétence culturelle. Comme nous le verrons dans les sections suivantes, ce processus présente plusieurs défis et donnent des résultats qui ne sont pas toujours idéaux. Les deux prochaines catégories aborderont ces deux facettes des résultats.

5.4 Processus

Le processus fait référence à ce qui est actuellement fait à l'intérieur des programmes pour intégrer la compétence culturelle autochtone. Les différentes composantes soulevées lors des entrevues sont : les approches, l'attribution des responsabilités et les stratégies utilisées par les professeurs en sciences infirmières.

5.4.1 Approches souhaitées versus approches existantes

Les différentes approches utilisées pour intégrer la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières se sont avérées un élément fortement discuté lors des entrevues. La majorité des participants stipulent que la compétence culturelle autochtone doit être considérée comme une compétence de base en sciences infirmières, qu'elle devrait ensuite être tissée à travers le programme et présente dans tous les cours. Cependant, comme le démontrent les extraits suivants, ceci n'est pas nécessairement l'approche présentement adoptée pour intégrer le contenu à l'intérieur du curriculum :

So we need to really think about in the early part of the curriculum, have the students develop things like their communication skills, get an understanding of basics of ethics, understanding of the cultural differences, the cultural nuances, those types of things, the critical thinking, the problem-solving skills, so build that in the beginning, then allow students to self-select often times what areas they're the most interested in, but to share back and forth between the students, how the baseline knowledge is translatable to the different problems, diseases and things like that. I think that is going to be one of the best ways for us to be able to really address many of the challenges. (Participant 11, lignes 419-425)

Like I guess in an ideal world, I would want to see it integrated across the curriculum and in all aspects of courses, like the idea would be that if it's a core element that needs to be included in undergraduate curriculum. (Participant 10, lignes 77-79)

As I said about our curriculum, it needs to be addressed in every course and whether that's through communication, relational practice course, whether it's in health sciences you know, the increase burden of disease, you know, in the pathophysiology, with community health nursing concepts and communities, the community health nursing theory. Particularly around vulnerable populations and that extends to incarcerated. (Participant 3, lignes 237-242)

Or, la vision des participants est loin de représenter la réalité. Certains participants dénoncent l'état actuel des approches adoptées dans leur institution et la fragmentation de

l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Certains participants sont déçus et frustrés par les récentes initiatives visant à transformer le curriculum et jugent que les efforts sont insuffisants, comme l'explique ce participant :

L'idéal serait d'abord une philosophie de programme dans laquelle la dimension culturelle serait majeure et serait, à travers les quatre années, c'est pas, pas du, c'est pas juste du, comment je dirais, juste ici et là dans le programme que, puis qu'il n'y a pas de continuité. Puis je suis déçu un peu parce que je trouve que le petit peu qu'ils ont fait récemment pour revamper le programme, bien ils n'en parlent à peu près pas, alors c'est bien pathétique là. Mais, c'est ça. (Participant 14, lignes 106-111)

Certaines approches adoptées sont critiquées par quelques participants. Par exemple, un participant explique que les programmes adoptent souvent une approche très sélective (approche qu'elle décrit comme étant du « cherry picking ») plutôt que d'intégrer la compétence culturelle autochtone dans son ensemble :

I know right now across academia and nursing, everybody's talking about integrating and talking about indigenization, right? And so my sense of what discussions is happening is people just think well let's work with the Indigenous community and we'll talk with them, we'll integrate the knowledge into our nursing curriculum and then we've, then we become cultural competent and I'm saying actually no, you are actually creating a culturally unsafe environment because you can't just cherry pick knowledge and put it into a nursing curriculum. (Participant 8, lignes 109-117)

Cette approche indésirable est en effet décrite par plusieurs participants. Ceux-ci affirment que l'approche désirée consiste en un déploiement d'efforts à plusieurs niveaux et non une approche fragmentée ou superficielle. L'extrait suivant permet d'énumérer quelques exemples d'initiatives qui favoriseraient l'intégration de la compétence culturelle autochtone :

On en a tellement à apprendre, puis on a encore beaucoup de chemin à faire, puis on devrait en faire davantage puis l'effort doit être maintenu donc c'est pas juste, c'est pas juste j'ai fait ma petite présentation aujourd'hui puis là j'ai fait ma part c'est beaucoup plus que ça. C'est beaucoup, ça passe dans la salle de classe, mais ça passe aussi, faut que ça se transmette aussi dans les expériences cliniques puis faut que ça aille au-delà de ça. C'est-à-dire le bénévolat, l'implication communautaire, je pense que c'est plus que ça, faut en faire plus que ça. Voilà. (Participant 16, lignes 431-437)

Enfin, un participant mise sur une approche plus collectiviste qu'individualiste afin de faciliter l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur du curriculum. Celui-ci

affirme ne pas croire que cette intégration soit possible si l'on attribue des crédits universitaires à un seul professeur, et que tous les professeurs autochtones devraient contribuer à l'enseignement d'un cours.

That pedagogy does not fit with Indigenous education, this needs to be a collective course where all of us Indigenous scholars in this team need to contribute to the teaching of that course, but that is, that it's come back now. (Participant 8, lignes 360-363)

And so that infrastructure would support this collective notion, this collectivity, I think we cannot support indigenization in the current system with individual instructors being credited for the course delivering. (Participant 8, lignes 626-630)

Enfin, cette partie démontre qu'il existe un consensus sur les approches désirées lors de l'intégration du contenu dans le curriculum, et celles-ci sont loin de l'approche actuellement utilisée par certaines institutions.

5.4.2 Responsabilités

Le fait de devoir intégrer la compétence culturelle autochtone peut être perçu de différentes façons par les professeurs. Certains participants expriment un intérêt marqué pour le sujet. Tandis que pour d'autres, cette intégration représente un élément important de la formation, mais qui requiert du temps et des efforts supplémentaires pour développer leur propre compétence. Enfin, comme en témoignent ces extraits, pour certains professeurs, il est plus simple de ne pas s'impliquer et d'éviter d'intégrer la compétence culturelle autochtone (et la charge de travail qui vient avec cette intégration) :

But I think there's definitely room in other courses for that to be included more and you know, not that people would intentionally omit it, but I think that there's probably a lack of comfort with including that and more of a feeling of well, you know, I don't know how to speak to that or I'm not comfortable speaking to that so I'm just not going to put it in but not having you know, signed in on all their classes or, you know, gone over all of their Power Points. (Participant 9, lignes 410-414)

There is a lot of rotation of faculty and so you have different teachers teaching different courses quite often and so somebody that's comfortable with something, but then they move on and so, and so people are trying to pick up the pieces and teaching this and that and know they are not comfortable with it, so they kind of leave it out. (Participant 1, lignes 283-287)

I think it is only because I don't think students want to listen to me as a privileged person talk about Indigenous health. I don't even want to talk about it because I know, I don't have the capacity. I really, I could read to it, but they can read that at home. (Participant 4, lignes 193-197)

Certains professeurs ne veulent pas prendre en charge cette intégration, alors ils la délèguent ou laissent la tâche aux autres qui eux aussi ne veulent pas s'en occuper – un peu comme refiler la « patate chaude » à ses collègues. Donc, tout le monde sait qu'il y a un problème, mais personne ne semble vouloir s'y attarder et la responsabilité repose souvent sur le professeur autochtone. Comme l'expliquent les participants autochtones, certains professeurs croient que leur ethnicité est synonyme de compétence à enseigner le contenu. On ignore parfois les années d'expérience en enseignement et on leur impose la tâche d'enseigner tout contenu portant sur les peuples autochtones, comme en témoigne cet extrait :

It was kind of put on me that well, you're going to do this work, this is your work and this is what you are going to do and so it was kind of forced upon me as a very young and inexperienced nursing faculty that I would lead this with, so I agreed to being, being very naïve and you know wanting to make change and do better. (...) I expected everyone would be thrilled and excited and you know, somewhat congratulations and like, I didn't get that at all. (...) and this is keeping in mind I had no experience teaching. Zero and there's a faculty that have been at the College for thirty years teaching nursing, right? Thirty years, I'm coming with two months' experience, it was because I was identified as being Indigenous. So, I should do the work, I should know everything. (Participant 1, lignes 123-196)

Ainsi, nous pouvons observer que le manque de leadership et de soutien de la part de l'administration fait en sorte que la responsabilité du processus d'intégration repose principalement sur les professeurs – et que cette responsabilité est presque automatiquement refilee aux professeurs autochtones.

5.4.3 Stratégies

Plusieurs stratégies sont utilisées par les professeurs afin d'intégrer la compétence culturelle autochtone dans leur enseignement, par exemple l'utilisation de la littérature et d'auteurs autochtones, de données sociodémographiques, d'outils audiovisuels, d'expériences personnelles, de savoir autochtone et d'activités interactives. Cependant, l'intégration de la

littérature autochtone semble être une stratégie favorisée par les participants. Elle permet aux étudiants d'être exposés à un savoir autre que celui occidental, et de reconnaître la valeur du savoir autochtone. Comme le démontrent ces extraits, cette stratégie peut être utilisée à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de classe :

In lots of my courses and in some of my doctoral courses you know, integrating Indigenous researchers and authors and writers that have developed huge conceptual, theoretical pieces, I always make sure that we do integrate them as we would other people. (Participant 2, lignes 163-165)

We have set up an Indigenous Journal Club, reading club which is that you know, at lunch time once every six weeks or so we're going to have books or a journal or whatever, it won't just be academic literature, we're going to try and incorporate some interesting Indigenous fictional literature as well and again to really immerse our faculty and staff, and that will be for students also, to engage with each other, have some fun discussion you know, make it fun at lunch, you know that sort of thing. (Participant 7, lignes 94-100)

Definitely some readings in terms of Indigenous ways of knowing, teaching at the graduate level where you know, there are definitely weeks in my courses where we talk about research methods or conceptualization in bringing Indigenous ways of knowing. (Participant 5, lignes 105-107)

Toutefois, certains participants expriment que ce sont les expériences personnelles qui apportent le plus de résultats, en raison de leur crédibilité et des émotions qu'elles suscitent chez les étudiants. Certains professeurs vont donc se servir de leur propre vécu, anecdotes et photographies pour susciter l'intérêt, comme le démontrent ces deux extraits :

Donc, je que j'amenais en salle de classe c'est du vécu, c'est de l'expérience et beaucoup, beaucoup d'image, beaucoup de photos. (...) Je suis allée chercher particulièrement quand je parlais des déterminants de la santé et des iniquités en santé, je suis allée chercher beaucoup de photos et on a parlé à travers les rapports puis les enquêtes on a identifié des besoins de santé plus à travers les photos. Ça leur permettait de mieux visualiser ce qui était la situation puis c'était aussi l'occasion de leur parler du fait que la, ce que l'on connaît des premières nations ici dans notre petite communauté n'est pas nécessairement le reflet de partout au Canada et particulièrement quand tu prends, tu exposes des photos puis tu dis les gens actuellement on était en 2016 là y'on pas nécessairement d'égouts sanitaires, y'on pas nécessairement l'eau courante. (...) Puis tu sais, tu penses que tu es dans un pays de développement ben non, c'est chez nous. (Participant 16, lignes 227-237)

Well, I bring examples into different teaching, anything I do I bring it in (...) around community, community health, the way we do research, where we do research, I grew up, half of my community was an Indigenous community when

I grew up and I worked in different, several different Indigenous communities so I personally can draw on different examples and I bring those kinds of discussions in. (Participant 5, lignes 96-100)

Certains participants réalisent que le processus d'intégration nécessite des activités qui permettent d'aborder des attitudes et stéréotypes portés contre les peuples autochtones. Ceci peut être complexe pour certains professeurs et peut demander un certain niveau de compétence culturelle. Comme le démontre cet extrait, il est important de créer un espace sécuritaire pour que les étudiants puissent s'exprimer aisément :

I do exercises like I put a box in the classroom call it unpack your bias and so I ask them to put in anonymously when they come into class every morning on a little sticky to share one of their biases that they've become aware of, right? And so then at the end of the day, after class, I'll take my little box and I'll look at some of them and then the next class I'll address some of them, right? And so it creates a safe environment so where people don't are picked on or you know, identified because, I think the minute that happens, you know, there's so many judgments are made against people so what I do is I just use that as an opportunity to unpack some of those biases. (Participant 8, lignes 396-407)

Malgré les défis que pose le dispositif colonial et les multiples barrières à l'intégration de la compétence culturelle autochtone, les stratégies qu'utilisent les professeurs montrent une détermination, une débrouillardise, et une passion pour l'enseignement.

5.5 Résultats

Finalement, les résultats font référence aux effets de l'intégration de la compétence culturelle autochtone sur les professeurs et les étudiants. Cette dernière section expose d'abord les effets négatifs sur les professeurs ainsi que la réponse des étudiants et de l'administration, pour enfin dénoncer le racisme sophistiqué que l'on retrouve dans le milieu académique.

5.5.1 Conséquences négatives pour les professeurs autochtones

L'intégration de la compétence culturelle autochtone dans le curriculum en sciences infirmières entraîne, pour la plupart des participants, des effets négatifs tant sur le plan psychologique que physique. En effet, ce processus est traumatisant, surtout pour les professeurs autochtones. Ces professeurs vivent parfois du « tokénisme », du racisme, du stéréotypage et de la discrimination. Malgré tout, ils continuent à être impliqués dans leur communauté universitaire et à intervenir en

tant qu'experts tant dans la salle de classe que dans les rencontres de travail et de comités. Malheureusement, certains professeurs autochtones en viennent à quitter le milieu académique afin de prioriser leur santé et leur bien-être. Ceci n'est pas nécessairement compris par les autres membres de la faculté et par l'administration. Ces extraits permettent d'illustrer ce phénomène:

So, I found and like I think about that now and I couldn't understand it then, but I reflect on that now and I reflect on how traumatizing that was for me because it kept making me question one, maybe I'm not Indigenous enough. And then that would make me keep thinking back to, like alcoholism and violence and that's what it would bring me back to. So, it was actually, it was quite traumatizing to have all these older white faculty constantly say that to me, when they really had no idea. Like who I was and what my experiences were. That was that, and I didn't realize that at the time, but I realize that now. (Participant 1, lignes 212-221)

I think it's impacted me physiologically because I could, you know, through these meetings that you know I'm very mindful, they're very strong intuitive sense and during these conversations and pushback, I could feel my body reacting, I really think that contributed to my illness now. I just think there's always so much tension and it's really hard as an Indigenous faculty to not take it personal when you don't necessarily have the experience. (Participant 8, lignes 176-183)

We're getting sick, you know those of us who, if you're you know and are those one or two, we're getting sick, we're getting stressed, we're leaving our positions you know. (Participant 8, lignes 273-276)

Ces témoignages montrent les effets dévastateurs de l'intégration de la compétence culturelle autochtone lorsqu'elle se fait à l'intérieur d'un dispositif colonial et dans un contexte et une structure qui ne sont pas facilitants.

5.5.2 Réponse de l'administration

Malgré les efforts déployés au niveau des associations et du rapport de la CVR, les milieux universitaires ne valorisent toujours pas l'intégration de la compétence culturelle autochtone et demeurent réticents aux changements. Lors des entrevues, un grand nombre de participants disent avoir dû faire face aux questionnements de l'administration sur l'attention exclusivement portée sur les peuples autochtones, et non aux autres cultures, comme en témoignent ces deux extraits :

I'm talking about you know, faculty but I do think that there's some frustration at the faculty level as well because we are quite multicultural, we have a big international population on our campus. And sometimes the comments are about we need to be equitable to all cultures on campus and we can't be seemed to be always prioritizing Indigenous students and faculty. (Participant 3, lignes 123-127)

I wouldn't have, racist comments said directly to me... But I would hear them around me. Other faculty talking to other faculty about this is garbage, it was a lot of what about, this is *****, why do we have to focus on Indigenous people, what about we have lots of other ethnicities here, if, why do we, that was the common one, that was very, very common at the time. (Participant 1, lignes 157-163)

Pour ce participant autochtone, son expérience en tant que responsable de l'intégration de contenus portant sur les peuples autochtones a donné lieu à des expériences flagrantes de racisme. Comme le démontre l'extrait suivant, cette forme de violence silencieuse est toujours présente dans le milieu académique et se manifeste souvent par un désintérêt, des commentaires négatifs ou désobligeants, des comportements non-respectueux, etc.

We would have a faculty meeting and I'm talking and it would be usually at the end of a faculty meeting and I would see you know, I talked about how we need to have this in the curriculum, you know, this and that, and I would see eye rolling. Eyes rolling in the audience, yawning. People and not yawning because "I'm really tired", but just like "what a waste of time". You see those, you pick up on those. It's kind of, actions that people do... People standing up in the middle of when I'm speaking and, you know, mouthing words like "I don't have time for this". I can actually remember it like it's yesterday. (Participant 1, lignes 141-153)

Bien que notre échantillon ne fût pas composé entièrement de professeurs autochtones, les effets négatifs rapportés au cours des entrevues soulèvent des problèmes importants dans le processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone.

5.5.3 Réponse des étudiants

Les étudiants réagissent à l'enseignement de la compétence culturelle autochtone. En tenant compte que la plupart des étudiants sont des produits d'une éducation primaire et secondaire eurocentrique, il peut s'avérer difficile émotionnellement de leur enseigner tout contenu portant sur les peuples autochtones. De plus, les étudiants en sciences infirmières ont une certaine perception prédéterminée des sciences infirmières, qui est surtout axée sur la médecine

occidentale. Tel qu'expliqué précédemment, les professeurs doivent prioriser certains éléments dans leur enseignement, telle la médecine occidentale dominante. Ainsi, lorsque les professeurs tentent d'intégrer un contenu axé sur la compétence autochtone, ils font souvent face à la résistance des étudiants, comme le démontrent ces extraits :

The students said well this is not real research, how is this researched? This can't even be real and I, like I didn't want to let them know it was my work and so I had this, I had this huge body reaction that immediately took me and again it was a trigger for me, right? It just reinforces what they were saying and in my mind while I'm up there teaching, I'm thinking oh my god, maybe my work is not valid, oh my God is that how people see my work and so, it was one of the first times that I wanted to leave, run out of that classroom because I'm thinking here they're unpacking my work and they don't see any value in it at all and I mean in terms of Indigenous research, you know maybe that's my ego I'm thinking this is important work, right? (Participant 8, lignes 423-435)

For many of the students that I've worked with here at the university, their preference is to focus only on the stuff that's amenable to an acute care setting because it's a lot easier to deal with, just what they need to deal with when they come into that clinical setting and not even worry about everything else. "That's for the social workers," "that's for the community health nurse", "I don't know why any nurse would ever want to be a community health nurse or public health nurse because all I want to do is focus on the neat stuff where I can adjust the drill". (Participant 11, lignes 296-302)

Lors des entrevues, les participants affirment que la plupart des étudiants réagissent négativement à l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Certains expriment une certaine insensibilité qui pourrait provenir de stéréotypes profondément enracinés et transmis de façon intergénérationnelle, ou pourrait aussi provenir simplement du fait que le sujet n'est pas perçu comme étant prioritaire. Les participants expliquent qu'un grand nombre d'étudiants sont résistants ou pas intéressés et ne veulent tout simplement pas en apprendre sur la culture et l'histoire autochtone. Ceci fait en sorte que les professeurs sont parfois directement exposés à de la violence et du racisme de la part de leurs étudiants, que ce soit verbalement ou non verbalement, comme en témoignent ces deux extraits :

Some of the questions that students would bring up were like sickening (Participant 1, lignes 272-273)

OK, well unfortunately you know, racism is alive and well and we know that and sometimes I get a little bit of pushback from students that will say, when I

describe examples of you know, health inequities in First Nations or any (...) populations, they'll sometimes say can you give us another example of another vulnerable population and to me, that sounds like they're frustrated and they really aren't understanding the bigger picture of it, so then it's incumbent upon me as an educator to make that classroom safer because we do have a member of First Nations in our classroom. (Participant 3, lignes 107-112)

Les participants soulignent l'importance d'adapter leur enseignement et de créer des opportunités pour changer les mentalités. L'enseignement de la véritable histoire canadienne vient donc susciter des réactions chez les étudiants. Certains participants déclarent que l'enseignement de la vérité historique des peuples autochtones suscite chez les étudiants de la culpabilité et de la honte. Il arrive parfois même que les étudiants pleurent en salle de classe. Pour ce participant, ceci est une inquiétude puisque le résultat devient presque contre-productif – dans le sens où les étudiants deviennent méfiants du sujet, sont sur la défensive et deviennent distants :

Ils ont du mal à me comprendre, ils, c'est carrément dire que les Autochtones c'est des ivrognes puis que les Autochtones sont des paresseux et ça me fait mal dans le cœur, je ne suis pas autochtone, mais ça me fait mal parce que je me rends compte comment ils ne comprennent pas, ils ont besoin de non seulement d'enseignement, mais aussi du caring pour ces peuples. Et, mais non comment vous pouvez être infirmière et scientifique si vous ne comprenez rien, je vais vous expliquer ça. C'est pas comme si, c'est comme ça. Mais quand on leur explique et quand on leur montre ce qu'on a infligé aux peuples autochtones, ils commencent à se sentir coupables, ils commencent à se sentir tellement mal dans leur peau pour ce que leurs parents et leur grands-parents ont fait, de sorte que ma chère *****, ils ne veulent plus s'approcher des Autochtones parce qu'ils sont trop coupables et trop mal à l'aise. J'ai déjà eu des étudiantes qui ont pleuré dans mes classes quand elles ont compris ce qu'on a fait à nos Autochtones. (Participant 12, lignes 336-347)

Mais hum des barrières autrement c'est certain que j'ai des étudiantes des fois sur la défensive qui a, je fasse attention puis dire écoutez le but c'est pas, de se taper dessus puis dire on est tous méchants. (Participant 18, lignes 186-188)

Dans certains cas, la réponse des étudiants peut être positive. Dépendamment des opportunités offertes par l'institution, certains étudiants ont accès à des stages au sein d'une communauté autochtone. Dans d'autres cas, les étudiants peuvent bénéficier de la présence d'un professeur autochtone – élément qui rend l'apprentissage plus intéressant. Certains participants peuvent témoigner de l'efficacité de leur enseignement et de la structure de leur programme, et

à quel point l'enseignement portant sur les peuples autochtones fut une expérience enrichissante pour les étudiants :

I was really worried about teaching this course after our first few classes because there was so much tension but then they talked about how it became a safe place right? (...) So, encouraging students to unpack their own judgments and so, it turned out better, it ended up being one of their favorite courses. (Participant 8, lignes 541-549)

It was really a very changing experience. And to this day I still have people, students come and say to me how impactful that experience. (Participant 2, lignes 115-116)

Malgré les difficultés rencontrées par les professeurs autochtones, il est clair pour les professeurs que les étudiants bénéficient grandement de leur présence et de leur expertise.

5.5.4 Racisme sophistiqué

Finalement, le processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone dans un dispositif colonial (inchangé) met en lumière des enjeux systémiques majeurs, qui entraînent une forme complexe de racisme sophistiqué. Celui-ci est difficile à percevoir et à expliquer, puisque ce type de racisme semble se faufiler à différents niveaux et de façon très discrète. De plus, ce type de racisme est difficile à cibler s'il n'est pas vécu par un individu, et peut prendre plusieurs années d'expérience pour être identifié. Les extraits suivants permettent de dénoncer ce type de racisme :

I didn't sense, I didn't sense it at all and I think at that point I didn't understand like the kind of, I wouldn't say blatant, it's not blatant, but this kind of underlying racism that relates through you know, academia. I didn't understand it at that point but that was kind of my first taste of like what we were going to be up against. (Participant 1, lignes 131-136)

I think the action part is a lot harder, it's a lot harder because then you're really facing, you're facing racism like that's what you're underlying, that's what you're dealing with. You are dealing with racism in this horrific colonial history and ongoing actions, they're still, they're here, they're just a little more hidden. (Participant 1, lignes 519-123)

I think the danger for me with, and, indigenization, I think it's, it allows the academic institution to create these very high level sophisticated forms of sophisticated racism. (Participant 8, lignes 152-155)

Ces extraits, très révélateurs, exposent la situation actuelle de l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Cette intégration repose presque

entièrement sur les professeurs autochtones. En outre, les professeurs manquent souvent de soutien, et de partenariats, ce qui résulte en une intégration qui répond plus souvent qu'autrement à des obligations institutionnelles et non à une réelle quête de réconciliation.

5.6 Résumé

Les résultats de cette étude montrent que l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières est complexe, et ce, à tous les niveaux. Le chapitre 5 a permis de démontrer le dispositif colonial dont dispose les sciences infirmières dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Il a également permis d'identifier les différentes barrières et stratégies utilisées par les professeurs dans leurs efforts d'intégration de la culture autochtone dans leur enseignement.

Tout d'abord, les entrevues ont permis d'étudier cette intégration à différents niveaux, soit au niveau du contexte, de la structure, du processus et de constater les effets de l'intégration de la compétence culturelle autochtones sur les professeurs et étudiants. Le dispositif colonial, se manifeste au-delà du curriculum, des outils pédagogiques et des professeurs. Il se manifeste à chaque niveau d'intégration de la compétence culturelle autochtone en milieu universitaire.

Plusieurs barrières ont été identifiées grâce aux témoignages des professeurs. De celles-ci, nous avons pu observer que les professeurs sont souvent laissés à eux-mêmes pour intégrer compétence culturelle autochtone, avec peu ou pas de ressources et de soutien. Ce manque les force à effectuer le travail de façon superficielle – ce qui contribue à la création de relations non authentiques et respectueuses avec les communautés autochtones. Dans ce contexte, l'embauche de professeurs autochtones est souvent perçue comme la solution ultime à l'intégration de la compétence culturelle autochtone, ce qui constitue une forme de « tokénisme ».

Pour les professeurs autochtones, œuvrer dans un dispositif colonial et dans des programmes profondément axés sur un contenu biomédical et eurocentrique implique des difficultés importantes : résistance, stéréotypes, racisme, violence institutionnelle. Pour ces professeurs, le fait de porter la responsabilité d'intégrer la compétence culturelle autochtone dans

un tel contexte relève d'une forme de racisme sophistiqué. Cette forme de racisme a des conséquences négatives sur leur santé et leur bien-être.

Du côté des professeurs non-autochtones, on note une certaine ignorance, parfois de l'évitement et un sentiment de faillite face à compétence culturelle autochtone. Ceux-ci ont donc de la difficulté à créer des liens authentiques avec les experts autochtones, perpétuent parfois le racisme à travers leur enseignement et sont peu outillés afin d'enseigner le contenu portant sur les peuples autochtones. Ils font aussi face à des réactions vives et parfois négatives des étudiants, mais tentent de créer des opportunités d'apprentissage pour changer les mentalités.

Toutefois, nous avons pu observer des stratégies d'enseignements innovatrices de la part des professeurs afin d'intégrer le contenu portant sur la culture autochtone en salle de classe. D'autres participants ont soulevé des stratégies portantes sur les politiques universitaires, telles que la mise en place d'atelier ou de cours de formation continue pour les professeurs. Les professeurs misent également sur la création d'espaces culturellement sécuritaires pour leurs étudiants afin d'assurer une intégration du contenu efficace.

Enfin, comme pistes de solution, certains demandent plus de ressources disponibles, en français et en anglais, afin de mieux orienter leur enseignement. Les professeurs ont été nombreux à exprimer le besoin d'un meilleur leadership, tant au niveau des associations professionnelles qu'au niveau de l'institution académique. Plusieurs professeurs reconnaissent le rôle crucial que doit jouer le rôle de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC). Ils expriment qu'il est temps que leur expertise soit reconnue et que des partenariats authentiques entre les différentes associations doivent être créés.

En somme, l'intégration de la compétence culturelle autochtone passe par la décolonisation des sciences infirmières et des milieux universitaires. Sans quoi, cette intégration risque d'être effectuée de façon superficielle et inéquitable.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Au moment de l'analyse des résultats, quatre événements importants sont survenus: 1) l'acquittement de Gerald Stanley, accusé du meurtre de Colton Boushie, un jeune autochtone de 22 ans (Richards, 2018), 2) l'acquittement de Raymond Cormier, accusé du meurtre de Tina Fontaine, une jeune autochtone de 15 ans (Balkissoon, 2018), 3) la publication d'une série d'articles portant sur les disparités en santé des peuples autochtones dans le prestigieux journal *The Lancet* et 4) la diffusion d'une série d'entrevues par *CBC : Unreserved* exposant les enjeux systémiques sur l'intégration du savoir autochtone dans le milieu académique. Ces événements mettent en lumière les iniquités et le racisme systémique auxquels font face les peuples autochtones au sein du système de justice, du système de santé et du système d'éducation. Ils fournissent ainsi un contexte plus large dans lequel s'inscrivent les résultats de cette étude et la discussion qui suit.

À partir des résultats présentés dans le chapitre 5, trois principaux thèmes de discussion sont ressortis : 1) Décoloniser les sciences infirmières : une première étape, 2) Compétence culturelle : un concept problématique et 3) Intégration de la compétence culturelle : un processus bâclé. S'ajoutent à ce dernier chapitre les différentes implications pour la recherche, la théorie, l'éducation et les politiques en sciences infirmières. Les limites de l'étude et la conclusion permettront de compléter ce chapitre.

6.1 Décoloniser les sciences infirmières : une première étape

Les résultats de la présente étude ont permis de soulever la présence du dispositif colonial en sciences infirmières – dispositif qui se manifeste par le biais du curriculum, des outils pédagogiques et des professeurs. L'analyse des résultats confirme que le dispositif colonial est toujours bien présent dans les milieux académiques et qu'il pose un obstacle majeur à l'intégration de tout contenu portant sur la culture autochtone en sciences infirmières. Tout comme les résultats de l'étude de McGibbon et ses collègues (2014) sur la prédominance de la

pensée coloniale en sciences infirmières, les résultats de notre étude soulignent le manque de diversité culturelle à l'intérieur des institutions académiques, et ce à tous les niveaux. Ce manque de diversité contribue à maintenir bien en place la culture et le savoir occidental en sciences infirmières. Il peut aussi contribuer, comme l'indiquent nos résultats, à une certaine insensibilisation ou ignorance chez les professeurs qui ne reconnaissent pas toujours le besoin d'inclure la culture autochtone dans la formation initiale. Dans le cadre de cette étude, très peu de participants ont exprimé le besoin de se décoloniser eux-mêmes et de décoloniser les sciences infirmières, avant d'aborder la question de compétence culturelle dans le cadre de la formation. Ainsi, certains professeurs disaient avoir tenté d'intégrer la compétence culturelle autochtone dans leur enseignement et ce, sans avoir démantelé les structures qui maintiennent le dispositif colonial en place et sans se questionner eux-mêmes sur leur identité, leur expérience, et leur préparation pour aborder ce sujet si complexe. Les résultats suggèrent qu'il semble plus facile pour les professeurs d'intégrer la compétence culturelle autochtone de façon superficielle, au lieu de s'attaquer au dispositif colonial comme tel.

Dans son étude en milieu hospitalier, Browne (2005) souligne que les infirmières ont tendance à se concentrer sur les pratiques culturelles de leurs patients plutôt que de réfléchir au contexte structurel, historique et social qui influencent la santé (et la vie) de ces derniers. Browne (2005) explique que cette compréhension limitée de la culture autochtone empêche les infirmières de bien analyser ce contexte et de le remettre en question dans leur pratique. Tout comme dans l'étude de Browne (2005), nos résultats suggèrent que les professeurs qui tentent d'intégrer la compétence culturelle autochtone se concentrent davantage sur les pratiques culturelles, au lieu de discuter du dispositif colonial et de la nécessité de décoloniser les soins infirmiers. Cette conceptualisation limitée de la culture contribue à maintenir le dispositif colonial bien en place et a peu d'impact sur les conditions qui influencent la santé des peuples autochtones. En d'autres mots, elle offre aux étudiants une connaissance superficielle, voire même simpliste, des pratiques culturelles autochtones sans toutefois leur donner les outils pour comprendre réellement la

colonisation et ses effets. Sans une réelle décolonisation des sciences infirmières, l'intégration de la compétence culturelle devient tout simplement une forme d'instrumentalisation permettant de répondre de façon superficielle à l'Appel à l'action no. 24 du CVR (2015):

Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. (p. 3)

Le discours égalitarisme identifié par Browne (2005) a également été identifié dans la présente étude. Tel que l'explique Browne (2005), ce type de discours a pour principe de traiter tous les patients de façon « égale ». D'ailleurs, comme le soulignent McGibbon et ses collègues (2014), les sciences infirmières ont adopté ce discours en introduisant le concept de multiculturalisme dans la formation initiale. Le multiculturalisme stipule que tous sont égaux et que les différences culturelles coexistent de façon égale. Or, dissimulé sous le multiculturalisme, l'égalitarisme élimine toute analyse politique et critique de ces différences et des effets sur la santé des populations, notamment des peuples autochtones. Les résultats de Browne (2005) et de McGibbon et ses collègues (2014) corroborent les résultats de notre étude, puisque certains participants disaient favoriser une approche de compétence culturelle égalitaire, applicable à toutes les cultures, plutôt qu'une approche spécifique à la compétence culturelle autochtone. Sans intervention, les professeurs qui portent ce discours ne font que contribuer au dispositif colonial et à l'incompétence culturelle.

D'après nos résultats, il est évident que des actions concrètes doivent être apportées tant qu'au niveau individuel que systémique. Les participants ont suggéré une décolonisation de la discipline infirmière à différents niveaux : 1) décoloniser la pensée des professeurs, 2) décoloniser le contenu des manuels en sciences infirmières, 3) décoloniser la structure académique et 4) décoloniser les associations professionnelles. Comme le soulève McGibbon et

al. (2014), la décolonisation est une solution prometteuse pour la discipline infirmière afin de répondre aux besoins en matière de santé chez les peuples autochtones. Ces auteurs définissent la décolonisation comme suit :

The decolonization process involves affirming and activating paradigms of Indigenous knowledge to reveal the wealth and richness of Indigenous languages, world views, teachings and experiences, all of which have been systematically excluded from history, from contemporary educational institutions and from Eurocentric knowledge systems. (p. 182)

La décolonisation nous permet donc d'exposer, de transformer et de résister à l'influence coloniale (McGibbon et al., 2014). Le but de cette décolonisation n'est pas d'atteindre un état pré-colonial, mais d'amener une compréhension sur la façon dont le savoir autochtone a été influencé par la colonisation, d'identifier les pratiques coloniales, et de surpasser les limites imposées par la colonisation (Vukic, Gregory, & Martin-Misener, 2012). De plus, la décolonisation permet de freiner le processus de colonisation reliée à la recherche positiviste (Martin, 2012).

Selon notre étude, nous pouvons observer que le dispositif colonial exerce une influence considérable en sciences infirmières et comment celui-ci rend l'intégration de la compétence culturelle problématique. En outre, il a été soulevé par Smith (2016) que la vision euro centrique en milieu académique avantage particulièrement les professeurs non-autochtones. Ce constat, ainsi que les résultats de notre étude, permettent de soulever la nécessité d'une décolonisation à de la pensée des professeurs, des manuels de cours, de la structure académique et des associations professionnelles. Cette décolonisation redonnerait donc une validité au savoir autochtone comparable à celle du savoir non-autochtone d'aujourd'hui. Les professeurs autochtones seraient ainsi mieux appuyés. En décolonisant la pensée des professeurs, la valeur sociétale du savoir autochtone et sa validité seraient enfin acceptés, ce qui rendrait l'enseignement de la justice sociale des peuples autochtones prioritaire. Ceci permettrait d'abhorrer le racisme sophistiqué retrouvé en milieu académique et de combattre la violence latérale entre professeurs autochtones et non-autochtones. Si le contenu des manuels était lui aussi décolonisé, le savoir autochtone du point de vue du « colonisé » pourrait y être intégré.

Ceci exigerait donc la participation équitable des auteurs autochtones, et un partenariat authentique entre les maisons d'édition, les rédacteurs et les Aînés sur le développement des manuels. Ce partenariat authentique devrait aussi être développé pour décoloniser la structure académique et les associations professionnelles. En milieu académique, cela signifie une reconnaissance de l'expertise des individus ne détenant pas nécessairement les qualifications issues du système académique occidental (p. ex. Aînés, guérisseurs traditionnels, agents de la santé communautaires, travailleurs de la santé mentale, etc.). De plus, sur le point de vue de l'équité, davantage d'opportunités sur l'avancement professionnel devraient être offertes spécifiquement aux professeurs autochtones. Finalement, la décolonisation au niveau des associations professionnelles signifie une reconnaissance de leur expertise et l'établissement de partenariats authentiques entre les associations autochtones et non-autochtones. Malheureusement, la réalité de certaines associations autochtones orbite surtout autour du « tokénisme » et de l'exploitation. En décolonisant les associations professionnelles, celles autochtones seraient en mesure de s'épanouir et de prospérer.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude démontrent que certains professeurs entreprennent eux-mêmes une forme de décolonisation des outils pédagogiques et des théories qu'ils utilisent dans leur enseignement. Plusieurs ont exprimé que les théories dominantes en sciences infirmières ne sont pas adéquates pour répondre aux besoins des peuples autochtones en matière de santé. Or, certains professeurs ont critiqué leur utilisation et ont exprimé reconnaître l'importance des savoirs autochtones pour la discipline infirmière. Cependant, ces professeurs demeurent en minorité et la discipline infirmière – y compris son émancipation et son type de savoir produit, utilisé et mis en pratique – demeure profondément coloniale. Ces données permettent de conclure que des réflexions critiques sur les fondements de la discipline et l'utilisation de modèles théoriques sont essentielles à la décolonisation des sciences infirmières au sens large.

6.2 Compétence culturelle : un concept problématique

La revue de la littérature a permis de présenter un corpus de connaissance sur la compétence culturelle. De façon générale, les participants étaient familiers avec le concept de compétence culturelle tel que présenté dans la littérature. Cependant, les résultats de cette étude permettent de soulever des aspects problématiques quant à son utilisation. Bien que certains participants n'aient pas fait valoir leurs préoccupations sur la compétence culturelle, plusieurs luttent contre son utilisation en contexte autochtone. En effet, ces derniers critiquent le concept de compétence culturelle dû à son influence coloniale et son rôle sur le renforcement d'idéologies et politiques occidentales. Selon notre étude, plusieurs participants considèrent la compétence culturelle comme un concept problématique en raison de son aspect restrictif et instrumental, et de son inefficacité à rejoindre la réalité sociohistorique des peuples autochtones.

Certains participants ont critiqué l'aspect restrictif de la compétence culturelle en lien avec la santé autochtone. Tout d'abord, les résultats de cette étude démontrent que les modèles dominants, tels que celui de Camphina-Bacotte et de Leininger, ne correspondent pas à la réalité socio-économique et historique des peuples autochtones. Les résultats suggèrent que la compétence culturelle n'est pas suffisante pour susciter une autoréflexion chez les professeurs et les étudiants, ce qui les empêche de déconstruire leurs stéréotypes, perspectives, compréhensions et interprétations d'une culture autre que la leur. La compétence culturelle ne tient pas compte de l'enseignement de la pratique relationnelle avec le patient autochtone et ignore le principe de réciprocité de la culture autochtone. Les modèles portant sur la compétence culturelle ne permettent pas d'outiller les professeurs adéquatement pour qu'ils puissent combattre le racisme porté contre les peuples autochtones. Enfin, tout comme Browne (2005) et Tarlier et al. (2013), une perspective de sécurité (et non compétence) culturelle est cruciale pour prodiguer aux infirmières une compréhension des enjeux sociopolitiques et historiques qui définissent la santé des peuples autochtones.

D'une autre part, cette recherche dénonce l'aspect instrumental qu'entraîne la compétence culturelle. Les résultats démontrent que ce concept est largement un concept occidental qui permet aux institutions académiques de créer des simples « cases à cocher » (forme d'instrumentalisation) de l'intégration de la culture autochtone dans le curriculum. Pour certains participants, la transformation de la discipline infirmière est beaucoup plus qu'une liste de compétences à développer – processus colonial qui est toujours utilisé par les organismes nationaux d'accréditation, par exemple. En revanche, l'intégration de contenu portant sur les peuples autochtones peut être perçue, pour certains, comme une tâche forcée et complexe en raison de la nature compétitive du curriculum en sciences infirmières. En plus de l'inauthenticité qui peut en découler, la compétence culturelle devient un simple « projet colonial », puisque l'intégration de celle-ci permet de conserver les structures académiques coloniales. Les résultats démontrent donc que la compétence culturelle permettrait de perpétuer les idéologies coloniales, par le renforcement des pratiques et politiques occidentales à travers les différents niveaux : contextuel, structurel et processus. Enfin, les modèles dominants et euro-centriques semblent seulement cibler les professeurs et étudiants de culture occidentale, et ce pour premièrement bénéficier ces individus et non le patient autochtone. Il est donc crucial de développer et d'adopter des modèles théoriques qui reflètent la vision du monde autochtone. Celles-ci permettront de transférer le pouvoir au patient autochtone – principe de la sécurité culturelle créé par l'infirmière et militante Maorie Irihapeti Merenia Ramsden – où le patient est celui qui définit s'il est en sécurité ou non en milieu de soin (Ramsden, 2002; Richardson & Williams, 2007).

Les aspects problématiques de la compétence culturelle font en sorte qu'une variété de termes sont utilisés par les professeurs pour décrire l'intégration de la culture autochtone en sciences infirmières. Les résultats de cette étude ont donc permis de repérer un manque de standardisation des concepts qui sont utilisés en sciences infirmières pour répondre aux besoins en matière de santé autochtone. Pour certains participants, l'utilisation de la compétence culturelle ne leur pose aucun problème dans la formation infirmière. Cependant, pour d'autres, il

est clair qu'il y existe certaines préférences dans la terminologie utilisée. Un participant potentiel a même décidé de ne pas participer à l'étude en raison de sa prise de position contre le concept de compétence culturelle. De plus, les résultats démontrent la présence d'un désir à adopter un concept plus centré sur le patient autochtone – tel que le concept de sécurité culturelle – puisque celui-ci permet d'évaluer la qualité telle que perçue par le patient et non le professionnel de la santé. Bien qu'un participant ait exprimé que la sécurité culturelle permettrait davantage de discuter des expériences négatives en soins de santé (forme de victimisation) que de permettre aux patients autochtones de s'affirmer, plusieurs participants ont précisé que ce concept serait plus adéquat que la compétence culturelle dans la discipline infirmière.

Malgré les dimensions problématiques du concept de compétence culturelle, la littérature portant sur ce concept domine toujours en sciences infirmières. Selon notre recension des écrits, nous pouvons observer l'utilisation concomitante de la compétence culturelle et la sécurité culturelle dans les études et rapports de différentes associations professionnelles. Ceci vient donc brouiller la distinction entre les deux concepts, ce qui nuit à l'avancement de la recherche et de la conceptualisation de la sécurité culturelle. Nous croyons qu'il existe un besoin aigu de prise de position des associations professionnelles sur l'adoption du concept le plus adéquat pour répondre aux besoins des peuples autochtones. Considérant l'expertise de l'Alliac et de sa collaboration avec les différentes associations non-autochtones en sciences infirmières, nous croyons que cette association ait la capacité d'être l'agent principal de ce changement et de l'application complète du concept dans la discipline.

En somme, il est évident que la compétence culturelle n'est pas le concept approprié pour répondre aux besoins en santé autochtone. Les résultats de cette étude permettent de mettre lumière sur l'eurocentrisme, la nature conservatrice des sciences infirmières et l'inefficacité des modèles et théories utilisées. Ceci reflète la sous-représentation des professeurs autochtones et la non-reconnaissance de l'expertise de l'Alliac en sciences infirmières. Enfin, comme expliqué dans le chapitre 2, les infirmières ont, par le passé, révolutionné les soins de santé en adoptant

de nouvelles pratiques et de nouvelles connaissances, et en les intégrant à l'éducation (Stansfield & Browne, 2013). Les disparités en santé des peuples autochtones justifient le besoin de nouvelles connaissances et approches novatrices en sciences infirmières. Ainsi, nous croyons que l'analyse critique qu'apporte notre étude et le changement suggéré vers la sécurité culturelle pourraient, sans aucun doute, contribuer à l'amélioration du curriculum en sciences infirmières du 21^e siècle.

6.3 Intégration de la compétence culturelle : un processus bâclé

Malgré l'utilisation irrégulière du concept de compétence et de sécurité culturelle, une chose demeure certaine pour plusieurs participants à l'étude : il est important d'aborder la culture et l'histoire autochtone dans la formation initiale en sciences infirmières. Bien que cette étude avait pour objectif de soulever des stratégies utilisées par les professeurs en sciences infirmières, les résultats permettent surtout de soulever les barrières rencontrées dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone. À partir de ces barrières, nous avons pu observer que l'intégration du contenu autochtone en sciences infirmières est tentée 1) de façon trop précipitée pour simplement « suivre la vague » créée par les conclusions tirées du CVR 2) sans ressources adéquates, 3) avec peu d'authenticité, 4) de façon sélective (« cherry picking »). Enfin, l'intégration de la compétence culturelle autochtone en milieu académique créer une forme de racisme sophistiqué. Cette forme de racisme envers les professeurs autochtones se manifeste par du racisme passif – une forme de violence silencieuse – et du tokénisme.

Tout d'abord, plusieurs des participants ont discuté de l'influence du CVR sur la restructuration des programmes. Bien que les participants reconnaissent son influence, Les résultats ont permis de constater que peu de ressources sont mises en place afin d'assurer les changements nécessaires pour répondre aux Appels à l'action. Un grand nombre de participants ont dénoncé les budgets restrictifs et la surcharge de travail qui leur empêche d'assurer le succès de l'intégration. Même si ces défis sont posés en milieu universitaire, ceci n'arrête pas les professeurs à vouloir contribuer à la réconciliation selon les moyens offerts. Cependant, comme

l'explique Bopp, Brown et Robb (2017), une des principales raisons de l'échec d'une réconciliation dans le milieu académique est la « ghettoïsation » du processus d'« indigenizing » (intégration du savoir autochtone). Une ghettoïsation signifie qu'un minimum de ressources sont attribuées à l'intégration du savoir autochtone en milieu académique, puisque le processus est seulement perçu comme un « projet spécial » et temporaire. Ces mêmes auteurs déclarent que cette transformation ne pourra jamais se produire si les ressources financières et le support institutionnel ne sont pas accordés. Enfin, selon les résultats de notre étude, le manque de ressources financières et temporelles prévient l'établissement de partenariat authentique avec la communauté autochtone.

Le partenariat authentique entre les membres de la faculté et la communauté autochtone est un élément essentiel à l'« indigenization » du milieu académique (Bopp et al., 2017). Cependant, les résultats permettent de souligner la difficulté à établir ce partenariat authentique. Ceci peut, en partie, être expliqué par une sous-représentation des professeurs autochtones, mais aussi par le manque de support administratif, l'ignorance, la réticence et l'insensibilité des professeurs à l'importance des partenariats. Bien que les participants étaient hautement éduqués, certains démontraient une ignorance face à la culture, l'histoire et l'environnement sociopolitique des peuples autochtones. Puisque certains ignorent toujours le contexte sociopolitique des peuples autochtones, il est plus facile pour ces professeurs d'adopter le discours d'égalitarisme, comme expliqué par Browne (2005). Or, malgré la publication du rapport du CVR et des Appels à l'action, certains peuvent rester insensibles aux besoins de changements de la discipline infirmière. L'ignorance des professeurs nous permet de constater que, pour bien répondre à l'Appel à l'action #24 du CVR, il est nécessaire que de l'enseignement sur les peuples autochtones leur soit être faite. Selon nous, un simple cours portant sur la culture ne s'avèrerait pas assez efficace. Cette étude démontre le besoin crucial d'une déconstruction de leurs apprentissages antérieurs et d'une décolonisation de leur pensée, pour ensuite leur enseigner l'histoire véridique des peuples autochtones.

La combinaison des éléments précédents a donc résulté, pour certains participants, en l'adoption d'une approche sélective (*cherry picking*). L'intégration de la compétence culturelle est tentée par différentes approches, pour arriver à un résultat rapide et superficiel. Ceci est fait parallèlement à l'instrumentalisation de la compétence culturelle en milieu académique. Aux fins de consultation, les professeurs procèdent parfois à l'établissement de partenariats non-authentique avec la communauté autochtone. Ils ont parfois recours à une approche sélective afin d'arriver à une intégration du savoir autochtone jugée satisfaisante par l'institution universitaire. Ceci représente donc une incompréhension ou un non-respect des principes d'application des connaissances autochtone : propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) (Assemblée des Premières Nations, 2009). Ces principes servent à assurer le droit de propriétés des Premières Nations quant aux renseignements qui les concernent, de les contrôler et d'y avoir accès – élément qui assurent l'autodétermination et le développement de leur culture (Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2018). En ne respectant pas ces principes, les professeurs procèdent à une collecte de données qui est non conforme à l'éthique et risque de nuire à l'autodétermination des peuples autochtones.

Ainsi, les résultats de la présente étude permettent de soulever la présence de « racisme sophistiqué » vécu par les professeurs autochtones. Celui-ci, bien que subtil, est ressenti lors de rencontres entre membres de la faculté et lors de l'enseignement en classe. Les résultats de cette étude corroborent les résultats de l'étude Martinez, Chang et Welton (2017) portant sur le racisme et la marginalisation en milieu académique. Parallèlement, les défis auxquels les professeurs autochtones font face sont multiples, tels que : le besoin de combattre les stéréotypes qu'on les étudiants envers les autochtones et d'y résister, en plus de demeurer authentique et d'enseigner avec intégrité (Martinez et al., 2017). En outre, tout comme l'étude de cas de Niemman (2016) portant sur son expérience en tant que professeur mexico-américaine, nos résultats démontrent la présence de « tokénisme » en milieu académique. Dues à leur sous-représentation en milieu académique, les professeurs autochtones ont exprimé être souvent responsables de

l'enseignement de tout contenu portant sur la culture autochtone et de la transformation du curriculum, en plus de siéger sur des comités multiples. Les professeurs autochtones ont exprimé être surmenés, mais que leur travail ne peut être dissocié de leur identité et doit donc être fait malgré le manque de temps et de soutien.

À la lumière de ces résultats, il semble que les institutions académiques ne sont pas prêtes à effectuer les changements nécessaires à la discipline infirmière pour répondre à l'appel à l'action no. 24 du CVR. Le racisme sophistiqué rapporté dans cette étude, selon nous, permet de conclure que le processus d'intégration de la compétence culturelle autochtone est bâclé. La réconciliation est l'affaire de tous et il est inacceptable que le fardeau repose exclusivement sur les professeurs autochtones en sciences infirmières.

6.4 Implications et recommandations

Les résultats de cette étude permettent de proposer des recommandations concernant l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières sur le plan de la recherche, de la théorie, de l'éducation et des politiques (*policy*).

6.4.1 Implications pour la recherche en sciences infirmières

Les résultats de cette étude viennent contribuer au corpus de connaissances sur la compétence culturelle en sciences infirmières, notamment celle spécifique aux peuples autochtones. Depuis la publication du rapport final du CVR et des Appels à l'action, maints efforts ont été déployés dans différents domaines afin d'apporter de changements systémiques pour améliorer la condition de vie et la santé des peuples autochtones. Puisque l'Appel à l'action no. 24 cible les écoles en sciences infirmières, il était primordial pour cette étude qu'un regard critique soit d'abord posé sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. À ce jour, aucune étude qualitative de ce genre n'avait été effectuée au pays. Le devis de recherche et la perspective théorique utilisés pour réaliser cette étude ont permis de documenter l'expérience des professeurs contribuant ainsi à une meilleure compréhension de la complexité de l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières.

Puisque cette ère de réconciliation est assez récente au Canada, il ne fait aucun doute que des recherches futures doivent être effectuées sur la sécurité culturelle, l'« indigenization » et la décolonisation des milieux académiques. Des recherches relevant d'une approche méthodologique mixte permettraient d'évaluer les changements observés en matière de politiques académiques qui vise la décolonisation et l'indigénisation. De plus, ce type de recherche permettrait l'évaluation d'interventions (p.ex., ateliers sur la sécurité, *blanket exercise* et conférenciers) visés pour renseigner les professeurs sur la culture et l'histoire des peuples autochtones. Il serait entre autres pertinent de s'attarder à une université « championne » (p.ex., université qui a réussi à transformer ses structures académiques pour intégrer de façon exemplaire la compétence et la sécurité culturelle autochtone), afin d'établir des meilleures pratiques et de servir de modèle pour les autres universités canadiennes. De plus, il serait pertinent d'effectuer des recherches qualitatives additionnelles auprès des professeurs, des membres de l'administration et des étudiants afin de développer une documentation exhaustive de l'expérience de tous les individus touchés par l'intégration de la compétence et sécurité culturelle autochtone. Des recherches doivent aussi être effectuées afin d'évaluer l'intégration du contenu – à savoir quelles approches sont les plus efficaces et quelles sont celles qui posent le plus de défis. Ces recherches semblent nécessaires et préalables à l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières.

6.4.3 Implications pour la théorie infirmière

Très peu de recherche ont été effectuées sur l'expérience des professeurs exclusivement en lien dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone. En outre, même si les approches postcoloniales en sciences infirmières sont bien développées, elles sont souvent utilisées pour étudier l'expérience du patient ou du soignant en milieu clinique. L'utilisation des approches postcoloniales dans la pédagogie en milieu universitaire est encore trop peu développée, plus de recherche est donc nécessaire. Davantage d'études postcoloniales permettrait de combattre et éradiquer des structures de pensée, de gouvernance et d'éducation qui sont ancrées dans

l'eurocentrisme et de prendre en compte l'influence du colonialisme et du système capitaliste qui influencent la structure académique. En utilisant davantage cette approche critique en recherche, la formation infirmière pourra finalement introduire pleinement les notions de colonialisme, de relation de pouvoir, de race et de justice sociale.

La simplicité et la pertinence du cadre de Rowan et al. (2015) a permis d'orienter cette étude. De plus, l'adaptation du modèle de Donabedian de 1966 (McDonald et al., 2007; Rowan et al., 2013) rend celui-ci spécifique à l'éducation en sciences infirmières. Les différentes composantes du modèle de Rowan et ses collègues (2015) (*contextual, structure, process* et *outcomes*) ont permis d'amorcer la documentation de l'expérience des professeurs à différents niveaux de l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Toutefois, ce modèle demeure incomplet dans le sens où il ne permet pas de prendre en compte l'influence coloniale qui influence toutes les étapes de l'intégration de la compétence et de la sécurité culturelle en sciences infirmières. De plus, il a été peu utilisé en sciences infirmières. Ces constats permettent de justifier la nécessité d'améliorer le modèle, pour qu'il soit davantage utilisé en recherche. Toutefois, il serait aussi pertinent d'élaborer d'autres modèles propres au contexte canadien en raison de l'unicité de son histoire de colonisation des peuples autochtone, de la gestion de la santé des peuples autochtones à travers les programmes du gouvernement fédéral et de l'interaction complexe des déterminants sociaux de la santé autochtones. Enfin, l'utilisation problématique du concept de compétence culturelle justifie le besoin de clarifier le concept et son utilisation pour répondre aux Appels à l'action du CVR. La discipline infirmière pourrait donc bénéficier d'un analyse conceptuel portant sur la compétence culturelle lorsque utilisé en santé autochtone.

6.4.3 Implications pour l'éducation en sciences infirmières

À la lumière des résultats de cette étude, il est clair que l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières doit être facilitée à toutes les étapes du processus. Dans le domaine de l'éducation, il est primordial que les professeurs en sciences infirmières bénéficient

d'une éducation sur l'histoire et la culture autochtone, afin qu'ils puissent devenir eux-mêmes culturellement compétents. Du matériel pédagogique (p.ex. manuels de cours, outils audiovisuels, forums en ligne, sites web, ateliers en lignes, conférences, etc.) doit être développé afin de mieux outiller les professeurs. De plus, des comités et des groupes de supports doivent être mis en place afin de supporter les professeurs durant ce processus. Enfin, l'institution académique se doit de veiller à ce que les ressources nécessaires – telles la disponibilité de ressources pédagogiques, d'ateliers de développement professionnel et de personnel de soutien et d'administration – soient disponibles pour les professeurs. Le travail supplémentaire des professeurs autochtones et leur engagement à l'intérieur de multiples comités doivent également être reconnu à l'intérieur de leur charge de travail. En raison de l'établissement de partenariat avec la communauté autochtone, le développement de cours portant sur la culture autochtone exige plus de temps. Ainsi, la charge de travail entre la recherche, l'enseignement et le service communautaire des professeurs devrait être flexible afin d'accommoder la réalité des professeurs autochtones pour éviter le surmenage et le tokénisme.

Cette étude permet d'orienter la formation infirmière, puisqu'elle met lumière sur les barrières rencontrées par les professeurs dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Ces barrières permettent d'établir des pistes de solution, qui elles permettront de prodiguer un environnement culturellement sécuritaire pour les étudiants, qu'ils soient autochtones ou non. Comme expliqué au chapitre 2, les institutions doivent fournir des éducateurs, un cursus et un environnement qui soient culturellement compétents et sécuritaires afin de former des professionnels de la santé culturellement compétents à leur tour (ONSA, 2008). Ainsi, il est crucial que les barrières au niveau des professeurs et du cursus soient identifiées et affrontées, afin de répondre à l'Appel à l'action no. 24 du CVR.

6.4.3 Implications pour les politiques en sciences infirmières

À partir des résultats, plusieurs recommandations ont permis d'être émises pour les associations professionnelles en sciences infirmières et pour le milieu universitaire. Puisque les résultats

suggèrent un appel à l'action sur le leadership des associations professionnelles et des membres de l'administration en milieu académique, le tableau 4 (page suivante) permet de présenter une synthèse des recommandations soulevées.

6.5 Limites

Tout d'abord, l'échantillonnage comporte des limites qu'il faut adresser (chapitre 4). Le type d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné est une limite en soi. Certes, cette technique a permis d'assurer une certaine diversité chez les participants, mais a entraîné la sous-représentation des professeurs autochtones a été constatée lors du recrutement – élément qui est représentatif de la discipline infirmière. Cette étude ne permet donc pas d'explorer exhaustivement l'expérience des professeurs autochtones en sciences infirmières.

L'utilisation du concept de compétence culturelle est une autre limite constatée lors des entrevues. Selon les résultats (chapitre 5), il existe une certaine irrégularité entre le concept de compétence culturelle et de sécurité culturelle. Pour les professeurs qui utilisent le concept de sécurité culturelle – comme le cas d'un participant potentiel –, celle-ci peut avoir influencé le recrutement de certains participants en raison d'une division qui peut s'être créer entre les professeurs. Ainsi, la voix de ces professeurs qui critiquent le concept de compétence culturelle peut ne pas avoir été capturée.

Enfin, nous comprenons que le cadre théorique de Rowan et al. (2015) est une limite à l'étude. Au chapitre 3, il a été soulevé que le cadre théorique n'avait pas encore été utilisé due à sa nature propre au contexte canadien. Le cadre utilisé est donc encore en développement et peut rendre et met lumière l'importance d'études additionnelles afin de le peaufiner. Cependant, la popularité du célèbre modèle de Donadebian de 1966 témoigne de la fondation solide du cadre de Rowan et al. (2015). La fondation théorique et empirique nous permet donc de constater que ce cadre s'est avéré adéquat pour notre recherche.

Tableau 4. Recommandations pour les politiques en sciences infirmières

MILIEU	RECOMMANDATIONS
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation obligatoire avec l'AIIAC comme étant l'expert et détentrice du savoir portant sur les sciences infirmières autochtones • Création d'un partenariat authentique entre l'AIIAC et l'ACESI • Prise de position de la part de l'AIIAC, l'ACESI et l'AIC sur la terminologie utilisée pour assurer une standardisation • Implémentation d'un cours obligatoire portant sur la culture autochtone dès la première année de formation en sciences infirmières • Intégration des compétences culturelles autochtone tout au long des programmes en sciences infirmières • Processus d'accréditation à travers différentes instances (p. ex. Accréditation Canada, Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, etc.) • Plaidoirie de la part de l'AIIAC, l'ACESI et l'AIC auprès des différents ministères de l'éducation provinciaux
INSTITUTIONS ACADÉMIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques d'embauches axées sur les principes d'équités, de genre et de race • Politiques d'embauches pour les Aînés en résidence • Processus interne de gestion de conflits spécifique à l'antiracisme et l'anti discrimination • Processus de traitement de plaintes sur le harcèlement afin de créer un milieu sécuritaire pour les professeurs et les étudiants • Support et opportunités supplémentaires pour les professeurs autochtones afin qu'ils puissent accéder à des positions de leadership (p. ex. critères adaptés pour répondre aux principes d'équité) • Révisions budgétaires pour centraliser la transformation du curriculum • Mise en place d'un maximum de crédits d'enseignement et de participations aux comités pour chacun des professeurs autochtones • Implantation d'un processus de révision sur l'intégration de contenus portant exclusivement sur la culture autochtone

Conclusion

Pour conclure, cette étude a permis de commencer à documenter l'expérience des professeurs dans l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières. Cette étude avait pour but d'identifier les stratégies, les barrières et les pistes de solution afin de faciliter cette intégration. L'analyse des données a mis en lumière la complexité de l'intégration du contenu en milieu académique et comment ce processus peut être bâclé. Ainsi, les résultats permettent d'identifier beaucoup plus de barrières que de stratégies, ce qui démontre un besoin flagrant de leadership et de support administratif. De plus, on constate que les professeurs autochtones œuvrent dans un milieu non sécuritaire, puisqu'ils sont victimes de tokénisme et de violence latérale de la part de leurs collègues non-autochtones – éléments faisant preuve de racisme sophistiqué. En général, les professeurs sont livrés à eux-mêmes, avec ressources et support administratif limités, pour but de répondre à l'Appel à l'action no. 24 du CVR. Ceci leur nécessite donc du temps et des efforts supplémentaires à l'intérieur d'une charge de travail déjà lourde.

Cette étude est en soi un appel à l'action pour les associations en sciences infirmières pour adresser les barrières posées contre l'intégration de la compétence culturelle autochtone. Il apparaît clair que davantage de recherches doivent être effectuées afin d'explorer les stratégies, barrières et pistes de solutions. Dans cette ère de réconciliation, il est primordial que les besoins en matière de santé des peuples autochtones soient adressés à travers l'éducation des futurs professionnels de la santé. En revanche, l'intégration ne peut être effectuée s'il n'y a pas une décolonisation de la pensée des professeurs et de l'institution académique. Il est nécessaire que les professeurs soient eux-mêmes compétents sur le plan culturel, pour ensuite transmettre leur savoir à leurs étudiants. En outre, la réconciliation ne peut être effectuée sans une reconnaissance du rôle des infirmières lors de la colonisation. Cette reconnaissance sera, selon nous, l'élément déclencheur qui facilitera une décolonisation des sciences infirmières. Sans cette décolonisation, la discipline infirmière demeurera un outil du colonialisme, et continuera à maintenir les peuples autochtones aux marges de la société.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- AADNC. (2010). Droits issus des traités. Retrieved from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100028602/1100100028603>
- AADNC. (2016). Note d'information générale sur les politiques relatives à l'autonomie gouvernementale et aux revend. Retrieved from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1373385502190/1373385561540>
- Aboriginal Healing Foundation. (2005). *Warrior-Caregivers: Understanding the Challenges and Healing of First Nations Men*. Ottawa, Ontario: Aboriginal Healing Foundation.
- ACESI. (2013). *Former les infirmières à aborder les déterminants socioculturels, historiques et contextuels de la santé chez les peuples autochtones*. Ottawa, Ontario.
- ACESI. (2014). *Compétences en santé publique pour accéder à la pratique en vue de la formation en sciences infirmières de premier cycle*. Ottawa, Ontario.
- ACESI. (2015). Cadre National de l'ACESI sur la formation infirmière. Retrieved from <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- ACESI. (2016). Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada 2014-2015. Retrieved from <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2016/11/2014-2015-FR-SFS-FINAL-REPORT-supressed-updated-1.pdf>
- ACESI. (2018). Programmes agréés canadiens d'enseignement en sciences infirmières, 1–8. Retrieved from <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2016/11/2014-2015-FR-SFS-FINAL-REPORT-supressed-updated-1.pdf>
- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(April 2005), 45–61.
<https://doi.org/10.17269/cjph.96.1490>
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of Scales to Assess Patients' Perception of Physicians' Cultural Competence in Health Care Interactions.

<https://doi.org/10.1177/1043659612441025>

AIAC. (2011). *Cultural Competency and Cultural Safety Curriculum for Aboriginal Peoples*. Ottawa, Ontario.

AIAC, ACESI, & AIIC. (2009). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis*. Retrieved from http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Review_of_Literature_f.pdf

AIIC. (2009). *Position statement. Promoting cultural competence in nursing*. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/6---ps114_cultural_competence_2010_e.pdf

AIIC. (2014). *Aboriginal Health Nursing and Aboriginal Health: Charting Policy Direction for Nursing in Canada*. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/~/_media/cna/page-content/pdf-en/aboriginal-health-nursing-and-aboriginal-health_charting-policy-direction-for-nursing-in-canada.pdf?la=en

AIIC. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/~/_media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr

AIIC. (2017a). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Ottawa.

AIIC. (2017b). Santé autochtone. Retrieved from <https://cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/sante-autochtone-et-soins-infirmiers-autochtones>

AINC. (2005). *Comparison of social conditions, 1991 and 1996 : Registered Indians, Registered Indians living on reserve and the total population of Canada*. Ottawa.

Anderson, K., Yeates, K., Cunningham, J., Devitt, J., & Cass, A. (2009). They really want to go back home, they hate it here: The importance of place in Canadian health professionals' views on the barriers facing Aboriginal patients accessing kidney transplants. *Health & Place*, 15(1), 390–393. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.03.002>

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2002). Transcultural Concepts in Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 178–180.
- Assemblée des Premières Nations. (2009). Les principes PCAP® des Premières Nations. Retrieved from <http://fnigc.ca/fr/pcapr.html>
- Auger, M., Howell, T., & Gomes, T. (2016). Moving toward holistic wellness, empowerment and Self-Determination for indigenous peoples in Canada: Can traditional indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian Journal of Public Health, 107*(4–5), e393–e398. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5366>
- Balkissoon, D. (2018). Even after death, Canada denies Tina Fontaine dignity. *The Glode and Mail*. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/opinion/even-after-death-canada-denies-tina-fontaine-dignity/article37821254/>
- Bartlett, J. G. (2005). Métis Women in Manitoba Health and Well-Being for Métis Women in Manitoba. *Canadian Journal of Public Health, 96*(February 2005), S22. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=785350061&Fmt=7&clientId=10843&RQT=309&VName=PQD>
- Barton, S. S., Anderson, N., & Thommasen, H. V. (2005). The diabetes experiences of Aboriginal people living in a rural Canadian community. *Aust J Rural Health, 13*(4), 242–246. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2005.00709.x>
- Belcher, J. R., & DeForge, B. R. (2007). Faith-based social services: the challenges of providing assistance. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work, 26*(4), 1–19. <https://doi.org/10.1300/J377v26n04>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs, 24*(2), 499–505. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
- Bickford, D. (2014). Postcolonial Theory, Nursing Knowledge, and the Development of Emancipatory. *Advances in Nursing Science, 37*(3), 213–223.

<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000033>

Bloor, M., & Wood, F. (2006). *Keywords in qualitative methods*. London: SAGE Publications Ltd.

<https://doi.org/10.4135/9781849209403>

Bopp, M., Brown, L., & Robb, J. (2017). Reconciliation within the Academy: Why is

Indigenization so difficult? *Four Worlds Centre for Development Learning*, 1–10. Retrieved from

http://www.fourworlds.ca/pdf_downloads/Reconciliation_within_the_Academy_Final.pdf

Bova, C., Route, P. S., Fennie, K., Ettinger, W., Manchester, G. W., & Weinstein, B. (2012).

Measuring patient-provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. *Research in Nursing and Health*, 35(4), 397–408.

<https://doi.org/10.1002/nur.21484>

Brach, C., Fraserirector, I., & Agency for Healthcare Research and Quality. (2000). Can Cultural

Competency Reduce Racial And Ethnic Health Disparities? Review And Conceptual Model, 57(1), 181–217.

Braun, V., & Clarke, V. (2014). Using thematic analysis in psychology, 3(2), 37–41.

Browne, A. J. (2005). Discourses Influencing Nurses' Perceptions of First Nations Patients.

Canadian Journal of Nursing Research, 41(1), 166–191.

<https://doi.org/10.1177/1043659608322418>

Browne, A. J., & Fiske, J.-A. (2001). First Nations Women's Encounters with Mainstream Health

Care Services. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), 126–147.

<https://doi.org/10.1177/019394590102300203>

Browne, A. J., Smye, V. L., & Varcoe, C. (2005). The Relevance of Postcolonial Theoretical

Perspectives to Research in Aboriginal Health. *CJNR*, 37(4), 16–37. <https://doi.org/Article>

Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving

Aboriginal peoples, 22(2), 155–167.

- Bucharski, D., Reutter, L. I., & Ogilvie, L. D. (2006). "You Need to Know Where We're Coming From": Canadian Aboriginal Women's Perspectives on Culturally Appropriate HIV Counseling and Testing. *Health Care for Women International*, 27(8), 723–747.
<https://doi.org/10.1080/07399330600817808>
- Bureau du vérificateur général du Canada. (2015). *Rapport 4 — L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations*.
- Cameron, B. L., Carmargo Plazas, M. D. P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014). Understanding Inequalities in Access to Health Care services for Aboriginal People: A Call for Nursing Action. *Advances in Nursing Science*, 37(3), E1–E16.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000039>
- Cameron, E. (2011). *State of the Knowledge : Inuit Public Health, 2011*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Canadian UNICEF Committee. (2009). *Aboriginal children's health: Leaving no child behind*. Retrieved from [http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce_uploads/DISCOVER/OUR_WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY_ADVOCACY/DOCS/Leaving no child behind 09.pdf](http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce_uploads/DISCOVER/OUR_WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY_ADVOCACY/DOCS/Leaving_no_child_behind_09.pdf)
- Cardinal, J. C., Schopflocher, D. P., Svenson, L. W., Morrison, K. B., & Laing, L. (2004). *First Nations in Alberta. A Focus on Health Service Use*. Retrieved from http://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-AB/STAGING/texte-text/fnamarch11_1315587933961_eng.pdf
- Cashmore, E. (1996). *Dictionary of Race and Ethnic Relations* (1st ed.). London: Routledge.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (Third edit). Washington DC: Sage.
- CCNSA. (2009). Aboriginal And Non-Aboriginal Children in Child Protective Services, 1–3. Retrieved from [http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact_sheets/child and youth/NCCA_H_fs_childhealth_EN.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact_sheets/child_and_youth/NCCA_H_fs_childhealth_EN.pdf)

- CCNSA. (2011a). *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. Prince George. Retrieved from [http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact sheets/social determinates/Access to Health Services_Eng 2010.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/social%20determinates/Access%20to%20Health%20Services_Eng%202010.pdf)
- CCNSA. (2011b). *The Aboriginal Health Legislation and Policy Framework in Canada*. Retrieved from <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-EN.pdf>
- CCNSA. (2013). *Pathways to improving Well-Being for Indigenous peoples. How Living Conditions Decide Health*. Retrieved from http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways_EN_web.pdf
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Retrieved from <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *Les principes PCAP® des Premières Nations*. Retrieved from <http://fnigc.ca/fr/pcapr.html>
- Chambre des communes Canada. (1999). *Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord*. Retrieved from <http://www.noscommunes.ca/Committees/fr/INAN>
- Charania, N. A., & Tsuji, L. J. S. (2013). Recommended Mitigation Measures for an Influenza Pandemic in Remote and Isolated First Nations Communities of Ontario, Canada: A Community-Based Participatory Research Approach. *The International Indigenous Policy Journal*, 5(3), 1–22.
- Chircop, A., Edgecombe, N., Hayward, K., Ducey-Gilbert, C., & Sheppard-LeMoine, D. (2013). Evaluating the Integration of Cultural Competence Skills Into Health and Physical Assessment Tools: A Survey of Canadian Schools of Nursing. *Journal of Transcultural*

- Nursing*, 24(2), 195–203. <https://doi.org/10.1177/1043659612472202>
- Clifford, A., Mccalman, J., Bainbridge, R., & Tsey, K. (2015). Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review, 27(March), 89–98. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv010>
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Rapport final de la Commission royale sur les peuples autochtones*. (Vol. 3). Ottawa.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. Washington.
- CVR. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Retrieved from http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
- Denison, J., Varcoe, C., & Browne, A. J. (2014). Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1105–1116. <https://doi.org/10.1111/jan.12271>
- Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Dickason, O. P., & McNab, D. T. (2008). *Canada's First Nations. A history of Founding Peoples from Earliest Times* (4th ed.). Oxford.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., ... Purnell, L. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317–333. <https://doi.org/10.1177/1043659611412965>
- Dudas, K. I. (2012). Cultural Competence: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)*, 33(5), 317–321. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107995071&site=ehost-live>

- Environics Institute. (2010). Urban Aboriginal Peoples Study. Retrieved from https://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/03/UAPS-Main-Report_Dec.pdf
- First Nations Health Society. (2010). First Nations. Traditional Medicines and Practices., (March), 1–51. Retrieved from http://www.fnha.ca/wellnessContent/Documents/Traditional_Models_of_Wellness_Report_2010.pdf
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3e édition). Chenelière Éducation.
- Frideres, J. S. (1998). *Aboriginal peoples in Canada : contemporary conflicts*. Scarborough, Ont.: Prentice Hall Allyn and Bacon Canada.
- Freeman, T., Edwards, T., Baum, F., Lawless, A., Jolley, G., Javanparast, S., & Francis, T. (2014). Cultural respect strategies in Australian Aboriginal primary health care services: beyond education and training of practitioners, (February), 355–361. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12231>
- Gareth, T., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Giddings, L. S. (2005). Health Disparities, Social Injustice, and the Culture of Nursing, *54*(5), 304–312.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., & Kerr, T. (2017). “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver’s inner city. *Social Science and Medicine*, *178*, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.053>
- Gouvernement du Canada. (2015). *Carrières en soins infirmiers*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/carrieres-soins-infirmiers.html>

- Gouvernement du Canada. (2018). Le système des soins de santé du Canada. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- Gouvernement du Canada. (2017). Prévention du suicide. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide.html>
- Gouvernement du Canada. (2018). Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des Services de santé non assurés (SSNA) (Version provisoire). Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/services-sante-non-assures/services-sante-non-assures-ssna-cadre-travail-transport-raison-medicale-juillet-2005-sante-premieres-nations-inuits.html>
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority group? A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402–410.
- Graham, H., & Leesberg Stamler, L. (2010). Contemporary perceptions of health from an Indigenous (Plains Cree) perspective. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 6–17. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0086-2>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). London: Sage.
- Guerra, O., & Kurtz, D. (2016). Building Collaboration: A Scoping Review of Cultural Competency and Safety Education and Training for Healthcare Students and Professionals in Canada. *Teaching and Learning in Medicine*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1234960>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hackett, C., Feeny, D., & Tompa, E. (2016). Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207380>
- Hanrahan, M. C. (2002). Identifying the needs of innu and inuit patients in urban health settings in Newfoundland and Labrador. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 149–152.
- Haworth-Brockman, M. J., Bent, K., & Havelock, J. (2009). Health Research, Entitlements and Health Services for First Nations and Métis Women in Manitoba and Saskatchewan. *Journal of Aboriginal Health*, 4(2), 14–23.
- Haynes, V. (2016). The Road to Cultural Competency: Are We There Yet? *Kansas State Nurses Association*, (February).
- Henderson, G., Robson, C., Cox, L., Dukes, C., Tsey, K., & Haswell, M. (2007). Social and emotional wellbeing of Aboriginal and Torres Strait Islander people within the broader context of the social determinants of health. In *Beyond Band-aids: Exploring the underlying social determinants of Aboriginal health* (pp. 136–164). Casuarina.
- Henry, F., Tator, C., Mattis, W., & Rees, T. (1995). *The colour of democracy : racism in Canadian society*. Toronto: Harcourt Brace Canada.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3rd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Holmes, D., Roy, B., & Perron, A. (2008). The Use of Postcolonialism in the Nursing Domain: Colonial Patronage, Conversion, and Resistance. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 42–51.
- Howard, H. A. (2014). Canadian Residential Schools and Urban Indigenous Knowledge Production about Diabetes. *Medical Anthropology*, 33(06), 529–545. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.828722>

- Hudson, G. L., & Maar, M. (2014). Faculty analysis of distributed medical education in Northern Canadian Aboriginal communities, 1–8.
- Hunter, L., Logan, J., Barton, S., & Goulet, J.-G. (2004). Linking Aboriginal Healing Traditions to Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 22(3), 267–285.
<https://doi.org/10.1177/0898010104266750>
- Indigenous Corporate Training. (2017). A Brief Definition of Decolonization and Indigenization. Retrieved from <https://www.ictinc.ca/blog/a-brief-definition-of-decolonization-and-indigenization>
- Isaak, C. A., & Marchessault, G. (2008). Meaning of Health: The Perspectives of Aboriginal Adults and Youth in a Northern Manitoba First Nations Community. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(2), 114–122. [https://doi.org/10.1016/S1499-2671\(08\)22008-3](https://doi.org/10.1016/S1499-2671(08)22008-3)
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*, 189(3), 106–112. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161098>
- Jongen, C. S., Mccalman, J., & Bainbridge, R. G. (2017). The implementation and evaluation of Health Promotion Services and Programs to improve Cultural Competency : A Systematic Scoping Review, 5(February). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00024>
- Kendall, E., & Barnett, L. (2015). Principles for the development of Aboriginal health interventions : culturally appropriate methods through systemic empathy, 20(5), 437–452.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76–85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Leininger, M. (1971). *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. John Wiley & Sons Inc.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing : concepts, theories, research &*

practices (3rd ed.). United States: McGraw-Hill.

Leipert, B. D., & Reutter, L. (2005). Developing Resilience: How Women Maintain Their Health in Northern Geographically Isolated Settings. *Qualitative Health Research, 15*(1), 49–65.

<https://doi.org/10.1177/1049732304269671>

Lie, D. A., Lee-rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., & Braddock, C. H. I. (2010). Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research, 317–325.

<https://doi.org/10.1007/s11606-010-1529-0>

Liaw, S., Hasan, I., Wade, V., Canalese, R., Kelaher, M., Lau, P., & Harris, M. (2015). Improving cultural respect to improve Aboriginal health in general practice: a multi-methods and multi-perspective pragmatic study, *44*(6), 387–392.

Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J. M., & 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.

<https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.06.005>

Macdonald, C., Martin-Misener, R., Steenbeek, A., & Browne, A. (2015). Honouring Stories: Mi'kmaq Women's Experiences With Pap Screening in Eastern Canada. *CJNR, 47*(1), 72–96.

Marrone, S. (2007). Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among indigenous populations. *International Journal of Circumpolar Health, 66*(3),

188–198. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i3.18254>

Martin, D. H. (2012). Two-Eyed Seeing: A Framework for Understanding Indigenous and Non-Indigenous Approaches to Indigenous Health Research. *CJNR, 44*(2), 20–42.

Martinez, M. A., Chang, A., & Welton, A. D. (2017). Assistant professors of color confront the inequitable terrain of academia: a community cultural wealth perspective. *Race Ethnicity and Education, 20*(5), 696–710. <https://doi.org/10.1080/13613324.2016.1150826>

- Mathu-Muju, K. R., McLeod, J., Walker, M. Lou, Chartier, M., & Harrison, R. L. (2016). The children's Oral Health Initiative: An intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's First Nation and Inuit communities. *Canadian Journal of Public Health, 107*(2), e188–e193. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5299>
- McDonald, K., Dundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., ... Owens, D. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Care Coordination, 7*. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.08.006>
- McGibbon, E., Etowa, J., & McPherson, C. (2008). Health-care access as a social determinant of health. *The Canadian Nurse, 104*(7), 23–27. <https://doi.org/10.1037/e507692010-001>
- McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., & Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing : the colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry, 21*(3), 179–191. <https://doi.org/10.1111/nin.12042>
- McIntyre, I., Boughen, C., Trepman, E., & Embil, J. M. (2007). Foot and Ankle Problems of Aboriginal and Non-Aboriginal Diabetic Patients with End-Stage Renal Disease. *Foot & Ankle International, 28*(6), 674–686. <https://doi.org/10.3113/FAI.2007.0674>
- Mendez, I., Jong, M., Keays-White, D., & Turner, G. (2013). The use of remote presence for health care delivery in a northern Inuit community: A feasibility study. *International Journal of Circumpolar Health, 72*(SUPPL.1). <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21112>
- Mew, E. J., Ritchie, S. D., VanderBurgh, D., Beardy, J. L., Gordon, J., Fortune, M., ... Orkin, A. M. (2017). An environmental scan of emergency response systems and services in remote First Nations communities in Northern Ontario. *International Journal of Circumpolar Health, 76*(1), 1320208. <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1320208>
- Miles, R. (2003). *Racism*. London: Routledge.
- Mill, J. E., Mallen, M. N., & Morrow, R. A. (2001). Critical Theory: Critical Methodology to Disciplinary Foundations in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research, 33*(2), 109–127.

- Minore, B., Boone, M., Katt, M., Kinch, P., Birch, S., & Mushquash, C. (2005). The effects of nursing turnover on continuity of care in isolated first nation communities. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1), 86–100.
- Mohammed, S. A. (2006). Moving Beyond the “Exotic”. Applying Postcolonial Theory in Health Research. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 98–109.
- Mussel, W. J. (2005). *Warrior-Caregivers: Understanding the Challenges and Healing of First Nations Men*. Ottawa, Ontario: Aboriginal Healing Foundation.
- Muttitt, S., Vigneault, R., & Loewen, L. (2004). Integrating telehealth into Aboriginal healthcare: the Canadian experience. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(4), 401–414. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i4.17757>
- NAHO. (2002). National Aboriginal Health Organization Urban Aboriginal Health Centres Meeting. *Urban Aboriginal Health Centres*.
- National Center for Cultural Competence. (2004). *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings*. Georgetown.
- NHMRC. (2005). *Cultural competency in health : A guide for policy , partnerships and participation*. Retrieved from https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/hp19.pdf
- Niemann, Y. F. (2016). The Social Ecology of Tokenism in Higher Education. *Peace Review*, 28(4), 451–458. <https://doi.org/10.1080/10402659.2016.1237098>
- O’Driscoll, T., Kelly, L., Payne, L., St. Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Minty, B., & Linkewich, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16(4), 126–130.
- O’Neil, J., Elias, B., & Wastesicoot, J. (2005). Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba. *Canadian Journal of Public Health*, 96(1), S9–S12.

- ONSA. (2008). *Compétence et sécurité culturelles: Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé*. Retrieved from <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/culturalCompetency1.pdf>
- Oosterveer, T. M., & Young, T. K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74, 29576. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.29576>
- Orkin, A. M., Rajaram, N., & Schwandt, M. (2013). Aboriginal populations and youth suicide. *CMAJ*, 185(15), 1347–1348. <https://doi.org/10.1503/cmaj.113-2140>
- Ospina, M. B., Voaklander, D., Senthilselvan, A., Stickland, M. K., King, M., Harris, A. W., & Rowe, B. H. (2015). Incidence and prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among aboriginal peoples in Alberta, Canada. *PLOS One*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123204>
- Petrucka, P., Bassendowski, S., & Bourassa, C. (2007). La recherche de modes de prestation des soins sensibles aux valeurs culturelles : les enseignements de deux communautés autochtones de la Saskatchewan, 39, 166–182.
- Racine, L., & Petrucka, P. (2011). Enhancing decolonization and knowledge transfer in nursing research with non-western populations : examining the congruence between primary healthcare and postcolonial feminist approaches. *Nursing Inquiry*, 18(1), 12–20.
- Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu*. Victoria University of Wellington.
- Reimer Kirkham, S., & Anderson, J. M. (2002). Postcolonial Nursing Scholarship: From Epistemology to Method. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 1–17.
- Reyes Cruz, M., & Sonn, C. C. (2011). (De)colonizing Culture in Community Psychology : Reflections from Critical Social Science. *American Journal of Community Psychology*, 47(203–214), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9378-x>

- Richards, L. (2018, February 13). Colten Boushie and beyond: A primer on the aftermath of Gerald Stanley's acquittal. *The Globe and Mail*. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/news/national/colten-boushie-gerald-stanley-explainer/article37938180/#stanley>
- Richardson, L., & Stanbrook, M. B. (2015). Caring for aboriginal patients requires trust and respect, not courtrooms. *CMAJ*, *187*(3), 162. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141613>
- Richardson, S., & Williams, T. (2007). Why is cultural safety essential in health care? *Medecine and Law*, *26*(1), 699–707. <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Riva, M., Plusquellec, P., Juster, R.-P., Laouan-Sidi, E. a, Abdous, B., Lucas, M., ... Dewailly, E. (2014). Household crowding is associated with higher allostatic load among the Inuit. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *68*(4), 363–369. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203270>
- Rowan, M. S., Rukholm, E., Bourque-Bearskin, L., Baker, C., Voyageur, E., & Robitaille, A. (2013). Cultural competence and cultural safety in Canadian Schools of Nursing: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *10*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0043>
- Rowe, A. C., & Tuck, E. (2017). Settler Colonialism and Cultural Studies: Ongoing Settlement, Cultural Production, and Resistance. *Cultural Studies - Critical Methodologies*, *17*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1532708616653693>
- Said, E. W. (1978). *Orientalism*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. New York, New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc*, *100*(11), 1275–1285.
- Santé Canada. (n.d.). *First Nations and Inuit Control 2001/2002*. Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H33-2-2002-eng.pdf

- Santé Canada. (1999). Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/financement/ans-transfert-controle-programmes-sante-communautes-premieres-nations-inuits-sante-canada-1999.html>
- Santé Canada. (2008). Fiche d'information - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits - Canada. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/organisation/direction-generale-sante-premieres-nations-inuits/fiche-information.html>
- Santé Canada. (2012). À propos de Santé Canada. Mandat, plans et priorités. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php>
- Santé Canada. (2013). Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits - Canada. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/organisation/direction-generale-sante-premieres-nations-inuits.html>
- Santé Canada. (2015). Accords de contribution - Santé des Premières nations et des Inuits. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/financement/accords-contribution.html>
- Shah, B., Gunraj, N., & Hux, J. (2003). Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 93*(5), 798–802. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.5.798>
- Smith, D., Edwards, N., Peterson, W., Jaglarz, M., Laplante, D., & Estable, A. (2010). Rethinking nursing best practices with aboriginal communities: informing dialogue and action. *Nursing Leadership, 22*(4), 24–39.
- Smith, L. T. (2006). *Decolonizing Methodologies. Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books.
- Smith, T. (2016). Make Space for Indigeneity: *Decolonizing Education, 1*(2), 73–82.

- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. (2016). Principe de Jordan. Retrieved from file:///Users/isabellewallace/Library/Application Support/Mendeley Desktop/Downloaded/FNCFCS - 2016 - Principe de Jordan.webarchive
- Sookraj, D., Hutchinson, P., Evans, M., & Murphy, M. A. (2010). Aboriginal organizational response to the need for culturally appropriate services in three small Canadian cities. <https://doi.org/10.1177/1468017310381366>
- Stansfield, D., & Browne, A. J. (2013). The Relevance of Indigenous Knowledge for Nursing Curriculum. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 143–151. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0041>
- Statistics Canada. (2003). Aboriginal Peoples Survey 2001 - Initial Findings. Well-being of the non-reserve Aboriginal Population, (89), Catalogue No. 89-589-XIE. Retrieved from <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?ObjId=89-589-X&ObjType=2&lang=en&limit=0>
- Statistique Canada. (2015a). Health at a Glance. Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11763-eng.htm>
- Statistique Canada. (2015b). Avoidable mortality among First Nations adults in Canada: A cohort analysis. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2015008/article/14216-eng.htm>
- Statistique Canada. (2016). Regards sur la société canadienne La situation des enfants autochtones âgés de 14 ans et moins dans leur ménage. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14547-fra.htm>
- Stewart, M., King, M., Blood, R., Letourneau, N., Masuda, J. R., Anderson, S., & Bearskin, L. B. (2013). Health inequities experienced by aboriginal children with respiratory conditions and their parents. *Canadian Journal of Nursing Research*, 45(3), 6–27.
- Tarlier, D. S., & Browne, A. J. (2011). Remote Nursing Certified Practice: Viewing Nursing and Nurse Practitioner Practice Through a Social Justice Lens. *CJNR*, 43(2), 38–61.

- Tarlier, D. S., Browne, A. J., & Johnson, J. (2007). L'influence de la distance géographique et sociale sur l'exercice des soins infirmiers et la continuité des soins dans une communauté autochtone éloignée. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(3), 126–148. Retrieved from <http://ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2007/00000039/00000003/art00009;jsessionid=as6coehab36s4.alice>
- Tarlier, D. S., Johnson, J. L., Browne, A. J., & Sheps, S. (2013). Maternal-Infant Health Outcomes and Nursing Practice in a Remote First Nations Community in Northern Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 45(2), 76–100.
- Tarlier, D. S., Johnson, J. L., & Whyte, N. B. (2003). Voices From the Wilderness. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3).
- The Commonwealth Fund. (n.d.). The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124–132. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124>
- Thurston, W. E., Coupal, S., Jones, C., Crowshoe, L. F., Marshall, D. A., Homik, J., & Barnabe, C. (2014). Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: a qualitative study using constructivist grounded theory. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 46. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-46>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight a "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Trocmé, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the Overrepresentation of Aboriginal Children in Canada's Child Welfare System. *Social Service Review*, 78(4), 577–600. <https://doi.org/10.1086/424545>

Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare : a systematic review of reviews.

University of Saskatchewan & Canadian Indigenous Nurses Association. (2018). Aboriginal Nursing in Canada. Retrieved from http://indigenousnurses.ca/sites/default/files/inline-files/Nursing_AborigNursing_sheet_2018_3.pdf

Vukic, A., Gregory, D., & Martin-Misener, R. (2012). Indigenous Health Research: Theoretical and Methodological Perspectives. *CJNR*, 44(2).

Vukic, A., & Keddy, B. (2002). Northern nursing practice in a primary health care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 542–548. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02411.x>

Wardman, D., Clement, K., & Quantz, D. (2005). Access and utilization of health services by British Columbia's rural Aboriginal population. *Leadership in Health Services*, 18(2), 26–31. <https://doi.org/10.1108/13660750510594864>

Watts, R. J., Cuellar, N. G., & O'Sullivan, A. L. (2008). Developing a Blueprint for Cultural Competence Education at Penn. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2008.01.002>

Wayne Ross, E. (2014). *Social Studies Curriculum, The, Fourth Edition: Purposes, Problems, and Possibilities*. SUNY Press.

Wilson, D. (2008). The significance of a culturally appropriate health service for Indigenous Maori women, 28(1), 173–188.

Yeates, K. E. (2006). Aboriginal patients on the road to kidney transplantation: is residence location a barrier? *Kidney International*, 70(5), 826–828. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5001762>

ANNEXE A – CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



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>
Marilou	Gagnon	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseure
Isabelle	Wallace	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiante-chercheuse

Numéro du dossier: H10-17-02

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières : L'expérience des professeurs

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)

12/13/2017

Date d'expiration (mm/jj/aaaa)

12/12/2018

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

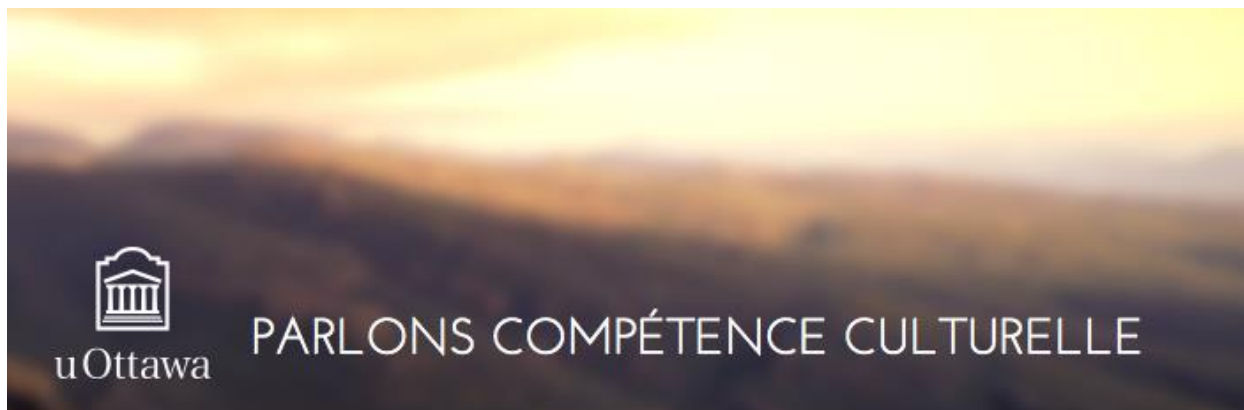
Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veillez soumettre un rapport annuel au responsable de l'éthique de la recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation éthique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.

ANNEXE B – INVITATION COURRIEL

INVITATION COURRIEL



Bonjour,

Nous sommes à la recherche de professeurs(es) en sciences infirmières pour prendre part à une étude sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur des programmes en sciences infirmières.

TITRE DU PROJET : L'INTÉGRATION DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE AUTOCHTONE EN SCIENCES INFIRMIÈRES : L'EXPÉRIENCE DES PROFESSEURS.

Chercheures : Isabelle Wallace, Inf., BScN, étudiante à la maîtrise et Dre Marilou Gagnon, Inf., PhD, directrice de thèse

But de l'étude : Explorer l'expérience des professeurs(es) en lien avec l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières et documenter cette expérience par l'entremise d'un questionnaire préentrevue d'une durée approximative de 10 minutes et d'une entrevue (face-à-face, téléphonique ou vidéoconférence) d'une durée approximative de 60 minutes.

Afin de participer à cette étude, vous devez être:

- 1) Être professeur(e) titulaire, agrégé(e) ou adjoint(e) en sciences infirmières;
- 2) Être capable de communiquer oralement en français ou en anglais.

Pour plus d'information, veuillez contacter :

Isabelle Wallace, Inf., BScN
Étudiante de maîtrise en Sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

EMAIL INVITATION



Hello,

We are currently looking for nursing professors who are interested in participating to a study on the cultural competency integration within nursing programs.

PROJECT TITLE: THE INTEGRATION OF INDIGENOUS CULTURAL COMPETENCY IN NURSING: THE PROFESSORS' EXPERIENCE.

Researchers: Isabelle Wallace, BSN, RN, MSN student and Dr Marilou Gagnon, RN, PhD, thesis director.

Purpose of the study: To explore the professors' experience of the indigenous cultural competency integration in nursing programs, while also documenting this experience through a pre-interview survey of approximately 10 minutes and a face-to-face, phone or videoconference interviews of approximately 60 minutes.

To qualify as a participant, you must:

- 1) Be a full, associate, or assistant nursing professor;
- 2) Be able to communicate verbally in French or English.

For more information:

Isabelle Wallace, BSN, RN
MSN student
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

**ANNEXE C – PROGRAMMES AGRÉÉS CANADIENS D'ENSEIGNEMENTS EN
SCIENCES INFIRMIÈRES**

Programmes agréés canadiens d'enseignements en sciences infirmières

- Mount Royal University
- University of Alberta
- University of Calgary
- University of Lethbridge
- Kwantlen Polytechnic University
- Thompson Rivers University
- Trinity Western University
- University of British Columbia
- University of Victoria
- Vancouver Island University
- Université de Moncton (campus d'Edmundston, de Moncton et de Shippagan)
- University of New Brunswick
- Memorial University of Newfoundland
- Cape Breton University
- Dalhousie University
- St. Francis Xavier University
- Brock University
- Lakehead University
- Université Laurentienne (Laurentian University)
- McMaster University
- Nipissing University
- Queen's University
- Ryerson University
- Trent University
- Université d'Ottawa (University of Ottawa)
- University of Toronto
- University of Western Ontario
- University of Windsor
- York University
- University of Prince Edward Island
- McGill University
- Université Laval
- Université de Montréal
- Université du Québec en Outaouais
- Université de Sherbrooke
- University of Regina
- University of Saskatchewan

ANNEXE D – CONSENTEMENT



uOttawa

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de maîtrise : L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières : L'expérience des professeurs.

Équipe de recherche Isabelle Wallace, Inf., BScN
Étudiante de maîtrise en Sciences infirmières École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé

École des sciences infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences

School of Nursing

Marilou Gagnon, Inf., ACRN PhD
Professeure agrégée et chercheure
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Invitation à participer à cette étude

Je suis invité à participer à la présente étude qui est menée par Isabelle Wallace et Marilou Gagnon à l'École des sciences infirmières, Université d'Ottawa. Ce document vise à m'informer de la nature du projet de recherche de maîtrise et de ma participation. Il s'agit d'une opportunité de clarifier mes droits en tant que participant(e) et de m'informer des moyens utilisés par les chercheurs afin de respecter ces mêmes droits. Je note que les membres de l'équipe de recherche sont disponibles entre 8:00 et 20:00 pour répondre à mes questions et au besoin, pour clarifier les informations contenues dans ce document.

But de l'étude

Je comprends que le but de cette étude est de : 1) Explorer l'expérience des professeurs en sciences infirmières quant aux barrières l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur de leur curriculum; 2) Décrire les stratégies utilisées par les professeurs afin d'inclure la compétence culturelle autochtone au sein de leur enseignement; 3) Identifier des pistes de solutions pour faciliter l'intégration de la compétence culturelle autochtone à l'intérieur du curriculum.

Nature de votre participation

Afin de participer à cette étude, je dois :

613 562-5473

613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

- 1) être professeur (titulaire, agrégé ou adjoint) en sciences infirmières;
- 2) être capable de communiquer oralement en français ou en anglais.

En tant que participant, je vais compléter un court questionnaire préentrevue (durée approximative : 10 minutes) et compléter une entrevue avec un membre de l'équipe de recherche. Une seule rencontre face-à-face est prévue et celle-ci durera environ 60 minutes. L'entrevue sera effectuée par personne, téléphone ou par vidéoconférence selon mon emplacement et mes disponibilités. L'entrevue sera fixée en fonction de mes disponibilités.

L'entrevue se déroulera en présence d'Isabelle Wallace. Je comprends qu'elle sera enregistrée sur fichier audio à moins que je m'y oppose. Le cas échéant, des notes seront prises durant l'entrevue pour documenter mes propos. Après mon entrevue, l'équipe de recherche demeurera disponible pour répondre à mes questions et documenter mes commentaires.

Risques

Horaire personnel : Il se peut que je modifie mon horaire personnel pour participer à cette étude. Par contre, je réalise que l'entrevue sera fixée pour minimiser ce risque.

Confidentialité : Ma participation à cette étude implique que je révélerai des informations personnelles lors de l'entrevue. Cependant, je comprends que la confidentialité de ces informations sera maintenue en tout temps pendant l'étude et après qu'elle soit complétée.

Bienfaits

Ma participation à cette recherche aura pour effet de contribuer aux connaissances reliées à la compétence culturelle en sciences infirmières. Il s'agit de partager mon expérience en tant que professeur sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone dans les programmes en sciences infirmières. En participant à cette étude, je serai en mesure de contribuer au développement de la recherche sur l'avancement de l'éducation de la compétence culturelle autochtone pour les futurs professionnels de la santé.

Confidentialité et anonymat

Je comprends que les stratégies suivantes seront déployées afin d'assurer la confidentialité de mes propos et de préserver mon anonymat :

La nature et le contenu de mes propos qui seront enregistrés sur fichier audio lors de l'entrevue demeureront en tout temps strictement confidentiels. Les fichiers audio, les transcriptions de mon entrevue de même que les analyses seront étiquetés au moyen d'un code et ne porteront aucune information personnelle. Mon anonymat sera conservé grâce à la création d'un code numérique lors de la complétion du questionnaire préentrevue, et remplacera les noms des fichiers audio et des transcriptions – ex : FM-1 (Francophone Male – Participant no 1) ou AF-1 (Anglophone Femme – Participante no 1). Seulement la chercheuse et sa directrice de recherche connaîtront mon identité. Ainsi, mes droits à l'anonymat, à la confidentialité et à l'intimité seront respectés. La transcription des données sera effectuée par une transcriptrice professionnelle, mais les enregistrements ne lui permettront pas de m'identifier. Mon nom n'apparaîtra en aucun temps dans le matériel de recherche. De plus, toute information (nom, ville, université) pouvant permettre un rapprochement entre mes propos et mon identité seront éliminés pour respecter mon anonymat. Enfin, tout nom, ville, université ou élément qui permettraient d'identifier un individu mentionné lors de mon entrevue seront effacés à l'intérieur des transcriptions des verbatim. Ainsi, il n'aura aucun moyen de m'identifier ou d'identifier ainsi les personnes dont je pourrais mentionner pendant l'entrevue.

Conservation des données

Je réalise que toutes les données (fichiers audio, transcriptions, notes) seront conservées dans une filière verrouillée dans le bureau des chercheurs à l'Université d'Ottawa. Ces données seront conservées pendant une période de cinq ans à partir du 1^{er} juin 2018 afin d'en permettre l'analyse. Après cette période, elles seront détruites. Seule l'équipe de recherche aura accès aux données.

Autorisation d'utiliser les résultats de recherche

En participant à l'entrevue, j'accepte que les informations recueillies fassent partie des conclusions de la recherche et conséquemment puissent être utilisées à des fins de communications scientifiques, professionnelles et éducatives. Il se peut que mes propos soient cités de manière intégrale dans des publications ou des présentations. En regard de toutes ces formes de communication, il est entendu que mon anonymat sera respecté en tout temps.

Participation volontaire

Il est entendu que ma participation à cette étude est tout à fait libre. Je peux choisir de ne pas répondre à certaines questions. Il est également entendu que je peux, à tout moment, mettre un terme à ma participation sans que cela ne me cause préjudice et sans avoir à justifier mon retrait de l'étude. Les données amassées lors de mon entrevue seront alors détruites (transcriptions déchiquetées et fichier audio détruit) et ne seront pas utilisées pour l'analyse.

Questions sur l'étude

Si je m'interroge au sujet de cette étude, je peux communiquer (avant, pendant et après la recherche) avec les chercheurs. Les coordonnées complètes des deux chercheurs sont indiquées sur la première page du présent formulaire.

Éthique

Ce projet de recherche de maîtrise a reçu l'approbation éthique. Pour toute question éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet de maîtrise, je peux à tout moment communiquer mes préoccupations au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, salle 154, Ottawa, ON K1N 6N5; Tél.: (613) 562-5387; ethics@uottawa.ca.

Consentement du participant / de la participante

Je consens à participer à cette étude qui est menée par Isabelle Wallace de l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par Dre Marilou Gagnon, professeure et chercheure à l'Université d'Ottawa.

On m'a informé(e) que le but de cette étude est d'explorer l'expérience sur l'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières.

Je comprends que je suis libre de retirer mon consentement et d'interrompre ma participation à tout moment, sans conséquences négatives.

Je comprends également que ma participation à cette étude est confidentielle et que les résultats de cette étude préserveront mon anonymat.

J'accepte d'être enregistré sur bande audio : oui non

J'accepte que mes propos soient cités directement tel que décrit plus haut: oui non

J'AI LU ATTENTIVEMENT CE FORMULAIRE ET JE COMPRENDS SON CONTENU.
JE CONSENS LIBREMENT ET VOLONTAIREMENT À PARTICIPER À CETTE ÉTUDE.

Il y a deux copies de ce formulaire de consentement. Une de ces copies m'appartient.

NOM (caractères d'imprimerie)

SIGNATURE – PARTICIPANTE(E)

CODE – PARTICIPANTE(E)

SIGNATURE – MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

DATE : _____



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

CONSENT FORM

Master's Project Title The integration of Indigenous cultural competency in nursing: the professors' experience.

Research Team Isabelle Wallace, RN, BScN
Master's in Nursing Student
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Marilou Gagnon, RN, ACRN, PhD
Associate Professor and Researcher School
of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Invitation to participate in this study

I am invited to participate in this study conducted by Isabelle Wallae and Isabelle Wallace at the School of Nursing, University of Ottawa. This document will inform me about the nature of the master's research project and the type of participation required if I wish to become involved. In addition, the consent form provides me with an opportunity to clarify my rights as a study participant and to understand how the researcher will ensure these rights throughout the study. Members of the research team are available between 8:00 and 20:00 to answer my questions and if needed, to clarify the information contained in this document.

Goal of the study

As a participant, I understand that the goal of this study is to to explore the professors' experience of the indigenous cultural competency integration in nursing programs, while also documenting this experience through face-to-face, phone or videoconference interviews of approximately 60 minutes.

Participation

To qualify as a participant, you must:

613 562-5473
613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

- 1) Be a full, associate, or assistant nursing professor;
- 2) Be able to communicate verbally in French or English.

As a participant in this study, I will be scheduled to do an interview with a member of the research team and will be asked to fill a short questionnaire (approximate time: 10 minutes). Only one face to face interview will be scheduled and should last approximately 60 minutes. The interview will take based on my preferences. The interview will be scheduled based on my availabilities.

I am aware that Isabelle Wallace will be present during the interview and will be audio-taping my statements unless I am opposed to it. If I do not wish to be recorded, notes will be taken during the interview to capture my verbal account. Following the interview, the research team will remain available to answer my questions and document my comments.

Risks

Personal schedule: I may also have to change my personal schedule to participate in this study. However, I understand that the interview will be scheduled to minimize this possibility.

Confidentiality: I will be asked to share personal informations during the interview. I am aware that the confidentiality of the information shared during the interview will be maintained at all times during the study and after the study is completed.

Benefits

By participating in this master's project, I will contribute to the development of knowledge in the field of nursing education. This study is an opportunity for me to share my personal experience with the integration of Indigenous cultural competency in nursing. By taking part in the study, I will contribute to more research being conducted on this topic and to the improvement of nursing education and the advancement of Indigenous cultural competency for future health care professionals.

Confidentiality and anonymity

I am aware that the following strategies will be used to ensure the confidentiality of my statements and the preservation of my anonymity:

The nature and content of the interview will be audio-recorded in a way that preserves my confidentiality. The audio-files and the transcription of the interview will be identified using an alphanumerical code and will not contain any of my personal information. My name will not appear on the research material. My anonymity will be preserved with the creation of an alphanumerical code, and will replace the files and transcriptions' names ex: FM-1 (Francophone Male – Participant no 1) or AF-1 (Anglophone Female – Participant no 1). Only the main researcher and her research director will know my identity. Thus, my rights to anonymity and confidentiality will be respected. Data transcription will be performed by a professional, but the audio files will not permit him/her to identify me. The alphanumerical code will prevent any link possible between my statements and my identity, and it will only be accessible to the research team. In addition, I understand that the researcher will censor any information (names, city, university) that may lead to my identification to maintain anonymity. Finally, any information (names, city, university) that may lead to identify an individual mentioned during my interview will be censored by the researcher. Therefore, this censorship will prevent my identification and/or the identification of individuals mentioned during my interview.

Storage of research material

I understand that all the research data (audio-files, transcriptions, notes) will be stored in a locked unit within the researchers' office at the University of Ottawa. I am aware that the data collected will be kept as of June 1st 2018 for a period of 5 years in order to be analyzed, after which they will be destroyed. Only the research team will have access to the research material.

Autorization of the utilization of research results

By participating in this study, I accept that the data collected during the interview will be used for the conclusion of this research and integrated for scientific, professional and educational purposes. It is possible that my statements be cited in publications and/or presentations. However, I understand that my confidentiality will be respected always and that the research team will use all the necessary strategies to ensure my anonymity.

Withdrawal from the study

It is clear that my participation to this master's project is done on a voluntary basis. I can choose not to answer certain questions. It is also clear that I can withdraw from the research at anytime, without having to justify why I chose to do so. The content of my interview will be destroyed (transcriptions will be shredded and audio-files permanently deleted) if I choose to withdraw from the study and the information I provided will not be used in the analysis.

Questions regarding the study

If I have any questions regarding this study (before, during or after), I am aware that I can communicate at any time with the researchers. Full contact information for both researchers are provided on the first page of the consent form.

Ethics

This master's project has received the ethics approval. If I have any questions regarding the ethical aspect of this study or your rights as a research participant, I can contact the ethics advisor at the University of Ottawa: University of Ottawa, Pavillon Tabaret, 550 Cumberland Street, room 154, Ottawa, ON K1N 6N5; (613) 562-5387; ethics@uottawa.ca.

Participant consent

I consent to participate in this study being conducted by Isabelle Wallace from the School of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, who is supervised by Dr Marilou Gagnon, professor and researcher at the University of Ottawa.

I have been informed that the purpose of the research is to explore the experience of the integration of Indigenous cultural competency in nursing.

I understand that I am free to withdraw my consent and discontinue my participation at anytime without negative consequences.

I also understand that my participation in this study is confidential and that study findings will preserve my anonymity.

I accept to be audio-recorded: yes no

I accept to be quoted directly as mentioned above: yes no

I HAVE CAREFULLY STUDIED THE FORM AND UNDERSTAND ITS CONTENT.
I FREELY CONSENT AND VOLUNTARILY AGREE TO PARTICIPATE IN THIS STUDY.

There are two copies of the consent form, one of which is mine to keep.

NAME (please print)

SIGNATURE - PARTICIPANT

CODE – PARTICIPANT

SIGNATURE – RESEARCH TEAM MEMBER

DATE : _____

ANNEXE E – QUESTIONNAIRE PRÉ-ENTREVUE

Questionnaire pré-entrevue

1. Comment vous décririez-vous?

- Je suis un homme
 Je suis une femme
 Je suis un homme transgenre
 Je suis une femme transgenre
 Autre, veuillez préciser _____

2. Quel est votre âge?

- 25-34 ans
 35-44 ans
 45-54 ans
 55-64 ans
 65 ans ou plus

3. Quelle est votre origine ethnique?

- Caucasienne
 Canadienne d'origine africaine
 Canadienne d'origine sud-américaine ou hispanique
 Canadienne d'origine asiatique
 Autochtone (Premières Nations, Inuit ou Métis)
 Autre, veuillez préciser _____

4. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez atteint?

- Baccalauréat
 Maîtrise
 Doctorat
 Autre, veuillez préciser _____

5. Quel est votre titre?

- Professeur(e) titulaire
 Professeur(e) agrégé(e)
 Professeur(e) adjoint(e)

6. Votre position est-elle permanente ou contractuelle?

- Permanente
 Contractuelle

7. Combien d'années d'expériences détenez-vous en enseignement?

- 0-5 ans
 5-10 ans
 10-15 ans
 15-20 ans
 20-25 ans
 25 et plus

8. Dans quelle province/territoire enseignez-vous?

- Terre-Neuve-et-Labrador

- Île-du-Prince-Édouard
- Nouvelle-Écosse
- Nouveau-Brunswick
- Québec
- Ontario
- Manitoba
- Saskatchewan
- Alberta
- Colombie-Britannique
- Territoires du Nord-Ouest
- Nunavut
- Yukon

9. Quel niveau de programme en sciences infirmière votre institution académique offre-t-il?

- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat

10. À quel niveau enseignez-vous?

- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat

Pre-Interview Survey

1. To which of the following gender do you identify?
 - I am a man
 - I am a woman
 - I am a transgender man
 - I am a transgender woman
 - Other (please specify) _____

2. How old are you?
 - 25 – 34 years old
 - 35 – 44 years old
 - 45 – 54 years old
 - 55 – 64 years old
 - 65 years old or over

3. What is your ethnicity?
 - Caucasian
 - Canadian of African heritage
 - Canadian of American or Hispanic heritage
 - Canadian of Asian heritage
 - Indigenous (First Nations, Inuit, or Métis)
 - Other (please specify) _____

4. What is the highest level of education you have you completed?
 - Bachelor's degree
 - Master's degree
 - PhD
 - Other (please specify) _____

5. What is your title?
 - Full professor
 - Associate professor
 - Assistant professor

6. Is your position permanent or contractual?
 - Permanent
 - Contractual

7. How many years of experience do you have as a professor?
 - 0 – 5 years
 - 5 – 10 years
 - 10 – 15 years
 - 15 – 20 years
 - 20 – 25 years
 - 25 years or more

8. In which province do you teach?
 - Newfoundland and Labrador
 - Prince Edward Island
 - Nova Scotia

- New Brunswick
- Quebec
- Ontario
- Manitoba
- Saskatchewan
- Alberta
- British Columbia
- Northwest Territories
- Nunavut
- Yukon

9. What is the level (or levels) of the nursing program(s) offered by your academic institute?

- Bachelor's degree
- Master's degree
- PhD

10. Which level do you teach?

- Bachelor's degree
- Master's degree
- PhD