



La sécurité culturelle et ses effets sur la pratique infirmière au sein des communautés autochtones. Le cas des infirmières dans le Grand Nord Canadien.

Autrices :

Fournier, Céleste  
IGS-RH Paris / LIPSE  
[cfournier@groupe-igs.fr](mailto:cfournier@groupe-igs.fr)

Goiseau, Elise  
Excellia Business School / CERIIM  
[goiseaue@excellia-group.com](mailto:goiseaue@excellia-group.com)

Résumé : Le fait d'avoir une pratique centrée sur le patient (ou PCC) est reconnu comme permettant d'améliorer la qualité et la continuité des soins. La sécurité culturelle, en offrant la possibilité aux soignants d'entrer dans une démarche réflexive est un vecteur du PPC. Cependant, notre étude montre que ses effets ne sont pas neutres sur ces derniers et que sans soutien de l'organisation, il peut être difficile pour eux de continuer à pratiquer. Ainsi, bien que cette communication reconnaisse l'importance du PCC, elle souligne le rôle primordial de l'organisation ainsi que sa responsabilité dans l'accompagnement de ses professionnels de santé.

Mots-clés : sécurité culturelle ; infirmière ; management de la santé ; populations autochtones

## 1. Introduction

Actuellement, nombre de voix s'élèvent pour défendre une pratique des soins centrée sur le patient (Patient-centered care, PCC) en intégrant les valeurs, les désirs ou les préoccupations des patients afin qu'ils puissent s'impliquer dans leur plan de soins (Liberati et al., 2015). Pour de nombreux soignants, et en particulier les médecins, trop souvent considérés comme centrés sur le diagnostic et la maladie, il s'agit d'une petite révolution<sup>1</sup>. Bien que nous soyons convaincue de la validité de cette nouvelle orientation et de son impact sur la qualité des soins mais aussi sur leur continuité, nous soutenons que cela ne peut se faire sans étudier son influence sur les soignants, et en particulier les infirmières. En effet, comprendre les dynamiques qui entourent les patients et les inclure dans leur plan de soins peut également exposer les soignants à des situations déstabilisantes, en particulier lorsqu'ils s'occupent de populations vulnérables.

Cette communication explore comment le fait d'entrer dans une pratique culturellement sécuritaire amène les infirmières à avoir une réflexion critique sur les disparités et le système de santé en place. Cette réflexivité peut les conduire à trois types de départ : cognitif, géographique et fonctionnel. Nous défendons l'idée que le rôle de l'organisation est crucial pour les soutenir dans cette démarche réflexive à haut risque.

## 2. Contexte théorique et lacunes en matière de recherche

Centrer les soins sur le patient (PCC<sup>2</sup>) est une condition essentielle pour garantir la qualité des soins :

*« l'approche centrée sur le patient est une approche de la pratique médicale qui met l'accent sur les limites d'une approche centrée sur la maladie et appelle à une exploration des désirs, des préférences, des valeurs et des préoccupations du patient dans le but d'accroître l'implication de ces derniers dans la gestion de leur plan de soins. »* [Traduction des auteures] (Liberati et al., 2015, p. 45)

Malgré l'absence de consensus autour de la définition du PCC, le terme « individualisé » lui est fréquemment adjoint et est présenté comme l'un de ses attributs les plus souvent reconnus (Morgan & Yoder, 2012). En effet, dans un environnement de soins de santé primaires, les professionnels de la santé doivent comprendre la situation de vie des patients, y compris leur culture, leurs croyances, leurs traditions, leurs activités et leurs préférences, et personnaliser les soins qui répondent le mieux à leurs besoins (Morgan & Yoder, 2012). À cet égard, des chercheurs plaident en faveur d'une attention particulière à la culture dans les soins centrés sur le patient (Kirmayer et al., 2016; Renzaho et al., 2013).

Au cours des dernières décennies les responsables politiques, les prestataires de soins, les éducateurs et les universitaires ont attiré l'attention sur le concept de compétence culturelle afin améliorer la qualité des soins et éradiquer les disparités ethniques dans les soins de santé (Betancourt et al., 2005). La compétence culturelle en matière de soins de santé est définie

---

<sup>1</sup> <https://www.cardinalhealth.com/en/essential-insights/the-diagnostic-revolution-driven-by-patient-centered-care.html> (consulté le 17 avril 2020)

<sup>2</sup> Patient-centered care

comme « le processus par lequel le prestataire de soins de santé s'efforce en permanence d'acquiescer la capacité de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un patient (individu, famille ou communauté) » [Traduction des auteures] (Campinha-Bacote, 1999, p. 203).

Dans des pays tels que la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Canada, où les systèmes de santé prennent en charge également des communautés autochtones, le concept de sécurité culturelle fait l'objet d'une attention croissante dans la littérature scientifique (Blanchet Garneau & Pepin, 2012). En contraste avec le concept de compétence culturelle qui se concentre sur les connaissances, les compétences et les attitudes des soignants, la sécurité culturelle permet de mettre en lumière les déséquilibres de pouvoir, la discrimination institutionnelle et la relation coloniale dans les soins de santé (Kirmayer, 2012). Développée en 1988 grâce à une réflexion approfondie sur les soins de santé de la communauté maorie en Nouvelle-Zélande, la sécurité culturelle n'a pas encore de définition stable. Cependant, comme le soutient Kirmayer (2012, p. 157) s'appuyant sur Crampton et al. (2003, p. 596) :

*« la sécurité culturelle est un moyen puissant de transmettre l'idée que les facteurs culturels influencent de façon critique la relation entre le soignant et le patient. La sécurité culturelle se concentre sur les différences potentielles entre les prestataires de soins et les patients ayant un impact sur les soins et vise à minimiser toute atteinte à l'identité culturelle du patient ».* [Traduction des auteures]

Le fait d'avoir une pratique culturellement sécuritaire met également l'accent sur la lutte contre les inégalités telles que l'accès aux soins de santé et la continuité des soins par le biais de processus éducatifs, ainsi que par le renforcement des capacités individuelles et communautaires à promouvoir et à soutenir l'autogestion de la santé (Gregory & Hart, 2009). Au niveau des professionnels, cela exige qu'ils connaissent les contextes sociaux, économiques et politiques qui créent les disparités en matière de santé ainsi que les dynamiques de violence structurelle, et qu'ils s'engagent dans des relations d'inclusion, de respect et de reconnaissance avec leurs patients (Kirmayer et al., 2016). Les principaux éléments d'une approche culturellement sécuritaire sont présentés dans la figure 1.

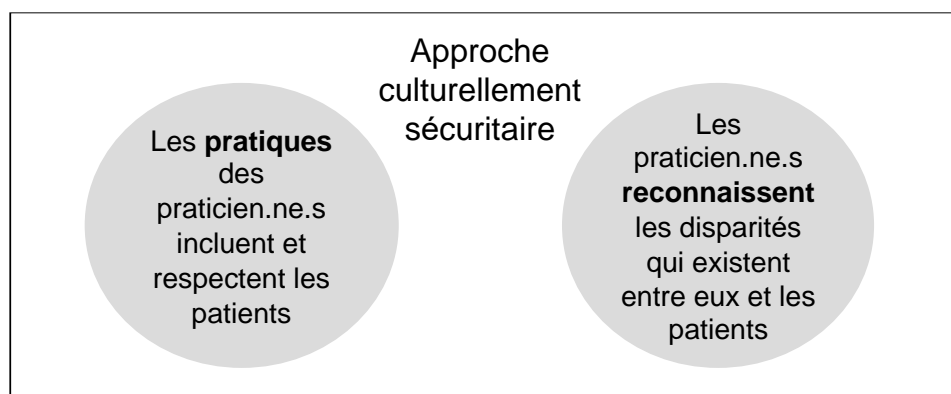


Figure 1 - Éléments d'une approche culturellement sécuritaire

Cependant, si le concept de sécurité culturelle a fait l'objet d'une attention croissante, ses conséquences sont encore peu étudiées. Les universitaires plaident pour des recherches sur

les conséquences de la sécurité culturelle sur les patients (Brascoupé & Waters, 2009), mais peu d'intérêt est porté sur ses effets potentiels sur les soignants. Brascoupé et Waters (2009) soulignent que la sécurité culturelle est une relation à double sens entre le patient et le praticien. Par conséquent, nous soutenons que l'autre extrémité de cette relation, celle du praticien, devrait également être étudiée.

Cette étude exploratoire répond donc à l'appel de Liberati et ses collègues (2015) de prêter attention aux pratiques et aux difficultés des professionnels de santé dans un environnement de PCC. Nous étudions plus spécifiquement la situation dans laquelle le PCC implique une approche culturellement sécuritaire et nous concentrons donc sur l'influence de la sécurité culturelle sur les professionnels de soin.

Les auteures étudient le cas d'infirmières travaillant avec des communautés inuites dans le Grand Nord canadien. Ce cas est particulièrement adapté à l'étude de l'influence de la sécurité culturelle sur les professionnels en raison des interactions des infirmières canadiennes avec les communautés autochtones et de leur rôle historique et structurant du système de soins (Gregory & Hart, 2009). Ce cas est également pertinent car ces infirmières connaissent un taux de rotation élevé, révélateur de la complexité à offrir des soins dans un tel contexte comme nous l'expliquerons dans les lignes suivantes. Par ailleurs, comme nous le présentons dans nos résultats, développer une pratique culturellement sécuritaire prend du temps : avoir un taux de roulement élevé, c'est prendre le risque que les infirmières en restent uniquement au niveau du développement de la compétence culturelle, nécessaire, certes mais non satisfaisante au regard des réflexions actuelles sur les soins de santé des populations autochtones.

### **3. Méthodologie de la recherche**

#### *3.1. Contexte de la recherche*

La gestion des soins de santé dans la communauté inuite, une population vulnérable de l'Arctique, est un enjeu de santé publique au Québec. L'isolement géographique des villages rend l'accès aux soins difficile et met la population en danger. Historiquement, les infirmières sont les principaux acteurs des soins de santé dans les dispensaires des villages, car elles sont le premier point de contact entre le patient et le système de santé. Les infirmières ont un statut spécial et un rôle unique - un « rôle élargi ». Celui-ci a été défini par la première auteur dans son travail de thèse (Fournier, 2018). Nous reprendrons trois caractéristiques qui le distinguent de celui d'une infirmière traditionnelle. Tout d'abord, le spectre de pratique et d'autonomie attendu est plus large. Deuxièmement, l'environnement dans lequel elles exercent est considéré comme extrême. Enfin, elles s'efforcent de parvenir à une pratique culturellement sécuritaire.

En effet, les infirmières en rôle élargi exercent auprès d'une clientèle variée, de nombreux diagnostics et procédures médicales leur sont délégués selon des protocoles cliniques et un guide thérapeutique (points de suture, plâtres, suivi de grossesse). Leur autonomie est également plus large puisque dans plusieurs dispensaires, aucun médecin n'est physiquement présent bien qu'il soit toujours joignable par téléphone. Elles peuvent donc être amenées à

gérer des situations hors de leurs prérogatives, toujours encadrées par un médecin au téléphone, dans leur dispensaire. Les infirmières travaillent également dans un « environnement extrême » en raison de leur isolement dans des villages uniquement accessibles par avion et du peu de ressources disponibles. L'environnement est également évolutif, incertain et risqué (Lièvre, 2014). Il est renforcé par les chocs culturels et psychosociaux qu'elles peuvent rencontrer chez leurs patients : la politique d'assimilation du Canada au cours du XXe siècle a engendré un profond traumatisme intergénérationnel, une crise identitaire majeure et une situation socio-économique catastrophique au sein de la communauté inuite. Les conséquences sur la santé de la population sont extrêmement préoccupantes : toxicomanie, détresse psychologique et maladies chroniques. Enfin, l'un des défis majeurs auxquels sont confrontées les infirmières des dispensaires est le caractère évolutif du rôle élargi, passant d'une pratique centrée sur le diagnostic et la maladie à une pratique centrée sur le patient. Il s'agit de prendre en compte la perception des soins de santé par les Inuit, la dynamique existant au sein de la communauté inuite, ainsi que les relations de pouvoir entre l'infirmière et le patient, et donc de jeter les bases d'une pratique culturellement sécuritaire.

### *3.2. Recueil des données*

La nature exploratoire et inductive de cette étude justifiait une analyse qualitative avec des entretiens semi-structurés et de l'observation non participante. Cette recherche a été menée au Nunavik (zone arctique du Québec), plus précisément dans un hôpital et deux dispensaires de la baie d'Hudson entre octobre 2014 et mai 2017. Avant le recueil des données, nous avons d'abord reçu l'autorisation de deux comités d'éthique de l'institution universitaire et du Centre de Santé de la Baie d'Hudson<sup>3</sup>.

La revue de la littérature a débuté avant l'étude de terrain afin de nous familiariser avec la profession d'infirmière, la culture et la communauté inuite, ainsi que les enjeux psychosociaux, culturels et sanitaires dans les villages. Elle a été menée tout au long de la recherche en fonction des thèmes soulevés.

Trois types d'entretiens ont été menés : des entretiens exploratoires (n=5), des entretiens clés (n=31) et des entretiens confirmatoires (n=13). Tous ont été enregistrés avec autorisation et transcrits. Au total, nous avons mené 49 entretiens d'une durée comprise entre 45 et 220 minutes et de 90 minutes en moyenne. Les entretiens exploratoires ont été menés avec quatre infirmières et un travailleur social. Les infirmières étaient à la retraite mais avaient plusieurs années d'expérience au Nunavik et le travailleur social avait 4 ans d'expérience au Nunavik. L'intention était de valider l'intérêt du questionnement et aussi de comprendre le rôle élargi afin de construire un guide d'entretien. Les principaux entretiens ont été menés avec 24 infirmières et 7 autres acteurs connexes (directrice des soins infirmiers, médecin, recruteur, pharmacien, responsable de programme, responsable de formation, travailleur social). Ces entretiens nous ont permis de bien comprendre le rôle élargi dans son caractère complexe, polyvalent et évolutif. En plus des questions ouvertes sur leur pratique au Nunavik, la technique des incidents critiques développée par Flanagan (1954) a été utilisée pour comprendre en profondeur leur pratique quotidienne.

---

<sup>3</sup> Le centre gère tous les dispensaires des villages de la Baie et l'unique hôpital à Puvirnituk.

Les observations non participantes ont été effectuées en deux fois : tout d'abord, nous avons participé à la formation sur la culture inuite offerte aux infirmières sur le point de partir pour leur première affectation au Nunavik. Au cours de la journée de formation, nous avons observé attentivement la dynamique de groupe et les réactions des participantes aux thèmes abordés, notamment les massacres de chiens de traîneau, les problèmes de santé, l'adoption traditionnelle, etc. Nous avons ensuite effectué quinze jours d'immersion dans deux villages inuits. Le premier était à Puvirnituk, la plus grande ville de la côte - 1780 habitants - qui abrite le seul hôpital de la côte (pour les soins secondaires) ainsi qu'un dispensaire (pour les soins primaires). La deuxième immersion a eu lieu à Ivujivik, le village le plus au nord du Nunavik - 415 habitants - qui ne possède qu'un seul dispensaire avec deux infirmières en poste.

Nous avons suivi les infirmières tout au long de leur journée de travail, y compris les visites aux dispensaires et à l'hôpital, les visites à domicile, une évacuation médicale d'urgence par avion et différents cas critiques. Nous avons également pris part à leur vie personnelle en les accompagnant à la coopérative alimentaire ou lors de dîners informels. Nous avons cherché à comprendre les défis quotidiens auxquels elles étaient confrontées, à appréhender la dynamique au sein de la communauté et à faire l'expérience de la vie nordique. Au total, la chercheuse a consigné plus de 70 heures d'observation dans son journal de bord et 40 heures d'observations informelles. Les données résultant de l'observation ethnographique ont été transcrites quotidiennement dans des carnets de notes et les photos ont été archivées.

Les entretiens confirmatoires ont été menés auprès de 8 infirmières du premier échantillon de 24 infirmières, sélectionnées pour leurs capacités réflexives. Deux infirmières ont été ajoutées à ce groupe d'entretiens. La première était la première infirmière à exercer dans le dispensaire d'Ivujivik au début des années 1970 et la seconde était une infirmière exerçant depuis plus de 20 ans dans plusieurs dispensaires nordiques. Trois acteurs ont également été interviewés : un ancien professionnel de la Direction Générale du Nouveau Québec (DGNQ) – devenu depuis le Secrétariat aux affaires autochtones, un anthropologue spécialisé dans la région du Nunavik et un médecin ayant plus de 20 ans d'expérience auprès de la communauté et reconnu pour son engagement pour une prise en charge plus adaptée à la réalité inuite. Nous leur avons présenté les résultats préliminaires, afin qu'ils puissent confirmer, nuancer ou préciser certains aspects, ou apporter de nouvelles informations.

### *3.3. Analyse*

Nous avons suivi une épistémologie interprétative afin de « rendre l'expérience humaine intelligible et d'en saisir toute la complexité et la richesse » (Chanlat, 1990). Nous avons décidé d'adopter une approche contextualisée et inductive pour découvrir les raisons de l'action ainsi que les logiques des acteurs (Crozier & Friedberg, 1977).

Notre matériau qualitatif est complexe et abondant, et couvre des situations très contingentes. Afin d'isoler certains sujets ou d'identifier certains cas critiques qui illustrent notre sujet, nous avons, pour cette étude, procédé à deux types d'analyse.

Nous avons d'abord procédé à une analyse transversale de nos entretiens afin d'identifier et d'isoler des thèmes spécifiques dans l'ensemble de notre échantillon. Cela nous a permis de mieux cerner certains des thèmes constants chez nos répondants (par exemple le caractère

évolutif du rôle élargi ou l'adaptation aux différents traits culturels). Nous avons ensuite codé les données par premier et second ordres, afin de monter en abstraction (Dumez, 2016; Gioia et al., 2012). Les thèmes de premier ordre étaient plus « descriptifs » afin de saisir complètement le rôle élargi pour comprendre sa nature évolutive et la relation potentielle avec la compétence culturelle et la sécurité culturelle. Plus de 50 codes ont été créés. Les codes de second ordre correspondaient à notre conceptualisation : c'est-à-dire la PCC, la sécurité culturelle et les raisons d'un départ.

Nous avons ensuite procédé à une analyse verticale des récits des infirmières afin de décrire l'intégralité des situations critiques et révélatrices de l'influence de la sécurité culturelle sur leur pratique. Cela nous a permis de restructurer et de recontextualiser notre analyse et de fournir une analyse plus complète et plus pertinente du domaine examiné. Toutes les étapes de codage ont été réalisées à l'aide du logiciel Atlas Ti.

Pour étayer cette première analyse, nous présentons dans le document deux « histoires » qui illustrent les thèmes abordés. La première « La noyade : un conflit culturel » a été rapportée par une infirmière- nous avons donc respecté son langage et ses tournures de phrases-, la seconde « Le compromis » provient directement des notes de terrain de la première auteure.

## 4. Résultats

Dans cette section nous allons montrer comment les infirmières, après avoir acquis de l'expérience dans les dispensaires, améliorent leur approche des soins de santé. Elles le font en intégrant une approche culturellement sécuritaire dans leur pratique quotidienne et en développant leur esprit critique sur les soins qu'elles offrent aux patients inuits. Nous exposerons ensuite les conséquences de l'approche culturellement sécuritaire sur la pratique des infirmières et discuterons du rôle de l'organisation, qui a émergé de notre analyse, sur ces conséquences.

### 4.1. Adapter des pratiques culturellement sécuritaires à la communauté inuite

#### **La noyade : un conflit culturel (cas rapporté par une infirmière de notre échantillon)**

Cet été, on a eu un cas d'un jeune qui a passé une heure dans l'eau gelée. Au moment où il a été repêché, la police, les premiers répondants, tout le monde était sur la berge et les *Elders*\* du village ont fait une barrière pour empêcher les policiers de nous amener le patient. Les policiers et les premiers répondants n'avaient pas le droit de toucher au corps, les premiers répondants sont des Inuit donc ils avaient leur rôle de premiers répondants à jouer, mais qu'ils ne pouvaient pas le jouer à cause des *Elders* qui les empêchaient d'approcher le corps.

Ils avaient placé le corps avec les fesses relevées et la tête en bas, parce que dans leur médecine traditionnelle, il faut que l'eau, les liquides s'écoulent du corps. Il y a des bulles qui sont produites. Et il faut le laisser comme ça, qu'on ne les touche pas du tout parce que tant qu'il y a des bulles, dans leurs croyances, c'est la façon dont la personne peut aller rechercher l'oxygène dont elle a

besoin pour revenir à la vie, si elle doit vivre. Nous, dans un contexte de noyade ou quand la personne est plongée dans l'eau pendant un long laps de temps, pour un pronostic favorable quand ça se passe en eaux froides, il faut que la réanimation commence le plus rapidement possible, ça exige une réanimation massive, etc...

On était donc plongés au cœur d'un dilemme éthique très important parce qu'on ne pouvait pas toucher au corps. Ça a pris une demi-heure avant que le corps puisse nous être amené au bout de négociations intenses. Quand il est arrivé au dispensaire, le maire, qui était déjà arrivé, s'est adressé au médecin par visioconférence en disant : « moi, le maire, la communauté, la famille nous refusons que vous fassiez quoi que ce soit ». Le médecin a évacué complètement le maire en lui disant : « je suis obligé par la loi de le faire ». Il y avait un gros conflit entre les deux cultures.

Dans notre médecine, une des premières choses qu'on fait, c'est d'aspirer. On aspire tout. Alors que dans leur culture si tu aspirés, tu le tues. On était pris entre les deux. C'est une situation qui a été traumatisante pour le personnel, mais aussi pour la population, pour le médecin à distance. Je pense que tout le monde qui a eu à vivre cette situation de près ou de loin a été traumatisé d'une façon ou d'une autre.

Il y avait un gros conflit entre les deux cultures. Dans notre médecine, une des premières choses qu'on fait, c'est d'aspirer. On aspire tout. Alors que dans leur culture si tu aspirés, tu le tues. On était pris entre les deux. C'est une situation qui a été traumatisante pour le personnel, mais aussi pour la population, pour le médecin à distance. Je pense que tout le monde qui a eu à vivre cette situation de près ou de loin a été traumatisé d'une façon ou d'une autre.

\*Les *Elders* sont les personnes âgées du village. Leurs expériences leur donnent le statut de sages et ils bénéficient d'une influence importante dans les communautés.

Comme expliqué dans la section sur le contexte de la recherche, l'une des caractéristiques du rôle élargi est sa nature évolutive : passer d'une pratique centrée sur le diagnostic et la maladie à une pratique centrée sur le patient (Fournier, 2018). Cette évolution se fait en plusieurs étapes : tout d'abord, les infirmières doivent maîtriser toutes les compétences médicales qui leur sont déléguées et le sens des responsabilités qui en découle. Comme l'a expliqué l'une d'entre elles :

*C'est moi qui examine mon patient, c'est moi qui décide ce qu'il a, c'est moi qui décide s'il faut qu'il voie le médecin ou pas et c'est moi qui décide quel médicament je vais lui donner. C'est sûr que tout ça est supporté par le guide thérapeutique [...] mais il reste que la responsabilité elle est vraiment très, très lourde. (E08)*

Tant qu'elles ne se sentent pas pleinement en confiance, les infirmières n'entrent pas dans une perspective centrée sur le patient.

*Dans les six premiers mois, [...] le peuple Inuit était secondaire dans ma tête, je m'adaptais à plein de choses, presque en mode survie (E17)*

Les infirmières, après plusieurs expériences dans les différents dispensaires, parviennent à avoir une pratique culturellement sécuritaire, reconnaissant les différentes perspectives et les traits culturels qui semblent importants dans les soins aux patients et conduisant à une



réflexion critique sur les disparités, sur leur propre pratique et sur le système de soins de santé mis en place il y a plus de 30 ans.

Ci-dessous, nous allons d'abord évoquer les différences de perspectives sur les soins entre les infirmières et la communauté inuite, telles que perçues par les infirmières. L'objectif ici n'est pas d'être exhaustives ou de rappeler certains concepts de l'anthropologie médicale ou de l'ethnopsychiatrie, bien que des liens seraient intéressants à faire, mais plutôt de montrer comment les infirmières réussissent à comprendre et à intégrer certaines dimensions culturelles inuites dans les épisodes de soins jusqu'à réussir à offrir une pratique culturellement sécuritaire

Nous nous concentrerons ensuite dans la section suivante sur l'évolution de leur réflexion critique.

Premièrement, le temps et la santé n'ont pas la même signification dans la communauté inuite. Le temps est rarement un facteur limitant, quelle que soit l'activité en cours et, par exemple, les repas ne sont pas réguliers. La notion d'heures fixes, précises et prédéterminées n'a donc aucun sens dans la culture inuite. Comme l'explique une infirmière :

*Beaucoup d'Inuit ne portent pas de montre, ça va selon le cycle du soleil. Et ils ne mangent pas trois fois par jour. Alors, pour les diabétiques, leur demander de manger trois fois par jour et de prendre des collations, ça n'a pas de sens. (E27)*

La maladie, en affectant une partie du corps, affecte tous les espaces du corps. Les soins traditionnels se concentrent sur la personne dans son ensemble en tant qu'être biologique, social, culturel et religieux. La guérison ne dépend pas seulement de l'énergie individuelle, mais aussi de la collectivité. De plus, pour guérir, les individus doivent changer de dynamique en agissant de manière contre-intuitive, en les inversant d'une certaine manière, par exemple, lors de douleurs intenses, il faut retenir les cris ou paraître inattentif ou indifférent à la maladie (Therrien, 1995).

*La question de la santé est très rattachée à leurs valeurs spirituelles, leurs croyances. Cela s'inscrit dans un processus de healing global. (E21)*

Cela peut expliquer beaucoup de malentendus entre les infirmières et les patients, comme l'explique cette infirmière qui reste perplexe face à l'attitude d'un Inuk qui vient d'être poignardé « *mais qui rit comme si la vie était belle et qu'il ne s'était rien passé* » (E25).

Deuxièmement, la famille n'est pas comprise comme une sphère restreinte ou circonscrite. Elle est étendue. Il y a donc des degrés variables d'appartenance au réseau familial qui comprendrait des positions proches (père, mère, frères, sœurs, puis oncles, tantes, cousins), des positions plus éloignées (tous les autres parents), et des positions encore plus éloignées (compagnon de travail ou de chasse) (Hervé, 2015). Il semble difficile de distinguer les limites du cercle. De plus, la famille joue un rôle crucial dans le processus de guérison individuelle et collective. Fletcher et Riva (2016) précisent qu'en termes inuits, « être en bonne santé » signifie « se situer parmi des gens et des familles attentionnés, qui disposent tous d'un environnement physique et social rassurant et sûr dans lequel vivre » (: 10). Les infirmières traitent donc rarement un Inuk comme seul interlocuteur. Les parents, plus ou moins éloignés,

doivent être pris en charge dans l'épisode de soins. À ce titre, les aînés, membres influents de la communauté, peuvent donner un avis défavorable aux soins proposés par l'infirmière et un important processus de négociation s'ensuivra, comme c'est le cas dans l'histoire de « La Noyade » décrite ci-dessus.

Troisièmement, dans la culture inuite, la position de pouvoir n'est pas attribuée à la suite d'une élection, d'une succession ou d'une nomination, mais est le résultat d'un consensus implicite correspondant aux règles et normes sociales. Hervé (2005) explique que « le pouvoir n'est pas acquis de façon naturelle par la personne qui le possède, mais qu'il est donné par une entité extérieure, par le groupe. [...] En ce sens, le pouvoir vient d'ailleurs » (:157). Ainsi, au Nunavik, les personnes en position de pouvoir justifient leur légitimité à l'extérieur, par d'autres et sont responsables devant le groupe.

Le pouvoir est également situé, changeant selon les circonstances, cette fonction est attribuée à une personne qui, dans une situation donnée, est la mieux à même d'assurer le bien-être et la survie du groupe. Par exemple, dans un contexte de chasse, ce sera la personne qui connaît le territoire ou qui dispose des moyens de transport, dans un contexte de conflit familial, ce sera la personne la plus expérimentée, souvent un aîné.

Il n'est donc pas toujours facile de comprendre qui serait l'interlocuteur le plus approprié pour mettre en place des programmes de santé communautaire. Les infirmières doivent travailler à l'intégration des « forces tranquilles » et des modèles de rôle (« role model ») de la communauté qui peuvent les aider :

*C'est à force de connaître la communauté, les gens, la dynamique individuelle, familiale, sociale qu'on arrive à découvrir ces forces tranquilles qui peuvent faire bouger les choses. Mais c'est beaucoup de temps à la même place et il faut aussi avoir une lecture de ce qui se passe. (E42).*

*Blanche, seule, tu ne feras rien. Il faut avoir une co-worker issue de la communauté, c'est elle qui a la crédibilité, toi, non. (E11).*

*Je me suis trouvé une alliée dans la communauté et on a développé des programmes de prévention. (E07).*

Les interprètes se révèlent également être de précieux alliés : « elles connaissent la communauté sur le bout des doigts » (E37), « elles connaissent les familles » (E44) et « nous orientent, ça nous aide beaucoup » (E37). Leur rôle est donc crucial puisqu'ils fournissent des informations non seulement sur l'état du patient mais aussi sur sa situation familiale et son histoire.

En outre, la communication en général est plus difficile à maîtriser :

*La communication [des Inuit] est plus subtile, il y a beaucoup de non-dits ou de choses dites mais enrobées, maquillées... c'est plus en douceur. (E42).*

Ainsi, leur opposition ne sera jamais frontale, « ils n'aiment pas la confrontation », les Inuit ne refuseront pas le traitement mais ne le prendront tout simplement pas (E37). De plus, ils ne sont pas très bavards, les soignants doivent pouvoir obtenir des informations précises rapidement, comme l'explique cette infirmière :

*Il faut que tu sois capable de te faire une idée du diagnostic en 5 questions seulement (E19)*

Enfin, étant donné les difficultés de communication, il est nécessaire de trouver d'autres sources de communication : des activités, des jeux, des quizz sont souvent mentionnés (E11).

L'appréhension de tous ces traits culturels conduit à une adaptation de leur prise en charge au patient, donc à une amélioration de l'approche PCC proposée par les infirmières. En individualisant la prise en charge du patient, elles le placent au centre du processus de guérison :

*[Il faut savoir s'adapter] aux objectifs du client et de la communauté. Et aller avec ce qu'ils veulent eux (E30)*

*Traditionnellement, les mères mâchent la nourriture pour leurs enfants [...] Je ne leur dis pas d'arrêter [...]. Par contre, je leur dis qu'il faut qu'elles aient une hygiène buccale impeccable, surtout si elles fument. (E11)*

Les infirmières travaillent en étroite collaboration avec ces « forces tranquilles » de la communauté, les modèles et les interprètes à long terme, afin de leur offrir des solutions pour gérer elles-mêmes les problèmes de santé de la communauté. Elles cherchent à construire des ponts pour unir les deux façons de voir les choses (E22). Ce faisant, les inégalités visent à être réduites et la continuité des soins et l'accès aux soins de santé améliorés.

#### **Le compromis (Notes de terrain)**

Jack est un jeune homme atteint de schizophrénie, isolé, avec très peu de ressources et de soutien. Pour que Jack prenne son traitement régulièrement, l'infirmière parvient à le faire venir au dispensaire en « échangeant » son injection contre un boost au chocolat (boisson hyperprotéinée). Non seulement le traitement a été suivi, mais il a également de quoi se nourrir quotidiennement. Cette prise en charge allait plus loin : Jack se rendait plusieurs fois par an dans d'autres villages ou à Montréal, souvent pour consommer des drogues dures. Pour sa propre sécurité et celle des autres, cette infirmière avait demandé à Air Inuit (compagnie aérienne) de la contacter lorsqu'il prenait l'avion pour faire un suivi auprès des professionnels de santé dans les villages concernés ou à Montréal.

#### **4.2. Réfléchir de manière critique aux disparités**

Ces pratiques culturellement sécuritaires s'accompagnent chez les infirmières du développement d'une réflexion critique sur l'environnement dans lequel elles travaillent. En comprenant l'ampleur du traumatisme intergénérationnel et ses conséquences ainsi que la crise d'identité à laquelle sont confrontées les communautés autochtones, les infirmières s'engagent dans un examen critique des rôles du gouvernement dans cette situation...

*C'est un peuple qui est perdu et que 60 ans passés, il ne faut pas l'oublier, ils vivaient encore dans les tentes et dans les igloos. Vous essayez de leur imposer des services,*

*des programmes mais on n'adresse même pas leurs besoins fondamentaux d'être humains. (E17)*

...et sur le système de santé mis en place il y a une demi-décennie.

Celui-ci a été calqué sur les hôpitaux du sud de la province<sup>4</sup>, tant en ce qui concerne l'organisation du travail que les programmes de soins de santé. Tous les professionnels actuellement en poste sont des Québécois, blancs, formés dans les grandes villes du Québec<sup>5</sup>. Ainsi, les infirmières qui prodiguent des soins ont entrepris une réflexion sur leur propre identité culturelle et reconnaissent l'impact de leur culture sur leur pratique professionnelle. Par exemple, une infirmière concède :

*Je ne comprends pas nécessairement les tabous [de la communauté], [...] ce qui choque les gens. [Il y a] plein de choses qui moi me choquent, mais dont les gens ne sont pas nécessairement choqués... Les stigmates ou les blessures ne sont pas les mêmes. (E20)*

Certaines infirmières constatent également que les programmes - notamment en matière de santé communautaire - ne sont pas adaptés aux réalités du Nord : « *beaucoup de nos approches vont en contradiction avec leurs valeurs traditionnelles. Ils ne vont pas te le dire, mais ils ne t'écouteront pas* » (E42).

*Nos programmes de santé ne sont pas adaptés à la culture inuite, notre fonctionnement non plus d'ailleurs : on leur impose une structure de service adaptée à nous autres, 9h-17h. Si on s'adaptait à eux, on serait ouverts le soir et les fins de semaine. (E17)*

Pour les plus pessimistes, cela perpétue une situation catastrophique et pourrait conduire à un « *ethnocide* » expliquant que cela fait partie de leur devoir civique d'en parler haut et fort (E37).

#### *4.3. Une situation qui conduit au départ des infirmières*

*Quand le social ne va pas, les soins de santé ne vont pas non plus. Et ce sont les infirmières qui paient au bout de la ligne. Elles ramassent les pots cassés, les jeunes qui se font abuser, [...] les femmes qui se font violenter... (E06)*

Bien que nécessaire pour adopter une pratique culturellement sécuritaire, cet exercice de réflexion entraîne un certain découragement chez les infirmières. Notre analyse nous a permis de mettre en avant une tendance des infirmières à abandonner leur rôle dans les dispensaires du Nunavik lorsqu'elles ne peuvent plus le comprendre ou lorsque la réflexivité est trop importante.

---

<sup>4</sup> Le sud de la province représente la zone géographique située en dessous du 49<sup>e</sup> parallèle incluant les villes comme Montréal ou Québec. Le nord fait référence à la région située au nord du 49<sup>e</sup> parallèle comprenant le Nunavik.

<sup>5</sup> L'exception étant les cliniques de sage-femmes qui incluent savoirs traditionnels et médecine occidentale.

Nous avons constaté trois types de départ différents. Les infirmières ont décidé de quitter cognitivement, fonctionnellement ou géographiquement leur rôle dans les dispensaires inuits.

*Je n'ai jamais réussi à trouver un juste milieu [qui me permettait] d'avoir de bonnes relations avec la communauté [sans que] cela ne m'affecte (E17)*

Dans le départ *cognitif*, les infirmières peuvent choisir intentionnellement de revenir à une pratique plus orientée vers la maladie, en ayant moins d'empathie et plus de sympathie pour leurs patients. Elles gardent une certaine distance et essaient de se concentrer sur les soins à court terme des patients. Elles reviennent à un aspect plus médical de leur rôle pour continuer à travailler sans être trop influencées par la réalité des villages :

*Il faut rester centré sur la tâche (E38), c'est le côté médical qui va être plus présent (E40)*

*Je dois garder quand même une certaine distance pour garder mon bon jugement et mon objectivité. Je connais des familles dans la misère, je trouve ça malheureux, je trouve ça triste, mais quand je vois un membre qui a besoin d'aide, je leur offre des soins, je peux aller chercher différentes options, je peux ouvrir des portes, mais c'est à eux de traverser. [...] je ne peux pas faire les étapes qui ne m'appartiennent pas. (E05)*

Sur le plan *géographique*, les infirmières peuvent choisir de revenir dans les villes au Sud du Québec, Trois-Rivières ou Montréal par exemple, ou d'exercer dans d'autres communautés autochtones où les ressources sont plus importantes et où l'environnement est moins extrême mais où elles continuent d'exercer un rôle élargi. Ce faisant, elles conservent l'intérêt professionnel qu'il représente sans avoir à subir trop de stress (E35).

*J'ai décidé que non, ce n'étaient pas des conditions dans lesquelles je voulais travailler. On est au Québec, en 2017, pas en Afrique. On peut faire les choses différemment. Je ne suis pas une infirmière de brousse ou d'armée. Je suis une infirmière en rôle élargi et pour moi, il y a une distinction. (E42)*

Sur le plan *fonctionnel*, les infirmières ont tendance à choisir des postes de direction, comme celui d'infirmière de liaison, de responsable de programmes ou encore de directrice des soins infirmiers. Elles se font alors le porte-parole d'une pratique culturellement sécuritaire, mais au niveau politique, loin du terrain. Elles plaident ensuite pour un système plus adapté à la culture et pour des soins de santé ainsi que de son autogestion par la communauté, même si cela nécessite un changement fondamental du système de soins existant.

*C'est un système de santé relativement jeune, en développement, et on a la possibilité de développer une population pour une prise en charge éventuelle et ça me motive. (E16)*

Comme la sécurité culturelle renforce la capacité réflexive et de compréhension des actions des professionnels de soins, elle peut être à leurs propres frais. À la suite de Berwick (2009), nous plaidons en faveur de la PCC, mais nous pensons qu'elle doit intégrer ses impacts possibles sur les professionnels. La responsabilité ne peut être déléguée qu'aux soignants, les organisations doivent trouver des mécanismes de soutien pour promouvoir la PCC sans affecter les soignants.

#### 4.4. Le soutien organisationnel comme mécanisme de rétention ?

Certaines des conversations avec les infirmières ont souligné un sentiment profond de manque de soutien organisationnel :

*On est abandonnés sur notre banquise. (E23)*

*Les gens ont l'impression d'être très peu accompagnés et très peu soutenus. (E40)*

Le fait d'avoir une pratique des soins centrée sur le patient conduit à une accumulation très insidieuse et progressive de stress et, dans les cas les plus complexes, à des chocs post-traumatiques.

*Le [stress] s'installe de manière très insidieuse, très progressivement et même pour des gens qui en sont très conscients et qui sont à l'écoute, tu ne sais pas à quel moment précis, tu vas atteindre ton clic. [...] Pour la très grande majorité, ce n'est pas un évènement, c'est vraiment juste une accumulation et il n'y aura pas cette ligne franche de démarcation. (E21)*

Cela met en évidence une des difficultés de la pratique dans le Nord : gérer un stress permanent qui s'accumule sans être conscient de ses impacts et gérer des cas profondément déstabilisants qui sont perçus comme plus perturbateurs que la médecine de guerre :

*Quand je suis revenu de Bosnie, j'étais correct. Alors que j'ai fait un choc post-traumatique dans le Nord (E04)*

Une infirmière, qui a quitté le Nord après 23 ans, explique que les choses ne changent pas beaucoup et que cela a conduit à une frustration progressive des professionnels qui sont restés longtemps et qui s'y sont beaucoup investis. Ce sentiment d'impuissance est aussi une limite que les infirmières atteignent dans leur pratique quotidienne. Il rejoint souvent un discours plus politisé, une vision plus globale et systémique sur les soins aux populations du Nord :

*Les choses évoluent technologiquement parlant. Les infirmières sont toutes supportées par des systèmes informatiques, elles ont des statistiques, des suivis, la télésanté. La vidéo-conférence, elle n'est pas très utilisée, mais il y en a partout pour les infirmières de manière à mieux travailler avec des médecins à Montréal, à Kuujuuak ou à Puvirnituk. Mais au-delà de toute la structure et le support technique, le reste sur le terrain, la détresse, la violence conjugale, la boisson, la prise en charge, ça n'a pas changé. Il faut que les jeunes aillent à l'école : mais vous faites quoi pour qu'ils y aillent ? Faites des pressions politiques pour qu'il y ait des Cégeps au Nord. Arrêtez d'en parler, faites-le ! (E06)*

Cependant, les infirmières constatent encore des améliorations suite aux initiatives de prévention, de promotion et d'enseignement : « la santé dentaire s'est améliorée » (E38), « les gens fument de plus en plus dehors » (E11).

L'organisation devrait alors rappeler l'importance de leur présence et des soins qu'elles prodiguent à la population ainsi que l'avancement des différents programmes

communautaires qu'elles mettent en œuvre. Les infirmières sont conscientes qu'elles font de petits pas en avant et que les résultats de leurs interventions seront visibles à moyen et long terme : « *chaque petite victoire est une victoire pour tous* » (E03). Mais si on ne le leur rappelle pas, la question se pose : « *tout le monde s'en fout, pourquoi devrais-je m'en préoccuper ?* » (E12). Nos résultats sont résumés dans la Figure 2 ci-dessous.

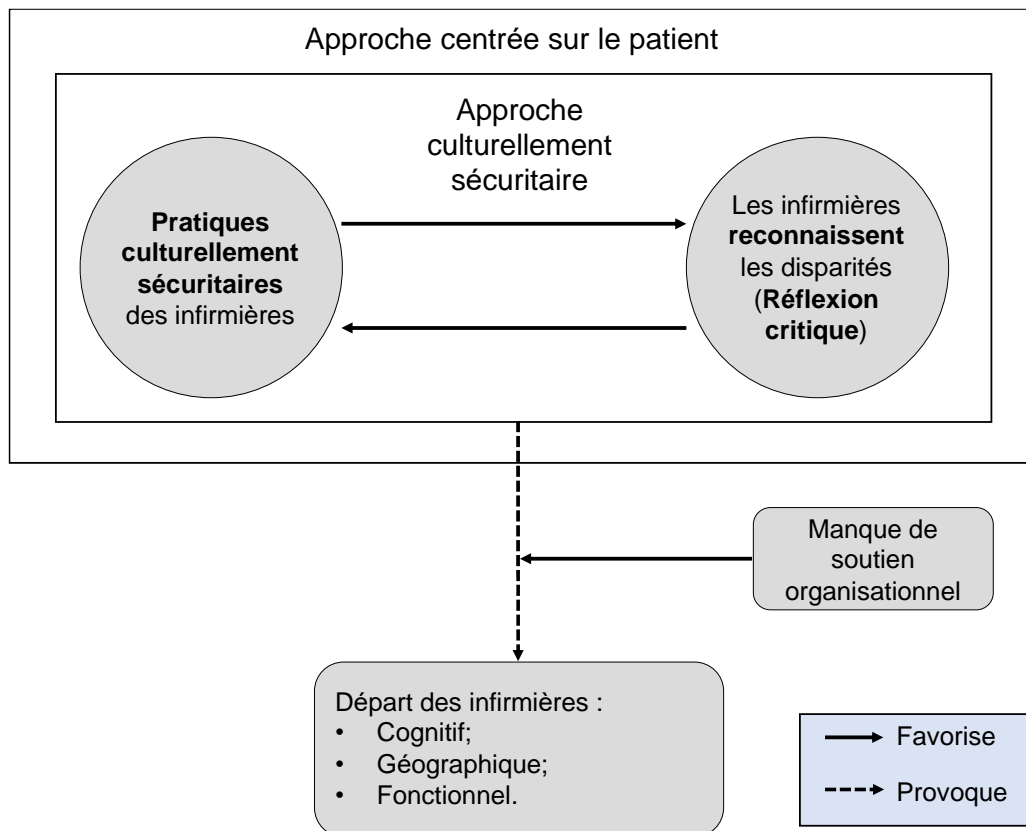


Figure 2 - Constatations : conséquences d'une approche culturellement sécuritaire pour les infirmières

## 5. Discussion

Cette recherche contribue à la littérature sur la sécurité culturelle et la PCC, en montrant l'effet de la sécurité culturelle sur les professionnels de santé. Elle souligne que la pensée réflexive incite la plupart des infirmières à abandonner leur pratique quotidienne dans les dispensaires inuits. Ce départ est de trois ordres : cognitif, fonctionnel ou géographique. Nous pensons que notre travail de terrain idiosyncrasique et ethnographique peut donner un aperçu des pratiques de sécurité culturelle qui participent au PCC, ainsi que des conditions nécessaires pour y parvenir (Liberati et al., 2015).

Nous contribuons à la littérature en insistant sur le rôle indispensable de l'organisation et de la mise en place de mécanismes de soutien organisationnel pour aider les soignants à entrer dans cette perspective critique, nécessaire au PCC, tout en s'avérant parfois une source de désengagement ou de frustration. La particularité de notre terrain de recherche montre

clairement l'ambivalence des soignants, mais d'autres terrains peuvent également être concernés : les professionnels des soins intensifs, les professionnels en mission humanitaire d'urgence ou la médecine de guerre. Là encore, le soutien organisationnel est essentiel pour maintenir les équipes existantes et renforcer la pratique centrée sur le patient.

### 5.1. Limites et recherches futures

D'autres études pourraient examiner les déterminants spécifiques à l'origine du départ des infirmières. Nous conseillons aux futures recherches d'adopter une approche sensemaking pour examiner comment les infirmières donnent du sens à leur expérience de soins avec les Inuit, et dans quelles conditions elles cessent d'y donner sens. Nous reconnaissons l'idiosyncrasie de notre terrain, principalement due au contexte extrême dans lequel il se situe. Cela rend difficile la reproduction de nos conclusions dans d'autres contextes. Par conséquent, nous encourageons les nouvelles recherches à entreprendre le même problème en examinant les infirmières qui travaillent avec d'autres communautés autochtones en Nouvelle-Zélande ou en Australie par exemple. Finalement, ce papier étant à son stade préliminaire, nous n'avons pas encore pu inclure certaines infirmières de notre échantillon qui réussissent à allier PCC et longévité nordique. Elles sont peu nombreuses mais leur cas sera analysé et inclus dans les prochaines versions de ce papier.

## 6. Conclusion

Notre recherche participe à une vive discussion actuellement en cours sur l'impact de la politique d'assimilation forcée du Canada sur la santé des populations autochtones mais aussi sur la durabilité du système de santé actuel dans les communautés. Nous avons voulu mettre en lumière l'engagement des infirmières qui choisissent d'exercer dans un environnement extrêmement complexe et incertain. Au-delà de leur expérience professionnelle, elles s'investissent et se surpassent pour offrir des soins de qualité à une population fragile et négligée. L'une des infirmières a déclaré qu'elles peuvent se sentir comme un pansement sur une plaie ouverte, mais que sans leur aide précieuse, la situation aurait été encore plus catastrophique.

## 7. Bibliographie

- BERWICK D M. (2009). What « patient-centered » should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, Vol. 28, No. 4, p. 555- 565.
- BETANCOURT J R, GREEN A R, EMILIO CARRILLO J, & PARK E R. (2005). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, Vol. 24, No. 2, p. 499- 505.
- BLANCHET GARNEAU A, & PEPIN J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept, Vol. 4, No. 111, p. 22- 35.
- BRASCOUPÉ S, & WATERS C. (2009). Cultural Safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal*



- Health*, Vol. 5, No. January 2009, p. 6- 41.
- CAMPINHA-BACOTE J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *The Journal of nursing education*, Vol. 38, No. 5, p. 203- 207.
- CHANLAT J-F. (1990). *L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*. (Les Presses de l'Université Laval, Éd.) (ESKA).
- CRAMPTON P, DOWELL A, PARKIN C, & THOMPSON C. (2003). Combating effects of racism through a cultural immersion medical education program. *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, p. 595- 598.
- CROZIER M, & FRIEDBERG E. (1977). *L'acteur et le système*.
- DUMEZ H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative: Les questions clés de la démarche compréhensive*. (Vuibert, Éd.).
- FLANAGAN J C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, Vol. 51, No. 4, p. 327- 358.
- FLETCHER, C. et RIVA, M. (dir.). (2016). La santé des Inuit. *Études/Inuit/Studies*, Vol. 40, No. 1, p. 5-22. <http://dx.doi.org/10.7202/1040142ar>
- GIOIA D A, CORLEY K G, & HAMILTON A L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research : Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, Vol. 16, No. 1, p. 15- 31.
- GREGORY D, & HART M. (2009). « Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis ».
- HERVE, C. (2015). *Le pouvoir vient d'ailleurs : Leadership et coopération chez les Inuits du Nunavik*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- KIRMAYER L J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, Vol. 49, No. 2, p. 149- 164.
- KIRMAYER L J, BENNEGADI R, & KASTRUP M C. (2016). Cultural Awareness and Responsiveness in Person-Centered Psychiatry, p. 77- 95.
- LIBERATI E G, GORLI M, MOJA L, GALUPPO L, RIPAMONTI S, & SCARATTI G. (2015). Exploring the practice of patient centered care: The role of ethnography and reflexivity. *Social Science and Medicine*, Vol. 133, p. 45- 52.
- LIÈVRE P. (2014). Repères pour un management des situations extrêmes de gestion. In *XXIII Conférence AIMS* (p. 28).
- MORGAN S, & YODER L H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 30, No. 1, p. 6- 15.
- RENZAHO A M N, ROMIOS P, CROCK C, & SØNDERLUND A L. (2013). The effectiveness of

cultural competence programs in ethnic minority patientcentered health care-a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 25, No. 3, p. 261- 269.

TERRIEN, M. (1995). Corps sain, corps malade chez les Inuit. Une tension entre l'intérieur et l'extérieur. *Recherches amérindiennes au Québec*, Vol. 25, No. 1,p. 71-84.