

Université de Montréal

**Soins promouvant l'équité : perspectives d'infirmières œuvrant dans les communautés Inuit
du Nunavik**

Par

Anne-Renée Delli Colli

Faculté des sciences infirmières

Mémoire par article présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)
en sciences infirmières
option formation

Décembre, 2022

© Anne-Renée Delli Colli, 2022

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

**Soins promouvant l'équité : perspectives d'infirmières œuvrant dans les communautés Inuit
du Nunavik**

présenté par :

Anne-Renée Delli Colli

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lisa Merry

Présidente-rapporteur

Amélie Blanchet Garneau

Directrice de recherche

Patrick Lavoie

Membre du jury

Résumé

Les iniquités de santé vécues par les communautés autochtones sont des conséquences visibles des déterminants structurels de la santé, tels que le racisme systémique et le colonialisme. En 2021, une enquête auprès des Inuit du Nunavik, a révélé un manque de confiance envers les professionnels de la santé et des services non culturellement sécuritaires. Les infirmières en première ligne sont les piliers du système de soins nordiques.

Cette étude avait pour but d'explorer la perspective d'infirmières de première ligne sur la prestation de soins et services promouvant l'équité exerçant auprès des communautés Inuit du Nunavik.

Une perspective critique postcoloniale ainsi qu'un devis descriptif interprétatif (Thorne, 2016) ont été utilisés. Le cadre théorique développé par Browne et al. (2018) s'intitulant *Key Dimensions of Equity-Oriented Health Care and Strategies to Guide Implementation* a guidé cette étude. Au total, 10 infirmières et infirmiers de première ligne exerçant au Nunavik ont participé à des entrevues individuelles semi-structurées. Une analyse thématique des données (Braun et Clarke, 2006) a été effectuée.

Les résultats ont permis d'identifier une conception fluide des soins et services promouvant l'équité, passant d'une perspective égalitaire à critique. Cette conception façonne de manière significative la perception du contexte nordique colonial, du système de santé et de l'approche de soins infirmiers. L'un des principaux défis exprimés par les infirmières concerne l'indifférence des systèmes de santé aux priorités des communautés. Des actions locales sont priorisées pour surmonter ce défi.

Des pistes d'améliorations, telles que le développement d'une conscience critique sont décrites.

Mots-Clés : Iniquités en santé, Infirmière en première ligne, Rôle élargi, Accessibilité des soins et services de santé, Perspective décoloniale, Contexte nordique, Santé autochtone, Inuit, Nunavik

Abstract

Health inequities experienced by Indigenous communities are visible consequences of structural determinants of health, such as systemic racism and colonialism. In 2021, a survey of Inuit in Nunavik revealed a lack of trust in health care professionals and culturally unsafe services. Primary care nurses (RNs) are the backbone of the northern health care system.

The purpose of this study was to explore equity-oriented care and services from the perspectives of primary care RNs working in Nunavik Inuit communities.

A critical postcolonial perspective (Anderson et al., 2009) and an interpretive descriptive design (Thorne, 2016) were used. The *Key Dimensions of Equity-Oriented Health Care and Strategies to Guide Implementation* (Browne et al., 2018) theoretical framework guided the study. Semi-structured interviews were conducted with ten primary care RNs working in Nunavik. The data was analyzed thematically (Braun & Clarke, 2006).

The findings identified a fluid conceptualization of equity-oriented care and services, ranging from egalitarian to critical perspectives. This conception significantly shapes nurses' perceptions of the northern colonial context, the health system, and the nursing care approach. One of the main challenges expressed by nurses is the indifference of health systems to community priorities. Local actions are prioritized to overcome this challenge.

Pathways of change, such as the development of critical consciousness, are described.

Key Words: Health inequities, Primary care nursing, Expanded role, Accessibility of health care and services, Decolonial perspective, Northern context, Indigenous health, Inuit, Nunavik

Table des matières

Résumé	1
Abstract	2
Table des matières	3
Liste des tableaux	5
Liste des figures	6
Liste des sigles et abréviations	7
Remerciements	9
Énoncé de position	10
Chapitre 1- Problématique, but et questions de recherche	13
BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE	18
Chapitre 2 - Ancrages théoriques	19
APPROCHE CRITIQUE POSTCOLONIALE	19
CHOIX ET DÉFINITION DU CADRE THÉORIQUE	21
<i>Soins culturellement sécuritaires</i>	22
<i>Soins sensibles aux traumatismes et à la violence</i>	23
<i>Réduction des méfaits</i>	23
Chapitre 3 - Recension des écrits	25
STRATÉGIE DE RECHERCHE	25
PRATIQUE INFIRMIÈRE EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES ET ISOLÉES	25
Pratique infirmière en rôle élargi au Nunavik.....	26
<i>Iniquité dans l'accessibilité des service et soins de première ligne en contexte autochtone</i>	27
<i>Conception des infirmières reliées aux soins et services promouvant l'équité</i>	29
<i>Défis des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité</i>	30
Barrière structurelle : incapacité d'offrir des soins de première ligne.....	30
Barrière organisationnelle :la formation des infirmières en régions isolées	31
Barrière intrapersonnelle : sentiment d'inconfort.....	32
Barrière interpersonnelle : la relation de confiance et culturellement sécurisante	33
<i>Stratégies des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité</i>	35
RÉSUMÉ DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	36
Chapitre 4 - Les résultats	39
PROVIDING EQUITY-ORIENTED CARE AND SERVICES: PERSPECTIVES OF PRIMARY CARE NURSES WORKING IN NUNAVIK (NORTHERN QUEBEC, CANADA) INUIT COMMUNITIES	40
<i>Positionality statement</i>	41
<i>Background and context</i>	41
<i>Aim and research questions</i>	44
<i>Theoretical Underpinnings</i>	44
<i>Methods</i>	44
Study setting and participants	45

Data collection	46
Data analysis	46
<i>Ethical considerations</i>	47
<i>Results</i>	47
<i>Fluid conceptualizations of equity-oriented care and services, including both egalitarian and a critical perspective</i>	49
<i>The egalitarian conceptualization</i>	50
Egalitarian perspective on access to care and healthcare services	50
Culturalist discourse and decontextualized care	51
<i>The critical conceptualization</i>	52
Critical perspective on inequitable access to care and healthcare services	52
Awareness of multiple dimensions connected to inequities	53
<i>Meeting in the middle: Tensions between quality of care and equity</i>	54
<i>Challenges: “the rigid and broken system in a box.”</i>	55
Lack of resources that influence equitable access to healthcare care and services	55
Absence of accountability measures in the presence of inequities	56
The colonial context and disconnection to health priorities	58
<i>Strategies: “Being a facilitator to reduce the tensions”</i>	59
Engaging in a relationship with Inuit peoples and communities	59
Focusing on local actions towards changes in ensuring community responsive care	60
<i>Discussion</i>	60
<i>Implications for Nursing</i>	64
<i>Strengths and limitations</i>	64
<i>Conclusion</i>	65
<i>Acknowledgments</i>	66
Chapitre 5 - La discussion	67
<u>IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE : LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSCIENCE CRITIQUE POUR UNE PRATIQUE DE SOINS ÉQUITABLE</u>	67
<i>Implications pour la formation : apprendre à critiquer et remettre en question les « bonnes » pratiques</i>	68
<i>Implications pour la recherche : bâtir de nouveaux savoirs infirmiers contextualisés</i>	70
<i>Implications pour la gestion : prendre position et agir face aux iniquités</i>	72
<i>Implications pour la politique : l’importance de la voix politique en sciences infirmières</i>	73
<u>INTERCONNEXIONS DES PRINCIPAUX DOMAINES DE LA DISCIPLINE</u>	73
Conclusion	75
Références	76
Annexe A - Plan de concepts et équations de recherche	86
Annexe B-Diagramme de flux	89
Annexe C - Affiche de recrutement	90
Annexe D - Questionnaire Socio-démographique	91
Appendice E - Guide d’entretien semi-structuré	92
Annexe F – Approbation du comité d’éthique de la recherche en sciences et santé de l’Université de Montréal	94
Annexe G - Formulaire d’information et de consentement	96

Liste des tableaux

Table 1. – Sociodemographic characteristics of the participants.....	48
--	----

Liste des figures

Figure 1. – Cadre théorique des soins et services promouvant l'équité.....	24
Figure 2. –Primary care nurses' conceptualizations of equity-oriented care and services in Inuit communities of Nunavik	49

Liste des sigles et abréviations

ACSRÉ : Association canadienne des infirmières en régions éloignées et isolées

CERP : Commission d'enquête sur les relations autochtones et certains services publics

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RRSSSN : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik

À ceux qui souffrent de notre indifférence et inaction collective.

À toutes ces infirmier.ère.s qu'on n'écoute et ne voit pas.

Aux communautés et à mes amis Inuit.

Remerciements

Ouf. Quelles montagnes russes d'émotions. Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Amélie Blanchet Garneau. Merci pour tes précieux commentaires, merci de me suivre dans mes « bulles de cerveau » ou de me recadrer lorsque c'est nécessaire. Tu as su me guider dans cette aventure dans un parfait équilibre... soit en me prenant tranquillement par la main ou en me donnant un petit (gros) coup dans le dos quand j'en avais besoin.

Je tiens à remercier ma famille, mes amis et particulièrement ma colocataire Emmanuelle. Partager son quotidien avec une étudiante à la maîtrise n'est pas toujours facile. Tes encouragements et nos discussions m'ont aidé à réaliser ce projet. Un merci spécial à mon amie de maîtrise, Heïdi qui m'a maintenue mentalement stable durant ces deux dernières années. Nos appels Teams m'ont motivé à ne pas abandonner. Je ne sais pas comment j'y serais arrivée sans toi!

Je veux aussi exprimer ma gratitude envers mes participants, mes collègues et mes amies infirmières du Nunavik. Vous êtes inspirantes et je veux vous dire que ce mémoire est, à ma façon, le moyen de faire entendre vos voix.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement le soutien financier de nombreuses organisations : la Chaire de recherche autochtone en sciences infirmières du Québec (IRSC), la Chaire de recherche autochtone en sciences infirmières du Manitoba (IRSC), l'Université de Montréal, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et l'Équipe FUTUR (Fonds de recherche Société et culture du Québec).

Finalement, mes derniers remerciements vont bien sûr aux communautés Inuit. Sans vous je ne serais pas la personne ni l'infirmière que je suis aujourd'hui. Nos fous rires, le partage de nos joies et de nos peines, le son des enfants qui joue dans la clinique, vos chaleureux : *welcome home Anne...* tout ça me manque. Vous avez, pour toujours, une partie de mon cœur. NAKURMIK!!

«Our life story shapes our research interpretations. Past is prologue. Memory is preface.

We know what we know from where we stand. We need to be honest about that. »

(Kovach, 2021, p.9)

Énoncé de position

Je tiens à débiter en me présentant et en reconnaissant que la rédaction de ce mémoire a été réalisée principalement sur le territoire ancestral et non cédé de la Nation W8banaki, le Ndakina. Je m'appelle Anne-Renée et je suis une femme de race blanche d'origine française et italienne. Depuis le début de cette maîtrise, j'ai commencé un processus de réflexion individuelle quant à ma position de jeune chercheuse blanche s'intéressant aux enjeux de santé que vivent les personnes autochtones. Je sais que c'est un engagement d'une vie et je vois ce mémoire comme le début du développement de ma conscience critique afin de dénoncer les structures coloniales et oppressives toujours en place. De nombreux privilèges m'ont permis de réaliser ce projet de mémoire, principalement le fait d'être une femme de race blanche, l'accès à l'éducation supérieure dans ma langue maternelle, une connexion internet de qualité ainsi qu'un soutien financier important dû à l'obtention de bourses. Les savoirs nés de ce projet de recherche sont le fruit de mes relations et apprentissages auprès de personnes autochtones, notamment les Inuit¹. Je suis reconnaissante d'avoir passé plusieurs années professionnelles et personnelles enrichissantes auprès des communautés Inuit du Nunavik. Dans un processus qui se veut à l'antipode de la neutralité, j'ai souhaité utiliser mon vécu et mon expertise d'infirmière en contexte nordique colonial afin d'optimiser mon rôle dans la production de nouvelles connaissances qui se veulent émancipatrices et décoloniales. Ainsi, je ne parle pas au nom des Inuit. Ma voix est celle d'une infirmière ayant vu d'innombrables injustices et voulant remettre en question les approches coloniales de ma profession et du système de santé. Je me suis engagée dans ce processus un peu à l'aveugle, pour contrer ce sentiment d'impuissance qui m'habite

¹ Le mot Inuit sera invariable en genre et en nombre dans ce texte, respectant ainsi les règles de la langue inuktitut plutôt que les règles de la langue française. (Gouvernement du Canada. (2020). *Inuit, un mot qui ne fait plus exception*. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/chroniques-de-langue/inuit-un-mot-qui-ne-fait-plus-exception#an3>)

depuis plusieurs années, mais avec la certitude que des actions sont nécessaires. Je vous invite donc, chers lecteurs et lectrices, à vous engager dans ce mouvement de changement avec moi.

Chapitre 1- Problématique, but et questions de recherche

Au Canada, les communautés autochtones font partie des groupes ayant des conditions de vie les plus marginalisées affectant directement leur état de santé et de bien-être (Adelson, 2005; Greenwood et al., 2018). Ces conditions de vie et ces iniquités en santé sont les symptômes visibles de l'histoire coloniale, de la violence structurelle et du racisme systémique qui perdurent dans le système de la santé et au sein de la société (Adelson, 2005; Allan et Smylie, 2015; Browne et al., 2016). Ainsi, « le fardeau collectif d'un système colonial répressif a créé des conditions de désavantages physiques, psychologiques, économiques et politiques pour les peuples autochtones » (Reading et Wien, 2009, p.21).

Au sein des nations autochtones, les Inuit, vivant sur le territoire traditionnel nordique nommé « Inuit Nunangat » (Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], 2022), ont des conditions de vie parmi les pires au Canada. Les iniquités de santé que vivent les Inuit sont reliées entre autres, à leurs déterminants socioéconomiques (ITK, 2018), l'isolement géographique de leur territoire ainsi que leur contexte historique colonial spécifique (Hayward et al., 2020). Par exemple, l'espérance de vie des Inuit est inférieure de dix ans à celle de la population canadienne (ITK, 2018) et cinq ans de moins que celle de la population autochtone du Canada (Statistics Canada, 2017). Le taux de tuberculose est 300 fois plus élevé à celle de la population canadienne (ITK, 2018). Celui-ci est directement associé à des déterminants sociaux de la santé, tels que l'insalubrité et la surpopulation dans les logements (ITK, 2018). Finalement, l'impact du colonialisme est perçu par les Inuit comme « la principale source des problématiques de santé mentale, de dépendances et de violence affectant fondamentalement la santé de la population encore aujourd'hui » (Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS], 2021, p.11). Ce portrait rapide de certains déterminants et enjeux de santé spécifiques chez les Inuit va dans le même sens que l'étude réalisée par Fraser et Nadeau (2015), mentionnant que les Inuit du Nunavik (territoire nordique Québécois) utilisent majoritairement les services de santé pour des problèmes de santé reliés à des besoins socioéconomiques.

Dans le système de santé, les soins et services de première ligne sont l'un des meilleurs moyens afin de diminuer les iniquités (Browne et al., 2016; Lavoie, 2004; World Health Organisation

[WHO], 2008) puisque ceux-ci comprennent des activités de promotions de la santé et visent à agir sur les déterminants sociaux. Les modèles de soins de première ligne offrent un spectre large de service dépendamment de leur emplacement géographique et des caractéristiques spécifiques des populations qu'ils desservent (WHO, 2008). Un modèle de services global et communautaire répond de façon plus équitable aux besoins de santé des personnes autochtones lorsqu'on se retrouve dans un contexte isolé et colonial (Carroll et al., 2015; Harfield et al., 2018; Lavoie et al., 2018). Des caractéristiques spécifiques visant l'équité en santé, comme l'autodétermination, la gouvernance des systèmes par les communautés et des politiques culturellement sécurisantes, doivent être au cœur des services (Carroll et al., 2015; Harfield et al., 2018; Lavoie et al., 2018).

Toutefois, plusieurs auteurs statuent qu'à ce jour, les modèles de soins dans les communautés perpétuent des iniquités et ne répondent pas aux besoins spécifiques des personnes autochtones (Gibson et al., 2015; Horrill et al., 2018; Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014; Young et Chatwood, 2017). En effet, certains modèles de soins et services de première ligne priorisent les soins aigus et une perspective biomédicale, limitant considérablement les activités de préventions de la maladie et de promotions de la santé (Carroll et al., 2015; Horrill et al., 2018; Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014). La perspective biomédicale est décrite comme l'ensemble de plusieurs théories et perspectives dominantes au Canada décrivant la santé comme un choix individuel d'une absence de maladie (Horrill et al., 2018). Les origines sociales, politiques et historiques complexes de la maladie sont souvent invisibles pour les professionnels ayant cette perspective (Horrill et al., 2018). Ainsi, ces modèles ayant une approche biomédicale prédominante n'agissent pas sur les iniquités structurelles reliées aux barrières sociales, politiques et économiques. L'invisibilité de ces barrières dans l'évaluation de la performance des soins et services, limite l'obtention de ressources financières nécessaires afin d'agir directement sur ses iniquités structurelles (Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014). Il en résulte une sous-performance chronique des systèmes de santé dans les communautés autochtones qui affecte la qualité et l'accessibilité équitable des services (Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014).

Le système de santé du Nord québécois desservant les Inuit du Nunavik représente un exemple frappant de ces constats. Les Inuit sont l'une des trois nations autochtones du Québec à avoir

signé une entente conventionnée avec la province, statuant que le système de santé est sous la responsabilité de l'état québécois. En 2019, la commission d'enquête sur les relations autochtones et certains services publics [CERP] du Québec, communément appelée la commission Viens, fait état d'une discrimination systémique vécue par les Autochtones dans les systèmes de santé. Notamment, la commission est fortement critique face au sous-financement chronique du système de santé au Nunavik par l'état provincial, de l'offre de services insuffisante pour assurer une accessibilité équitable des soins de première ligne, ainsi qu'une qualité de soins inférieure (CERP, 2019).

Puisque les infirmières sont au cœur des services de santé au Nunavik (Fournier et al., 2021) l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ] a été interpellé lors de la commission Viens afin de décrire leur façon d'évaluer la qualité et la sécurité des soins desservies par les infirmières dans les communautés autochtones (OIIQ, 2018). L'OIIQ a affirmé que, selon leurs évaluations, la pratique des infirmières auprès de personnes autochtones était culturellement sécurisante (OIIQ, 2018). Toutefois, il précise que les infirmières mentionnent de grands besoins de formations continues quant à leur rôle nécessitant des connaissances cliniques avancées (OIIQ, 2018). L'OIIQ mentionne également que leur recommandation d'intégrer une formation continue supplémentaire de trois mois pour les infirmières exerçant en pratique éloignée, pouvait ne pas avoir été implantée par les organisations de santé (OIIQ, 2018; OIIQ, 2004).

En contrepartie, presque au même moment, une enquête nationale sur la santé des Inuit du Nunavik révélait que : «80% des Inuit croyaient que les prestations de soins de santé n'étaient pas culturellement appropriées » [Traduction libre] (NRBHSS, 2020, p.24). Les Inuit du Nunavik mentionnent également qu'ils subissent de la discrimination par les professionnels de la santé et qu'ils ont aussi l'impression d'avoir des services de moindre qualité seulement par le fait d'être Inuit (NRBHSS, 2020). Considérant que l'équité et la justice sociale sont au cœur de la profession d'infirmière (Rudner, 2021; Thurman et Pfitzinger-Lippe, 2017), il est essentiel d'examiner comment les infirmières déploient ces valeurs dans leur pratique quotidienne.

En régions éloignées et isolées, les infirmières représentent la pierre angulaire quant à l'accessibilité et à la prestation des soins de première ligne délivrés aux communautés

autochtones (Martin-Misener et al., 2020). Celles-ci ont une pratique complexe et unique comprenant des connaissances en soins critiques, en première ligne et même des compétences reliées aux diagnostics (Canadian Association for Rural et Remote Nursing [CARRN], 2020; Martin-Misener et al., 2020; McCullough et al., 2020). En effet, l'infirmière technicienne ou clinicienne ayant un rôle élargi peut souvent être comparée à des médecins généralistes (Fournier et al., 2021; Muirhead et Birks, 2019). Malgré leur rôle essentiel très peu d'études au Canada à documenté la perspective des infirmières quant à leur champ de pratique élargi et les compétences spécifiques (Martin-Misener et al., 2020).

De plus, ces infirmières font face à plusieurs défis, tels que d'effectuer des tâches en dehors de leur champ de pratique dû à l'isolement géographique et aux ressources limitées (MacLeod et al., 2019; McCullough et al., 2020). Depuis presque 20 ans, l'OIIQ a statué qu'il n'existe aucun cadre légal spécifique qui régit cette pratique et que celle-ci correspond à une pratique infirmière avancée unique (OIIQ, 2004). Le « double standard » acceptant de façon passive que des infirmières aient un champ de pratique élargi seulement dans les régions isolées et non dans les régions urbaines, est peu critiqué dans la littérature (Banner et al., 2010). Selon Tarlier et Browne (2011), le fait de ne pas porter une plus grande attention sur les compétences spécifiques des infirmières de première ligne pratiquant en régions isolées serait directement relié à des iniquités structurelles et discriminatoires de la part des systèmes et de l'état envers les communautés autochtones.

La prédominance des infirmières allochtones dans un contexte colonial amène aussi d'autres problématiques. Au Nunavik, la difficulté dans le recrutement et la rétention de main-d'œuvre Inuit, est reliée à des politiques discriminatoires maintenues par le gouvernement québécois (NRHBSS, 2018). Ces politiques impactent directement l'accessibilité, la qualité et l'équité des services de santé (NRHBSS, 2018). De plus, les connaissances cliniques reliées à la santé appartiennent à l'institution coloniale (Fraser et al., 2021a). La vision de la santé des Inuit n'étant pas perçue comme valable, cela crée un enjeu de pouvoir important entre les professionnelles de santé et les communautés Inuit (Fraser et al., 2021a).

Plusieurs auteurs constatent que les infirmières allochtones ont des discours coloniaux qui peuvent perpétuer des iniquités et des injustices (Blanchet Garneau et al., 2019; McCullough et al., 2021; Rahaman et al., 2017; Rahaman, 2014). Par exemple, selon Rahaman et al. (2017), les infirmières reliaient les iniquités de santé au fait que le patient était autochtone et normalisait les enjeux de santé en mentionnant qu'ils n'y avaient pas d'espoir de vivre une vie en santé dans ces communautés. Des attitudes négatives empreintes de stéréotypes et préjugés sont omniprésentes dans les services de santé et impactent directement la création d'un lien de confiance entre les intervenants non inuit et les communautés Inuit (Fraser et al., 2021b). Selon Horrill et al. (2021), les infirmières ont de la difficulté à comprendre leur rôle dans l'accessibilité équitable des soins et ne reconnaissent pas l'importance d'une relation culturellement sécurisante comme étant au cœur de leur pratique avec des personnes autochtones (Horrill et al., 2021).

Une des solutions qui semble prometteuse dans la réduction des iniquités de santé est une approche de soins et services promouvant l'équité en première ligne (Browne et al., 2016; Cullen et al., 2022; Ford-Gilboe et al., 2018). L'approche de soins et service promouvant l'équité vise à 1) soulever les tensions entre les discours dominants en santé (ex. : égalitaire) et les besoins spécifiques des personnes vivant des iniquités de santé 2) réduire les effets de la distribution injuste des ressources reliées aux déterminants de la santé, principalement ceux créant les iniquités structurelles, comme la pauvreté 3) rendre visible l'intersectionnalité et les impacts néfastes du racisme et de la discrimination sur l'accessibilité des services et la santé des personnes (Browne et al., 2018). L'étude longitudinale de Ford-Gilboe et al. (2018) associe à cette approche des changements positifs sur la santé. À long terme, une diminution des symptômes de dépression, de choc post-traumatique ainsi que l'amélioration de la qualité de vie ont été notées chez les participants (Ford-Gilboe et al., 2018). Finalement, les participants mentionnent que cette approche augmentait leur confiance envers les professionnels, les structures et répondaient de façon plus équitable à leurs besoins de santé (Ford-Gilboe et al., 2018). Ainsi, l'approche de soins et services promouvant l'équité a un potentiel transformateur pour les communautés autochtones lorsqu'elle est appliquée par les institutions et les professionnelles (Browne et al., 2016; Browne et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2018).

En résumé, puisque l'approche de soins et services promouvant l'équité est un concept relativement nouveau, l'état des connaissances est limité quant à la perspective des infirmières face à cette approche. De plus, étant donné que la pratique infirmière de première ligne en régions isolées est très peu documentée, l'invisibilité de cette pratique apporte un argument supplémentaire afin de s'intéresser à celle-ci. Le fait que les infirmières peuvent perpétuer des iniquités dans leurs discours (Blanchet Garneau et al., 2019; Rahaman et al., 2017) et ne connaissent pas leur rôle afin d'offrir des soins équitables pour les personnes autochtones (Horrill et al., 2018) représente un sujet d'intérêt en recherche pour la pratique infirmière. Finalement, face aux grands enjeux d'iniquités en santé que vivent les communautés Inuit, le contexte spécifique au Nunavik apparaît très pertinent afin de développer de nouvelles connaissances. À ce jour peu de connaissances nous permettent de mieux comprendre l'implication de la pratique infirmière en première ligne auprès des communautés Inuit du Nunavik dans la prestation de soins et services promouvant l'équité.

But et questions de recherche

Explorer la perspective d'infirmières de première ligne, sur la prestation de soins et services promouvant l'équité, exerçant auprès des communautés Inuit du Nunavik.

1. Quelle est la conception des infirmières de la prestation de soins et services promouvant l'équité?
2. Quels sont les défis des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité?
3. Quelles sont les stratégies utilisées par les infirmières afin de surmonter ces défis?

Chapitre 2 - Ancrages théoriques

Ce chapitre présente les principaux ancrages théoriques pour cette étude; soit une approche critique postcoloniale ainsi que le cadre théorique *Key Dimensions of Equity-Oriented Health Care and Strategies to Guide Implementation* qui a été mobilisé. J'approfondis les réflexions qui ont guidé ces choix, ainsi que les implications de ces ancrages théoriques pour ce projet de recherche.

Approche critique postcoloniale

Tout d'abord, l'approche critique a pour but « d'exposer et de remettre en question les structures de pouvoir acceptées et d'offrir des perspectives alternatives à la connaissance, à l'élaboration de théories et à la réalité sociale » [Traduction libre] (Holland et Novak, 2018, p. 2). En ajout, le colonialisme est :

un processus qui inclut l'incursion géographique, la dislocation socioculturelle, l'établissement de contrôles politiques externes et la dépossession économique, la prestation de services sociaux de bas niveau et enfin, la création de formulations idéologiques autour de la race et de la couleur de la peau qui placent le colonisateur à un niveau plus élevé d'évolution que le colonisé (Kelm, 1998, traduction libre de Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone, 2011, p. 4).

L'approche critique postcoloniale met en lumière comment le colonialisme continue, à ce jour, de façonner la santé et perpétuent les iniquités en santé des communautés autochtones (Browne et al., 2005). En sciences infirmières, elle est particulièrement pertinente lorsque l'on analyse des enjeux reliés à la justice sociale et les iniquités en santé qui touchent les populations marginalisées par des structures sociétales (Anderson et al., 2009). En effet, elle vise à produire des « savoirs contextualisés » et ainsi prendre en compte toutes les dynamiques sociales, politiques et historiques qui contribuent aux iniquités en santé (Anderson et al., 2009). Par exemple, reconnaître que la violence structurelle est reliée à des politiques institutionnelles injustes et est une des causes majeures des iniquités de santé (Browne et al., 2018).

Ainsi, tout au long de ce projet, je me suis questionnée sur les fondements théoriques, savoirs, paradigmes et école de pensée de la discipline infirmière qui m'ont été enseignés lors de mon parcours universitaire et qui ont grandement influencé la construction de mon identité

professionnelle. Ces questionnements m'ont amené à poser un regard critique particulièrement sur la façon dont on décrit les concepts de culture et de race. En effet :

La culture est devenue une métonymie de la « différence » dans les études en sciences infirmières, sans que l'on apprécie la manière dont les concepts de culture et de race fonctionnent en tandem, la race étant le plus souvent, le sous-texte silencieux du discours culturaliste. [Traduction libre] (Kirkham et Anderson, 2002, p.5)

Bien que les savoirs en sciences infirmières s'inspirent de plusieurs disciplines, tout particulièrement la sociologie (Kirkham et Anderson, 2002), il est surprenant de voir l'invisibilité du discours antiraciste dans la profession infirmière (Blanchet Garneau et al., 2018). Pourtant faire ressortir la racialisation des iniquités (Browne et al., 2018) est essentiel lorsque l'on adopte une approche critique postcoloniale.

Cette approche a teinté tout le processus de conceptualisation et réalisation de cette étude, par exemple la problématique et les choix méthodologiques. Malgré les nombreuses problématiques et sujets d'intérêt que ce projet de recherche aurait pu explorer, c'est à la lumière de cette approche critique postcoloniale que le choix de s'intéresser à l'équité et la justice sociale s'est présenté naturellement. Aussi, elle a guidé ma réflexion sur ma positionalité en tant que femme blanche, notamment lors de l'analyse des données et de la présentation des résultats. J'ai particulièrement fait attention d'analyser les enjeux sous une lentille critique qui met en lumière les déterminants structureaux de la santé, tels que le racisme systémique. Le racisme systémique est défini comme :

une production sociale d'une inégalité fondée sur la race dans les décisions dont les gens font l'objet et les traitements qui leur sont dispensés. L'inégalité raciale est le résultat de l'organisation de la vie économique, culturelle et politique d'une société. Elle est le résultat de la combinaison de ce qui suit : la construction sociale des races comme réelles, différentes et inégales (racialisation); les normes, les processus et la prestation des services utilisés par un système social (structure); les actions et les décisions des gens qui travaillent pour les systèmes sociaux (personnel) (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2019, p. 7).

L'approche critique postcoloniale m'a aussi aidé à mieux comprendre le contexte social colonial au Nunavik présent encore à ce jour. J'ai effectué des lectures supplémentaires afin de bien

comprendre le processus d'altérité (*othering*) qui peut se présenter dans un contexte colonial. Ces apprentissages m'ont permis de faire ressortir des discours culturalistes et coloniaux dans l'analyse des données. Finalement, la convention de la Baie-James et du Nord Québécois a été un point tournant historique du Nunavik qui a mis en lumière comment les enjeux politiques reliés au territoire ont teintés l'organisation sociale actuelle, dont le système de santé. Le livre *s'intitulant; contre le colonialisme dopé aux stéroïdes : le combat des Inuit de Québec pour leurs terres ancestrales* (Nungak, 2019), m'a aidée à mieux comprendre l'histoire coloniale unique des Inuit du Nunavik avec le gouvernement Québécois et les dimensions contemporaines du colonialisme affectant la santé des Inuit encore à ce jour.

Choix et définition du cadre théorique

Le cadre théorique qui a été mobilisé est celui développé par Browne et al. (2018) qui s'intitule : *Key Dimensions of Equity-Oriented Health Care and Strategies to Guide Implementation*.

Puisque ce projet de recherche n'a pas été effectué en collaboration avec les communautés Inuit, il était essentiel que le cadre théorique soit le reflet de résultats basés sur des recherches en partenariat avec des personnes autochtones. De plus, le concept de soins et services promouvant l'équité devait être ancré dans une posture épistémologique critique afin de bien répondre au but et questions de recherche. Ainsi, le modèle de Browne et al. (2018) qui a été développé au Canada en partenariat avec plusieurs organisations et personnes autochtones est apparu pertinent. Le cadre théorique a influencé la construction de ce projet à toutes les étapes. Par exemple, le cadre théorique a été mobilisé lors de la construction du guide d'entrevue, l'analyse des données et la rédaction des résultats.

Cependant, le modèle de Browne et al. (2018) a été réalisé principalement dans des centres de première ligne en milieu urbain avec une population autochtone et non autochtone, ce qui constitue une limite dans la transférabilité des résultats. Fort de ce constat, les iniquités ne se traduisent pas de la même façon dans les communautés autochtones que dans les milieux urbains. Ainsi, des différences peuvent être notables puisque les modèles et la pratique infirmière en première ligne dans les communautés autochtones sont uniques. En ajout, le concept de soins

et services promouvant l'équité pourrait se traduire de différente façon dans la pratique infirmière.

De ce fait, ce projet de recherche visait à générer de nouvelles connaissances dans un contexte autochtone spécifique. Bien que certaines similarités dans les iniquités de santé puissent être présentes pour différentes nations autochtones, il est primordial de ne pas généraliser ces expériences de santé. Ainsi, le cadre théorique était un choix judicieux, puisque celui-ci met en évidence l'importance du contexte dans l'approche de soins et services promouvant l'équité. Il a grandement contribué au développement de nouvelles connaissances riches et a permis de bien répondre aux trois questions de recherche, notamment celle concernant la conception des infirmières travaillant au Nunavik.

Les soins et services promouvant l'équité se définissent comme une approche visant la réduction 1) des iniquités structurelles (pauvreté, logement) causées par une distribution injuste des ressources reliées aux déterminants sociaux de la santé 2) des expériences négatives dans le système de santé reliées entre autres au racisme impactant également l'accessibilité équitable des services, et 3) des discours dominants dans les systèmes de santé qui perpétuent les iniquités en ne répondant pas aux besoins de santé spécifiques des personnes vivant dans des contextes marginalisés (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016; Browne et al., 2015). De ce fait, ce cadre théorique met en lumière la responsabilité des gouvernements, institutions et systèmes coloniaux dans la perpétuation des iniquités pour les personnes autochtones.

Le cadre théorique comprend trois dimensions clés et dix stratégies liées à la prestation de soins et services de première ligne promouvant l'équité (Browne et al., 2018). Ces dimensions et stratégies sont interconnectées, répondent aux iniquités et sont contextualisées. Une description détaillée de ces trois dimensions clés est présentée ci-dessous :

Soins culturellement sécuritaires

Le soin culturellement sécuritaire est un concept ayant été développé par une infirmière maorie en Nouvelle-Zélande afin de mettre en évidence l'importance de créer des environnements sécuritaires, de contrer les enjeux de pouvoirs, la discrimination et le racisme liés au colonialisme au sein des systèmes de la santé (Ramsden, 2002). Ce concept met l'accent sur les politiques et

lois coloniales qui affectent la santé et contribuent aux iniquités structurelles affectant les populations autochtones (Browne et al., 2016). Au niveau interpersonnel, il décrit l'importance de créer une relation de confiance et d'être humble dans les interactions entre des professionnels de la santé allochtones et des personnes autochtones (Browne et al., 2018).

Soins sensibles aux traumatismes et à la violence

Cette dimension telle que décrite par Browne et al. (2016) comprend de : « (a) reconnaître les effets intersectoriels sur la santé de la violence structurelle et individuelle, ainsi que d'autres formes d'iniquités ; (b) comprendre la santé des personnes et les problèmes sociaux reliés au contexte ; et (c) travailler à réduire la réapparition des traumatismes » [Traduction libre] (Browne et al., 2016, p.5). Il est important de porter une attention particulière sur les traumatismes historiques et intergénérationnels, mais aussi sur la violence structurelle contemporaine qui affecte la santé, comme le stigma associé à des maladies reliées à la santé mentale (Browne et al., 2016).

Réduction des méfaits

La réduction des méfaits fait ressortir l'interaction entre les conditions sociales et la consommation de substance, et vise la décriminalisation de politiques injustes ou discriminatoires (Browne et al., 2018). Cette dimension met en lumière les impacts directs, notamment dans l'accessibilité des services, de la stigmatisation et de la discrimination face à la consommation de substances (Browne et al., 2018).

Les 10 stratégies décrites exposent des pistes de solutions concrètes afin d'opérationnaliser l'approche de soins et services promouvant l'équité. Les stratégies proposées aident à faire ressortir des tensions existantes dans les organisations de santé qui entretiennent le *status quo* et les discours dominants. (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016) Par exemple, de repenser les espaces, comme les salles d'attente dans les urgences, aident à créer des environnements culturellement sécurisants (Browne et al., 2018).

Finalement, ce cadre théorique, s'adressant autant aux organisations qu'aux professionnels de la santé, permet d'identifier des stratégies pour mieux répondre aux besoins de santé spécifiques des personnes autochtones et ainsi améliorer l'équité des soins au niveau individuel,

organisationnel et structurel (Browne et al., 2018). Les interactions entre les trois dimensions peuvent débiter, par exemple, par les stéréotypes et préjugés reliés à la consommation de substances. Ces stéréotypes diminuent l'impact des traumatismes intergénérationnels et conditions sociales pouvant être reliés à la consommation. Ainsi, ces préjugés peuvent se poursuivre dans des attitudes discriminatoires nuisant à la création d'une relation culturellement sécurisante. Le schéma présenté ci-dessous aide à bien visualiser le cadre théorique dans son ensemble :

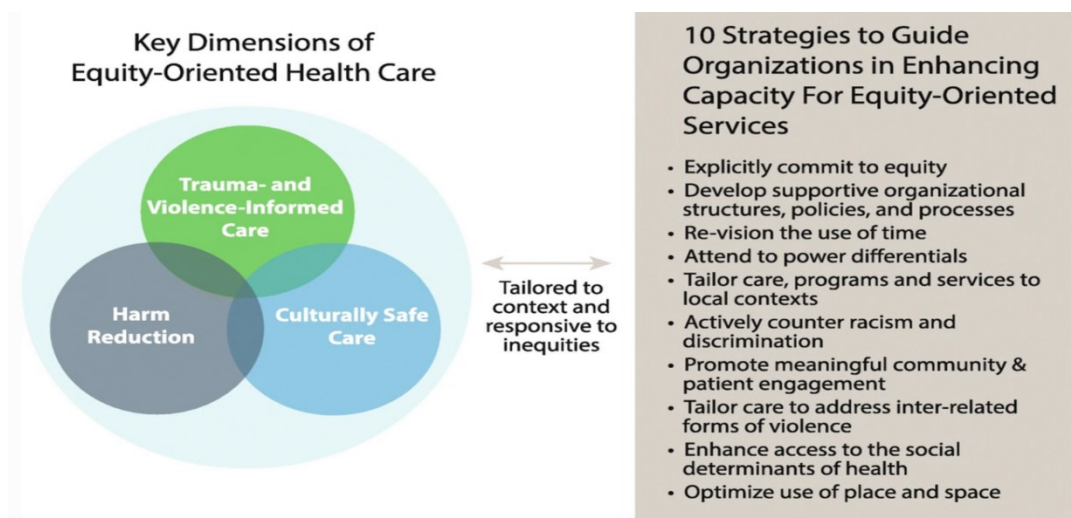


Figure 1. – Cadre théorique des soins et services promouvant l'équité, (Browne et al., 2018)².

² Tiré de «Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics», par Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Nadine Wathen, C., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T. et Blanchet Garneau, A, 2018, *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 154, Figure [2], (<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>)

Chapitre 3 - Recension des écrits

Ce chapitre comprend plusieurs sous-sections afin d'exposer l'état des connaissances en lien avec ce projet de recherche. En premier lieu, la stratégie de recherche est détaillée. Par la suite, la pratique infirmière en régions éloignées et isolées, ainsi que la pratique en rôle élargi au Nunavik sont précisées. En second lieu, l'accessibilité inéquitable des soins et services de première ligne en contexte autochtone est exposée. Finalement, la conception, les défis et les stratégies des infirmières reliées aux soins et services promouvant l'équité sont approfondis.

Stratégie de recherche

La recension des écrits a été effectuée sur les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Medline* (via Ovid) ainsi que *Web of Science*, à l'aide du plan de concept présenté en annexe A. Les trois principaux concepts étaient 1) infirmière en première ligne 2) contexte autochtone et 3) soins et services promouvant l'équité. Par la suite, une sélection des articles les plus pertinents reliés au but a été effectuée. Des articles portant sur la perspective des infirmières à propos de l'accessibilité équitable des services de première ligne, des soins équitables dans un contexte autochtone, ainsi que ceux portant sur les différents défis et stratégies dans la prestation de soins équitables ont été priorisés. Le diagramme de flux présenté en annexe B montre le nombre d'articles sélectionnés et analysés. Ainsi, sur un total de 112 articles sélectionnés par titre et abrégé, 11 articles se rapprochant du but et questions de recherche ont été retenues et analysés en profondeur. Finalement, une recherche intuitive et manuelle a été faite dans la littérature grise, Google Scholar, ainsi que dans les références d'articles pertinents pour s'assurer de compléter l'état des connaissances. Le nombre total d'articles retenus pour cette recension après la recherche intuitive est de 12 articles.

Pratique infirmière en régions éloignées et isolées

Le rôle de l'infirmière en régions éloignées et isolées est peu connu (Martin-Misener et al., 2020). Deux études nationales s'intéressant à la pratique des infirmières en régions rurales et isolées ont été effectuées au Canada dans les 20 dernières années afin de rendre visible cette pratique aux yeux de la communauté scientifique (Macleod et al., 2019; Martin-Misener et al., 2020). Bien que

la pratique infirmière en régions éloignées se définit plus souvent par le nombre d'habitants ainsi que l'éloignement géographique (CARRN, 2020), il existe un manque de consensus pour définir la pratique infirmière en régions isolées (CARRN, 2020; Young et al., 2019). Le terme « isolé » serait relié aux régions nordiques comprenant majoritairement des communautés autochtones (Young et al., 2019). Malgré le manque de consensus, certaines similitudes sont importantes à souligner lorsque l'on s'intéresse spécifiquement à cette pratique infirmière (éloignée et isolée). De ce fait, les caractéristiques principales comprennent; l'isolement géographique des communautés, le manque de ressources humaines et matérielles, une charge de travail plus élevée, des problématiques importantes en santé mentale et de consommations, ainsi qu'une autonomie et champ de pratique élargie (CARRN, 2020). Toutefois, plusieurs études ont tendance à généraliser l'utilisation de ces termes (éloignées et isolées), ainsi qu'à inclure les personnes autochtones et non autochtones dans leur population à l'étude (CARRN, 2020; Martin-Misener et al., 2020; OIIQ, 2004). Cela apporte un défi supplémentaire afin de bien ressortir l'état des connaissances distinctif et unique de la pratique infirmière en contexte isolé desservant une population autochtone. Pour cette recension des écrits, un regard critique a été porté sur toutes les recherches recensées qui généralisent le contexte de pratique avec une population autochtone et non autochtone.

Pratique infirmière en rôle élargi au Nunavik

À notre connaissance il existe seulement une étude spécifique qui a été réalisée auprès d'infirmières exerçant au Nunavik. Cette étude qualitative exploratoire effectuée auprès de 30 infirmières par Fournier et al. (2021) vise à mieux comprendre la pratique infirmière en rôle élargi au Nunavik. Les résultats de cette étude divisent la pratique en quatre grands rôles soient : le rôle administratif, le rôle infirmier, le rôle médical ainsi que le rôle communautaire (Fournier et al., 2021). Le rôle administratif comprend les tâches reliées au bon fonctionnement de la clinique (commandes de médicaments). La différence entre le rôle infirmier et médical est que les infirmières travaillant au Nunavik ont un champ de compétence dit 'élargi' qui comprend des tâches qui seraient normalement réservées aux médecins (Fournier et al., 2021). Selon cette étude, les infirmières mentionnent qu'elles priorisent le rôle médical, puisque celui-ci nécessite l'acquisition de plusieurs connaissances cliniques avancées et répond aux soins aigus des patients

(Fournier et al., 2021). Le rôle communautaire est perçu comme le plus dur à développer « puisqu'il est axé sur le suivi de la santé générale du village par le biais de programmes communautaires, ce qui nécessite un investissement émotionnel au fil du temps pour comprendre sa dynamique et développer des relations de confiance solides avec les patients et la communauté » [Traduction libre] (Fournier et al., 2021, p.5).

Aussi, c'est la seule étude, à notre connaissance, ayant relié le choc post-traumatique des infirmières comme une barrière individuelle à la pratique (Fournier et al., 2021). Le fait d'être exposés à un stress élevé et à de la violence, comme le haut taux de suicide, amène des défis uniques pour ces infirmières (Fournier et al., 2021). Il est probable que cet état de stress et de choc post-traumatique impacte la pratique et la relation des infirmières avec ces communautés (Fournier et al., 2021). Cette étude met en lumière comment les infirmières au Nunavik pourraient avoir certaines barrières à délivrer des soins et services promouvant l'équité. Par exemple, le fait de prioriser les soins biomédicaux au lieu de développer une relation de confiance avec les communautés pourrait nuire à l'accessibilité équitable des soins et services de santé, comme il sera approfondi un peu plus loin dans cette recension des écrits.

Finalement, cette étude a été réalisée dans le domaine de l'administration et non des sciences infirmières, ce qui constitue une limite importante quant à l'état des connaissances spécifique aux savoirs infirmiers. En ajout, considérant le contexte colonial de la pratique infirmière au Nunavik, l'absence de la perspective critique de cette étude amène une description du rôle infirmier qui prend peu en compte l'ensemble des dynamiques sociopolitiques menant aux iniquités structurelles.

Iniquité dans l'accessibilité des service et soins de première ligne en contexte autochtone

À notre connaissance, il existe peu d'études qui se sont intéressées à l'accessibilité équitable des soins et services de première ligne dans le Grand Nord canadien (Oosterveer et Young, 2015; Young et al., 2019; Young et Chatwood, 2017; Young et al., 2016). Bien que ces études mentionnent les grandes iniquités de santé vécues par les communautés autochtones nordiques,

aucune de celles-ci n'a évalué les modèles de soins sous un angle critique comprenant des dimensions clés des services équitables, telles que l'approche culturellement sécurisante.

Une étude canadienne effectuée dans des centres de santé communautaire a utilisé une méthode mixte avec un devis d'études de cas multiples (Lavoie et al., 2018). Cette étude avait pour but de mettre en lumière comment les services de première ligne répondaient à leur mandat en matière d'équité (Lavoie et al., 2018). Selon Lavoie et al. (2018), les indicateurs de performance reliés aux soins et services promouvant l'équité étaient souvent invisibles pour les décideurs et les gestionnaires. Par exemple, les approches de soins culturellement sécurisants ou axés sur la réduction des méfaits n'étaient pas évaluées dans les systèmes de santé. Puisque les indicateurs afin d'évaluer l'équité ne sont pas pris en compte, les ressources financières ne concordaient pas avec les besoins de santé réels des personnes vivant dans des conditions de vie marginalisées (Lavoie et al., 2018).

Il existe plusieurs explications de l'iniquité dans l'accessibilité des soins et services de première ligne. Cependant, l'explication dépend de l'approche utilisée. De ce fait, une approche critique postcoloniale met en lumière les différentes dynamiques reliées aux barrières sociales, historique et politiques pour les communautés autochtones (Horrill et al., 2018). De ce fait, selon Horrill et al. (2018), lorsque l'on regarde l'accessibilité des soins de santé sous une perspective postcoloniale; la conceptualisation, les barrières ainsi que les solutions face à l'accessibilité sont très différentes de la perspective biomédicale des systèmes. Par exemple, sous une perspective biomédicale, l'isolement géographique et les conditions météorologiques sont considérés comme une des barrières les plus importantes reliées à l'accessibilité équitable des soins de santé dans les régions nordiques (Huot et al., 2019). Par contre, selon une perspective postcoloniale, la méfiance accrue relié au fait d'avoir vécu de la discrimination ou du racisme dans le système de santé est considéré comme une barrière importante dans l'accessibilité équitable (Horrill et al., 2018).

Selon l'étude de Horrill et al. (2018), le fait de ne pas avoir une perspective critique postcoloniale lorsque l'on regarde l'équité peut diminuer l'importance des autres barrières sociales, historiques ou politiques des soins et services de santé (Horrill et al., 2018). Ainsi, la perspective biomédicale

de l'accessibilité des structures et services en place ne met pas en lumière les processus d'exclusion et de marginalisation des systèmes, les traumatismes historiques vécus dans ces mêmes systèmes et l'enjeu de pouvoir politique du financement des services (Horrill et al., 2018).

Conception des infirmières reliées aux soins et services promouvant l'équité

À notre connaissance, une étude seulement a été recensée portant spécifiquement sur la conception des infirmières des soins et services promouvant l'équité. Cette étude canadienne réalisée auprès de 50 infirmières travaillant en oncologie a exploré de façon critique la perspective des infirmières sur l'accessibilité équitable des soins et services en oncologie pour les personnes autochtones (Horrill et al. 2022). Ces chercheurs ont utilisé une approche critique postcoloniale et un devis descriptif interprétatif, ont récolté leurs données à l'aide d'un sondage en ligne composé de questions ouvertes et ont analysé et d'une analyse de discours critique. En ajout, des cadres théoriques de sécurisation culturelle ainsi que des soins sensibles aux traumatismes et à la violence ont été intégrés dans l'analyse conceptuelle des données (Horrill et al., 2022).

Pour ce qui est des résultats, la plupart des infirmières reliaient les barrières structurelles et sociales vécues par les patients autochtones, à des barrières individuelles (Horrill et al., 2022). Par exemple, des problèmes reliés aux transports vers l'hôpital étaient perçus comme un manque de désir individuel du patient de s'impliquer dans ses soins (Horrill et al., 2022). Un ton paternaliste de la part des infirmières, ainsi que des interactions teintées d'enjeu de pouvoir important ont été soulignés dans les résultats (Horrill et al., 2022). Aussi, des attitudes négatives et stéréotypées ont été exposées, mais très peu de participants ont relié celles-ci à des comportements racistes (Horrill et al., 2022). En fait, les impacts du racisme individuel et systémique étaient absents du discours des infirmières (Horrill et al., 2022). L'approche biomédicale des soins et le discours d'une pratique qui se doit d'être «efficace» et «efficiente» amènent de la frustration chez les infirmières dans leur pratique (Horrill et al., 2022). Finalement, les infirmières n'arrivaient pas à relier l'impact de la relation culturellement sécurisante sur l'accessibilité équitable des soins (Horrill et al., 2022).

Ce qui pourrait limiter la transférabilité des résultats est que le milieu de cette étude n'est pas spécifique à la première ligne en régions isolées et que les participants étaient des infirmières en oncologie (Horrill et al., 2022). En ajout, une des grandes limites dans l'interprétation des résultats de cette étude est que « moins de la moitié (34 sur 78) des participants ont complété jusqu'à la fin le sondage en ligne [Traduction libre] » (Horrill et al., 2022, p.10). Cependant, l'utilisation du cadre théorique relié aux soins et services promouvant l'équité ainsi que l'approche critique postcoloniale se rapproche du but et des questions de recherche de ce projet de recherche. Ainsi, cette étude nous permet d'avoir un regard critique sur la perception des infirmières quant aux barrières vécues par les personnes autochtones dans l'accessibilité des soins de santé.

Défis des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité

Malgré le corpus de connaissances limité s'intéressant à la pratique infirmière en contexte isolée desservant une population autochtone, le thème relié aux défis est ressorti comme l'un des thèmes les plus documentés. Pour cette section, les écrits recensés s'intéressant aux défis des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité sont divisés en quatre sous-sections soit structurelle, organisationnelle, intrapersonnelle et interpersonnelle.

Barrière structurelle : incapacité d'offrir des soins de première ligne

L'étude australienne réalisée par McCullough et al. (2020) a décrit la perspective d'infirmières de première ligne exerçant en régions isolées, face aux principaux défis de leur pratique quotidienne. Selon les infirmières de cette étude, elles sont tout simplement dans l'incapacité d'offrir des soins de première ligne de qualité et équitable (McCullough et al., 2020). Cette incapacité à offrir des soins menait à un compromis. Ce compromis dans les soins était relié à offrir principalement des soins critiques au détriment d'activités de promotions de la santé (McCullough et al., 2020). De plus, un des résultats illustre que les gestionnaires priorisaient aussi les soins aigus, ce qui amenait les infirmières à ne pas ressentir de soutien face à leur désir d'offrir des soins de première ligne plus communautaire (McCullough et al., 2020). Finalement, une incompréhension du monde social qui les entourait ressortait aussi comme un enjeu important qui menait les infirmières à faire des compromis dans leurs soins (McCullough et al., 2020).

En somme, les résultats de cette étude nous aident à mieux comprendre les défis spécifiques reliés à la pratique infirmière de première ligne en régions isolées comprenant des communautés autochtones. Cependant, l'échantillon de cette étude est composé d'un nombre plus élevé d'infirmières praticiennes (n=13) que cliniciennes (n=7). Considérant qu'au Nord-du-Québec, on retrouvait 608 infirmières cliniciennes pour 2 infirmières praticiennes entre 2018-2019 (OIIQ, 2019), la transférabilité des résultats de cette étude peut être limitée. Cependant, cette étude nous aide à mieux comprendre que, malgré une pratique avancée, les infirmières mentionnaient qu'elles étaient dans l'incapacité d'offrir des soins de première ligne. Cette incapacité était entre autres reliée à un manque de formation continue (McCullough et al., 2020).

Barrière organisationnelle : la formation des infirmières en régions isolées

Plusieurs études recensées illustrent que, selon les infirmières, le manque de formation continue spécifique à leur pratique avancée unique et complexe en régions isolées était un défi important (McCullough et al., 2020; OIIQ, 2004; Tarlier et al., 2007).

Selon Tarlier et Browne (2011), les infirmières cliniciennes possédant un certificat de pratique en régions isolées ne sont pas adéquatement formées afin d'offrir des soins et services de première ligne équitable aux communautés autochtones. Ces auteurs mettent en lumière la différence de compétences et de connaissances entre l'infirmière praticienne et l'infirmière clinicienne. Bien qu'il s'agisse d'un texte d'opinion, celui-ci amène des éclaircissements par rapport aux injustices et iniquités structurelles existant encore dans le réseau de la santé. Une des grandes différences entre les infirmières possédant un certificat est que celle-ci serait beaucoup plus protocolaire que celles des infirmières praticiennes possédant une maîtrise (Tarlier et Browne, 2011). Par exemple, le rôle élargi au Nunavik est régi par un ensemble d'ordonnances collectives qui amène le droit à poser des diagnostics et élargir le champ de compétence d'infirmières techniciennes ou cliniciennes (Fournier et al., 2021). Selon Tarlier et Browne (2011), les infirmières ayant reçu une formation aux cycles supérieurs auraient les connaissances et compétences nécessaires afin de critiquer les iniquités structurelles, ce qui ne serait pas le cas pour les infirmières cliniciennes (Tarlier et Browne, 2011). Finalement, le changement de discours vis-à-vis la profession infirmière axée sur les performances des systèmes dit « efficace » et « efficient », pourrait être une des

causes fondamentales de la nature politique du rôle de ces infirmières (Tarlier et Browne, 2011). Ainsi, l'absence de directives claires et le fait que ces infirmières font face à des défis multiples peuvent être directement reliés à des politiques publiques qui désavantagent systématiquement les communautés autochtones et le droit à des soins de santé de qualité (Tarlier et Browne, 2011).

Pour ce qui est des formations spécifiques des infirmières travaillant au Québec, à notre connaissance, il existe seulement le mémoire de l'OIIQ publié en 2004 qui décrit le manque de formations comme une barrière centrale dans la pratique des infirmières en régions éloignées. Au Nunavik, les professionnels de la santé ont accès à une formations pré-départ de trois jours visant à développer leur compétence culturelle (NRBHSS, 2018). Cependant, selon la perspective des Inuit, ces formations ne sont pas suffisantes afin d'assurer des services respectueux et exempts de préjugés par le personnel non-Inuit (NRBHSS, 2021).

Barrière intrapersonnelle : sentiment d'inconfort

Deux études ont ressorti l'inconfort qu'un professionnel allochtone pouvait ressentir lorsqu'il travaillait dans des communautés autochtones (Rahaman et al., 2017; Wilson et al., 2015).

L'étude qualitative de Rahaman et al. (2017) s'est intéressée aux rôles et défis des infirmières exerçant dans les communautés autochtones nordiques en Saskatchewan, face aux iniquités de santé. Cette étude a également une posture épistémologique critique utilisant l'approche postcoloniale et une analyse de discours, afin de ressortir les enjeux de pouvoir pouvant se perpétuer par la construction sociale du langage. Une pratique infirmière coloniale ressortait comme l'un des principaux résultats (Rahaman et al., 2017). En effet, les infirmières mentionnaient leur position inconfortable quant à leur rôle d'agents du gouvernement responsable de surveiller et contrôler la santé des populations autochtones (Rahaman et al., 2017). Par exemple, les infirmières mentionnaient ne pas savoir comment aider les personnes ayant des problèmes de consommations et que les gouvernements n'avaient pas mis de politiques claires en place. Leur inconfort augmentait face à ce rôle, car elles avaient l'impression de ne pas répondre aux besoins de santé spécifiques des communautés (Rahaman et al., 2017). Le but, les questions de recherche et la posture critique étant rapprochés de ce projet de maîtrise, le potentiel de transférabilité des résultats est important.

Une étude qualitative réalisée en Australie avec une approche théorique critique à explorer les attitudes et caractéristiques des professionnels non autochtones (diététiciennes principalement) travaillant auprès de personnes autochtones (Wilson et al., 2015). Les résultats ont été exposés selon un continuum d'attitudes et de caractéristiques des participants. Ce continuum se résume en différentes catégories soit; « un manque de connaissances (*don't know how*), une peur (*too scared*), et une perception que la santé autochtone est trop complexe (*too hard*)» [Traduction libre] (Wilson et al., 2015, p.1). La dernière catégorie est divisée en deux étapes et est définie comme apprendre à pratiquer sans tenir compte des barrières (*barrier breaker*) (Wilson et al., 2015). La principale caractéristique des participants qui se retrouvaient en début de continuum était un manque de connaissance sur l'histoire autochtone et la colonisation (Wilson et al., 2015). Ceux étant dans les deux catégories centrales avaient une plus grande conscience de certaines iniquités de santé vécues par les personnes autochtones, principalement reliées à des facteurs socioéconomiques, comme la pauvreté (Wilson et al., 2015). Cependant, ces participants n'arrivaient pas à agir face à ces barrières et restaient dans des attitudes reliées à des sentiments de peur ou d'inconfort (Wilson et al., 2015). Les participants dans la dernière catégorie étaient impliqués dans une réflexion critique continue de leur propre identité culturelle, de leurs privilèges blancs, ainsi qu'une pratique orientée vers l'équité (Wilson et al., 2015). La formation ressortait comme un élément clé afin d'évoluer vers la dernière catégorie (Wilson et al., 2015). Finalement, le fait d'avoir antérieurement travaillé auprès de personnes autochtones aidait à se retrouver dans la dernière catégorie du continuum (Wilson et al., 2015).

En résumé, ces deux études nous aident à mieux comprendre comment certaines attitudes ou sentiments d'inconforts individuels des professionnels de santé non autochtones pourraient affecter leur approche de soins.

Barrière interpersonnelle : la relation de confiance et culturellement sécurisante

Quelques études recensées ont décrit que les professionnels de la santé allochtones pouvaient rencontrer une difficulté à créer une relation de confiance avec les personnes autochtones (McCullough et al., 2021; McCullough et al., 2020; Purtzer et Thomas, 2019; Rahaman et al., 2017; Wilson et al., 2018). Une incompréhension du monde social et culturel ressortait comme la

barrière interpersonnelle principale dans la prestation de soins équitables (McCullough et al., 2021; McCullough et al., 2020; Purtzer et Thomas, 2019; Rahaman et al., 2017; Wilson et al., 2018).

Cependant, une étude effectuée en Norvège auprès de 23 infirmières travaillant avec la population Sámi, mentionne qu'en général les infirmières avaient une pratique culturellement sécurisante (Engnes et al., 2021). Parmi les études recensées, celle-ci est la seule mentionnant que les infirmières avaient l'impression d'offrir des soins culturellement sécurisants à des personnes autochtones. Cette étude qualitative utilise un devis descriptif interprétatif (Thorne, 2016) ainsi que des *focus group* pour faire ressortir la perception des infirmières sur leur pratique. Lorsque l'on regarde l'échantillon des participants, celui-ci est composé de plus d'infirmières Sámi (n=13) que d'infirmières norvégiennes (n=10). Les infirmières d'origine autochtone sont reconnues comme des mentors afin d'offrir des soins culturellement sécurisants ce qui peut avoir grandement influencé les résultats (Engnes et al., 2021).

En ajout, une étude descriptive réalisée aux États-Unis a décrit la relation *caring* infirmière-patient comme une stratégie pouvant mener à la diminution des iniquités vécues par les personnes autochtones (Purtzer et Thomas, 2019). Cette étude descriptive qualitative n'a pas établi une posture épistémologique critique ou postcoloniale pour décrire la relation *caring* infirmière-patient (Purtzer et Thomas, 2019). Les résultats de cette étude peuvent être controversés, puisque les auteurs n'ont pas utilisé une perspective critique pour décrire le concept d'équité et de justice sociale. Les approches critiques et postcoloniales sont essentielles lorsque l'on étudie l'approche relationnelle et les iniquités de santé vécues par les personnes autochtones (McGibbon et al., 2014). Ainsi, les résultats de cette étude doivent être interprétés avec précaution puisqu'ils contiennent un discours culturaliste de la part des participants. Par exemple, selon les infirmières, la création de la relation de confiance débute par une « meilleure compréhension de la culture et des valeurs de l'autre » (Purtzer et Thomas, 2019). De ce fait, les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance de la posture épistémologique avec une approche critique postcoloniale pour ce projet.

En effet, lorsque l'on porte un regard critique sur les soins et services promouvant l'équité, une relation culturellement sécurisante devrait être établie entre l'infirmière et le patient. (Browne et al., 2016; Horrill et al., 2021). Celle-ci est unique, complexe et est contextualisée selon la communauté autochtone dans laquelle l'infirmière travaille (Engnes et al., 2021; Rahaman et al., 2017; Wilson et al., 2015). De ce fait, l'état des connaissances relié aux relations que les infirmières développent auprès des communautés Inuit du Nunavik est limité.

Cependant, une étude de cas menée en centre de réhabilitation et de dépendance auprès de 700 résidents Inuit, décrit les expériences négatives antérieures avec le système de santé et le professionnel « blanc » comme étant un facteur influençant le sentiment de sécurité culturelle (Lauzière et al., 2021). Un des résultats de cette étude était que la plupart du personnel n'avait peu, sinon aucune connaissance de l'histoire, culture ou vision du monde spécifique des Inuit du Nunavik (Lauzière et al., 2021). Cette méconnaissance pouvait amener des soins non culturellement sécurisants puisqu'il y avait la présence d'attitudes empreintes de préjugés et de stéréotypes de la part des professionnels non Inuit (Lauzière et al., 2021). Finalement, il est important de souligner que le milieu de l'étude se trouvait hors Nunavik et que les participants n'étaient pas des infirmières.

Stratégies des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité

Cette recension des écrits a relevé très peu d'études discutant des stratégies des infirmières afin d'offrir des soins équitables dans les communautés autochtones. À notre connaissance, seulement une étude s'est intéressée spécifiquement aux stratégies utilisées par les infirmières afin d'offrir des soins et services promouvant l'équité pour les personnes autochtones.

L'étude qualitative réalisée par Horrill et al. (2021) au Canada, propose des stratégies concrètes pouvant être appliquées par les infirmières afin de s'assurer de l'accessibilité équitable des soins pour les personnes autochtones. Ainsi, une posture critique et un modèle composé des concepts de sécurité culturelle et des soins sensibles aux traumatismes et à la violence ont permis de faire ressortir trois stratégies à différents niveaux; 1) la pratique réflexive, 2) prioriser les relations et 3) considérer le contexte. La première stratégie proposée est axée sur l'autoréflexion. Ainsi,

l'infirmière doit effectuer une constante pratique réflexive sur ses attitudes, préjugés et biais inconscients. Elle doit l'effectuer de façon critique en se questionnant sur l'impact des discours dominants dans la société sur les iniquités de santé vécues par les personnes autochtones (Horrill et al., 2021). Par la suite, la deuxième stratégie est aussi au cœur d'une évaluation critique sur la façon d'entrer en relation, de créer un lien de confiance et des enjeux de pouvoirs existants entre une personne autochtone et non autochtone. Troisièmement, en augmentant les connaissances à propos, par exemple des effets du colonialisme sur la santé des personnes autochtones, cela permettrait de mieux percevoir et critiquer les iniquités structurelles (Horrill et al., 2021).

Résumé de l'état des connaissances

En somme, cette recension des écrits a fait ressortir un corpus de connaissances limité en regard du sujet d'intérêt de ce projet de recherche. L'état de connaissance provient en grande partie du programme de recherche effectuée par *EQUIP healthcare* en Colombie-Britannique. Ces recherches nous aident à mieux comprendre la complexité du concept d'équité et qu'il se déploie sur plusieurs niveaux : individuelles, organisationnelles et structurelles. Ainsi, l'approche de soins et services promouvant l'équité est encore difficile à implanter dans les systèmes de santé, notamment en raison des structures rigides et du discours égalitaire et biomédical dominant. En ajout, les défis structurels tels que le manque de ressources (humaines, matériels et financières) et le manque de formation ressortent comme les barrières les plus documentés selon la perspective des infirmières.

L'état des connaissances reliées aux infirmières travaillant auprès des personnes autochtones en communauté est plus limité que celles travaillant en milieu urbain. Aussi, une tendance à généraliser la pratique infirmière en régions éloignées, isolées et nordiques a été ressortie. En général, la description de l'infirmière travaillant en régions isolées est souvent décrite comme une pratique infirmière avancée avec un champ de pratique élargi qui peut aller jusqu'à accomplir des tâches normalement réservées au domaine médical. Plus spécifiquement, la perspective des infirmières travaillant au Nunavik quant à leur rôle a été recensée seulement dans un écrit (Fournier et al., 2021) et ne fait pas ressortir un des concepts importants de cette étude soit; l'approche de soin et service promouvant l'équité.

Des stratégies sont ressorties pour adopter une approche promouvant l'équité, telles qu'une pratique réflexive (Horrill et al., 2021; Wilson et al., 2015), la collaboration avec les partenaires autochtones ainsi qu'une approche humble et axée sur les besoins des communautés sont ressorties. Par la suite, le concept de l'accessibilité équitable des soins et services de première ligne a permis de faire ressortir certaines différences décrites dans la littérature entre une perspective biomédicale et une perspective critique.

Finalement, ce sujet de recherche sous une approche critique postcoloniale nous a permis de faire ressortir les différentes dynamiques sociales, politiques et historiques perpétuant les iniquités de santé. Aussi, le contexte social et les besoins de santé spécifiques des communautés autochtones dans lesquels se retrouve l'infirmière influencent de façon significative sa pratique. C'est pourquoi grâce à cette recension, l'état des connaissances a été ressorti en regard avec la question de recherche initiale; explorer la perspective d'infirmières de première ligne exerçant dans les communautés Inuit du Nunavik, dans leur prestation de soins et services promouvant l'équité.

Chapitre 4 - Les résultats

Ce chapitre présentera les résultats de cette étude sous forme d'article scientifique. Cette étude visait à comprendre l'implication des infirmières de premières lignes dans leurs prestations de soins et services promouvant l'équité, dans les communautés Inuit du Nunavik.

L'article scientifique sera soumis à une revue scientifique dotée d'un comité de révision par les pairs. Je serai la première auteure de cet article et ma directrice de recherche sera la co-auteure. J'ai procédé à la rédaction de toutes les sections principales de l'article. Des rencontres régulières tout au long du processus de rédaction, ainsi que des corrections apportées par ma directrice de recherche ont grandement contribué à la présentation des résultats de ce mémoire par article. Les outils de collectes de données ainsi que le formulaire d'information et de consentement utilisés pour cette étude sont présentés en annexes (Annexes C, D, E, F et G).

Providing equity-oriented care and services: Perspectives of primary care nurses working in Nunavik (Northern Quebec, Canada) Inuit communities

Health inequities experienced by Indigenous communities are the consequence of unbalanced social and structural determinants of health, largely due to systemic racism and colonialism. In 2020, a survey found that approximately 80% of Inuit living in Nunavik believed that health care was not culturally safe. Primary care Registered Nurses (RNs), the backbone of the northern Quebec healthcare system, face multiple challenges, including a lack of resources to care for these communities, and adequately address health inequities. This study aimed to explore equity-oriented care and services from the perspectives of primary care RNs working in Nunavik Inuit communities. We used a critical postcolonial perspective and an interpretive descriptive design. We conducted semi-structured interviews (n=10) and thematically analysed the data collected. The results showed fluid conceptualizations of equity-oriented care and services, including both egalitarian and critical perspectives. These views significantly shaped how participants see the northern colonial context, the healthcare services, and their nursing care approach with Inuit communities. From these findings, we call for measures to enhance an equity-oriented care approach in northern Quebec, including clinical guidelines for the expanded role, antiracist policies and formal training to develop critical consciousness among nurses to promote transformational changes towards health equity.

Key Words: Health inequities, Primary care nursing, Expanded role, Accessibility of health care and services, Decolonial perspective, Northern context, Indigenous health, Inuit, Nunavik

Positionality statement

We wish to acknowledge our positions and privileges as White settlers. The knowledge created in this research project results from our relationships and learnings with Indigenous peoples. The first author is grateful to have spent numerous fulfilling professional and personal years as a registered nurse in Nunavik's Inuit communities.

Background and context

In Canada, Indigenous Peoples¹ are among the groups with the most marginalized living conditions, which directly affect their health status and well-being (Adelson, 2005; Greenwood et al., 2018). These living conditions and health inequities are the visible symptoms of colonial history, structural violence, and systemic racism that persist within the healthcare system and society (Adelson, 2005; Allan & Smylie, 2015; Browne et al., 2016; Cameron et al., 2014). Among Indigenous Peoples, Inuit face particularly staggering inequities due to, among other things, their geographic remoteness and specific colonial historical context (Hayward et al., 2020). For example, the rate of tuberculosis in the Inuit population is 300 times higher (ITK, 2018) than in the Canadian-born, non-Indigenous population. Their life expectancy is also ten years less than the rest of the Canadian population (Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), 2018), and five years less compared to other Indigenous peoples in Canada (Statistics Canada, 2017).

One of the most effective ways the healthcare system can reduce health inequities is through primary care and services (Browne et al., 2016; Lavoie, 2004; World Health Organization [WHO], 2008), as they focus on services that address the social determinants of health. However, several authors mention that primary care and services in Indigenous communities have a biomedical approach and prioritize acute care at the expense of preventive and health promotion activities (Carroll et al., 2015; Horrill et al., 2018; Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014). It has also been noted that some organizations may be perpetuating health inequities by not addressing the specific health needs of Indigenous Peoples (Gibson et al., 2015; Horrill et al., 2018; Lavoie et al., 2018; Wong et al., 2014; Young & Chatwood, 2017).

¹ In this paper, Indigenous Peoples includes First Nations, Inuit and Métis.

Primary nursing practice in remote areas is often described as a generalist and complex advanced practice, including acute and health promotion care (Canadian Association for Rural and Remote Nurses, 2020; Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec [OIIQ], 2004). Given the nurse-based clinic (expanded role) is the standard model for delivery of care in the north, primary care RNs are the backbone of healthcare to Indigenous communities in these regions (Fournier et al., 2021; Martin-Misener et al., 2020; Muirhead & Birks, 2019). Unfortunately, these nurses face many challenges, including a lack of preparation for the social and cultural context, and limited resources to adequately care for these communities, who face persistent health inequities (MacLeod et al., 2019; McCullough et al., 2021; McCullough et al., 2020; Tarlier et al., 2007). A recent open letter from nurses working in Nunavik (Northern Quebec, Canada), sent to the Quebec Ministry of Health and Social Services, revealed major accessibility issues leading to dehumanizing care and a lack of quality and safety in care (Syndicat nordique des infirmières et infirmiers de la Baie d'Hudson et des Professionnels en soins [SNIIBH], 2022).

The predominance of non-Indigenous nurses in an Indigenous context also causes issues. Several authors note that nurses' colonial discourses can perpetuate inequities and injustices (Blanchet Garneau et al., 2019; McCullough et al., 2021; Rahaman et al., 2017). For example, in Rahaman et al. (2017), nurses linked health inequities to being an Indigenous person, rather than to social and structural determinants (i.e., they believed Indigenous people were biologically predisposed to poor health outcomes). As a result, nurses focused on treating illnesses rather than providing preventive care because and in so doing, contributed to racist and colonizing behaviours in their care (Rahaman et al., 2017). Finally, nurses can have difficulty understanding their role in equitable access to care and fail to recognize the importance of a culturally safe relationship in their practice with Indigenous Peoples. A study by Horrill et al., (2021) showed that Inuit often felt non-Inuit healthcare professionals were disrespectful and had culturally unsafe attitudes when providing care (Nunavik Regional Health Board and Social Services [NRBHSS], 2021). Remarkably, around the same time, a report from the order of nurses in Quebec, stated that, according to their assessments, nurses' practice with Indigenous people was culturally safe (OIIQ, 2018). These discrepant findings further highlight the lack of responsive and equitable care to Inuit communities.

To better meet the health needs of Indigenous people, the equity-oriented care and services [EOCS] approach appears to bring transformative changes when applied by institutions and professionals (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016; Browne et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2018). The EOCS approach aims to 1) highlight tensions between dominant health discourses (e.g., egalitarian) and the specific needs of people experiencing health inequities 2) reduce the effects of unfair distribution of resources related to the determinants of health, primarily those creating structural inequities, such as poverty 3) make visible intersectionality and the harmful impacts on accessibility and health of people experiencing racism and discrimination (Browne et al., 2018). For people living in marginalized contexts, the EOCS approach can lead to increased trust in professionals, improved healthcare access and ultimately health needs being met (Ford-Gilboe et al., 2018). In the long term, outcomes may include a decrease in symptoms of depression and post-traumatic shock, and an overall improvement in quality of life (Ford-Gilboe et al., 2018).

Considering that equity and social justice are at the core of the nursing profession (Reutter et Kushner., 2010), it is essential to look at how nurses deploy these values in their daily practice. To our knowledge, most studies had mainly studied EOCS in urban primary care setting and no study has explored equity-oriented care and services among nurses working in Inuit communities in Canada. There is only one specific qualitative study about the practice of RNs in Nunavik (Fournier et al., 2021). In this study, nurses reported that the community role was the most challenging to develop “since it focuses on monitoring the general health of the village through community programs, which requires an emotional investment over time to understand its dynamics and develop strong, trusting relationships with patients and the community” (Fournier et al., 2021, p.5). Also, a significant exposure to social issues and violence, such as high suicide rates, brings unique challenges for these nurses (Fournier et al., 2021). The emotional toll in dealing with these challenges can also be substantial. Given, that primary care nursing in isolated areas is poorly documented, and remains largely invisible, and little is known about EOCS in this context, further research is warranted.

Aim and research questions

This study aimed to explore equity-oriented care and services from the perspectives of primary care RNs working in Nunavik Inuit communities. We answered three research questions: 1) What are nurses' conceptualizations of equity-oriented care and services? 2) What are nurses' challenges in providing equity-oriented care and services? 3) What are the strategies nurses use to overcome these challenges?

Theoretical Underpinnings

We used a critical postcolonial approach to produce knowledge that is contextualized and considers the social, political, and historical dynamics that contribute to health inequities (Anderson et al., 2009). A critical postcolonial approach highlights how colonialism continues to shape health and perpetuate health inequities in Indigenous communities today (Browne et al., 2005). For example, poverty in Indigenous communities is often related to insufficient employment opportunities, which in turn are due a lack of resources in job creation and infrastructure to support the economy. Poverty is of course an important social determinant of health, and this unjust situation continues to disproportionately affect Indigenous peoples. In congruence with this approach, we used Browne et al. (2018) *Key Dimensions of Equity-Oriented Health Care and Strategies to Guide Implementation* as a theoretical framework to guide the study. This theoretical framework presents approaches to better meet the specific health needs of Indigenous peoples and thus improve equity of care at the individual, organizational and structural levels (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016). It includes three key dimensions of delivering equity-oriented primary care and services: culturally safe care, trauma and violence-informed care, and harm reduction (Browne et al., 2018). These three key dimensions are interconnected, sensitive to inequities, and tailored to each context. The theoretical framework was used in each step of this project, but more specifically in the construction of the interview guide, the analysis of the data, and the writing of the results.

Methods

We used an interpretive descriptive design (Thorne, 2016) to consider the social, economic, geographic, and political contexts of nursing practice in Nunavik. In this study, the social context

is rooted in nursing practice in an Inuit context of remote communities; the interpretive descriptive design allowed us to explore in-depth equity-oriented care and services from the perspectives of primary care nurses in Nunavik.

Study setting and participants

The organization of healthcare and social services in Nunavik has been governed by the Quebec provincial system under the James Bay and Northern Quebec Agreement (JBNQA) since 1975. Each of the 14 Inuit communities in Nunavik has a primary care clinic with a minimum of two RNs in an expanded role. These nurses provide primary and critical care services Monday to Friday during daytime hours and offer on-call emergency care when the clinics are closed. Nurses with an extended role are governed by collective agreements and protocols that allow them to perform tasks that normally are reserved for physicians. Some primary care nurses do not necessarily have an expanded role, as they are not on call and have a more community or public health role. The physical presence of a physician is determined by the number of inhabitants in a community. Two of the larger communities, Puvirnituk and Kuujuaq, have care units, including short and long-term hospitalization beds. Air transport is necessary to access the different villages, and patients are transferred to a southern urban health center when specialized care is needed.

This study was conducted with RNs (n=10) working in northern and isolated primary care clinics that serve Inuit communities in Nunavik. Participants worked in different nursing roles in the primary care clinics, including expanded roles, community health, or public health. We used purposive (Gentles et al., 2015) and snowball sampling (Biernacki & Waldorf, 1981). The first author first contacted potential participants through her network. To be eligible for this study, participants had to be an RN who was: 1) practicing in primary care for a minimum of two contracts (approximately eight to nine weeks), and 2) actively working in Nunavik or had worked in Nunavik within the last three years. Since training takes place during the first contract, it seemed appropriate to include nurses with at least two contracts' experience to ensure they had sufficient exposure to the practice milieu and could contribute to the data's richness. We

excluded RNs in management positions or working in acute or long-term care units, as they are not directly implicated in primary care practice.

Data collection

Semi-structured interviews (n=10) lasting an average of 91 minutes were conducted by the first author, in French, via a secured videoconference channel. Data were collected between December 2021 and April 2022. Before the interview, participants were asked to complete a reflection tool developed by EQUIP health care in 2017 named *Rate your organization*. This tool allowed participants to rate (0 to 10) some key aspects of equity-oriented care that health organizations could implement in their services. The data were not part of the study's data collection, the scores were solely used to help the participants to begin their reflections on EOCS. We started the interview by completing a sociodemographic questionnaire to make a portrait of the participants and continued with open-ended questions. This interview guide was developed using the theoretical framework and divided into three themes related to the research questions. The main themes included their perception of their primary care nursing practice as it relates to the concept of equity. Examples of questions are: "In your own words, can you describe what equity-oriented care and services mean." and "How do you consider the Indigenous context in your care?".

Data analysis

We analyzed data iteratively throughout data collection, and we paid special attention throughout the data analysis to the experiential sensitivity (Paillé and Mucchielli, 2021) of the first author. To enhance reliability, the first author kept a reflexive journal, where thoughts, justification of methodological choices, and emotional insights were noted (Guba and Lincoln, 1989). Continuous validation of emerging themes was done with the second author to enhance credibility and transferability (Miles et al., 2018). A thematic analysis was conducted in six steps using the method described by Braun and Clarke (2006):

- 1) The semi-structured interviews were transcribed into word documents and exported into the MAXQDA 2020 software. The first author immersed herself in the corpus of data by reading and then re-reading the transcripts. During this immersion, general

observations were noted. 2) The data was coded inductively using keywords, phrases, or sentences. The theoretical framework was also integrated into this process by linking data to the three key dimensions; cultural safety, trauma-and-violence- informed care and harm reduction. 3) At this stage, linkages and groupings of codes were made to broaden the analysis and highlight the first themes. 4) Tables with the themes and verbatim excerpts were created to ensure they were coherent. Subsequently, the different themes and sub-themes were linked together to create a thematic map. 5) A review of the theme map and identifying each theme's essence and meaning were done. 6) The report's writing was done iteratively and continuously. Steps 5 and 6 were repeated multiple times, and discussions between both authors helped to refine and confirm the results.

Ethical considerations

The study received ethics' approval by the CERSES, project number 2021-1234, on December 10, 2021. All participants had to complete an information and consent form before each interview. Confidentiality was preserved by replacing participants' name with identification code. Also, all the files and documents were protected by a password and saved on a secure computer and drive. Special care was taken to respect participants' confidentiality, given the northern regions' small population.

Results

A total of 10 RNs, aged from 29 to 40 years, with a median of 3 years of primary care experience in Nunavik, participated in the study. Before practicing in Nunavik, half (n=5, 50%) had previous professional or personal experience with Indigenous peoples. Most participants (n=6, 60%) were from the critical care sector, and only two were from the primary care sector prior to working in Nunavik. Four participants (n=4, 40%) had completed continuing education specific to Indigenous health. All but one participant were employed directly by the public health centre; one participant was employed through a private agency. The majority of participants identified as white, and one participant was Indigenous. The sociodemographic characteristics of the participants are reported in Table 1.

Sample characteristics (N=10)	N
Gender	
Female	8
Male	2
Language	
French	10
Highest degree	
College	1
Baccalaureate	7
Masters	2
Years of nursing experience	
1-5	2
6-10	5
11-15	2
16-20	1
Years of primary care experience in Nunavik	
6 months-1 year	2
1-5	6
5 +	2

Table 1. - Sociodemographic characteristics of the participants

From the data analysis related to the research question; “what are nurses' conceptualisations of equity-oriented care and services?”, we developed a schema entitled: Primary care nurses’ conceptualisations of EOCS in Inuit communities of Nunavik. Results related to this schema, which illustrates three main themes: 1) healthcare accessibility, 2) nursing care approach, and 3) the northern colonial context, are reported first. The fluidity of conceptualizations, including both egalitarian to critical perspectives, is at the heart of EOCS and directly shapes how inequities are viewed and how the three major themes relate with health inequities. The tensions that exist between quality of care and equity, which is the central intersecting point of the

conceptualizations, is described next. In the schema, the egalitarian conceptualization is presented as bigger than the critical one because we found that it was predominant. After presenting the conceptions of EOCS, we present the challenges and strategies in providing EOCS that resulted from our analysis and addressing research questions two and three.

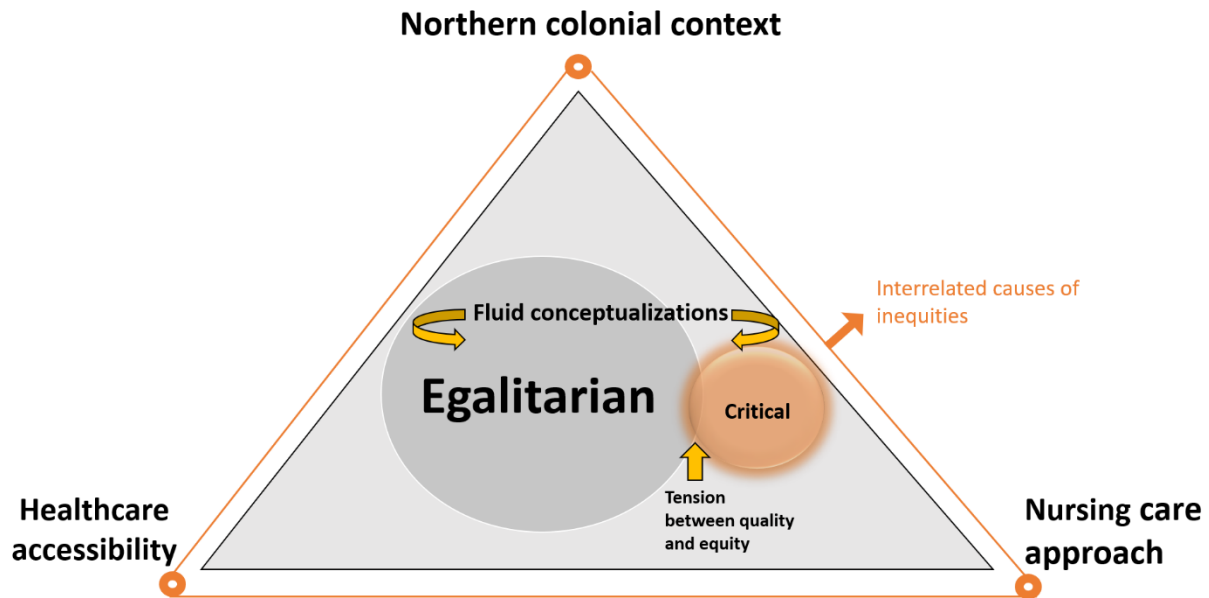


Figure 1: Primary care nurses' conceptualizations of equity-oriented care and services in Inuit communities of Nunavik

Fluid conceptualizations of equity-oriented care and services, including both egalitarian and a critical perspective

Participants held and described two conceptualizations of equity-oriented care, namely egalitarian and critical perspectives. A coexistence in the main conceptualizations is present since the same participant could sometimes take both perspectives, impacting their practice. Almost all participants mentioned that their practice and approach had changed during the years spent in Nunavik. Therefore, we found that this fluidity intimately relates to nurses' experience in Nunavik. Most participants with a critical perspective were nurses with several years of experience in Nunavik or had been seeking additional training in Indigenous health care. Experiencing and observing unfair situations, personal mistakes, or discussions with Inuit led them to question and develop their critical consciousness. We represented a dominant presence of the egalitarian conceptualization for two main reasons. The first being that there were a slightly higher number of participants (n=6) with a stronger tendency towards this conceptualization. The

second is that for these participants (egalitarian conceptualization) the critical perspective was almost absent compared to the participants (critical conceptualization) who had a greater fluidity between these two perspectives.

The egalitarian conceptualization

The first conceptualization of EOCS is based on an egalitarian vision of health care accessibility, nursing care approach, and northern colonial context. For participants adopting this perspective, the presence of inequities or unjust health situations was minimal since care and services were perceived as universal and were not questioned. Since this conceptualization is based on equality, (everyone receives the same care), comparisons of health services offered in the South and in Nunavik are omnipresent, describing the similarities and confirming the absence of inequities. In this conceptualization, nursing practice is grounded in a biomedical perspective and the role of nurses is to ensure that they have the necessary clinical knowledge and skills. The biomedical perspective is described as the set of several dominant theories and perspectives in Canada describing health as an individual choice of an absence of disease (Horrill et al., 2018). The complex social, political, and historical origins of illness are often invisible to professionals with this perspective (Horrill et al., 2018). Three central components stood out 1) egalitarian perspective on access to care and healthcare services, 2) culturalist discourse and decontextualized care.

Egalitarian perspective on access to care and healthcare services

From an egalitarian conceptualization, equity-oriented care is mainly related to equal accessibility of care and services for all. The expanded role of nurses in Nunavik seemed to be an effective solution to ensure emergency and primary health care access. Participants stated that accessibility was equitable for Inuit despite the many air transfers outside communities required to access second or third-line care. Some participants compared the lack of access in Inuit communities to the access to care in southern remote non-Inuit communities. For participants, the lack of access was mainly related to the small population size, geographic isolation, and the shortage of workforce throughout the Quebec health system that has been exacerbated by the pandemic:

It's not inequitable access because there is a lack of professionals everywhere in Quebec (...) Even if they must take a plane to access more specialized care, it's the same in rural regions. We can't have a cardiologist in every remote place for just one thousand people. (P4)

In addition, since most nurses come from critical care settings (emergency care or intensive care unit), nurses adopting the egalitarian conceptualization compare access with what they witnessed before their northern practice. Hence, participants were more likely to define equity with specific criteria that were closer to a biomedical perspective, which includes "effective" and "efficient" discourses grounded in the equality principle:

They don't wait 15 to 24 hours on a chair in the emergency room like in the South. They arrive, they are treated right away. [...] No, really, it's not unjust care; I think we provided even more accessible and better care in Nunavik than in the South. (P10)

Culturalist discourse and decontextualized care

Although, most participants acknowledged that the predominance of the biomedical approach to care might not be congruent with the Inuit worldview, participants associated their biomedical and clinical knowledge and skills with safe and equitable practice that guaranteed equal care for all:" I must say that I also believe in Western medicine; that's how I studied. For me, there are not two ways to treat; there is one... a treatment is a treatment." (P10). For these participants, being a non-Inuit worker did not appear to influence their provision of equitable care. Nurses reported adapting their care primarily to cultural values, language barriers, and health beliefs. The power and racial dynamics between Inuit and non-Inuit persons did not impact the approach to provide equitable care, as this participant mentioned:" I don't care what your skin color is; my care will always be the same everywhere". (P7) In addition, an "othering" discourse, which emphasizes cultural differences or beliefs, was present when nurses described their relational approach with Inuit patients:" It's not a question of superiority or inferiority. I think it's just a question of differences, in the sense that we (non-Inuit) don't have the same values or culture as they (Inuit) do." (P10)

Participants embracing an egalitarian conceptualization described colonization as a past event with little impact on nurses' present daily practice and provision of equitable care. In addition,

being Inuit was described as one of the leading causes of health issues instead of social determinants of health (poverty, education):

The smoking, the drinking, the overcrowding in houses, the poverty rate, I can't tell you where it's coming from... Is it because Inuit spending their money differently is slightly more harmful to health? But yeah, I'm linking culture and health habits together here. (P10)

Social and structural barriers of the Indigenous context to accessing health care and services were not seen or not considered in nurses' daily practice. Because colonization was seen as a historical event in the past (e.g., residential schools, killing of sled dogs), some participants mentioned that it did not influence the equity of services and their care. One participant said: " Today, the context of colonization does not influence my care negatively because I respect the cultural values in my practice". (P4)

The critical conceptualization

In this conceptualization, critical consciousness was at the heart of EOCS and helped to challenge ways of caring to meet the needs of the patient and Inuit communities. Critical consciousness is the ongoing process of critical thinking that provides the tools and power for the individual to act on unjust situations (Blanchet Garneau et al., 2018). Critical consciousness about the care approach and the healthcare system led to a new vision of care for Inuit communities and a change in nurses' daily practice over time in Nunavik. Also, health inequities experienced by Inuit were seen as shaped by the northern colonial context, which led to contextualized care blended into the two major themes; 1) critical perspective on inequitable access to care and healthcare services and 2) awareness of multiple dimensions connected to inequities.

Critical perspective on inequitable access to care and healthcare services

In this conceptualization, Nunavik's accessibility of care and services was perceived as inequitable as Inuit were not entitled to the same services as elsewhere in Quebec. In addition, participants described inequitable access as more than a lack of financial or material resources. The distinction between the concept of equity and equality in the accessibility of services was also present in participants' discourses. Equity was related to giving more resources and services than a non-Indigenous population because participants said that the health needs in Nunavik were more

significant than the resources available and did not respond well to the priorities of the Inuit population. Social determinants of health were considered to influence equity-oriented care. Indeed, participants embracing a critical conception had a better understanding of Canada's colonial history and highlighted the broader context contributing to health inequities:

First, everything has to do with reconciliation, which means reparation and financial compensation. Canada is still a colonial country, so we are not there yet (...) So, equity-based is taking all of that into account. It's the social determinant of health. And if we can't manage to have social determinants of health that have been achieved or that are acceptable, we'll never achieve equity and equality. So, that's basic. (P3)

Moreover, these participants identified structural determinants of health, such as systemic racism and discriminatory policies affecting Inuit in the health system, as one of the major causes of inequities in care and accessibility:

When they go down to the big hospitals in the South, many patients are victims of racism in a very open and shocking way for them as much as for us. And so that can lead to patients coming in later instead of coming in as soon as the problem starts saying they're going to avoid coming in as much as possible. (P8)

Awareness of multiple dimensions connected to inequities

Individual reflection on values and biases was central for many participants in their roles as it greatly impacted how they felt they were addressing health needs. The critical conceptualization of EOCS was embedded in the way participants position themselves when they entered into a relationship and caring for Inuit:

It's not to judge, to give care without prejudice and be there to meet the person's health needs (...) to try not to impose my vision of their needs (...) it's to always move carefully without imposing on the other person, without judging. And to always be on the lookout for anything negative or pejorative in my thoughts, attitude, and tone of voice. (P2)

This critical consciousness about the impact of the different dynamics in the care approach between a non-Inuit nurse and an Inuit patient was described as fundamental to providing equity-oriented care. Almost all participants sharing this conceptualization also stated that they had made mistakes in their approach and that it was essential to stay alert to avoid harming patients:

At first, I was less sensitive to historical realities, and I did something that was not appropriate... I felt guilty and questioned my position as a white person who comes up north to provide care, but who does it... for the exoticism, the work experience. It's not stuff that's very philanthropic. I will get something out of it more than what I gave to the Inuit. I realized that I always impact the care I provide, small or big and that I could be harmful. (P6)

Participants described their nursing role based on their relationship with their Inuit patients. Creating a safe and trusting relationship with the community was considered integral to their conceptualization of equitable care. Thus, participants felt that meeting patients' needs also required a connection to the community and the local context, as one participant mentioned: "Daily, equity is trying to keep that in mind, building it from the community." (P6)

The care approach was related to the context and social determinants of health. Participants described ways to assess and intervene to ensure that social health needs are met; for example, going out and buying bottled water for their patient or having a close working relationship with social workers for specific needs. Participants were aware that if they did not adapt their approach to the colonial context, it was unfair and perpetuated inequities. In addition, participants felt that many of the inequities stemmed from the health care system not meeting the needs of the population and the inadequate approach to care by some professionals who did not understand the context:

We (non-Inuit) make them (Inuit) guilty and responsible for our inefficiency in being able to offer them a healthcare system and resources that meet their needs (...) For example, the prejudices towards people with drinking problems. We allow ourselves to act so that we no longer consider the person a sick person. Still, we make them feel guilty and responsible for their alcoholism, and then we say that it is because they are Inuit that they are alcoholics. As nurses, we produce this inequitable and unsafe care. (P2)

Meeting in the middle: Tensions between quality of care and equity

In both conceptualizations, we found a tension between quality of care and equity. The main similarity between the two conceptualizations is that all participants mentioned that the concepts of quality of care and equity were interrelated in their clinical practice and shared the same goal of providing safe patient care. Some participants revealed that they conceptualized quality of care as related more to nursing skills from a biomedical approach to care:

I think quality care has to be equitable. But there's also the aspect of medical skills, health care skills that are delivered to the patient from a more scientific or tangible point of view. So quality care is more comprehensive than equitable care; it's broader. (P8)

Equity, on the other hand, could be associated with relational and contextualized care approaches. The participants also named the ethical issues that could arise in certain situations. The tension could exist between respecting the patient's desire and knowing that this may lead to less quality care from a biomedical perspective:

It was not an issue for her to give birth in her village with her family. We understand that and respect her decision, but at the same time, it was an issue for us (nurses) because there were complications that could have been avoided by being transferred to an urban center. (P4)

Challenges: “the rigid and broken system in a box.”

Having a critical conceptualization seemed to help identify more challenges related to the three broad themes which is 1) healthcare accessibility, 2) nursing care approach and 3) Northern colonial context, primarily because the practice of nurses was rooted in the colonial context, which enabled them to perceive inequities arising from the care approach and the healthcare system. In addition, most challenges were presented by participants as external factors, for which nurses did not see themselves as transformational change agents and as having the power in organizations or structures to provide equitable care to Inuit

Lack of resources that influence equitable access to healthcare care and services

Given the nurse-based model of practice in the expanded role, accessibility to a doctor or specialist is not the same depending on the number of people living in the communities. Nurses must adjust to the resources available in their villages and arrange numerous air transfers to ensure accessibility to health care that meets quality and safety standards. Almost all participants were critical of the lack of resources and specialists that led to many aeromedical transfers. Participants identified the inequities experienced by Inuit as discriminatory policies that could affect the right to access primary care:

In the small villages, when you wait 8 hours to be called back by the doctor to treat a patient who has abdominal pain and temperature... it is ordinary (...) and that too, I find that having the accessibility of seeing a doctor everywhere in all the villages should be a basic health right. It's the simple things of accessibility that they don't have access to because they don't have it. (P1)

In addition, health inequities related to the social determinants of health influence the practice of nurses in Nunavik. Indeed, living conditions directly affect the health of the communities and are very often compared to a humanitarian crisis situation. Participants felt that the growing health needs of Inuit and the on-call structure were challenging in their practice as there is always a focus on acute care, but there should be a focus on community care as well. Thus, the lack of community resources and health programs to better meet social needs was seen as a significant challenge:

I'm on call, I'm intubating a patient, and I get a call from a mom who needs milk to feed her baby. Often, I am the only and last resource to respond to her need, but the number of emergencies is so great in Nunavik that we cannot even respond to basic social health needs when on call. (P6)

Absence of accountability measures in the presence of inequities

Many participants reported events that they felt were related to a lack of clinical skills and that nurses' incompetence had led to injustices. Whistleblowing rests entirely on the nurses since there is no complaint or evaluation structure in place when unsafe events occur. The physical absence of leadership in the villages and the absence of formal training and organizational guidelines to ensure quality and equitable care led to many problematic situations. The lack of guidelines for the emergency on-call system based on the nurse's clinical assessment over the phone would lead to many differences in the way a health situation is assessed:

A patient who had a trauma and a headache called all night, and my colleague refused to see her because he judged that it was not an emergency. The next day, I decided to see her when I was on call before the clinic opened. My nurse colleague is angry and says to me: "Hey, that's enough. These people need to be supervised. They have to learn to come when it's time" (...) But seriously, I couldn't believe it, but that's often the case here, much incompetence at the nursing level, both professional and relational. (P2)

Thus, the impact of staff turnover, having many unstable teams with placement agencies, and pervasive work overload creates a set of challenges. Indeed, participants felt that having an equity-oriented approach requires being utterly present in the relationship with the patient and takes time. Again, being in a constant state of urgency and overwork does not allow for this safe and equitable presence:

With Inuit, the relational approach is so important, and you must be a partner with the person. (...) The nurse must also create a bond of trust with the community. The organization must give us time to make this link outside the clinic. But we are not able to do that because all we do is be in an emergency relationship all the time. (P6)

Many participants mentioned that they felt uncomfortable working with some non-Inuit colleagues. There were many differences in how they worked and in their relational approach. Given the small teams in Nunavik, this could significantly affect the nurses' daily practice and create conflict in the work teams. Some participants noted that a state of fatigue could also lead to unsafe care, impacting the relationship with patients and, therefore, quality and equitable care. Many stated that racist comments or disrespectful behaviours occurred during moments of fatigue: "When you're in a work rhythm where you just see the bad, you don't have time to rest, no respite; you develop intense prejudice. You become more rigid, less accommodating, and less sensitive, and you develop behaviours that are unsafe and racist". (P5)

In addition, participants mentioned feeling confronted and often powerless in the face of violence and poverty, which is interrelated to emotional burden, which was perceived as very high when you practice in Nunavik. The participants with a more critical perspective, who saw a lot of injustice or unfairness, felt alone since sometimes colleagues did not see the health situation as unfair. This feeling of helplessness and distress was exacerbated because when they denounced inequity situations, the organization's responses were insufficient. Participants with a critical conception tended to have more questions and distress about the approach to care, their discomfort of being a non-Inuit worker, and the colonial and inequitable context:

Are we here for the right reasons? Would it be better if we weren't? (...) because you want to help these communities, you want to make a difference,

but at the same time, you don't necessarily agree with how it's done. It's very conflicting in terms of my practice and for myself. (P1)

The colonial context and disconnection to health priorities

The participants also recognized the tension between the priorities of the colonial health systems and the priorities of the Inuit communities. Most nurses felt that the organization had an apparent mission of equity, but it did not take the necessary actions to ensure that this mission was fulfilled. They also felt that efforts to build a trusting relationship with communities, which is central to providing equity-oriented care, relied solely on the desire of individual nurses. This lack of integration of the Inuit vision of health and valuing the skills of Inuit workers was a common challenge in providing equitable care. For example, nurses felt that the Inuit interpreter was not valued by the organization, which may affect communication and create assumptions that influence the clinical assessment or the trusting relationship with the patient: "The community doesn't have a say in the care they receive (...). There's like no structure in place that's there to promote the care that they want and to have their voice heard." (P2)

This power issue through the health system is not only transmitted within the clinic walls, but in every aspect of social life. Significant differences are present between Inuit and non-Inuit in their living and working conditions (e.g., housing, airfare) and have an impact on the relationships Inuit have with the healthcare system in Nunavik. For example, non-Inuit workers have the right to a two-bedroom house as soon as they sign the contract with the health center, while Inuit often live with about ten people in the same house and do not have the right to these benefits when they are employed by the health center. Given that the poor social determinants of health significantly impact the Inuit's health and well-being, some participants mentioned how uncomfortable this situation made them. They expressed feeling that it portrayed very well the insidious colonial relationship between the state and the communities. In fact, the political and public health structures that are supposed to address the determinants of health, are instead advocating for a biomedical approach to health service delivery by hiring non-Inuit professionals and recruiting them with highly advantageous conditions. One participant mentioned:

The political structure does not meet the needs. For example, what has really helped in history for tuberculosis? It's not vaccination. It's not mass screening.

No, it's basic living conditions, access to food, access to water, and then wastewater management, just that. Then it's support measures, vaccination. But when you look at it, you don't have the base in Nunavik, so it's logical that Inuit still face one of the highest rates of TB in the world. (P6)

Strategies: “Being a facilitator to reduce the tensions”

Few strategies were highlighted by participants, as they felt they had no power to influence or act on inequities and challenges in the provision of EOCS. The strategies that were identified were mostly at the individual level, since those at the organizational or structural level were raised by only one participant with a critical conceptualization.

Engaging in a relationship with Inuit peoples and communities

Our results showed a sense of powerlessness or lack of critical consciousness in the face of these challenges that can impede the implementation of strategies. Many expressions, such as “it's so big, I don't know where to start”, “I didn't come here to change the world”, or “I have no power”, demonstrated participants’ hopelessness. In general, the strategies were much more focused at the individual level than the structural level, as this participant mentioned:

In daily practice, the most significant impact on equity is sensitivity and communication with the patient. In Nunavik, it is not the employer who puts it forward or trains you in this sense, so it must be acquired individually, unfortunately. (P8)

Nurses report that the trusting relationship is built over time and with experience. It is driven as much by the constant individual reflective practice of one's biases through a mindful dialogue. Open-mindedness, respect, humility, and listening are essential values to begin this relationship. In addition to these values, participants mentioned that an explanation of care and communication was another strategy to ensure they met their patient’s specific needs. The importance of learning words in the Inuit language (Inuktitut) and knowing the context to adapt one's approach made nurses feel that they were better able to meet the health needs of their patients. Finally, subtlety in non-verbal communication with Inuit patients was also mentioned by participants:

I could ask the same question several times at the beginning of my practice because I didn’t hear any answers. One mom got a little angry and said, “He

answered you; you didn't see it". The child had raised his eyebrows to answer me. I thought it was beautiful, and that's when I realized how essential my approach and communication were in my practice (P2).

Focusing on local actions towards changes in ensuring community responsive care

Several participants described that one of their preferred strategies was to focus their energies on more local changes within the clinic. These changes must be in partnership with local communities and Inuit workers. One of the participants' main strategies was working as a team with Inuit according to their priorities. An emphasis on Inuit self-determination and governance had to be built into all interventions:

To listen well to the interpreters, and the Inuit colleagues, then respect the clinic and follow their lead. It is their territory, their clinic. They are the ones who are there. Their family has lived the worst and the best moments of their lives within these walls. We're visitors. (P3)

Furthermore, being experienced in Nunavik helped nurses provide this more responsive community care, which is directly linked to EOCS. The nurses also mentioned that each community was different and unique in its settlement history and other aspects, and so it was important to contextually shape the actions:

We had to stop saying "suicide prevention" and instead say "promoting life." Because I think that just in our discourse when we work with local workers, it respects the context that we're in, it goes beyond just changing the words. At that point, we noticed that people started to open more, to bring in ideas because for Inuit suicide prevention, it... already the term suicide... when we know that there is still a lot of religious baggage... so it's small actions, but it's my way of offering equitable and culturally appropriate care daily. (P9)

Discussion

The results of this study showed that primary care nurses working with Inuit communities in Nunavik had fluid conceptualizations of EOCS, ranging from egalitarian to critical perspectives. These conceptualizations shape how primary care nurses see 1) healthcare accessibility, 2) the nursing care approach, and 3) the northern colonial context. Conceptualizations of EOCS also shaped participants' perceptions of challenges and strategies.

Results showed that the conceptualizations of EOCS were dynamic and not fixed for nurses. This fluidity helps us to better understand how nurses in their daily practice may perceive the concept of equity. Nurses who were critical of the health care system and context, helped them to identify many challenges to providing EOCS. Still, the implementation of strategies to address structural inequities was limited. Critical approaches and social justice are the foundations of health equity (Reutter and Kushner, 2010). Seeing these inequities as socially constructed allows nurses to focus on systemic rather than individual actions (Reutter and Kushner, 2010). Our findings are consistent with Horrill et al. (2022), stating that nursing practice is more focused on biomedical, egalitarian, and individualist practices and that nurses have limited understanding of their role in addressing structural inequities. According to Horrill et al. (2022), nursing education greatly influences nurses' perception of the inability to see the power issues or social construction related to health inequities. Our results align with the increasingly present call for the decolonization of the nursing profession and the integration of an anti-racist pedagogy into the initial training curriculum (Blanchet Garneau et al., 2018; Browne et al., 2005; McGibbon et al., 2014). Indeed, Bell (2021) illuminates that some nurses can be harmful in their approach and perpetuate inequities by acting and taking care of a patient in a way they learn at school. One of the key interventions of EQUIP health care is to implement training to develop the knowledge and skills of professionals in their EOCS approach (Browne et al., 2018). We believe that this ongoing training would be necessary in Nunavik for nurses, but especially for leaders in the organizations.

In the same line of thought, in this study, even if nurses saw unsafe care or attitudes, many mentioned not acting on them or that it was not their role to confront colleagues. It highlights how a non-Indigenous nurse can potentially perpetuate inequities by lacking critical consciousness of the current effects of colonization and systemic racism in an Inuit and colonial context. Indeed, culturalist and egalitarian discourses can significantly influence the therapeutic and trusting relationship between nurse and patient. The process of Othering (Tarlier et al., 2007, Rahaman, 2014) and its impacts in an Indigenous context have been documented. This process of racialization located in attitudes or prejudices leads to assumptions, such as that poverty is a racial or cultural trait of the person (Horrill et al., 2021). These assumptions can lead to accusatory behaviours and directly act as barriers to equitable healthcare access (Horrill et al., 2022; Horrill

et al., 2021). Again, our results emphasize these statements as nurses working in Nunavik mentioned that witnessing disrespectful and sometimes racist behaviour from non-Inuit workers is a concern for equity, quality, and safety of care. Support from organizations and a commitment to provide EOCS from leaders helps to accompany nurses (Blanchet Garneau et al., 2019). Opening up dialogue by implementing vicarious trauma programs or implementing policies to address systemic racism are interesting tools described by Browne et al. (2018) and "disturbing the status quo" to ensure an equitable approach.

Another important finding of this study is the tension between quality of care and equity, and the underlying egalitarian discourse reflected within this tension. This tension is also evident in the literature, since "quality of care" is defined as "equitable care", however, equity includes equal and same quality of care among individuals without consideration of differences in sociodemographic characteristics (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). It is interesting to highlight that this result brings a new concept (quality of care) that was not included in the theoretical framework used for this study. This difference leads to a reflection on the place of the concept of quality of care in an equitable approach.

In addition, it appears that workforce shortages bring increasing workloads and that nurses feel they are being left alone to care for a population with growing health needs, which exacerbates the tension between equity and quality care. This context leaves little time for developing relationships and addressing broader health concerns in the community. This study highlights that in Nunavik, there are no clear guidelines in clinical competencies for RNs and that the evaluation of quality and safety of care is not integrated by the organization but relies on the nurses who are working in these communities to develop their role and practice. Since our results reveal variation in nurses' conceptualizations of equitable care, it is essential to ask whether this variation also exists in the quality of care provided to Inuit communities. According to Fournier et al. (2021, p.1), the expanded role of nursing practice in Nunavik: «when properly regulated, extending professional nursing boundaries does not put the patient at risk and enables professionals to develop their practice. » But what happens when we expand nurses' scope of practice without regulating it safely and controlling the quality of care? For many nurses in our study, the expanded role did not allow them to provide comprehensive community care since acute care took all their

time. Participants call for significant structural changes to respect the minimum safety and quality standards. One of those calls is that organizations allow nurses to have a more substantial role outside the clinics by making time available and adapting practice models. According to the participants in this study, they feel that building a trusting relationship with the Inuit community is their responsibility. Although they want to create this relationship, they feel that the organization does not value it. The importance of being visible and known in the community has been mentioned several times in the literature (CARRN, 2020; MacLeod et al., 2019; McCullough et al., 2020; Muirhead et Birks. 2019). Creating a partnership with the community and a relationship of trust is also a central concept of EOCS (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016). Thus, our study highlights the organization's duty to facilitate this community involvement by nurses by prioritizing local self-governance and preventive practice models and services.

A key finding of our study is the lack of accountability measures in the face of inequities. Nurses with a critical conception of EOCS stated that primary care models present in Nunavik were inequitable. This study's findings suggested that the community's priorities were not considered, and that the Inuit had no real power within the healthcare structures. In addition, some participants were very critical of how public health and existing health structures dealt with the determinants of health. Internationally, when talking about culturally appropriate primary care models, the importance of community involvement and having an Indigenous workforce is emphasized (Harfield et al., 2018). According to Pearson et al. (2020), Indigenous governance models of health systems in Australia have a much more significant impact on structural determinants of health, since they are more culturally safe than models embracing biomedical approaches. Thus, our results are consistent with the most recent study by the Nunavik Regional Health Board of Social Services, showing that existing health care structures and services do not meet the specific health needs of Inuit communities (NRBHSS, 2021). This study showed that 50% of the population between 2016-2017 used air transportation to an urban southern center to receive medical care (NRBHSS, 2021). Significant funding is being requested from the Quebec government to completely restructure the health service offer to meet the health needs of the Inuit better (NRBHSS, 2021).

Implications for Nursing

This study provides detailed nurses' perspectives of conceptualizations, challenges, and strategies related to equity-oriented care and services. These findings offer relevant and new knowledge that allows a better understanding of the complex dynamics perpetuating inequities in an Inuit context and remote communities. These complex dynamics have a direct impact on the role and professional identity of nurses in Nunavik. This study highlights that nurses have a unique advanced nursing practice, despite the fact that they do not have the degree or training related to this role. Structural changes such as increased resources (human, material and financial), clear anti-racist policies, as well as a valorization of the community role, would be relevant courses of action to promote equitable care. The many structural challenges and workloads of nurses in Nunavik affect the quality and safety of care. Therefore, we call for nursing leaders to partner with Inuit communities for transformational actions and implementation of accountability measures, such as an implementation of a self-governance model, and development of clinical competency guidelines for nursing. Also, this study has important implications for practice as it highlights how a nurse in primary practice plays a central role in identifying and addressing inequities. To do so, critical consciousness of the colonial context is essential. To this end, we suggest that critical anti-racist pedagogy should be part of the core initial curriculum (Blanchet Garneau, 2021) and that education institutions not only develop critical consciousness but also equip nurses to take action to bring transformative structural change in the sociopolitical context (Blanchet Garneau et al., 2018). With humility and critical reflection, nursing educators must change how they prepare nurses to build a trusting relationship with Indigenous peoples and, more importantly, how they train nurses to act on structural inequities.

Strengths and limitations

The major strength of this study is the theoretical underpinning, including a critical postcolonial approach (Anderson et al., 2009) and an interpretive descriptive design (Thorne, 2016) that allowed insights of a unique clinical practice and an in-depth understanding of nurses' perspectives in the equity-oriented approach. This design highlighted the interrelationships of the specific colonial context and was particularly relevant to the methodological cohesion of this

study. Although the theoretical framework used in this study was constructed mainly in urban primary care settings (Indigenous and non-Indigenous population), it was a wise choice because it was also rooted in a contextual perspective. Indeed, it was a positive outcome that this study revealed a limitation in the applicability in a northern context, and that a refinement of the framework may be needed, regarding the link of the concept of equity and quality of care.

Another limitation was the size (n=10) and representativeness of the sample. Since recruitment relied heavily on the first author's network of contacts, participants may have shown social desirability in their interviews. Lastly, and most importantly, this study was not community-based and rooted in a partnership with Inuit peoples. However, we were actively committed to protecting the interests of Inuit in all the stages of this study, particularly in the presentation of results by removing any content that may be harmful and perpetuate stereotypes. We invite readers to consider this significant limitation in interpreting our results as they give voice and illuminate only the perspectives of non-Inuit nurses. It also only brought our voices, as non-Inuit white researchers, to the forefront.

Conclusion

In summary, this study highlights a better understanding of the perspectives of primary care nurses working in the Inuit communities of Nunavik related to their provision of equity-oriented care and services. The tension between the quality of care and equity and the different perspectives of the colonial context helps better understand all the complex dynamics in nursing practice in northern and isolated communities. The fluidity in the conceptualizations directly impact the care approach but, more importantly, the identification of health inequities experienced by Inuit at the individual, organizational and structural levels. Future research is needed to provide clinical guidelines for the expanded role and that could help to further understand the conceptual links between quality of care and equity. Finally, the nursing discipline must focus on initial and continuing education to develop critical consciousness among future generation nurses to ensure transformational and structural changes toward health equity.

Acknowledgments

The first author wants to acknowledge the financial support of the Quebec Indigenous Research Chair in Nursing (CIHR), the Manitoba Indigenous Research Chair in Nursing (CIHR), the Université de Montréal, the Faculty of Nursing of the Université de Montréal, and the Équipe FUTUR (Fonds de recherche du Québec – Société et culture). Finally, the authors would also like to express their gratitude to all the participants in this study.

Conflict of Interest

None declared

***Les références de cet article sont à la fin de ce mémoire.**

«Nurses must not only recognize that it is within their power to challenge disciplinary colonization, but also have an obligation to actively engage in decolonizing actions in order to begin reversing these effects. » (Sochan, 2011, p.185)

Chapitre 5 - La discussion

Cette étude avait pour but d'explorer, la perspective d'infirmières sur leur prestation de soins et services promouvant l'équité auprès des communautés Inuit du Nunavik. Trois questions de recherches ont été répondues soit 1) quelle est leur conception de soins équitables, 2) quels sont leurs défis dans la prestation de soins équitables et 3) quelles stratégies ont été utilisées pour surmonter ces défis. Dans la prochaine section, une discussion complémentaire à celle présentée dans l'article détaille les implications de cette étude pour les cinq domaines principaux de la discipline infirmière.

Implications pour la pratique : le développement de la conscience critique pour une pratique de soins équitable

Les résultats de la présente étude présentent un modèle de la fluidité des conceptions des soins promouvant l'équité selon la perspective des infirmières reliées à trois principaux thèmes 1) les services de santé et leur accessibilité, 2) l'approche de soins infirmiers et 3) le contexte nordique colonial. La conception égalitaire des soins équitables comprenant des discours culturalistes et individualistes dans l'approche de soins des infirmières représente un constat important de cette étude. Dans une conception égalitaire, les infirmières offrent des soins décontextualisés en considérant que la colonisation est un évènement du passé qui n'influence pas leur pratique quotidienne. Selon McGibbon et al., (2014) la prédominance de ce discours égalitaire dans l'ensemble de la discipline infirmière est l'expression d'une pratique coloniale.

Une des stratégies afin de contrer la pratique coloniale est de développer une conscience critique basée sur les droits humains ainsi que la justice sociale, visant à démanteler toutes formes d'oppressions et iniquités structurelles (McGibbon et al., 2014, Varcoe et al., 2014). Ainsi, nos résultats vont dans le même sens que ces études, puisque la conception critique permettait à nos participants d'avoir une pratique contextualisée ancrée dans les principes d'équité. Cependant,

les participants de notre étude semblaient se trouver au tout début du développement de leur conscience critique, puisque peu d'infirmières avaient développé des stratégies concrètes afin d'agir sur les iniquités structurelles que vivent les Inuit. Par exemple, les participants de cette étude mentionnent que la communication est essentielle afin d'offrir des soins équitables aux personnes Inuit. Cependant, très peu d'entre eux ont mentionné faire de l'*advocacy* auprès de l'organisation afin d'améliorer l'accessibilité du service d'interprète en Inuktituk. Selon Engnes et al. (2022), ne pas offrir ou voir la pertinence de demander le service d'un interprète pour les personnes autochtones est discriminatoire et agit directement sur la sécurité des soins. Bien que je sois consciente de la responsabilité individuelle à être consciente des iniquités, il est important de mentionner que la capacité d'agir des infirmières au Nunavik est grandement limitée par l'organisation et les structures rigides. L'impact du manque de support, de ressources et de leadership sera discuté ci-dessous.

De futures études pourraient s'intéresser, en premier lieu, aux multiples facteurs facilitant le passage de la conception égalitaire à celle critique chez les infirmières pratiquant en contexte colonial. Bien qu'il semble que la formation initiale et continue soit un des éléments clés pour construire cette conscience critique (Blanchet Garneau et al., 2018; Curtis et al., 2019), il serait pertinent d'explorer comment le processus réflexif se développe ou le nombre d'années d'expériences professionnelles, personnelles ainsi qu'antérieures avec des personnes autochtones influence celle-ci. Selon Wilson et al. (2015), les infirmières ayant plus d'expériences auprès des personnes autochtones sont plus conscientes de leurs propres biais et de l'impact du contexte sociopolitique sur les iniquités.

Implications pour la formation : apprendre à critiquer et remettre en question les « bonnes » pratiques

Nos résultats illustrent une fluidité de conceptions des infirmières par rapport au concept de soins et services promouvant l'équité. Ce résultat concerne spécifiquement la formation en sciences infirmières puisque plusieurs études (Beavis et al., 2015; Blanchet Garneau et al., 2021; Blanchet Garneau et al., 2018; Pool et Stauber., 2020) mentionnent que le développement de la conscience critique face aux iniquités de santé doit faire partie intégrante de la formation initiale. Un exemple

frappant d'enjeux par rapport à la formation est celui du concept de la sécurité culturelle, une des dimensions clés des soins et services promouvant l'équité. La sécurité culturelle peut parfois être implantée dans les contenus de formations en visant le développement d'une « sensibilité culturelle » ce qui peut entretenir les discours culturalistes, renforcer les stéréotypes et alimenter les processus d'exclusion et de marginalisation axés sur les différences (Browne, 2021; OIIQ 2021). De plus, certaines formations visant le développement de la compétence culturelle plutôt que la sécurité culturelle ce qui peut aussi renforcer des comportements perpétuant des iniquités en voulant devenir un « expert » de la culture au lieu d'adopter une position critique face aux enjeux de pouvoirs et biais inconscient (Curtis et al., 2019). Ainsi, afin de viser l'équité en santé, il est important que les formations soient construites par des approches pédagogiques critiques, une posture postcoloniale ainsi qu'un partenariat solide avec des personnes autochtones (Beavis et al., 2015; Blanchet Garneau et al., 2021; Blanchet Garneau et al., 2018; Curtis et al., 2019). Les pédagogies critiques antidiscriminatoires agissent comme un facilitateur entre la pensée critique et la conscience critique, afin que l'apprenant puisse passer du processus cognitif à l'action (Blanchet Garneau et al., 2018). Par exemple, la formation *San'yas anti-racism cultural safety training*, a démontré des changements de pratique transformationnels chez les professionnels de la santé (Browne et al., 2021).

Plusieurs participants de la présente étude ayant une conception critique ont mentionné avoir observé de l'incompétence cliniques, ce qui affectait directement la qualité, mais aussi l'équité des soins. Ainsi, de futures études pourraient aussi s'intéresser aux formations continues offertes aux infirmières de première ligne travaillant en contexte colonial, principalement celle en rôle élargi. Puisque la pratique en rôle élargi est considérée comme étant une pratique avancée unique (OIIQ, 2004), il serait aussi pertinent de mieux comprendre l'étendue du champ de pratique afin de développer des formations adaptées et s'assurer d'acquérir les connaissances et de développer les compétences nécessaires pour offrir des soins équitables. Au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées de premières lignes sont aussi appelées à prodiguer des soins en contexte autochtone. Il serait donc important d'intégrer des concepts clés dans le curriculum de formation de ces infirmières, afin de s'assurer de former des professionnels de la santé qui développeront une conscience critique et une pratique contextualisée.

Finalement, les résultats de la présente étude illustrent que l'un des défis importants des infirmières était de travailler dans un système de santé colonial ayant des priorités déconnectées des priorités de santé des communautés Inuit. Pourtant afin d'offrir des soins et services promouvant l'équité, il est primordial de viser l'autodétermination et la gouvernance du système de santé par les communautés autochtones (Browne et al., 2018; Browne et al., 2016). Ainsi, les leaders des différents domaines de la discipline infirmière devraient prioriser l'intégration des infirmières Inuit dans les formations initiales. En parallèle, un travail devrait être réalisé afin de développer des formations spécifiques en santé dans les communautés de façon à former des agents locaux Inuit pouvant donner des soins et développer des programmes selon leur vision unique en santé. Les infirmières autochtones sont des leaders en soins culturellement sécuritaires et des mentores exceptionnelles auprès de leurs collègues infirmières non autochtones (Engnes et al., 2021). De futures études, en partenariat avec les communautés Inuit, devraient prioriser la façon de recruter et de former ces futures infirmières.

Implications pour la recherche : bâtir de nouveaux savoirs infirmiers contextualisés

La présente étude permet de diminuer l'écart des connaissances de perspectives d'infirmières travaillant dans un contexte colonial nordique. Le peu de recherches concernant la pratique infirmière dans les régions rurales et isolées limite les connaissances et peut être nuisible à l'avancement de la profession (Martin-Misener et al., 2020). Ainsi, cette étude apporte un argument supplémentaire sur l'importance de développer des savoirs infirmiers contextualisés avec une pertinence sociale pour la recherche en sciences infirmières afin de viser la décolonisation de la discipline (McGibbon et al., 2014).

Nos résultats démontrent la fluidité de conception des infirmières portant sur le concept d'équité. Ils viennent apporter de la nuance sur le modèle de la pratique infirmière en régions rurales et isolées développée par l'ACSRE, qui avait positionné l'équité en santé comme entourant la pratique et non au cœur de celle-ci (CARRN, 2020). Finalement, de futures études pourraient mettre en évidence des interventions concrètes qui pourraient être mises en place au niveau individuel et organisationnel. Par exemple, une intégration des trois dimensions clés des soins et

services promouvant l'équité par une formation continue a apporté des changements transformateurs (Browne et al., 2018). En effet, une plus grande conscience de l'impact des traumatismes intergénérationnels, ainsi qu'une pratique visant la réduction des méfaits sont des interventions qui ont été mises en place par les professionnels suivant la formation (Browne et al., 2018). De plus, des changements structurels tels que d'augmenter les ressources (humaines, matériels et financières), des politiques claires antiracistes, ainsi qu'une valorisation du rôle communautaire, serait des pistes d'actions pertinentes afin de promouvoir des soins équitables.

Les résultats de la présente étude illustrent une déconnexion entre les priorités du système de la santé et des communautés Inuit. Ces résultats vont dans le même sens que Fraser et al. (2021a) évoquant que les savoirs traditionnels, ainsi que la vision de la santé Inuit n'est pas valorisée par les organisations de santé au Nunavik. De plus, la prédominance de la vision biomédicale dans les systèmes de santé serait une des barrières importantes selon les infirmières afin d'assurer une accessibilité équitable des soins pour les personnes autochtones (Horrill et al., 2022). De futures études pourraient s'intéresser à l'impact de la médicalisation et la spécialisation du rôle infirmier en première ligne au détriment des soins communautaires. Celles-ci pourraient apporter une vision nouvelle sur l'essence de la pratique infirmière en première ligne et pourraient amener de nouveaux questionnements sur les fondements des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne.

Finalement, les participants à cette étude ont mentionné observer des comportements ou des approches de soins qui affectaient la qualité et l'équité des soins. Ils seraient essentiels de s'intéresser à la perspective des Inuit face à la qualité et l'équité des soins offerts par les infirmières. Une récente étude mentionne que les Inuit du Nunavik ont l'impression que les professionnels de la santé non Inuit ne sont pas sensibles à leurs réalités et peuvent avoir des attitudes irrespectueuses lors de la prestation des soins (NRBHSS, 2021). Des recherches-actions participatives sont à privilégier avec les communautés afin de s'assurer que les futures études répondent à leurs besoins et priorités en recherche.

Implications pour la gestion : prendre position et agir face aux iniquités

Les résultats de la présente étude mettent en lumière la perspective des infirmières face à d'importants défis liés aux iniquités structurelles ainsi qu'organisationnelles vécues au quotidien. Les défis mentionnés; soit le manque de ressources afin d'assurer une accessibilité équitable, ainsi que l'absence d'imputabilité de la part de l'organisation amène plusieurs questionnements. Ces résultats vont aussi dans le même sens que la commission Viens. Celle-ci mentionne explicitement qu'au Nunavik, la qualité des soins est inférieure, l'accessibilité des services est inéquitable et que le système de santé n'est pas viable à long terme (CERP, 2019). Aussi, selon Truong et al. (2021) la pratique des infirmières afin d'offrir des soins équitables est fortement influencée par les politiques du réseau de la santé. Ces politiques doivent permettre aux infirmières de travailler dans un système de santé qui leur donne la capacité et la flexibilité d'agir (Truong et al., 2021). De futures études seraient nécessaires afin d'évaluer certains critères de performance et d'équité du système de santé au Nunavik. Ainsi, il pourrait ressortir des ressources financières, matérielles et humaines répondant aux réels besoins de santé des communautés Inuit.

En ajout, un de nos résultats illustre le fait que le développement de la conception critique serait fortement influencé par le nombre d'années d'expérience au Nunavik. Afin de promouvoir des soins équitables, cette étude fait ressortir que les organisations devraient mettre des efforts supplémentaires sur la rétention des infirmières au lieu du recrutement. En effet, le manque de soutien des organisations de santé au Nunavik contribuerait au départ des infirmières (Fournier et al., 2021). Des pistes de solutions seraient par exemple, d'offrir des opportunités de formation continue (Kulig et al., 2015) ou du support psychologique relié au fait d'être témoin d'évènements traumatiques (Jahner et al., 2020). De futures études pourraient donc s'intéresser à identifier des pistes de solutions qui favorisent la rétention de l'effectif infirmier exerçant dans les communautés Inuit du Nunavik, ainsi que l'importance d'un bon leader afin d'aborder les conflits et d'assurer un environnement sain et équitable.

Implications pour la politique : l'importance de la voix politique en sciences infirmières

Les résultats de la présente étude présentent une conception critique des soins et services promouvant l'équité. Malgré la présence d'une conscience critique, la plupart des participants se retrouvaient au début du développement de celle-ci. En effet, comme mentionne Dallaire (2012) le développement de la conscience critique et la dimension politique sont intimement reliés. La conscience critique nécessaire pour s'assurer que les professionnels peuvent aller au-delà d'un *empowerment* individualiste doit nécessairement prendre en compte le contexte collectif (Dallaire, 2012).

Bien que les participants ayant une conception critique voyaient certains impacts du contexte sociopolitique colonial et discriminatoire sur la santé des communautés Inuit, les infirmières avaient développé peu de stratégies pour y faire face. Seulement un participant a mentionné que le contexte politique du Québec concernant le déni du gouvernement face au racisme systémique pouvait influencer la prestation de soins équitables. Cela est surprenant puisque l'OIIQ (2021) a été le premier ordre professionnel à reconnaître la présence de racisme systémique envers les personnes autochtones. Ainsi, il est important de se questionner sur la position et la représentation politique des infirmières. Selon Reutter et Kushner (2010), ce serait un des meilleurs moyens pour les infirmières d'agir sur la diminution des iniquités puisque la représentation politique permet d'intervenir directement sur les politiques en santé et crée des changements structurels. De futures études pourraient s'intéresser à la façon de développer cette dimension politique au sein des différents domaines de la discipline infirmière, notamment au niveau de la formation et de la pratique. Des normes de pratiques claires et définies concernant le champ de pratique des infirmières en rôle élargi devraient être priorisées ainsi que la valorisation du rôle communautaire et des politiques axés sur l'équité.

Interconnexions des principaux domaines de la discipline

En résumé, il est important de préciser l'interconnexion entre les implications de cette étude et les différents domaines de la discipline infirmière. Ayant une posture critique pour ce projet de recherche, je crois qu'il est primordial de prendre en considération les relations entre les

différents domaines. Par exemple, la recherche influence les différents contenus développés de la formation initiale et continue. Les différentes formations suivies façonnent les approches de soins ainsi que la pratique quotidienne des infirmières. Les liens unissant la gestion et la politique, qui sont au cœur des politiques de santé et des organisations, sont tangibles. Finalement, ces politiques influencent directement la pratique, la recherche ainsi que la formation. L'appel à la décolonisation de la discipline infirmière dans un mouvement de changements transformationnels pour chacun de ces différents domaines est primordial si l'on veut agir sur les causes fondamentales des iniquités en santé.

Conclusion

Finalement, je trouve primordial de reconnaître la situation critique dans lequel se trouve présentement le système de santé au Nunavik, dû à la pénurie d'effectif infirmier. Bien que les résultats de ce mémoire m'aient permis de formuler des recommandations au niveau de la pratique individuelle des infirmières afin d'offrir des soins équitables, la perspective critique dans laquelle est ancrée cette analyse de la pratique de soins promouvant l'équité m'amène à ne pas simplement responsabiliser les individus pour des problématiques systémiques.

Les infirmières travaillant au Nunavik ont lancé de nombreux cris d'alarme au gouvernement depuis plusieurs années, sous forme de plaintes au protecteur du citoyen ou de présence dans les médias (LaPresse, 2022; LeDevoir, 2021). Cet appel à l'action concerne spécifiquement l'OIIQ qui, par son énoncé de position, s'est engagé à protéger le droit à la santé et à agir contre toute forme de racisme systémique envers les Premières Nations et Inuit. En effet, « en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les directions de soins infirmiers ont la responsabilité d'assurer la surveillance et le contrôle de la qualité des soins dispensés et de rendre les services aux usagers adéquats et efficaces, tout en s'assurant de la distribution des soins infirmiers » (OIIQ, 2021, p.13). Le gouvernement du Québec, plus spécifiquement le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est également concerné. En 2021, le MSSS a publié un guide des meilleures pratiques pour les gestionnaires qui stipule l'engagement du gouvernement envers l'intégration de la sécurité culturelle dans le système de santé. Pourtant, lorsqu'il avait la chance d'entrer ce principe dans la loi, le gouvernement a décidé de ne pas aller de l'avant tel que prévu. Ces inactions perpétuent des iniquités et causent des souffrances injustes pour les communautés Inuit du Nunavik.

Pour conclure, ce mémoire est une proposition à toutes les infirmières d'aller au-delà de leur position de neutralité et de se poser des questions sur le monde qui les entoure. C'est un passage nécessaire afin de lutter contre les iniquités en santé et dans les soins de santé, afin de poser des actions tant au niveau individuel que structurel et systémique.

Références

- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), 45–61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada, Discussion Paper*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>
- Anderson, J. M., Rodney, P., Reimer-Kirkham, S., Browne, A. J., Khan, K. B. et Lynam, M. J. (2009). Inequities in Health and Healthcare Viewed Through the Ethical Lens of Critical Social Justice: Contextual Knowledge for the Global Priorities Ahead. *Advances in nursing science*, 32(4), <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181bd6955>
- Banner, D., MacLeod, M. L. et Johnston, S. (2010). Role transition in rural and remote primary health care nursing: A scoping literature review. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 42(4), 40-57. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2278>
- Beavis, A. S., Hojjati, A., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R. et Nixon, S. A. (2015). What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: Perspectives on postcolonialism and the health of Aboriginal Peoples in Canada. *BMC medical education*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0442-y>
- Bell, B. (2021). White dominance in nursing education: A target for anti-racist efforts. *Nursing Inquiry*, 28(1), e12379. <https://doi.org/10.1111/nin.12379>
- Biernacki, P. et Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological methods & research*, 10(2), 141-163. <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
- Blanchet Garneau, A., Browne, A. J., et Varcoe, C. (2018). Drawing on antiracist approaches toward a critical antidiscriminatory pedagogy for nursing. *Nursing Inquiry*, 25(1), e12211. <https://doi.org/10.1111/nin.12211>
- Blanchet Garneau, A., Browne, A.J. et Varcoe, C. (2019). Understanding competing discourses as a basis for promoting equity in primary health care. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4602-3>
- Blanchet Garneau, A., Bélisle, M., Lavoie, P. et Laurent Sédillot, C. (2021). Integrating equity and social justice for indigenous peoples in undergraduate health professions education in Canada: a framework from a critical review of literature. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01475-6>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77– 101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Browne, A. J., Smye, V. L. et Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in Aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 37(4), 16-37. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1969>
- Browne, A.J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M. et Wathen C. N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0271-y>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K. et Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Nadine Wathen, C., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T. et Blanchet Garneau, A. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
- Browne, A. J. (2021). *Quebec coroner's public inquiry: Written submission*. <https://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2021/05/Dr.-Annette-J.-Browne-Expert-Witness-Written-Submission-May-28-2021.pdf>
- Browne, A. J., Varcoe, C. V. et Ward, C. (2021). San'yas Indigenous Cultural Safety Training Promoting anti-racism and equity in health systems, policies, and practices. *International Indigenous Policy Journal*, 12(3), 1-26. <https://doi.org/10.18584/iipj.2021.12.3.8204>
- Cameron, B. L., Carmargo Plazas, M. d. P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L. et 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), 1-16. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000039>
- Canadian Association for Rural et Remote Nursing [CARRN]. (2020). *Rural and Remote Nursing Practice in Canada: An Updated Discussion Paper*. CARRN: Unpublished report https://carrn.com/images/pdf/CARRN_RR_framework_doc_final_LR-2_1.pdf
- Carroll, V., Reeve, C. A., Humphreys, J. S., Wakerman, J. et Carter, M. (2015). Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: Key enablers. *Rural and Remote Health*, 15(3), 246–252. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.236042498525330>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). *Remise en question des hypothèses cachées : les normes coloniales en tant que déterminants de la santé mentale des Autochtones*. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-ColonialNorms-Nelson-fr.pdf>

- Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final*.
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2019). *Mémoire à l'Office de consultation publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur le racisme et la discrimination systémiques*.
https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire_OCPM_racisme-systemique.pdf
- Cullen, P., Mackean, T., Walker, N., Coombes, J., Bennett-Brook, K., Clapham, K., Ivers, R., Hackett, M., Worner, F. et Longbottom, M. (2022). Integrating Trauma and Violence Informed Care in Primary Health Care Settings for First Nations Women Experiencing Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23(4)*, 1204–1219.
<https://doi.org/10.1177/1524838020985571>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health, 18(1)*, 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Dallaire, N. (2012). Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux? *Intervention, 136*, 6-17. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_136_1._comment_se_port_la_conscience.pdf
- Engnes, J. I., Sivertsen, N., Bongo, B. A. et Mehus, G. (2021). Sami and Norwegian nurses' perspectives on nursing care of Sami patients: a focus group study on culturally safe nursing. *International Journal of Circumpolar Health, 80(1)*, 1948246.
<https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1948246>
- Engnes, J. I., Sivertsen, N., Bongo, B. A. et Mehus, G. (2022). Sámi language in Norwegian health care: 'He speaks good enough Norwegian, I don't see why he needs an interpreter'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 36(1)*, 275-284.
<https://doi.org/10.1111/scs.12986>
- EQUIP Health Care. (2017). *Rate Your Organization: 10 Strategies to Guide Organizations in Enhancing Capacity for Equity-Oriented Health Care*. Vancouver, BC. Retrieved from www.equiphealthcare.ca/files/2019/12/RYO-Mar-23-2018.pdf
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Hebert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Pauly, B., Perrin, N. A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. T. et Browne, A. J. (2018). How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *The Milbank Quarterly, 96(4)*, 635-671.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1468-0009.12349>

- Fournier, C., Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2021). Understanding the expanded nursing role in indigenous communities: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2489-2498. <https://doi.org/10.1111/jonm.13349>
- Fraser, S. L. et Nadeau, L. (2015). Experience and representations of health and social services in a community of Nunavik. *Contemporary nurse*, 51(2-3), 286-300. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1171728>
- Fraser, S. L., Gaulin, D. et Fraser, W. D. (2021a). Dissecting systemic racism: policies, practices and epistemologies creating racialized systems of care for Indigenous peoples. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01500-8>
- Fraser, S. L., Moulin, L., Gaulin, D. et Thompson, J. (2021b). On the move: exploring Inuit and non-Inuit health service providers' perspectives about youth, family and community participation in care in Nunavik. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06058-3>
- Gentles, S. J., Charles, C., Ploeg, J. et McKibbin, K. (2015). Sampling in Qualitative Research: Insights from an Overview of the Methods Literature. *The Qualitative Report*, 20(11), 1772-1789. <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss11/>
- Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D., McBride, K. et Brown, A. (2015). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implementation science*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Inuit, un mot qui ne fait plus exception*. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/chroniques-de-langue/inuit-un-mot-qui-ne-fait-plus-exception#an3>
- Greenwood, M., De Leeuw, S. et Lindsay, N. M. (2018). *Determinants of Indigenous Peoples' health: Beyond the social*. (2e Eds.). Canadian Scholars.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Harfield, S. G., Davy, C., McArthur, A., Munn, Z., Brown, A. et Brown, N. (2018). Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. *Globalization and health*, 14(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0332-2>
- Hayward, A., Cidro, J., Dutton, R. et Passey, K. (2020). A Systematic Review of Health and Wellness Studies Involving the Inuit Population of Manitoba and Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1779524>
- Holland S. L. et Novak, D. R. (2018). Critical Analysis. Dans *The SAGE Encyclopedia of communication research*. (p. 1-20). SAGE Publications, Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483381411>

- Horrill, T., McMillan, D. E., Schultz, A. S. H. et Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25(3), e12237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12237>
- Horrill, T. C., Martin, D. E., Lavoie, J. G. et Schultz, A. S. H. (2021). Nurses as agents of disruption: Operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among Indigenous Peoples. *Nursing Inquiry*, 28(3), e12394. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12394>
- Horrill, T. C., Martin, D. E., Lavoie, J. G. et Schultz, A. S. (2022). A critical exploration of nurses' perceptions of access to oncology care among Indigenous peoples: Results of a national survey. *Nursing Inquiry*, 29(1), e12446. <https://doi.org/10.1111/nin.12446>
- Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J. et Raanaas, R. K. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International journal of circumpolar health*, 78(1), 1571385. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2018). *Inuit Statistical Profile 2018*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2022). *About Canadian Inuit*. <https://www.itk.ca/about-canadian-inuit/>
- Jahner, S., Penz, K., Stewart, N. J et MacLeod, M. L. P. (2020). Exploring the Distressing Events and Perceptions of Support Experienced by Rural and Remote Nurses: A Thematic Analysis of National Survey Data. *Workplace Health & Safety*, 68(10), 480–490. <https://doi.org/10.1177/2165079920924685>
- Kirkham, S. R. et Anderson, J. M. (2002). Postcolonial nursing scholarship: From epistemology to method. *Advances in nursing science*, 25(1), 1-17. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2002/09000/postcolonial_nursing_scholarship__from.4.aspx?casa_token=L3k9P8YTYcUAAAAA:DRJ2HUSlqr1KgjbZ3b-eH2UeHcPQtstZGKbWRsVi2FI3EKdvqWZrXNKxaYyf2UK0-_e-0W7jR9H0A_o7_Q2GELc
- Kovach, M. (2021). *Indigenous methodologies: Characteristics, conversations, and contexts*. (2^e éd.) University of Toronto press.
- Kulig, J. C., Kilpatrick, K., Moffitt, P. et Zimmer, L. (2015). Recruitment and retention in rural nursing: It's still an issue. *Nursing Leadership*, 28(2), 40-50. https://www.researchgate.net/profile/Judith-Kulig/publication/283579241_Recruitment_and_Retention_in_Rural_Nursing_It%27s_Still_an_Issue/links/58f50df3458515ff23b56011/Recruitment-and-Retention-in-Rural-Nursing-lts-Still-an-Issue.pdf

- Lapresse. (2022). *Pénurie de personnel de santé au Nunavik. L'armée réclamée*.
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-08-10/penurie-de-personnel-de-sante-au-nunavik/l-armee-reclamee.php>
- Lauzière, J., Fletcher, C. et Gaboury, I. (2021). Factors influencing the provision of care for Inuit in a mainstream residential addiction rehabilitation centre in Southern Canada, an instrumental case study into cultural safety. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 16(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/s13011-021-00387-6>
- Lavoie, J. (2004). "Governed by Contracts: The Development of Indigenous Primary Health Services in Canada, Australia and New Zealand." *Journal of Aboriginal Health*, 1(1), 6–24.
<https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28930/24066>
- Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M. et Browne, A. J. (2018). Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research*, 18(1), 705. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3501-3>
- LeDevoir. (2021, 7 septembre). Pénurie d'infirmières dans le Grand Nord : le Protecteur du citoyen interpellé. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/630120/penurie-d-infirmieres-dans-le-grand-nord-le-protecteur-du-citoyen-interpelle>
- MacLeod, M. L., Stewart, N. J., Kosteniuk, J. G., Penz, K. L., Olynick, J., Karunanayake, C. P. et Zimmer, L. V. (2019). Rural and remote registered nurses' perceptions of working beyond their legislated scope of practice. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 32(1), 20-29.
<https://www2.unbc.ca/sites/default/files/sections/rural-nursing/fr/macleodrnsworkingbeyondtheirlegistatedsop2019.pdf>
- Martin-Misener, R., Macleod, M. L., Wilson, E. C., Kosteniuk, J. G., Penz, K. L., Stewart, N. J. et Karunanayake, C. P. (2020). The Mosaic of Primary Care Nurses in Rural and Remote Canada: Results from a National Survey. *Healthcare policy= Politiques de sante*, 15(3), 63-75. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26130>
- McCullough, K., Whitehead, L., Bayes, S., Williams, A. et Cope, V. (2020). The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103474.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103474>
- McCullough, K., Whitehead, L., Bayes, S. et Schultz, R. (2021). Remote area nursing: best practice or paternalism in action? The importance of consumer perspectives on primary health care nursing practice in remote communities. *Australian Journal of Primary Health*, 27(1), 62-66. <https://doi.org/10.1071/PY20089>
- McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S. et 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>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. (4^e éd.). Sage publications.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Muirhead, S. et Birks, M. (2019). Roles of rural and remote registered nurses in Australia: An integrative review. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 21–33.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.259780903908276>
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS]. (2018). *Une vision intégrée de la sécurisation culturelle du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik*.
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-1137.pdf
- NRBHSS. (2020). *Qanuilirpitaa? 2017 – Sociocultural Determinants of Health and Wellness*.
http://nrbhss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12343_RESI_Sociocultural_Determinant_EP5.pdf
- NRBHSS. (2021). *Évaluation du système de santé et services sociaux du Nunavik : perspectives des usagers. Dans le cadre du plan clinique régional du Nunavik 2021*.
http://nrbhss.ca/sites/default/files/documentations/corporatives/UserPerspective_Report_FR_digital.pdf
- Nungak, Z. (2019). *Contre le colonialisme dopé aux stéroïdes: le combat des Inuit du Québec pour leurs terres ancestrales*. (traduit par J. Léveillé-Trudel). Les éditions du Boréal.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?ua=1>
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec [OIIQ]. (2004). *La Reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée. Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée*.
https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/Memoire_region.pdf
- OIIQ. (2018). *Demande de précision dans le cadre des travaux de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès* (dossier : DGP 0103-DEF).
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-791-27.pdf?fbclid=IwAR19RkGkut9zBTmBcgj3gdCYdaiAr6gLiQ6QLrPU5-NXtkhjZVXn60GFx18
- OIIQ. (2019). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019*.
https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf

- OIIQ. (2021). *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5537-enonce-position-premieres-nations-inuit-web.pdf>
- Oosterveer, T. M. et Young, T. K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), 29576. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.29576>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans : P. Paillé et A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (pp. 269-357). Paris: Armand Colin.
- Pearson, O., Schwartzkopff, K., Dawson, A., Hagger, C., Karagi, A., Davy, C., Brown, A. et Braunack-Mayer, A. (2020). Aboriginal community controlled health organisations address health equity through action on the social determinants of health of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples in Australia. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09943-4>
- Pool, N. M. et Stauber, L. S. (2020). Tangled pasts, healthier futures: Nursing strategies to improve American Indian/Alaska Native health equity. *Nursing inquiry*, 27(4), e12367. <https://doi.org/10.1111/nin.12367>
- Purtzer, M. A. et Thomas, J. J. (2019). Intentionality in reducing health disparities: Caring as connection. *Public Health Nursing*, 36(3), 276-283. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/phn.12594>
- Rahaman, Z. (2014). *Nursing the 'Other': Exploring the Roles and Challenges of Nurses Working within Rural, Remote, and Northern Canadian Aboriginal Communities* [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa/University of Ottawa]. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-6719>
- Rahaman, Z., Holmes, D. et Chartrand, L. (2017). An Opportunity for Healing and Holistic Care: Exploring the Roles of Health Care Providers Working Within Northern Canadian Aboriginal Communities. *Journal of Holistic Nursing*, 35(2), 185–197. <https://doi.org/10.1177/0898010116650773>
- Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu* (Doctoral dissertation, Victoria University of Wellington). https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf
- Reading, C. et Wien, F. (2009) *Inégalités en matières de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George, (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [http://nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples%27%20Health%20\(French\).pdf](http://nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples%27%20Health%20(French).pdf)

- Reutter, L. et Kushner, K. E. (2010). 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nursing inquiry*, 17(3), 269-280. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x>
- Rudner, N. (2021). Nursing is a health equity and social justice movement. *Public Health Nursing*, 38(4), 687-691. <https://doi.org/10.1111/phn.12905>
- Sochan, A. M. (2011). Stance and strategy: post-structural perspective and post-colonial engagement to develop nursing knowledge. *Nursing Philosophy*, 12(3), 177-190. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00497.x>
- Statistics Canada. (2017). *Life expectancy*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-645-x/2010001/life-expectancy-esperance-vie-eng.htm#:~:text=In%202017%20the%20life%20expectancy%20for%20the%20total,years%20for%20men%20and%2073%20years%20for%20women.>
- Syndicat nordique des infirmières et infirmiers de la Baie d'Hudson et des Professionnels en soins (SNIIBH). 2022. *Lettre ouverte- Qui voudra soigner à la Baie-d 'Hudson?* <https://www.fiqsante.qc.ca/baie-dhudson/2022/04/13/lettre-ouverte-qui-voudra-soigner-a-la-baie-dhudson/>
- Tarlier, D. S., Browne, A. J. et Johnson, J. (2007). The influence of geographical and social distance on nursing practice and continuity of care in a remote First Nations community. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 39(3), 126-149. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2072>
- Tarlier, D. S. et Browne, A. J. (2011). Remote Nursing Certified Practice: Viewing nursing and nurse practitioner practice through a social justice lens. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 43(2), 38-61. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2305>
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description: qualitative research for applied practice*. (2^e éd.). New York, États-Unis: Routledge.
- Thurman, W. et Pfitzinger-Lippe, M. (2017). Returning to the profession's roots. *Advances in Nursing Science*, 40(2), 184-193. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000140>
- Truong, M., Bourke, C., Jones, Y., Cook, O. et Lawton, P. (2021). Equity in clinical practice requires organisational and system-level change—The role of nurse leaders. *Collegian*, 28(3), 346-350. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.09.004>

- Varcoe, C., Browne, A. J. et Cender, L. M. (2014). Promoting social justice and equity by practicing nursing to address structural inequities and structural violence. In *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing* (pp. 266-284). Routledge.
https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=OWMKBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA266&dq=Promoting+social+justice+and+equity+by+practicing+nursing+to+address+structural+inequities+and+structural+violence.&ots=N4JQ07Zark&sig=amxpxjP7R5SIWOk1kOKm2NRe wf8&redir_esc=y#v=onepage&q=Promoting%20social%20justice%20and%20equity%20by%20practicing%20nursing%20to%20address%20structural%20inequities%20and%20structural%20violence.&f=false
- Wilson, A., Magarey, A. M., Jones, M. et O'Donnell, K. (2015). Attitudes and characteristics of health professionals working in Aboriginal health. *Rural and Remote Health*, 15: 2739.
<https://doi.org/10.22605/RRH2739>
- Wilson, D., Heaslip, V. et Jackson, D. (2018). Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3810-3819. <https://doi.org/10.1111/jocn.14546>
- Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., Godwin, O. et Tu, D. (2014). Development of Health Equity Indicators in Primary Health Care Organizations Using a Modified Delphi. *Plos One*, 9(12), e114563.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114563>
- World Health Organisation. (2008). *The World Health Report 2008- Primary Health Care (Now more than ever)*. Geneva: Word Health Organisation.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69863/WHO_IER_WHR_08.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Young, T. K., Chatwood, S. et Marchildon, G. P. (2016). Healthcare in Canada's north: are we getting value for money?. *Healthcare Policy*, 12(1), 59.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008132/pdf/policy-12-059.pdf>
- Young, T. K. et Chatwood, S. (2017). Delivering more equitable primary health care in Northern Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(45), E1377.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.170498>
- Young, T. K., Chatwood, S., Ng, C., Young, R. W. et Marchildon, G. P. (2019). The north is not all the same: comparing health system performance in 18 northern regions of Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1697474.
<https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1697474>

Annexe A - Plan de concepts et équations de recherche

- I. **Sujet de recherche** : Perspectives de l'implication des infirmières en première ligne œuvrant dans les communautés Inuit du Nunavik sur la prestation des soins et services promouvant l'équité.
- II. **But de la recherche documentaire** : Mémoire mieux comprendre l'implication des infirmières en première ligne dans la prestation des soins et services promouvant l'équité
- III. **Bases de données à utiliser** : CINAHL, MEDLINE (PubMed), EMBASE, EBM Reviews (Cochrane), JBI EBP Database, ScienceDirect, PsycINFO, PubPsy, W of S, Global health, etc.

Plan de concepts (le nombre de concepts dépend de votre sujet de recherche) : Quelle est la conception des infirmières de soins promouvant l'équité? Quels sont les défis et stratégies des infirmières dans la prestation de soins promouvant l'équité?

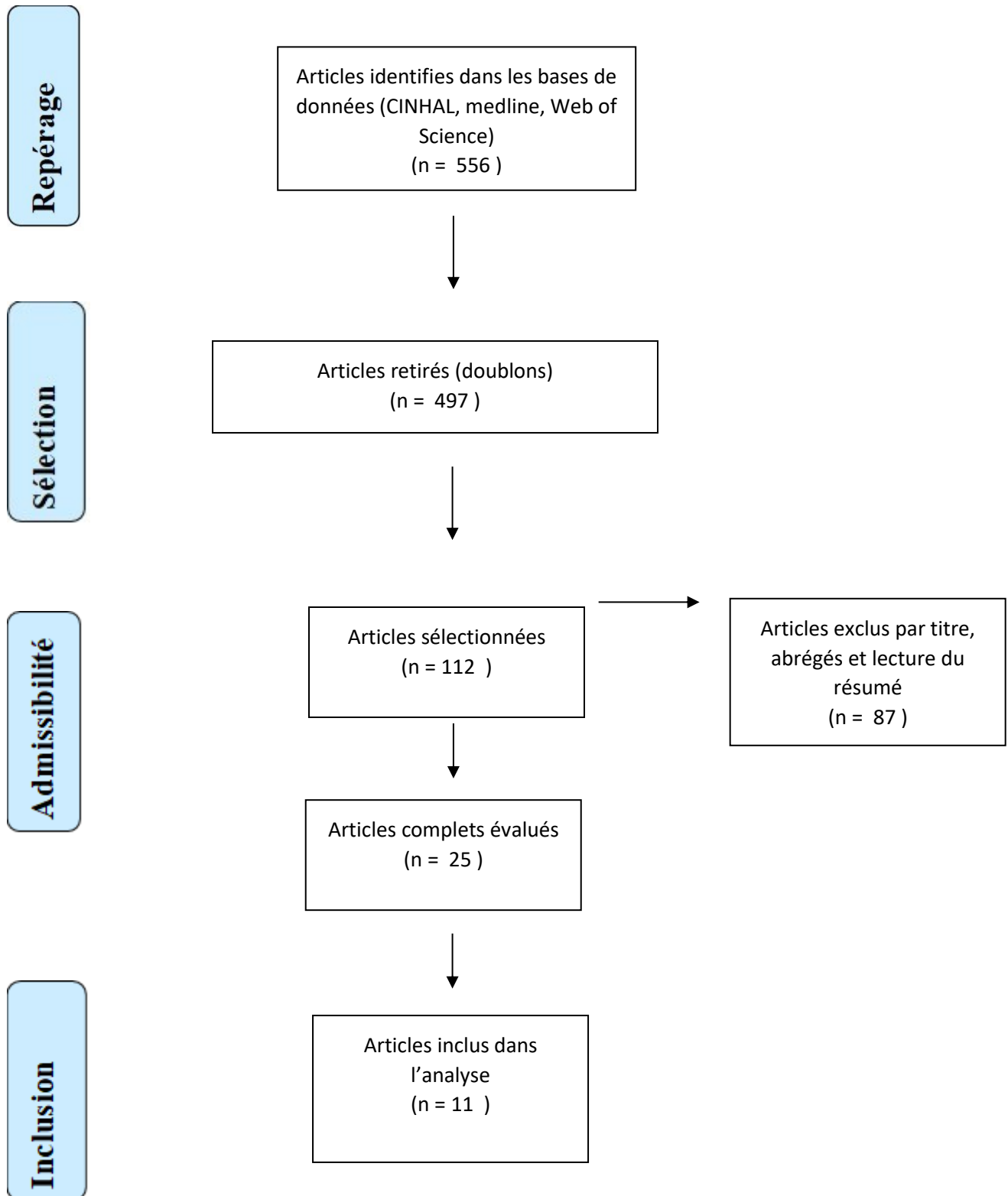
Concepts	Infirmières en première ligne	Contexte autochtone	Soins promouvant l'équité	
Mots-clés en anglais (synonymes, termes proches, termes plus spécifiques, etc.)	Remote nurse Isolate nurse Northern nurse Community health nurse Expanded role nurse Rural nurses Rural nursing Primary health care	Indigenous communities Indigenous care Indigenous Indigen Aboriginal Aborigines Inuit Inuit Inuk First Nations First Peoples Natives Autochtonous Autochtonal Native Americans Maori Sami Torres Strait Islanders	Equity care Equity-oriented care Equity Equitable care Equity of health care Health equity Inequity Prejudice Cultural safety Discrimination Hostility Bias Disparities Access to healthcare	

Stratégie de recherche dans la base de données choisie : ex dans CINAHL

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s		(MH "Rural Health Nursing") OR (MH "Frontier Nursing Service") OR (MH "Community Health Nursing+")
Concept 1 : équation avec mots-clés		((remote OR isolated OR community OR expanded role OR rural OR northern OR "primary healthcare") N4 nurs*)
Concept 1 : équation mixte	OR	((MH "Rural Health Nursing") OR (MH "Frontier Nursing Service") OR (MH "Community Health Nursing+") OR ((remote OR isolated OR community OR expanded role OR rural OR northern OR "primary healthcare") N4 nurs*))
Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s		(MH "Health services, Indigenous") OR (MH "Indigenous Peoples+") OR (MH "Indigenous Health")
Concept 2 : équation avec mots-clés		(Indigen* OR aborigin* OR native* OR "first nations" OR innuit OR inuit OR inuk OR autochton* OR sami OR maori OR Torres Strait Islanders)
Concept 2 : équation mixte	OR	((MH "Health services, Indigenous") OR (MH "Indigenous Peoples+") OR (MH "Indigenous Health") OR (Indigen* OR aborigin* OR native* OR "first nations" OR innuit OR inuit OR inuk OR autochton*))
Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s		(MH "Healthcare disparities") OR (MH "Social Justice") OR (MH "Health Status Disparities") OR (MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Right to Health") OR (MH "Cultural Safety") OR (MH "Prejudice+") OR (MH "Discrimination+")
Concept 3 : équation avec les mots-clés		(Equit* OR inequit* OR prejudice OR "cultural safety" OR discriminat* OR hostile* OR bias OR disparit* OR access* OR "equity care" OR "equity-oriented care")
Concept 3 : équation mixte	OR	((MH "Healthcare disparities") OR (MH "Social Justice") OR (MH "Health Status Disparities") OR (MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Right to Health") OR (MH "Cultural Safety") OR (MH "Prejudice+") OR (MH "Discrimination+") OR (Equit* OR inequit* OR prejudice OR "cultural safety" OR discriminat* OR hostile* OR bias OR disparit* OR access* OR "equity care" OR "equity-oriented care"))
Équation finale	AND	((MH "Rural Health Nursing") OR (MH "Frontier Nursing Service") OR (MH "Community Health Nursing+") OR ((remote OR isolated OR community OR expanded role OR rural OR northern OR "primary healthcare") N4 nurs*)) AND ((MH "Health services, Indigenous") OR (MH "Indigenous Peoples+") OR (MH "Indigenous Health") OR (Indigen* OR aborigin* OR native* OR "first nations" OR innuit OR inuit OR inuk OR autochton*)) AND ((MH "Healthcare disparities")

	OR (MH "Social Justice") OR (MH "Health Status Disparities") OR (MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Right to Health") OR (MH "Cultural Safety") OR (MH "Prejudice+") OR (MH "Discrimination+") OR (Equit* OR inequit* OR prejudice OR "cultural safety" OR discriminat* OR hostil* OR bias OR disparit* OR access* OR "equity care" OR "equity-oriented care")
--	---

Annexe B-Diagramme de flux



Annexe C - Affiche de recrutement

Êtes-vous une infirmière(er) travaillant au Nunavik?

Je suis présentement à la recherche de participants qui aimeraient contribuer à mon projet de recherche à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Que veut dire équité?

Comment ce concept se déploie dans ma pratique avec les Inuit?

Cette étude vise à mieux comprendre l'implication des infirmières en première ligne exerçant au Nunavik dans la prestation de **soins et services promouvant l'équité**. Cette étude portera sur **vos perceptions** des défis rencontrés et des stratégies qui peuvent être utilisées dans votre **pratique quotidienne** en lien avec les soins et services promouvant l'équité.

Êtes-vous intéressés à participer?

Cette étude s'adresse à vous si

- 1) Vous êtes une infirmière(er) qui travaille présentement au Nunavik ou avez travaillé au Nunavik durant les 3 dernières années (centre de santé ou agences de placement).
- 2) Vous travaillez en première ligne (rôle élargi, santé communautaire, ITSS, soins à domicile ou santé publique).
- 3) Vous avez exercé pendant 2 contrats et plus dans la même communauté.

Votre participation implique

- 1) De compléter un outil de réflexion (environ 10 minutes) avant l'entrevue
- 2) Une entrevue individuelle en visioconférence d'une durée de 60 à 90 minutes

Une des retombées attendues de ce projet est d'amorcer une réflexion individuelle et collective, sur la prestation de soins équitables aux communautés Inuit. Je vous remercie d'avance du temps que vous accorderez afin que mon projet d'étude soit un succès!

Pour participer ou pour toutes autres questions, vous pouvez me contacter à cette adresse courriel:

anne-renee.delli-colli@umontreal.ca



Annexe D - Questionnaire Socio-démographique

Nom du participant _____ Date _____
Quel âge avez-vous? _____ Langue maternel _____

Identité de genre

Quelle est votre identité de genre actuelle ?

- Homme
- Femme
- Transgenre homme/Homme trans/ Femme-vers-Homme (FTM)
- Transgenre Femme/Femme Trans/ Homme-vers-Femme (MTF)
- Queer, non exclusif Homme ou Femme
- Autre, svp spécifiez: _____
- Préfère ne pas divulguer

Race

Nous savons que les personnes de races différentes ne présentent pas de différences génétiques significatives. Mais notre race a tout de même des conséquences importantes, notamment la façon dont nous sommes traités par les différentes personnes et institutions. Quelle catégorie raciale vous décrit le mieux ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent:

- Noir (ex. Origine africaine, afro-caribéenne, afro-canadienne.)**
- Asiatique de Est/Sud-Est (ex. Origine Chinoise, Coréenne, Japonaise ou taïwanaise, ou d'origine philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou d'un autre pays d'Asie du Sud-Est)**
- Autochtones (ex. Origine Premières Nations, Métis, Inuk/Inuit)**
- Hispanique (e.g. Origine Latino-américaine, d'origine hispanique)**
- Moyen-Orient (e.g. Origine afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque ou kurde)**
- Asiatique du Sud (e.g. Origine indienne, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne)**
- Blanc (Origine européenne)**
- Autre, svp spécifiez: _____**
- Ne sais pas**
- Préfère ne pas répondre**

Nombre d'année(s)/mois en tant qu'infirmière(er) _____ et formation ____

Nombre d'année(s)/mois ou contrats en tant qu'infirmière(er) au Nunavik en première ligne _____

Quel était votre dernière expérience professionnelle avant de travailler au Nunavik _____

Quelles sont vos expériences antérieures académiques ou de formations en santé et réalités autochtones _____

Quelles sont vos expériences antérieures professionnelles ou personnelles avec des personnes autochtones _____

Êtes-vous employé par une agence de placement ou par un centre de santé? _____

Appendice E - Guide d'entretien semi-structuré

Introduction¹

Cette entrevue a pour but de mieux comprendre votre expérience en tant qu'infirmière au Nunavik et votre implication afin de délivrer des soins et services promouvant l'équité. Les soins et services promouvant l'équité sont définis comme étant des soins qui répondent aux besoins de santé spécifique du patient dans un environnement sécuritaire et culturellement adapté (Browne et al., 2016). Ceci est définition sommaire afin de débiter notre entrevue, cependant je m'intéresse plutôt à comprendre votre conception, selon votre expertise unique, des soins équitables pour les Inuit.

Ouverture :

- 1) Pouvez-vous me décrire ce qui vous a amené à travailler au Nunavik
- 2) Qu'est-ce qui différencie, selon vous, votre pratique infirmière au Nunavik de celle que vous aviez au «Sud»?

Note : explorer aussi la pratique en première ligne

Description de la conception :

- 3) En vos mots pouvez-vous me décrire ce que signifient des soins et services promouvant l'équité?
- 4) Pouvez-vous me décrire une situation concrète où vous avez su bien répondre aux besoins de santé des Inuit?
- 5) De quelle façon considérez-vous le contexte autochtone dans vos soins?
Note : explorer interactions avec collègues Inuit et partenariat avec la communauté
- 6) Pouvez-vous me parler de vos interactions avec vos patients; par exemple ce que vous aimez ou trouvez le plus difficile?
- 7) Selon vous, de quelle façon le contexte historique, social et politique influence-t-il votre pratique?
Note : explorer les enjeux de pouvoir, le racisme et les traumatismes historiques
- 8) Qu'avez-vous pensé du sondage préentrevue concernant les services promouvant l'équité par l'organisation?
Note : Y a-t-il des principes qui vous ont surpris?

¹ Inspiré du cadre théorique

Défis et stratégies

- 9) Avez-vous déjà vécu des situations de santé qui vous semblent injustes ou inéquitables envers l'un de vos patients Inuit?
- Si oui, décrivez-moi deux exemples concrets.
 - Dans cette situation quelle était la barrière principale à la prestation de soins équitables?
 - De quelles façons avez-vous surmonté cette barrière?

Note : Explorer l'impact d'être une infirmière allochtone et défi reliés aux enjeux culturels.
Explorer aussi les niveaux de barrières (individuelles ou organisationnelles)

- 10) Pouvez-vous me parler de vos interactions avec le centre de santé en lien avec ces situations?

Fermeture de l'entrevue

- 11) Quels conseils donneriez-vous à une nouvelle infirmière qui souhaite faire la prestation de soins promouvant l'équité au Nunavik?

- 12) Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cette discussion?

- 13) Avez-vous des questions?

Annexe F – Approbation du comité d'éthique de la recherche en sciences et santé de l'Université de Montréal

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite responsable en recherche



10 décembre 2021

Amélie Blanchet Garneau
professeure adjointe,
Faculté des sciences infirmières

Anne-Renée Delli-Colli
étudiante à la maîtrise,
Faculté des sciences infirmières

OBJET :	Projet # 2021-1234 - Approbation éthique finale Perspectives des infirmières en première ligne œuvrant dans les communautés Inuit du Nunavik, dans leur prestation de soins et services promouvant l'équité Financement : non-financé
---------	---

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche en comité restreint. Suite à cette évaluation, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 24 novembre 2021.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 10 décembre 2021 jusqu'au 10 décembre 2022. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **dévi**ation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).

- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. 514 343-6111, poste 2604
cerses@umontreal.ca

Envoyé par :

Julie Allard

Annexe G - Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT Entrevue individuelle

« Mieux comprendre l'implication des infirmières en première ligne œuvrant dans les communautés Inuit du Nunavik, dans leur prestation de soins et services promouvant l'équité »

Chercheur.e-étudiant.e : Anne-Renée Delli Colli, étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Directrice de recherche : Amélie Blanchet Garneau, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

No de projet au CERSES : 2021-1234

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche puisqu'à titre d'infirmière au Nunavik, votre expertise unique contribuera au succès d'un projet de maîtrise. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

1. Objectifs de la recherche

Le projet a pour but de mieux comprendre l'implication de la pratique infirmière en première ligne auprès des communautés Inuit du Nunavik dans la prestation de soins et services promouvant l'équité.

Les questions de recherche sont :

- 1) Quelle est la conception des infirmières sur la prestation de soins et services promouvant l'équité?
- 2) Quels sont les défis des infirmières dans la prestation de soins et services promouvant l'équité?
- 3) Quelles sont les stratégies utilisées par les infirmières afin de surmonter ces défis?

2. Participation à la recherche

Dans un premier temps, votre participation consistera à remplir ce formulaire de consentement et compléter un outil de réflexion. Dans un deuxième temps, votre participation consistera à participer à une entrevue individuelle en visioconférence de 60 à 90 minutes durant laquelle je

vous posera des questions sur votre pratique quotidienne en tant qu'infirmière au Nunavik. L'entrevue audio sera enregistrée directement sur mon ordinateur personnel afin de pouvoir ensuite transcrire ce que vous m'aurez dit sans rien oublier. Si vous préférez que je ne vous enregistre pas, je pourrai simplement prendre des notes.

3. Enregistrements audio/vidéo

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée au niveau audio?

Oui Non

4. Risques et inconvénients

Ce projet de recherche comporte peu de risques pour vous. Cependant, il est possible que pour la durée de l'entrevue certaines questions puissent raviver des souvenirs ou expériences négatives. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou mettre fin à l'entrevue. Le temps que vous devriez accorder lors de l'entrevue représente aussi un inconvénient. Finalement, il y a un risque minime de bris accidentel de la confidentialité.

Les mesures qui seront mises en place afin d'atténuer ce bris est la dénominalisation et le codage de toutes les données lors de la transcription d'entrevue. Aussi, lors de la diffusion des résultats à l'oral et à l'écrit, nous nous assurerons qu'il soit impossible d'identifier les participants ou leur milieu de travail.

5. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage direct particulier pour vous à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à l'avancement des connaissances face à la pratique des infirmières au Nunavik qui est très peu documentée.

6. Confidentialité des renseignements recueillis

L'étudiante à la maîtrise prendra les mesures suivantes afin de préserver la confidentialité des données.

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet demeureront confidentiels.

Un code sera attribué plutôt que votre nom pour associer votre dossier d'étude à vos réponses. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera cryptée et conservée séparément des données de la recherche par Pr Amélie Blanchet Garneau responsable de ce projet de recherche.

Le formulaire d'information et de consentement, les données ainsi que la liste de participants seront conservées dans des fichiers séparés.

Pour ce qui est de la gestion des données, ceux-ci seront conservés par Pr Amélie Blanchet Garneau dans un dossier sécurisé et protégé d'un mot de passe sur l'infonuagique de l'Université de Montréal.

Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle et donnée reliée à ce projet, 7 ans après la fin du projet.

7. Compensation

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche.

8. Participation volontaire et Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec l'étudiante responsable du projet par téléphone ou courriel indiqués ci-dessous. Si vous acceptez de participer à l'étude maintenant, mais que vous choisissiez de mettre fin à votre participation par la suite, vous avez le droit de demander le retrait de vos renseignements collectés durant l'étude.

9. Utilisation secondaire des données

Tout autre projet de recherche ou d'enseignement réutilisant les données devra être évalué sur le plan de la scientificité et de l'éthique afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, toutes les données partagées seront dénominalisées.

10. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

11. Diffusion des résultats

Une fiche résumée des résultats sera diffusée sur le site web de la chaire de recherche autochtone en soins infirmiers. De plus, cette fiche résumée sera transmise à tous les participants via leur courriel personnel, ainsi qu'aux deux centres de santé du Nunavik. Finalement, un article scientifique sera publié et les résultats de ce projet de recherche seront présentés lors de congrès scientifique. À tout moment la confidentialité des participants sera respectée.

12. Personnes-ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Anne-Renée Delli Colli au numéro de téléphone XXX-XXX-XXXX et l'adresse courriel anne-renee.delli-colli@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : cerses@umontreal.ca

Téléphone : 514 341-6111 #2604

SiteWeb: <https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethiquehumaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100, de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Déclaration du participant ou de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.
- J'accepte que les données de recherche de cette étude puissent être rendues disponibles à d'autres chercheur.e.s, à condition que n'y apparaissent pas mon nom ou tout autre renseignement permettant de m'identifier : Oui Non
- Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non
- Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche soient utilisées pour d'autres recherches concernant la prestation de soins et services promouvant l'équité conditionnellement à leur approbation par un comité d'éthique de la recherche : Oui Non
- J'accepte que mes coordonnées soient conservées séparément des données de ce projet pendant une période de 7 ans pour être contacté pour d'autres projets de recherche de la même équipe de recherche : Oui Non
- Je désire recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non Courriel : _____

Signature du participant ou de la participante : _____

_____ Date : _____

Nom : _____ Prénom _____ :

Engagement du chercheur ou de la chercheuse responsable

J'ai expliqué au/à la participant.e les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du/de la participant.e. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____ Prénom :

Signature du/de la chercheur.e : _____

Date : _____