





**HEC MONTRÉAL**  
École affiliée à l'Université de Montréal

**Parcours d'apprentissage et processus de structuration des  
compétences-clé en milieu extrême : le cas des infirmières dans les  
dispensaires du Nunavik**

**par  
Céleste Fournier**

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en administration  
(option Gestion des ressources humaines)

Décembre 2017

© Céleste Fournier, 2017



**HEC MONTRÉAL**  
École affiliée à l'Université de Montréal

Cette thèse intitulée :

**Parcours d'apprentissage et processus de structuration des  
compétences-clé en milieu extrême : le cas des infirmières dans les  
dispensaires du Nunavik**

Présentée par :

**Céleste Fournier**

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Richard Déry  
HEC Montréal  
Président-rapporteur

Bouteiller Dominique  
HEC Montréal  
Directeur de recherche

Jacinthe Pepin  
Université de Montréal  
Membre du jury

Jean-François Chanlat  
Université Paris-Dauphine  
Examineur externe

Jean-François Harvey  
HEC Montréal  
Représentant du directeur de HEC Montréal



## Résumé

Au Québec, la prise en charge des soins de santé de la communauté inuite, population vulnérable en région arctique, est un problème de santé publique. La politique d'assimilation menée par le Canada au cours du XXe siècle a engendré un traumatisme intergénérationnel profond, une crise identitaire majeure et une situation socio-économique catastrophique. Les conséquences sur la santé de la population, aujourd'hui reconnues, sont extrêmement préoccupantes : toxicomanie, détresse psychologique et maladies chroniques. En outre, l'isolement géographique des villages, dont l'accès se fait uniquement par voie aérienne, rend la prise en charge des patients difficile et met la population à risque.

Historiquement, ce sont les infirmières dans les dispensaires qui sont au centre de l'organisation des soins, étant le premier contact entre le patient et le système de santé. Elles y ont d'ailleurs un statut et un rôle spécifique, le « rôle élargi », caractérisé par un spectre de pratique, de responsabilité et d'autonomie étendus et, ce, avec des ressources et un plateau technique réduits. Pourtant, il existe peu de littérature sur ce rôle, notamment dans les dispensaires du Nunavik, que ce soit dans la littérature scientifique ou professionnelle, de sorte qu'il est difficile d'avoir une compréhension fine du quotidien de ces infirmières. Par ailleurs, les enjeux ressources humaines pour les Centres de santé sont nombreux : le recrutement est en flux tendu, il existe peu (ou pas) de formation pré-départ et continue et le taux de roulement est élevé, ce qui peut avoir un impact sur la performance des équipes, et *in fine*, sur la qualité et la continuité des soins de santé.

L'objectif de cette thèse est pluriel: comprendre et analyser en profondeur le rôle infirmier dans les dispensaires nordiques, retracer un parcours d'apprentissage « type » avec ses phases et ses ruptures et en déduire des compétences discriminantes de la performance. Selon l'analyse stratégique portée par Crozier et Friedberg (1977), les phases du parcours correspondent à des enjeux d'apprentissage spécifiques nécessitant la mobilisation d'acteurs et le choix de stratégies d'apprentissage et d'adaptation variées. Pour y répondre, nous avons articulé divers corpus théoriques (sciences de l'éducation,

sciences administratives, sociologie des organisations) et mené une recherche qualitative, exploratoire et inductive alliant entretiens semi-directifs (méthode par incidents critiques) et observation non participante.

Les contributions de cette recherche sont à la fois théoriques, conceptuelles et pratiques.

En soi, l'articulation de divers corpus théoriques autour de l'analyse stratégique nous semble être un apport conceptuel intéressant permettant d'appréhender un rôle professionnel dans sa globalité et sa multiplicité. Une définition ainsi que conceptualisation du rôle élargi au Nunavik ont été proposées. Essentiellement construit et constamment renégocié par les infirmières, le rôle élargi se révèle être à la fois plastique, à temporalité et à géométrie variable. En outre, nous offrons une perspective historique sur son évolution et une mise en perspective des enjeux vécus par les infirmières depuis les années 1970 ce qui n'a pas été fait dans la littérature. Par ailleurs, l'idée de réfléchir en terme de parcours tel que conceptualisé par Zimmermann (2014) nous a permis de montrer la complexité de l'apprentissage par l'expérience dans un environnement extrême. Nous avons été d'ailleurs en mesure d'offrir une réflexion poussée et critique sur l'apprentissage expérientiel porté par Kolb (1984) autour de deux dimensions : le rôle du contexte et la temporalité de l'apprentissage. Finalement, peu de recherches ont utilisé la méthode inductive pour identifier des compétences discriminantes de la performance ce qui est un apport de cette recherche. Bref, elle tente de répondre au constat de Tarlier et al. (2003): « *there is an identified lack of research in the area of outpost nursing generally, and more specifically, little information exists as to how outpost nurses meet the expectations of [their] role* » (: 181).

Au niveau pratique, les retombées de cette recherche pour les gestionnaires nous semblent importantes puisqu'elle devrait permettre d'améliorer les pratiques de gestion des ressources humaines en place afin de garantir non seulement la qualité des soins, mais aussi leur continuité : précision des outils de recrutement et de sélection, identification des moments clés des parcours de professionnalisation nécessitant la mise en place de mécanismes de soutien organisationnel et de transfert de connaissances ce qui, à terme, aura un impact sur la rétention et la mobilisation des équipes. Cette recherche défend aussi la mise en place de mécanismes de reconnaissance des

compétences nordiques au niveau institutionnel. À un niveau sociétal, elle contribue à la discussion (présentement assez vive) sur le système de santé actuel au Nunavik et se positionne pour une prise en charge plus adaptée aux réalités de cette population.

**Mots clés :** infirmières, rôle élargi, Nunavik, parcours d'apprentissage, analyse stratégique, compétences-clé.

**Méthodes de recherche :** méthodologie qualitative, entretiens semi-directifs, observation non participante, méthode par incidents critiques.



## Abstract

Managing healthcare in the Inuit community, a vulnerable population in the Arctic, is a public health issue in Quebec. Canada's assimilation policy during the 20th century has engendered deep intergenerational trauma, a major identity crisis and a catastrophic socio-economic situation. The consequences on the population's health are extremely worrying: addiction, psychological distress and chronic diseases. Difficult access to healthcare in the isolated inuit villages (only accessible by plane) puts the population at risk.

Nurses have historically been the main healthcare providers as first point of contact for the patients in the health centers. Outpost nurses have a specific status and an expanded role, characterized by an increased autonomy, wide range of practice and responsibilities, combined with fewer resources and reduced technical facilities. Yet there is little scientific or professional literature on the topic, making it difficult to deeply understand the day-to-day challenges faced by these outpost nurses. To this, the health centers face numerous human resources issues: just-in-time recruitment, limited number (if any) of pre-departure and continuous training, and high turnover rates. This could directly impact the team's performance and, ultimately, the quality and continuum of care.

This thesis aims at deeply understanding and analyzing the nursing role in the Inuit health centers, follows a typical learning path with phases and disruptions and deduces competencies that have an impact on the performance. According to Crozier and Friedberg (1977) strategic analysis, the different phases are associated with specific learning challenges that involve various actors, learning and adaptation strategies. We have chosen to articulate several theoretical corpora (education science, administration sciences, organizational sociology) and conducted qualitative research, exploratory and inductive combining semi-structured interviews (critical incident technique) and non-participatory observation.

In itself, the articulation of various theoretical corpora linked to the strategic analysis appears as an interesting conceptual contribution, which enables us to apprehend a professional role in its globality and its multiplicity. We suggested our own definition and conceptualization of the enlarged role in Nunavik health centers. Essentially constructed and constantly renegotiated by nurses, the expanded role turns out to be plastic, evolving through time and changing based on external environment. In addition, we offer a historical perspective on its evolution and on the issues experienced by nurses since the 1970s, which has not been done in the literature. The idea of thinking in terms of learning pathways as conceptualized by Zimmermann (2014) allowed us to show the complexity of learning by experience in an extreme environment. In fact, we have been able to offer a thorough and critical reflection on the experiential learning of Kolb (1984) around two dimensions: the role of context and the temporality of learning. Finally, the thesis uses the inductive method to identify discriminating competencies, a method only few studies have used. In short, it tries to answer the finding of Tarlier et al. (2003): "*There is an identified lack of research in the area of outpost nursing, and more specifically, little information exists as to how outpost nurses meet the expectations of [their] role*" (: 181).

At the practical level, the benefits of this research for managers appear to be important as it should improve human resource management practices to ensure not only the quality of care but also their continuity: the precision of the tools for recruitment and selection, identification of the key moments in the professionalization process requiring the implementation of organizational support and knowledge transfer mechanisms. In the long term, we hope it will have an impact on the retention and mobilization of the teams. This research also supports the implementation of mechanisms recognizing Nordic competencies at the institutional level. At a societal level, it contributes to the discussion (currently quite lively) on the current health system in Nunavik and positions itself for a health care more adapted to the realities of the population.

**Keywords :** nurses, expanded role, Nunavik, learning paths, strategic analysis, discriminatory competencies.

**Research methods** : qualitative approach, semi-structured interviews, non-participatory observation, critical incident technique.



## Table des matières synthétique

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 MISE EN CONTEXTE .....	9
1.1 La profession infirmière .....	9
1.2 Le Nunavik au sein du Canada et du Québec: un contexte particulier.....	16
1.3 Les soins de santé au Nunavik.....	37
1.4 Les problématiques de santé actuelles au Nunavik .....	59
1.5 Quelques éléments de la culture inuite et la conception des soins et de la santé.....	66
CHAPITRE 2 LES APPROCHES THÉORIQUES MOBILISÉES .....	79
2.1 L'apprentissage.....	80
2.2 Les parcours d'apprentissage.....	100
2.3 La compétence.....	103
2.4 Le parcours des infirmières en rôle élargi dans les dispensaires au Nunavik.....	121
2.5 Le modèle de l'analyse stratégique comme grille d'analyse .....	127
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE .....	135
3.1 Le devis de la recherche : une démarche qualitative, inductive et exploratoire.....	135
3.2 Le terrain de recherche : les communautés inuites du Grand Nord québécois .....	138
3.3 La collecte des données (sources principales).....	140
3.4. La collecte des données (sources secondaires).....	158
3.5 Les approches d'analyse des données.....	159
CHAPITRE 4 LE RÔLE ÉLARGI À L'ÉPREUVE DE L'ANALYSE.....	167
4.1 Le rôle élargi : une réalité complexe .....	167
4.2 Les enjeux du rôle élargi.....	179
4.3 La taxonomie des quatre rôles du rôle élargi.....	194
4.4 Des rôles en tension.....	211
4.5 La renégociation du rôle comme mécanisme d'adaptation .....	220
4.6 Vers une définition et conceptualisation du rôle élargi .....	240
CHAPITRE 5 L'APPRENTISSAGE DU RÔLE ÉLARGI.....	245

5.1	L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de construction du rôle .....	245
5.2	L'apprentissage du rôle élargi : peu de formel, essentiellement de l'expérientiel .....	272
5.3	L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de parcours de professionnalisation : vers quel profil de compétences-clé ?.....	286
CHAPITRE 6 DISCUSSION .....		321
6.1	Rappel des objectifs et résultats de cette recherche .....	321
6.2	Les apports conceptuels et théoriques .....	322
6.3	Les apports pratiques .....	329
6.4	Les avenues de recherche .....	333
CONCLUSION .....		339

# Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	vii
Liste des tableaux.....	xxiii
Liste des figures.....	xxv
Liste des abréviations.....	xxvii
Lexique.....	xxix
Remerciements.....	xxxiii
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 La profession infirmière.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 L'évolution de la compréhension de la profession d'infirmière vers une discipline.....	9
1.1.1.1 Quelques conceptions d'une discipline relativement jeune.....	9
1.1.1.2 Vers une définition de la discipline.....	11
1.1.1.3 La profession d'infirmière au Québec.....	11
1.1.1.4 Les enjeux actuels de la pratique infirmière au Québec.....	12
1.1.2 Le « <i>care</i> » [le(s) soin(s)] versus le « <i>cure</i> » [la guérison] : quelques distinctions importantes entre la profession d'infirmière et celle de médecin.....	14
<b>1.2 Le Nunavik au sein du Canada et du Québec: un contexte particulier.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Une région coupée du reste de la province et du monde.....	18
1.2.2 Une région au climat hostile.....	21
1.2.3 Une région peuplée par la communauté inuite.....	22
1.2.3.1 La communauté inuite au sein des communautés autochtones au Canada et au Québec.....	22
1.2.3.2 Les 14 villages composant le Nunavik.....	24
1.2.3.3 La langue des Inuit : l'inuktitut.....	25
1.2.4 L'histoire de la société inuite.....	26
1.2.4.1 Le massacre des chiens de traîneaux (1950-60).....	27
1.2.4.2 Les pensionnats autochtones (1890-1998).....	29
1.2.4.3 La Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (2007) et la Commission de Vérité et de Réconciliation (2007-2015).....	31
1.2.4.4 La crise identitaire actuelle.....	32
1.2.5 La situation économique du Nunavik.....	33

1.2.5.1	La Convention de la Baie-James et du Nord-Québécois-CBJNQ (1975).....	33
1.2.5.2	Le développement socio-économique du Nunavik depuis la signature de la CBJNQ .....	35
<b>1.3</b>	<b>Les soins de santé au Nunavik.....</b>	<b>37</b>
1.3.1	L'histoire des soins de santé .....	37
1.3.2	L'Administration régionale Kativik et l'organisation des soins de santé .....	40
1.3.2.1	Les Centres de santé.....	42
1.3.2.2	Le corridor de services de première, deuxième et troisième ligne .....	43
1.3.2.2.1	Les soins de première ligne .....	44
1.3.2.2.2	Les soins de deuxième et troisième ligne .....	44
1.3.2.2.3	Le système d'évacuation médicale par avion .....	44
1.3.3	Les professionnels de la santé.....	45
1.3.3.1	Les médecins.....	45
1.3.3.2	Les cliniques de sages-femmes .....	46
1.3.3.3	Les pharmaciens.....	46
1.3.3.4	Les infirmières .....	47
1.3.4	La pratique infirmière en rôle élargi .....	48
1.3.4.1	La pratique infirmière en région éloignée.....	48
1.3.4.2	Les diagnostics et les actes médicaux délégués .....	50
1.3.4.3	La semaine type d'une infirmière en dispensaire : l'exemple du dispensaire d'Ivujivik .....	51
1.3.4.4	Les pratiques de GRH et de gestion des infirmières en rôle élargi .....	52
1.3.4.4.1	Le processus de dotation .....	52
1.3.4.4.2	Les pratiques de rémunération.....	53
1.3.4.4.3	Le statut des infirmières .....	54
1.3.4.5	L'organisation du travail.....	55
1.3.4.5.1	Le système de « stretch » (mission) .....	55
1.3.4.5.2	Les gardes.....	55
1.3.4.6	La formation des infirmières en rôle élargi.....	56
1.3.4.6.1	La formation en rôle élargi .....	56
1.3.4.6.2	De l'unité de soins au dispensaire .....	57
1.3.4.6.3	La formation sur la culture .....	58
<b>1.4</b>	<b>Les problématiques de santé actuelles au Nunavik.....</b>	<b>59</b>
1.4.1	Les principales problématiques de santé au Nunavik .....	59
1.4.1.1	Le niveau socio-économique comme déterminant de la santé.....	59
1.4.1.2	Les priorités de santé en chiffres.....	61
1.4.1.2.1	Le tabagisme.....	61
1.4.1.2.2	La consommation d'alcool et de drogues .....	61

1.4.1.2.3	L'obésité et les maladies chroniques.....	62
1.4.1.2.4	La mortalité infantile.....	62
1.4.1.2.5	La santé mentale, les violences et les blessures intentionnelles .....	63
1.4.2	Le concept de transmission intergénérationnelle du traumatisme .....	63
<b>1.5</b>	<b>Quelques éléments de la culture inuite et la conception des soins et de la santé.....</b>	<b>66</b>
1.5.1	La temporalité .....	67
1.5.2	La famille.....	68
1.5.3	Une structuration sociale complexe .....	69
1.5.4	La santé, la maladie, la prévention et la guérison .....	72
	<b>CHAPITRE 2 LES APPROCHES THÉORIQUES MOBILISÉES .....</b>	<b>79</b>
<b>2.1</b>	<b>L'apprentissage .....</b>	<b>80</b>
2.1.1	Les quatre grands courants théoriques de l'apprentissage.....	80
2.1.2	L'apprentissage expérientiel ou par l'expérience .....	85
2.1.2.1	La difficulté de qualifier l'expérience .....	85
2.1.2.2	L'institutionnalisation de l'apprentissage expérientiel.....	87
2.1.2.3	Les théoriciens de l'apprentissage expérientiel et l'apport de Kolb .....	90
2.1.2.4	Situer l'apprentissage expérientiel par rapport aux autres méthodes d'apprentissage.....	96
2.1.3	Les recherches sur l'apprentissage expérientiel.....	98
<b>2.2</b>	<b>Les parcours d'apprentissage .....</b>	<b>100</b>
2.2.1	Trajectoire, itinéraire, mobilité, carrière, parcours : quelles différences entre les concepts ? .....	100
2.2.2	Le parcours comme processus d'apprentissage par l'expérience avec ses dynamiques complexes.....	102
2.2.3	Les recherches sur les parcours professionnels .....	102
<b>2.3</b>	<b>La compétence .....</b>	<b>103</b>
2.3.1	Vers une définition de la compétence.....	103
2.3.2	Le lien entre compétences et performance .....	116
2.3.2.1	Les théories et approches conceptuelles qui mettent en lien avec la compétence et la performance.....	116
2.3.2.1.1	La théorie du capital humain.....	116
2.3.2.1.2	La théorie des ressources.....	117
2.3.2.1.3	L'approche conceptuelle et le modèle du crocodile de Bouteiller .....	118

2.3.2.2	Les compétences-clé comme point pivot entre apprentissage et performance .....	120
<b>2.4</b>	<b>Le parcours des infirmières en rôle élargi dans les dispensaires au Nunavik.....</b>	<b>121</b>
2.4.1	Le rôle élargi : un rôle peu documenté .....	121
2.4.1.1	Les études au Canada.....	121
2.4.1.2	Les études au Québec.....	123
2.4.2	Un rôle aux caractéristiques singulières .....	124
2.4.3	De l'intérêt d'analyser le rôle élargi à travers le prisme du parcours d'apprentissage et des compétences.....	125
2.4.4	Les trois questions de recherche de ce travail.....	126
<b>2.5</b>	<b>Le modèle de l'analyse stratégique comme grille d'analyse.....</b>	<b>127</b>
2.5.1	Le choix du modèle stratégique .....	127
2.5.2	Le modèle d'analyse stratégique.....	128
	<b>CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>135</b>
<b>3.1</b>	<b>Le devis de la recherche : une démarche qualitative inductive et exploratoire .....</b>	<b>135</b>
<b>3.2</b>	<b>Le terrain de recherche : les communautés inuites du Grand Nord québécois.....</b>	<b>138</b>
3.2.1	Un terrain complexe.....	138
3.2.2	L'autorisation du Centre de santé du Nunavik (Innulitsivik) .....	138
3.2.3	L'autorisation de la communauté inuite.....	139
3.2.4	L'autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche de HEC Montréal (CER) .....	139
<b>3.3</b>	<b>La collecte des données (sources principales).....</b>	<b>140</b>
3.3.1	Constitution de l'échantillon de la recherche.....	142
3.3.1.1	La population de départ .....	142
3.3.1.2	La constitution de l'échantillon.....	142
3.3.1.2.1	Un échantillonnage par choix raisonné .....	143
3.3.1.2.2	Un échantillonnage par réseaux (ou en boule de neige) .....	143
	<i>Auprès de premières infirmières sélectionnées par choix raisonné.....</i>	<i>143</i>
	<i>Auprès de certaines personnes-ressources internes au milieu de la santé du Grand Nord.....</i>	<i>144</i>
3.3.2	Méthodes de collecte des données .....	145
3.3.2.1	Analyse documentaire.....	145
3.3.2.2	Entrevues semi-structurées .....	146

3.3.2.2.1	Les entrevues exploratoires (n = 5).....	149
3.3.2.2.2	Les entrevues centrées sur le devis de recherche (n = 31).....	150
3.3.2.2.3	Les entrevues de validation du modèle inductif (n = 10).....	153
3.3.2.2.4	Les entrevues auprès des experts (n = 3).....	153
3.3.2.3	Observations non participantes.....	154
3.3.2.3.1	La participation à la «formation sur la culture» destinée aux infirmières avant leur départ dans le Grand Nord.....	154
3.3.2.3.2	Les séjours dans le Centre de santé et les dispensaires du Nunavik.....	156
3.3.2.3.3	La plus-value globale des séjours au Nunavik pour la recherche.....	157
<b>3.4.</b>	<b>La collecte des données (sources secondaires) .....</b>	<b>158</b>
<b>3.5</b>	<b>Les approches d'analyse des données.....</b>	<b>159</b>
3.5.1	Au niveau de la codification des données.....	159
3.5.2	Au niveau des contenus des entrevues.....	160
3.5.3	Un mot sur la triangulation des données.....	161
3.5.4	Le choix d'avoir recours à de nombreuses citations et d'introduire les chapitres par des histoires.....	162
<b>CHAPITRE 4 LE RÔLE ÉLARGI À L'ÉPREUVE DE L'ANALYSE .....</b>		<b>167</b>
<b>4.1</b>	<b>Le rôle élargi : une réalité complexe .....</b>	<b>167</b>
4.1.1	Les différents pans du rôle élargi.....	168
4.1.1.1	Un rôle infirmier et médical.....	168
4.1.1.2	Une multitude de rôles connexes.....	169
4.1.1.3	Un champ relationnel complexe.....	170
4.1.2	Le rôle élargi : un choc professionnel.....	173
4.1.3	Le rôle élargi : un choc psychosocial.....	175
4.1.4	Un rôle gratifiant... mais à quel prix !.....	177
<b>4.2</b>	<b>Les enjeux du rôle élargi .....</b>	<b>179</b>
4.2.1	Un milieu extrême .....	179
4.2.1.1	L'isolement géographique .....	179
4.2.1.2	Les conditions climatiques.....	181
4.2.1.3	Une variété de villages.....	182
4.2.2	Un rôle extrêmement exigeant.....	183
4.2.2.1	Un large spectre de clientèle et de pratique .....	183
4.2.2.2	Des exigences physiques et émotionnelles .....	184
4.2.2.2.1	Les journées en dispensaire.....	184

4.2.2.2	Les gardes et les cas d'urgence .....	185
4.2.3	L'organisation du travail.....	186
4.2.3.1	Des équipes restreintes et jeunes.....	186
4.2.3.2	La problématique du roulement .....	187
4.2.3.3	Des expériences antérieures qui se standardisent .....	189
4.2.3.4	Un manque de ressources.....	190
4.2.3.5	Des conditions de travail difficiles.....	191
4.2.4	Schéma récapitulatif : Illustration de la réalité et des enjeux du rôle élargi .....	192
<b>4.3</b>	<b>La taxonomie des quatre rôles du rôle élargi .....</b>	<b>194</b>
4.3.1	Les deux axes de la taxonomie .....	194
4.3.2	Les quatre rôles de la taxonomie.....	195
4.3.2.1	Le rôle administratif.....	195
4.3.2.2	Le rôle médical.....	196
4.3.2.3	Le rôle infirmier .....	196
4.3.2.4	Le rôle communautaire .....	197
4.3.3	Une taxonomie mouvante en fonction des motivations de l'infirmière et de son ancienneté.....	197
4.3.3.1	Les infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en dispensaire .....	198
4.3.3.2	Les infirmières ayant entre cinq et 15 ans d'expérience en dispensaire .....	202
4.3.3.3	Les infirmières ayant moins de 5 ans en dispensaire .....	206
<b>4.4</b>	<b>Des rôles en tension .....</b>	<b>211</b>
4.4.1	L'ambiguïté de rôle.....	211
4.4.2	Les conflits de rôle.....	212
4.4.2.1	Les conflits inter-émetteurs.....	213
4.4.2.2	Les conflits intra-émetteurs.....	214
4.4.2.3	Les conflits personne-rôle.....	214
4.4.2.4	Les conflits inter-rôles .....	216
4.4.3	La surcharge de rôle.....	217
4.4.4	Le manque de soutien organisationnel.....	218
4.4.5	La position d'acteur frontière susceptible de renforcer les tensions de rôles .....	219
<b>4.5</b>	<b>La renégociation du rôle comme mécanisme d'adaptation .....</b>	<b>220</b>
4.5.1	Identification des limites individuelles .....	220
4.5.1.1	Le cumul de stress.....	220
4.5.1.2	Les chocs post-traumatiques .....	223
4.5.2	Des stratégies d'adaptation variées .....	225

4.5.2.1	La prise de distance : le choix de l'empathie et non de la sympathie .....	225
4.5.2.2	La rationalisation .....	227
4.5.2.3	Le départ .....	229
4.5.3	Transformer son rôle vers celui de médiateur culturel .....	229
4.5.3.1	Une compréhension globale et systémique des enjeux de la communauté .....	229
4.5.3.1.1	L'identification de leviers communautaires et des forces tranquilles .....	229
4.5.3.1.2	La communication : le passage obligé de la langue au langage .....	232
4.5.3.1.3	« <i>Traduttore, traditore</i> » : traduire, c'est trahir.....	233
4.5.3.1.4	La hiérarchie des normes culturelles .....	235
4.5.3.2	Une vision politique et engagée.....	237
4.5.3.2.1	Le militantisme.....	237
4.5.3.2.2	La résignation .....	239
<b>4.6</b>	<b>Vers une définition et conceptualisation du rôle élargi .....</b>	<b>240</b>
4.6.1	Le rôle élargi : une définition .....	240
4.6.2	Une conceptualisation du rôle élargi .....	240
<b>CHAPITRE 5 L'APPRENTISSAGE DU RÔLE ÉLARGI .....</b>		<b>245</b>
<b>5.1</b>	<b>L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de construction du rôle.....</b>	<b>245</b>
5.1.1	Le rôle du collectif : les dynamiques des équipes de soins .....	245
5.1.1.1	Les dynamiques quotidiennes dans les dispensaires.....	246
5.1.1.2	Des méthodes d'apprentissage variées : transfert intergénérationnel de connaissances, observation, mentorat informel et apprentissage sur le tas .....	249
5.1.1.2.1	L'utilisation de cette multidisciplinarité : la synergie du collectif .....	252
5.1.1.2.2	La difficulté de pérenniser des échanges entre professionnels.....	254
5.1.2	La dyade infirmière-médecin.....	255
5.1.2.1	Un lien de collaboration.....	255
5.1.2.1.1	Une hiérarchie inversée ? .....	256
5.1.2.1.2	La responsabilité de la démarche d'évaluation et du diagnostic.....	258
5.1.2.1.3	Les exigences des médecins anticipées par les infirmières .....	259
5.1.2.2	Les deux mécanismes soutenant cette collaboration .....	260
5.1.2.2.1	L'établissement d'un lien de confiance.....	260
5.1.2.2.2	Le tutorat .....	265
5.1.3	La triade infirmière-patient-communauté.....	268

5.1.3.1	Une infirmière « de famille ».....	268
5.1.3.2	La problématique de l'aide .....	269
<b>5.2</b>	<b>L'apprentissage du rôle élargi : peu de formel, essentiellement de l'expérientiel .....</b>	<b>272</b>
5.2.1	L'apprentissage formel .....	272
5.2.1.1	La formation en rôle élargi .....	272
5.2.1.2	La formation sur la culture.....	273
5.2.2	L'apprentissage expérientiel .....	273
5.2.2.1	L'unité de soin : une expérience relativement familière.....	273
5.2.2.2	Le dispensaire : une expérience « extrême » .....	274
5.2.3	La taxonomie des apprentissages.....	279
5.2.3.1	Les deux axes de la taxonomie et l'intensité de l'apprentissage expérientiel .....	279
5.2.3.1.1	L'apprentissage normatif.....	280
5.2.3.1.2	L'apprentissage contingent.....	281
5.2.3.1.3	L'apprentissage délégué .....	281
5.2.3.1.4	L'apprentissage optimal .....	281
5.2.4	Le lien avec le patient, la famille et communauté et son impact sur l'apprentissage des infirmières .....	282
5.2.5	L'impact du caractère extrême, ou à risque, du milieu.....	284
<b>5.3</b>	<b>L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de parcours de professionnalisation : vers quel profil de compétences-clé ? .....</b>	<b>286</b>
5.3.1	Une perspective stratégique sur l'apprentissage et le développement de compétences-clé.....	286
5.3.1.1	L'apprentissage normatif: Apprendre le rôle biomédical prescrit et le rôle administratif dans un contexte culturel différent .....	291
5.3.1.1.1	Acteurs et stratégies.....	291
5.3.1.1.2	Compétences-clé développées.....	293
5.3.1.2	L'apprentissage contingent : Augmenter son autonomie de pratique .....	294
5.3.1.2.1	Acteurs et stratégies.....	295
5.3.1.2.2	Compétences-clé développées.....	297
5.3.1.3	L'apprentissage délégué : Ouvrir son champ de pratique et transformer son rôle.....	298
5.3.1.3.1	Acteurs et stratégies.....	299
5.3.1.3.2	Compétences-clé développées lors de l'apprentissage délégué.....	301
5.3.1.4	L'apprentissage optimal : Exercer son rôle en complète autonomie .....	302
5.3.1.4.1	Acteurs et stratégies.....	303

5.3.1.4.2	Compétences-clé développées lors de l'apprentissage optimal.....	305
5.3.2	La temporalité des huit compétences-clé.....	306
5.3.3	Vers un référentiel de compétences de l'infirmière en rôle élargi dans les dispensaires nordiques .....	307
5.3.4	Des parcours d'apprentissage et leurs points de rupture.....	311
5.3.4.1	Vers un parcours type d'apprentissage .....	311
5.3.4.2	Les points de rupture dans l'apprentissage .....	315
<b>CHAPITRE 6 DISCUSSION .....</b>		<b>321</b>
<b>6.1</b>	<b>Rappel des objectifs et résultats de cette recherche.....</b>	<b>321</b>
6.1.1	Les objectifs de cette recherche .....	321
6.1.2	Les résultats de cette recherche .....	322
<b>6.2</b>	<b>Les apports conceptuels et théoriques.....</b>	<b>322</b>
6.2.1	La littérature sur le rôle élargi.....	322
6.2.2	La littérature sur l'apprentissage expérientiel.....	324
6.2.3	La littérature sur les parcours.....	326
6.2.4	La littérature sur les compétences.....	327
6.2.5	La littérature sur l'analyse stratégique.....	328
<b>6.3</b>	<b>Les apports pratiques .....</b>	<b>329</b>
6.3.1	Le recrutement : actionner des leviers institutionnels .....	329
6.3.2	La sélection : s'appuyer sur le référentiel de compétences-clé .....	330
6.3.3	La formation initiale et continue : soutenir la perspective communautaire.....	331
6.3.4	Le transfert de connaissances et la progression de carrière .....	331
6.3.5	Le soutien organisationnel .....	332
<b>6.4</b>	<b>Les avenues de recherche .....</b>	<b>333</b>
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>339</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>343</b>
ANNEXE A Les différences entre les professions d'infirmière et de médecin.....		357
ANNEXE B Certificats d'éthiques .....		359
ANNEXE C Guide d'entrevue des infirmières.....		365
ANNEXE D Guide d'entrevue des gestionnaires d'hôpitaux ou acteurs connexes .....		371
ANNEXE E Quelques photos du Nunavik .....		375



# Liste des tableaux

## CHAPITRE 1

Tableau 1.1	Les provinces et territoires canadiens.....	17
Tableau 1.2	Température mensuelle moyenne à Kuujuaq (Baie d'Ungava) et au Québec en 2013 (°C) (Le Nunavik en chiffres, 2015).....	22
Tableau 1.3	Les 14 villages du Nunavik (Perspective Nunavik, 2015) .....	25
Tableau 1.4	La langue parlée le plus souvent à la maison au Nunavik et au Québec en 2011 (%) (Adapté de Le Nunavik en chiffres, 2015).....	26
Tableau 1.5	Les professionnels de santé du Centre de santé Inuulitsivik .....	47
Tableau 1.6	Les diagnostics et actes médicaux délégués aux infirmières en rôle élargi .....	51
Tableau 1.7	La semaine type en dispensaire (Notes de terrain) .....	52

## CHAPITRE 2

Tableau 2.1	Quelques définitions de l'apprentissage expérientiel .....	89
Tableau 2.2	Les différentes méthodes d'apprentissage et leurs définitions .....	97
Tableau 2.3	Les courants s'étant intéressés à la notion de compétence et aux enjeux qui y sont rattachés.....	108
Tableau 2.4	Les définitions de la compétence et ses caractéristiques intrinsèques (inspiré de Grimaud, 2003) .....	112

## CHAPITRE 3

Tableau 3.1	Le résumé de la collecte de données .....	141
Tableau 3.2	Quelques exemples de sources d'information analysées.....	146

## CHAPITRE 5

Tableau 5.1	Le référentiel de compétences des infirmières nordiques .....	309
-------------	---	-----



# Liste des figures

## CHAPITRE 1

Figure 1.1 — <i>La carte du Nunavik incluant le Québec</i> (Société Makivik, 2010).....	19
Figure 1.2 — <i>La carte Nunavik</i> (Société Makivik, 2010).....	20
Figure 1.3 — <i>Organisation des soins de santé au Nunavik</i> .....	41
Figure 1.4 — <i>Le modèle de transmission intergénérationnelle du traumatisme</i> (Bombay et al. 2009) .....	66

## CHAPITRE 2

Figure 2.1 — <i>Les champs théoriques mobilisés</i> .....	80
Figure 2.2 — <i>Le modèle de Kolb</i> (1984) .....	94
Figure 2.3 — <i>La « zone de non-compétence »</i> (Bouteiller, 1997) .....	119

## CHAPITRE 4

Figure 4.1 — <i>Le champ relationnel de l’infirmière en dispensaire au Nunavik</i> .....	172
Figure 4.2 — <i>Illustration de la réalité et des enjeux du rôle élargi des infirmières</i> .....	193
Figure 4.3 — <i>Les quatre rôles du rôle élargi des infirmières</i> .....	195
Figure 4.4 — <i>Illustration du rôle élargi des infirmières ayant plus de 20 ans d’expérience en dispensaire</i> .....	201
Figure 4.5 — <i>Les rôles dominants du rôle élargi pour les infirmières de plus de 20 ans d’expérience en dispensaire</i> .....	202
Figure 4.6 — <i>Illustration du rôle élargi des infirmières ayant entre 5 et 15 ans d’expérience en dispensaire</i> .....	205
Figure 4.7 — <i>Les rôles du rôle élargi pour les infirmières entre 5 et 15 ans d’expérience en dispensaire</i> .....	206
Figure 4.8 — <i>Illustration du rôle élargi des infirmières ayant moins de 5 ans d’expérience en dispensaire</i> .....	209
Figure 4.9 — <i>Les rôles dominants du rôle élargi exercé par les infirmières ayant moins de cinq ans d’expérience</i> .....	210
Figure 4.10 — <i>Schématisation du rôle élargi des infirmières</i> .....	242

## CHAPITRE 5

Figure 5.1 — <i>Le continuum de structuration des incertitudes</i> .....	278
Figure 5.2 — <i>La taxonomie des apprentissages des infirmières selon la présence d'un médecin et la nature des incertitudes</i> .....	280
Figure 5.3 — <i>L'impact de la communauté sur l'apprentissage des infirmières</i> .....	283
Figure 5.4 — <i>L'impact du caractère extrême, ou à risque, du milieu sur l'apprentissage des infirmières</i> .....	285
Figure 5.5 — <i>Les principaux enjeux, acteurs et stratégies d'apprentissage de l'infirmière</i> .....	289
Figure 5.6 — <i>Les huit compétences-clé de l'infirmière nordique</i> .....	290
Figure 5.7 — <i>Apprentissage normatif des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies</i> .....	292
Figure 5.8 — <i>Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage normatif</i> .....	294
Figure 5.9 — <i>Apprentissage contingent des infirmières: enjeux, acteurs, stratégies</i> .....	296
Figure 5.10 — <i>Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage contingent</i> .....	298
Figure 5.11 — <i>Apprentissage délégué des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies</i> .....	300
Figure 5.12 — <i>Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage délégué</i> .....	302
Figure 5.13 — <i>Apprentissage optimal des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies</i> .....	304
Figure 5.14 — <i>Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage optimal</i> .....	306
Figure 5.15 — <i>La temporalité des huit compétences-clé de l'infirmière nordique</i> .....	307
Figure 5.16 — <i>Le parcours type d'apprentissage de l'infirmière nordique</i> .....	314
Figure 5.17 — <i>Les points de rupture dans le parcours d'apprentissage de l'infirmière nordique</i> .....	315

## Liste des abréviations

CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord Québécois
CCSSSBJ	Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James
CÉGEP	Collège d'Enseignement Général et Professionnel
CCNSA	Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHSLD	Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée
CLSC	Centre Local de Services Communautaires (aussi « <i>nursing</i> » ou dispensaire)
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CWW	Community Wellness Worker (travailleurs de bien-être communautaire)
DGNQ	Direction Générale du Nouveau Québec
DGSPNI	Direction Générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits
DPJ	Direction de la Protection de la Jeunesse
FIQ	Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec
FMOQ	Fédération de Médecins Omnipraticiens du Québec
MSF	Médecins Sans Frontières
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
NCNZ	Nursing Council of New Zealand
NCVQ	National Council for Vocational Qualifications
OIIQ	Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PRO	Poste Réseau Obligatoire
RRSSSN	Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik

RUIS	Réseau Universitaire Intégré de Santé
TCP	Temps Complet Permanent
TP	Temps Partagé
TPO	Temps Partiel Occasionnel
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
SIDIIEF	Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
VAE	Validation des Acquis d'Expérience

## Lexique

**Aérochambre** : inhalateur doseur utilisé pour le traitement des troubles respiratoires comme l'asthme.

**Baniq** : pain sans levain.

**Botulisme** : intoxication grave qui se développe notamment avec des aliments mal conservés. Sa mortalité est élevée si le traitement n'est pas immédiat.

**Congé nordique** : congé sans solde proposé aux professionnels de santé pour aller travailler dans des établissements nordiques. Généralement de 12 mois, il peut être prolongé jusqu'à un maximum de 48 mois.

**Département** : unité de soins des Centres de santé

**Dispill** : pilulier composé d'alvéoles scellées à froid, contenant tous les médicaments d'un patient pour une durée de sept jours.

**Impétigo** : infection bactérienne de la peau.

**Infirmière chef de programme** : infirmière coordonnatrice.

**Médévac** : évacuation médicale par avion.

**Nunavimmiut** : habitants du Nunavik.

**Péritonite** : inflammation du péritoine, membrane qui enveloppe les organes de la cavité abdominale. Pouvant déboucher sur la mort, elle constitue une infection grave.

**Qallunaat** : « non-inuit ». Ce terme fait généralement référence aux « blancs » en tant que groupe d'individus.

**Speed** : amphétamines fabriquées dans des laboratoires clandestins.

**Triage téléphonique** : évaluation de l'état de santé de la personne par téléphone avant de prendre la décision, ou non, de la faire venir au dispensaire

**Trousse médico-légale** : outil permettant l'examen médico-légal. Celui-ci consiste à effectuer divers prélèvements qui pourront être utilisés si la victime porte plainte.

« **Sud** » ou « **Nord** » : dans les citations, les répondants font souvent référence au « Sud » et au « Nord ». Terminologie consacrée au Nunavik, le « Sud » correspond au sud de la province (au sud de 49<sup>ème</sup> parallèle) contrairement au « Nord » qui fait référence au Nord québécois (au nord du 49<sup>ème</sup> parallèle).

Dans cette recherche, nous avons choisi de suivre les règles d'orthographe suivantes :

- Un Inuk
- Deux Inuuk
- Trois (et plus) Inuit

Utilisé comme adjectif qualificatif, le terme inuit sera accordé avec le nom auquel il se rapporte. Nous avons respecté l'orthographe privilégié par les auteurs lors des citations provenant de livres, de documents officiels ou de la littérature de recherche.

*Afin de faciliter la lecture de ce document, nous avons fait de choix de féminiser la profession d'infirmières et d'infirmiers.*

*Aux infirmières et infirmiers qui choisissent d'aller vivre  
l'expérience nordique dans toute sa complexité.  
Ce travail est un hommage au vôtre,  
trop souvent oublié.*

*À Quentin, pour sa présence apaisante et son soutien  
sans faille tout au long de ce parcours.*

*À mes plus belles bifurcations lors de ce parcours doctoral,  
nos enfants, Joachim et Pénélope.  
Puissiez-vous construire les vôtres  
avec liberté, confiance et fierté.*



## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de thèse, Dominique Bouteiller, pour son ouverture, son soutien, son encadrement et son humour. Mais aussi, et surtout, pour sa patience lors des multiples « petites questions », « grandes émotions » ou « idées du jour ». Dominique, je ne te remercierai jamais assez de m'avoir suivie dans ce pari risqué et un peu fou (oserais-je écrire inouï ?) et de m'avoir aidée à le relever. Tu as su me recentrer quand il le fallait, rester confiant alors que je me perdais et m'encourager lorsque je doutais. Ce n'est pas pour le café au lait que je garderai un souvenir ému de la cafétéria, mais pour les innombrables discussions et rires que nous y avons eus.

J'ai passé ces sept années doctorales au sein d'un département d'une bienveillance rare. Je voudrais donc remercier l'ensemble des professeurs. Un merci tout particulier à notre directrice, Lucie Morissette, et à Urwana Coiquaud pour leur soutien dans les périodes difficiles ainsi qu'à Denis Chênevert qui m'a encouragée à poursuivre en troisième cycle. Sylvie et Véronique, merci d'avoir veillé sur moi comme de véritables mamans, vous me manquez.

Je remercie les membres de mon comité de thèse pour leurs commentaires constructifs et leurs encouragements dès le début du projet ainsi que mon jury de thèse d'avoir accepté d'encadrer cette dernière étape tant attendue. Merci à Jean-François Chanlat et à l'unité Dauphine Recherches en Management de m'offrir l'opportunité de continuer mon parcours universitaire.

Je souhaite aussi remercier l'équipe du Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI) ainsi que l'Équipe FUTUR (FQRSC) et, en particulier, Jacinthe Pepin, la directrice, pour m'avoir accueillie avec simplicité et générosité. Les projets en collaboration avec Santé Canada auront été des expériences marquantes et structurantes à tous les niveaux. Merci aussi à Amélie, Louise, Patrick, Ginette et Laurence, c'était un vrai plaisir de travailler avec vous.

Carlos, ton témoignage m'a profondément marqué par son humanité et son intelligence. Tes encouragements ont été le catalyseur de ce travail et je t'en remercie.

L'accessibilité au terrain a été un enjeu crucial pour cette recherche. Je souhaite donc remercier Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers au Centre de santé Inuulitsivik, qui m'a honorée de sa confiance très tôt dans ce projet et qui m'a permis de vivre l'expérience nordique. Linda, les infirmières de la baie d'Hudson ont une chance incroyable de t'avoir comme directrice.

Un grand merci à tous mes répondants pour votre ouverture et votre sincérité lors de nos rencontres. Vos témoignages m'ont bouleversée tout autant qu'ils m'ont inspirée.

Merci à mes fidèles relecteurs : il n'y aura donc pas que mon jury qui aura lu ma thèse ! Papa, te faire lire mes parties me rendait toujours fébrile et savoir que tu les estimais à la hauteur était une immense fierté. Merci d'y avoir consacré autant de ton temps. Dodo, merci d'être restée à mes côtés (littéralement) lors de la rédaction des dernières lignes de ce travail. Sans toi, je n'aurais pas réussi à terminer.

Je voudrais remercier tous mes amis des deux côtés de l'Atlantique qui ont suivi ce long cheminement doctoral pour leurs encouragements constants alors que je restais souvent nébuleuse sur le sujet. Je ne peux pas tous vous nommer ici, mais vous saurez vous reconnaître. Lucie, merci, merci, merci d'avoir été là comme une sœur. Je n'oublie pas que c'est lors d'une de nos discussions au Parc Jeanne Mance, un café à la main et Joachim dans sa poussette, qu'a germé l'idée de cette recherche. Fiona, merci de verbaliser pour nous certaines angoisses et remises en question ! Laure, ce retour parisien aurait été beaucoup plus difficile sans ta présence et ton écoute : merci.

Les journées d'un thésard sont souvent solitaires : Charlotte, merci d'avoir été mon acolyte de pauses, de discussions et de rires, tout particulièrement ces derniers mois. Un grand merci aussi à Alexie et Nolywé, quelle belle équipe nous formions ! Chloé, Gustavo et Sara : merci pour votre amitié.

Mille mercis aussi à la fée Francine de nous avoir entourés avec beaucoup d'amour et de s'être occupée de nos enfants comme des siens. Comme le rappelle (et le dessine) Joachim, tu fais partie de notre famille.

Je remercie mes parents, mes frères et ma sœur pour leur soutien inconditionnel. Merci de m'avoir encouragée à vivre cette expérience exceptionnelle malgré les 6000 km qui nous ont séparés pendant des années. Comme pour beaucoup de doctorants, le choix des thématiques de ma thèse entre en résonance avec des réflexions intimes. Papa, maman, l'union, le courage et la résilience dont vous avez fait preuve ont été le moteur de notre reconstruction. Merci. Maman, comme une force tranquille, tu as toujours été là, attentive et rassurante: mille mercis.

Quentin, mon Joachim et ma Pénélope : il est facile de se laisser happer par sa thèse, votre présence a été un rappel salutaire des bonheurs quotidiens. Vous êtes ma plus belle réussite.

Pour terminer, je souhaite remercier les organismes qui m'ont permis de réaliser cette thèse : le FRQSC, HEC Montréal, la Fondation HEC Montréal et l'Équipe FUTUR (FQRSC) pour leur soutien financier ainsi que le CPE HEC Montréal et toutes les éducatrices qui ont veillé sur nos enfants avec douceur et gentillesse.



## **L'avalanche à Kangiqsualujjuaq (E23)**

Au jour de l'an 1999, à Kangiqsualujjuaq, tout le village est à l'école pour fêter la nouvelle année. Peu après minuit, une partie de la montagne décroche. L'avalanche détruit le gymnase et une partie des convives se retrouve ensevelie sous la neige glacée. On était deux infirmiers à gérer 9 morts et 30 blessés pendant la nuit. Les secours n'ont pas pu venir avec midi le lendemain donc pendant 12 heures, nous n'avons été que deux à gérer la situation.

J'étais de garde, c'est donc moi qui ai reçu le premier appel et ouvert le dispensaire. Heureusement qu'il était grand. Il y a eu une solidarité absolument incroyable au sein de la population : tout le monde était sous le choc, mais tous sont venus nous aider. Les habitants ont aligné des matelas pour les blessés pour qu'on puisse passer à travers les allées du dispensaire, qu'on aille dans les chambres, dans les salles d'examen et dans les salles d'urgence.

Quel challenge professionnel ! Régler des fractures, faire de la réanimation, réaliser que pour certains patients, on ne pouvait plus rien faire... il y avait des morts, des morts, des morts... au sein d'une population qu'on connaissait très bien... Il y avait des gens avec des perforations, des problèmes pulmonaires sérieux, des estropiés...

Je me souviens très bien qu'on a essayé de réanimer un enfant alors que les parents étaient derrière moi. Lorsque j'ai compris qu'il n'y avait plus rien à faire, je me suis levé et je les ai serrés dans mes bras. Ils venaient de perdre leur troisième enfant dans cette avalanche et je le savais.

On est restés très calmes, car on voulait se montrer rassurants. Alors on ne parlait pas fort, ça aurait ajouté de l'énervement. Il régnait un calme incroyable dans le dispensaire et au sein de la population. Et quand l'équipe du Centre de santé est arrivée, avec les valises de soin, ils étaient étonnés du calme. On leur a expliqué : « gardez votre calme, tout le monde l'est ici, on attendait que vous arriviez pour faire les évacuations nécessaires ».

On a eu un patient qui nous est arrivé encore vivant, mais il s'en allait. On a réussi à lui ouvrir une veine, on se demande encore comment ! il est mort et le coroner nous a rassuré – « vous ne pouviez rien faire, il avait une rupture massive au niveau du bassin et il avait une hémorragie interne. Vous l'avez perdu, mais vous avez tout fait ce qu'il fallait ».

C'était des situations qui étaient dures et gratifiantes en même temps : la population comptait sur nous et on a fait du très beau travail. Ils nous ont beaucoup remerciés. Depuis, je reçois encore des messages de certaines personnes à ce moment de l'année.



# INTRODUCTION

Durant le XXe siècle, les trois peuples autochtones reconnus par la Constitution Canadienne, les Premières Nations, les Inuit et les Métis, ont vécu une politique d'assimilation forcée basée sur trois piliers : la sédentarisation, l'évangélisation et les soins de santé. Leurs conséquences dévastatrices sont aujourd'hui reconnues tant sur le plan individuel que collectif et sociétal. Particulièrement depuis 2007 avec la mise en place de la Commission de Vérité et de Réconciliation (2007-2015) et les excuses officielles de Stephen Harper, alors Premier Ministre, en 2008, le Canada est entré dans une démarche de guérison, de réconciliation et de règlement avec les populations autochtones en reconnaissant le traumatisme intergénérationnel et ses conséquences actuelles sur la santé des populations. En décembre 2015, le Premier Ministre, Justin Trudeau, promet de poursuivre le dialogue de réconciliation. Lors de sa visite au Pape en mai 2017, il demande que l'Église Catholique présente des excuses officielles aux victimes des pensionnats autochtones canadiens. Devant les Nations Unies en septembre 2017, Justin Trudeau dénonce un non-respect de leurs droits persistant encore aujourd'hui et évoque un sentiment de « honte »<sup>1</sup>.

La prise en charge des soins de santé des autochtones canadiens est un enjeu de santé publique : non seulement les problématiques de santé sont complexes, mais l'accessibilité aux soins est réduite, notamment pour les populations des régions arctiques, les Inuit du Nunavik et du Nunavut. Uniquement accessible par voie aérienne, la population inuite est particulièrement isolée, vulnérable et à risque. En 1981, Jean Labbé dans son article sur la santé au Nouveau Québec inuit, fait état des problèmes de santé des Inuit du Nunavik en faisant un parallèle avec la situation des pays du tiers monde ( :70). Il est affolant de constater à quel point ces problématiques sont toujours d'actualité : les populations autochtones, particulièrement les Inuit, subissent encore des inégalités criantes en matière de santé, d'accessibilité aux soins et, plus généralement, de conditions de vie. Un rapport de l'UNICEF, datant de 2009, stipule que « les Inuit vivent

---

<sup>1</sup> <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1057110/justin-trudeau-discours-membres-assemblee-generale-onu> (Consultée le 29 septembre 2017).

dans des conditions parmi les pires au Canada qui ont des répercussions négatives sur la santé des enfants » [traduction libre] (: 4). Aujourd'hui encore, « le Québec conserve[ra] son tiers monde bien à lui » (Labbé, 1981 :78).

Labbé (1981) n'épargne pas le système de soins mis en place: il emprunte à Plaine (1977) la notion de « colonialisme d'assistance » au sein duquel les Inuit ne perçoivent plus leur responsabilité quant à leur santé et sont devenus des « consommateurs » de soins et de médicaments (:73). O'Neil (1986) appuie ce constat en précisant que ce système est oppressif et paternaliste et favorise une dépendance de la population. Axée sur une « approche médicale des problèmes de santé orientée essentiellement vers le curatif », Labbé (1981) dénonce un système qui « [éponge] au fur à mesure l'eau qui déborde d'un lavabo alors qu'il faudrait plutôt fermer le robinet » (:71). Il défend alors l'idée d'une « autochtonisation » des services de santé en vue d'une autonomie complète et d'une responsabilisation de la communauté à l'égard de ses soins de santé en proposant, entre autres, la formation de professionnels de la santé inuit.

Près de 35 ans après, le système de soins dans ces régions éloignées est toujours organisé autour de dispensaires dans les villages et les soins de santé sont prodigués par des infirmières majoritairement allochtones, québécoises et blanches. S'il est évident qu'on peut le déplorer, le système éducatif du Nunavik montre lui aussi ses limites. Premier contact, souvent le seul, entre le patient et le système de santé, les infirmières restent la pierre angulaire du système de santé au Nunavik. Elles y pratiquent un rôle particulier, le « rôle élargi », caractérisé par un spectre de pratique, de responsabilités et d'autonomie étendu, et, ce, avec des ressources et un plateau technique réduits. Spécifique au contexte de pratique nordique, le rôle élargi n'a pas d'équivalent dans le reste de la province.

Misener et al. (2008) précisent « *nursing practice in remote northern communities is highly complex, with unique challenges created by isolation, geography and cultural dynamics* » (: 54).

Malgré le rôle crucial qu'elles jouent auprès de ces populations, les chercheurs et les praticiens se sont peu intéressés à la réalité des infirmières en dispensaire de sorte qu'il

est difficile d'appréhender en finesse le rôle élargi et de comprendre leur réalité quotidienne (Misener et al. 2008). Tarlier, Johnson et Whyte (2003) soulignent : « *there is an identified lack of research in the area of outpost nursing generally, and more specifically, little information exists as to how outpost nurses meet the expectations of [their] role* » (:181).

Par ailleurs, plusieurs enjeux ressources humaines ont été identifiés par les chercheurs et les professionnels notamment le recrutement, la rétention et la formation prédépart et continue, ce qui a conduit au constat de Minore et al. (2005) :

*Shortages, turnover, and inadequate preparation among nurses recruited to northern First Nations affect continuity across the entire continuum of care. Health promotion and illness prevention activities are displaced by the pressure from acute treatment demands, while follow-up care is frequently impaired by communication breakdowns attributable to the staffing situation.* (: 98)

L'ampleur de l'enjeu national que constitue la prise en charge des soins de santé au Nunavik et le manque de recherches sur ce sujet justifient non seulement l'intérêt mais aussi les apports potentiels de cette recherche.

Nous avons donc tenté de comprendre et d'analyser en profondeur le rôle élargi joué par les infirmières dans les dispensaires du Nunavik afin d'en proposer une définition et une conceptualisation. Outre les résultats de recherche des études canadiennes sur le sujet, nous avons introduit le champ théorique des tensions de rôle (Katz et Kahn, 1966) permettant de montrer la plasticité du rôle élargi. Ensuite, nous avons étudié le rôle élargi dans une perspective de parcours d'apprentissage afin d'identifier les dynamiques entre les acteurs, les stratégies d'apprentissage et d'adaptation privilégiées par les infirmières. Pour cela, nous avons mobilisé à la fois la littérature sur l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) et l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). Cette analyse nous a permis de reconstituer un parcours d'apprentissage « type » avec ses points de rupture tel que défini par Zimmermann (2014). Finalement, à partir de nos analyses terrain et en suivant la méthode inductive, nous avons été en mesure de proposer un référentiel de huit compétences discriminantes de la performance des infirmières en rôle élargi dont le développement est temporellement marqué.

Sur le plan méthodologique, la nature exploratoire et inductive de cette recherche justifiait un devis qualitatif alliant entretiens semi-directifs et observation non participante dans deux villages du Nunavik. Grâce à la collaboration du Centre de santé Inuulitsivik, sur la baie d'Hudson, nous avons suivi le quotidien des infirmières à l'hôpital de Puvirnituk (unité de soins et dispensaire) et au dispensaire d'Ivujivik. Suite à notre première récolte de données et nos analyses de premier et deuxième niveau, nous avons eu recours à plus d'une dizaine d'entretiens confirmatoires. Cette démarche itérative nous a conduit à collecter 44 entretiens et à cumuler 12 jours d'observation non participante. Par ailleurs, pendant toute la durée de cette recherche, nous avons intégré le Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal en tant que professionnelle de recherche, et avons participé en 2014-2015, en collaboration avec Santé Canada, au projet de co-construction d'un référentiel de compétences pour les infirmières Premières Nations. En 2015-2016, nous avons poursuivi notre implication sur le projet de co-construction de l'outil d'auto-évaluation et de développement professionnel issu du référentiel.

Cette thèse sera organisée autour de six chapitres introduits chacun par une histoire issue de notre terrain ou des entrevues réalisées avec les infirmières. L'objectif étant d'immerger le lecteur dans l'expérience nordique.

Le premier chapitre présente le contexte de la recherche. Nous y abordons la profession infirmière à travers l'évolution de la discipline, ses différentes conceptions et les enjeux vécus actuellement par ces professionnelles de la santé. Ensuite, nous présenterons le Nunavik, son contexte historique, géographique, socio-économique et culturel avant d'aborder l'organisation des soins de santé spécifiquement et les enjeux de santé actuels de la population inuite. En effet, ces différentes dimensions nous amènent à qualifier le Nunavik de contexte de pratique « extrême » ce qui, évidemment, aura un impact sur le rôle infirmier joué dans les dispensaires.

Le deuxième chapitre présente les différentes approches théoriques mobilisées dans cette recherche : l'apprentissage expérientiel, la notion de parcours d'apprentissage et le concept de compétences qui permettront, ensuite, de présenter les recherches actuelles sur ces sujets et d'introduire nos trois questions de recherche. Le modèle stratégique de

Crozier et Friedberg (1977) fera le lien entre le cadre théorique et les trois questions de recherche. Il justifiera leur pertinence, mais aussi l'articulation de ces divers champs théoriques. Il permettra, d'autre part, d'analyser en profondeur les systèmes d'action concrets développés entre les infirmières et les équipes médicales sur place ainsi qu'entre les infirmières et les villages.

Le troisième chapitre sera consacré à la méthodologie privilégiée dans cette recherche qualitative de nature exploratoire et inductive. Nous y présenterons successivement le devis de recherche, le terrain de recherche et ses enjeux éthiques, les méthodes de collecte de données des sources principales et secondaires ainsi que les approches d'analyse de données.

Le quatrième chapitre présentera une analyse en profondeur du rôle élargi et de ses enjeux. Constamment renégocié, le rôle élargi est à un rôle complexe, plastique, à géométrie et à temporalité variables. Nous avons été en mesure de proposer une taxonomie des différents rôles inclus dans le rôle élargi, mais aussi des tensions qui en découlent ainsi que des stratégies d'adaptation préconisées par les infirmières. Cette taxonomie nous a aussi permis d'offrir une perspective historique de l'évolution du rôle élargi depuis l'arrivée des premières infirmières en dispensaire au début des années 1970. À la fin de notre démonstration, nous proposons notre définition ainsi qu'une conceptualisation du rôle élargi exercé par les infirmières au Nunavik.

Le cinquième chapitre présentera le rôle élargi sous l'angle de l'apprentissage, des parcours et des compétences. Essentiellement construit et appris pendant l'expérience nordique, le rôle élargi évolue au fur et à mesure du parcours des infirmières en dispensaire. Les acteurs impliqués dans l'apprentissage des infirmières de même que le choix de leurs stratégies d'apprentissage sont contingents aux principaux enjeux qu'elles vivent lors des différentes phases constitutives de leurs parcours nordiques. Deux variables structurent ce parcours : la présence, ou non, d'un médecin dans le dispensaire et le type d'incertitude rencontré par les infirmières. Cette analyse nous a permis non seulement de présenter un parcours d'apprentissage « type » avec ses points de rupture, mais aussi d'identifier de façon inductive huit compétences discriminantes de la performance et ancrées dans deux espaces-temps du parcours. Nous les présentons au

sein d'un référentiel de compétences dans lequel sont détaillés des comportements-type associés à chacune des compétences.

Finalement, le sixième chapitre mettra en lien les principaux résultats de cette recherche avec la littérature mobilisée et discutera des implications théoriques et pratiques de cette thèse. Les limites et les avenues de recherche concluront ce travail de recherche.

## Le retour de Jack\* à Ivujivik (Notes de terrain)

Cela fait maintenant trois jours que je suis arrivée à Ivujivik, village le plus septentrional du Québec, composé de 400 âmes réparties sur les pentes vallonnées plongeant dans la Baie d'Hudson.

Aujourd'hui a lieu une réunion importante en visioconférence avec Montréal : Jack revient au village. Jack est un jeune homme de 15 ans admis il y a trois mois en soins intensifs à Montréal après avoir reçu une balle dans la tête. On ne se sait pas réellement ce qui s'est passé, mais l'infirmière me précise que ses deux frères aînés se sont suicidés.

Divers acteurs se retrouvent pour discuter: l'ergothérapeute de Puvirnituq, la pédiatre, la psychologue, une infirmière et un thérapeute de Montréal ainsi que Jack et de ses deux parents et les infirmières, la travailleuse sociale et un professeur d'Ivujivik. La discussion a lieu en anglais et en Inuktituk afin que Jack et ses parents comprennent.

La pédiatre du Nord, le Dr. Berry qui vient depuis 30 ans dans les communautés nordiques, fait un rapide tour du dossier : quand Jack a été admis, pour quelles raisons, quelle prise en charge a été effectuée avant que l'on fasse un point sur ses progrès et ses difficultés actuelles à divers niveaux : cognitif, langagier, psychique, ergothérapie, physiothérapie.

Malgré son traumatisme, Jack a fait des progrès, c'est surtout son langage qui semble être touché, mais comme il est introverti et que les professionnels n'ont pas de point de comparaison, Dr. Berry précise que c'est plus difficile à évaluer. Selon ses parents, Jack est resté très semblable à ce qu'il fût, « peut-être un peu plus lent lorsque les choses sont plus complexes ».

Tout le monde est d'accord pour que Jack rentre dans la communauté et s'en suivent des discussions pour faciliter sa vie à Ivujivik : mise en place de rampes chez lui pour l'aider à se déplacer, prise en charge et suivis réguliers des infirmières et adaptation du programme scolaire pour lui apprendre à vivre au quotidien : repas, mécanique...

Les professionnels de la santé le précisent : ils ne savent pas réellement comment il vit dans le Nord et il est donc difficile de savoir précisément de quelle manière adapter son intégration dans la communauté.

Certaines routes du village sont pentues, le bus scolaire est cassé, et comme il est exclu que Jack prenne le risque de tomber, on réfléchit à une solution pour lui permettre d'aller à l'école. Son professeur propose d'aller le chercher et de le ramener matins et soirs. Le papa de Jack le remercie et demande à le rencontrer ainsi que l'infirmière avant qu'il ne retourne à l'école.

Le Dr. Berry souligne à quel point les parents ont été présents pendant la longue hospitalisation de leur fils : « *you did a great job, you were present !* ». Une infirmière ajoutera que Jack a bien de la chance de vivre au sein d'une famille aimante avec des parents qui le soutienne.

Le lendemain, nous allons au *housing*, un grand entrepôt dans lequel on trouve un peu de tout pour les maisons. L'infirmière trouvera les deux rampes dont elle a besoin et expliquera au technicien comment et où les placer dans la maison des parents de Jack afin qu'il puisse retrouver une maison sécuritaire et adaptée à ses besoins. On attend son retour d'ici quelques jours.

\* À des fins de confidentialité, le prénom a été modifié.



# CHAPITRE 1

## MISE EN CONTEXTE

### 1.1 La profession infirmière

Dans la mesure où cette recherche s'intéresse à une profession spécifique dans un contexte particulier, il convient de la présenter dans cette section. Dans un premier temps, nous présenterons l'évolution d'une profession vers une discipline avant d'offrir un portrait de ses enjeux actuels au Québec. Par ailleurs, nous ferons une distinction entre la profession d'infirmière et celle de médecin. Dans un contexte nordique où les frontières entre ces deux rôles peuvent apparaître floues, il nous semble essentiel d'en dresser les contours.

#### 1.1.1 L'évolution de la compréhension de la profession d'infirmière vers une discipline

##### 1.1.1.1 *Quelques conceptions d'une discipline relativement jeune*

Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) présentent dans leur ouvrage les grands auteurs qui ont marqué ce champ. Partant de leur travail, nous les exposerons ici sommairement dans un double objectif : offrir une définition de cette discipline et de la profession d'infirmière au sein du large spectre des « professionnels de la santé ».

Donaldson et Crowley (1978) proposent de définir la discipline à partir de son objet.

Les infirmières étudient l'intégralité de la santé des êtres humains en reconnaissant qu'ils sont en interaction continue avec leur environnement. [...] [La pratique infirmière] vise à créer le meilleur environnement de santé possible pour l'être humain [...] et s'intéresse à préserver le respect et l'autodétermination de la personne. (:6)

Elle « ne se restreint pas à limiter les éléments qui nuisent à la santé, mais elle sert également de force pour la promotion de la santé » (:6). Elle se veut « humanitaire » et ce mandat social est représenté par la notion de « *caring* » (Watson, 1985), de l'anglais « *to care* » (prendre soin de), qui centre d'avantage cette pratique sur « l'expérience de santé » moins restrictive que le seul concept de « perte de la santé », c'est-à-dire la

maladie à proprement parler. Leur définition se rapproche de la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et inscrite au préambule de la Constitution de 1946, et non modifiée depuis : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>2</sup> ».

Meleis et Trangenstein (1994) stipulent que les infirmières s'occupent d'aider les personnes qui vivent - ou anticipent - une transition c'est-à-dire un « changement dans [leur] santé, dans [leur] rôle, dans [leur] attentes d' [elles-mêmes] ou des autres, dans [leurs] capacités et [qui] fait appel à des processus [individuels] internes » (:7). Cette notion inclut donc les expériences de santé et de maladie, mais aussi les situations de vie et les changements de conditions sociales et culturelles. Au cours d'une transition, « la santé d'une personne est sujette à une plus grande vulnérabilité » (:7).

Dans la même idée, Barrett (2002), souligne que le concept de base de la discipline infirmière est l'approche à travers le caractère entier et holistique de la personne. Ainsi, « l'infirmière soutient et assiste les individus, les familles, les communautés et les sociétés afin qu'ils améliorent, préservent ou recouvrent la santé, ou que soient réduits les effets de la maladie. Le but de l'infirmière est la santé et la qualité de vie de la personne, que ce soit dans son environnement immédiat et élargi » (:8).

Donaldson (2002, 2003 a et b) soutient que les infirmières œuvrent traditionnellement avec la famille et les groupes et reconnaissent l'importance de la dynamique créée entre les interactions sociales des personnes et l'expérience de santé (:9).

Enfin, pour Collière (2001), les infirmières sont amenées à développer la science des soins. « Soigner » est fondamentalement un fait de la vie quotidienne qui signifie, entre autres, accompagner les grands passages de la vie et stimuler les capacités d'être des personnes (:10).

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/about/mission/fr/>

On comprend donc, comme le soulignent Pepin et al. (2010), que le domaine de la discipline infirmière se clarifie « grâce à la façon particulière qu'ont les infirmières d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin » (:5).

#### ***1.1.1.2 Vers une définition de la discipline***

Trois tendances se démarquent alors, soit : 1) la santé humaine ou les processus de santé et de vie (Donaldson, 2002) ; 2) le « *caring* » [le(s) soin(s)] la relation personne/famille/communauté (Watson, 1988) ; 3) les processus humain-univers-santé-ou le caractère entier de la personne (Parse, 1992), cités dans Pepin et al. (2010).

Les auteurs arrivent à leur définition propre qui sera celle qui guidera ce travail, à savoir, « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations, qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (:15).

#### ***1.1.1.3 La profession d'infirmière au Québec***

Selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, le champ d'exercice de la profession est ainsi défini :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs<sup>3</sup>.

Son but est présenté comme tel :

La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie<sup>2</sup>.

---

<sup>3</sup> <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees> (site consulté le 9 mai 2017)

Encadré par l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ), qui délivre un permis d'exercice, et par le Code de déontologie, le champ d'exercice de la profession infirmière est défini de façon large et le spectre d'interventions est étendu<sup>4</sup>. Il est axé sur l'évaluation de l'état de santé et sur la prestation des soins et des traitements. Les champs d'activités couverts sont l'aspect préventif, curatif, réadaptatif et palliatif. L'infirmière intervient également dans une perspective globale de la personne au regard de son évaluation de santé, sans limitation de clientèles, de domaines ou de lieux de pratique.

En 2014-2015, près de 53% des infirmières avait obtenu un DEC (Diplôme d'Études Collégiales) en soins infirmiers. Elles acquièrent alors le statut d'infirmières techniciennes (inf.)<sup>5</sup>.

En 2014-2015, près de 39% des infirmières avaient un diplôme universitaire (un baccalauréat en sciences infirmières) alors considérées comme des infirmières cliniciennes (B.Sc. inf.)<sup>6</sup>.

#### ***1.1.1.4 Les enjeux actuels de la pratique infirmière au Québec***

Depuis une quinzaine d'années, le système de santé québécois est soumis à de nombreuses réformes et refontes et les compressions budgétaires ont d'importants impacts sur les professionnels avec, au cœur de ce tumulte, les infirmières. L'une des conséquences les plus dramatiques est la pénurie d'infirmières couplée avec de nombreux départs alors même que les recrutements ont été augmentés de plus de 8% (OIIQ, 2014a). Sur un effectif total d'environ 70 000 infirmières en exercice

---

<sup>4</sup> Voir Annexe : les 17 activités réservées à l'infirmière (OIIQ, 2010)

<sup>5</sup> OIIQ, Rapport statistique sur l'effectif infirmier (2015-2016)

<sup>6</sup> Les infirmières peuvent acquérir une maîtrise en sciences infirmières (3 ans) ou un diplôme d'études supérieures spécialisées (durée variable selon les programmes) afin de devenir une infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui est autorisée à dispenser des soins infirmiers et médicaux et qui peut prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou des traitements selon son domaine d'activité. Moins de 0,5% de l'effectif infirmier possède actuellement un diplôme d'IPS. Aucune infirmière de notre échantillon n'avait ce titre au moment de leur pratique dans les dispensaires du Nunavik

actuellement, la proportion de l'effectif infirmier âgé de 55 ans ou plus est de 12 200 infirmières soit 17,5%<sup>4</sup>.

En 2008 déjà, les autorités anticipaient une pénurie de près de 23 000 infirmières dans les 15 ans à venir<sup>7</sup>. Selon l'OIIQ, en 2015, près de 84% de l'effectif travaille au sein d'un établissement du Réseau de la Santé et des Services Sociaux (RSSS), dont 65% dans les Centres hospitaliers (Martin, 2015). Premières victimes de la réorganisation des services de soins de santé, les infirmières subissent des contraintes vécues dans les unités de soins: surcharge de travail due à une augmentation du ratio patient/infirmière, accélération du temps de travail, complexification et technicisation des soins ou encore la difficile conciliation travail-famille<sup>8</sup>. Cette pénurie a de nombreuses conséquences néfastes comme l'épuisement professionnel, le désir de quitter son emploi, l'organisation voire la profession, ou encore avoir une santé mentale plus fragile. Selon l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier datant de 2005, le taux de dépression des infirmières québécoises dans la dernière année atteint 11%, alors qu'il est de 9% dans les autres provinces canadiennes<sup>9</sup>.

La philosophie de soins infirmiers centrée sur le patient dans une perspective holistique se trouve particulièrement mise à mal : sans remettre en cause l'utilité des protocoles pour garantir la sécurité et la qualité des soins, le temps relationnel passé avec les patients s'est considérablement réduit. Les soins deviennent de plus en plus fragmentés, discontinus et dépersonnalisés, le patient n'est alors plus au centre des soins infirmiers. Les conséquences peuvent être dramatiques notamment lorsqu'elles touchent la sécurité des patients, des erreurs dans l'administration de médicaments en sont un exemple. De nombreuses réflexions sont menées à ce sujet comme en témoigne l'organisation d'un symposium international sur les soins de santé sécuritaires en 2016 par la Fédération Interprofessionnelle de la Santé du Québec (FIQ) en collaboration avec le Secrétariat International des Infirmières et des Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF).

---

<sup>7</sup> Table nationale de concertation sur la situation de la pénurie de main d'œuvre en soins infirmiers, OIIQ, 2008

<sup>8</sup> Santé Canada- Recherche sur les politiques de Santé, 2007

<sup>9</sup> <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-621-m/11-621-m2006052-fra.htm#a7> consultée le 9 août 2017

### **1.1.2 Le « care » [le(s) soin(s)] versus le « cure » [la guérison] : quelques distinctions importantes entre la profession d’infirmière et celle de médecin<sup>10</sup>**

Tel que précisé en introduction de cette partie, il nous semble ici essentiel de présenter les grandes distinctions qui peuvent être établies entre ces deux professions, souvent cernées intuitivement, mais mal explicitées.

Selon le Collège des Médecins du Québec (CMQ) qui encadre la profession grâce à la délivrance d’un permis d’exercice et le Code de déontologie médicale :

Le médecin est un professionnel qui s’occupe du diagnostic, du traitement et de la prévention de problèmes de santé rencontrés par des individus ou des groupes de population. Son action se fonde à la fois sur les sciences biologiques et sur les sciences humaines (2015)<sup>11</sup>.

La Loi médicale spécifie l’exercice de la médecine et le champ d’exercice du médecin :

Constitue l’exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d’un être humain. L’exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l’établissement et le contrôle d’un diagnostic, le traitement de maladies ou d’affections. Le médecin peut, dans l’exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé (2015)<sup>10</sup>.

Le traitement complet inclut la réadaptation maximale du patient, la prévention des rechutes et des maladies et le maintien de la santé.

Il existe deux grandes classes d’exercice médical, la médecine familiale et la médecine dans l’une des autres spécialités, comprenant les spécialités médicales, chirurgicales ou de laboratoire. Le médecin de famille établit le plus souvent le premier contact avec le malade, assume généralement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins, oriente son exercice en vue du traitement des maladies, de leur prévention et du maintien de la santé en tenant compte des besoins du patient et de son milieu de vie. Au

---

<sup>10</sup> Pour plus de détails, voir Annexe A

<sup>11</sup> <http://www.cmq.org/page/fr/la-profession-medicale.aspx> (consultée le 9 mai 2017)

Nunavik, les médecins permanents sont des médecins de famille, les médecins spécialistes viennent seulement quelques semaines par année.

Outre la formation initiale, deux perspectives orientent la profession d'infirmière et de médecin : le « *care* » [le(s) soins] et le « *cure* » [la guérison]. La perspective infirmière aura au cœur de sa pratique la notion de soins et de confort du patient. Par ailleurs, son cadre spatio-temporel est la réalité présente, avec la notion de proximité et d'immédiateté du soin. La prise en charge du patient sera « ici et maintenant ». Le médecin sera dans une perspective plus court et moyen terme. Par ailleurs, il a un impact sociétal et économique important puisqu'il est autorisé à authentifier des situations économiques (arrêts de travail), mais aussi des situations de violence avec des incidences médico-légales (constat de blessures). Finalement, le médecin peut prescrire des médicaments et des examens ce qui n'est pas le cas de l'infirmière (l'infirmière praticienne spécialisée, IPS, est une exception).

## **1.2 Le Nunavik au sein du Canada et du Québec: un contexte particulier**

Alors qu'il pensait que le golfe du Saint-Laurent le mènerait en Asie, Jacques Cartier, « découvre » le Canada, de l'iroquois « *Kanata* », lors de son expédition de 1534. Situé dans la partie septentrionale de l'Amérique du Nord, le Canada, s'étend sur près de 10 millions de kilomètres carrés, plus de 17 fois la France, et compte 36 millions d'habitants. Sa géographie lui impose un régime fédéral, dont les États fédérés sont appelés Provinces, qui bénéficient d'une souveraineté dans plusieurs domaines dont la santé et l'éducation. Le Canada est composé de dix provinces et de trois territoires (Tableau 1.1).

**Tableau 1.1 Les provinces et territoires canadiens<sup>12</sup>**

Province	Nom	Superficie (km <sup>2</sup> )	Population	Pourcentage de la population totale	Densité de population
	Alberta	661 848	3 873 745	11,1	5,9
	Colombie-Britannique	944 735	4 622 537	13,3	4,9
	Île-du-Prince-Edouard	5 660	146 105	0,4	25,8
	Manitoba	647 797	1 267 003	3,6	2
	Nouveau-Brunswick	72 908	755 950	2,2	10,4
	Nouvelle Écosse	55 284	948 695	2,7	17,2
	Ontario	1 076 395	13 505 900	38,7	12,5
	Québec	1 542 056	8 054 756	23,1	5,2
	Saskatchewan	651 036	1 079 958	3,1	1,7
	Terre-Neuve-et Labrador	405 212	512 659	1,5	1,27

Territoire	Nom	Superficie (km <sup>2</sup> )	Population	Pourcentage de la population totale	Densité de population
	Nunavut	2 093 190	33 697	0,1	0,02
	Yukon	482 443	36 101	0,1	0,03
	Territoires du Nord-Ouest	1 346 106	43 349	0,1	0,07

Le Nunavik fait partie de la province du Québec. Sa situation géographique, la dureté de son climat, son histoire avec le pays et son contexte culturel lui confèrent une place atypique au sein de la Belle Province. Il convient ici de les présenter exhaustivement.

<sup>12</sup> <http://www.cic.gc.ca/francais/nouveaux/pt/index.asp>

### **1.2.1 Une région coupée du reste de la province et du monde**

La région administrative du Nord-du-Québec représente près de 60% du territoire de la province du Québec et couvre une superficie totale de 840 000 km<sup>2</sup>, dont 718 000 km<sup>2</sup> de terre ferme. Elle se divise en 3 territoires situés entre le 49<sup>e</sup> parallèle et au-delà du 55<sup>e</sup> nord : la municipalité de la Baie-James (la Jamésie), l'Eeyou Itchee (le territoire Cri) et l'administration régionale Kativik (le Nunavik). Cette dernière est située à près de 2 000 km de Montréal et à 500 km du cercle polaire arctique et s'étend sur 500 000 km<sup>2</sup> soit un tiers de la superficie du Québec (Figure 1.1 et Figure 1.2). Cela représente la superficie de l'Espagne, quasiment celle de la France et plus du double du Royaume-Uni.



Figure 1.1 — *La carte du Nunavik incluant le Québec* (Société Makivik, 2010)



Figure 1.2 — *La carte Nunavik* (Société Makivik, 2010)

On fait aussi référence au Nunavik comme le « Grand Nord québécois », territoire de la région arctique, composé de lacs sculptés par les glaciers, de toundra et de forêt boréale. Cette région, qui signifie « grande terre » en inuktitut, est peuplée d'environ 12 000 Inuit vivants dans 14 communautés réparties le long de deux côtes : la Baie d'Hudson (7 villages) et la Baie d'Ungava (7 villages), aussi considérées comme deux sous-régions administratives. Seuls 4 villages comptent plus de 1 000 habitants, dont Kuujuaq, la capitale régionale. Semblable au Yukon, la densité de population du Nunavik est de 0,02 habitant au kilomètre carré. Théoriquement, chaque Inuk dispose d'un peu plus de 40 km<sup>2</sup>. Par ailleurs, la distance moyenne entre les villages est de 105 km (Labbé, 1981).

Le Nunavik est rattaché à la province du Québec et, en ce sens, sous la tutelle du gouvernement québécois. La Convention de la Baie-James et du Nord Québécois (1975), que nous aborderons plus en détail dans la suite de ce travail, a mis en place une administration régionale au Nunavik, l'Administration Régionale Kativik (ARK) en

1978, qui est en fait une supra-municipalité chapeautant les 14 villages et permettant aux Inuit de gérer certaines de leurs problématiques de manière autonome.

Le Nunavik n'est relié au sud de la province par aucun axe routier et l'on y accède donc uniquement par voie aérienne. Il en est de même pour les 14 villages. Là aussi, le seul moyen de se déplacer entre les villages est de prendre un avion qui assure des vols quotidiens, si les conditions météorologiques le permettent. Il existe des vols réguliers quotidiens entre Montréal et tous les villages, avec un arrêt dans les plus importants (Puvirnituq ou Kuujjuaq, par exemple). La compagnie Air Inuit, créée par la Société Kativik en 1978, dessert l'ensemble du territoire. Trois à quatre fois par année, en période estivale, un bateau de transport de marchandises atteint les côtes.

### **1.2.2 Une région au climat hostile**

Les climats polaire ou subpolaire qui règnent au Nunavik sont caractérisés par des températures basses toute l'année et des hivers glaciaux (Tableau 1.2). Par exemple, la moyenne des températures en janvier à Ivujivik, village le plus septentrional du Nunavik, est de 35 degrés en dessous de zéro.

**Tableau 1.2 Température mensuelle moyenne à Kuujjuaq (Baie d’Ungava) et au Québec en 2013 (°C) (Le Nunavik en chiffres, 2015)**

Mois	Kuujjuaq	Québec
	°C	
Janvier	-21,8	-11,7
Février	-20,4	-9,3
Mars	-10,0	-1,7
Avril	-6,5	3,6
Mai	0,8	12,5
Juin	6,1	14,6
Juillet	11,6	20,0
Août	11,5	17,9
Septembre	6,3	13,0
Octobre	2,2	7,8
Novembre	-8,2	-0,9
Décembre	-22,3	-11,9

### 1.2.3 Une région peuplée par la communauté inuite

#### 1.2.3.1 *La communauté inuite au sein des communautés autochtones au Canada et au Québec*

Les Inuit sont isolés à la fois entre eux et du reste de la province ce qui leur confère une place particulière au sein des populations autochtones du Canada. Leur développement économique n’a pas eu la même trajectoire que les autres Nations permettant un certain maintien de l’organisation sociale et du mode de vie traditionnels.

Au Québec, onze Nations autochtones cohabitent avec la Nation québécoise : les 14 villages inuits et 41 communautés amérindiennes où vivent des Abénaquis, des Algonquins, des Attikameks, des Cris, des Hurons-Wendats, des Innus, des Malécites, des Micmacs, des Mohawks et des Naskapis.

En 1939, les Inuit acquièrent le statut d'autochtones au même titre que les autres « Indiens » selon les termes de la *Loi sur les Indiens*. Au Canada, l'enquête nationale auprès des ménages de 2011 recense environ 1 400 000 personnes ayant une identité autochtone, soit 4,3% de la population totale<sup>13</sup>. En 2011, selon la même enquête, 60 000 Inuit vivaient sur le territoire, soit 4,2% de la population autochtone et 0,2 % de l'ensemble de la population. Les trois quarts d'entre eux vivent dans l'Inuit Nunangat qui comprend quatre régions : le Nunatsiavut, le Nunavik, le Nunavut et la région inuvialuite<sup>14</sup>. Point important, cette population est remarquablement jeune ; au Nunavik, la moitié de la population a moins de 25 ans et 75% moins de 35 ans.

Au 18<sup>e</sup> siècle, avec l'établissement d'un comptoir de traite, lieu d'échange commercial entre les autochtones et les colons, à Kuujjuarapik, les contacts entre Européens et Inuit s'intensifient sans que cela ne change véritablement leur mode de vie. Cependant, la dépendance des Inuit envers les postes de traites et les activités de piégeage commercial à la fin du 19<sup>e</sup> siècle se met en place subrepticement.

À cette époque, bien adaptés aux conditions rudes de leur milieu, les Inuit avaient gardé un mode de vie nomade basé sur des activités de chasse et de pêche en fonction de la disponibilité des ressources naturelles. Ils utilisent l'arc, le kayak et le traîneau à chiens pour chasser ours polaires, mammifères marins et caribous. Ce mode de subsistance traditionnel a été maintenu tardivement et ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que la société inuite connaît un profond bouleversement en raison de l'implantation de programmes gouvernementaux fédéraux notamment en matière d'éducation, de santé et d'habitation. Les Inuit se voient obligés de se sédentariser ce qui modifie profondément l'organisation sociale et sociétale.

Jusqu'en 1960, le gouvernement fédéral canadien assurait la tutelle de cette région avant que le Québec n'en revendique l'administration. Elle lui a été accordée officiellement en 1981. Pendant 20 ans, le Nunavik a connu une situation unique au Canada, comme territoire autonome au sein de la province du Québec sous la responsabilité croisée de

---

<sup>13</sup> <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm>

<sup>14</sup> Les 25% restant vivent dans les régions rurales ou urbaines du reste du pays.

deux échelons du gouvernement (fédéral et provincial). Jusqu'à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ), cette double administration a été maintenue. Dépossédés de leurs moyens d'agir sur le monde, les Inuit ont subi les politiques de l'administration canadienne ce qui a constitué un tournant historique majeur avec des implications sociales significatives.

### ***1.2.3.2 Les 14 villages composant le Nunavik***

La communauté inuite du Nunavik est répartie sur 14 villages le long de deux Baies : sept villages sont situés le long de la Baie d'Hudson et sept autres le long de la Baie d'Ungava (Tableau 1.3).

**Tableau 1.3 Les 14 villages du Nunavik (Perspective Nunavik, 2015)**

<b>Baie d'Hudson</b>			
	Nom du village	Traduction	Nombre d'habitants (2011)
	Kuujuaapik	La grande petite rivière	657
	Umiujaq	Qui ressemble à un bateau	444
	Inukjuak	Le géant	1 597
	Puvirnituq	Là où il y a une odeur de viande putréfiée	1 692
	Akulivik	Fourchon central d'un kavikak/ foène	615
	Ivujivik	Là où les glaces s'accumulent en raison du vent	370
	Salluit	Les gens minces	1 347
<b>Baie d'Ungava</b>			
	Nom du village	Traduction	Nombre d'habitants (2011)
	Kangiqsujuaq	La grande Baie	696
	Quaqtaq	Ver intestinal	376
	Kangirsuk	La baie	549
	Aupaluk	Là où la terre est rouge	195
	Tasiujaq	Qui ressemble à un lac	248
	Kuujuaq	La grande rivière	2 375
	Kangiqsualujuaq	La très grande baie	874
<b>Total</b>			<b>12 090</b>

### ***1.2.3.3 La langue des Inuit : l'inuktitut***

La langue des Inuit, l'inuktitut, est riche et souple, capable de s'adapter aux réalités contemporaines. Cependant, bien qu'à un degré moindre d'autres langues autochtones, l'inuktitut subit une érosion certaine (Bouchard, 2007). Plusieurs organismes inuits mettent ainsi en œuvre des mesures pour contrer ce phénomène, notamment le centre culturel Avataq<sup>15</sup>, dont l'objectif d'un des départements est de conserver, protéger et

<sup>15</sup> <http://www.avataq.qc.ca/>

mettre en valeur l'inuktitut. Société de tradition orale, la langue est le vecteur de transmission des connaissances entre les générations. Bouchard (2007) précise même qu'il est un marqueur identitaire profond et, qu'avec la disparition des aînés qui ont vécu le mode de vie nomade, des pertes considérables sont anticipées. En effet, si la langue n'est plus suffisamment maîtrisée, la transmission des savoirs s'en trouvera affaiblie.

La langue seconde parlée est majoritairement l'anglais. Cependant, le français connaît une nette progression comme langue utilisée dans les institutions publiques et comme langue seconde enseignée à l'école. En fait, l'enseignement se fait entièrement en inuktitut jusqu'en troisième année, moment où les jeunes Inuit étudient en français ou en anglais, à leur gré. Jusqu'à la fin des années 1970, ils choisissaient en grande majorité l'anglais, mais aujourd'hui, environ 50 % d'entre eux optent pour le français (Tableau 1.4).

On recense donc trois langues au Nunavik : l'inuktitut, l'anglais et le français. La plus jeune génération parle de mieux en mieux français alors que les échanges entre Blancs et Inuit se faisaient majoritairement en anglais au sein des générations précédentes.

**Tableau 1.4 La langue parlée le plus souvent à la maison au Nunavik et au Québec en 2011 (%) (Adapté de Le Nunavik en chiffres, 2015).**

Langues	Nunavik	Québec
Anglais	7,8 %	10,1 %
Français	5,7 %	82,5 %
Inuktitut	85,6 %	0,1 %

#### **1.2.4 L'histoire de la société inuite**

Outre les premiers échanges avec les Blancs dans les postes de traites, lieu de troc entre des fourrures et des objets importés (couteaux, fusils), deux évènements marquants permettent une bonne lecture des transformations vécues par le peuple inuit depuis les années 1950 : le massacre des chiens dans les années 1950-1970 et les pensionnats mis en place après 1950, tardivement par rapport au reste du Canada et du reste de la province. Leurs conséquences dévastatrices sont d'ailleurs maintenant reconnues tant au

niveau individuel que collectif et sociétal. De plus, leurs impacts sur la santé et le bien-être des peuples sont bien documentés. Ainsi, les familles et les individus devinrent de plus en plus dysfonctionnels avec pour répercussions principales : le chômage, la pauvreté, la violence familiale, la toxicomanie, l'alcoolisme, l'éclatement des familles, la violence sexuelle, la prostitution, le sans-abrisme, les taux élevés d'incarcération et de suicide (Rapport de la Commission de vérité et de réconciliation, 2012 : 78).

#### ***1.2.4.1 Le massacre des chiens de traîneaux (1950-60)***

Jusqu'au milieu des années 1950, Ottawa insistait pour que les Inuit conservent leur mode de vie traditionnel nomade axé sur la chasse, la pêche et les activités de piégeage. Mais après la Seconde Guerre mondiale, les Inuit font face à une crise économique majeure : la valeur de la fourrure du renard arctique baisse de 90% et le caribou disparaît de leur territoire. Le gouvernement fédéral décide d'investir dans l'administration du Nunavik: son budget passe de 12 millions de dollars canadiens en 1956-1957 à 40 millions en 1959-1960.

Cette initiative s'inscrit dans un projet colonial plus vaste qui s'appuie sur 3 leviers : l'éducation, les soins de santé et le développement de l'économie dont le vecteur principal est la sédentarisation.

Ottawa encourage les Inuit à s'établir dans des communautés, notamment en y construisant des habitations fixes. Cependant, les Inuit ne renoncent pas à se déplacer et à chasser ce qui a pour conséquence une concentration importante de chiens dans les communautés. Ces chiens sont rarement attachés puisque, dans la tradition inuite, cela favoriserait leur socialisation. Levesque (2008) précise que les chiens comme les humains apprennent à vivre ensemble en s'habituant à la présence des uns et des autres. À l'inverse, les chiens attachés seraient plus prompts à être agressifs pour défendre leur territoire ( :120).

Cette errance de la population canine pouvait s'avérer dangereuse pour la population : entre 1957 et 1964, quatre enfants sont morts et plusieurs adultes ont été blessés à la suite de morsures au Nunavik (Levesque, 2008 : 346) et plusieurs épidémies de maladies

canines telles que la rage ou l'hépatite canine infectieuse ont été recensées. Selon Choquette et Moynihan (1964) cités dans Lévesque (2010 : 152), sans que celles-ci soient inédites, ce sont les plus importantes épidémies de l'histoire du Canada. Pour le gouvernement, la seule solution a été de demander aux propriétaires de garder leurs chiens attachés faute de quoi la Garde Royale du Canada (GRC) serait autorisée à les tuer. En 1965, le gouvernement du Québec modifie la loi existante pour permettre l'abattage de chiens errants. Les chiens ne furent donc pas nécessairement victimes d'un complot, mais plutôt l'objet de mesures visant à contrôler les risques sanitaires pour la population locale. Il est difficile de trouver des chiffres précis sur le nombre de chiens tués au Nunavik. Le Rapport remis par le juge Jean-Jacques Croteau au gouvernement du Canada et du Québec en 2010 fait état de plus d'un millier de chiens tués entre les années 50 et 60<sup>16</sup>. Il a par ailleurs dénoncé cet abattage et conclu que les Inuit devaient recevoir réparation et excuses de la part des instances gouvernementales.

En effet, les conséquences symboliques et économiques pour les Inuit ont été substantielles et largement sous-évaluées. Le penseur du Nunavik, Taamusi Qumaq (2010), témoigne « lorsque les chiens étaient forts, j'avais le sentiment de pouvoir aller n'importe où » (:115). En effet, outre l'incompréhension de cette loi par la population, cette élimination massive a été vécue comme une attaque contre les Inuit (Lévesque, 2010), certains affirmant même qu'après avoir tué leurs chiens, les policiers les tueraient, eux. Dans la culture inuite, les chiens sont les seuls animaux à posséder un « atiq » ou « âme-nom ». L'atiq est une entité autonome et immortelle qui véhicule un ensemble de qualités, de capacités et de désirs (Saladin d'Anglure, 1977; cité dans Lévesque, 2010) et qui confère à celui qui le porte un statut social. Les chiens font donc partie intégrante de la société. En tuant les chiens, les policiers ont tué une partie des membres de la société toute entière.

Plus encore, le propriétaire et le chien forment une entité symbolique. Tous les animaux possèdent un « inua », un propriétaire ou un maître (Laugrand et Oosten, 2002 cités dans Lévesque, 2010) et l'un ne peut exister sans l'autre. Lorsque les chiens ont été tués,

---

<sup>16</sup> [http://www.nunatsiaqonline.ca/stories/article/08997\\_quebec\\_will\\_recognize\\_impact\\_of\\_the\\_slaughter\\_of\\_sled\\_dogs\\_in\\_nunavik/](http://www.nunatsiaqonline.ca/stories/article/08997_quebec_will_recognize_impact_of_the_slaughter_of_sled_dogs_in_nunavik/) consulté le 8 août 2017

toute la symbolique de cette entité a été brisée. On pourrait même comprendre que lorsqu'un chien est tué, une partie de son maître l'est aussi.

Finalement, en les privant de leur moyen de transport – les Inuit ne possédaient pas de motoneiges avant 1963 - c'est leur mode de vie qui s'est trouvé ébranlé. Les Inuit ne pouvaient plus aller à la chasse ou à la pêche et étaient prisonniers des communautés dans lesquelles ils ont été forcés de s'établir. Cela a participé à créer une crise identitaire majeure et est la cause d'une multitude de problèmes contemporains comme le suicide, la violence ou encore la délinquance.

#### ***1.2.4.2 Les pensionnats autochtones (1890-1998)***

Les pensionnats autochtones sont des écoles religieuses (Églises catholique romaine, anglicane, méthodiste ou encore presbytérienne) subventionnées par le gouvernement canadien, dont l'objectif était l'assimilation, par l'évangélisation et la scolarisation, des peuples autochtones à la culture eurocanadienne sous le prétexte de leur offrir, à terme, l'autosuffisance économique. Suivant la *Loi sur les Indiens*, les enfants autochtones devaient fréquenter ces pensionnats au moins dix mois par an. Selon Hector Langevin, ministre des Travaux publics du Canada en 1883, « pour pouvoir éduquer les enfants correctement, nous devons les séparer de leurs familles. Certains peuvent penser qu'il s'agit d'une mesure radicale, mais nous n'avons pas d'autre choix si nous voulons les civiliser » (Rapport de la Commission de vérité et de réconciliation, 2012 : 5). De fait, à peine arrivés au pensionnat par camion le premier jour de l'année scolaire, les enfants étaient dépossédés de leur culture : vêtements traditionnels jetés, nattes coupées voire cheveux rasés, prénoms modifiés et langue maternelle interdite. Outre la brutalité de la séparation de leurs familles et de leurs communautés, les enfants rapportent de nombreuses violences, abus sexuels, mauvaise hygiène et malnutrition. Le rapport de la Commission de vérité et de réconciliation (2015) fait état de plus de 4 100 morts dans les pensionnats.

En outre, ce rapport précise que « les pensionnats du Nord du Canada méritent à eux seuls une attention particulière » (:1), notamment car leur histoire est plus récente. En 1950, il n'y avait que cinq pensionnats et un foyer dans le Nord. Cela s'explique en

majeure partie par le manque d'intérêt du gouvernement envers ses terres nordiques. Dans la deuxième partie du 20<sup>e</sup> siècle cependant, afin d'asseoir son autorité sur ce territoire et alors qu'il s'engage à fermer ses pensionnats au Sud, le gouvernement choisit d'établir un modèle de pensionnats dans le Nord ( : 79). L'objectif de la politique du gouvernement est relativement simple : « elle a pour but de donner aux Esquimaux les mêmes droits, privilèges, occasions et responsabilités que tous les autres Canadiens; bref, elle doit leur permettre de participer pleinement à la vie nationale du Canada » (Lesage cité dans le Rapport de la commission de vérité et de réconciliation, 2015 :87). L'objectif était d'inculquer des valeurs non autochtones aux enfants et d'éliminer toutes les expressions de culture ou d'individualité (Law Commission of Canada, 2000).

L'expérience vécue par les élèves des pensionnats du Nord est similaire à celle des élèves autochtones du reste du pays : séparation brutale, souvent à des milliers de kilomètres, de leurs familles, de leurs communautés, de leur culture et de leur identité, sans consultation et par des individus qui ne parlent pas leur langue. Une fois dans les pensionnats, les conditions de vie sont difficiles, en témoignent les abus physiques, psychologiques et sexuels ainsi qu'une salubrité relative.

Cette assimilation forcée est considérée comme une des causes profondes qui expliquent le haut niveau de détresse sociale au sein de ces collectivités (Kirmayer, Tait et Simpson, 2009). Les études montrent que ce traumatisme des pensionnats ne s'est pas limité aux enfants eux-mêmes, mais ont perturbé la cohésion des communautés entières et, ce, sur plusieurs générations (Bombay et al. 2009). Outre les violences physiques, psychologiques et sexuelles que les Inuit ont vécues, les mauvaises conditions de vie ont conduit au développement de maladies potentiellement mortelles comme la tuberculose. Par ailleurs, le traumatisme spirituel a été énorme puisque les enseignements visaient à supprimer leur identité culturelle, les traditions spirituelles, mais aussi leur langue maternelle, l'inuktitut.

### ***1.2.4.3 La Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (2007) et la Commission de Vérité et de Réconciliation (2007-2015)***

Entre les années 1880 et 1996, date de fermeture du dernier pensionnat, on estime que près de 150 000 jeunes autochtones furent scolarisés dans les 139 pensionnats indiens. À partir des années 1980, plusieurs démarches ont été entamées par divers protagonistes (anciens élèves, Églises) pour faire reconnaître les blessures infligées par le réseau. En 1998, le gouvernement fédéral fit une déclaration de réconciliation dans laquelle on reconnaissait les sévices endurés par les anciens élèves et la Fondation Autochtone de Guérison fut créée.

En 2006, la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens fut approuvée, par consensus, par les avocats des anciens élèves, les avocats des Églises, l'Assemblée des Premières Nations et le gouvernement du Canada pour parvenir à une résolution juste et durable des séquelles laissées par les pensionnats. Elle a été mise en œuvre le 19 septembre 2007 dans une démarche de guérison, de réconciliation et de règlement. Le 11 juin 2008, au nom du gouvernement du Canada et de tous les Canadiens, le Premier ministre Stephen Harper s'est adressé à la Chambre des Communes pour reconnaître les torts et les dommages intergénérationnels que cette politique a causé aux anciens élèves, à leurs familles et à leurs collectivités. Il a présenté des excuses aux Autochtones au nom du Canada et leur a demandé pardon. Dans son discours, il reconnaît le principe posé par la culture dominante (les cultures et croyances spirituelles des autochtones étaient considérées comme inférieures), mais aussi les dommages durables que cette politique a causé à la culture, au patrimoine et à la langue autochtone.

[Le Canada a] réduit la capacité de nombreux anciens élèves à élever adéquatement leurs propres enfants et [qu'il a] scellé le sort des générations futures. [...] Non seulement [les Autochtones ont] subi ces mauvais traitements pendant [leur] enfance, mais, en tant que parents [ils ont été] impuissants à éviter le même sort à [leurs] enfants<sup>17</sup>.

Stephen Harper reconnaît ainsi le traumatisme intergénérationnel causé par les pensionnats et, par voie de conséquence, les méfaits sur la santé actuelle des populations.

---

<sup>17</sup> <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100015644/1100100015649> consultée le 13 février 2017

Ce règlement historique comprend cinq éléments distincts : indemnisation à tous les anciens élèves admissibles, évaluation des sévices physiques graves ou sévices sexuels, mesures de soutien à la guérison, activité de commémoration et mise sur pied de la Commission de Vérité et de réconciliation. Entre 2007 et 2015, 72 millions de dollars canadiens ont été versés par le gouvernement pour appuyer les travaux de la Commission qui, en décembre 2015, a publié un rapport en 6 volumes à partir de 6 500 témoignages, de survivants et des membres de leurs familles, à travers le pays.

Le 16 décembre 2015, le Premier Ministre Justin Trudeau a promis de poursuivre le dialogue sur la réconciliation lors de rencontres annuelles avec les organisations autochtones nationales. Il s'agit donc d'une procédure toujours en cours.

#### ***1.2.4.4 La crise identitaire actuelle***

En plus du traumatisme intergénérationnel causé par les pensionnats et la sédentarisation forcée, la population inuite vit actuellement une crise identitaire profonde. Bouchard (2007) tente de comprendre comment se définit l'identité inuite contemporaine. Cité dans sa recherche, Nalukturak (2005) explique :

Le périple a été rapide pour les Inuit : ceux qui tiraient complètement leur subsistance des ressources terrestres et marines sont maintenant occupés à naviguer et à faire leurs achats sur Internet à haute vitesse. Il est parfois difficile de comprendre à quel point nous avons changé en quelques décennies. ( :62)

Effectivement, l'ampleur des changements sociaux n'a d'égale que la vitesse fulgurante à laquelle ils se sont déroulés.

Plusieurs Inuit précisent qu'il est difficile d'être un véritable Inuk aujourd'hui, la rupture a été si brutale qu'ils ont le sentiment d'être entre deux mondes, celui des connaissances ancestrales et celui des connaissances modernes. La distance intergénérationnelle s'est aussi creusée rapidement, la transmission des connaissances se fait donc difficilement : peu de jeunes Inuit savent chasser ou coudre et ils parlent parfois une version simplifiée de l'inuktitut, marqueur identitaire profond.

En effet, pour se considérer comme un véritable Inuk, la maîtrise de la langue est une condition sine qua non. Cela s'explique surtout par la tradition orale de cette communauté : sans la langue, il est difficile de comprendre la culture et de s'accomplir pleinement. Bouchard (2007) précise d'ailleurs qu'un trait distinctif des Inuit du Nunavik, en comparaison avec ceux du Labrador, est leur capacité à parler et interagir quotidiennement dans leur langue.

Si au niveau individuel, les Inuit vivent une crise identitaire et voient leur liberté restreinte par les obstacles représentés par l'État, le travail salarié ou les locuteurs en langue étrangère, les *leaders* insistent sur le fait qu'au niveau régional et collectif, ils ont su s'adapter. On peut ainsi penser à la création de nombreux organismes comme l'administration régionale Kativik ou le centre culturel Avataq. Cette capacité de résilience et d'adaptation serait un des traits caractéristiques de l'identité inuite contemporaine.

## **1.2.5 La situation économique du Nunavik**

### ***1.2.5.1 La Convention de la Baie-James et du Nord Québécois- CBJNQ (1975)***

Le 11 novembre 1975, la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord Québécois (CBJNQ) constitue un tournant historique dans les relations entre le Canada et les populations du Nord-du-Québec et a permis d'asseoir la souveraineté du gouvernement dans tout l'arctique.

Peu auparavant, en 1971, la croissance des besoins en énergie liés à l'industrialisation de la province et à l'augmentation de la population a poussé la nouvelle société d'État Hydro-Québec à se tourner vers les rivières du Nord québécois. Le Premier Ministre Robert Bourassa annonce le développement d'un projet d'exploitation des ressources hydroélectriques, forestières et minières de la Baie-James, le « Projet du siècle ». Symbole de la réussite de la technologie québécoise, celui-ci devait aussi générer près de 100 000 emplois. Alors qu'ils n'ont pas été consultés et qu'ils ressentent une attitude paternaliste du gouvernement, les Cris et les Inuit s'y opposent fermement. En 1972, l'Association des Inuits du Nouveau-Québec et l'Association des Indiens du Québec ont

alors demandé une injonction à la Cour Supérieure du Québec pour stopper le projet. Elle leur fut accordée avant qu'elle ne soit cassée par la Cour Suprême du Québec qui, néanmoins, réaffirme l'obligation de négociation avec les populations autochtones.

Les démarches et les négociations autour des droits d'utilisation des terres et des ressources ont donné lieu à l'élaboration et à la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord Québécois (CBJNQ). La CBJNQ a été signée par le gouvernement du Québec, la Société d'énergie de la Baie-James, la Société de développement de la Baie-James, Hydro-Québec, le Grand Conseil des Cris du Québec, l'Association des Inuits du Nouveau-Québec et le gouvernement du Canada.

Dans le cadre de la CBJNQ, en compensation de la perte d'immenses territoires ancestraux de chasse, de pêche et de nomadisme, le Canada et le Québec ont versé 225 millions de dollars canadiens aux Cris de la Baie James et aux Inuit du Nord-Québécois, soit à l'Administration régionale Crie et à la Société Makivik, respectivement.

La CBJNQ a permis de définir les droits des Autochtones et d'établir des régimes définissant d'une part, les relations futures entre les peuples autochtones et les allochtones dans la région, ainsi qu'entre les administrations locales et régionales, et d'autre part, le rôle des gouvernements provincial et fédéral. La CBJNQ a prévu des droits d'exploitation (chasse, pêche, piégeages) et a établi des catégories de terres et des régimes de gestion des ressources. Elle a également permis de créer des commissions scolaires, de restructurer les services de santé et de mettre sur pied des administrations régionales.

La signature de cette Convention marque donc le début de l'administration de la société inuite, mais aussi d'une gestion plus autonome puisque plusieurs organismes se sont formés depuis comme l'Administration régionale Kativik ou la régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Cependant, la Convention n'a pas fait l'unanimité dans la communauté inuite et sa signature a participé à créer une fracture au sein de la société, comme le rappelle Taamusi Oumaq :

Ce jour-là, le peuple du Nord québécois fut divisé, les partisans de la Convention d'un côté, ses opposants de l'autre. Ils se sont séparés en raison de forces extérieures et à cause d'enjeux sur lesquels ils n'avaient aucun pouvoir. Les conflits éclatèrent même au sein des familles, père contre fils, mère contre fille, frères contre frères. Même les enfants singeaient leurs parents et se chamaillaient entre eux. (Qumaq, 2010 : 118)

Par ailleurs, la signature de cette convention a donné de naissance à de nouvelles identités collectives voire nationales chez les Cris et les Inuit du Québec. Le projet d'un barrage hydroélectrique sur la Grande rivière de la Baleine, en 1989, a contribué à renforcer cette envie de garder le contrôle de leurs destins collectifs, menant notamment à des velléités d'autonomie gouvernementale et de cogestion du territoire. Cette dernière revendication a été actée par la signature de la « Paix des Braves », en 2002, qui assure une gestion commune du territoire entre les Cris du Québec et le gouvernement du Québec.

#### ***1.2.5.2 Le développement socio-économique du Nunavik depuis la signature de la CBJNQ***

Les Inuit administrent la majeure partie des services publics dispensés à la population. La signature de la Convention de la Baie-James et du Nord Québécois (CBJNQ) a en effet mené à la création de plusieurs institutions dirigées par des Inuit, dont l'Administration régionale Kativik et la Société Makivik. Ces dernières, travaillant de façon autonome ou en collaboration avec divers ministères du gouvernement du Québec, veillent à l'administration et au développement de la région dans tous les secteurs d'activité publique.

La Société Makivik est la porte-parole des Inuit en ce qui concerne la protection de leurs droits et de leurs intérêts liés à la CBJNQ. Elle gère les indemnités et a pour mandat de promouvoir le développement social et économique du territoire. Elle constitue un levier économique important au Nunavik dans plusieurs secteurs d'activité, tels que le transport aérien et maritime, l'alimentation et les pêcheries. Le mouvement coopératif joue un rôle majeur dans l'évolution économique du Nunavik, mouvement dont est issue la Fédération des coopératives du Nouveau-Québec. Celle-ci constitue, avec la société Makivik, le principal moteur économique de la région. La Fédération agit

principalement dans les secteurs du commerce de détail, de l'approvisionnement pétrolier et des télécommunications.

En 2002, le gouvernement du Québec et les Inuit ont conclu une entente de partenariat économique afin d'accélérer le développement du Nunavik. Cette entente, appelée Sanarrutik, contient des dispositions concernant les ressources hydroélectriques, l'exploration minière et le développement de parcs. En 2004, l'entente Sivunirmut est venue bonifier cet accord en regroupant le financement des programmes gouvernementaux en une seule enveloppe globale. La gestion des fonds s'en est trouvée simplifiée et l'Administration régionale Kativik a acquis ainsi une plus grande autonomie, de façon à établir ses champs prioritaires d'intervention auprès des villages nordiques.

Les Inuit font valoir, depuis plus de trente ans, leur aspiration à une institution gouvernementale qui leur soit propre. En 2007, le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada et la Société Makivik ont signé une entente de principe portant sur la création du gouvernement régional du Nunavik devant relever, pour l'essentiel, de la compétence du Québec. Devaient ainsi être fusionnés trois organismes publics: l'Administration régionale Kativik, la Commission scolaire Kativik et la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS) du Nunavik.

Les parties ont ensuite entrepris la négociation d'une entente finale et ont scellé, en mars 2011, un projet définitif. Il fut cependant rejeté par la population du Nunavik lors d'un référendum tenu le 27 avril 2011. Toutefois, les résultats de ce référendum ne devraient pas mettre fin aux discussions avec le gouvernement du Québec, compte tenu de l'importance que les Inuit accordent à l'autonomie gouvernementale.

Conformément aux dispositions de la CBJNQ, les activités exercées par les Inuit relèvent essentiellement de la compétence québécoise, ce qui a contribué à l'établissement de liens solides avec le gouvernement du Québec, mais aussi avec les institutions publiques et entreprises du Sud du Québec. Il y a donc trois grands organismes publics en place au Nunavik :

- L'Administration régionale Kativik, dont le conseil est formé de représentants des municipalités nordiques, exerce sa compétence dans le domaine de l'administration supramunicipale, le développement économique, les transports, les services policiers, les télécommunications et la protection de la faune.
- La Commission scolaire Kativik a la responsabilité de l'enseignement primaire et secondaire, la formation continue et de la formation professionnelle. Elles peuvent aussi conclure des ententes relatives à l'enseignement collégial et universitaire.
- La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik qui gère et organise les soins de santé offerts aux communautés et est responsable des deux centres hospitaliers du territoire (Baie d'Hudson et de l'Ungava).

### **1.3 Les soins de santé au Nunavik**

#### **1.3.1 L'histoire des soins de santé**

Les premiers explorateurs européens ont qualifié de rude le mode de vie des Inuit et ont fait état de la mauvaise santé périodique des Inuit qui souffraient de problèmes respiratoires à cause de la méthode traditionnelle de chauffage dans les igloos, de la pénurie d'aliments et de la famine. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, ce sont souvent les sociétés missionnaires - les Églises moraves ou les Catholiques romains - qui assuraient les soins de santé aux populations autochtones. Dans son ouvrage, Goulet (2016) raconte, par exemple qu'à Fort-George, (maintenant Chisasibi, une communauté Crie de la Baie-James), les Pères Oblats ont construit un hôpital avant le pensionnat, convaincus que la meilleure façon de convertir les Crie à la religion catholique était de répondre au besoin le plus urgent : la santé des membres de la communauté (:60).

Établir un portrait historique de la structuration des soins de santé au Nunavik à partir des années 1950 n'est pas un exercice facile. Le manque de documents officiels ainsi que la double présence - fédérale et provinciale - dans les communautés complexifie l'exercice. Par ailleurs, selon le Rapport de la commission de vérité et de réconciliation (2015), la mise en place de soins de santé sur le modèle du Sud serait un autre mécanisme pour amener le Nord et les Inuit dans la modernité canadienne (:87). Philippe Tremblay, représentant de la Direction Générale du Nouveau Québec (DGNQ),

en poste à Ivujivik au début des années 1970, a permis d'appréhender les grandes étapes de ce processus (E34).

Jusqu'au milieu des années 1960, c'est le gouvernement fédéral (Santé Canada) qui avait la responsabilité d'offrir des soins de santé aux différentes communautés inuites. Il nous a été expliqué qu'à Ivujivik, avant l'établissement d'une infirmière permanente par le gouvernement provincial, c'était le représentant des Affaires Indiennes (*Lay Dispenser*) - un professeur - qui était chargé d'offrir les premiers soins. Ceux-ci étaient très réduits, limités à quelques médicaments (antituberculeux, pilules contraceptives et aspirines) et les dossiers des patients étaient sommaires. À l'époque, une fois par année, à la fonte des glaces, un bateau-hôpital s'arrêtait dans la communauté avec pour objectif de gérer les épidémies de tuberculose. Celui-ci représentait une menace pour les communautés puisque les malades étaient immédiatement séparés des leurs et pour la moitié d'entre-deux ne revenaient pas dans le Nord, comme nous l'explique Michèle Nadeau, première infirmière à Ivujivik (E35) :

La présence de ce bateau était traumatisante, car il s'arrêtait dans une communauté, tous les habitants venaient sur le bateau pour passer des rayons X et tous ceux qui étaient positifs restaient sur le bateau et ne rentraient pas chez eux. Ils partaient pour le grand Sud, à l'hôpital de Roberval. C'était en 1965. Le traumatisme, c'est que la moitié ne revenait pas. (E35)

Suite au souhait du Premier Ministre René Lévesque d'assurer la présence du gouvernement provincial sur ce territoire, la Direction Générale du Nouveau-Québec (DGNQ) a été créée pour répondre à un mandat très large : représenter les différentes instances ministérielles québécoises sur son territoire nordique et, en premier lieu, le Ministère de l'Éducation et de la Santé.

Au départ, le gouvernement fédéral n'était représenté que dans les plus gros villages, et pour éviter d'imposer une double présence, la DGNQ s'est d'abord concentrée sur les villages les plus petits, surtout le long de la Baie d'Ungava.

En ce sens, Michèle Nadeau, a été précurseuse dans les soins de santé. Comme elle nous l'a expliqué, la transition des soins de santé du gouvernement fédéral au gouvernement

provincial n'a pas été simple, le gouvernement fédéral étant réticent à laisser ce champ d'exercice au gouvernement provincial.

J'étais un peu en porte à faux avec le représentant du fédéral, j'avais été présentée par le médecin de Kuujuaq lors d'une réunion au conseil local et aux autorités civiles locales comme l'infirmière qui venait s'établir à Ivujivik. Mais le représentant des Affaires Indiennes, qui avait un mandat avec Santé Canada, n'a pas été invité à la réunion. Quand j'ai eu besoin d'avoir un dossier, je suis allée lui demander, mais il n'a jamais voulu. Mon mari est intervenu et il lui a demandé les clés. Il les lui a données en disant « c'est contre ma volonté. » (E35)

Il lui a fallu complètement organiser le dispensaire, mettre en place des dossiers de patients plus structurés et commander toute sa pharmacie jusqu'ici composée de produits périmés.

Quand je suis arrivée là, il n'y avait presque rien. Quelques médicaments et des onguents... datant de la Deuxième Guerre mondiale. Tout était expiré. La première chose que j'ai faite, c'est de passer une grosse commande. (E35)

Cette infirmière précise qu'en dépit de bonnes relations avec la population, elle a eu la plus grande difficulté à les envoyer dans les hôpitaux du Sud, pour deux raisons, les longues périodes de gel et de dégel ne permettant pas aux avions ou aux aéroglisseurs de se poser et le traumatisme du bateau-hôpital quelques années avant.

Il n'y avait pas de piste d'atterrissage à l'époque. Pendant les périodes de gel et de dégel 5 mois par année, il n'y avait pas d'avion. Si une femme doit accoucher en octobre, elle doit partir début septembre et ne reviendra pas avant Noël, car pendant cette période, la glace n'est pas assez épaisse et on ne peut pas atterrir sur la mer [...] Même chose au printemps, entre la fin mai et la mi-juillet, il n'y avait pas de communications, sauf par le radiotéléphone [...] La seule façon de s'en sortir, c'était une évacuation par hélicoptère. (E35)

Michèle Nadeau ajoute :

Sauf qu'à un moment donné, il a fallu que j'envoie une personne, mais elle ne voulait partir donc j'ai été voir le Conseil... Finalement, elle est partie et elle est revenue ! Mais ça a pris un an ou deux pour qu'ils acceptent de partir. À un moment donné même, y a une personne qui était descendue et ils m'ont dit « il n'y a rien à faire » ben, je leur ai dit « renvoyez-le qu'il puisse mourir chez lui ». Et ça, ils ont beaucoup apprécié, ils ont compris qu'ils pouvaient descendre et remonter et même revenir mourir. [...] Le gérant de la COOP locale, ça a pris 4 ans avant qu'il vienne me voir tellement il avait peur. C'était tout simplement des ulcères

aux jambes, mais il avait tellement peur que je l'envoie au Sud qu'il n'était pas venu. Il souffrait depuis des mois... (E35)

À Puvirnituk, un dispensaire a été construit en 1958. Taamusi Qumaq dans son autobiographie raconte:

L'année 1958 fut l'année où arrivèrent les Blancs [en certain nombre]. Nous, les Inuits, n'avions pas un mot à dire sur la façon dont le développement allait prendre place. Nous étions ignorants. C'est comme si nous ne pouvions qu'observer ce qui se déroulait dans notre collectivité. (:86)

En 1970, la plupart des collectivités nordiques de plus de 200 habitants s'étaient dotées de postes infirmiers dans lesquels on trouvait au moins une infirmière autorisée à temps plein et un système d'évacuation d'urgence. Depuis, malgré les projets technologiques, l'organisation des soins de santé n'a que peu évolué. Les infirmières restent les premiers soignants dans de nombreux villages, soutenues par des médecins généralistes (physiquement ou par téléphone). Historiquement, c'est donc l'infirmière qui est au centre du système de santé au Nord. Le réseau québécois de la santé et des services sociaux assure les services de deuxième et de troisième ligne.

### **1.3.2 L'Administration régionale Kativik et l'organisation des soins de santé**

La Convention de la Baie-James et du Nord Québécois (CBJNQ) a établi les balises pour le développement des services de santé et des services sociaux sur le territoire : cela relève du système provincial tout en étant adapté aux réalités de la région (Figure 1.3).

Ainsi, contrairement à d'autres communautés dites « non-conventionnées », comme les Attikameks, les Inuit assurent leur propre déploiement et leur propre gestion des services de santé et des services sociaux. Trois instances sont impliquées: la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN), le Centre de santé Innulitsivik (côte de l'Hudson) et le Centre de santé Tulattavik (côte d'Ungava).

La législation fédérale n'intervient que pour la mise en place de services de santé publique ou de promotion de la santé via la Direction Générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI).

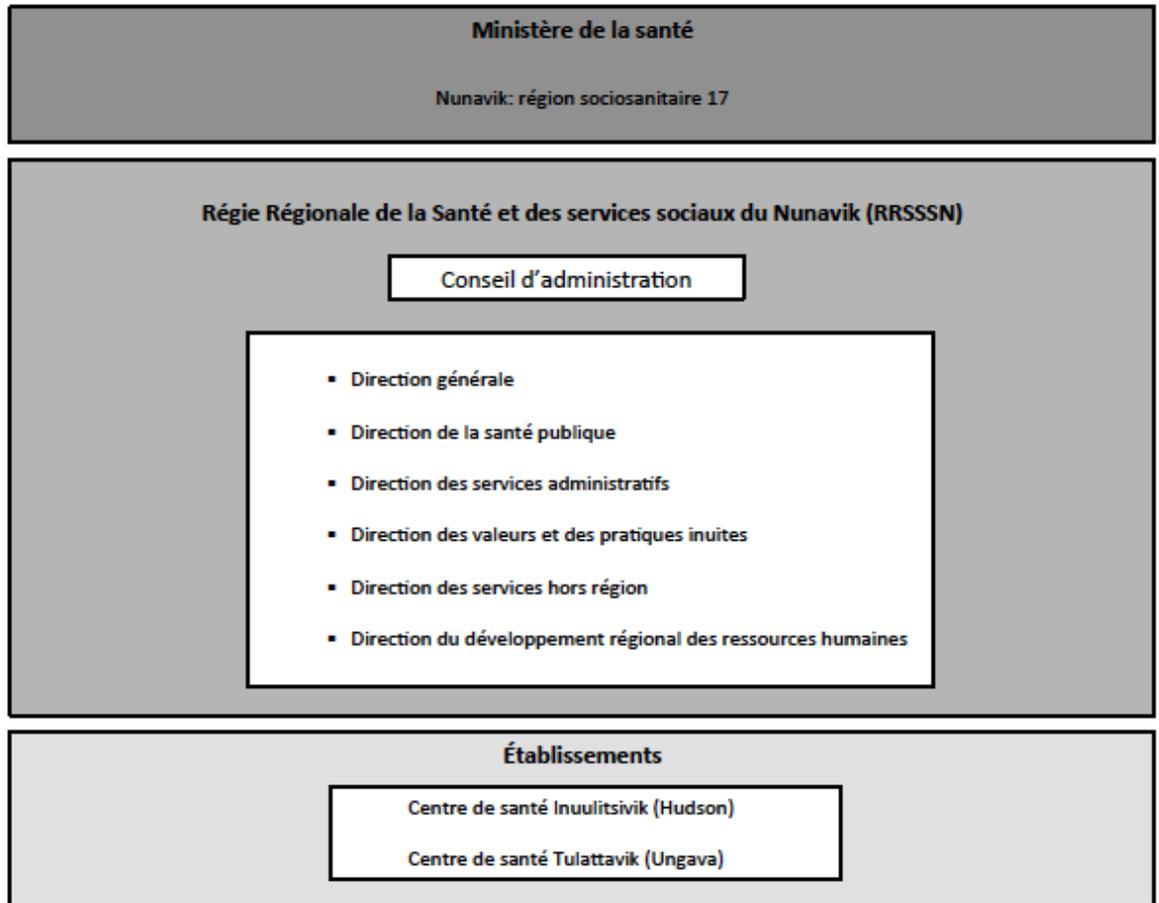


Figure 1.3 — *Organisation des soins de santé au Nunavik*

Pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), le Nunavik correspond à la région sociosanitaire 17. La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) gère un budget de 157 millions de dollars canadiens pour les 14 communautés (Perspective Nunavik, 2015). Elle emploie 89 personnes (inuites et non inuites) et comprend une direction générale, une direction de santé publique, une direction de la planification et de la programmation, une direction des services administratifs, une direction des valeurs et des pratiques inuites et, plus récemment, une direction des services hors région et une direction régionale du développement des ressources humaines.

Un conseil d'administration composé de 20 membres chapeaute la RRSSSN : quatorze personnes provenant de chaque village du Nunavik, le directeur général de chacun des Centres de santé (Inuulitsivik et Tulattavik), un membre nommé par le conseil

d'administration de chaque Centre de santé à même les représentants élus par les villages, un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik et le directeur général de la RRSSSN. Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la RRSSSN tient annuellement<sup>18</sup>.

### *1.3.2.1 Les Centres de santé*

Les prestations des services est organisée localement et en sous-régions, Hudson et Ungava, selon les deux établissements de santé à vocation multiple : le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk (construit en 1984-1985) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujuaq. Ces établissements poursuivent des missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et offrent des services de sages-femmes.

Le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava, en partenariat avec la municipalité de Kuujuaq, l'Office municipal d'habitation Kativik et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, maintient une résidence de milieu de vie de 12 places pour les personnes en perte d'autonomie (CHSLD). Un centre de jour y est rattaché. D'autres services sont en place tels que la protection de l'enfance et de la jeunesse (deux Directions de la Protection de la Jeunesse- DPJ- une dans chaque sous-région) et une direction régionale de réadaptation. Les installations comprennent un centre régional de réadaptation de 14 places à Salluit, deux foyers de groupe sous-régionaux de huit places chacun à Puvirnituk et Kuujuaq, deux ressources spécialisées de 4 places chacune pour les 6-12 ans à Kuujuaq et Kuujuarapik. Il y a un Centre Local de Services Communautaires (CLSC ou dispensaire) dans chacune des communautés.

Sous la responsabilité du Centre de santé Inuulitsivik, un centre de crise de 5 places à vocation régionale situé à Puvirnituk ainsi qu'un centre de réadaptation à Inukjuaq offrent des services de deuxième ligne en santé mentale.

---

<sup>18</sup><http://nrhss.gouv.qc.ca/fr/%C3%A0-propos-de-nous>

À Puvirnituk, dans le Centre de santé Inuulitsivik, on retrouve une salle d'urgence, une salle d'isolement, dix lits adultes, cinq lits pédiatriques, huit lits de longue durée, trois lits de maternité et une salle d'accouchement<sup>19</sup>.

Les médecins de Puvirnituk ont des villages assignés, soit ceux qui ne sont pas couverts par un médecin à temps plein (Umiujaq, Kuujuaapik, Akulivik et Ivujivik). Chaque omnipraticien répond aux consultations du village auquel il est assigné. Il y a des visites dans les communautés, toutes les 4 à 6 semaines pour des séjours variant entre 4 et 5 jours.

### ***1.3.2.2 Le corridor de services de première, deuxième et troisième ligne***

Le concept de soins de première ligne est un concept classique qui renvoie à la hiérarchisation des points de service du système de santé. On parle de soins de première, deuxième, troisième ligne ou de soins primaires, secondaires tertiaires ou encore de soins généraux, spécialisés ou ultraspécialisés (Commission Clair, 2000<sup>20</sup>). Dans cette compréhension hiérarchique de l'offre de service, les soins de première ligne sont ceux offerts par le point de service qui assure le premier contact entre le patient et le système de santé (leur médecin, un service d'infosanté, un pharmacien ou une infirmière). Ces soins comprennent « un ensemble de services courants, médicaux ou sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et de problèmes communs, d'ordre social ou médical, de la population » (Commission Clair, 2000 : 107). Les soins de santé de deuxième ligne s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie ou qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie relativement lourde qu'on retrouve habituellement en centre hospitalier (Direction de Santé Publique, 2016<sup>21</sup>). Ils viennent souvent en soutien aux soins de première ligne. Les soins de troisième ligne sont des soins ultraspécialisés s'adressant à

---

<sup>19</sup> <http://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/services-professionnels-7aeb54>

<sup>20</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>

<sup>21</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001770/>

des cas complexes et graves dont la prévalence est faible, mais qui requiert un plateau technique particulier.

#### 1.3.2.2.1 Les soins de première ligne

Il y a un dispensaire (CLSC) dans chaque village inuit. Chaque CLSC compte une équipe de professionnels provenant de différents domaines et disciplines. La composition de l'équipe varie selon les communautés en fonction de la taille des villages et des fonctions de l'équipe. En 2010, au Nunavik, le personnel directement affecté aux soins (équivalent temps complet) était de 205 pour 10 000 habitants contre 110 pour le reste de la province. On note donc que la densité des professionnels de santé est supérieure à celle du reste de la province.

#### 1.3.2.2.2 Les soins de deuxième et troisième ligne

Les soins de santé de deuxième ligne sont assurés par les deux Centres de santé du Nunavik (Innulitšvik à Puvirnitūq et Tulattavik à Kuujjuaq) si cela est possible, notamment grâce aux médecins spécialistes itinérants comme les gynécologues, les psychiatres, les dentistes ou encore les orthopédistes. Si les ressources ne sont pas disponibles au Nord, selon l'entente avec le Réseau Universitaire Intégré de Santé McGill (RUIS), le Module du Nord Québécois, maintenant Ullivik, sert de liaison et de soutien en cas de transfert du patient vers le Sud. Il assure l'hébergement, le transport des usagers et les services d'infirmières de liaison et des interprètes afin de planifier le séjour des Inuit en consultation ou en traitement à Montréal.

#### 1.3.2.2.3 Le système d'évacuation médicale par avion

Lorsque les patients ont besoin de soins de deuxième ou troisième ligne rapidement, il est possible d'organiser, avec les infirmières de l'unité de soins et le médecin de Puvirnitūq, une évacuation médicale par avion (médévac) grâce à un avion Twin-Otter. C'est l'infirmière de garde à l'unité de soins de Puvirnitūq qui prend l'avion pour aller chercher le patient dans un des 6 autres villages et qui le ramène à l'unité de soins, après avoir fait un compte rendu avec l'infirmière du village en question. Si l'état du patient

est trop instable et qu'il nécessite un transfert urgent, l'avion-ambulance du gouvernement, le *Challenger 601 Jet*, peut atterrir à Kuujuaq, Puvirnituk et Kuujuaapik. Il dessert en fait la totalité du Québec ce qui peut entraîner des délais importants. Si le patient a besoin d'autres soins, mais que son état est suffisamment stable à Puvirnituk, le médecin et l'infirmière peuvent décider de l'envoyer à Montréal sur un vol régulier.

### **1.3.3 Les professionnels de la santé**

#### ***1.3.3.1 Les médecins***

Les médecins à temps plein qui sont dans les Centres de santé sont des médecins généralistes (omnipraticiens ou encore médecins de famille). Les médecins du Nunavik ont le choix de travailler à temps plein (minimum de 36 semaines/an) ou à mi-temps (minimum de 18 semaines/an). Selon Duhaime, Lévesque et Caron (2015), en 2011, alors que le taux de médecin pour 1000 habitants était de 10,5 dans la province, il était de 37 au Nunavik. Il n'y a donc pas de pénurie dans la région nordique, mais plutôt une inadéquation entre les besoins et l'offre.

En tout temps, près d'une vingtaine de médecins travaillent simultanément sur le territoire, afin de couvrir les 14 villages. Hors des centres hospitaliers, des médecins sont également basés dans les villages de plus de 1 000 habitants, comme Inukjuak et Salluit, en CLSC avec urgence 24h et maternité. Les 10 autres plus petits villages sont pourvus de CLSC avec urgence 24h, où des infirmières exercent en première ligne, assistées d'un médecin de garde au téléphone ou visioconférence. Ces villages reçoivent des visites médicales régulières, une ou deux semaines par mois. La télémédecine, de plus en plus utilisée, évite des transferts non nécessaires.

La région reçoit la visite de plusieurs spécialistes, qui font des tournées selon les besoins. Deux postes en psychiatrie ont été créés pour la région, conjointement avec l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas à Montréal. Avec un poste de spécialiste en santé publique, ce sont les seuls postes de spécialité au Nunavik. Durant

l'année 2016, des Postes Réseau Obligatoire (PRO) ont été créés en pédiatrie, orthopédie, médecine interne et pédo-psychiatrie.

### ***1.3.3.2 Les cliniques de sages-femmes***

Depuis les années 1980, le Nunavik bénéficie d'un programme de formation de sages-femmes selon un modèle d'intégration des savoirs traditionnels et de la médecine occidentale permettant à huit femmes sur 10 de donner naissance dans la région, seules les grossesses à risque étant suivies dans le Sud. Depuis 2008, le programme de formation du Centre de santé Inuulitsivik est officiellement reconnu par le ministère de la Santé du Québec et a été loué pour sa qualité par plusieurs organisations internationales dont l'OMS.

Une équipe de sages-femmes offrent des soins pré-, peri- et post-nataux dans 3 des communautés de la Baie d'Hudson: Puvirnituk, Salluit et Inukjuak.

### ***1.3.3.3 Les pharmaciens***

Le contrôle des médicaments est assuré par l'équipe de pharmacie dans les Centres de santé. À Puvirnituk, elle est composée de trois pharmaciens, dont un pharmacien-chef, et trois techniciennes en pharmacie. Le rôle du pharmacien du Nord est un rôle hybride, à la fois hospitalier et communautaire (E01). Il existe un entrepôt de médicaments dans chaque CLSC des différents villages approvisionné par la pharmacie centrale de Puvirnituk. C'est l'infirmière qui commande les médicaments dont elle a besoin. Le pharmacien a aussi un rôle de conseil auprès des médecins et des infirmières. Par ailleurs, il rédige les ordonnances collectives, révisées par un médecin, en lien avec le guide thérapeutique spécifique au rôle élargi. Pour le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension), le Centre de santé travaille en collaboration avec une pharmacie du Sud qui prépare les *dispills*<sup>22</sup> et les achemine au village

---

<sup>22</sup> Un *dispill* est un pillulier composé d'alvéoles scellées à froid, contenant tous les médicaments d'un patient, et ce, pour une durée de sept jours (<http://www.dispill.com/intro.html>- consulté le 12 mai 2017).

### 1.3.3.4 Les infirmières

Dans les CLSC, l’infirmière assure les soins de première ligne. Elle se perçoit comme une infirmière généraliste, car sa pratique requiert des connaissances et des compétences lui permettant de répondre aux divers problèmes de santé présentés par les patients de tous les groupes d’âge, de même qu’à un large éventail de situations<sup>23</sup>. Néanmoins, il convient de souligner que la démographie du Nunavik est constituée pour plus de la moitié d’enfants de moins de 18 ans. La majorité de la patientèle est pédiatrique. En 2010, environ 140 infirmières oeuvraient au Nunavik (en équivalent temps complet) réparties sur les deux côtes et rattachées aux deux Centres de santé (Inuulitsivik et Tulattavik) (Duhaime et al. 2015). Le tableau ci-dessous (Tableau 1.5) précise les professionnels de santé travaillant au sein du Centre de santé Inuulitsivik sur la Baie d’Hudson.

**Tableau 1.5 Les professionnels de santé du Centre de santé Inuulitsivik  
(Baie d’Hudson)**

Villages	Nombre d’infirmières	Présence d’un médecin permanent	Nombre de médecins permanents	Présence de sages-femmes
Salluit	5	x	1	x
Ivujivik	2			
Akulivik	3			
Puvirnituaq	6	x	4	x
Inukjuak	5	x	2	x
Umiujaq	3			
Kuujuarraq	4	x	0.5	

L’infirmière offre les soins de première ligne dans le dispensaire ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00. Une infirmière de garde est disponible entre 17h00 et 9h00 tous les jours, en alternance entre les infirmières de l’équipe. Il existe un quart de travail de 11h00 à 19h00 à Puvirnituaq et Inukjuak.

<sup>23</sup> Comité Consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée (2004).

Outre sa pratique en rôle élargi présentée en détail dans la section suivante, les infirmières sont responsables du suivi de la population selon différents programmes : le suivi infantile et la vaccination (0-5 ans), le suivi des femmes enceintes (dans les villages sans maternité), les prélèvements, le suivi des cas d'Infections Transmises Sexuellement et par le Sang (ITSS), la santé de la femme, le renouvellement des médicaments, le suivi des cas de tuberculose et des maladies chroniques et le suivi de la clientèle psychiatrique. L'infirmière a aussi un volet communautaire : promotion de la santé et prévention de la maladie et elle fait le suivi des patients lors d'un retour dans la communauté après un envoi au Centre de santé Inuullitsivik ou à Montréal.

### **1.3.4 La pratique infirmière en rôle élargi**

#### ***1.3.4.1 La pratique infirmière en région éloignée***

Lors de nos recherches documentaires, nous n'avons pas été en mesure de trouver une définition précise de ce qu'était la pratique infirmière en région éloignée, communément appelée « le rôle élargi ». Selon le rapport du comité consultatif sur la reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée de l'OIIQ (2004), ce sont des « infirmières généralistes [dont] les connaissances et les compétences [leur permettent] de répondre aux divers problèmes de santé présentés par les clientèles de tous groupes d'âge, de même qu'à un large éventail de situations nécessitant des soins d'urgence » (:9). En ce sens, on peut considérer que ce rôle en région éloignée est à la fois élargi et enrichi par rapport à un rôle exercé dans un Centre de santé au sud de la province, à Montréal par exemple. L'augmentation de leur autonomie et de leurs responsabilités (délégations actes médicaux, diagnostics et prescriptions) constitue un élargissement du rôle et le large spectre de clientèle et de soins offerts, incluant les soins d'urgence, constitue un enrichissement du rôle. Dans ce travail, nous considérons les termes de « pratique infirmière en région éloignée » ou « pratique infirmière en rôle élargi » ou encore de « rôle élargi » comme interchangeables. Ils font tous référence au rôle et à la pratique infirmière dans les dispensaires au Nunavik.

Le rôle élargi inclut donc à la fois des soins courants, des soins d'urgence et des suivis des patients. Encadrée à la fois par son Ordre professionnel, les ordonnances collectives et les protocoles de soins, l'infirmière a une autonomie contrôlée.

Lors de situations d'urgence, et sous la supervision téléphonique (ou en visioconférence) du médecin, si celui-ci n'est pas présent physiquement, elle peut être amenée à prodiguer des soins hors de son champ de pratique. Une partie des compétences médicales lui est donc déléguée.

Lorsqu'un patient arrive au dispensaire, l'infirmière est son premier contact, et parfois le seul, avec le système de santé.

Elle réalise l'examen physique complet du patient et émet un diagnostic selon les guides thérapeutiques et les protocoles de soins à sa disposition, si c'est un problème de santé courant. Lorsqu'elle n'est pas en mesure de faire un diagnostic ou si elle n'est pas habilitée à le faire ou à prescrire au patient les médicaments dont il a besoin, elle en réfère au médecin et le contacte par téléphone. Celui-ci le détermine donc à partir de l'évaluation posée par l'infirmière.

Au-delà de son rôle élargi, l'infirmière administre son dispensaire : approvisionnement des équipements, organisation des visites des médecins généralistes et spécialistes, gestion des stocks de la pharmacie, des pannes électriques, des billets d'avion....

En cas d'urgence, l'infirmière peut être amenée à organiser une évacuation par avion vers le Centre de santé de Puvirnituk ou un Centre de santé de Montréal. Ce n'est cependant pas elle qui part dans l'avion vers Puvirnituk, mais l'infirmière de garde de l'unité de soins qui se déplace jusqu'au village. À l'aéroport, l'infirmière donne son rapport à l'infirmière de garde qui est responsable du patient en vol. Si le cas est trop complexe, il peut y avoir une deuxième infirmière et/ou le médecin de garde dans l'avion. Le cas le plus classique reste un *Twin-Otter* avec les deux pilotes et l'infirmière de l'unité de soins de Puvirnituk.

Les quatre grands axes de la pratique infirmière en région éloignée, selon le Mémoire du Comité Consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée (2004) sont :

1. Les soins de santé courants
2. Les soins d'urgence
3. Le suivi de clientèle
4. La prestation de soins de santé primaires soit la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

#### ***1.3.4.2 Les diagnostics et les actes médicaux délégués***

Une des spécificités de la pratique infirmière en région éloignée est la délégation de certains diagnostics et actes médicaux. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous (Tableau 1.6).

**Tableau 1.6 Les diagnostics et actes médicaux délégués aux infirmières en rôle élargi**

Actes médicaux	Diagnostics et traitement associé	Situations d'urgence
Immobilisation plâtrée Nettoyage de plaies Frottis	problèmes <i>ophtalmologiques</i> courants (conjonctivite, corps étranger) infections courantes en <i>ORL</i> (otite, sinusite) infections <i>respiratoires</i> courantes (asthme, bronchite aiguë) infections courantes de l' <i>appareil respiratoire</i> (angine) infections courantes de l' <i>appareil digestif</i> (déshydratation, constipation et diarrhée) infections courantes de l' <i>appareil urinaire</i> chez l'homme (cystite, pyélonéphrite) affections courantes de l' <i>appareil locomoteur</i> (tendinite, entorse) affections courantes du <i>système nerveux central</i> (migraine, céphalée) affections courantes <i>dermatologiques</i> (abcès, brûlure, eczéma) problèmes <i>hématologiques</i> courants (anémie) problèmes <i>endocriniens et métaboliques courants</i> (diabète, hypoglycémie) <i>MST</i> courantes (chlamydia) dépistage <i>maladies transmissibles</i> courantes (gastro-entérite)	accidents traumatiques urgences dentaires intoxications arrêts cardio-respiratoires traumatismes crâniens, accouchements d'urgence urgences de santé mentale tentative de suicide (réanimation cardiorespiratoire, défibrillateur, King LT, décompression traumatique) maintenir les fonctions vitales stabilisation du patient surveillance clinique (monitorage)

**1.3.4.3 La semaine type d'une infirmière en dispensaire : l'exemple du dispensaire d'Ivujivik**

Dans les dispensaires nordiques, la semaine type est organisée selon le même horaire, présentée sans le tableau ci-dessous (Tableau 1.7)

**Tableau 1.7 La semaine type en dispensaire (Notes de terrain)**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9 :00-11 :30	9 :00-11 :30	9 :00-11 :30	9 :00-11 :30	9 :00-11 :30
Prénatal / Pap test	Laboratoire (Prises de sang)	Administration	Médicaments	Vaccination
1 :15-16 :30	1 :15-16 :30	1 :15-16 :30	1 :15-16 :30	1 :15-16 :30
Laboratoire/ Clinique générale	Clinique générale	Clinique générale	Clinique générale	Clinique générale

#### ***1.3.4.4 Les pratiques de GRH et de gestion des infirmières en rôle élargi***

##### **1.3.4.4.1 Le processus de dotation**

Le recrutement des infirmières se fait continuellement, principalement de bouche à oreille, lors des différents salons de l'emploi et lors du Congrès de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ). Les offres sont aussi publiées dans diverses revues : Perspective Infirmière, Santé Montréal ou encore Emploi-Québec. La conseillère en dotation analyse les curriculum vitae avant de faire passer un entretien avec le comité de sélection. Compte tenu de la nature de la pratique et de l'isolement géographique, le recrutement s'avère difficile (E30). Les embauches se font en flux tendu : une fois l'entrevue réussie, les références sont prises, un bilan de santé complet est effectué et une date d'arrivée au Nord est déterminée. Il n'est pas rare que seulement quelques semaines seulement s'écoulent entre l'entretien et l'envoi à l'unité de soins de Puvirnituk.

Plusieurs critères de sélection s'appliquent et sont considérés comme des pré-requis :

- Formation d'infirmière : Diplôme Collégial (DEC) ou Baccalauréat (B. Sc. Inf.)
- Faire partie de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ)
- Avoir 2 ou 3 ans d'expérience en soins critiques ou en urgence
- Bilinguisme

Selon l'article 37.10 de la Convention Collective en vigueur dans la province du Québec, les infirmières peuvent demander un congé sans solde pour aller travailler dans un établissement nordique, pour une durée maximale de 12 mois (ce qu'on appelle le « congé nordique »). Il peut être prolongé jusqu'à un maximum de 48 mois. L'infirmière pourra donc être absente de son établissement d'origine pour une période totale de 5 ans, et ce, en ayant la sécurité de réintégrer son poste à son retour. Les infirmières de notre échantillon notent que les établissements de santé du sud de la province se montrent de plus en plus réticents à donner un congé nordique. La seule solution est souvent de démissionner.

#### 1.3.4.4.2 Les pratiques de rémunération

La Convention Collective s'applique en région éloignée tout comme dans toute autre région de la province de Québec. L'échelon salarial est donc déterminé par les attestations d'emploi à partir desquelles le salaire de base est calculé. À celui-ci s'ajoute une prime d'éloignement qui peut varier selon le statut (seule ou avec dépendant(s)), mais aussi selon le lieu d'assignation (Article 34.05, section II - niveau des primes). Sans dépendant, cette prime peut varier entre 4 658\$ et 9 018\$ annuellement. Avec dépendant(s), elle peut varier entre 6 659\$ et 15 898\$ annuellement. Par ailleurs, une prime à la vie chère est aussi offerte, autour de 60 CAD par semaine. Les frais de déménagement, d'entreposage, de transport (notamment lors des vacances) ainsi que le logement sont également pris en charge par l'employeur<sup>24</sup>. Le logement et le transport sont par ailleurs imposables,

Pour contrer la pénurie d'infirmières, une prime non conventionnée d'installation/rétention a été créée en avril 1999 et varie entre 14 000 \$ et 17 000 \$, selon le lieu d'assignation. De plus, étant appelées à faire du temps supplémentaire ou des gardes obligatoires, les infirmières perçoivent les primes conventionnées classiques : primes de soir, de fins de semaine, etc.

---

<sup>24</sup> Perspective Nunavik – documents destinés aux professionnels partant travailler dans les communautés du Nunavik (n.d.).

Selon les offres d'emplois, les salaires identifiés se situent entre 90 000 CAD et 130 000 CAD annuellement<sup>25</sup>.

#### 1.3.4.4.3 Le statut des infirmières

Les infirmières qui travaillent dans les dispensaires nordiques n'ont pas de contrat, mais donnent leurs disponibilités : un minimum de huit à neuf semaines lors du premier envoi puisqu'il y a un temps de formation puis un minimum de huit semaines pour les envois suivants.

Généralement, les infirmières restent entre huit à douze semaines dans un village puis partent en vacances entre six et huit semaines. Elles peuvent avoir quatre statuts :

- **le statut d'infirmière à *temps complet permanent* (TCP)** : elles sont assignées à un seul village et sont remplacées par des infirmières de la banque d'infirmière du Centre de santé avec un statut de temps partiel. Ce sont donc souvent des infirmières différentes qui les remplacent. Leur formule de travail est généralement de neuf semaines de travail et quatre semaines de congé (soit 16 semaines de congé par année).

- **Le statut d'infirmière à *temps partagé* (TP)** : ce statut permet à une infirmière à temps complet de réduire ses heures de travail en partageant son poste avec une infirmière à temps partiel. Elle lui permet de conserver son poste et les avantages qui lui sont associés, tout en ne travaillant que la moitié de l'année seulement. Leur formule de travail est généralement de huit semaines de travail et six semaines de congé. Pour l'infirmière qui a un statut de temps partiel et qui partage le temps partagé avec la détentrice du poste à temps complet, cette formule lui permet d'avoir un horaire de travail stable et prévisible dans le même village.

Cette formule est encouragée par les Centres de santé puisque cela assure une couverture garantie au poste en tout temps. De plus, cela favorise la rétention des infirmières d'expérience.

---

<sup>25</sup> Selon les offres consultées sur différents sites internet.

- **le statut d’infirmière à *temps partiel occasionnel (TPO)***: elles ne sont pas assignées à un village en particulier et effectuent leurs missions selon les besoins. Cependant, lorsqu’elles soumettent leurs disponibilités, elles indiquent leur village de préférence. Ainsi, selon l’ancienneté, certaines infirmières reviennent régulièrement dans le même village.

- **Le statut d’infirmière *d’agence*** : ce sont des infirmières qui viennent ponctuellement, pour combler des besoins urgents, souvent moins de temps que les infirmières ayant les autres statuts. Il est à noter que leur rémunération est plus élevée que celle des infirmières embauchées dans les Centres de santé du Nunavik.

#### ***1.3.4.5 L’organisation du travail***

##### **1.3.4.5.1 Le système de « stretch » (mission)**

Les envois au Nunavik se font par mission ou stretch selon la situation conjugale de l’infirmière

- si elle vient seule, ce seront généralement les stretches de huit à douze semaines dans les villages et quatre à six semaines de repos (quatre sorties de la communauté par année).
- si elle vient accompagnée, ce seront des missions de douze semaines dans les dispensaires et six semaines de repos (trois sorties de la communauté par année).

##### **1.3.4.5.2 Les gardes**

Les gardes, dont la fréquence varie selon la taille de l’équipe, ont lieu entre 17h00 et 9h00 le lendemain. L’infirmière est joignable par téléphone et doit procéder à un triage, l’évaluation des patients par téléphone, avant de prendre la décision de les faire venir — ou non — au dispensaire. Si elle juge que le cas n’est pas urgent, elle demande au patient de se présenter au dispensaire pendant les heures de clinique le lendemain matin. L’infirmière n’est jamais seule de garde : le système fonctionne avec une première et une deuxième de garde. La première de garde est celle qui est joignable par téléphone par la population et la deuxième de garde est en renfort en cas d’urgence. Si la première

de garde ne peut pas gérer la situation seule, elle appellera la deuxième de garde. Ainsi, dans le village d'Ivujivik dans lequel il n'y a que deux infirmières, elles sont de garde pendant toute la semaine, première ou deuxième de garde selon la journée. De la même manière, les médecins ont des gardes et doivent se rendre disponibles pour aller faire des soins ou répondre à des appels des infirmières des villages sans médecin lors de leurs gardes.

#### **1.3.4.6 La formation des infirmières en rôle élargi**

##### 1.3.4.6.1 La formation en rôle élargi

*Solution Nursing L.F.C Inc* est une entreprise familiale fondée par une ancienne infirmière du Nunavik qui œuvre dans le domaine de la formation, du recrutement et du placement du personnel infirmier en rôle élargi. C'est donc à la fois un organisme de formation et une agence de placement. Si elle était la première organisation à offrir cette formation, en 2017, plusieurs autres ont développé des programmes similaires, *Multi Options Nursing* en est un exemple. Nous présenterons plus en détail celle offerte par *Solution Nursing L.F.C Inc* puisque c'est l'organisme avec lequel travaille le Centre de santé Inuulitsivik.

La formation en rôle élargi, offerte à Montréal, comprend 140 heures d'enseignement, réparties généralement sur quatre semaines et mélange théorie et pratique, selon l'approche par compétences. Les différents systèmes sont revus (système nerveux, tête et cou, ophtalmologie, ORL, respiratoire, cardio-vasculaire, gastro-intestinal, génito-urinaire, peau et téguments, musculo-squelettique, endocrinien, psychiatrie), les infirmières sont formées à faire des diagnostics et des examens physiques complets.

Selon le plan de cours proposé par *Solution Nursing L.F.C Inc*<sup>26</sup>, les objectifs sont les suivants :

---

<sup>26</sup> <http://www.solutionsnursing.ca/cmsnc3images/file/plan-detaille-formation-rle-elargi-2016-nov-2016.pdf> consulté le 8 août 2017

- Faire une évaluation complète et appropriée de chaque système selon la démarche systématique du SOAP (technique de rédaction des dossiers : Subjectif- Objectif- Analyse- Plan);
- Reconnaître les signes et symptômes cliniques concernant tous les systèmes;
- Développer une analyse, une pensée critique, un raisonnement et un jugement clinique, permettant à l’infirmier (ère) d’arriver à un diagnostic positif et de discerner le diagnostic différentiel;
- Évaluer correctement et rapidement une situation clinique d’urgence et prodiguer les soins primaires nécessaires;
- Apprendre à utiliser adéquatement et efficacement les différents guides thérapeutiques;
- Signaler les erreurs les plus fréquentes dans la prise en charge des patients pour sensibiliser les infirmier (ère) s dans leur pratique clinique;
- Développer les aptitudes et compétences nécessaires au volet préventif et promotion de la santé communautaire.

#### 1.3.4.6.2 De l’unité de soins au dispensaire

Les infirmières de notre échantillon indiquent que la formation a évolué depuis les premières infirmières envoyées en dispensaire : très sommaire au début (quelques jours avec un médecin), la formation s’est peu à peu structurée (mise en place de binômes avec les infirmières déjà en place, quelques semaines à l’unité de soins) jusqu’à devenir un processus en 3 étapes, depuis l’automne 2010 (E14 ; E15). Ce mécanisme semble fonctionner puisque le taux de rétention est plus important depuis sa mise en place (E15).

- 1<sup>ère</sup> étape : envoi à l’unité de soins de Puvirnituk pour une mission. L’infirmière est formée une semaine au fonctionnement du Centre de santé (*shadow nursing*)
- 2<sup>e</sup> étape : entrevue d’évaluation (avec la chef de programme CLSC) pour savoir si l’infirmière peut/veut aller en CSLC (dispensaire) dans un village
  - Si oui, elle part se former au rôle élargi avec un des organismes offrant une formation en rôle élargi (*Solution nursing L.F.C Inc* pour le Centre de santé Inuulitsivik)

- Si non, elle refait une mission à l'unité de soins. Son dossier sera réévalué à la fin de la mission, pour l'envoyer, au non, au dispensaire.
- 3<sup>e</sup> étape : envoi dans le dispensaire d'un des villages, en priorité un village avec médecin

Comme nous le précise la chef de programme, Dominique Hamel aujourd'hui remplacée par Audrey Gagnon, l'idée était de fragmenter l'adaptation afin de s'assurer que les infirmières ne vivent pas les chocs professionnels, culturels et personnels simultanément, mais aussi de leur permettre de situer les différents professionnels de santé du corridor de service avec qui elles doivent collaborer.

On commence par les envoyer au département de Puvirnituk, c'est un gros village [...] il y a beaucoup de monde, la vie sociale est beaucoup plus facile. Tu arrives au département et tu n'as pas cette pression de prendre la décision pour ton patient, de poser des diagnostics, de travailler avec le guide thérapeutique. Au niveau professionnel, il y a une adaptation d'une nouvelle équipe et tout ça, mais il reste que tu es toujours trois à travailler, tu ne fais pas nécessairement de garde. [...] Ce qu'on a voulu, c'est juste morceler l'adaptation pour amener les gens à maturité. Et quand ils deviennent responsables de la vie des patients, [...] ils connaissent les services. Ils savent où appeler, le numéro de la radio, le numéro du labo... (E08)

#### 1.3.4.6.3 La formation sur la culture

Depuis 2012, une formation complémentaire sur la culture inuite est offerte à tous les professionnels de la santé qui partent pour la première fois dans un des villages du Nunavik. Elle a eu lieu à l'Institut Culturel Avataq, l'organisme culturel des Inuit du Nunavik<sup>27</sup>. Deux intervenants (un travailleur social pendant plus de 20 ans au nord et aujourd'hui retraité et remplacé par Vanessa Bergeron, Daniel Michaud et une Inuk du village de Salluit) abordent des caractéristiques de la culture inuite, son histoire, son évolution, les enjeux actuels des communautés, et terminent par un cours d'inuktitut lors du premier jour. Le deuxième jour est consacré à la structure et à l'organisation des services offerts à la communauté, aux ressources et aux partenaires ainsi qu'aux questions plus pratiques en lien avec leurs départs dans les communautés. Bien que de

---

<sup>27</sup> <http://www.avataq.qc.ca/fr/Accueil> (page consultée le 12 mai 2017)

courte durée, les formateurs précisent qu'elle est appréciée des professionnels de la santé.

Depuis 2016, une troisième journée a été ajoutée sur la thématique des enjeux culturels. Notre observation s'étant déroulée en 2014, nous n'y avons pas assisté.

## **1.4 Les problématiques de santé actuelles au Nunavik**

### **1.4.1 Les principales problématiques de santé au Nunavik**

Comme le précisent, Duhaime, Lévesque et Caron dans leur rapport *Le Nunavik en chiffres*, de 2015, la couverture statistique du Nunavik est lacunaire et il n'est pas simple d'offrir un portrait de santé récent et rigoureux. En plus de ce document, nous nous appuyerons sur le « Portrait de Santé Nunavik, les enfants et leurs familles, les jeunes, les adultes et les aînés » de 2015 de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik<sup>28</sup> ainsi que de divers rapports du Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone<sup>29</sup> (CCNSA).

#### ***1.4.1.1 Le niveau socio-économique comme déterminant de la santé***

Wilkinson et Marmot (2003) définissent les déterminants sociaux comme une sensibilité de la santé à l'environnement social, les forces culturelles, économiques et politiques qui contribuent ou nuisent à la santé des individus ( :7). De plus, Marmot (2005) introduit la notion de gradient social qui fait un lien entre taux de mortalité et situation socioéconomique. Ainsi, plus le niveau socio-économique du ménage est élevé, plus faible est le taux de mortalité. Le statut socio-économique (SSE), déterminant social de la santé le plus important, dépend de trois facteurs : les inégalités de revenus, le taux de chômage et les conditions de travail et l'éducation.

Or, au Nunavik, le système économique est mixte, basé à la fois sur les revenus d'emplois des individus et les moyens de subsistance traditionnels. Avec un taux de

---

<sup>28</sup> [http://nrbhss.gouv.qc.ca/sites/default/files/Highlights\\_Nunavik\\_2015\\_FR.pdf](http://nrbhss.gouv.qc.ca/sites/default/files/Highlights_Nunavik_2015_FR.pdf)

<sup>29</sup> <https://www.cnsa-nccah.ca/fr/>

chômage élevé — particulièrement chez les jeunes entre 15 et 24 ans qui affichent un taux de près de 27% — et un recul des activités de chasse et de pêche, les familles dépendent en grande partie des aides sociales. Par ailleurs, si le taux d'activité atteignait près de 70% de la population en 2011, il est à relativiser, car il comprend les emplois salariés à temps plein, mais aussi les situations d'emplois à temps partiel, saisonniers ou encore non rémunérés.

Chacun village a son école primaire et secondaire, mais il n'existe aucun établissement post-secondaire au Nunavik (contrairement au Nunavut avec *l'Artic College*). En 2011, 60% de la population âgée de 15 ans et plus n'avait obtenu aucun diplôme (22% pour le reste du Québec) et seulement 30% avaient un diplôme d'étude secondaire, d'apprenti ou un diplôme collégial (60% dans le reste de la province). Finalement, en 2013, la nourriture est en moyenne 60% plus chère que dans le sud de la province et la diversité alimentaire est réduite, ce qui peut occasionner des carences chez les enfants comme chez les adultes. Les produits d'entretien ménager coûtent plus du double et les produits de soins corporels près de 50% de plus<sup>30</sup>.

L'accès à l'eau potable reste un enjeu dans les villages, de même que la gestion des eaux usées. L'eau est majoritairement traitée par oxydation ou chloration (94%) et il peut s'avérer nécessaire de la faire bouillir pour pouvoir la boire sans risque. Un avis d'ébullition est alors émis.

Par ailleurs, la population du Nunavik est jeune et en pleine croissance : la population a doublé au cours des 30 dernières années et près de 65% de la population était âgée de moins de 30 ans en 2011. Un tiers des nouvelles mères ont moins de 20 ans. Les infirmières offrent donc beaucoup de soins pédiatriques et doivent gérer des risques psychosociaux importants.

L'espérance de vie des Inuit a augmenté dans les vingt dernières années, mais elle reste inférieure aux autres Canadiens. Ainsi, selon le rapport de statistique Canada, en 2008,

---

<sup>30</sup> Le Nunavik en chiffres-Version intégrale, Duhaime, Lévesque et Caron (2015)

l'espérance de vie des hommes est de 67,7 ans (77,5 dans le reste du pays) et celle des femmes de 72,8 ans (81,3 dans le reste du pays)<sup>31</sup>.

Finalement, le Nunavik vit une situation de mal-logement majeure : en 2006, près de 50% de la population du Nunavik vivait dans des logements nécessitant des réparations importantes et surpeuplés (contre moins de 10% dans le reste de la province)<sup>32</sup>.

#### ***1.4.1.2 Les priorités de santé en chiffres***

Selon le mémoire du comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée (2004), il existe plusieurs priorités de santé que nous exposerons dans la suite de cette partie.

##### **1.4.1.2.1 Le tabagisme**

Le taux de tabagisme est élevé au Nunavik : en 2004, 70% de la population âgée de 15 ans et plus fumait quotidiennement. Ainsi, le taux de cancer du poumon se situe bien au-delà de la moyenne québécoise. Les troubles respiratoires comme l'asthme, la pneumonie ou encore la bronchite chronique sont les principales causes d'hospitalisation chez les adultes.

##### **1.4.1.2.2 La consommation d'alcool et de drogues**

Le Nunavik compte une plus faible proportion de personnes buvant de l'alcool que le reste du Québec, mais ceux qui en boivent sont plus susceptibles d'avoir une consommation excessive (cinq consommations ou plus lors d'une même occasion). Duhaime et al. (2015) précisent qu'au Nunavik, en 2004, 43 % de la population de 15 ans et plus avait eu une consommation élevée d'alcool une à trois fois par mois au cours de la dernière année (13 % dans le reste du Québec) et 25 % une fois par semaine et plus (7,5 % dans le reste du Québec). Cela explique certains comportements à risque élevé comme les actes criminels, la négligence parentale, les abus sexuels ou physiques,

---

<sup>31</sup> <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x2013012-fra.htm>

<sup>32</sup> Le Nunavik en chiffres-Version intégrale, Duhaime, Lévesque et Caron (2015)

ou encore la conduite avec facultés affaiblies. Le taux de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est quatre fois plus élevé qu'ailleurs au Québec.

En 2004, quatre femmes sur dix ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse ce qui augmente le risque de syndrome d'alcoolisme fœtal et donc de problématiques de santé pour les enfants en bas âge.

Par ailleurs, en 2004, on estimait que 60 % de la population avait consommé de la drogue dans la dernière année soit un taux quatre fois plus élevé qu'ailleurs au Canada. La consommation de cannabis est répandue, entre 80 et 90% des hommes de 15 à 25 ans en 2004, et celle de cocaïne ou d'amphétamine est en hausse.

#### 1.4.1.2.3 L'obésité et les maladies chroniques

En 2004, moins de 12% des adultes consommaient chaque jour la quantité de fruits et légumes recommandée. Plus de la moitié des Nunavimmiut étaient en surpoids voire obèses. Les impacts sur la santé sont nombreux notamment le risque de maladies cardiovasculaires, touchant environ 15% de la population par année, ou de maladies chroniques comme le diabète, touchant 6% des adultes. Notons qu'entre 1992 et 2004, soit sur une période de 12 ans, ce taux a augmenté de 45%. La prise en charge de maladies chroniques est relativement récente, mais devient un problème de santé publique au Nunavik. La sédentarisation, la baisse des activités de chasse et de pêche ainsi que le faible coût relatif des produits transformés (facteur d'obésité) et le taux élevé de tabagisme en sont les principales explications.

#### 1.4.1.2.4 La mortalité infantile

En 2009, le taux de mortalité infantile était de près de 20 pour 1000, soit près de six fois celui du Québec, principalement attribuable aux infections périnatales, au syndrome de mort subite du nourrisson ou aux anomalies congénitales. De plus, les infections de l'appareil respiratoire chez les enfants sont fréquentes, phénomène probablement lié aux forts taux de surpeuplement des logements et à leur exposition au tabagisme secondaire.

#### 1.4.1.2.5 La santé mentale, les violences et les blessures intentionnelles

La détresse psychologique est fréquente dans la région touchant une personne sur dix, surtout les jeunes. On observe une moyenne de 13 cas de suicides par année, principalement de jeunes hommes. Le taux de mortalité par suicide est 14,3 fois plus élevé que dans les mêmes groupes d'âge du reste de la province<sup>33</sup>. Le taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide est également très élevé. Selon les chercheurs, les causes seraient multiples : l'abus de substances, la violence physique et sexuelle, la faible scolarité et les conséquences des traumatismes historiques. Selon une étude de Lavoie et al. (2007), une femme sur deux et un homme sur cinq ont subi de la violence sexuelle durant leur enfance.

La violence conjugale est un problème extrêmement fréquent : en 2004, 57% des femmes disaient en avoir souffert. Les facteurs explicatifs seraient la vie en milieu isolé, le jeune âge de la première grossesse, l'abus de substance, la violence dans l'enfance. S'ajoutent à cela des facteurs plus structurels : l'héritage des pensionnats ou la pénurie de logements. La violence entraîne en moyenne deux décès par année et une soixantaine d'hospitalisations, surtout chez les hommes.

Les traumatismes non intentionnels tels que les collisions entre véhicules, les noyades ou les chutes sont responsables d'environ 12 décès par année et environ 170 hospitalisations. Enfin, le taux de crime sur la personne, en 2003, était une fois et demie supérieur à celui du reste du Québec.

#### 1.4.2 Le concept de transmission intergénérationnelle du traumatisme

Personne ne fait le lien. De mauvais Indiens, de mauvais Inuits. Des Inuits ivrognes. Des Indiens ivrognes. C'est tout ce qu'ils voient! Mais nous ne serions ni des Inuits ivrognes ni des Indiens ivrognes si nous n'avions pas été victimes de mauvais traitements quand nous étions enfants, si nous n'avions pas été victimes de voies de fait et de gestes semblables. (Weeltuk, S., 2010, citée dans Ils sont venus comme des enfants, Rapport de la Commission de Vérité et de Réconciliation du Canada, 2012)

---

<sup>33</sup> Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée (2004).

Selon la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la santé est un « état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>34</sup> ». De plus, « sans la santé mentale, la santé physique est impossible » (Kolappa, Henderson et Kishore, 2013 :3). Hart (2002) précise :

Une personne a atteint l'équilibre lorsqu'elle est en paix et en harmonie dans son humanité physique, émotionnelle, mentale et spirituelle ; avec les autres dans sa famille, dans sa communauté et dans sa nation, et avec tous les êtres vivants, y compris la terre et le milieu naturel. ( :41)

Nous l'avons expliqué plus tôt dans ce travail, les pratiques coloniales du milieu du 20<sup>e</sup> siècle ont eu des répercussions dévastatrices sur les populations. De plus, les pensionnats ont eu des effets catastrophiques sur le bien-être et la santé des Inuit y ayant vécu, mais aussi sur les générations suivantes. Alors que les communautés traditionnelles étaient structurées autour de la famille nucléaire et de la famille élargie et, en retirant les responsabilités d'éducation des enfants à la communauté, cela a contribué à briser les liens et toute la cohésion sociale (Tait, 2003). Selon Greenwood (2009), « sans relations, la sphère collective est fragmentée et l'interdépendance qui a assuré la survie des communautés est compromise » ( :61). Dieter (1999) précise que le traumatisme des pensionnats s'étend sur quatre à cinq générations. Le rejet de leur identité en tant que peuple autochtone par les jeunes générations a contribué à créer un fossé entre les enfants et leurs parents ou les aînés (McLeod, 1988), à l'intériorisation d'un sentiment d'infériorité et de honte, à des sentiments d'impuissance et de perte de structure et de cohésion, que ce soit au sein des familles ou des communautés (Tait, 2003). Les pensionnaires ont développé une mauvaise estime d'eux-mêmes, des symptômes d'anxiété, de dépression, de manque de confiance en eux, de colère et d'hostilité (Tait, 2003) qui se sont traduits, notamment, par des familles dysfonctionnelles, des abus divers (drogues, alcool, violence conjugale).

Bombay, Matheson et Anisman (2009) présentent un modèle de transmission intergénérationnelle du traumatisme par des processus sociaux (Figure 1.4). Dans ce modèle, les expériences négatives vécues dans l'enfance d'une première génération

---

<sup>34</sup> <http://www.who.int/about/mission/fr/>

(maltraitance, négligence, abus, dysfonctionnement familial, par exemple) ont comme conséquence une mauvaise estime de soi, des comportements négatifs et la mise en place de mauvaises stratégies d'adaptation. Ces trois facteurs ont eu aussi des conséquences : plus d'expérience de stress (pauvreté, violence, agressions), des problèmes de santé mentale et des réactions plus marquées aux facteurs de stress ce qui entraîne des déficiences dans les compétences parentales. La génération qui suit sera exposée elle aussi à de mauvaises expériences pendant l'enfance et développe à son tour des comportements négatifs, et ainsi de suite, perpétuant le cycle. Selon ces auteurs, la transmission intergénérationnelle du traumatisme touche les familles, mais aussi les communautés autochtones : les effets individuels sont tout aussi importants que les effets collectifs. Ceux-ci incluent :

[...] un déclin dans les relations sociales traditionnelles dans la famille et dans la communauté, le déclin de la production de subsistance et des activités de distribution et la perception d'une augmentation de la consommation d'alcool, de l'usage des stupéfiants et de la violence domestique et des problèmes associés. (Bombay et al., 2009: 23).

Cela a modifié la dynamique sociale, les processus, les structures et le fonctionnement de la société. Evans-Campbell (2008) ajoute que la perte de beaucoup d'enfants de manière simultanée pendant l'ère des pensionnats a eu des implications considérables sur la souffrance émotionnelle et a entraîné des pertes de capacité humaine, ainsi qu'une incapacité de la communauté à protéger sa langue et sa culture. À son tour, la communauté a été affectée par un état de malaise social et un affaiblissement des structures sociales. Il est alors difficile pour les individus de briser le cycle de traumatisme intergénérationnel dans un environnement qui voit le dysfonctionnement comme la norme et où il manque des modèles de rôle forts et du soutien de la part de la communauté.

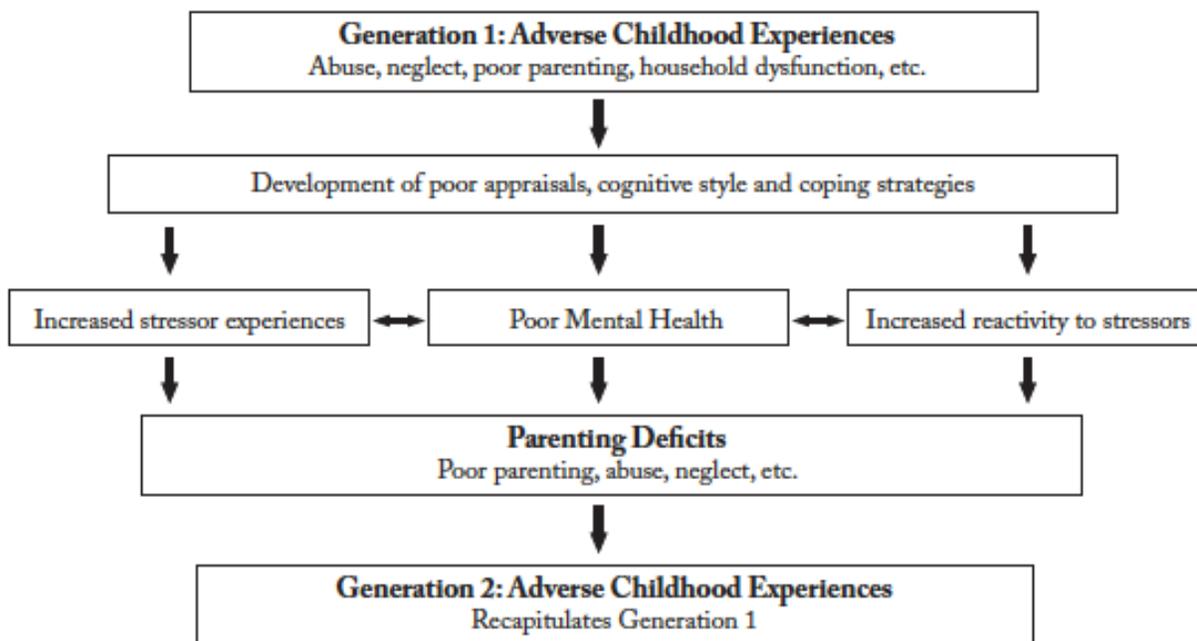


Figure 1.4 — *Le modèle de transmission intergénérationnelle du traumatisme* (Bombay et al. 2009, p.16)

Selon l'article de Aguiar et Halseth (2015), afin de briser le mécanisme de transmission du traumatisme, il faudrait « ré-établir un sentiment fort de fierté et d'identité culturelle, en reconstruisant les familles et les communautés [...] et réduire les disparités socio-économiques qui perpétuent le traumatisme intergénérationnel en s'ajoutant aux tensions subies par les Autochtones dans la vie quotidienne » (:10). Les auteurs soulignent qu'il faudra « non seulement traiter les symptômes de ce traumatisme, mais aussi sa guérison et la reconstruction au niveau individuel, des familles et des communautés. Les approches devront intégrer le domaine de la santé, mais aussi d'autres domaines comme l'éducation » (:25).

## 1.5 Quelques éléments de la culture inuite et la conception des soins et de la santé

Comme Roy (2002) le souligne, il nous a été souvent mentionné dans nos entrevues que les Inuit semblent accorder assez peu d'importance à leur santé. On constate « un écart important entre la conception professionnelle de la santé et celle vécue, intégrée, assumée dans le quotidien des acteurs d'un milieu social donné. Il s'avère que [...] la

santé n'est pas d'emblée vécue sous le même éclairage [...] la santé n'appelle pas les mêmes valeurs, les mêmes critères chez tous les groupes sociaux, chez tous les peuples, dans toutes les cultures. » (:26-28).

Il nous paraît donc important de faire ressortir quelques traits caractéristiques de la culture inuite pouvant avoir un lien sur la conception de la santé, de la maladie et de sa prise en charge. Nous souhaitons aussi révéler les acteurs impliqués dans les soins de cette communauté. Notre ambition n'est pas d'offrir un exposé exhaustif, mais bien de mettre en lumière quelques éléments culturels avec le plus d'objectivité possible. Pour cela, nous nous baserons principalement sur des travaux d'anthropologues.

### **1.5.1 La temporalité**

Dans son article de 2005, Bordin souligne que les notions de temps et de gestion du temps chez les Inuit ont été fortement ébranlées par divers facteurs :

Les grandes mutations sociales, économiques et institutionnelles (christianisation, sédentarisation, scolarisation, développement de l'économie de marché et du travail salarié) vécues tout le long du XXe siècle [...] ont créé des tensions majeures entre pratiques traditionnelles du temps et les contraintes à heures fixes de la sphère publique. (:100)

Les Inuit ont tenté de « domestiquer » le temps, mais leur système de repérage n'était pas le même que celui des colons occidentaux. Ainsi, la perception du temps n'est pas linéaire chez les Inuit, elle est cyclique et la vie humaine est une phase dans un grand mouvement circulaire. Individuellement, la vie sociale est marquée chronologiquement par des rites de passage : la transmission du nom au nouveau-né du dernier défunt de la communauté, la capture du premier animal ou la confection de la première pièce cousue avec l'objectif d'être prêt au mariage : la capture d'un gros gibier ou la confection d'une paire de bottes. Bordin (2005) précise : « de tels marqueurs rituels projetaient ainsi les Hommes, individuellement et collectivement, bien au-delà des cycles quotidiens, saisonniers ou annuels, et contribuaient à la construction d'une histoire et d'une mémoire à beaucoup plus long terme et sur plusieurs générations » (:116).

Par ailleurs, le temps n'est que rarement un facteur limitant quelle que soit l'activité en cours et, par exemple, l'heure de prise des repas n'est pas régulière. La notion d'heures fixes, précises et déterminées à l'avance, n'a donc pas de sens dans la culture inuite, comme l'illustre l'exemple de cette fillette qui à l'âge de huit ans a dû se conformer au rythme scolaire :

On devait se lever même si on avait encore sommeil et aller à l'école à neuf heures. Dans les campements, on avait l'habitude de se lever quand on voulait. Ce n'est pas comme si on dormait toute la journée. On se levait tôt dans les campements [...] Mais on se levait quand on avait fini de dormir. ( :126)

Par ailleurs, Gombay (2009) relate dans son article avoir eu une conversation avec un Inuk sur le concept de « promesse » ou « contrat », qui porte en soi un engagement futur. Il lui a alors expliqué que ces mots n'existent pas en inuktitut parce que les Inuit « ne pensent pas que le futur soit prévisible et contrôlable » [traduction libre] ( :7). L'auteur ajoute que les Inuit pensent au présent, dans une perspective de survie. De nos jours, celle-ci dépend majoritairement de l'argent qu'ils reçoivent de leurs emplois, ils se voient donc obligés de se conformer à une conception eurocanadienne du temps.

Si l'adoption du calendrier grégorien est maintenant acquise par les Inuit, Bordin (2005) souligne qu'ils n'ont pas complètement renoncé à leur conception traditionnelle du temps : « on continue à se rendre visite le soir et la nuit sans se préoccuper de l'heure et de manger quand on a faim et non à heures fixes » ( :128).

Forts de cet éclairage, on peut mieux cerner les mésententes ou les conflits que cela peut engendrer entre les Inuit et les *Qallunaat* (non inuit).

### **1.5.2 La famille**

Selon la Commission Royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996a), dont l'objectif était de donner des recommandations visant à améliorer les relations entre les peuples autochtones et le Canada, la famille constitue le fondement de la culture, de la société et de l'économie inuites. Hervé (2015) précise :

La famille n'est pas comprise comme une sphère restreinte ou circonscrite. Elle est extensive. Il y a donc des degrés variables d'appartenance au réseau familial qui

inclurait des positions proches (père, mère, frères, sœurs puis oncles, tantes, cousines), des positions plus éloignées (tous les autres parents), et des positions encore plus éloignées (compagnon de travail, de chasse). (: 85)

La famille est donc au centre de la culture inuite, mais aussi d'un réseau social plus vaste et il semble difficile d'en dessiner des frontières. L'adoption traditionnelle, le don d'un enfant à un autre membre de la communauté, pratique très courante au Nunavik, est un mécanisme qui favorise les liens entre les individus : presque chaque famille a un enfant adopté ou un enfant en adoption. Le nouveau-né, ce « bien social », circule au sein d'un réseau de parenté et permet de renforcer les liens entre ses membres, mais aussi à soutenir les familles adoptives (Labbé, 1987). Ainsi, les facteurs biologiques revêtent peu d'importance dans la reconnaissance du groupe qu'un Inuk identifie comme sa famille. Les adoptions ou les mariages redéfinissent régulièrement les membres d'une même famille (Decaluwe, Poirier et Muckle, 2016).

Par ailleurs, lors d'audiences publiques de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996b), plusieurs membres des communautés autochtones ont rappelé le rôle crucial joué par la famille dans le processus de guérison individuel et collectif. Fletcher et Riva (2016) précisent que, dans les termes inuit, « être en bonne santé », signifie « se situer parmi des gens et des familles attentionnés, qui disposent tous d'un environnement physique et social rassurant et sûr dans lequel vivre » (: 10).

### **1.5.3 Une structuration sociale complexe**

Comprendre les dynamiques sociales dans un village inuit, c'est aussi tenter de situer les relations de pouvoir. Avant la sédentarisation, le poids des figures de pouvoir variait en fonction de la structure du groupe, des saisons, de la recomposition du groupe avec les différentes alliances. Bref, « la structuration des relations de pouvoir avant la sédentarisation était très flexible » (Hervé, 2015 :162). C'est encore vrai actuellement même si certains membres tendent à dominer les relations plus durablement.

Tout d'abord, Hervé (2015) précise que les notions de « chef » ou de « *leader* » telles que comprises par les *Qallunaat* (non inuit) ne renvoient pas à une réalité inuite. Elles n'ont pas de pertinence pour la communauté. En son sein, il y aurait plutôt « des

hommes influents et importants, de grands chasseurs et des prêcheurs qui étaient suivis » (:153). De la même manière, il n'existe pas de terme pour traduire l'idée d'ordonner ou d'obéir en inuktitut, on emploie plutôt l'idée d'«écouter attentivement» ou de « suivre » (en réponse à une contrainte). Actuellement, il existe un terme officiel pour traduire *leader*, « siviluqti », « celui qui est devant », renvoyant à un contexte plus institutionnel et contemporain. Ces dispositifs discursifs qui imposent des limites au pouvoir sont renforcés par des mécanismes sociaux notamment l'aide et le partage.

Il existe une pression sociale très forte sur ceux qui possèdent plus que les autres pour qu'ils redistribuent leur richesse. Ceux qui ne cèdent pas à cette pression peuvent être critiqués, discrédités, voire dans certains cas menacés ou isolés de la communauté. (Hervé, 2005 :155)

Le pouvoir personnel est donc étouffé au profit du groupe.

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

Attribué, le pouvoir est aussi situé, changeant selon les circonstances, cette fonction est assignée à une personne qui, dans une situation donnée, est la plus à même d'assurer le bien-être et la survie du groupe. Par exemple, dans un contexte de chasse, ce sera la personne qui connaît le territoire ou qui a les moyens de locomotion, dans un contexte de conflits familiaux, ce sera la personne qui a le plus d'expérience, souvent un aîné. Cette domination est donc éphémère et elle peut être autant attribuée à une femme ou un à homme (Hervé, 2005).

Actuellement, dans les villages, le pouvoir peut aussi s'étendre et persister dans le temps: certaines personnes peuvent accumuler des capitaux pour être influentes, et ce, dans plusieurs domaines. Hervé (2015) donne l'exemple d'un aîné, Quitsak Taqriasuk, avec de nombreux enfants et petits-enfants, chasseur expérimenté possédant divers

moyens de transport. Il accumule à la fois un capital social, un capital matériel et un capital immatériel (Hervé, 2015 :169). Cela lui confère une situation de pouvoir qui peut persister dans le temps voire devenir permanente. Hervé précise : « Quitsak est reconnu comme une personne qui aide énormément les autres et il est respecté par tout le monde dans le village » ( :169).

Au sein de ce système social complexe, le rôle des aînés est important à souligner. Détenteurs et vecteurs de transmission des savoirs ancestraux, ils ont une place privilégiée dans la culture inuite. De par leur longue expérience, ils sont respectés - voire craints - par la communauté, comme illustre Hervé (2015) par cet échange avec un jeune Inuk à propos de sa grand-mère :

- Est-ce que tu peux lui dire non ?
- Non, c'est impossible.
- Pourquoi ?
- Elle est ma grand-mère. Le respect, je l'aime aussi ma grand-mère. ( :172)

L'auteur ajoute

Aujourd'hui les aînés se souviennent de la crainte et du respect qu'ils ressentiaient lorsqu'ils étaient jeunes envers les adultes et les personnes âgées. Ce respect passait notamment par le fait que les plus jeunes n'avaient pas le droit d'écouter les conversations des adultes ni de leur poser des questions. (Hervé, 2005 : 172)

De nos jours, ce respect tant à s'amoinrir comme nous l'explique Daniel Michaud, travailleur social au Nunavik pendant plus de deux décennies :

L'autre jour j'étais avec Louisa [...] On était dehors [...] Louisa fumait et y avait des tables de pique-nique [...] Quatre ou cinq jeunes Inuit étaient là. Louisa les connaît tous puis ils n'ont pas parlé avec Louisa.

- Louisa m'a dit : « ça change la vie ? »
- « Pourquoi tu dis ça ? »
- « Regarde je les connais tous. Si je ne leur avais pas parlé, ils ne m'auraient jamais parlé. (E06)

Louisa insinue ici qu'auparavant, ces jeunes, par respect pour sa place d'ainée, seraient venus discuter avec elle.

Taamusi Qumaq dans son autobiographie de 2010 le souligne aussi : « [...] avant que les Inuits ne deviennent sédentaires et que les écoles n'existent sur notre territoire, les

enfants respectaient davantage leur père ou leur mère. Ils étaient plus faciles à discipliner » (:134).

#### **1.5.4 La santé, la maladie, la prévention et la guérison**

Dans son article de 1995, Therrien prend une approche ethnolinguistique pour appréhender les représentations liées à la maladie, la classification des maladies, au corps en bonne santé ou encore à la guérison et la prévention. Selon elle, cette analyse « donne accès à ce qui se situe d'emblée au cœur de la culture » (Friboug, 1981, cité dans Therrien, 1995 :71). Dans la culture inuite, la maladie « ne représente ni une expérience ni un concept autonomes, [elle] s'inscrit dans un ordre du monde fondé sur des échanges entre les vivants, les morts, les êtres surnaturels et les diverses configurations de l'environnement naturel » (:72).

Ce respect et cet attachement des Inuit pour leur milieu naturel se retrouvent dans le choix des syntagmes<sup>35</sup> pour identifier certaines parties anatomiques ou certains éléments corporels. Ainsi, les différents fluides du corps sont nommés à partir des étendues d'eau du territoire, le bord des yeux et le bord de la banquise portent le même nom puisqu'ils ont en commun une surface sèche (la peau, la glace) et une surface humide (l'œil, l'eau libre) ou encore, les personnes chauves portent le nom des îles sans verdure. Le corps, lui, subit des violences associées aux excès imposés au paysage par des éléments naturels (blizzard ou refroidissements et réchauffements soudains) : le même syntagme « ikullaumijuk » se traduit à la fois par « la température après avoir été très mauvaise s'améliore » et « l'individu cesse d'être malade » (:75)

Bernard Saladin D'Anglure (2006) rapporte dans son ouvrage avoir discuté avec un Inuk du Nunavik qui se rappelait de sa naissance qu'il décrit avec des images et du vocabulaire de la banquise :

Je me souviens que je devais passer par un tunnel très étroit. [...] Je ne réalisais pas que ce passage était à l'intérieur de ma mère, je pensais que c'était une crevasse dans la glace. [...] J'ouvris [les yeux] après que je fus né [et] tout ce que

---

<sup>35</sup> Therrien précise que le terme « mot » ne se retrouve pas en inuktitut, elle utilise donc le terme « syntagme » pour qualifier une unité composée d'éléments multiples (:83).

je vis alors fut deux petites falaises de chaque côté [...]. Je vis quelque chose de bleu et deux petites falaises qui étaient tout à fait semblables... C'était probablement les cuisses de la mère. (Piita Pitsiulaaq cité dans Saladin d'Anglure, 2006 :38)

Le concept de santé se traduit par « Qanuinniq » qui signifie que « les choses n'aillent pas mal ou qu'il n'y ait pas de malheur » (:77). Ainsi, lorsque les Inuit se saluent, ils demandent : « Qanuippit ? » traduit littéralement par « Ne vas-tu pas mal ? N'y a-t-il pas de malheur pour toi ? », question à laquelle ils répondent « Qanuinnitunga » ou « Oui, je ne vais pas mal, il n'y a pas de malheur. » (:76). La santé est donc un ordre des choses, un équilibre (donc une absence de dysharmonie ou de désordre) et une disposition naturelle du corps. Par ailleurs, cet état fondamental et premier offre une liberté d'action qui permet l'interaction sociale.

Je vais bien si mon corps va bien, si je vais travailler, si je peux faire tout ce que je veux, si je peux aller où je veux, si je peux aller chasser et ramener toute la nourriture que j'aime. Je vais bien lorsque je ne me fais pas de soucis, lorsque je ne me décourage pas, lorsque je n'ai pas peur de ce que je vois. [...]. (Taamusi Qumaq cité dans Therrien, 1995 :77)

Le nom transmis au nouveau-né par un défunt de la communauté est le garant de sa santé et de sa longévité, mais aussi lui donne la force nécessaire pour résister aux maladies : « porter le nom d'un ancêtre, c'est être le bénéficiaire du pouvoir de l'autre » (Taamusi Qumaq cité dans Therrien, 1995 :81). Le nom renforce donc le « capital santé » préparé par la mère.

Dans la culture inuite, le corps est un ensemble d'espaces, semblables et différents à opposer ou à rapprocher les uns des autres. La maladie en affectant une partie du corps affecte l'ensemble des espaces corporels. Les soins traditionnels mettent d'ailleurs l'accent sur la totalité de la personne en tant qu'être biologique, social, culturel et religieux. Ils allient geste individuel à l'action collective ce à quoi s'ajoutent la parole chantée, les tambours et la danse. La guérison dépend d'ailleurs non seulement de l'énergie individuelle, mais aussi du collectif, comme l'explique Taamusi Qumaq :

Lorsque je suis malade, je me dis que je pourrais être aidé par les infirmières et que je pourrais prendre des médicaments. Je pense surtout que si je mangeais la nourriture que j'aime, je guérirais plus vite. Je me dis que si ma famille était près

de moi, je guérirais. Cela m'est arrivé d'être malade à un moment où la famille était dispersée et je disais : pourvu que vienne quelqu'un de ma famille. (Taamusi Qumaq, cité dans Therrien, 1995 :81).

Par ailleurs, pour guérir, les individus doivent changer les dynamiques en agissant de manière contre-intuitive, en les inversant en quelque sorte: lors d'une vive douleur, il faut retenir ses cris ou encore sembler inattentif ou indifférent à la maladie. La prévention, elle, s'appuie sur des valeurs et des règles de conduite, comme, par exemple, être confiant à l'égard de la vie, être généreux, d'humeur égale et modeste qui concernent à la fois les rapports sociaux, mais aussi l'environnement naturel. Quant au succès des cures, elles viennent de la capacité de l'individu à mobiliser les forces dynamiques qui l'entourent, que ce soit la famille, les défunts, la faune, la flore, la nature ou les esprits (:82).

Enfin, la langue inuite isole quatre types de maladies selon des oppositions visible/invisible ; maîtrisable/non maîtrisable et absence/ présence d'inquiétude (:72-73). Therrien (1995) en offre une catégorisation en les liant avec le langage et les diagnostics biomédicaux.

- « Aanniaq » est un mal visible, évident qui concerne l'anatomie externe dont la sensation douloureuse devrait s'amenuiser jusqu'à une guérison certaine. On retrouve, les différents maux (de tête, de dents, d'oreille), les indigestions, les infections dermatologiques.
- « Aanniniq » représente une douleur consécutive à un choc (les causes sont connues). État souvent transitoire, il est susceptible d'évoluer. Les coupures, les brûlures ou les fractures en sont des exemples.
- « Qanima » est un mal qui se situe à l'intérieur du corps, mal connu, voire inconnu, et dont on ne sait pas si la personne guérira rapidement. Cette catégorie inclut la grippe, l'asthme, la tuberculose, les infections cardiaques ou rénales et les cancers.
- « Piusirluniq » représente les handicaps de naissance, ou non, comme la surdité, la c civit , les malformations ou les problèmes de motricité.

L'auteur ajoute que, pour les Inuit, ce n'est pas le mal en soi qui est déterminant, mais la connaissance, ou non, de la thérapeutique la plus appropriée. Ainsi, l'infection cutanée est en bas de l'échelle alors que la santé mentale est au sommet, puisqu'elle affecte ce

qu'un Inuk a de plus précieux, sa faculté à communiquer : « cette affection psychique est une mort sociale [...] plus lourde à porter que la mort physique » (:82). Pour s'en prévenir, Therrien explique :

Les femmes inuites ont souvent dit que leurs parents leur avaient appris, pour éviter les états de prostration, à s'habituer à réfréner leurs élans : ne pas trop aimer un aîné, un enfant, un homme, une femme, pour que, lorsque les événements de la vie séparent les êtres, la douleur soit maîtrisable. Une économie des passions en quelque sorte et une préparation à la séparation par l'expérience anticipée du deuil. (:74)

Par ailleurs, Taamusi Qumaq, cité dans Therrien (1995) précise que les anxiolytiques ou les antidépresseurs ne sont pas adaptés à la culture inuite, « la personne dépressive ne [pouvant] être aidée que par son entourage, par quelqu'un de sa propre culture » (:74).

Les soins de santé offerts à la communauté inuite sont calqués sur le modèle occidental dans une perspective biomédicale. Pourtant, culture et santé ne peuvent être dissociées et il semble pertinent de faire ressortir quelques traits culturels qui pourraient avoir un impact sur la relation de soins avec les professionnels de la santé et la prise en charge de l'individu, la famille ou la communauté.

Fletcher et Riva (2016) défendent une conception de la santé en tant que « champ d'action dont la complexité sociale et historique produit des schémas de mal-être, de maladies et de souffrance » (:7). Ainsi, nous souscrivons à l'idée que les disparités en matière de santé sont le produit de l'action humaine, des événements historiques et de la structuration politique, « la vie des gens s'inscrivent toujours dans des contextes qui peuvent favoriser ou non la santé » (Fletcher et Riva, 2016 : 9). Il convient alors de comprendre non seulement l'historique des relations avec le Canada et le Québec, mais aussi certains traits culturels et sociaux.



## Le médévac (Notes de terrain)

Linda m'avait promis que, si durant mon séjour il y avait une évacuation par avion pas trop complexe, elle s'arrangerait pour que je puisse suivre l'infirmière.

En ce jeudi soir, alors que je soupais avec une nouvelle infirmière communautaire de retour au Nord après 30 ans (« tu peux sortir du Nord, mais on ne sort pas le Nord de toi » m'a-t-on expliqué plusieurs fois lors de mes entretiens), on reçoit un appel provenant de l'unité de soin: il faut aller chercher un patient à Salluit.

À peine arrivée à l'hôpital, je rejoins l'infirmière de garde avec qui je pars en médévac. Tout a été organisé entre les infirmières du village et celles du département, les pilotes du Dash 8 d'Air Inuit préparent l'avion, la trousse de médévac est prête et vérifiée, l'ambulance nous attend pour nous déposer directement sur le tarmac de l'aéroport.

À plus de 22h, le froid est vif et explosif. Nous ne sommes que quatre dans l'avion: les deux pilotes, l'infirmière et moi. Il y a peu d'espace: quatre banquettes d'une place et demie, dont deux que l'on rabattra pour placer la civière et deux sièges au fond de l'avion.

L'infirmière m'impressionne par son calme, ses gestes et ses indications aux pilotes sont précis, et si elle sait qu'on ne peut pas anticiper ce qu'il peut se passer pendant les trois heures qui vont suivre, elle ne laisse paraître aucune trace d'anxiété. Nous voilà donc partis pour 55 minutes de vol dans un ciel plein d'aurores boréales. Assise, ou plutôt recroquevillée pour contrer les multiples courants d'air, à les contempler, je peine à me réchauffer et ne peut m'empêcher de me dire que l'on place nos vies entre les mains de ces pilotes, « les meilleurs pilotes de brousse » m'avait assuré Linda !

Finalement, nous arrivons à Salluit, il y a beaucoup de vent et le froid est encore plus dur - il doit faire environ -55 ressentis-, nous sortons de l'avion pour aller prendre le rapport de l'infirmière du CLSC dans l'ambulance qui est déjà là. Le rapport prend à peine cinq minutes, c'est un jeune adolescent à qui l'on suspecte une crise d'appendicite ou un objet dans l'abdomen. Il lui faut une radio, équipement qui est disponible uniquement à Puvirnituk.

Sa maman est avec lui et après de courtes présentations, on embarque tous dans l'avion. La civière est bien accrochée, la maman du jeune homme est assise avec moi à l'arrière de l'avion, l'infirmière s'accroupit près de la civière et commence à parler au patient « *Do you have any pain ?* ». Peu bavard, elle essaie de maintenir le contact « *What is the name of your teacher ?* » tout en préparant le soluté qu'elle lui installera. « Le problème, c'est le froid : tout est froid : le soluté, le matériel », me dit-elle en chauffant sa ligne de soluté entre ses mains et en secouant la poche. Elle attend un peu avant de lui prendre sa pression et, avec beaucoup de délicatesse, sortira le coude de l'adolescent de sa couverture de survie pour lui placer le soluté.

Tout le long de la procédure, elle parle au patient et lui explique ce qu'elle fait avant de partir s'asseoir et de remplir le dossier, et ce, une bonne partie du trajet de retour. Le patient est calme, sa maman somnole et les aurores boréales continuent de nous entourer. Après une 1h15 de trajet, nous voici de retour à Puvirnituk où l'ambulance nous attend. Arrivé à l'hôpital, le patient est tout de suite pris en charge par l'équipe de nuit de l'unité de soin, l'infirmière prend le temps de faire son rapport, termine de remplir son dossier et les statistiques (quel type de médévac, quel patient, quel village) avant de repartir chez elle dans la nuit noire, vers 1h du matin.



## **CHAPITRE 2**

### **LES APPROCHES THÉORIQUES MOBILISÉES**

Compte tenu du caractère exploratoire de cette recherche, nous avons choisi d'articuler trois principaux champs théoriques : 1) l'apprentissage et, plus particulièrement, l'apprentissage expérientiel porté par Kolb (1984) ; 2) la notion de parcours conceptualisée par Zimmermann (2014) et 3) le concept de compétences-clé (discriminantes de la performance), portées à l'origine par McClelland et son équipe (Spencer et Spencer, 1993) ainsi que les théories qui sous-tendent le discours sur la compétence, sa définition et ses liens avec la performance.

Par ailleurs, pour analyser en profondeur les parcours d'apprentissage des infirmières nordiques, nous avons décidé d'utiliser la perspective stratégique développée par Crozier et Friedberg (1977) à la fois pour la force de ses concepts, mais aussi pour la grande cohérence de sa grille d'analyse. Compte tenu de la complexité du contexte et des situations d'apprentissage des infirmières, l'analyse stratégique nous permet d'offrir une compréhension rigoureuse et en profondeur des dynamiques relationnelles entre les acteurs, des stratégies qu'ils déploient et de leurs impacts sur l'apprentissage. Nous reviendrons plus en détail sur les arguments soutenant ce choix plus tard dans ce travail.

Cette partie sera donc organisée comme suit (Figure 2.1) : nous présenterons d'abord les trois champs théoriques mobilisés avant de faire un lien avec la littérature existante sur la pratique en rôle élargi dans les dispensaires des populations autochtones du Canada. Cela nous permettra de justifier nos questions de recherche et leur pertinence aussi bien au niveau théorique que pratique. Ensuite, nous présenterons le modèle de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) qui nous a servi de grille de lecture de ce phénomène complexe.

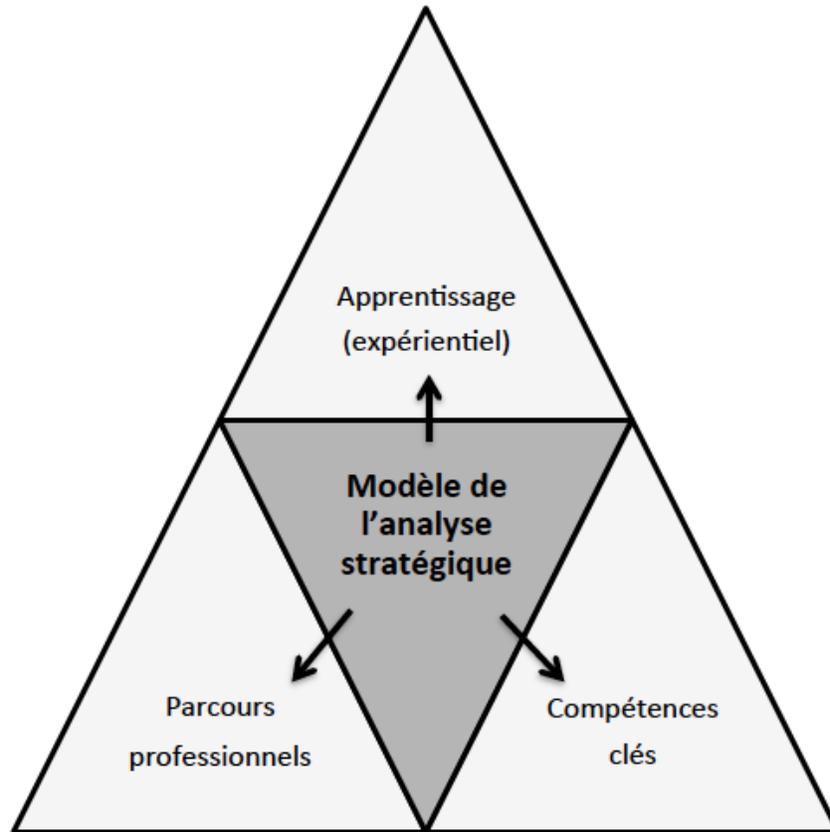


Figure 2.1 — *Les champs théoriques mobilisés*

## 2.1 L'apprentissage

### 2.1.1 Les quatre grands courants théoriques de l'apprentissage

L'intérêt pour le processus d'apprentissage n'est pas nouveau : pendant l'antiquité, Socrate et Sénèque avaient déjà écrit sur la nature de l'apprentissage. Au XVI<sup>e</sup> siècle, les idées de Vives ou Comenius ont fortement influencé l'enseignement. Plus récemment, Herbart, fondateur de la didactique moderne, a été considéré comme le précurseur des études scientifiques en pédagogie. Néanmoins, ce n'est qu'avec l'affirmation de la psychologie de l'éducation au début du XX<sup>e</sup> siècle que le processus d'apprentissage a fait l'objet d'études de plus en plus systématiques (De Corte, 2010). La vaste question du « comment apprend-t-on ? » a suscité de nombreuses réflexions et quatre grands courants se sont distingués : le courant behavioriste, le courant cognitiviste, le courant constructiviste et le courant socioconstructiviste. Chacun d'eux

propose un regard différent, et complémentaire, sur l'apprentissage et aide à mieux en comprendre le processus.

Selon la conception behavioriste, dont les représentants sont Skinner (1953 ; 2001) ou Pavlov (1963), l'apprentissage est une modification durable du comportement résultant d'un entraînement particulier. Considérant l'esprit comme une « boîte noire », ce courant exclut toute référence aux processus mentaux et dénie leur accès par l'introspection pour n'admettre que les comportements observables, mesurables et conditionnés selon des principes scientifiques stricts. Pour vérifier un apprentissage, il faut donc mesurer le comportement initial puis le comportement final et établir la différence entre les deux. Cette science du comportement met de l'avant l'importance du contexte ou de l'environnement dans l'apprentissage. Il est important de souligner que les behavioristes ne nient pas l'existence de processus mentaux, mais ils estiment qu'ils ne peuvent y avoir accès. Par conséquent, ils s'interdisent de faire des hypothèses sur les processus invisibles du cerveau. En ce sens, les behavioristes se réfèrent indiscutablement du courant matérialiste : ils choisissent de décrire ce qu'ils peuvent observer de l'extérieur. Si, cette vision de l'apprentissage peut être considérée comme réductrice, elle a le mérite d'être simple, opérationnelle et efficace.

En réaction au courant behavioriste s'est développé le courant cognitiviste, dont un des représentants est Kurt Lewin (1947). Selon ce dernier, le seul apprentissage qui influence réellement le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie. En ce sens, le courant cherche à réintroduire les phénomènes mentaux et les processus cognitifs internes dans le processus d'apprentissage. Son objet est donc la connaissance, la mémoire, la perception et le raisonnement. Il existe deux pans de la psychologie cognitive. La première s'inspire de la représentation des opérations qui se déroulent dans un ordinateur et assimile l'esprit humain à un système de traitement de l'information. La seconde insiste sur l'importance de l'appropriation graduelle et effective des stratégies mentales, stratégies cognitives et métacognitives jugées nécessaires à une démarche structurée de l'apprentissage. Le courant cognitiviste renoue avec la philosophie qui replace au centre de l'apprentissage l'idée de catégories de l'esprit capables d'organiser et de synthétiser les savoirs. En revanche, le contexte

d'action dans lequel opère le sujet apprenant ainsi que la dimension émotionnelle (motivation, désir d'apprendre) est peu prise en compte. Les cognitivistes vont donc plus loin que les behavioristes puisqu'ils élaborent des hypothèses sur ce qui se passe dans la « boîte noire » lors de l'apprentissage.

Le courant constructiviste s'intéresse à la fois à l'apprentissage et à l'épistémologie. Cette double entreprise conduit les chercheurs à une réflexion sur la façon dont les individus apprennent (le « comment ») et sur la nature des connaissances qu'ils acquièrent, les deux phénomènes allant de pair. Chaque apprenant construit sa réalité, ou du moins l'interprète, en se basant sur sa propre expression d'expériences passées. Les constructivistes concèdent aux behavioristes que l'environnement joue un rôle essentiel dans l'apprentissage, mais ils acceptent difficilement une conception de l'apprentissage qui repose sur une soumission exclusive du sujet à l'objet. Ils cherchent à comprendre ce qu'il se passe à des niveaux plus profonds. Ce sont les travaux de l'épistémologue et psychologue Jean Piaget (1977) sur le développement de l'enfant qui ont donné à cette conception de l'apprentissage la domination qu'elle a connue pendant plusieurs décennies. Son objectif est de comprendre selon quelles lois la connaissance se développe et se transforme c'est-à-dire, « les moyens dont l'esprit se sert pour aller du plus bas niveau de la connaissance à son étape jugée la plus achevée » (Piaget, 1977 : 37). Selon Piaget, l'intelligence humaine est un système d'opérations vivantes qui s'adapte. Les connaissances s'organisent, se structurent, se construisent par une interaction du sujet connaissant et de l'objet à connaître : il y a un échange constant entre le sujet et l'environnement. Pour cet auteur, le phénomène « apprendre » se distingue à deux niveaux : l'apprentissage au sens strict c'est-à-dire l'acquisition d'une information particulière ou d'une réponse s'appliquant à une situation spécifique (par exemple, en géographie, apprendre le nom de provinces canadiennes) et l'apprentissage au sens large qui définit l'acquisition de structures de pensée généralisables à un grand nombre de situations (compréhension plus vaste des provinces comme parties d'un état fédéral) (Dubé, 2005 : 239). Selon la perspective piagétienne, l'apprentissage n'est pas vu comme une acquisition passagère sujette à extinction, mais comme une modification durable due à l'expérience. Celle-ci entraîne une évolution des structures internes. En effet, l'apprentissage chez l'enfant est caractérisé par deux mécanismes : l'assimilation

et l'accommodation. Les expériences et les événements sont assimilés mentalement sous forme de schèmes, d'images et de concepts qui seront ensuite accommodés aux expériences et aux événements extérieurs. Ces deux mécanismes permettent un ajustement constant entre le monde extérieur et les représentations mentales des individus. Ainsi, le développement de structures, vu comme une modification durable due à l'expérience, ne saurait s'expliquer sans la composante d'un organisme assimilateur. Il n'y a donc « pas de genèse sans structures (et) pas de structures sans genèse » (1977 :153) : il ne peut exister dans l'environnement aucun élément assimilable au titre d'acquisition sans qu'en même temps soit présente dans l'organisme une structure capable de réagir et de l'adapter de manière significative. Selon Albert Einstein, Piaget a eu « une idée de génie d'une extrême simplicité » (Dubé, 2005 : 205) et son épistémologie génétique intéresse encore de nombreux pédagogues à tous les niveaux du système scolaire. En revanche, sa réflexion n'est pas exempte de critiques : certains auteurs lui reprochent d'occulter le développement affectif des individus et de minimiser les différences individuelles.

Finalement, le dernier courant est le courant socio-constructiviste porté par Vygotski (1997). Les auteurs appartenant à cette approche souscrivent aux postulats constructivistes tout en ajoutant la dimension relationnelle de l'apprentissage. Remettant en cause certains principes du cognitivisme centrés sur des mécanismes individuels et sur la vision individualiste de l'apprentissage de l'approche constructiviste, le socioconstructivisme met de l'avant le rôle fondamental que jouent les interactions sociales dans le développement de la cognition. Ainsi, la construction d'un savoir, bien que personnelle, s'effectue dans un cadre social. Contemporain de Piaget, Vygotski (1997) défend la thèse selon laquelle il ne peut y avoir de développement cognitif sans apprentissage. Pour étayer ses propositions, cet auteur suppose l'existence d'une zone proximale de développement qui « renvoie à la distance entre ce que l'individu est capable de réaliser intellectuellement à un moment de son parcours et ce qu'il serait en mesure de réaliser avec la médiation d'autrui » (Frayssinhes, 2011 : 55). Il aborde donc l'apprentissage sous l'angle de l'action structurante des nombreuses interactions que le sujet vit dans son environnement social.

Ainsi, selon la perspective des auteurs, les définitions varient : pour les behavioristes, apprendre c'est associer par conditionnement une récompense à une réponse spécifique. Pour les cognitivistes, c'est traiter et emmagasiner de nouvelles informations de façon organisée. Pour les constructivistes, apprendre c'est construire et organiser ses connaissances par son action propre. Enfin, pour les socioconstructivistes, c'est co-construire ses connaissances en confrontant ses représentations à celles d'autrui.

Néanmoins, les psychologues de l'éducation s'accordent majoritairement autour d'une vision socioconstructiviste de l'apprentissage précisant qu'il est autorégulé par l'apprenant (les apprenants étant acteurs de leur apprentissage que ce soit au plan métacognitif, motivationnel et comportemental), il est contextuel c'est-à-dire en interaction avec le contexte social et culturel et, enfin, l'apprentissage est collaboratif : il n'est pas seulement une activité individuelle, mais fondamentalement une activité partagée (De Corte, 2010). Par ailleurs, on constate que le terme apprentissage se définit comme produit, processus ou fonction. En tant que *produit*, l'apprentissage résulte de l'acquisition et de la maîtrise de connaissances que l'on a déjà sur un sujet (résultat final ou conséquence de la formation). En tant que *processus*, l'apprentissage est la conséquence de l'élargissement ou l'éclaircissement de la signification de sa propre expérience (ce qui se produit au cours de la formation qui vise un objectif particulier). Enfin, en tant que *fonction*, l'apprentissage constitue un processus structuré et délibéré pour vérifier la pertinence de ses idées pour des problématiques spécifiques (aspects primordiaux de l'apprentissage tels que la motivation, la mémorisation et le transfert qui sont supposés permettre les changements de comportements) (Knowles, 1990 ; Carré et Charbonnier, 2003).

Plus généralement, une définition de l'apprentissage est proposée par le dictionnaire Larousse: « ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par l'animal ou l'homme pour élaborer ou modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience »<sup>36</sup>. Pour Dewey (1969), apprendre, c'est réfléchir sur son expérience. C'est un processus dialectique, cumulatif et évolutif qui intègre expérience et théorie, observation et action. Enfin, pour Kolb

---

<sup>36</sup> <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/apprentissage/22390>

(1984), « apprendre, c'est un processus selon lequel la connaissance est créée par la personne à travers la transformation de son expérience » ( :41).

Trois constats ressortent de ces définitions et sont communs à tous les auteurs: l'apprentissage ne se réduit pas aux acquis scolaires et il conduit l'individu à modifier et à adapter ses comportements suite à l'interaction avec son environnement. Finalement, elles soulignent l'importance de l'expérience dans l'apprentissage : l'apprentissage est le fruit d'une expérience.

## **2.1.2 L'apprentissage expérientiel ou par l'expérience**

### ***2.1.2.1 La difficulté de qualifier l'expérience***

Bien que les individus et les organisations sentent le potentiel créateur et transformateur de l'expérience, la notion reste floue. Selon De Villers, « la signification du terme expérience tant au niveau conceptuel qu'à celui, plus opératoire, des méthodes et des dispositifs éducatifs, s'avère des plus imprécises, quand elle n'est pas supposée évidente et, donc, jamais explicitée » (dans Courtois et Pineau, 1991 :13). Plus encore, selon cet auteur, l'expérience n'est pas en soi un concept et il est impossible de cerner l'unité de sens qui rassemble la diversité de significations. Pourtant, comme le souligne Mayen (2009), elles ne sont pas incompatibles et « dessinent une sorte de maillage où les significations qui se croisent contribuent à rendre compte de ce qu'est cet objet étrangement familier » ( :140).

Tout d'abord, l'expérience peut se définir selon trois voies : un individu peut *faire* une expérience, il peut *vivre* une expérience ou encore *avoir* une expérience. L'expérience est à la fois pragmatique (résultat d'une action passée et ressource pour une action future), cognitive (connaissances relatives aux actions et à leurs effets dans des contextes de travail) et identitaire (le sujet est mobilisé comme agent de l'action, comme le détenteur des connaissances et comme le garant du discours tenu) (Astier, 2004).

De plus, l'expérience a deux sens principaux venant de ses origines latines et grecques. Le premier sens, qui tire ses origines de la langue grecque dans laquelle l'expérience est

vue comme une épreuve et est orienté vers le passé : le sujet a fait l'expérience de la chose. Le deuxième sens, en lien avec le terme « *experientia* » dérivé du verbe « *experiri* » : faire l'essai de, est tourné vers l'avenir. Il représente une tentative, un essai dont le résultat ne peut qu'être espéré. Le sujet devient ainsi l'acteur de sa propre expérience.

Plusieurs auteurs ont défini l'expérience. Pour Kolb (1984), l'expérience est toute situation dans laquelle une personne entre en interaction avec son environnement, lesquelles interactions permettent d'acquérir des capacités et des savoir-faire. Pour Aubret (2003), l'expérience désigne les pratiques (partie visible, observable et objectivable) et les effets qu'elle génère sur les individus et les groupes sociaux (qui relèvent soit de la conscience spontanée, du ressenti ou encore d'une analyse et de l'interprétation qui en résulte). Pour Legendre (2005), l'expérience consiste en un ensemble de connaissances, d'habiletés qui ont été acquises suite à des années de pratique et d'observation. Enfin, pour Jobert (2009), l'expérience est un processus qui s'est constitué, au fil du temps, individuellement et collectivement, dans l'intimité des personnes, dans leur corps, leur intelligence, leur imaginaire, leur sensibilité, dans leur confrontation quotidienne avec le réel et la nécessité de résoudre des problèmes de toute nature.

Ces différentes définitions montrent l'étendue du terme expérience : elle peut être définie comme une simple interaction avec son environnement, une expérimentation jusqu'à un processus intime qui forme, dans le temps, l'identité de la personne.

Ces deux conceptions de l'expérience, l'une pragmatique, l'autre romantique, se retrouvent dans les différentes approches de l'apprentissage expérientiel.

En effet, les difficultés à définir cette notion viennent de postures philosophiques et épistémologiques irréconciliables : la posture anglo-américaine et la posture allemande (Finger, 1989). Ainsi, pour les premiers, portés par Dewey et Kolb, l'apprentissage expérientiel véhicule une vision réductrice de l'expérience et son objectif est d'élaborer une connaissance objective de la réalité tout en adaptant l'individu à son environnement tant matériel que symbolique. Il représente donc un mécanisme d'adaptation qui permet

à l'individu de se développer tout en étant de plus en plus intégré à la société. « Enracinée dans une philosophie progressiste et pragmatique, cette première conception cherche à promouvoir les idéaux de la société moderne, de même que l'adaptation de l'individu à cette dernière » (Finger, 1989 :4). Dans la conception allemande, la « *Lebensphilosophie* », en revanche, l'expérience a un autre statut et l'apprentissage une autre fonction. Portée par Goethe, la philosophie de la vie propose une conception de la personne qui ne privilégie pas que la raison ou la réflexion en tant que moteurs de l'apprentissage, mais qui attribue également un rôle à la vie totale, à savoir les émotions, les sentiments, les intuitions et, plus généralement, le vécu et les expériences de vie. L'apprentissage expérientiel est vu comme un processus de formation d'une personne, de son identité à la fois personnelle et socioculturelle. Ces auteurs appartiennent à des sociétés et ont réfléchi dans des contextes très différents. Néanmoins, cette opposition entre les deux approches reste pertinente. Enfin, en éducation des adultes, c'est la première conception qui domine. La nature de l'éducation, dans une société post-moderne est de promouvoir et réaliser les idéaux de celle-ci, l'apprentissage expérientiel étant un mécanisme au service de ce résultat (Finger, 1989 :6).

### ***2.1.2.2 L'institutionnalisation de l'apprentissage expérientiel***

Aujourd'hui reconnu comme une méthode d'apprentissage, l'apprentissage expérientiel n'a pas toujours eu ce statut. Lochart (2007), en affirmant que l'histoire des sociétés est indissociable de l'histoire du vocabulaire, propose de retracer les grandes étapes allant de l'avènement de ce concept à son institutionnalisation. Par ailleurs, les difficultés à cerner l'apprentissage expérientiel trouvent leurs racines dans la sémantique: si apprentissage et expérience sont des termes du langage commun, préciser leur contenu et les distinguer n'est pas chose aisée.

Depuis l'émergence de l'apprentissage expérientiel dans les années 1970 jusqu'à son institutionnalisation au début des années 2000, la route a été longue pour reconnaître la légitimité et la richesse de cet apprentissage. Pour Lochart (2007), « la validité des "savoirs de l'expérience" ne s'est pas imposée d'elle-même, mais a été promue par des

groupes d'acteurs, des organisations, s'est jouée dans des conjonctures sociales, cognitives et politiques particulières » (:81).

Ainsi, la première attestation de l'adjectif « expérientiel » en 1969 dans l'ouvrage du docteur Laing, s'inscrit dans un cadre plus général de défense des valeurs humanistes, dans un mouvement plus vaste d'idées autour de valeurs communes qui mêlent la dénonciation de la société de consommation et l'affirmation de la dignité de tous les hommes et des richesses dont ils sont porteurs. Vecteur de démocratisation de la connaissance, la reconnaissance des savoirs d'expérience célèbre l'autonomie et l'initiative. L'individu et son expérience sont le foyer de son apprentissage. En outre, dans le monde académique et dans celui de la formation, des colloques sur ce thème s'organisent, mettant en avant le lien avec le mouvement américain « *experiential learning* » porté par Dewey. La création de la revue *Éducation Permanente* en 1969 permet une diffusion plus large et plus systématique de cette notion. Ses défenseurs lui confèrent par la suite une légitimité politico-morale. Elle répond à une demande sociale forte et est porteuse d'un changement de la société en favorisant la mobilité sociale et professionnelle. Le mouvement associatif se fait lui aussi le promoteur de l'expérience :

La dignification de l'expérience est indissociablement une dignification du populaire. Dignifier l'expérience, c'est toujours un peu dignifier ceux qui n'ont que l'expérience à faire valoir ; c'est dignifier ce qui est présumé sinon indigne du moins commun et donc sans grande valeur. (Lochart, 2007 :91).

Enfin, avec l'officialisation de la Validation des Acquis d'Expérience (VAE), l'État consacre et institue ces valeurs en leur prêtant un concours institutionnel. Cela aboutit à une nouvelle ligne de partage : la formation expérientielle permet d'accéder aux termes officiels d'un diplôme au même titre que la formation académique et les savoirs d'action sortent de l'ombre des savoirs enseignés (Lochart, 2007).

Plusieurs auteurs ont cherché à définir cette notion, nous en présenterons certains dans le tableau suivant (Tableau 2.1).

**Tableau 2.1 Quelques définitions de l'apprentissage expérientiel**

Définition de l'apprentissage expérientiel	Auteurs
Il s'agit d'un apprentissage qui présente les qualités d'un engagement personnel c'est-à-dire la personne tout entière, avec ses composantes émotives et cognitives, est engagée dans l'apprentissage	Rogers (1969)
L'expérience de l'apprenant est riche d'opportunités d'apprentissage. Elle est mise à contribution dans des situations concrètes. L'apprenant est actif et utilise sa réflexion, son esprit éducatif et sa créativité	Kolb (1984)
L'apprentissage expérientiel consiste en une démarche complexe de problématisation de l'expérience première par un processus de modification de la représentation des rapports du sujet aux autres et au monde et par une suspension des évidences qui en assureraient la compréhension	De Villers dans Courtois et Pineau (1991)
L'apprentissage expérientiel est un processus par lequel des connaissances sont créées à partir d'une transformation de l'expérience. Ces connaissances nouvelles résultent de la saisie (préhension) de l'expérience et de sa transformation	Landry dans Courtois et Pineau (1991)
L'apprentissage par l'expérience est l'apprentissage par lequel l'apprenant est directement en contact avec les réalités qui sont étudiées	Chéné et Thiel, dans Courtois et Pineau (1991)
Dans un sens strict, un apprentissage est expérientiel lorsqu'il prend un contact direct, une expérience concrète, avec l'objet étudié ; l'apprenant peut observer directement le phénomène étudié et, dans plusieurs cas, agir sur lui	Landry dans Courtois et Pineau (1991)
L'apprentissage expérientiel représente les connaissances acquises par la pratique, à l'occasion des expériences, hors du système scolaire ou non validées par celui-ci	Lochart (2007)

De ces définitions ressortent différents fondements de l'apprentissage expérientiel. D'abord, l'apprentissage expérientiel se fait dans des situations en contact direct avec la réalité. Il n'a donc pas lieu dans un système formel. De plus, il nécessite que l'apprenant entre dans un processus réflexif et un engagement personnel. En effet, l'expérience en elle-même n'est pas synonyme d'apprentissage. Pour que celui-ci ait lieu, il est nécessaire que l'individu prenne de la distance et réfléchisse sur son expérience. Enfin, un apprentissage modifie nos représentations au monde et il est nécessaire de passer par un point de rupture avec nos évidences.

### ***2.1.2.3 Les théoriciens de l'apprentissage expérientiel et l'apport de Kolb***

Comme nous venons de l'exposer, les courants de recherche sur l'apprentissage sont nombreux et ont des points d'ancrage différents ce qui montre la richesse et l'étendue de domaine. Ces courants ont cependant un point commun : ils se sont tous interrogés sur l'apprentissage du point de vue de l'apprenant. Si certains théoriciens de l'apprentissage comme Piaget ou Vygotski ont marqué les recherches portant sur l'apprentissage expérientiel, ce sont trois auteurs en éducation des adultes, John Dewey, Eduard Lindeman et Malcolm Knowles qui sont considérés comme les pères de cet apprentissage.

John Dewey, philosophe progressiste de l'éducation, défend l'idée dès 1938 que toute éducation digne de ce nom se fait par l'expérience. Pour cet auteur, apprendre, c'est réfléchir sur l'expérience. Dewey (1969) offre une première réflexion sur les limites des pratiques éducatives traditionnelles déconnectées de l'expérience. Caractérisée par la transmission de connaissances théoriques et par un enseignement magistral, cette pratique favorise l'acquisition d'habiletés isolées et répétitives. Dewey la met en opposition avec une approche progressiste de l'éducation qui encourage l'individualité et l'activité libre ainsi que l'apprentissage par la découverte. Pour lui, l'apprentissage est un processus dialectique qui intègre expérience et théorie, observation et action. La théorie fournissant une direction à l'expérience (Landry, 1988 cité dans Courtois et Pineau :21). Dewey conçoit l'apprentissage en quatre temps : l'impulsion (intérêt, déséquilibre, curiosité), l'observation (analyse de la situation et des conditions ambiantes), la connaissance (liens avec ce qui a été observé et entendu) et l'engagement (l'individu bâtit sa propre compréhension de la situation).

En outre, pour qu'il y ait apprentissage, il faut, pour cet auteur, que deux conditions soient réunies. D'abord, l'individu doit être stimulé par une situation qui l'interpelle et ensuite, il doit y avoir une continuité entre les expériences. Ainsi, les expériences inachevées, celles qui commencent ou s'arrêtent d'importe où et celles dont les évènements n'entretiennent que des relations mécaniques ne sont pas de l'expérience véritable (Dewey, 1969 dans Courtois et Pineau, 1991). Enfin, Dewey précise qu'un apprentissage nécessite une interaction entre l'apprenant et l'objet d'apprentissage :

« lorsque nous faisons l'expérience d'une chose, nous agissons sur elle, nous faisons quelque chose avec elle ; puis nous en subissons les conséquences. Nous faisons quelque chose à la chose qui, à son tour, nous fait ensuite quelque chose » (Dewey, 1975 : 175 cité dans Bourassa et al. 2003 :29). Comme le précisent Bourassa, Serre et Ross (2003) « Dewey peut être considéré comme le premier à concevoir un cadre conceptuel logique pouvant relier la réalité pratique à une démarche de recherche » ( :29).

Si Dewey a dénoncé les excès de l'approche traditionnelle, en particulier la passivité de l'étudiant, l'éducation progressiste qu'il prône a aussi été critiquée notamment l'absence de directions et de buts précis et la lenteur de la démarche. Pourtant, cette théorie éminemment pragmatique est, selon Kolb (1984), la théorie éducative la plus influente du XXe siècle en Amérique. La réflexion de Dewey sera poursuivie par son ami et collègue de l'université de Columbia, Eduard Lindeman. Celui-ci cherchera plus particulièrement à comprendre comment les individus apprennent.

Lindeman prône la contribution de l'expérience dans la construction de l'adulte. Ainsi, « si l'apprentissage c'est la vie, alors la vie est également source d'apprentissage. L'expérience est le manuel vivant de l'adulte » (Lindeman 1926, cité dans Knowles, 1990 :43). Pour cet auteur, l'expérience permet un élargissement de la pensée. Elle exige la mobilisation des aspects cognitifs et émotifs entraînant une ouverture d'esprit et une ouverture sur le monde. L'éducation de l'adulte passe nécessairement par la découverte et l'expérience c'est-à-dire par des situations réelles vécues par l'individu tout au long de sa vie et qui devraient répondre à ses besoins et à ses intérêts. « En bref, je conçois l'éducation des adultes comme une coopérative pour un enseignant non autoritaire et informel, dont le principal objectif est de découvrir la signification de l'expérience » (Lindeman 1926 cité dans Knowles, 1990 :44). Lindeman proposera des hypothèses clés sur les apprenants adultes, qui seront étayées par la suite (Knowles, 1990 :45). Premièrement, les adultes sont motivés par une formation lorsqu'ils se découvrent des besoins et des centres d'intérêt qu'ils pourraient satisfaire grâce à elle. C'est pour cette raison que ces deux paramètres sont les points de départ idéals pour l'organisation des activités d'apprentissage des adultes. Deuxièmement, le mode d'apprentissage des adultes est centré sur la réalité, la formation doit donc être conçue autour de situations

réelles, et non autour des sujets. Troisièmement, l'expérience est le plus grand facteur d'apprentissage des adultes, c'est pourquoi l'analyse de l'expérience est la méthode à la base de la formation. Quatrièmement, les adultes aspirent profondément à se déterminer eux-mêmes ce qui explique que le rôle de l'enseignant est d'amorcer un processus d'investigation bilatéral plutôt que de leur transmettre ses connaissances pour ensuite les évaluer. Enfin, les différences de personnalités se creusant avec l'âge, les enseignants doivent par conséquent en tenir compte et varier les styles, les durées, les lieux et les rythmes d'apprentissage (Knowles, 1990 ; Balleux, 2000).

Des travaux de Lindeman, il est important de retenir son intérêt pour la compréhension critique des expériences et des situations d'apprentissage, sa reconnaissance du potentiel de l'éducation informelle et des nouvelles expériences pour permettre aux individus de questionner les idées, les croyances, les valeurs et les conduites prises pour acquises et continuer à construire leur identité tout au long de leur vie (Jacob, 2012).

Finalement, le dernier auteur considéré comme le père fondateur de l'apprentissage expérientiel est Malcolm Knowles qui prolongera les travaux de Lindeman en dégagant les spécificités des conditions d'apprentissage.

Dans sa réflexion, Knowles prend davantage en compte les besoins de l'individu. Il insiste particulièrement sur le « concept de soi » qui, renforcé, permet à l'adulte, parvenu à maturité, de s'auto-diriger. Knowles définit l'adulte en fonction de sa capacité à utiliser son bagage d'expérience, lequel constitue un élément déterminant de son identité. Ainsi, si pour les enfants, l'expérience signifie ce qui leur est arrivé, pour les adultes, elle signifie « ce qu'ils sont » (Balleux, 2000 : 267). Les acquis expérientiels de l'adulte constituent sa plus grande richesse d'adaptation au monde qui l'entoure. Cinq propositions illustrent la pensée de Knowles. Tout d'abord, l'adulte a besoin de savoir pourquoi et comment il apprend. Ensuite, le concept identitaire de soi chez l'adulte le conduit à s'auto-diriger, il a conscience d'être responsable de ses propres décisions et de sa vie. De plus, l'expérience est inscrite dans l'identité de l'individu, son expérience est la ressource la plus riche pour apprendre. En outre, la capacité et volonté d'apprendre de l'individu sont d'autant plus fortes que les apprentissages sont orientés vers ses besoins

de développement. Finalement, les besoins de l'adulte sont centrés sur ses intérêts pour résoudre des problèmes ou comprendre des situations (Balleux, 2000 ; Jacob, 2012).

Si ces trois auteurs sont considérés comme les pères fondateurs de l'apprentissage expérientiel, c'est le travail de conceptualisation de David Kolb (1984) qui reste le plus marquant dans ce domaine de recherche.

Influencé et inspiré par la théorie de l'apprendre en faisant de Dewey, par Piaget pour le rôle qu'il accorde à l'expérience et par Lewin pour sa méthode d'apprentissage expérientiel comme moteur de changement social, Kolb a enrichi et prolongé le travail de ses prédécesseurs. (Cartier, 2008 : 55)

Kurt Lewin, fondateur de la psychologie sociale aux États-Unis, considère que « pour apprendre, il faut que la réflexion s'inscrive dans l'action » (Bourrassa et al., 2003 : 35). Il propose quatre étapes du cycle d'apprentissage : 1) l'expérience concrète soit l'entrée en contact avec une situation qui peut faire émerger un questionnement ; 2) l'observation réfléchie qui consiste à observer et à considérer la situation sous différents angles ; 3) la formation de concepts abstraits et généralisation en faisant des liens de cause à effet entre les éléments de la situation et d'en trouver les causes profondes et 4) l'expérimentation des nouveaux concepts c'est-à-dire la confrontation de ses conceptions théoriques de la réalité. Cette dernière phase peut conduire l'apprenant à vivre une nouvelle expérience concrète ce qui relance le cercle de l'apprentissage.

Dans la première version de son modèle structurel de l'apprentissage qui réconcilie théorie et pratique, Kolb (1984) propose que le processus d'apprentissage expérientiel se divise en quatre étapes. L'individu est plongé dans une situation (*expérience concrète*) qui sera suivie de l'observation et de la réflexion (*observation réfléchie*). Cela conduira à la formation des concepts abstraits (*conceptualisation abstraite*) et à la création d'hypothèses portant sur les implications des concepts abstraits dans des situations nouvelles. Finalement, la vérification des hypothèses dans des situations réelles (*expérimentation active*) ce qui conduit à de nouvelles expériences (Landry dans Courtois et Pineau, 1991: 25). Ainsi, le savoir est issu des expériences vécues et il se vérifie dans de nouvelles expériences.

Force est de constater que ce modèle est très proche de celui de Lewin. Mandeville (1997) affirme d'ailleurs que, contrairement à l'opinion très largement répandue, cette contribution ne revient pas à Kolb, mais bien à Lewin. L'ajout principal de Kolb est de mettre les quatre étapes en relation par paires grâce aux deux pôles verticaux et horizontaux dans une version plus élaborée de ce dernier modèle. Par ailleurs, il a élaboré un instrument permettant de définir quatre styles d'apprentissage des apprenants qui a aussi contribué à sa renommée. Nous les présenterons dans les prochaines lignes.

Dans cette deuxième version, l'apprentissage expérientiel prend deux dimensions structurelles fondamentales : la préhension et la transformation. Chaque dimension repose sur deux modes d'apprentissages opposés. Avant d'expliquer plus en détail le modèle de Kolb, il convient de présenter sa représentation graphique (Figure 2.2).

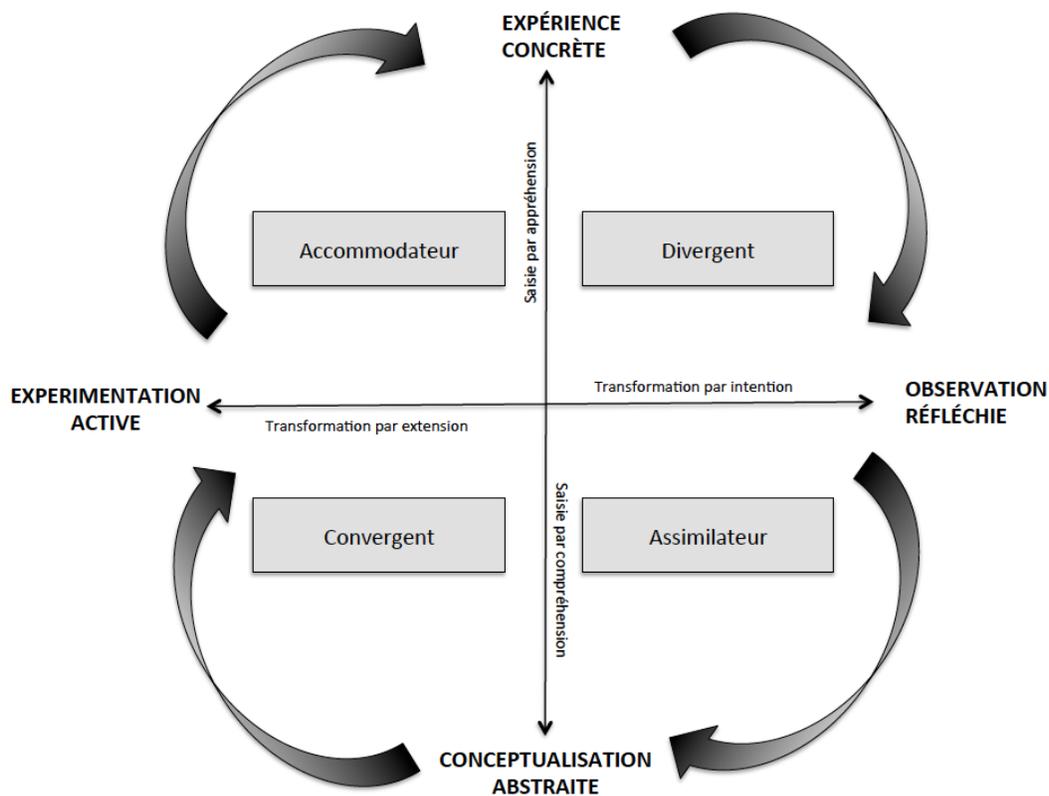


Figure 2.2 — *Le modèle de Kolb* (1984, p. 42)

La première dimension, la préhension, est la saisie de l'expérience, sa compréhension immédiate. Celle-ci comprend deux modes de préhension opposés. La première est la

*compréhension* qui a lieu lorsque l'apprenant s'appuie sur ses représentations mentales et son interprétation théorique pour comprendre l'expérience en cours. L'*appréhension*, la seconde, se produit lorsque l'apprenant base sa préhension sur les caractéristiques tangibles et ressenties de l'expérience immédiate. La compréhension est caractéristique de la conceptualisation abstraite et l'appréhension de l'expérience concrète.

La seconde dimension est la transformation. Cette dernière est indissociable de la préhension : il ne peut avoir de transformation de l'expérience sans préhension préalable de celle-ci. De même, la préhension de l'expérience sans transformation ultérieure s'avère incomplète en termes d'apprentissage (Landry dans Coutois et Pineau, 1991). La transformation comprend deux modes de transformation opposés: *l'intention* qui est la réflexion intérieure caractéristique de l'observation réfléchie et *l'extension* qui se manifeste par l'expérimentation active et représente manipulation active du monde extérieur. Ces deux modes s'appliquent autant aux connaissances acquises par appréhension concrète qu'à celles qui résultent d'une compréhension abstraite.

Puisqu'il y a deux modes de préhension et deux de transformation, il en résulte quatre formes élémentaires de connaissance, mais aussi quatre dimensions qui définissent quatre styles d'apprentissage, ou manière d'aborder l'apprentissage, différents : le style divergent, le style convergent, le style assimilateur et le style accommodateur (ou adaptateur) dont Kolb tire un outil, le « *Learning Style Inventory (SLI)* » (Bourassa et al., 1999).

Un apprenant caractérisé par un *style divergent* (Expérience concrète / Observation réfléchie) est imaginatif et extraverti. De plus, il a une vision élargie du contexte, il réfléchit à l'expérience vécue tout en l'analysant sous plusieurs angles. À l'opposé, un individu qui a un *style convergent* préfère travailler seul et valorise la réflexion personnelle. Fort au niveau conceptuel, il a un penchant pour les notions théoriques et l'abstraction. Un apprenant caractérisé par un *style assimilateur* est observateur et analytique. Il valorise la logique et la théorie et s'intéresse plus aux concepts abstraits qu'aux personnes. Finalement, le *style accommodateur* ou *adaptateur* caractérise un apprenant qui aime l'action et la collaboration. Intuitif et sensible, il résout les problèmes par essai-erreur et excelle dans l'improvisation.

Kolb précise que des tensions existent entre ces quatre modes qu'il met en relation dyadique plus précisément entre l'expérience concrète et la conceptualisation abstraite ainsi qu'entre l'observation réfléchie et l'expérimentation active (Jacob, 2012 : 58). C'est la résolution de ces conflits qui permettra un apprentissage durable qui a lieu lorsque l'apprenant est conscient de ses tendances et qu'il s'ajuste en fonction des situations.

Il nous semble important de préciser que le cycle de l'apprentissage expérientiel de Kolb n'est pas exempt de critiques. La plus importante réside dans la nature linéaire de l'apprentissage à travers quatre phases distinctes, de même durée et de même intensité. Or, certains auteurs défendent l'idée que plusieurs processus peuvent coexister et que l'apprenant peut sauter une des phases voire régresser (Forrest, 2004 ; Dickson, 2000).

#### ***2.1.2.4 Situer l'apprentissage expérientiel par rapport aux autres méthodes d'apprentissage***

Par ailleurs, il semble important de situer l'apprentissage expérientiel par rapport à d'autres méthodes d'apprentissage spécifiques recensées dans le tableau ci-dessous (Tableau 2.2).

**Tableau 2.2 Les différentes méthodes d'apprentissage et leurs définitions**

Méthode d'apprentissage	Définitions
Sur le tas	Apprentissage qui ne repose plus sur aucun support institutionnel et qui se développe au fur et à mesure de la pratique (Pastré, 2004)
Fortuit	Apprentissage qui intervient au hasard, sans motif spécifique. Il implique l'apprentissage par l'expérience, par les événements de la vie, par l'adaptation aux changements (Marsich, 1992)
Expérientiel organisé	Apprentissage en deux temps. D'abord, les conditions qui font conduire le formé à passer par un certain nombre d'expériences sont créées et ensuite, le formé est aidé par la médiation de l'enseignant à tirer l'expérience de cette expérience
Informel	Apprentissage qui est réalisé dans des situations informelles et qui ne résulte pas d'une programmation (...) à visée pédagogique émanant d'un tiers même s'il n'y a pas d'intention de résultat (Carré et Charbonnier, 2003)
Dans l'action	Apprentissage qui met l'emphasis sur l'action pour la résolution de problèmes concrets et la responsabilisation des apprenants
Auto-dirigé	Apprentissage autonome, qui est planifié, organisé, dirigé, contrôlé par l'apprenant. C'est un apprentissage indépendant et autonome, qui place l'adulte au centre du processus (Tremblay, 1990)
Présentiel/ formel/ face-à-face pédagogique	Apprentissage caractérisé par un face-à-face physique entre l'enseignement ou le formateur et l'apprenant dans une salle de cours, pour une durée précise (Wemäere, 2007)
Virtuel / en ligne	Apprentissage autonome à l'aide des nouvelles technologies (e-learning)
Hybride / mixte	Apprentissage qui se fait par l'utilisation conjointe de l'e-learning et du présentiel
En alternance	Apprentissage qui associe d'une part les enseignements généraux et les connaissances ou savoir-faire acquis en milieu professionnel
Tacite	Apprentissage non exprimé, parce qu'il se fait par intuition, par expertise, par jugement, par association. Il est rendu non explicite par des règles, des règlements, des procédures
Tout au long de la vie	Apprentissage qui représente toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie, dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective professionnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi (Wemäere, 2007)

Pour chacune de ces méthodes ou approches, les niveaux de proactivité et d'explicitation des savoirs des apprenants varient. Ainsi, la méthode d'apprentissage en présentiel, classique en pédagogie, permet la transmission de savoirs ou de connaissances principalement explicites à l'apprenant qui peut-être dans une relative passivité. À

l'inverse, lors de l'apprentissage sur le tas, la responsabilité de l'apprentissage revient à l'individu, mais il ne sait pas nécessairement explicitement ce qu'il est en train d'apprendre. Il est sans doute capable de voir le résultat final de son apprentissage, mais pas nécessairement les processus mentaux ou cognitifs qui lui ont permis de l'atteindre.

### **2.1.3 Les recherches sur l'apprentissage expérientiel**

Dans leur article de 2005, Kolb et Kolb dressent un bilan des recherches sur l'apprentissage expérientiel depuis les années 1970. Que ce soit en terme de méthodologie ou de champs disciplinaires, on constate que l'engouement, surtout dans les années 90 et début des années 2000, a été important. Les auteurs recensent d'ailleurs près de 4000 publications en sciences de l'éducation, en management, en psychologie, en médecine ou encore en sciences infirmières ( :196). L'objectif des prochaines lignes est de présenter de manière synthétique les recherches sur l'apprentissage expérientiel dans ces disciplines.

Il semble que l'on puisse regrouper les recherches autour de trois grandes thématiques transverses à ces disciplines : les facteurs individuels et l'apprentissage, le contexte organisationnel et l'apprentissage et les études sur l'inventaire des styles d'apprentissage (« *Learning Style Inventory* ») (Kolb, 1984).

Ainsi, au niveau individuel, Elizenda (2007) nous rappelle que les auteurs se sont intéressés à la propension des individus à apprendre, à leur attitude face aux problèmes ou aux opportunités ou à l'ouverture aux autres perspectives (Bunker et Webb, 1992 ; Mac Call, 1994 ; Dotlich et al. 2004 cités dans Elizenda, 2007 :17). Ce même auteur précise que le rôle de la réflexion individuelle dans l'apprentissage a été bien documenté que ce soit dans son caractère rétrospectif (Daudelin, 1996), actuel (Seibert et Daudelin, 1999) ou prospectif (Hall, 1995).

Au niveau organisationnel, les recherches se sont orientées vers le contexte organisationnel favorisant les apprentissages (Dixon, 1999), les liens entre l'environnement et les styles d'apprentissage ainsi que leurs impacts sur la performance et la satisfaction au travail (Mainemelis, Boyatzis et Kolb, 2002). Par ailleurs, la

littérature sur la formation ou le développement professionnel s'est aussi intéressée aux situations organisationnelles porteuses d'apprentissages. Elizenda (2007) en recense plusieurs dont le réseau social et les mentors, les épreuves personnelles et professionnelles (recul professionnel, employés difficiles) ou les occasions de se dépasser lors de projets spéciaux, par exemple (Mac Call et al., 1988 ; Michaels, Handfield-Jones et Axelrod, 2001). Les travaux sur les communautés de pratique (Lave et Wenger, 1991 ; Wenger, 1999) sont d'ailleurs devenus un domaine de recherche à part entière.

Nombreuses recherches ont porté sur les styles d'apprentissage que ce soit les liens entre les styles d'apprentissage et les styles de management, les processus de décision ou encore les processus de gestion des problèmes. Une partie de la littérature s'est intéressée aux facteurs influençant et modifiant les styles d'apprentissage individuels comme, par exemple, les types de personnalités, la formation initiale, les choix de professions ou encore le type de postes occupés et les capacités d'adaptation (Mainemelis et al., 2002). D'autres auteurs, principalement en éducation, se sont basés sur les styles d'apprentissage pour proposer des approches innovantes au sein des cursus scolaires ou universitaires (Murrell et Claxton, 1987). Enfin, les chercheurs en psychologie ont travaillé sur l'outil développé par Kolb en 1984. Outre certaines critiques sur sa validité de construit et de contenu, cela a permis de le raffiner d'abord en proposant quatre styles supplémentaires aux styles initiaux (Abby, Hunt et Weiser, 1985) puis en ajoutant le « *balancing learning style* » au début des années 2000 (Mainemelis et al., 2002) avant d'intégrer les 9 styles finaux au cercle de l'apprentissage expérientiel (Kolb et Kolb, 2005).

En sciences infirmières, près d'une centaine de recherches ont été publiées depuis les années 1970 en lien avec l'apprentissage expérientiel et les styles d'apprentissage. Elles portent principalement sur les styles d'apprentissage des infirmières et leurs liens avec les méthodes d'apprentissage privilégiées, les capacités décisionnelles, les programmes éducatifs, les rôles et les spécialités infirmières privilégiés, les choix de carrière et les capacités diagnostiques (Vinales, 2015 ; Coyle-Rogers and Putman, 2006 ; Rakoczy et Money, 1995 ; Laschinger, 1984, 1986, 1989,1990 ; Vaughan, 1990). La réflexion

critique a par ailleurs aussi fait l'objet de plusieurs études récemment (Asselin, Schwartz-Barcott et Osterman, 2013 ; Leicher, Mulder et Beauer, 2013 ; Chambers, 1999).

## **2.2 Les parcours d'apprentissage**

### **2.2.1 Trajectoire, itinéraire, mobilité, carrière, parcours : quelles différences entre les concepts ?**

Dans son ouvrage de 2014, Zimmermann souligne que la notion de « parcours » est devenue « une notion phare des politiques du travail et de l'emploi. [...] Pourtant omniprésente, [elle] est rarement explicitée » (81). Par ailleurs, l'auteur précise que « contrairement à la trajectoire ou à la carrière, le parcours se caractérise par un déficit de conceptualisation sociologique » (:82). Compte tenu de l'importance que ce concept tient dans cette recherche, il est important d'en offrir, si ce n'est une définition, une conceptualisation plus précise tout en le différenciant des concepts voisins souvent amalgamés dans la littérature.

Le concept de trajectoire a été défini par Spilerman (1977), cité dans Bosse et Guégnard (2007), comme un « lien stratégique entre les traits structuraux du monde du travail et les parcours socio-économiques des individus » (:127). Avec sa référence balistique, Zimmermann explique que la trajectoire est marquée par l'idée d'un chemin prédéterminé dont « le cap est maintenu par une force qui s'actualise au fil du temps et à laquelle il est difficile de se soustraire » (:86). Par ailleurs y est associée l'idée de discontinuité entre les emplois ou encore les périodes d'activité ou d'inactivité. La notion de parcours est moins restrictive et traduit l'idée d'une continuité de l'expérience par-delà les statuts endossés sans présumer de sa linéarité. Le parcours permet de mettre en cohérence des événements discontinus en un ensemble continu par l'artefact d'une cohérence bibliographique (:83). Par ailleurs, le parcours est fait de détours, de bifurcations, de retour en arrière, « bref, un ensemble de placements et de déplacements dont le tracé n'est pas nécessairement déterminé à l'avance » (:62).

L'itinéraire, quant à lui, fait, quant à lui, plutôt référence à « un chemin qui mène d'un point à un autre et de descriptions des lieux traversés, une feuille de route » (:87). Il décrit les étapes de cheminement sans les mettre en cohérence ou en expliquer le déroulement. Le parcours lui s'intéresse justement au cheminement même, à son déroulement et ses modalités, sur les diverses manières de relier les étapes, sur ce qui se passe au cours du déplacement (:87).

Caroly et Cholez (2007) définissent la mobilité comme étant des changements dans le parcours-travail c'est-à-dire l'évolution des activités et l'enchaînement du parcours-travail (:166). Elle est souvent associée à la notion de carrière qui est considérée comme une mobilité ascendante. Ainsi, selon Zimmermann (2014), ce serait « un modèle séquentiel, hiérarchisé, une succession ordonnée de passages d'une position à une autre dans un système donné, le système professionnel » (:87). Par ailleurs, la carrière nécessite une reconnaissance de cette évolution par une autorité compétente (:97). Elle rend compte « de la mobilité dans un espace de référence donné, structuré par des logiques propres qui définissent l'accès aux différentes positions en son sein » (:87). Son sens est donc plus restrictif que celui de parcours et « tout parcours n'est pas carrière » (:87).

Ainsi, le parcours s'inscrit dans un espace, un chemin permettant d'aller d'un point à un autre, et implique donc un début et une fin. Malgré tout, son but ou les chemins pour l'atteindre ne sont pas déterminés à l'avance, ils sont pluriels. C'est un exercice réflexif autour du cheminement en tant que chemin suivi et voulu et de restitution et justification des chemins empruntés, des espaces traversés et des moyens utilisés (Zimmermann, 2014 :85). Le parcours donne une cohérence entre divers éléments (professionnel, privé, social, personnel, organisationnel et intentionnel) et un accès à la pluralité des rôles et des identités possible. Bref, le parcours intègre les autres dimensions de l'activité humaine au monde du travail.

### **2.2.2 Le parcours comme processus d'apprentissage par l'expérience avec ses dynamiques complexes**

Dans cette recherche, nous nous intéressons au parcours comme un processus d'apprentissage par l'expérience (en alliant les deux perspectives sémantiques du concept) et souscrivons à l'analyse de Zimmermann (2014) qui le considère non seulement dans sa globalité, mais aussi dans sa qualité historique et relationnelle. Par ailleurs, l'itinéraire et le parcours étant finalement deux notions qui se complètent, notre ambition est de les faire ressortir l'un et l'autre : appréhender les déplacements biographiques en se concentrant sur les moments charnières et comprendre les liens entre eux dans une perspective réflexive et historique. L'idée étant d'identifier les étapes, les déplacements entre les étapes, les dynamiques de chaque étape, les choix et les non-choix, les bifurcations. Bref, comprendre l'expérience nordique à travers un cadre interactif et systémique. Le choix d'utiliser la grille de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) pour analyser ces parcours d'apprentissage est donc venu tout naturellement. Le Boterf (2011) va dans ce sens en rappelant que devant la complexité des situations professionnelles, de leur instabilité et de leur imprévisibilité, il est nécessaire de « raisonner en termes processuels, de parcours progressifs [permettant] de cheminer vers des objectifs terminaux, comprenant des phases finalisées sur des objectifs intermédiaires » (:110). Nous présenterons le modèle de l'analyse stratégique ultérieurement dans ce travail.

### **2.2.3 Les recherches sur les parcours professionnels**

L'intérêt pour les parcours professionnels dans la littérature professionnelle n'est plus à démontrer. Néanmoins, les études empiriques sur ce sujet sont encore très limitées et il nous a été difficile de trouver des recherches sur ce sujet. Elinza (2007) arrivait d'ailleurs à ce même constat. L'auteur identifiait l'étude de Mc Call et al. (1988) comme la référence incontournable à laquelle s'ajoute celle de Dotlich (2004) dont nous avons présenté quelques résultats dans la section précédente.

## 2.3 La compétence

### 2.3.1 Vers une définition de la compétence

Depuis son apparition en 1970, le concept de compétence a évolué autour de plusieurs niveaux de compréhension. On retrouve ainsi des approches au niveau individuel, collectif, organisationnel, et sociétal tout comme des réflexions en termes de définition et d'opérationnalisation. Dans cette partie, nous reviendrons sur les liens entre les concepts de poste, de qualification et de compétence ainsi que sur le nouveau rapport individu-emploi que l'introduction de cette dernière notion reflète. Ainsi, pour Zarifian (2011), « le modèle de compétence ne peut être compris qu'en faisant un détour par les mutations du travail et de son organisation » (:4). Désormais incontournable, la notion de compétence symbolise un changement organisationnel indéniable (Dietrich, 2004). Nous verrons aussi pourquoi la définition du concept de compétence peut difficilement faire l'objet d'un consensus. Chaque pays, chaque courant de recherche (Tableau 2.3), voire chaque entreprise si on en croit Le Boterf (1994), ayant la sienne propre si bien qu'« il nous faut renoncer au rêve impossible de tout cerner, tout globaliser, tout rationaliser autour d'un concept qui deviendrait ainsi un organisateur totalitaire de vastes territoires » (Gilbert, 2006 :31). De plus, le contenu du concept de compétence a changé et a perdu de son évidence. En 2017, il ne suffit plus d' « avoir des compétences », il faut « être compétent » (Le Boterf, 2006).

Dans son ancienne acceptation, la compétence consistait à savoir exécuter le bon mode opératoire, la bonne procédure ; aujourd'hui, c'est « savoir faire preuve d'intelligence au travail » (Pastré, 2005 :77). « La compétence n'est assimilable ni aux connaissances ni aux procédures ou aux règles, ni à la performance. Elle est dans ce « savoir intégrer » qui les dépasse. La compétence est un savoir-faire, ce « quelque chose » qui rend possible le faire » (:27). Ce « quelque chose », les chercheurs ont bien des difficultés à le saisir ! Finalement, selon Aubret, Gilbert et Pigeyre (2005), l'usage indifférent du singulier ou du pluriel du terme « compétence(s) » est révélateur d'une conceptualisation encore inachevée. Par ailleurs, les auteurs soulignent le risque de vouloir à tout prix disposer d'un concept qui « colle » à la réalité de chaque entreprise aboutissant à un

concept vidé de tout sens et faisant de la notion de compétence un « mot valise », un « mot éponge ». Malgré cette mise en garde, il semble que certaines caractéristiques intrinsèques de la compétence se dessinent et sont communes à plusieurs auteurs : nous les ferons ressortir grâce à un tableau récapitulatif (Tableau 2.4), inspiré de Grimaud (2003), des différentes définitions recensées dans la littérature. Dupray, Guilton et Monchatre (2003) précisent que la notion de compétence n'est pas à critiquer en soi et par principe. « Sa polysémie permet d'ailleurs à chacun de lui donner la définition qui lui convient, ce qui est à la fois un énorme avantage et un inconvénient » (:42).

Selon Dietrich (2004), la compétence constitue une nouvelle catégorie conceptuelle pour appréhender, décrire et représenter la réalité sociale des organisations. En effet, le contexte économique des années 1970 avec, notamment, l'apparition du chômage de masse, les nouveaux enjeux liés à la mondialisation et la complexification des situations de travail, vient remettre en cause le système fordien et exige la création d'un dispositif pour mettre en œuvre des politiques visant à mieux gérer l'emploi. La notion de compétence va peu à peu se substituer à la notion de qualification ou de poste.

Selon Aubret, Gilbert et Pigeyre (2005), « elle serait ainsi au système de production flexible ce que la notion de poste est au système taylorien-fordien » (: 43). Cette flexibilité suppose un abandon des systèmes de description des tâches prescrites, outil précieux du système taylorien et une rupture avec la certitude et la prévisibilité des comportements (Wittorski, 2007). L'heure est davantage à des capacités générales permettant de gérer globalement des situations. Comme le précise Stroobants (1993), « l'image de l'ouvrier enchaîné au travail apparaît désuète, plus anachronique encore que celle de l'ancien artisan. Lui fait place désormais celle d'un opérateur expert qui participe à une œuvre collective » (:225).

Ainsi, l'émergence du modèle de la compétence est souvent présentée comme correspondant au passage de la qualification du poste à celle de la personne. La qualification des salariés ne serait plus déterminée « du dehors » par les caractéristiques des postes, mais dépendrait de la mise en œuvre et de la reconnaissance des compétences des individus. Pour les sociologues, cela a deux significations: la reconnaissance du travail réel en lieu et place du travail prescrit et la reconnaissance des qualités acquises

du salarié en lieu et place des qualités requises. La compétence sert à définir de nouvelles formes d'appropriation de l'homme à l'emploi dans lequel on ne qualifie plus le poste, mais directement l'individu.

La notion de compétence répond à un besoin conceptuel du gestionnaire pour signifier le changement dans un contexte où l'articulation homme-emploi fait mal et pour élaborer de nouveaux repères sur lesquels puissent se construire de nouvelles représentations de l'homme au travail (Dietrich, 2004:5)

Ainsi, comme le précise Reynaud (2001), si la qualification implique pour l'intéressé une obligation de moyen : se conformer aux règles du métier, la compétence a contrario suggère que le salarié n'a pas seulement une obligation de moyen, mais aussi de résultat. La notion de compétence ne vient donc pas remplacer celle de qualification : c'est un supplément. Les individus ont d'abord une qualification et, ensuite, une compétence qu'ils éprouvent en entreprise.

Selon Le Boterf (2006), la relation linéaire traditionnelle : formation initiale- niveau d'emploi-valorisation par l'expérience perd de sa validité. L'ancienneté ne suffit plus et il devient impératif de construire en permanence de nouvelles compétences. La qualification ne peut donc être que le point de départ d'une dynamique d'apprentissage. Dans cette nouvelle logique, avoir les bonnes compétences en temps voulu devient une nécessité aussi forte que celle de disposer, en temps opportun, du capital financier et technique requis. Ainsi, ce n'est plus l'emploi qui est valorisé, mais l'employabilité. Les employés doivent construire un portefeuille de compétences permettant une mobilité attendue et, théoriquement, l'entreprise doit les aider à les développer. Si certains auteurs comme Zarifian voient ce changement de paradigme comme un bienfait : le « retour du travail au travailleur » ou, dans d'autres termes, « le retour de l'activité professionnelle dans l'individu » (2011 :4), d'autres, au contraire, sont plus critiques et le considère comme un véritable enrôlement cognitif grâce auquel le contrôle organisationnel s'obtient par l'autonomie et l'intériorisation des exigences et des contraintes (Dietrich, 2000). Ce système néo-taylorien serait alors bien plus insidieux et s'appliquerait non seulement à l'activité de travail et à son produit, mais aussi à la subjectivité des travailleurs. Si ces deux positions sont extrêmes, la majorité des auteurs s'accorde sur le fait que la notion de compétence correspond à un accroissement de la

prise de responsabilité et des obligations prescrites des salariés ainsi qu'à une individualisation du rapport salarial.

Ainsi, le concept de compétence n'est pas stabilisé et les définitions restent nombreuses et varient selon le pays ou le courant de recherche. Gilbert (2006) nous le rappelle : la compétence n'a pas le même sens dans les différentes langues, les différentes cultures et les différents pays notamment en France, au Royaume-Uni et en Amérique du Nord. Ainsi, en France, les pratiques de gestion des compétences se sont développées en lien avec les évolutions organisationnelles, notamment le modèle individualisant de la gestion des ressources humaines caractérisé par une gestion prévisionnelle des compétences axée sur le développement de l'employabilité. Ces pratiques s'inscrivent dans un cadre sociétal grâce à une reconnaissance légale du principe de Validation des Acquis d'Expérience (VAE). Au Royaume-Uni, le *National Council for Vocational Qualifications* (NCVQ) tente de classer et de certifier au niveau national les compétences selon les différents domaines professionnels et propose ainsi une alternative aux diplômes. Aux États-Unis, c'est une logique stratégique et économique qui domine, le phénomène reste local, contingent à l'entreprise et à l'initiative patronale. Le niveau de compétence se définit clairement en rapport avec le niveau de performance de l'activité qui l'a mobilisée requiert. La vision est donc essentiellement instrumentale. On remarque donc qu'entre ces pays, la démarche compétence ne prend pas la même ampleur : si en France et au Royaume-Uni, elle se fait au niveau sociétal, aux États-Unis, elle se fait par entreprise sous l'impulsion patronale.

En outre, les chercheurs de nombreuses disciplines se sont intéressés à la notion de compétence et s'ils ont permis d'en accroître la compréhension, cela rend tout de même « très improbable toute tentative d'en proposer une définition synthétique, immédiatement intelligible qui permettrait de concilier les différentes approches » (Grimaud, 2003). Dejoux (2001) synthétise cette complexité dans sa cartographie des niveaux d'analyse du concept de compétences et des champs disciplinaires concernés. Le Tableau 2.3 rappelle les principaux courants qui se sont intéressés au concept de compétences.

Maurice de Montmollin (1986), dans une approche ergonomique, s'est intéressé à la compétence à mesure que les nouvelles technologies (automatisation et informatisation) s'étendaient. Les tâches étant plus complexes, il lui paraissait nécessaire d'analyser le travail en terme de « processus de pensée » c'est-à-dire non seulement décrire, mais expliquer les conduites professionnelles. Si la sociologie du travail, le droit du travail et les relations de travail se sont intéressés aux enjeux sociétaux reliés au glissement de la notion de qualification vers celle de compétence, notamment en termes de nouveau rapport de production, d'identités au travail ou de qualification contractuelle, les sciences de l'éducation et de la formation, plus pragmatiques, se demandent comment celles-ci sont mobilisées en action et comment les construire en amont. Du côté nord-américain, la psychologie est le champ de recherche qui s'est le plus intéressé à la notion de compétence que ce soit dans la tradition psychométrique de la psychologie que dans les quatre grands champs de la psychologie du travail et des organisations allant de l'évaluation des personnes à l'analyse des relations individu-organisation. Finalement, en gestion, trois courants de recherche se sont intéressés à ce concept : l'économie, la stratégie et la gestion des ressources humaines. Les deux dernières ont une vision presque contradictoire de la compétence. En stratégie, en lien avec la théorie des ressources de Barney (1991), les compétences sont des ressources organisationnelles permettant d'obtenir un avantage concurrentiel durable. L'accent est mis sur les principes d'inimitabilité, de non-transférabilité et sur le versant tacite de la compétence. Ces chercheurs mettent ainsi davantage l'accent sur les effets de la compétence que sur sa nature. Au contraire, en gestion des ressources humaines, la compétence est une notion individuelle qui se doit d'être objectivée et rattachée à une situation de travail particulière. L'objectif est de rendre explicites ces compétences afin de les gérer et de mieux les développer dans les organisations.

**Tableau 2.3 Les courants s'étant intéressés à la notion de compétence et aux enjeux qui y sont rattachés**

Courants	Enjeux étudiés
Ergonomie	Explication des conduites professionnelles en terme de structures disponibles (savoirs, savoirs faire, conduites type, procédures standard) Trois composantes de la compétence : la connaissance, les savoir-faire et les métaconnaissances
Relations de travail	Individualisation des emplois et des carrières, identités au travail, protection salariale
Droit du travail	Qualification contractuelle, appréciation patronale discrétionnaire de l'aptitude professionnelle
Sociologie du travail	Glissement de la notion de qualification à celle de compétence, valorisation de la compétence (différence entre le travail prescrit et le travail réel) et reconnaissance par autrui, liens avec évolutions de l'organisation du travail et de la mutation du système productif
Psychologie	Tradition psychométrique, problèmes de transfert et de style d'apprentissage, de fonctionnement cognitif, de personnalité, de motivation. Introduction des termes « compétences génériques », « compétences transversales » ou encore « compétences transférables »
Psychologie du travail et des organisations	Compétences objet d'étude dans quatre grands champs 1) Évaluation des personnes McClelland et sa critique de l'approche psychométrique 2) Études des activités : caractériser les compétences mises en œuvre dans des activités bien définies (de l'ordre de la description et non de l'évaluation) 3) Orientation professionnelle : aider le travailleur à identifier les compétences acquises lors de son parcours professionnel, bilan de compétences et VAE 4) Analyse des relations individu- organisation : les compétences sont considérées comme des conduites sociales distinctes. Travaux sur l'apprentissage organisationnel et la théorie sociale cognitive
Sciences de l'éducation et de la formation	Articulation entre individu et milieu professionnel. <u>Deux volets :</u> 1) Production des compétences en accord avec des objectifs de formation 2) Objectifs de contrôle des acquis de formation
Économie	La compétence comme outil périphérique, partie prenante de problématiques plus larges concernant l'organisation et le fonctionnement des firmes en particulier l'innovation, la coordination et l'incertitude

Courants	Enjeux étudiés
GRH	<p>1) La compétence est une notion individuelle qui constitue le cœur des pratiques actuelles visant à s'affranchir des logiques collectives de gestion</p> <p>2) Elle fait l'objet de spécifications souvent précises et détaillées à la fois en raison de son articulation très étroite avec chaque situation de travail, et dans un souci de différenciation de ces situations</p> <p>3) Elle est considérée comme un ensemble de savoirs et de qualités possédés par un individu, même si la question du développement de ces compétences est également prise en compte</p> <p>Volonté d'objectivisation et focalisation sur le versant explicite des compétences</p>
Stratégie	<p>La compétence est une notion collective et organisationnelle. Pour constituer un avantage concurrentiel réel, la compétence doit être difficilement imitable et peu transférable (théorie des ressources, Barney, 1964). La stratégie met davantage l'accent sur ce que font les compétences plutôt que sur ce qu'elles sont, donc davantage sur leurs effets que sur leur nature. Elle raisonne ainsi davantage en termes de processus qu'en termes de stocks, de savoirs et de savoir-faire possédés par des individus</p> <p>Accent sur le versant tacite des compétences afin de les rendre difficilement imitables</p>

De plus, la signification et le contenu de la notion de compétence ont évolué et se sont étendus depuis les années 1970. De nos jours, la formule « être compétent » ne peut plus être considérée comme une évidence a priori. Avec la montée en puissance des entreprises de service, les exigences de réactivité, d'adaptation et d'innovation permanente, chaque situation de travail devient singulière et nous sommes passés de « savoir exécuter » à « savoir comprendre et s'adapter à des situations nouvelles » (Pastré, 2005 :77). Ainsi, au sens moderne du terme, la compétence renvoie à l'intelligence des situations c'est-à-dire à la capacité de gérer des situations variées, à résoudre des problèmes et à s'adapter constamment aux nouvelles exigences de l'environnement. Le salarié ne doit plus seulement exécuter ses activités, il doit les entreprendre (Le Boterf, 2006). Le Boterf (2006) souligne la différence entre « avoir des compétences » et « être compétent » : « avoir des compétences » renvoie à l'idée d'avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, aptitudes physiques, etc.) pour agir avec compétence alors qu'« être compétent » se réfère au domaine de l'action, c'est la capacité individuelle d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail

en mobilisant une combinatoire appropriée. « Avoir des compétences » est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour « être compétent » (Le Boterf, 2006 :26).

Ensuite, le champ lexical de la compétence semble encore manquer de clarté : par exemple, le terme compétence désigne aussi bien les compétences supposées requises pour un emploi que les compétences supposées acquises par le travailleur (Dupray et al., 2003 : 45). Dans la même veine, l'usage indifférencié du singulier ou du pluriel (sauf en ergonomie où l'on parle toujours de compétences) montre une conceptualisation encore inachevée. De même, il est important de faire la distinction sémantique entre « être compétent », c'est-à-dire être capable d'agir et de réussir avec compétence en situation de travail et « avoir des compétences », c'est-à-dire avoir des ressources pour agir avec compétence. En effet, selon Le Boterf (2006), on peut avoir des compétences, mais ne pas agir dans une situation donnée avec compétence. Pour cela, il faut mobiliser des ressources appropriées pour gérer un ensemble de situations professionnelles afin de produire des résultats satisfaisants à certains critères de performance. Finalement, les définitions du terme compétence divergent sur plusieurs points (Bouteiller et Gilbert, 2005) : d'abord, l'étendue de la notion, certains auteurs incluant la motivation, les traits de caractère (Boyatzis, 1982) ou les capacités cognitives (Marbach, 1999) alors que d'autres se limitent aux connaissances et à l'expérience (Legendre, 2005). Ensuite, elle est souvent définie selon deux orientations : béhavioriste, c'est-à-dire en termes de comportements (Lévy-Leboyer, 2009) ou cognitiviste, on parlera alors de stratégies de raisonnement (de Montmollin, 1986).

La notion de compétence n'a pas le même sens entre les pays et se situe au carrefour des différents courants de recherche apportant chacun un éclairage spécifique sur différents niveaux d'analyse : sociétal (sociologie et psychologie du travail), organisationnel (droit du travail, économie, stratégie) ou individuel (ergonomie, psychologie ou sciences de l'éducation). De plus, sa signification s'est considérablement étendue dans notre société de services et certaines distinctions sémantiques sont nécessaires pour bien appréhender le champ lexical de la compétence. Cependant, grâce à la recension des différentes définitions disponibles dans la littérature, il est possible de distinguer un certain nombre de caractéristiques intrinsèques communes à la notion de compétence.

Prenant racine dans la langue latine, « *competens* » du verbe « *competere* » : convenir, être adapté à, la définition générale de la compétence renvoie à une aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées (Aubret, et al., 1993). Dans sa première acception, la compétence est un terme juridique s'appliquant aux attributions d'une instance, à sa capacité, et à celle des personnes qu'elle mandate de traiter d'une catégorie d'affaires. De cette dernière découle une seconde qui s'applique à la maîtrise par un individu d'un certain nombre d'activités, notamment professionnelles, lui donnant le droit de porter un jugement sur ce qui y est produit ou s'y produit (Gillet, 1998). Elle s'applique donc aux professions réglementées comme médecin ou avocat. En dehors des professions réglementées, la compétence est souvent définie comme la somme des savoirs, savoir-faire et savoir-être, comme l'application de savoirs théoriques ou pratiques ou encore comme un ensemble d'aptitudes ou de traits de personnalité (Le Boterf, 2006). Pourtant, ces trois définitions, trop statiques, ne permettent pas de saisir toute la complexité de la notion de compétence. Même s'il n'existe pas de définition reconnue par tous, il est possible de distinguer les fondements de la compétence. Le tableau suivant (Tableau 2.4) fait ressortir, à partir des définitions recensées dans la littérature, les propriétés intrinsèques de la compétence.

**Tableau 2.4 Les définitions de la compétence et ses caractéristiques intrinsèques (inspiré de Grimaud, 2003)**

Auteurs	Définition de la compétence	Caractéristiques intrinsèques
Chéné (1980)	Capacité personnelle de remplir un rôle, une fonction ou une tâche selon des critères de performance établis	Finalisée
Boyatzis (1982)	Caractéristique sous-jacente d'une personne qui a une relation de cause à effet avec la performance moyenne ou supérieure dans une fonction. Ensemble intégré de 5 dimensions 1) motivation 2) traits de caractère 3) conception que l'on a de soi-même 4) connaissances 5) savoir-faire ou habiletés	Intégration dynamique
Berthelot (1985)	La compétence est une unité intégrative, référable à une unité situationnelle	Contextualisée
Argyris et al. (1985)	La compétence est associée à un pouvoir de faire (et de refaire...) dans des conditions ou des situations semblables, les mêmes actes	Contextualisée
De Montmollin (1986)	Les compétences sont des ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites-type, de procédures standard, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau	Intégration dynamique
Legendre (2005)	Habilitéte acquise, grâce à l'assimilation de connaissances pertinentes et à l'expérience, qui consiste à circonscrire et à résoudre des problèmes spécifiques	Finalisée, processus d'apprentissage
Malglaive (1990)	Une compétence est un « savoir d'usage » désignant une totalité, complexe et mouvante, mais structurée, opératoire, c'est à dire ajustée à l'action et à ses différentes occurrences. Elle se présente donc comme une structure dynamique dont le moteur n'est autre que l'activité	Finalisée, Caractère opératoire, intégration dynamique
Toupin (1995)	La compétence se présente donc comme une reconstruction formelle de procédés d'objectivation présents au sein de schèmes d'action, c'est-à-dire de capacités qui consistent à sélectionner, à fédérer et à appliquer à une situation, des connaissances, des habiletés et des comportements	Intégration dynamique
Michel et Ledru, (1991)	Capacité à résoudre un problème dans un contexte donné	Contextualisée
Gilbert et Parlier (1992)	Les compétences sont des ensembles de connaissances, de capacités d'action et de comportements structurés en fonction d'un but et dans un type de situation donnée	Contextualisée

Auteurs	Définition de la compétence	Caractéristiques intrinsèques
Merchiers et Pharo (1992)	La compétence est à la fois opératoire et visant le résultat d'une part, expressive et interlocutoire et visant la validation par autrui d'autre part	Construit social et opératoire
Spencer et Spencer (1993)	<i>A competency is an underlying characteristic of an individual that is causally related to a criterion-referenced effective and/or superior performance in a job or a situation</i>	Contextualisée, finalisée
Le Boterf (1994)	La compétence est un système, une organisation structurée, qui associe de façon combinatoire divers éléments. Toute compétence est finalisée et contextualisée, elle ne peut être séparée des conditions de sa mise en œuvre	Intégration dynamique, finalisée, contextualisée
Reinbold (1995)	La compétence est un processus par lequel une personne produit régulièrement une performance professionnelle ajustée au contexte	Contextualisée, processus
Meschi (1996)	La compétence peut-être définie à un niveau individuel comme étant un ensemble de connaissances, capacités et volonté professionnelles	Intégration dynamique
Code ROME ANPE	La compétence est un ensemble de savoir-faire et savoir-être qui sont manifestés dans l'exercice d'un emploi-métier, dans une situation d'activité donnée	Contextualisée
MEDEF (1998)	La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expérience et comportements s'exerçant dans un contexte précis	Intégration dynamique, contextualisée
Zarifian (1999)	La compétence est une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté	Contextualisée, initiative, responsabilité
Marbach (1999)	La compétence se définit comme un ensemble d'éléments hétérogènes combinés qui sont en interaction dynamique. Parmi ces ingrédients, on distingue communément les savoirs, les savoir-faire, les comportements, les facultés mentales et cognitives; on peut aussi y admettre également les qualités personnelles ou le talent	Intégration dynamique
Dietrich (2000)	La compétence désigne le processus d'équilibration par lequel l'homme s'adapte à son environnement, c'est-à-dire s'approprie des savoirs et une situation de travail, au point d'atteindre à cette conscience d'être en bonne relation avec son environnement	Contextualisée, processus
Le Boterf (2006)	Résultat d'une combinaison pertinente entre plusieurs ressources (le savoir agir), la motivation de l'individu (le vouloir agir) et un contexte favorisant la prise de responsabilité et de risques (le pouvoir agir)	Intégration dynamique

Auteurs	Définition de la compétence	Caractéristiques intrinsèques
Koebel (2006)	La compétence se définit comme un ensemble de savoir-faire, de connaissances et de comportements mobilisés dans une action et adaptés aux exigences d'une situation	Finalisée, contextualisée
Wittorski (2007)	Finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur dans la situation	Finalisée, contextualisée, construit social, intégration dynamique
Lévy-Leboyer (2009)	Les compétences sont ancrées dans des comportements observables, dans l'exercice d'un métier ou d'un emploi et elles se traduisent par des comportements qui contribuent au succès professionnel	Contextualisée, finalisée

Relevant à la fois de l'individu et de l'entreprise, la compétence n'est pas un état, c'est **un processus**, un ensemble de phénomènes conçu comme actif et organisé dans le temps. Pour Le Boterf (2006), elle se conjugue au gérondif, temps utilisé pour souligner que quelque chose est en cours, va s'accomplir. La compétence désigne une réalité dynamique : c'est en mettant en œuvre la compétence qu'on devient compétent. De plus, si on ne s'en sert pas, la compétence s'use, son exercice est donc nécessaire pour qu'elle se maintienne. Dans la même logique, la compétence nécessite un **apprentissage**, ce n'est qu'au bout d'une certaine période qu'un individu pourra être considéré comme compétent dans une situation de travail. La compétence suppose une capacité d'apprendre et de s'adapter, elle est pertinente pour une catégorie de situations et ne se limite pas à l'exécution d'une tâche unique. Ensuite, la compétence est un **construit opératoire et social**, elle implique toujours un accord entre celui qui dit posséder une compétence et celui qui reconnaît que cette personne la possède effectivement. Pour exister, la compétence nécessite le jugement d'autrui à travers la validation, elle a besoin d'être reconnue. « C'est le jugement public qui conditionne la réalité de la compétence : nul ne saurait se déclarer compétent lui-même » (Aubret et al., 1993 :61). La compétence est une notion essentiellement **abstraite** et **hypothétique**, elle n'est pas l'action en elle-même, elle sous-tend l'action. Par conséquent, on ne peut repérer de la

compétence que ses manifestations visibles. La compétence, elle, n'est ni saisissable, ni observable, mais simplement inférée par des situations de travail particulières. En effet, la compétence est toujours **contextualisée, contingente à une situation donnée** et elle est **finalisée**, relative à un but. Ainsi, il y a toujours « compétence de » ou « compétence pour ». On n'est pas compétent dans l'absolu et la compétence n'a de sens que par rapport à l'action. Les acteurs sont toujours situés : les compétences qu'ils mettront en œuvre dans leur situation de travail seront toujours conditionnées par un « effet de position » (position d'un acteur dans un contexte particulier qui conditionne son accès aux informations) et par un « effet de disposition » (ses capacités cognitives, mentales et affectives qui le conduiront à une certaine interprétation de la réalité). Comme un acte d'énonciation, la compétence ne peut être comprise sans référentiel au sujet qui l'émet ni au contexte dans lequel elle se situe. La compétence est toujours compétence d'un acteur en situation. « Elle émerge plutôt qu'elle ne précède » (Le Boterf, 1994 :20). On ne peut donc évaluer les compétences qu'en situation, c'est dans ou par l'entreprise que se construit, se reconnaît et s'évalue la « valeur d'usage » du salarié (Guérin, 2006). La compétence résulte de l'**intégration dynamique** de certains éléments, c'est un système, une organisation structurée. Ce n'est pas une somme, mais une combinatoire particulière d'un certain nombre d'ingrédients préalablement triés à bon escient afin de répondre aux exigences d'adaptation à une situation. Cette intégration dynamique est **flexible**, elle peut varier en fonction des contraintes et des ressources, elle peut et doit varier en fonction de l'évolution des situations où elle intervient. Finalement, la **responsabilité**, l'**initiative** et l'**autonomie** de l'acteur caractérisent la compétence : l'attribution d'une compétence définit son territoire de responsabilité, d'intervention et l'engage dans son travail, lui permet de prendre des initiatives et de s'autoréguler. Elle est donc un **attribut de l'acteur**.

Si la majorité des publications se concentrent sur la compétence dans une perspective individuelle, en sciences de la gestion, la compétence collective a retenu l'attention de divers auteurs (Coulet, 2016). Ils s'accordent sur le fait que la compétence collective transcende la compétence individuelle : selon Dejoux (1998), cité dans Retour et Krohmer (2006), la compétence collective est l'« ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au

groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui-ci » (:73). Elle émerge donc de la coopération et de la synergie existantes entre les compétences individuelles (Le Boterf, 2000).

## **2.3.2 Le lien entre compétences et performance**

### ***2.3.2.1 Les théories et approches conceptuelles qui mettent en lien avec la compétence et la performance***

#### **2.3.2.1.1 La théorie du capital humain**

Selon l'OCDE (1998), le capital humain est un « ensemble de connaissances, de qualifications, de compétences et autres qualités possédées par l'individu et intéressant pour l'activité économique » (:9). On doit le développement de cette théorie au Prix Nobel d'économie Gary Becker. Partant du principe que tout ce qui fait la richesse immatérielle de l'Homme constitue un véritable capital, il défend l'idée qu'il est source de richesse et de valeur et doit être valorisé. En suivant le même raisonnement que pour un capital financier, l'individu va tenter de rentabiliser son investissement en suivant une stratégie à court, moyen ou long terme. Selon Becker, l'individu fait des investissements avant d'entrer sur le marché du travail grâce à la formation initiale, mais cela ne suffit pas : il doit toujours actualiser et adapter son capital social aux évolutions du marché du travail grâce à la formation continue. Par ailleurs, ces choix d'investissements peuvent être généraux (transférables à d'autres milieux de travail) ou spécifiques (propres à une organisation). Investir dans des formations générales ou spécifiques pour ses employés permettra à l'organisation de faire, à terme, des gains financiers significatifs.

La théorie du capital humain a fait l'objet de nombreuses critiques par différents auteurs notamment Coff (1997) qui réfute l'idée que le capital humain est un capital comme les autres : les entreprises n'en sont pas propriétaires et la somme de compétences et de connaissances le constituant est difficile à évaluer. Tremblay (2004) ajoute que cette théorie ne tient pas compte du capital social des individus ni de la dimension affective ou cognitive. Finalement, Guillard et Roussel (2010) évoquent la relation de causalité

(investissement-hausse de la productivité-hausse des salaires) qui repose sur le postulat d'un marché « parfait », ce qui n'est pas le cas.

#### 2.3.2.1.2 La théorie des ressources

Considérée comme la théorie la plus influente en management stratégique, la théorie des ressources fait le lien entre la gestion des ressources humaines et stratégie organisationnelle. Grâce à son raisonnement intuitif, facilement énoncé et compris, cette théorie tente d'expliquer pourquoi certaines organisations sont plus performantes que d'autres en créant et en maintenant leur avantage concurrentiel. Penrose (1959), Wernerfelt (1984) ou encore Rumelt (1984) se sont intéressés à cette question, mais c'est le modèle de Barney (1991) qui a marqué ce domaine.

Barney (1991) part de deux postulats : l'hétérogénéité et l'immobilité des ressources. Non seulement toutes les entreprises d'une même industrie ne possèdent pas toutes les mêmes ressources, mais elles ne sont aussi qu'imparfaitement mobiles entre elles, ce qui peut faire perdurer une situation à l'avantage d'une entreprise par rapport à son concurrent.

Les ressources sont définies comme des attributs contrôlés par l'entreprise pour concevoir et mettre en œuvre sa stratégie visant efficacité et efficience. Elles peuvent être à capital physique (usine, équipements), à capital humain (formation, expérience) et à capital organisationnel (structures formelles, de contrôle).

Pour qu'elles permettent d'atteindre et de maintenir un avantage concurrentiel durable, elles doivent remplir quatre conditions : elles doivent 1) ajouter de la valeur ; 2) être rares ; 3) être difficilement substituables ; 4) être imparfaitement imitables. Cette dernière condition résulte de trois facteurs : la ressource provient de conditions particulières liées à l'entreprise et elle est due à un phénomène social complexe. Par ailleurs, le processus qui conduit la ressource à la performance n'est pas clairement explicité, ce que les auteurs qualifient d' « d'ambiguïté causale ».

Ainsi, comme nous expliquent Bouteiller et Cossette (2013) :

Le raisonnement de Barney est simple : un avantage concurrentiel est développé et maintenu grâce à différentes ressources ayant des attributs définis. Dans la mesure où toutes les entreprises n'ont pas accès aux mêmes ressources et que cela peut perdurer, celles qui les identifient et les développent peuvent prétendre à l'atteinte d'une performance supérieure ( :11)

Il revient donc à l'organisation et à ses gestionnaires d'identifier ses ressources clés et de les développer, notamment au sein de son « capital humain », donc de ses employés. La formation et le développement des compétences sont ainsi remis au cœur de la stratégie des entreprises et deviennent source d'avantage concurrentiel durable.

Plusieurs critiques reviennent dans la littérature sur cette théorie : le caractère très large des ressources qui entraîne nombre de définitions et donc une opérationnalisation difficile (Fall, 2008), mais aussi son caractère tautologique qui empêche sa falsification par des validations empiriques (Priem et Butler, 2001).

#### 2.3.2.1.3 L'approche conceptuelle et le modèle du crocodile de Bouteiller

Bouteiller (1997) propose une réflexion sur l'enjeu d'optimiser en continu le capital-compétence d'une entreprise autour de l'idée qu'une compétence est un « actif fragile et biodégradable » (: 16-17) ayant un cycle de vie (développement-utilisation-déclin) de plus en plus court. Si l'entreprise ne met pas en œuvre des stratégies d'actualisation, la compétence perdra automatiquement de sa pertinence. L'auteur ajoute donc une perspective temporelle aux enjeux entourant la compétence.

Bouteiller (1997), faisant le parallèle avec le concept de non-qualité, introduit alors l'idée de la « zone de non-compétence » constituée de l'écart entre la valeur du capital-compétence de l'individu (les acquis) qui baisse de lui-même si on ne s'en occupe pas sous l'effet de l'obsolescence, et le niveau de compétence exigé par les emplois (les requis), qui augmente sous l'effet de la complexification des tâches et des responsabilités. L'écart peut alors se creuser rapidement et ce raisonnement peut s'appliquer autant à l'individu, aux collectifs ou à l'organisation dans son ensemble.

Bouteiller (1997) précise que plus l'écart à combler sera important, plus il faudra de temps pour le combler, plus cela sera coûteux, moins on aura de chance de le combler en totalité (plus la charge d'apprentissage sera élevée), plus les coûts directs et indirects seront importants et, finalement, plus l'individu, et donc à terme l'entreprise, seront vulnérables longtemps ( :23-24) (Figure 2.3).

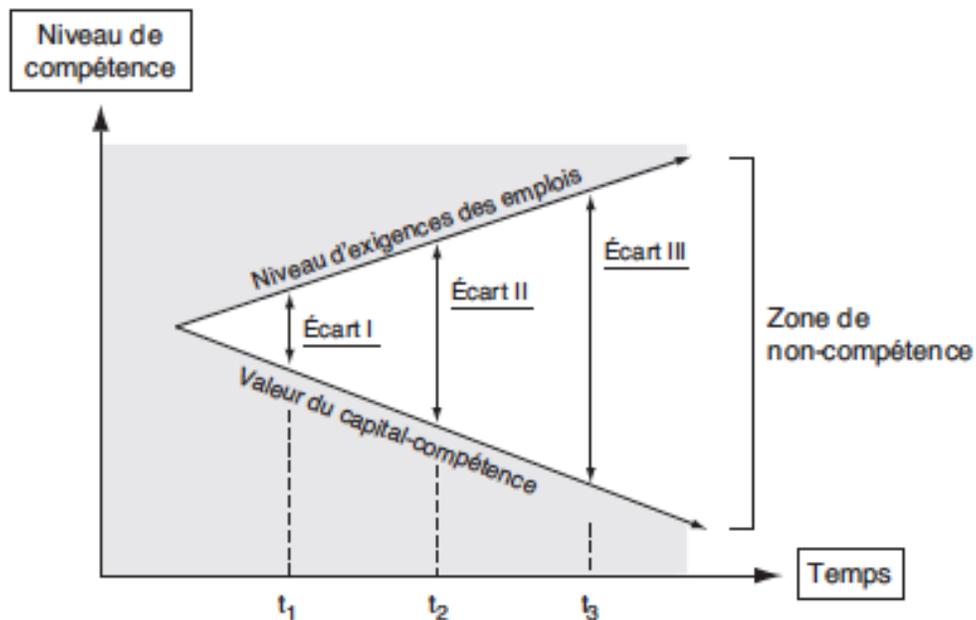


Figure 2.3 — La « zone de non-compétence » (Bouteiller, 1997, p. 11)

Bouteiller (1997) utilise alors l'image du crocodile selon laquelle plus la zone de non-compétence augmente, plus la gueule du prédateur s'ouvre, allant jusqu'à se refermer complètement lorsque « le « non-développement individuel » se traduira à terme par un « non-développement organisationnel », et [...] l'ensemble du système humain et social en place [...] en sera pénalisé » ( :27).

La gestion de la formation est alors le premier levier sur lequel s'appuyer, il garde toute son importance et doit être géré de la façon la plus intelligente possible, mais il n'est pas suffisant notamment à cause de son caractère discontinu. L'auteur argumente alors que ce n'est pas nécessairement la formation qui doit être continue, mais bien l'apprentissage et qu'il faut développer une culture de l'apprentissage à la grandeur de l'organisation en développant des employés « auto-apprenants », mais surtout des organisations du travail

et des parcours professionnels « auto-qualifiants » (:34-35). L'auteur ouvre donc à une réflexion dans la continuité.

L'organisation devient alors un « système de compétences », au sens de Le Boterf (1992 :110), et « la responsabilité du développement des compétences ne repose plus exclusivement sur la formation et a beaucoup plus de chance de se réaliser de façon continue, soit en synergie (organisation qualifiante), soit en parallèle (autoformation) de l'exercice quotidien du travail » (Bouteiller, 1997 :36).

### ***2.3.2.2 Les compétences-clé comme point pivot entre apprentissage et performance***

Ces trois auteurs établissent un lien entre compétences et performance organisationnelle. Becker (1962) souligne l'intérêt d'investir dans son capital humain, Barney (1991) précise que celui-ci peut être source d'avantage concurrentiel durable, et Bouteiller (1997) explique que la non-compétence peut-être, à court, moyen ou long terme, source de non-performance. La compétence est donc au cœur de la réflexion stratégique.

Dans ce projet de recherche, la performance de l'infirmière en rôle élargi est en lien avec la qualité de son parcours d'apprentissage et des compétences qui en découlent. Ainsi, d'un point de vue individuel, nous considérons que la mission dans le Nord sera réussie si l'infirmière, qui se retrouve dans une situation inédite dont elle ne comprend réellement les enjeux qu'une fois sur place, arrive à harmoniser son capital-compétence pour mener à bien son rôle de professionnel à différentes étapes.

Le succès dépendra donc de la qualité du parcours d'apprentissage : qualité des apprentissages et choix adéquats de stratégies d'apprentissage ainsi que de la traduction de celui-ci en compétences-clé. Les compétences-clé sont la résultante d'un parcours d'apprentissage de qualité et peuvent être envisagées comme le point pivot entre l'apprentissage et le succès d'une mission. Si l'apprentissage ne se traduit pas en compétences pertinentes, la mission ne pourra être réussie (l'infirmière ne sera pas performante dans son rôle élargi). Ainsi, comme l'explique Wittorski (1998), « la compétence est le processus générateur du produit fini qu'est la performance » (:58).

Ces infirmières deviennent alors des ressources au sens de Barney (1991) qui permettent au Centre de santé de développer et de maintenir un avantage concurrentiel. L'idée de réfléchir sur des parcours, c'est donner toute sa place à la notion de « système de compétences » que nous venons d'aborder.

## **2.4 Le parcours des infirmières en rôle élargi dans les dispensaires au Nunavik**

### **2.4.1 Le rôle élargi : un rôle peu documenté**

#### ***2.4.1.1 Les études au Canada***

Dans la littérature scientifique, comme le précisent Stewart et al. (2005) et Misener et al. (2008), les écrits sur la pratique infirmière en région éloignée au Canada sont éparses et concernent majoritairement les communautés Premières Nations. Or, les différences entre les communautés sont importantes tant au niveau de la structure sociale, de l'organisation des soins de santé que de la situation géographique. Par exemple, la communauté crie de la Baie-James a fondé un organisme, le Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) qui, en partenariat avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), assure la gestion et l'organisation des services de la santé et des services sociaux dans cette région. Sans entrer dans les détails, cet organisme permet notamment l'allocation de nombreuses ressources dans les villages. Par ailleurs, l'organisation des soins de santé y est différente et localement, les infirmières peuvent être amenées à transiger avec le Conseil de bande de chacun des villages. Enfin, tous les villages sont reliés par la route. Il est évident que cela a un impact sur le rôle joué par les infirmières en dispensaire.

Nous présenterons tout de même les recherches sur les infirmières en rôle élargi auprès des communautés Premières Nations, certains résultats restant pertinents dans le cadre de notre étude.

Dans leur étude Misener et al. (2008) développent cinq conseils pour les infirmières souhaitant travailler en région éloignée, sans faire de distinction entre les Nations

étudiées : 1) avoir une idée de la pratique en dispensaire et y être préparées ; 2) se connaître, avoir un esprit critique, être calme et adaptable ; 3) prendre le temps de connaître la communauté, éviter les préjugés et les jugements et rester humble ; 4) chercher les opportunités d'apprentissage et reconnaître ses limites professionnelles ; 5) rester à l'écoute de soi pour prévenir l'épuisement professionnel. Les auteurs reconnaissent, par ailleurs, que toutes les infirmières ne seront pas en mesure de pratiquer le rôle élargi.

Vukic et Keddy (2002) ont aussi étudié le rôle élargi dans les communautés Premières Nations au Canada situées au nord du 50<sup>e</sup> parallèle non desservies par le réseau routier. Elles soulignent que la responsabilité du diagnostic est un enjeu crucial de cette pratique tout en précisant que les infirmières sont insuffisamment voire mal formées. Par ailleurs, les infirmières doivent réussir à nouer des relations de confiance avec la communauté alors qu'elles sont considérées comme n'en faisant pas partie et que le dispensaire est uniquement perçu comme un lieu de soins.

Tarlier et Browne (2011) défendent une pratique infirmière en rôle élargi prenant en compte le contexte social, politique et historique de la santé des Premières Nations afin d'offrir des soins de santé adaptés à cette réalité, mais aussi de collaborer avec les communautés pour établir des priorités de santé.

Dans sa thèse, Rahaman (2014) arrive à la conclusion que les infirmières devraient être mieux formées aux conséquences du colonialisme sur la santé des Premières Nations ainsi qu'avoir une perspective critique sur le système mis en place. Elles devraient aussi être mieux préparées professionnellement aux défis qui les attendent. Cela renforce les résultats de l'étude de Boone et al. (1992) qui souligne que les infirmières ne saisissent qu'une petite partie de la culture des Premières Nations et qu'une préparation plus adéquate est primordiale.

Finalement, Tarlier, Johnson et Whyte (2003) développent quatre grands résultats de leur étude menée en Colombie-Britannique. Tout d'abord, les infirmières ont une meilleure compréhension de leur rôle au fur et à mesure de leur expérience. Elles comprennent mieux la culture des Premières Nations et s'adaptent à l'isolement

professionnel et personnel. De plus, en comprenant leur rôle communautaire et en créant des liens avec la communauté, elles font évoluer leur prise en charge vers une pratique communautaire. Les compétences en soins primaires sont considérées comme fondamentales, mais c'est plutôt la pédagogie et les conseils ainsi que le soutien aux patients qui font la différence. Le rôle de la confiance, du respect, du soutien et de la réciprocité est par ailleurs souligné. Ainsi, les infirmières considèrent qu'elles jouent un rôle essentiellement communautaire, les soins primaires ne représentant qu'une facette du rôle élargi. Finalement, paradoxalement, si c'est le niveau d'autonomie offert par ce rôle qui attire les infirmières, accepter le niveau de responsabilité qu'il confère fait partie de l'évolution perçue du rôle. Les auteurs soulignent la complexité du rôle en termes d'autonomie, d'autorité, de pouvoir, d'éthique, de responsabilité ou encore de réciprocité. Les résultats de cette étude sont intéressants, mais ils restent préliminaires (seules 9 infirmières ont été interrogées). Les auteurs suggèrent d'ailleurs « d'explorer plus en profondeur la pratique infirmière en région éloignée avec une méthode qualitative » [Traduction libre] (Tarlier, Johnson et Whyte, 2003).

#### ***2.4.1.2 Les études au Québec***

Concernant la pratique infirmière en rôle élargi dans les dispensaires de la communauté Inuite au Nunavik plus spécifiquement, nous n'avons recensé qu'une recherche qui montre que les besoins les plus criants dans les communautés sont d'ordre psycho-social (logement, nourriture ou vêtements) et que les infirmières en dispensaire n'ont pas les ressources pour y répondre. Cet écart entre les besoins des patients et les ressources disponibles entraîne un mécontentement de la population, voire une utilisation limitée des services de santé (Fraser et Nadeau, 2015).

Par ailleurs, en 2004, le comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée a mené une consultation auprès des infirmières œuvrant dans un contexte d'isolement dans les régions de la Côte-Nord, du Nunavik et sur le territoire de la Baie-James. Le mémoire qui a été publié par la suite fait office de référence dans la littérature professionnelle. Il y est décrit la pratique infirmière en

région éloignée et ses enjeux, mais aussi quelques recommandations quant à la formation.

### **2.4.2 Un rôle aux caractéristiques singulières**

À l'aide des différentes recherches et des documents officiels disponibles sur le rôle élargi, plusieurs caractéristiques singulières ressortent.

Premièrement, c'est un rôle unique et spécifique à la pratique en région éloignée de sorte qu'il est très difficile pour une infirmière de l'appréhender avant sa première expérience en dispensaire que ce soit au niveau du métier même d'infirmière en rôle élargi que de l'environnement technique, social, géographique et culturel de travail. Les infirmières sont par ailleurs peu formées, voire mal formées, aux enjeux qui les attendent.

Deuxièmement, c'est un rôle peu documenté et difficile à définir et à circonscrire. Il est ambigu, plastique, évolutif et, en quelque sorte, propre à chacune des infirmières qui le joue.

Troisièmement, une de ses caractéristiques est le chevauchement entre vie professionnelle et vie privée (Minore et al., 2004). Misener et al. (2008) le qualifient d'intrusif : non seulement on exerce un rôle élargi, mais on vit l'expérience nordique.

Quatrièmement, le cadre organisationnel est relativement faible. Il y a quelques mécanismes d'encadrement (direction des soins infirmiers, infirmière chef de programme CLSC, organisation de la semaine par demi-journées), mais force est de constater que les infirmières nordiques ont un très fort degré d'autonomie dans leur quotidien.

Cinquièmement, l'organisation du travail en système de *stretch/* missions est particulière à cette pratique. Cela exacerbe l'exigence d'ajustement et d'adaptation des infirmières ce qui, comme l'explique Zimmermann (2014), engage une mise à l'épreuve des connaissances et des savoirs acquis, voire, une mise à l'épreuve de soi.

Sixièmement, les infirmières pratiquent dans un environnement extrême dû à l'isolement géographique, culturel, professionnel et personnel pouvant entraîner des « situations extrêmes de gestion » qui peuvent devenir risquées (Lièvre, 2014). Comme l'explique Godé (2015), cette notion d'environnement extrême fait de plus en plus l'objet d'une intention particulière des chercheurs en sciences de la gestion même si les travaux restent disparates (:15).

#### **2.4.3 De l'intérêt d'analyser le rôle élargi à travers le prisme du parcours d'apprentissage et des compétences**

Comme l'expliquent Misener et al. (2008), malgré le rôle crucial que les infirmières nordiques jouent auprès de la population inuite, les chercheurs et les praticiens se sont peu intéressés à leur réalité de sorte qu'il est difficile d'appréhender en finesse le rôle élargi et de comprendre le quotidien des infirmières en dispensaire.

Tarlier, Johnson et Whyte (2003) précisent: « *there is an identified lack of research in the area of outpost nursing generally, and more specifically, little information exists as to how outpost nurses meet the expectations of [their] role* » (:181).

Par ailleurs, plusieurs enjeux de ressources humaines sont soulevés dans les travaux de recherche et le Mémoire de l'OIIQ (2004) dont le recrutement et la rétention ainsi que l'importante d'une préparation adéquate, particulièrement au niveau culturel. Leurs conséquences sur la continuité des soins sont préoccupantes, comme l'expliquent Minore et al. (2005):

*Shortages, turnover, and inadequate preparation among nurses recruited to northern First Nations affect continuity across the entire continuum of care. Health promotion and illness prevention activities are displaced by the pressure from acute treatment demands, while follow-up care is frequently impaired by communication breakdowns attributable to the staffing situation. (:98).*

Enfin, compte tenu des caractéristiques singulières de ce rôle présentées plus haut dans ce travail, on peut faire l'hypothèse que la pratique en dispensaire représente un contexte à charge d'apprentissage élevé particulièrement parlant. L'imbrication des sphères professionnelle et privée transforme le parcours nordique en un processus complexe et intime. En ce sens, les infirmières vivent une expérience nordique dans toute sa globalité

et son caractère systémique. Retracer leurs parcours à travers le prisme de l'apprentissage, c'est à la fois comprendre leurs stratégies pour apprendre et s'adapter, mais aussi leurs parcours de vie au sein des dispensaires de l'arctique québécois ainsi que ce qu'elles en retirent.

#### **2.4.4 Les trois questions de recherche de ce travail**

Cette réflexion autour de l'apprentissage, de l'expérience, du parcours et des compétences nous a amenés à formuler trois questions de recherche.

##### ***1) Comment se définit le rôle élargi ?***

Pour répondre à cette première question de recherche, nous allons d'abord présenter la complexité du rôle élargi, les enjeux qu'il soulève, les différents rôles dont il est constitué et la façon dont les infirmières se l'approprient et le construisent. Cette analyse en profondeur du phénomène nous amènera à en offrir une définition et une conceptualisation.

##### ***2) Comment se structure le parcours d'apprentissage des infirmières nordiques ?***

Nous avons conceptualisé le parcours d'apprentissage comme un processus complexe alliant les perspectives pragmatique et identitaire. L'objectif de cette question est d'identifier d'éventuelles étapes le structurant, les enjeux et les acteurs qui y sont associés, les stratégies d'apprentissage et d'adaptation privilégiées ainsi que d'éventuels points de rupture.

##### ***3) Quelles compétences-clé sont ainsi développées ?***

Dans notre raisonnement, la compétence-clé est discriminante de la performance et, donc, de la réussite de la mission en dispensaire de l'infirmière. Suite logique de notre réflexion autour d'un parcours d'apprentissage, notre objectif est d'identifier un certain nombre de compétences-clé et de comportements qui y sont associés au sein d'un référentiel de compétences. Cette partie de l'analyse nous permettra d'appuyer quelques hypothèses quant aux stratégies de développement de compétences qu'il y aurait lieu de privilégier à l'avenir au niveau de la Régie Régionale de la Santé et des Services

Sociaux (RRSSS) et des Centres de santé ainsi que des activités d'accompagnement dont pourraient bénéficier les infirmières dans le quotidien de leur mission.

## **2.5 Le modèle de l'analyse stratégique comme grille d'analyse**

### **2.5.1 Le choix du modèle stratégique**

Comme nous l'avons rapidement expliqué plus haut dans ce travail, le choix d'utiliser l'analyse stratégique comme grille d'analyse peut, à première vue, étonner. En effet, l'analyse stratégique reste très souvent associée aux relations de pouvoir dans les organisations. Pourtant la force de ses concepts, l'analyse des dynamiques entre les acteurs et de leurs jeux relationnels se révèlent être tout à fait pertinents pour décomposer des situations d'apprentissage dans un contexte particulièrement complexe.

Ainsi, il nous semble judicieux de mobiliser l'analyse stratégique dans cette recherche pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle cherche à intégrer le point de vue de l'acteur dans les contraintes organisationnelles tout en reconstruisant la rationalité de sa conduite au contexte dans lequel on l'observe. Cette démarche cherche à découvrir « les conditions matérielles, structurelles et humaines du contexte qui limitent et définissent sa rationalité et sa liberté ainsi que le sens de ses comportements empiriquement observables. En caricaturant, cette approche analyse le sens des intentions calculées des acteurs dans un contexte donné » (Crozier et Friedberg, 1977 :5).

Et c'est précisément un des objectifs de notre recherche : comprendre quelles stratégies d'apprentissage sont priorisées par les infirmières à certaines étapes de leurs parcours d'apprentissage.

Par ailleurs, comme le précisent les auteurs dans l'Annexe 1 de leur ouvrage (1977 :451-478), l'analyse stratégique constitue « d'abord et avant tout une pratique de recherche » en offrant, à travers quelques concepts clés que sont le pouvoir, la stratégie, les zones d'incertitude ou les jeux, une grille d'analyse de certaines situations organisationnelles.

[L'analyse stratégique est une] démarche hypothético-inductive par laquelle la démarche stratégique constitue et cerne son objet d'étude par étapes successives à

travers l'observation, la comparaison et l'interprétation des multiples processus d'interaction et d'échange qui composent la toile de fond de la vie à l'intérieur du système d'action qu'elle cherche à analyser. ( : 454)

Quatre points clés la caractérisent : elle se sert de l'expérience vécue des participants, exige une prise de recul et une distance critique, essaie non pas d'évaluer et de critiquer les pratiques observées, mais de les comprendre et finalement, elle tente de reconstruire de l'intérieur la logique propre des situations telle qu'elle est perçue et vécue par les acteurs eux-mêmes en découvrant les données implicites par rapport auxquelles les conduites prennent sens et signification. Cette attitude ouverte fondée sur une démarche qualitative et inductive est essentielle pour une étude exploratoire et donc totalement appropriée pour notre projet de recherche.

Finalement, Crozier et Friedberg (1977) détaillent les quatre sources de pouvoir au sein d'une organisation. L'une d'elles est l'expertise ce qui renvoie précisément à la notion de compétences, et donc, indirectement à l'apprentissage. Analyser des situations d'apprentissage à travers les concepts et la méthode de recherche proposée par l'analyse stratégique est donc tout à fait pertinente.

### **2.5.2 Le modèle d'analyse stratégique**

L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) se situe dans le vaste champ des théories des organisations et cherche à analyser les comportements des acteurs au sein d'un ensemble humain marqué par la coexistence d'acteurs poursuivant des objectifs individuels plus ou moins contradictoires que représente l'organisation. Suite aux travaux de l'organisation scientifique du travail portés par Taylor (1937) expliquant que l'individu est une « main » c'est-à-dire un être passif qui répond aux stimuli auxquels on le soumet et essentiellement mû par des considérations économiques et ceux du courant des relations humaines porté par Elton Mayo (1880-1949) qui, au contraire, stipulent que l'homme est un « cœur » et met de l'avant l'importance des facteurs affectifs et des motivations individuelles dans l'explication des comportements humains, l'analyse stratégique envisage l'homme comme une « tête » c'est-à-dire un être jamais totalement passif qui n'accepte pas d'être traité totalement et uniquement comme un moyen d'accomplissement des besoins de l'organisation (Friedberg, 1988). Ainsi, ce serait

plutôt un agent libre qui utilise sa propre stratégie, soit toutes les ressources dont il dispose, de la façon la plus judicieuse possible compte tenu des contraintes du moment. Les comportements humains sont envisagés comme complexes et échappant au modèle simpliste d'une coordination mécanique ou d'un déterminisme simple. Ils sont le résultat d'une négociation et acte de négociation.

L'analyse stratégique étudie les situations concrètes en termes de stratégie/jeu et de pouvoir/incertitude. Le raisonnement stratégie/jeu envisage l'acteur comme ayant un comportement stratégique que l'on va comprendre à travers les jeux de relations dans lesquels il est impliqué. Le pouvoir, pour Crozier et Friedberg (1977), est défini en terme relationnel : le pouvoir est une relation dans laquelle les termes de l'échange vous sont favorables. Le couple pouvoir/incertitude signifie que, dans un ensemble organisé, on a du pouvoir lorsque l'on maîtrise une zone d'incertitude. Si l'acteur contrôle une telle zone, il a du pouvoir sur les personnes affectées par l'incertitude qu'il contrôle. Relativement autonomes, les acteurs développent chacun des rationalités d'action limitées et cherchent à maintenir ou à augmenter leurs marges de liberté, les zones d'incertitudes qu'ils contrôlent. Ils feront donc des choix en fonction des opportunités et des contraintes de l'environnement et utiliseront leurs ressources de la manière la plus judicieuse possible pour arriver à leurs fins.

Dans la mesure où l'individu choisi une stratégie en fonction de ce qu'il veut faire — c'est-à-dire non seulement ses objectifs stratégiques, mais aussi de sa volonté de les atteindre- *son orientation d'action*- et de ce qu'il estime pouvoir faire -*sa capacité d'action* – soit l'ensemble des forces stratégiques sur lesquelles il pense pouvoir s'appuyer pour atteindre ses objectifs.

L'orientation et la capacité effective d'action sont donc les déterminants de la stratégie d'un individu. L'acteur dispose de différentes forces stratégiques sur lesquelles il serait susceptible de s'appuyer pour atteindre un objectif. Tout d'abord, l'acteur a à sa disposition des ressources, ensemble de moyens dont il peut disposer dans une relation du fait de sa position sociale que ce soit dû à son appartenance ou à la place qu'il occupe dans l'organisation (autorité, accès aux informations) ou à sa personnalité ou son histoire propre (qualifications, richesse, force physique). Ensuite, l'acteur a des capacités ou

« aptitudes d'ordre affectif, cognitif et relationnel, acquises et développées par l'acteur au cours de son apprentissage social dans divers champs de socialisation » (Crozier et Friedberg, 1977 : 179). Finalement, l'acteur aura des opportunités qui sont les caractéristiques organisationnelles qu'il contrôle, mais représentant des incertitudes pour les autres acteurs avec lesquels il est en relation. Comme le résume Bouteiller (1986), « la capacité d'action d'un acteur est l'ensemble de moyens personnels (ressources et capacités) et contextuels (opportunités) sur lesquels celui-ci peut effectivement s'appuyer pour mener à bien une stratégie particulière » ( : 44). Elles doivent donc être à la fois pertinentes et mobilisables selon un contexte donné. Elle sera donc toujours conditionnée par le contexte organisationnel dans lequel elle s'exerce et par la conception subjective de l'acteur lui-même.

Par ailleurs, au sein d'une organisation, chacun des acteurs poursuit des objectifs personnels à plus ou moins long terme qui, souvent, entrent en contradiction avec ceux des autres acteurs ou de l'organisation. L'acteur doit réagir aux évolutions de son environnement et sans cesse s'adapter en se positionnant à très court terme, en définissant des objectifs intermédiaires. Ainsi, il poursuit des objectifs personnels et globaux qui, en tenant compte des caractéristiques organisationnelles, se subdivisent en micro-objectifs. Ceux-ci seront influencés par les contraintes structurelles et humaines en place ainsi que des règles formelles et informelles en vigueur et par les enjeux auxquels l'acteur fait face, ce qu'il a à espérer ou à gagner de son implication dans un jeu relationnel, enjeux qui seront des zones d'incertitudes organisationnelles dont plusieurs acteurs chercheront simultanément à s'assurer le contrôle. Plus cette zone d'incertitude sera pertinente- plus elle conditionnera sa réussite- plus sa marge de manœuvre sera importante et plus son engagement sera soutenu. « C'est en fait la nature de ces enjeux, et leur pertinence par rapport aux objectifs de l'acteur, qui décideront dans quelle mesure ce dernier sera disposé à s'impliquer et avec quelle motivation il maintiendra son engagement » (Bouteiller, 1986 : 40).

Dans notre raisonnement, les infirmières doivent apprendre ce que la pratique nordique requiert pour exercer leur rôle élargi de manière autonome, à savoir le choix et la mise en œuvre d'une ou de plusieurs méthodes d'apprentissage. Celle-ci reposera à la fois sur

leurs objectifs personnels c'est-à-dire sur la réussite de leurs envois (orientation d'action), mais aussi sur leurs capacités, ressources et opportunités (capacité d'action) à savoir, par exemple, l'autorité dont elles disposent, leurs qualifications, leurs capacités cognitives, leurs accès aux informations, mais aussi leurs réseaux ou leur autonomie relative.

Cependant, dans la mesure où dans une organisation, les objectifs des différents acteurs entrent souvent en contradiction, l'acteur se positionnera à court terme en prenant en compte certaines contraintes organisationnelles (les règles formelles les contraintes structurelles, matérielles ou humaines) et définissant des objectifs intermédiaires qualifiés ici d'enjeux.

Un objectif intermédiaire serait d'adapter ses compétences ou encore de réduire sa zone de non-compétence en en développant de nouvelles. Cette zone de non-compétence peut être considérée comme une « zone d'incertitude organisationnelle » que plusieurs acteurs cherchent à contrôler. Cela donnera lieu à des jeux entre les acteurs et, plus leur marge de manœuvre sera importante, plus leur engagement sera soutenu.

Dans la mesure où le développement ou l'adaptation des compétences est un enjeu pertinent et crucial pour la réussite des missions, l'infirmière s'engagera dans un certain nombre de jeux relationnels, avec ses collègues ou les acteurs communautaires notamment. Les contraintes organisationnelles et leurs engagements dans les jeux qui sous-tendent ces enjeux viendront influencer non seulement la capacité d'action de l'infirmière, mais aussi son orientation d'action et, donc à terme, sa stratégie d'apprentissage.



## L'attaque à la hache à Umiujaq (E25)

Ce n'était pas ma fin de semaine de garde, on était trois infirmières en dispensaire donc je n'étais ni première ni deuxième de garde. Le samedi, vers 23h alors que je venais de me coucher, j'entends cogner à la porte. Je ne suis pas rassurée... Je vais voir et reconnais Richard qui n'a pas l'air agressif. Il me dit « *We need a doctor !* », je lui réponds « *I am a nurse* » et il me dit « *I know, we need you right now !* ».

J'arrive au dispensaire, le patient est allongé, soutenu par son ami, le visage en sang. Personne ne sait ce qui est arrivé. Je pose plusieurs fois la question, mais personne ne sait. Je leur explique que ce n'est pas pour mettre quelqu'un en prison, c'est pour que je puisse faire mon travail de soignante.

J'ouvre le *nursing*, j'appelle l'infirmière de garde et lui demande d'appeler la deuxième de garde. On a besoin d'être trois. J'installe le patient sur la civière d'urgence, il a été attaqué à la hache, on a retrouvé un bout de crâne. Et il n'a pu être médévacué que 12h après donc pendant 12h, on était huit à le gérer avec les policiers. À cause de ses contusions, il était super agité, on n'arrivait pas à la calmer... Il y avait du sang partout...

Personne ne peut te préparer à ça ! On a vraiment bien réagi, on est restés calmes. Tu gères ça au téléphone avec un médecin qui n'a aucune idée de ce à quoi ressemble ton patient, ce qu'il a eu, il ne nous a pas crues quand on lui a dit qu'on avait un morceau de crâne ! *Welcome au Nord !*

Les policiers ne savaient pas quoi faire, c'était de jeunes policiers depuis six mois au Nord... C'était dangereux ! Ça n'a pas été super bien géré par les policiers...

Il faut que tu restes calme, ordonnée dans ce que tu dis au médecin, que tu donnes un état général du patient : ce qu'il a eu ou ce que tu penses qu'il a eu... On roule souvent avec des suppositions parce que les gens se protègent entre eux. Et ne pas paniquer, même si c'est difficile parfois.

L'infirmière qui était avec moi, c'est une excellente infirmière. On a beaucoup de respect l'une pour l'autre, on a confiance l'une envers l'autre, on n'essaie pas de faire la job de l'autre. Tu apprends aussi à connaître les gens à travers ces situations. C'est important, je ne veux plus me mettre dans des positions inconfortables avec des gens dangereux et incompetents. J'en ai vu...

Finalement, on en pas sorties avant deux heures de l'après-midi, après avoir géré le transfert et nettoyé la salle. On n'avait pas dormi depuis vendredi... Et là, tu arrives chez vous, tu prends une douche, tu t'assois sur ton divan et tu réalises tout ce qu'il vient de passer, tout ce qui est arrivé, tout ce qui aurait pu arriver... c'est facile de devenir parano... Alors j'ai appelé une amie qui connaît bien le Nord et qui m'a soutenue et encouragée. Je voulais juste décompresser, parler. Après ça, j'ai bien dormi.



## **CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE**

### **3.1 Le devis de la recherche : une démarche qualitative, inductive et exploratoire**

Comme nous l'avons présenté dans les chapitres précédents, compte tenu du caractère épars des études sur le rôle élargi au Canada, voire inexistant lorsque l'on se concentre sur ce rôle exercé dans les dispensaires du Nunavik, notre recherche allait être de nature exploratoire. De plus, les questions de recherche impliquent une compréhension fine de l'appropriation d'un phénomène complexe et évolutif à travers diverses perspectives, la méthode devait alors être essentiellement inductive. Le choix d'une méthodologie qualitative permettant une perspective hypothético-inductive, dans le sens de la démarche stratégique, sonnait alors comme une évidence. Finalement, cette recherche se veut à la fois fondamentale puisqu'elle participe à la compréhension de champs théoriques, mais aussi appliquée puisqu'elle permettra d'offrir des pistes de solutions concrètes en vue des enjeux GRH vécus par les infirmières et les Centres de santé du Nunavik.

L'approche retenue ici sera résolument **qualitative**, et ce pour plusieurs raisons. Nous ne cherchions pas à valider des hypothèses en nous basant sur les apports de recherches antérieures ayant pointé certaines variables-clé et certaines relations à privilégier entre ces variables. En effet, de telles recherches sont quasi inexistantes et très peu de travaux ont encore été déployés sur ces sujets et sur ces contextes, que ce soit au Nunavik ou en milieux extrêmes. Or, les protocoles quantitatifs exigent de recourir à des variables assez bien définies et relativement stabilisées de façon à construire des modèles interprétatifs ne comportant qu'un nombre très limité de variables, et que l'on pourra mettre en relation dans des raisonnements statistiques, avec le risque de ne pouvoir intégrer toutes les variables contextuelles et environnementales pertinentes. Par ailleurs, du fait des caractéristiques de la population étudiée, le nombre d'observations ne pouvait être que limité et n'aurait autorisé que très difficilement des traitements statistiques visant à un minimum de représentativité.

Notre ambition était toute différente : soit parvenir à appréhender, au sein d'une même analyse globale, une grande diversité de situations professionnelles des infirmières et à recourir à toutes variables pertinentes, individuelles, collectives ou organisationnelles, susceptibles d'expliquer leur cheminement professionnel et leur parcours d'apprentissage.

Pour cela, notre approche supposait de s'engager dans une démarche **exploratoire**, visant à produire des connaissances sur des phénomènes très peu connus, voire inconnus, et au cours de laquelle le sens des données recueillies et leur articulation allaient se déterminer et se préciser au fil de l'enquête.

Pour toutes ces raisons, notre démarche de recherche sera, presque par définition, uniquement **inductive**. Elle partira de l'analyse de cas ou de situations particulières pour en tirer, avec beaucoup de précautions et de limites, certains principes ou certaines logiques plus généraux.

Dans l'emploi de la démarche inductive, les données sont recueillies à partir de situations réelles observées empiriquement (comportements, événements) et, au cours de ces observations, le chercheur détermine les variables qui sont liées à un phénomène précis et celles qui ne le sont pas. Il tente d'extraire une explication générale du comportement ou de l'évènement. L'idée de départ de l'induction est que la répétition d'un événement ou d'un comportement augmente la probabilité qu'il se reproduise. (Fortin, 2010 :170)

Une telle approche qualitative, inductive et exploratoire allait nous permettre une grande marge de liberté dans nos collectes de données et du coup: 1) d'analyser en profondeur le « rôle élargi »; 2) de documenter le plus finement les parcours d'apprentissage (enjeux, acteurs, stratégies) et 3) d'isoler des données des compétences-clé à partir de nos données terrain.

Sans rien enlever au devis quantitatif, basé sur des questionnaires auto-administrés, qui peuvent nous donner un portrait des pratiques et des positionnements d'un grand nombre d'acteurs à un moment donné, le devis qualitatif nous apparaissait le seul capable d'aller dans le détail de l'exploration des nombreuses variables constitutives et explicatives des stratégies d'apprentissage des infirmières, et surtout d'aborder comme autant de cas de trajectoires personnelles illustratifs de ces réalités complexes.

Dans la recherche qualitative, on étudie les participants dans leur milieu naturel et on interprète les phénomènes en se fondant sur les significations qu'ils donnent à ces derniers. La recherche qualitative sert à comprendre le sens de la réalité sociale dans laquelle s'inscrit l'action : elle fait usage du raisonnement inductif et vise une compréhension élargie des phénomènes. Le chercheur observe, décrit, interprète et apprécie le milieu et le phénomène tels qu'ils existent. (Fortin, 2010 :30)

Malgré les apparences, notre recherche ne peut être qualifiée d'ethnographique. En effet, si par certains côtés, elle se rapproche d'une telle démarche, de par la diversité des méthodes de collecte des données utilisées (entrevues, observations, journal personnel), et par le fait qu'elle se déroule au sein et à la marge d'une communauté culturelle particulière et homogène, il reste que ce ne sont pas les communautés inuites qui sont analysées, mais bien les infirmières du Grand Nord avec leurs stratégies d'apprentissage et leur positionnement professionnel. Les infirmières étudiées ne sont pas regroupées en un même lieu, mais dispersées sur un très grand territoire et fonctionnant de façon relativement autonome. Elles ne constituent en aucun cas une communauté ou un groupe culturel spécifique. Elles ne sont pas abordées comme un groupe ou un sous-groupe dont nous allons étudier la culture, mais bien un ensemble de professionnelles, employées par le réseau de la santé, et traitées par ce réseau comme des ressources humaines affectées à des fonctions précises.

On peut considérer que notre démarche de recherche relève à la fois de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée. **Fondamentale** dans le sens où elle cherche à produire de nouvelles connaissances, en particulier dans un domaine encore peu exploré en sociologie et en GRH : le parcours d'appropriation d'un rôle professionnel dans un contexte extrême. **Appliquée** dans le sens où elle peut contribuer à expliciter et à expliquer des processus de gestion, tant du côté individuel qu'organisationnel (impacts de l'environnement et de l'organisation du travail, collaboration et échanges de savoirs, nature des apprentissages), susceptibles de contribuer à améliorer la prise de décision en GRH au sein du réseau de la santé et tout particulièrement en matière de recrutement, de sélection, de socialisation, de formation et de rétention des infirmières du Grand Nord ; autant de domaines où il est clair que la situation peut être améliorée.

## **3.2 Le terrain de recherche : les communautés inuites du Grand Nord québécois**

### **3.2.1 Un terrain complexe**

Il existe une forte tradition de recherche sur les communautés autochtones du Canada dans diverses disciplines comme l'anthropologie, les sciences politiques ou la santé. En sciences administratives, elles se font plus rares et l'accessibilité au terrain peut s'avérer complexe, notamment lors du processus d'autorisation des Comités d'Éthique.

Dans notre cas, le Centre de santé Inuulitsivik et sa Directrice des Soins Infirmiers, Linda Godin, ayant démontré un intérêt très tôt dans ce projet, l'accessibilité au terrain s'en est trouvée facilitée. Nous avons néanmoins du obtenir l'autorisation de deux instances : 1) Le Comité d'Éthique du Centre de santé Inuulitsivik sur la Baie d'Hudson; 2) Le Comité d'Éthique de la Recherche d'HEC Montréal

### **3.2.2 L'autorisation du Centre de santé du Nunavik (Inuulitsivik)**

Des contacts ont été établis avec Linda Godin, Directrice des Soins infirmiers du Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk (baie d'Hudson), durant l'été 2014. Madame Godin fut d'emblée très réceptive à l'idée de la recherche et a accepté de soumettre le projet à son Comité d'Administration qui s'y montra favorable à l'unanimité fin septembre 2014. Notre projet a été par la suite présenté au Comité d'Éthique du Centre de santé Inuulitsivik qui l'a validé quelques semaines plus tard.

En novembre, Linda Godin, a contacté la Directrice des Soins infirmiers du Centre de santé Tulattavik à Kuujuaq (Baie d'Ungava), Liette Duval, qui s'est montrée intéressée et ouverte à l'idée de présenter le projet devant son Comité d'Administration en décembre 2014. Un dossier a été rédigé en vue d'une soumission au Conseil d'Administration. Cependant, le Centre de santé n'a pas pu s'investir dans ce projet.

Nos observations allaient donc potentiellement avoir lieu dans les dispensaires des villages sous la tutelle du Centre de santé Inuulitsivik, soit dans les 7 villages inuits situés le long de la Baie d'Hudson.

### **3.2.3 L'autorisation de la communauté inuite**

La recherche sur les communautés autochtones au Canada devient difficile et les Comités d'Éthiques sont de plus en plus réticents au déploiement de nouveaux projets. Linda Godin nous avait d'ailleurs confirmé qu'il lui semblerait compliqué d'interroger des membres de la communauté. Nous avons donc choisi de ne nous concentrer que sur les infirmières et les professionnels de la santé et de ne pas interroger de patients inuit ou de membres de la communauté.

### **3.2.4 L'autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche de HEC Montréal (CER)**

Bien que n'impliquant pas d'entrevues directement auprès de membres de la communauté inuite, il reste que cette recherche allait traiter directement d'une problématique spécifique à cette communauté par le biais de l'analyse du fonctionnement des dispensaires et de la façon dont les infirmières venues du Sud vivaient leur expérience de travail. Elle impliquait par ailleurs deux séjours dans des villages inuits de la baie d'Hudson. Le Comité d'éthique de la recherche (CER) d'HEC Montréal devait donc s'assurer de la conformité du projet avec les règles éthiques édictées par le gouvernement fédéral, à la fois pour l'ensemble du devis de recherche qui était proposé et plus spécifiquement en lien avec les communautés autochtones concernées.

S'imposant désormais à toutes les universités et centre de recherche du Canada, l'« Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec les êtres humains » (EPTC2) est une politique commune des trois organismes de recherche fédéraux, soit : le Conseil de recherche en Sciences humaines du Canada (CRSH), le Conseil de recherche en Sciences naturelles et génie du Canada (CRSNG), et les Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC).

La Politique exprime l'engagement constant des Organismes envers la population canadienne à promouvoir l'éthique dans la recherche avec les êtres humains. Elle se fonde en partie sur des normes éthiques reconnues à l'échelle internationale, qui peuvent toutes dans une certaine mesure aider à guider la façon dont les

chercheurs canadiens effectuent leurs recherches avec des êtres humains au Canada ou à l'étranger. (EPTC 2, 2014: 3)

Compte tenu de l'importance historique, politique et sociologique, mais aussi des spécificités culturelles des communautés des Premières Nations, des Inuit et des métis du Canada, le gouvernement fédéral a formalisé, dans un chapitre complet (Chapitre 9) de son énoncé de politique, les balises à respecter lorsque ces communautés étaient impliquées dans le processus de recherche.

Il nous a donc fallu démontrer auprès du CER de HEC Montréal, que notre approche n'allait aucunement mettre en péril, de quelque façon que ce soit, les communautés inuites avec lesquelles nous allions être en contact et que les principes qui suivent allaient être intégralement respectés :

La valeur du respect de la dignité humaine et les principes directeurs de respect des personnes, de préoccupation pour le bien-être, et de justice, décrits au chapitre 1, s'appliquent à la recherche visant les Autochtones. On y reconnaît les systèmes de connaissances autochtones en intégrant aussi souvent que possible les différentes conceptions du monde des peuples des Premières nations, des Inuits et des Métis dans la planification et la prise de décisions, depuis les premières étapes de l'élaboration des projets jusqu'à l'analyse et à la diffusion des résultats. On y affirme la nécessité du respect des coutumes des communautés autochtones et de leurs codes de pratique de la recherche afin que les relations entre chercheurs et participants soient plus équilibrées et afin que cela se traduise par des relations chercheurs-communautés qui soient mutuellement bénéfiques. (EPTC-2 2014: 123)

Le CER nous a délivré un certificat d'Éthique à l'automne 2014 qui a été prolongé jusqu'en 2017. Le projet a été clôturé le 28 octobre 2017 (Annexe B).

### **3.3 La collecte des données (sources principales)**

Nous avons mobilisé sept sources de données principales (Tableau 3.1).

**Tableau 3.1 Le résumé de la collecte de données**

Sources de données	Dates	Objectifs
<b>Sources de données principales</b>		
Entrevues exploratoires (n=5)	Été 2014	Premier contact avec le terrain Validation des enjeux nordiques et des questions de recherche Validation de la démarche méthodologique Construction des premières grilles d'entrevues
Analyse documentaire <sup>37</sup>	Été- Automne 2014	Compréhension de métier d'infirmière (traditionnel et en rôle élargi) Sensibilisation à la culture inuite Sensibilisation à l'histoire récente de la communauté inuite Compréhension des enjeux de santé actuels et de la situation psychosociale des villages
Entrevues principales (n=31)	Octobre 2014- Avril 2015	Comprendre en profondeur le rôle élargi joué dans les dispensaires du Nunavik Retracer les parcours des infirmières nordiques Identifier des compétences-clé
Participation à la formation sur la culture	Novembre 2014	Observation de la journée : organisation, thématiques abordées, dynamique de groupe
Observation non participante dans deux dispensaires et un Centre de santé du Nunavik (2 semaines)	Janvier- Février 2015	Observer les infirmières dans leur quotidien et leur pratique en rôle élargi Vivre l'expérience nordique Observer les dynamiques avec les communautés
Entrevues de validation (n=10)	Janvier-Février 2017	Présentation du premier modèle inductif Confirmer, infirmer, nuancer ou apporter de nouveaux éléments aux analyses Validation des compétences-clé et de leur temporalité
Entrevues auprès des experts (n=3)	Janvier-Février 2017	Avoir un regard extérieur sur nos analyses Valider l'évolution historique du rôle Validation des compétences-clé et de leur temporalité
<b>Sources de données secondaires</b>		
Professionnelle de recherche au Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI)- Projets spéciaux Santé Canada	Octobre 2014 - Juin 2016	Comprendre la mécanique de construction d'un référentiel de compétences (et d'un outil d'autoévaluation et de développement professionnel) et des enjeux qui y sont associés

<sup>37</sup> L'analyse documentaire s'est poursuivie plus ponctuellement pendant le reste de la recherche.

### 3.3.1 Constitution de l'échantillon de la recherche

#### 3.3.1.1 *La population de départ*

Comme nous l'avons expliqué dans le premier chapitre, environ 140 infirmières (en équivalent temps complet) sont rattachées aux deux Centres de santé du Nunavik (Duhaim et al. 2015). Le temps complet représentant un total de 6 mois par année dans les dispensaires, l'effectif réel est de 70 infirmières dans les dispensaires soit environ 35 infirmières réparties dans les communautés situées le long de chaque baie (Hudson et Ungava). Actuellement, 28 infirmières travaillent dans les villages rattachés au Centre de santé Inuulistik. On comprend donc que l'échantillon de répondants potentiels est limité.

#### 3.3.1.2 *La constitution de l'échantillon*

Partant d'une population théorique restreinte d'environ 70 infirmières en mission dans le Grand Nord québécois au moment de la recherche, et s'inscrivant dans une recherche qualitative, **l'échantillonnage sera non-probabiliste**, c'est-à-dire, qu'il permettra de « *former un échantillon sans que tous les éléments qui le composent ne soient obtenus par un processus aléatoire* » (Fortin, 2010 : 234).

Par ailleurs, le nombre de personnes participant à l'étude ne pouvait pas être décidé à l'avance, car la taille de l'échantillon allait dépendre des données recueillies.

Contrairement au quantitatif, où il faut fixer d'emblée l'échantillon qui sera sollicité, et très bien contrôler la représentativité des retours de questionnaires et des réponses, le qualitatif procède par échantillonnages successifs en fonction du déroulement des entrevues et de leur apport à la compréhension globale de l'objet. C'est comme si le chercheur découvrait, au fil de son exploration, quels allaient être les contours exacts de son objet de recherche. (Fortin, 2010 :31)

Deux approches complémentaires et simultanées ont été utilisées pour constituer notre échantillon.

#### 3.3.1.2.1 Un échantillonnage par choix raisonné

Dans ce type d'échantillonnage, les éléments de la population sont choisis sur la base de critères précis afin qu'ils soient globalement représentatifs du phénomène de l'étude (Fortin, 2010 :240).

On retrouvait dans ces choix trois des quatre scénarios proposés par Fortin (2010) soit : 1) des cas extrêmes permettant de mieux comprendre le phénomène étudié à partir de manifestations inhabituelles et extrêmes des répondants ; 2) des cas homogènes permettant de constituer une partie de l'échantillon avec des situations similaires; 3) des cas à variation maximale consistant à sélectionner des cas susceptibles de montrer l'étendue de la variation du phénomène à l'étude ( :240).

Le seul critère de sélection était d'avoir pratiqué ou de pratiquer le rôle élargi au sein des dispensaires de la communauté inuite du Nunavik. Les infirmières dont c'était la première mission aussi bien que celles avec une longue expérience dans les dispensaires pouvaient potentiellement faire partie de notre échantillon. Les infirmières qui avaient eu de l'expérience dans les dispensaires du Nunavik, mais qui n'y travaillaient plus au moment de notre collecte ont aussi été acceptées dans notre échantillon. Nous avons alors concentré nos entretiens sur cette expérience.

#### 3.3.1.2.2 Un échantillonnage par réseaux (ou en boule de neige)

Étant donné la nature du terrain, ce type d'échantillonnage fut essentiel. Il se déroula à deux niveaux, étroitement complémentaires.

*Auprès de premières infirmières sélectionnées par choix raisonné*

Il n'était pas rare que les premières personnes sélectionnées à l'étape précédente suggéraient d'autres noms susceptibles de correspondre aux critères recherchés ; personnes qui seront à leur tour contactées pour faire partie de l'échantillon. Si elles ne nous proposaient pas elles-mêmes des collègues susceptibles d'être intéressées par cette recherche, à la fin de l'entrevue, nous leur demandions si elles avaient des noms à nous suggérer.

Ce processus par référence s'est avéré très efficace et nous a permis, en échangeant avec les infirmières, de contrôler facilement les critères de sélection que nous recherchions.

*Après de certaines personnes-ressources internes au milieu de la santé du Grand Nord*

Deux personnes clés ont permis de repérer des infirmières susceptibles de démontrer un intérêt pour cette étude et de solliciter des vocations pour en faire partie.

On retiendra ici:

- Linda Godin, Directrice des Soins infirmiers du Centre de santé Innulitsivik à Puvirnituk, a envoyé un courriel annonçant notre venue à ses équipes et expliquant que nous recherchions des témoignages d'infirmières.
- Une infirmière qui a diffusé sur une page Facebook exclusive aux infirmières du Nunavik, à laquelle nous n'avions pas accès, un bref descriptif de notre recherche et le moyen de nous contacter.

C'est la mobilisation conjointe de ces sources de contacts qui nous a permis de réunir notre échantillon d'infirmières. Celui-ci s'est donc constitué par sédimentation progressive, et allait par la suite, au fil des entrevues réalisées, naturellement se trouver confronté au phénomène de la **saturation des données**, c'est-à-dire au moment où aucune nouvelle information significative ne serait apportée par une entrevue supplémentaire et où les nouvelles informations devenaient en bonne partie redondantes avec les données déjà recueillies.

Ne cherchant pas la représentativité parfaite de notre échantillon, comme idéalement dans un devis quantitatif, nous tenions en revanche à obtenir suffisamment de cas pour être en mesure de documenter les différences autour de certaines variables-clé, par exemple, l'ancienneté au Nunavik de l'infirmière, la taille et la problématique de soins des villages, le positionnement des infirmières en regard de leur rôle ou encore la présence ou non d'un médecin.

Deux infirmières ont refusé de participer au projet, par manque de temps. Sinon, toutes les infirmières contactées ont bien voulu répondre à nos questions et faire partie de notre échantillon.

Ces entrevues ont eu lieu entre novembre 2014 et avril 2015 et la taille de notre échantillon principal sera stabilisée à 24 infirmières auxquelles s'ajoutent 7 acteurs connexes (directrice des soins infirmiers, chef de programme CLSC, médecin, pharmacien, recruteur, infirmière chargée de la formation et travailleur social). Au total, nous comptabilisons donc 31 entrevues reliées au cœur de notre recherche. La question de la représentativité et la généralisation des résultats de cette recherche seront abordées plus tard dans ce travail.

Sur nos 24 infirmières, 17 des femmes et 7 étaient des hommes. Par ailleurs, 10 répondants avaient moins de 5 années d'expérience dans les dispensaires nordiques, 10 cumulaient entre 5 et 15 ans d'expérience en dispensaire et 4 pratiquaient depuis plus de 15 ans au Nord. Les infirmières avaient eu des expériences aussi bien dans les villages de la baie d'Ungava que de la baie d'Hudson.

### **3.3.2 Méthodes de collecte des données**

Au service d'une démarche de recherche inductive et exploratoire, trois approches méthodologiques ont été utilisées, soit : 1) Une analyse documentaire ; 2) Des entrevues semi-structurées ; 3) Des observations non participantes.

#### ***3.3.2.1 Analyse documentaire***

Compte tenu de la rareté des écrits sur la pratique infirmière au Nunavik, notre analyse documentaire s'est concentrée sur d'autres sources susceptibles de nous aider à comprendre non seulement la profession d'infirmière en général, l'organisation des soins de santé dans le Nord et les professionnels de la santé qui y oeuvrent, mais aussi l'histoire des soins de santé dans les communautés autochtones, la culture et le rapport de la communauté inuite à la maladie et aux soins. Bref, tous les documents nous permettant de mieux appréhender les enjeux relatifs non seulement à la pratique infirmière au Nunavik, mais aussi aux soins de santé dans ces communautés (Tableau III.2.).

Elle s’est effectuée principalement lors des six premiers mois de la recherche puis plus ponctuellement pendant le reste de notre projet.

**Tableau 3.2 Quelques exemples de sources d’information analysées**

Sources	Liens internet
Le rapport du Comité consultatif sur la pratique infirmière en région éloignée (2004)	<a href="http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-reconnaissance-de-la-pratique-infirmiere-en-region-eloignee-fiche-1-nunav">http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-reconnaissance-de-la-pratique-infirmiere-en-region-eloignee-fiche-1-nunav</a>
Les documents relatifs aux professions de la santé et des services sociaux au Nunavik	<a href="https://sante-services-sociaux.ca/fr/">https://sante-services-sociaux.ca/fr/</a>
Le site de l’Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ)	<a href="http://www.oiiq.org/">http://www.oiiq.org/</a>
Les publications de la Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée	<a href="http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/fr/chaire/equipe.aspx">http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/fr/chaire/equipe.aspx</a>
Le site de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et les rapports qui en ont découlés	<a href="http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=15">http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=15</a>
Le site du Centre de santé Inuulitsivik	<a href="http://www.inuulitsivik.ca/">http://www.inuulitsivik.ca/</a>
Les divers reportages sur la pratique infirmière au Nunavik	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=OgAjB6G6dZU">https://www.youtube.com/watch?v=OgAjB6G6dZU</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=7riVg9bu5K0">https://www.youtube.com/watch?v=7riVg9bu5K0</a> <a href="http://www.rcinet.ca/francais/a-l-affiche/reportages-2012/10-11-2012-11-06-combler-le-fosse-culturel-dans-les-soins-infirmiers-lrsquo-histoire-de-minnie-akparook/">http://www.rcinet.ca/francais/a-l-affiche/reportages-2012/10-11-2012-11-06-combler-le-fosse-culturel-dans-les-soins-infirmiers-lrsquo-histoire-de-minnie-akparook/</a>

Par ailleurs, nous avons consulté :

- Les écrits des anthropologues Serge Bouchard, Bernard Saladin d’Anglure et Caroline Hervé ;
- Les écrits de Taamusi Qumaq (1914-1993), penseur du Nunavik ;
- Les retours d’expérience (livres, témoignages, articles) sur la problématique des soins de santé ou du rôle infirmier dans le Grand Nord (Beauvais, 2017 ; Talbot et Roy, 2015).

### 3.3.2.2 Entrevues semi-structurées

Le choix de la collecte de données par entrevue, aussi appelée par entretiens, repose sur un postulat : la perspective des autres est porteuse de sens, reconnaissable et il est

possible de la rendre explicite (Patton, 2010). De plus, ce choix s'appuie sur deux constats : les émotions, les pensées et les intentions des individus ne sont pas observables, de même que leurs comportements passés. Il est donc nécessaire d'utiliser une voie indirecte : les entrevues. Ainsi, Crozier et Friederg (1977) expliquent :

Ce n'est qu'en reconstruisant de l'intérieur la logique propre des situations telle qu'elle est perçue et vécue par les acteurs eux-mêmes que le chercheur pourra découvrir les données implicites par rapport auxquelles leurs conduites prennent sens et signification. (:456)

L'entrevue se définit comme un « procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé » (Grawitz dans Depelteau, 2007 : 742). Selon Legendre (1992), cité dans Boutin (1997), l'entrevue est une « méthode de cueillette d'informations dans laquelle l'enquêteur et la personne interrogée sont en entretien face à face » (:543). Tremblay, cité dans Depelteau (2007), précise :

L'entrevue est une technique d'observation qui comporte l'utilisation de questions, plus ou moins directes, adressées à un informateur fortuitement choisi en fonction de critères préalablement établis. Le but est de recueillir des données essentielles sur une question, d'analyser l'informateur comme représentant d'un milieu particulier, ou de connaître sa personnalité, sa mentalité et sa conduite. (:312)

Ces définitions permettent de dégager les principaux éléments de cette méthode de collecte de données : c'est une communication, elle se déroule dans un contexte social, elle nécessite que le chercheur l'appuie et l'oriente par l'intermédiaire de relations interpersonnelles et, enfin, elle fournit des données objectives et subjectives.

De manière générale, choisir les entrevues comme méthode de collecte de données offre plusieurs avantages, mais aussi certains inconvénients. Tout d'abord, c'est une technique économique qui offre le temps au répondant de répondre aux questions et d'offrir des réponses nuancées. De plus, cela permet d'avoir des informations particulièrement riches. En revanche, le chercheur postule que ses enquêtés sont conscients du phénomène étudié alors que plusieurs aspects du phénomène peuvent être hors d'atteinte pour la conscience des répondants. De plus, les données produites par une entrevue peuvent être influencées par ce que fait, ou pas, l'enquêteur. Et finalement, le risque que

le chercheur perdre de sa neutralité est important, il doit alors faire preuve de neutralité axiologique en se contentant de jugement de fait et en évitant de porter des jugements de valeur (Depelteau, 2007). L'incertitude entourant une entrevue est pour finir autant dans sa conduite que dans l'analyse de son contenu.

La méthode de collecte de données par entretiens est souvent préconisée en sciences sociales. Cependant, Schnapper (1999) rappelle qu'il ne faut pas être « fasciné par l'entretien ou en faire une panacée universelle » (:68) et que « réaliser un entretien est un art qui s'éduque par la réflexion, le travail et l'expérience » (:65). En ce sens, Patton (2010) précise que l'entretien est considéré à tort comme une technique simple et relativement aisée et que cela a contribué à diminuer sa crédibilité.

Il existe différents types d'entrevues. Dans la littérature, on retrouve différentes typologies que ce soit selon le niveau de latitude accordé aux interlocuteurs et de profondeur de l'échange, selon le niveau de standardisation des questions, ou encore selon le mode d'investigation choisi et le but poursuivi. Boutin (1977) précise

Si à bien des égards, les divers types d'entrevues ont des points communs, il subsiste néanmoins des différences que le chercheur doit connaître ne serait-ce que pour mieux cibler son intervention et choisir l'instrument, le type d'entrevue le plus adéquat, étant donné ses objectifs de recherche ainsi que les moyens dont il dispose. (: 24)

Nous avons choisi de privilégier les entretiens semi-directifs ou entretiens à questions ouvertes. Idéale lors d'une démarche inductive, cette méthode offre une marge de liberté aux enquêtés tout en les amenant à répondre à des questions précises liées aux conjonctures théoriques du chercheur. Les questions sont posées dans un ordre précis, mais il est possible de le modifier au cours de l'entretien en fonction des réponses du répondant. La plupart du temps, ce dernier a la possibilité de développer d'autres thèmes auxquels le chercheur n'aurait pas pensé en préparant les questions. Ainsi, les données du chercheur seront encore plus riches et il pourra comprendre le phénomène en profondeur. Celui-ci joue un rôle de guide et aide le sujet à articuler sa pensée autour de thèmes préétablis. Dans la mesure où les mêmes questions sont abordées avec tous les répondants, cela permet d'organiser, d'analyser et de comparer les données facilement. Comme le préconisent Crozier et Friedberg dans l'annexe méthodologique de leur

ouvrage de 1977 (Annexe 1), nous avons eu une posture d'ouverture et de respect afin de nous établir comme un partenaire intéressé et compréhensif ( :458-459).

Finalement, ce choix s'est révélé très porteur en termes de contenu puisqu'il a permis d'établir un climat d'échange et de confiance entre le chercheur et le répondant. La plasticité qu'offre cette méthode ainsi que son adaptabilité nous a offert un espace de discussion très large et nécessaire compte tenu de la complexité du phénomène et de la réalité infirmière dans le Grand Nord.

Finalement, dans une recherche, trois statuts d'entretiens peuvent être mobilisés. L'entretien peut être « exploratoire » lorsque le chercheur tente de dégager des thèmes ou des accroches sur l'objet. Il peut être aussi qualifié de « principal » (centré sur le devis de recherche) lorsqu'il a lieu pendant la recherche et qu'il permet d'éprouver des hypothèses. Enfin, l'entretien constitue alors le matériel principal de l'analyse. Finalement, l'entretien peut être « de contrôle » (de validation), il permettra de vérifier les premières analyses du terrain.

Nous avons utilisé chacun de ces statuts ainsi que les entretiens d'experts : 1) les entrevues exploratoires (n = 5) ; 2) les entrevues centrées sur le devis de recherche (principales) (n = 31) ; 3) les entrevues de validation du modèle inductif (de contrôle) (n = 10) ; 4) les entrevues d'experts (n = 3).

#### 3.3.2.2.1 Les entrevues exploratoires (n = 5)

Ces entrevues, d'une durée d'une à deux heures, avaient pour objectif de nous permettre un premier contact direct avec notre terrain de recherche. Elles furent conduites durant l'été 2014 auprès de quatre infirmières et d'un travailleur social ayant pratiqué dans le Grand Nord. Il fallait en effet, vérifier l'intérêt des questions de recherche que nous souhaitions documenter, valider dans les grandes lignes la démarche empirique que nous envisagions, et bien sûr, dégager quelques grandes caractéristiques de la réalité nordique, des enjeux des communautés inuites et autochtones et du travail des infirmières et des professionnels de la santé. De telles entrevues devaient nous permettre

de construire les premières versions des grilles d'entrevues qui seraient utilisées auprès de notre échantillon principal.

#### 3.3.2.2.2 Les entrevues centrées sur le devis de recherche (n = 31)

Nous avons construit deux grilles d'entrevue autour des mêmes thématiques : une pour les infirmières (n=24) et une pour acteurs connexes (n=7) (Directrice soins infirmiers, chef de programme CLSC, médecin, recruteur, travailleur social, pharmacien et chargée de formation).

Pour les infirmières, nos grilles se structuraient donc autour de cinq grands temps (Annexe C)

- Introduction : présentation de la recherche, formulaire de confidentialité
- Présentation du répondant et mise en contexte : profil de spécialisation, trajectoire professionnelle antérieure, raisons de départ, appréhension de l'envoi, compétences déjà acquises et formation pré-départ
- L'expérience auprès de la communauté inuite : contexte et adaptation du métier, relations avec les collègues, avec les patients et la communauté, culture et soins de santé
- Les incidents critiques et parcours d'apprentissage : description et analyse de trois situations exceptionnelles ainsi que de l'ensemble du parcours
- Questions à la fin de l'entrevue : conseils aux nouvelles infirmières, regrets, ajouts à la discussion

Pour les acteurs connexes, les grilles se structuraient autour des mêmes thématiques (Annexe D)

- Introduction : présentation de la recherche, formulaire de confidentialité
- Processus de sélection, compétences importantes, enjeux des missions, culture et façons de faire, différents acteurs
- Vécus et encadrement de situation d'apprentissage
- Parcours d'apprentissage des infirmières

- Questions à la fin de l'entrevue : conseils aux nouvelles infirmières, regrets, ajouts à la discussion

Durant les entrevues, la priorité a été donnée à la flexibilité et à l'adaptabilité des échanges. Nous avons ainsi choisi de suivre les thématiques à aborder, mais pas nécessairement l'ordre des questions. Nous avons donc été en mesure de standardiser les dimensions couvertes par les infirmières de notre échantillon.

Les entrevues ont été conduites par Skype (n=9), par téléphone (n=5) ou en personne (n=17). Elles ont duré entre 55 et 150 minutes, avec une durée moyenne de 90 minutes. Elles ont été intégralement retranscrites dans les semaines qui ont suivi l'entrevue.

Par ailleurs, lors des entrevues et de façon à ne pas trop nous disperser devant la richesse de nos témoignages, nous avons utilisé **la méthode par incidents critiques** développée par Flanagan (1954) et considérée comme un outil d'investigation exploratoire très efficace par les chercheurs en sciences sociales. Elle a d'ailleurs été utilisée aussi bien en psychologie organisationnelle qu'en éducation, et continue de l'être en sélection ou en évaluation de la performance. Cette technique propose de revenir sur des incidents critiques c'est-à-dire des événements marquants ou révélateurs (« *revelatory incident* ») pour les individus (qu'ils soient des succès ou des échecs) et d'analyser ce qu'il s'est passé c'est-à-dire quels ont été les comportements des acteurs, les obstacles ou les facteurs facilitants qu'ils ont rencontrés, ou encore les aspects critiques de cette activité. Les comportements associés au succès et aux difficultés deviennent alors de précieux indicateurs pour décoder les stratégies qui ont été privilégiées et pour repérer les compétences qui ont été discriminantes de la performance ou qui ont manqué pour faire face à la situation.

L'idée était donc de revenir plusieurs moments clés de la mission ayant donné lieu à des apprentissages particuliers et de les comprendre en profondeur. Cette technique nous a semblé tout à fait appropriée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle correspond justement aux ambitions de l'analyse stratégique : comprendre comment s'organise le champ stratégique des infirmières (objectifs personnels, enjeux opérationnels et individuels, contraintes et opportunités, ressources et capacités), essayer de découvrir et de reconstituer la rationalité des comportements des infirmières en situation et explorer

les tenants et aboutissants de leurs enjeux et de leurs stratégies d'apprentissage et, ce, en dirigeant son attention sur certains problèmes, situations et enjeux particuliers. Ainsi, comme l'expliquent Crozier et Friedberg (1977) :

[Le chercheur] dirigera son attention tout naturellement vers certains problèmes ou certaines situations, en quelque sorte « d'expérience », dont il peut présumer qu'ils constitueront des zones critiques ou de conflits dont l'analyse privilégiée lui permettra d'avancer plus rapidement dans la compréhension des particularités de son champ. ( :453)

Ensuite, cette technique est largement utilisée par les chercheurs pour évaluer les compétences nécessaires pour un poste particulier (Lévy-Leboyer, 2009) ce qui est justement l'objectif de notre quatrième question de recherche. En utilisant l'approche de construction des référentiels, cette méthode nous a permis d'identifier les critères de performance associés à la fonction, des activités-clé discriminantes de cette performance, mais aussi des compétences-clé qui permettent de réaliser de façon performante ces activités.

Boyatzis, dans son livre « *The Competent Manager* » publié en 1982, a justement utilisé une technique proche de celle par incidents critiques, qu'il a qualifiés d'incidents comportementaux, pour analyser les compétences-clé des managers. Moins nombreux que les incidents critiques, ceux-ci sont analysés selon les mêmes critères. De la même manière, cette approche est au cœur de la méthodologie d'analyse de compétences de D. McClelland, fondateur de la compagnie Hay MacBer, spécialisée dans l'identification et le développement des compétences ainsi que du travail de Spencer et Spencer (1993).

Enfin, comme le précisent Fee et Gray (2013), pour apprendre, l'individu a besoin d'un évènement clé (« *learning trigger* ») qui le fera s'ajuster pour s'adapter à une nouvelle situation. Ces incidents critiques seraient donc le point de départ d'un apprentissage.

On voit donc que les entretiens poursuivaient un double objectif. Il est clair que les deux approches méthodologiques (analyse stratégique et identification compétences-clé) pouvaient s'enrichir l'une l'autre au fil des questions et des réponses. Partant d'un incident critique choisi par l'interlocuteur, les raisonnements pouvaient facilement se rattacher aux composantes du modèle stratégique, et tout aussi facilement à la recherche

des compétences qui avaient, ou non, été mobilisées pour accompagner ces mêmes stratégies.

#### 3.3.2.2.3 Les entrevues de validation du modèle inductif (n = 10)

Les entrevues de validation ont été menées auprès de huit infirmières de notre premier échantillon sélectionnées pour leur capacité réflexive. Lors d'un entretien de validation auprès de Pierre Gamache, Louise Billon, infirmière d'expérience, nous a été recommandée et a accepté de participer à la recherche. Ensuite, Caroline Hervé, anthropologue spécialiste du Nunavik, nous a donné les coordonnées de la première infirmière en poste à Ivujivik, Michelle Nadeau qui a accepté de participer à cette recherche.

Cette étape a été importante puisqu'elle nous a permis de présenter à nos répondants notre premier modèle d'analyse ainsi que les compétences que nous avons induites du terrain. L'objectif de ces entretiens était de confirmer, infirmer, nuancer ou apporter de nouveaux éléments à notre analyse. Nous leur avons demandé de prendre une posture critique par rapport au modèle et de réagir à chaud à nos affirmations. Cet exercice a été crucial pour les huit compétences-clé identifiées et, tout particulièrement, la temporalité dans leur développement. Par ailleurs, les infirmières se sont à nouveau appuyées sur des exemples pour soutenir leurs argumentations ce qui nous a offert un nouveau matériel de recherche.

#### 3.3.2.2.4 Les entrevues auprès des experts (n = 3)

Cette deuxième étape de validation a été aussi effectuée auprès de trois experts. Nous avons eu un entretien informel avec un infirmier qui nous a recommandé à un médecin spécialiste de la santé des autochtones, Jean Désy. Suite à la lecture de son ouvrage, nous avons contacté Caroline Hervé, anthropologue du Nunavik. Caroline Hervé nous a ensuite référé le représentant de la Direction Générale du Nouveau Québec, à Ivujivik au début des années 1970, Philippe Tremblay.

Nous cherchions alors à avoir leur regard sur notre analyse de la profession d’infirmière et des enjeux qu’elles vivaient dans leur pratique quotidienne avec les équipes de soins et la communauté. L’expérience de Jean Désy ainsi que de Philippe Tremblay nous a permis de valider notre argumentation autour de l’évolution historique du rôle, de ses enjeux et de ses conséquences sur la pratique infirmière.

### **3.3.2.3 Observations non participantes**

Deux types d’observations non participantes ont été réalisées dans le cadre de cette recherche, soit : 1) la participation à une activité de formation destinée aux professionnels de la santé avant leur départ dans le Nord ; 2) un séjour de deux semaines dans deux villages inuits du Nunavik.

#### **3.3.2.3.1 La participation à la « formation sur la culture » destinée aux infirmières avant leur départ dans le Grand Nord**

En novembre 2014, nous avons suivi la première journée de formation sur la culture offerte aux professionnels de la santé partants pour la première fois dans les villages inuits à l’Institut Culturel Avataq de Montréal.

D’une durée d’une journée et demie, elle était coanimée par Daniel Michaud, travailleur social depuis plus de vingt ans au Nunavik, que nous avons interrogé la veille et qui nous avait alors proposé d’y participer, et Eva Papikatu, une Inuk de Salluit<sup>38</sup>.

La première journée, nous étions quatre à y participer avec deux infirmières et un éducateur spécialisé. Au total, le groupe était composé de six personnes. Elle était organisée autour de la compréhension de la culture, des traditions et du mode de vie inuits. De la documentation développée par « Perspective Nunavik » nous a par ailleurs été distribuée<sup>39</sup>. Pour terminer la journée, Eva Papikatu nous a appris quelques mots d’inuktitut afin de faciliter les premiers échanges avec les membres de la communauté.

---

<sup>38</sup> Depuis notre collecte de données, la formation a changé de format et les animateurs ont été remplacés (voir le chapitre 1 : mise en contexte).

<sup>39</sup> On retrouve cette documentation sur le site internet : <https://sante-services-sociaux.ca/fr/>

En premier lieu ont été présentés la région du Nunavik, la communauté inuite (population, langue), mais aussi les changements rapides auxquels elle a été confrontée. Les activités qui rythment la vie des Inuit (pêche, chasse, célébrations) nous ont été expliquées ainsi que les coutumes et pratiques traditionnelles. Ensuite, les systèmes judiciaire et éducatif ont été abordés et mis en perspective avec ceux du Sud. Les principes éducatifs des enfants ainsi que la notion d'adoption traditionnelle ont été présentés ainsi que quelques traits culturels (entraide, partage, choix du prénom). Finalement, les piliers de la politique d'assimilation forcée (pensionnats, tueries des chiens de traîneaux) et leurs impacts sur la société (alcool, abus et suicides) ont été expliqués. La formation s'ouvrait sur une note positive : la résilience et la fierté du peuple inuit.

À l'heure du diner, en passant dans les bureaux, nous avons été témoins d'un diner traditionnel inuit : trois femmes étaient en train de manger par terre, sur des cartons, de l'ombre de l'arctique et du béluga crus. Eva Papikatu et Daniel Michaud en ont profité pour aborder la question des traditions culinaires. Les trois femmes nous ont expliqué leur fierté et l'importance de perpétuer cette tradition, même à Montréal. Elles nous ont fait goûter les poissons crus.

Pendant la pause, nous avons regardé un documentaire sur la tuerie des chiens de traîneaux.

La deuxième demi-journée présentait l'organisation des soins et des services du Nunavik ainsi que quelques conseils avant le départ. Nous n'avons pu y assister.

Cette formation sur la culture a été pertinente à plusieurs égards. Tout d'abord, nous nous sommes rapidement rendu compte que les professionnels de la santé connaissaient peu l'histoire et la culture des Inuits. Nombre de points abordés semblaient être une découverte. Ensuite, cela a permis de faire des comparaisons avec le mode de vie du Sud, mais aussi de commencer à démystifier certains traits culturels qui, au premier abord, peuvent choquer les professionnels de la santé comme l'adoption traditionnelle ou le fait de manger par terre. Finalement, cela a semblé réduire l'anxiété des participants promis à un départ imminent.

### 3.3.2.3.2 Les séjours dans le Centre de santé et les dispensaires du Nunavik

Pendant ce séjour, il ne s'agissait pas d'une observation participante, car le chercheur n'était pas en immersion dans la vie quotidienne de la communauté et dans celle de la pratique de l'infirmière, mais bien une position d'observateur en suivant l'infirmière tout au long de ses journées de travail, en rencontrant les autres personnes impliquées en santé au sein de la communauté et en observant les dynamiques lors de certaines rencontres d'équipes.

L'observation a eu lieu entre le 26 janvier et le 6 février 2015. Entre le 26 janvier et le 2 février, nous étions en observation à l'unité de soins et au dispensaire du Centre de santé Inuulitsivik et entre le 2 et le 6 février, nous étions au dispensaire d'Ivujivik. Outre les journées pendant lesquelles nous observions les infirmières, nous avons vécu dans les maisons de transit, réservées aux infirmières, et partagées avec quelques-unes d'entre elles pendant notre séjour à Puvirnituk. Cela a donné lieu à de nombreuses discussions informelles. Nous avons aussi été invités à trois soupers avec des infirmières et un souper avec Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers. Par ailleurs, nous avons passé une fin de semaine à Puvirnituk ce qui nous a permis d'aller observer la communauté dans divers lieux de socialisation comme la coopérative, par exemple.

Plusieurs temps forts ont marqué le séjour au Centre de santé Inuulitsivik et au dispensaire de Puvirnituk :

- Les observations à l'unité de soins
- Les observations au dispensaire
- La visite de la pharmacie
- L'observation lors de l'évacuation aéromédicale entre Puvirnituk et Salluit
- L'observation lors des visites avec l'infirmière à domicile chez des particuliers et à la maison de retraite
- La visite de la « maison de la famille »

Au dispensaire d'Ivujivik, outre les journées au dispensaire, nous avons suivi les infirmières lors de :

- L'observation lors de la réunion à l'école
- L'observation lors de la visite de la prison pour offrir des soins à des détenus
- L'observation lors de la rencontre multipartite afin d'organiser le retour de Jack<sup>40</sup>
- La visite de l'entrepôt en vue du retour de Jack<sup>34</sup>
- La visite de la mairie et de la radio communautaire
- L'observation lors de la formation par visioconférence

#### 3.3.2.3.3 La plus-value globale des séjours au Nunavik pour la recherche

Les infirmières sont unanimes : il est très difficile de s'imaginer la réalité nordique avant d'y avoir vécu. Ce séjour était essentiel pour comprendre les conditions d'exercice des infirmières, la façon dont les dispensaires sont organisés, les conditions de vie au Nunavik, les enjeux météorologiques, mais aussi les relations établies par les professionnels de la santé avec la communauté. Nous avons choisi d'aller dans le village le plus peuplé de la côte, Puvirnituk, qui est le seul à avoir un Centre de santé et un dispensaire, et dans le village le moins peuplé et le plus septentrional du Québec, Ivujivik, où seules deux infirmières travaillent dans le dispensaire. Ce fut un choix judicieux compte tenu du temps que nous avons sur place : nous avons pu observer deux cas très différents et raisonner sur les écarts.

Compte tenu de notre posture quasi ethnographique, nous avons vécu la vie des infirmières dans le Nord : il fallut faire nos courses dans une coopérative presque vide, faire bouillir l'eau, car la fosse septique du transit était pleine, en réduire notre consommation pour la même raison ou encore tenter de comprendre l'organisation et les dynamiques des villages.

---

<sup>40</sup> Voir l'histoire « Le retour de Jack ».

Mais surtout ce séjour nous a permis d'observer les liens que les infirmières tissaient avec la communauté et les dynamiques entre soignants et soignés. À Ivujivik, tout particulièrement, le dispensaire est un lieu de rencontre et de discussions. Selon les infirmières présentes, notre venue avait éveillé la curiosité des membres de la communauté qui étaient encore plus nombreux à venir au dispensaire. Plusieurs nous avaient déjà remarquée à notre arrivée à l'aéroport. Certains connaissaient même notre prénom.

Nous avons ainsi pu avoir des contacts et discussions informelles avec quelques Inuit. Après avoir eu une compréhension plus approfondie de la culture inuite, cette remarque d'une Inuk a pris tout son sens : « *I can see in your eyes that you are a good nurse* » (Notes de terrain).

Toutes nos observations ont été consignées dans un **cahier de bord** que nous avons toujours avec nous. Nous le rédigeons dès que nous avons un temps mort dans la journée, à l'heure du dîner et le soir, en rentrant dans notre transit. Au total, nous passons environ deux heures par jour à retranscrire les moments de la journée, les acteurs, les enjeux, les dynamiques, les discussions, les réflexions, mais aussi nos propres ressentis, émotions ou questionnements en tant que chercheur. Au total, près de 80 de pages ont été rédigées.

### **3.4. La collecte des données (sources secondaires)**

Pendant deux ans, nous avons travaillé en tant que professionnelle de recherche au sein de l'équipe du Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction de Jacinthe Pepin. En collaboration avec Santé Canada, nous avons participé à deux projets à raison d'environ 12 heures par semaine : 1) La co-construction du référentiel de compétences des infirmières Premières Nations du Québec (2014-2015) et 2) la co-construction de l'outil d'autoévaluation et de développement professionnel des infirmières Premières Nations du Québec (2015-2016).

Si ces deux outils bilingues concernent uniquement les infirmières Premières Nations, elles exercent aussi un rôle élargi au sein de populations elles aussi vulnérables et à risque.

Cette expérience a été particulièrement structurante en regard des objectifs de cette recherche : au-delà de l'opportunité que cela nous offrait de connaître le milieu, le rôle infirmier dans ces dispensaires et les enjeux rencontrés par ces infirmières, nous aussi fait l'exercice, avec une approche inductive, de construire un référentiel de compétences générique à partir des expériences des infirmières. Or, cela était aussi un objectif de cette recherche. Cette expérience minutieuse (atelier de co-construction pendant trois jours, gestion des équipes, aide à la rédaction des éléments du référentiel et de leurs niveaux de développement) nous a permis de mieux comprendre la mécanique de construction d'un référentiel générique et les enjeux qui y sont associés.

Un outil d'autoévaluation et de développement professionnel a été développé à partir de ce référentiel de compétences ce qui nous a permis réfléchir aux modalités d'autoévaluation et aux objectifs de cet exercice.

### **3.5 Les approches d'analyse des données**

#### **3.5.1 Au niveau de la codification des données**

Afin d'isoler certains thèmes ou de repérer certains cas, nous avons procédé en deux temps, selon deux postures. L'intégralité des étapes du codage s'est faite à l'aide du logiciel Atlas Ti.

Tout d'abord, nous avons effectué une *analyse transversale* de nos entrevues. Nous avons cherché à repérer et à isoler des parties thématiques spécifiques (rapports avec le médecin, liens avec la communauté, choc professionnel) sur l'ensemble de notre échantillon. Cela nous a permis d'obtenir « une photo » de certaines problématiques constantes au sein de nos répondants. En revanche et par définition, ces données étaient décontextualisées et certaines variables individuelles ou contextuelles étaient tronquées.

Nous avons ensuite procédé à une *analyse verticale* des récits des infirmières afin de détailler certains « cas » révélateurs pris dans leur globalité. Aucune variable explicative de leur stratégie d'apprentissage et de leur positionnement professionnel n'a été à priori écartée du raisonnement et ce sera la prise en compte simultanée de toutes les variables pertinentes qui nous permettra de retrouver la rationalité de leurs comportements.

### **3.5.2 Au niveau des contenus des entrevues**

Dumez (2013) explique bien l'enjeu qui s'est présenté à nous devant la densité de nos données :

Le premier problème d'un matériau qualitatif est sa masse et son hétérogénéité. Ce magma ne peut être traité en tant que tel, du fait à la fois de son volume et de son caractère hétéroclite. La première chose à faire est donc de créer des séries, de mettre en série des éléments. En cela, le codage est un étiquetage. Mais il faut écartier deux idées fausses. La première est celle qui énonce que l'étiquette doit devenir concept, par réduction des étiquettes et par processus de saturation; la seconde consiste à penser qu'une unité de sens doit correspondre à une étiquette et à une seule (Dumez, 2013 : 75)

Notre matériau était à la fois complexe, abondant et recouvrant des situations très contingentes. Pour Crozier et Friedberg (1977), l'enjeu du chercheur dans une démarche hypothético-inductive est de discerner, dans la masse de données, celles qui l'intéressent, qui sont pertinentes à sa démonstration. Ainsi, « il s'agira chaque fois de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et conditionnent leurs stratégies » (:452). Les auteurs le précisent : le chercheur ne part pas de zéro, il s'aide de sa problématique, de son expérience du champ étudié, et de la grille d'analyse constituée des concepts de l'analyse stratégique (son mode de raisonnement).

Pour analyser le contenu de nos données, nous avons donc procédé à deux approches de façon concomitante : 1) l'analyse de données relatives au positionnement stratégique des infirmières dans leur champ d'action et en rapport avec leurs apprentissages et 2) l'analyse de données relatives à l'identification de compétences-clé associées à leur performance dans l'exercice des rôles.

L'analyse de données selon l'analyse stratégique reprend deux grandes idées de Crozier et Friedberg (1977) : 1) l'aller-retour entre deux pôles complémentaires et conflictuels : extériorité/intériorité et 2) le raisonnement sur les écarts. Pendant un temps considéré comme un manque, le fait de ne pas être infirmière s'est révélé être un atout lors des entretiens : nous adoptions de fait une posture d'extériorité sans critère de jugement et base normative. Les acteurs se trouvaient disposés à nous révéler « la logique propre des situations » telles qu'ils les avaient vécues, leur « intériorité » (Crozier et Friedberg, 1977 :456). Étant, en tout cas au début de cette recherche, extérieure à la profession, le positionnement de recul et de distance critique préconisé par ces auteurs a été, nous semble-t-il, plus facile à atteindre. Le raisonnement sur les écarts a été lui aussi porteur puisqu'il consiste à former des hypothèses sur ce qu'il devrait se passer et sur ce qui s'est réellement passé. Le chercheur découvre alors des conduites ou des processus qui ne semblent pas obéir aux normes. Ce raisonnement est d'ailleurs souvent une base de réflexion pour les répondants eux-mêmes et leur permet d'entrer dans une réflexion critique sur la situation qu'ils décrivent.

Nous avons aussi codé nos données de manière à faire ressortir une analyse relative à l'identification de compétences-clé associées à leur performance dans l'exercice des rôles. Très fréquemment à partir d'exemples de situations critiques, nous avons été en mesure d'identifier la ou les compétences qui avaient eu un impact sur la qualité des soins offerts au patient.

Les situations sont décrit[es] en fonction d'un problème à résoudre, par rapport aux intentions et aux objectifs de la ou des personnes mises en jeu, et de manière à ce que les conséquences des différents comportements adoptés puissent être évalués ou au moins décrits avec précision. (Levy-Leboyer, 2009 : 48)

Ainsi, nous avons pu identifier des comportements-clé que nous avons reliés ensuite à des compétences.

### **3.5.3 Un mot sur la triangulation des données**

La triangulation des données consiste en l'usage croisé de plusieurs méthodes de recueil des données autour des mêmes variables ou des mêmes événements, de façon à soit

minimiser d'éventuels biais en recoupant certaines informations, soit au contraire à enrichir certaines perspectives en disposant de plusieurs témoignages sur un même évènement ou une même réalité prise sous des angles sensiblement différents. Dans notre cas, une certaine triangulation a pu être réalisée en comparant, sur plusieurs dimensions importantes de la recherche, les données issues : 1) des entrevues exploratoires ; 2) des entrevues centrées sur le devis de recherche (n = 31) ; 3) des entrevues de validation du modèle inductif (n = 10) ; 4) des entrevues auprès des experts (n = 3); 5) des observations réalisées durant les séjours au sein des deux communautés.

### **3.5.4 Le choix d'avoir recours à de nombreuses citations et d'introduire les chapitres par des histoires**

La partie analytique de cette thèse comporte de nombreuses citations et cela s'explique de plusieurs façons.

On conviendra que le petit monde des dispensaires du Grand Nord québécois est un monde particulier, porteur de certaines logiques, souvent étrangères aux professionnels œuvrant plus au sud de la province. Nous avons donc choisi de faire parler au maximum nos interlocutrices, sans filtre ni interprétation, dans un premier temps, de leurs propos. Ces données brutes, provenant d'entrevues très denses et très riches et bénéficiant d'un haut niveau de confiance réciproque, nous semblaient les seules à même de resituer fidèlement ces infirmières dans leur contexte, de ne rien perdre de la spontanéité de leurs témoignages, et peut-être surtout du caractère si particulier de leur engagement professionnel dans ce milieu hors norme. Pour paraphraser une maxime bien connue, si l'on peut dire qu'une image vaut mille mots, il fut assez vite clair pour nous qu'une bonne citation valait bien des pages de descriptions et de commentaires.

On comprendra que recourir à une diversité de citations n'avait pas pour but de remplacer nos analyses sociologiques du terrain. Bien au contraire, cet abondant matériau de recherche, qui était au cœur de nos analyses de contenu et du recours à nos modèles théoriques, nous a servi à rendre notre récit plus dynamique pour le lecteur et à resserrer nos interprétations autour de situations très concrètes, et souvent, hautement porteuses de sens.

La provenance des citations devant respecter le principe d'anonymat de nos sources, chaque citation ne sera repérée dans le texte que par le code de son entrevue d'origine. Pour les infirmiers et infirmières ayant accepté que leur identité soit dévoilée, nous les avons nommés dans la recherche.

Par ailleurs, compte tenu de la situation psychosociale des villages, certains exemples donnés par les infirmières pouvaient choquer le lecteur. Pour plusieurs d'entre eux, sans les censurer, nous avons consciemment omis des détails qui n'apportaient rien à la portée de l'analyse, mais pouvaient, en revanche, participer au discours de stigmatisation des communautés, si le lecteur n'avait pas en tête la complexité de la réalité nordique. C'est un choix assumé.

Enfin, de façon à illustrer très concrètement certaines expériences critiques pouvant avoir été vécues par les infirmières, plusieurs courtes mises en situation ont été placées au début de certains chapitres. Ces mises en situation, que nous avons qualifiées d'« histoires », et qu'il aurait été difficile de fondre dans le texte principal, proviennent, soit mot à mot des témoignages des infirmières durant les entrevues, soit d'une reconstitution à partir de nos propres notes de terrain prises durant les périodes d'observation.



## Une question de culture : la noyade (E21)

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

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

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

On était donc plongés au cœur d'un dilemme éthique très important parce qu'on ne pouvait pas toucher au corps. Ça a pris une demi-heure avant que le corps puisse nous être amené au bout de négociations intenses. Quand il est arrivé au dispensaire, le maire, qui était déjà arrivé, s'est adressé au médecin par visioconférence en disant : « moi, le maire, la communauté, la famille nous refusons que vous fassiez quoi que ce soit ».

Le médecin a évacué complètement le maire en lui disant : « je suis obligé par la loi de le faire ».

Il y avait un gros conflit entre les deux cultures. Dans notre médecine, une des premières choses qu'on fait, c'est d'aspirer. On aspire tout. Alors que dans leur culture si tu inspires, tu le tues. On était pris entre les deux.

C'est une situation qui a été traumatisante pour le personnel, mais aussi pour la population, pour le médecin à distance. Je pense que tout le monde qui a eu à vivre cette situation de près ou de loin a été traumatisé d'une façon ou d'une autre.

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



## **CHAPITRE 4**

# **LE RÔLE ÉLARGI À L'ÉPREUVE DE L'ANALYSE**

### **4.1 Le rôle élargi : une réalité complexe**

Je ne saurais toujours pas exactement comment décrire mon rôle d'infirmière dans le Nord, tellement il est complexe et peu balisé. On peut bien l'appeler rôle élargi, ce qui signifie à peu près tout, et rien de précis. À l'hôpital de Kuujuaq, il y a toute une équipe médicale et multidisciplinaire, je n'étais donc jamais seule et je n'étais jamais de garde. Dans les dispensaires, c'est autre chose. (Julie Arsenault citée dans Talbot et Roy, 2015 :31)

Le rôle élargi, spécifique à la pratique nordique et reconnu par l'OIIQ (2004), reste un rôle aux contours flous et qui a beaucoup évolué dans les trente dernières années. Les équipes soignantes se sont développées, la formation s'est structurée et les actes, notamment délégués, sont plus étroitement encadrés par les protocoles de soins et les guides thérapeutiques. Le médecin, présent ou non dans le dispensaire, joue un rôle de supervision, d'encadrement ou encore de formation, et la relation de confiance qui se crée au fur et à mesure du temps avec les infirmières leur permet d'enrichir leur champ de pratique. Plusieurs éléments font la spécificité du rôle infirmier du Nord comme la proximité avec la communauté, l'isolement géographique accentué par des conditions météorologiques qui peuvent s'avérer exécrables. Le rôle de soignant de première ligne des infirmières les conduit à prendre en charge des situations de santé parfois simples, mais aussi complexes selon leur niveau d'urgence et de gravité. Elles ont alors un rôle d'orientation vers les structures sanitaires de deuxième et troisième ligne en évaluant la complexité d'une situation et posant de fait indirectement des diagnostics.

Néanmoins, les enjeux de roulement et de jeunesse des équipes médicales risquent de modifier profondément le fragile équilibre de l'offre de soins.

À ces difficultés techniques médicales, s'ajoutent des problèmes de communication. La langue maternelle des Inuit est l'inuktitut et cela reste encore majoritairement la seule langue parlée au sein des foyers. Si l'anglais et le français progressent, aucun des deux acteurs (le patient et l'infirmière) ne s'exprime dans sa langue natale. Dans de nombreux cas, le rôle de l'interprète se révèle être crucial dans le parcours de soin.

L'objectif de cette section est de préciser les grandes dimensions du rôle élargi, d'essayer d'en dresser les contours avec le plus de rigueur possible à partir de nos données de terrain. Cette analyse se veut proche de la réalité vécue par les infirmières ce qui justifie le choix d'intégrer de nombreuses citations.

L'idée est de présenter un « idéal type » tout en restant conscients qu'il dépend de multiples facteurs qui seront développés dans la suite du travail. Une infirmière dresse d'ailleurs le constat suivant : « le rôle élargi, c'est un caléidoscope dont on ne voit pas toutes les couleurs d'avance. Même encore aujourd'hui je découvre des couleurs que je ne connaissais pas » (E19). Comme nous l'avons précisé, il existe peu de recherches sur ce rôle, notamment au Nunavik, il nous est alors impossible d'en proposer une définition ou une conceptualisation à ce stade de notre raisonnement. Ce sera justement l'objectif de la fin de ce chapitre.

Par ailleurs, dans la mesure où cette recherche vise à comprendre les stratégies et les parcours d'apprentissage des infirmières, il nous paraît essentiel de commencer par analyser en profondeur le rôle élargi, ses ambiguïtés et les enjeux qu'il représente pour les infirmières tant sur le plan professionnel que personnel. Cela nous permettra de mettre en lumière les zones et les charges d'apprentissage auxquelles les infirmières seront confrontées durant leur expérience nordique.

#### **4.1.1 Les différents pans du rôle élargi**

##### ***4.1.1.1 Un rôle infirmier et médical***

Une des caractéristiques du rôle élargi est la délégation de certains actes médicaux encadrés par les guides thérapeutiques et les protocoles de soins qui s'ajoutent à la pratique infirmière traditionnelle du sud de la province. « On n'est pas médecins, mais on a beaucoup de fonctions qui s'en rapprochent » souligne cette infirmière (E13). Un infirmier d'expérience, explique très bien ce statut hybride entre le rôle infirmier et le rôle médical spécifique à la pratique nordique. Il ajoute que ce n'est pas le cas du médecin qui n'a pas à intégrer une pratique infirmière à son rôle traditionnel (E04).

L'infirmier au Nord [...] est l'hybride entre l'infirmier et le résident en médecine. [...] Tu évalues ton patient, tu ne peux pas poser tous les actes, tu vas te référer à ton patron qui est le médecin par téléphone, tu lui racontes ton histoire, ton évaluation qui est technique. Puis, en même temps, il faut que tu poses beaucoup d'actes *nursing*. [...] Quand un patient rentre, tu dois tout mélanger ton bagage *nursing* pour partir : « OK, A, B, C, installer de voies intraveineuses, le stabiliser, parler un peu avec la famille... ». Et en plus, tu vas faire un examen médical, tu évalues et tu rapportes ça au médecin. Mais un médecin tout seul, il ne fera pas notre job. Il va donner des prescriptions, quelqu'un d'autre va faire le travail. (E04)

Un pharmacien de Puvirnitug illustre l'utilisation du guide thérapeutique qui aide à l'élaboration de diagnostics et le protocole de soins qui encadre le traitement pharmacologique (E01).

Une maman inuite vient avec son bébé qui a mal aux oreilles, qui fait de la fièvre et qui ne dort pas, il pleure. [...] C'est l'infirmière qui le voit, elle regarde son guide thérapeutique, elle analyse son affaire, elle fait son questionnaire, son algorithme, etc., etc., elle fait sa job. Elle se dit « c'est probablement une otite moyenne aiguë » elle regarde, elle a le droit, ça fait partie de son rôle, elle n'a pas besoin d'un médecin, parfait ! Elle donne : otite moyenne aiguë, elle regarde son algorithme c'est de l'Amoxil 90 mg/ kilo pendant 10 jours, etc. (E01)

Ainsi, les infirmières en rôle élargi combinent des actes infirmiers et des actes médicaux encadrés et spécifiques à cette pratique en rôle élargi. Elles allient donc une perspective infirmière à une perspective biomédicale dans la prise en charge du patient. L'approche est différente nous explique cette infirmière : « au Nord, on fait de vraies consultations » (E12).

#### ***4.1.1.2 Une multitude de rôles connexes***

L'infirmière, en particulier dans les petits dispensaires, est en charge de sa gestion. Elle s'occupe de l'administration, de la gestion de la pharmacie et des stocks, des problématiques reliées à la bâtisse (chauffage, eau électricité). Un infirmier souligne que dans « les petits villages, entre la description de tâches et ce que tu fais vraiment, c'est deux choses. C'est un rôle élargi, mais pour tout » (E09). Il se compare alors à un « couteau suisse » aux multiples fonctionnalités (E04).

Je me rappelle d'avoir taponné sur le tank à eau chaude puis d'avoir joué dans les boîtes électriques, parce que j'étais le seul gars en place. Quand tu n'as plus de chauffage, si tu ne rétablis pas le chauffage, il va manquer de soluté, car ils vont tous geler. Je ne suis pas électricien, mais il faut quelqu'un le fasse. Le rôle élargi, c'est la gestion d'une bâtisse au complet : le personnel, les infrastructures, les patients. C'est l'infirmier qui gère tout. (E09)

Que ce soit le rôle infirmier qui intègre un rôle médical (lié à la prise en charge ponctuelle du patient, au diagnostic et au traitement de la maladie) et le rôle plus administratif, c'est un rôle prescrit, formalisé et imposé : lorsqu'elle pratique en dispensaire, l'infirmière sait qu'elle devra s'acquitter des tâches et responsabilités inhérentes à son rôle élargi.

Le travail en dispensaire, c'est l'équivalent d'épouser toutes les tâches (ou presque) d'un Centre de santé (en mini bien sûr). Du coup, vous devenez : pharmacienne, administratrice, responsable de programme de santé de toutes sortes (santé maternelle, infantile, maladies chroniques, vaccination, dépistage maladies génétiques spécifiques à la population), responsable de la salle d'urgence, du 911, du 811, des évaluations par téléphone satellite pour les personnes en forêt et, de surcroît, des gardes : première ou deuxième, ce qui inclut les évacuations aéromédicales. (Marie-Ève Drouin, citée dans Talbot et Roy, 2015 :98).

Pierre Gamache résume « le dispensaire, c'est une boîte à surprise, on ne sait jamais ce qui va arriver d'un cas à l'autre » (E43).

Outre le rôle de soignantes de première ligne, dans les dispensaires, les infirmières ont un rôle de liaison important nécessitant de coordonner certains services.

[La liaison] entre les patients et une multitude de services, de départements ou d'organisation : que ce soit à Puvirnitug, au MNQ à Montréal... le patient qui a été voir un dentiste à Montréal et qui doit se faire rembourser... tu contactes la Régie Régionale... [...] Ça nécessite une bonne connaissance des partenaires, des organismes et des différentes ressources : qui fait quoi, qui joue quel rôle, quels sont les programmes. (E21)

#### ***4.1.1.3 Un champ relationnel complexe***

De façon paradoxale, même si l'infirmière est isolée dans son dispensaire, elle doit réussir à appréhender un champ relationnel complexe à trois niveaux : local, régional et provincial (Figure 4.1).

Au niveau local, l'infirmière joue son rôle de professionnelle de la santé auprès du patient, de la famille, de la communauté et de la gouvernance locale, souvent les maires des villages. Elle est soutenue par les travailleurs sociaux, les professeurs, la police et la Direction de la Protection de la jeunesse (DPJ). Au sein du dispensaire, elle collabore avec les médecins généralistes, présents physiquement, par téléphone ou par visioconférence, et les médecins spécialistes de passage dans les communautés tels que les pédiatres ainsi qu'avec les interprètes.

Au niveau régional, elle est en liaison avec le Centre de santé auquel elles sont rattachées : le Centre de santé Inuulitsivik (Baie d'Hudson) ou le Centre de santé Tulattavik (Baie d'Ungava) et les unités de soin, la direction des soins infirmiers, l'infirmière de liaison, les pharmaciens et les médecins permanents.

Au niveau provincial, elle sera amenée à travailler avec la Régie Régionale de Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN), le Module du Nord Québécois (MNQ)- aujourd'hui l'installation Ullivik à Dorval- ainsi qu'avec les hôpitaux à Montréal, en cas de transfert du patient.

Elle peut être, par ailleurs, amenée à contacter les infirmières dans les autres dispensaires du Nunavik.

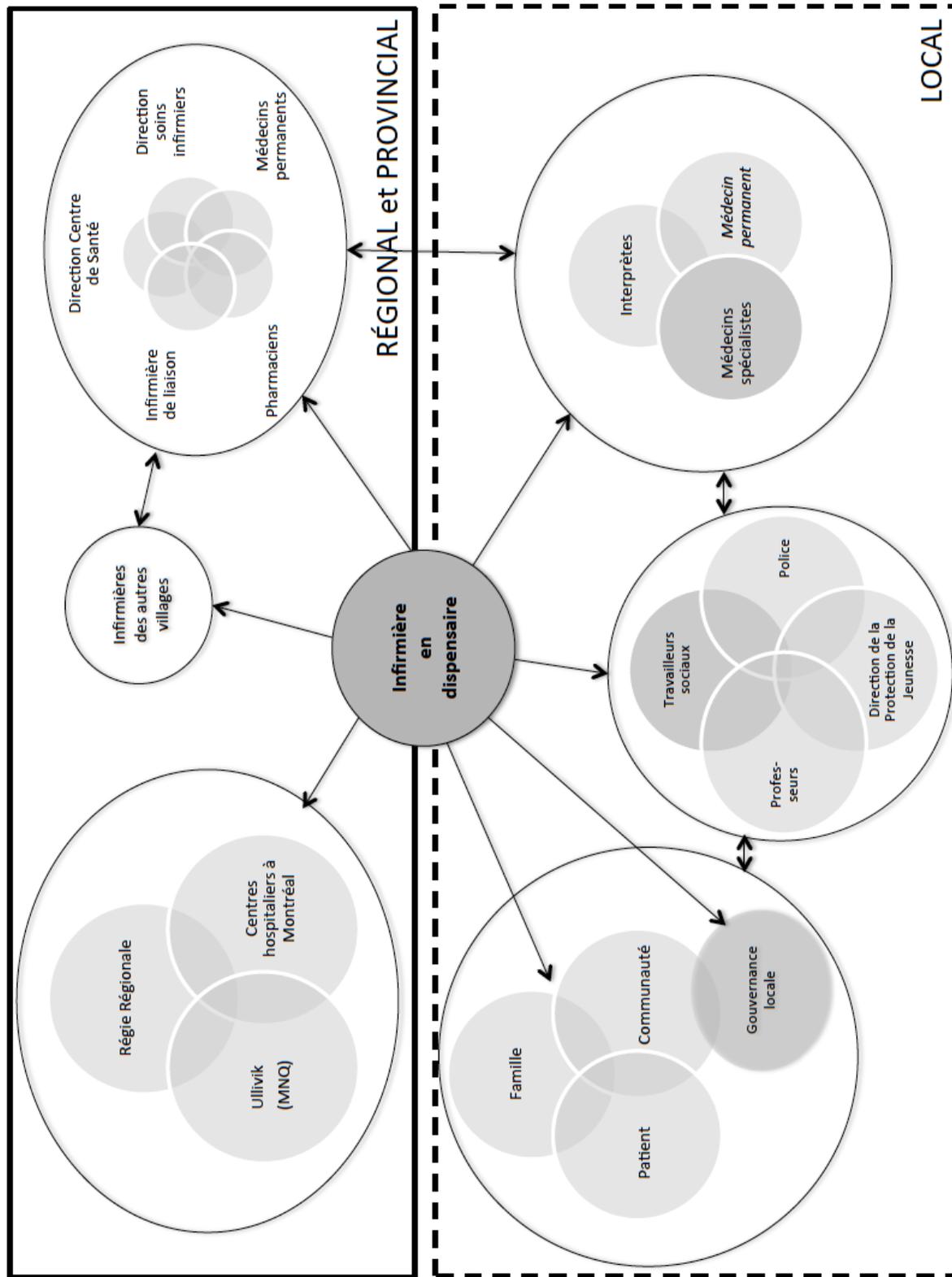


Figure 4.1 — Le champ relationnel de l'infirmière en dispensaire au Nunavik

#### 4.1.2 Le rôle élargi : un choc professionnel

Les infirmières qui arrivent en dispensaire soulignent toutes le choc de la réalité professionnelle de la pratique nordique, « la montagne est haute et on a tous pleuré en la montant » nous expliquait une infirmière d'Ivujivik (E25), sentiment partagé par une autre infirmière : « c'est vraiment là que je me suis mise à pleurer, devant l'ampleur de tout ce que je devais faire. Tout d'un coup, ça m'est rentré dedans » (E12). Elles évoquent alors le sentiment d'être « démunies » (E21) face à une situation dont elles ne peuvent anticiper la difficulté (E17).

Par ailleurs, leur statut d'unique représentante du système de santé dans les dispensaires est aussi une source de choc : « on est la seule ressource de santé » (E17). Le choc professionnel se fait alors à deux niveaux : au niveau du rôle et des responsabilités, « on ne peut pas faire d'erreur » (E43) en tant que professionnelle de la santé, surtout qu'« on ne connaît pas les lieux, le matériel, rien » (E20), mais aussi au niveau de la réalité du dispensaire et de la gestion des tâches administratives. C'est finalement un peu « comme la formation théorique versus pratique [...] tant que tu n'as pas vécu sur le terrain et que tu n'es pas dans le milieu, c'est difficile de vraiment se faire une idée » (E22). Une infirmière conclut : « je me suis lancée à tête perdue et je n'avais pas anticipé que ce serait si difficile » (E17).

Le défi professionnel en tant qu'infirmière réside en premier lieu dans la responsabilité liée à la délégation de certains actes ou diagnostics médicaux. S'il est vrai qu'ils sont décrits avec beaucoup de précision dans le guide thérapeutique, les ordonnances collectives et les protocoles de soins qui encadrent et balisent la pratique, il n'en reste pas moins qu'elles sont seules à prendre les décisions. Cette responsabilité est vécue avec un fort sentiment d'insécurité, comme nous l'explique Dominique Hamel, chef de programme CLSC :

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

Une autre infirmière souligne l'importance de faire le bon diagnostic :

Le *nursing*, c'est vraiment prendre en charge le patient, faire ta collecte de données, enligner ton diagnostic, tes traitements, qu'est-ce que tu fais, qu'est-ce que tu penses, le diagnostic différentiel. T'as peut-être deux ou trois possibilités quand quelqu'un vient te voir pour un mal de ventre, c'est vraiment un *challenge*. (E25)

La formation en rôle élargi les aide à prendre confiance en leurs capacités diagnostiques et en leur jugement clinique bien que l'appropriation de ce nouveau schème mental nécessite du temps : « on n'apprend pas à penser comme un médecin en six semaines » (E19).

Par ailleurs, le choix ou non de transférer les patients par avion, est vécu comme une responsabilité de plus. « La prise de décision peut paraître anodine », nous explique cette infirmière, « mais cela a des impacts [notamment] sur les coûts. Ce n'est pas sans conséquence » (E36).

La disponibilité des médecins leur permet de réduire ce sentiment d'inconfort professionnel. François Richard se rappelle une discussion avec son médecin référent :

Il me disait : « il y a trois situations : il y a un guide thérapeutique et si tu penses que ton patient cadre avec ce qui est écrit là-dedans, tu y vas avec ça. Il y a d'autres situations où tu vois que ce n'est pas dans le guide et que c'est hors de tes compétences, tu nous appelles, on est là pour ça. Puis, il y a des situations où c'est entre les deux alors dans ce temps-là tu nous appelles ». (E10)

Il conclut : « jamais, je ne me suis fait blâmer parce que j'appelais un médecin pour une raison qu'il jugeait mauvaise » (E10).

L'infirmière doit également s'adapter à des spécificités techniques. Le matériel et les processus ne sont pas les mêmes que dans les hôpitaux du Sud : « au Sud, on avait nos seringues déjà préparées. Ici, c'est toi qui les prépares, les pots d'urine ne sont pas de la même couleur, le code pour la banque de sang, au Sud c'est rose, ici c'est mauve. [...] » (E25). Les infirmières ressentent une perte de repères qui peut se traduire par une diminution de confiance en elles qui s'exprime, par exemple, par l'impression de perdre ses réflexes infirmiers de base comme installer une ligne à un patient, geste pourtant anodin dans un contexte hospitalier dans le Sud (E08).

Finalement, le rôle administratif, parfois perçu comme irritant, semble être un des rôles avec lequel elles ont le plus de difficulté, celui qu'elles arrivent à anticiper le moins :

L'examen physique, je voulais développer ces compétences-là donc ça ne m'a pas déstabilisée, je m'y attendais. Ce qui m'a déstabilisé, c'est toutes les autres tâches connexes : les billets d'avion, la gestion du personnel inuit, le ménage du transit... il a fallu qu'ils aillent vérifier un chauffe-eau ou un calorifère et j'étais supposée savoir où ils étaient, où étaient les clés pour y aller. Je me disais « Pourquoi je suis supposée savoir ça ? » » (E12)

### 4.1.3 Le rôle élargi : un choc psychosocial

Les infirmières interrogées appréhendent relativement bien le choc culturel et elles font souvent le choix de partir dans le Nord en intégrant mentalement cette donnée. Il leur est en revanche plus difficile d'appréhender la réalité socio-économique et psychosociale ainsi que les enjeux de santé que vivent ces communautés (E21).

Les critères de sélection peuvent expliquer ce choc psychosocial. Recrutées pour leurs connaissances ou compétences en soins d'urgence et soins critiques, elles n'ont que peu d'expérience en santé communautaire. La formation sur la culture inuite, offerte depuis 2014, permet de les sensibiliser à la réalité nordique, sans que cela ne soit suffisant au regard des problématiques de plus en plus complexes qu'elles doivent affronter. On y aborde par exemple l'adoption traditionnelle, fréquente dans les communautés, ou la problématique du suicide chez les jeunes, fléau actuel et inquiétant au Nunavik. Daniel Michaud, travailleur social et formateur, illustre le choc que vivent les professionnels de la santé dont certains aspects restent des surprises totales.

Les gens mangent à terre sur du carton au Nunavik. Si tu es à la [Direction de Protection de la Jeunesse] ou en soins d'infirmier, tu rentres dans une maison et tu vois ça, ta première réaction sera « Ça n'a pas d'allure ! ». C'est un manque d'hygiène pour une infirmière CLSC. Pour la DPJ, c'est de la négligence... alors que c'est culturel et banal. Des petits gars qui jouent à minuit le soir avec des camions dans les trous d'eau, parce qu'il fait clair 24 heures sur 24<sup>41</sup>... Ici, tu appellerais la DPJ. Au Nord, tu n'appelles personne, c'est normal. (E06)

---

<sup>41</sup> Au Nunavik, les périodes d'ensoleillement varient entre 20 et 22h l'été alors qu'elles ne dépassent pas 5 à 6h l'hiver.

Étant en première ligne et premières répondantes, les infirmières sont directement confrontées aux conséquences de cette crise sociale sur la santé de la population. Daniel Michaud précise :

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

Une infirmière rajoute « je trouvais ça difficile d'avoir tout ça dans la face, les enfants battus, les enfants abusés, les femmes battues, les problèmes de dépendance. On les voit tous » (E29).

Ce choc psychosocial paraît accentué par le choc culturel, comme nous l'explique un infirmier arrivé récemment dans la communauté :

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

Caroline Hervé, souligne que la formation actuelle sur la culture n'est pas suffisante : « [les infirmières] arrivent dans ce milieu sans vraie formation sur la réalité inuite [...] c'est une vraie claque. C'est terrible. Après ça, elles sont obligées de s'adapter ou de partir » (E32).

Peu préparées à la réalité sociale des villages et peu outillées pour y faire face, les infirmières vivent un choc psychosocial important, renforcé par leur position de premières répondantes. Plus elles restent dans les communautés, plus celui-ci se renforce et s'étend. Louise Billon témoigne : « la souffrance physique, je n'ai aucun problème avec ça, c'est mon travail. Mais la souffrance morale, ça te rentre dedans. Et moi, avec les années, je les connais comme si je les avais tricotés » (E33). Il devient alors plus difficile de prendre une certaine distance, pourtant nécessaire pour poursuivre leur rôle de soignantes sur plusieurs années.

#### 4.1.4 Un rôle gratifiant... mais à quel prix !

Les motivations personnelles de départ dans les dispensaires nordiques peuvent varier selon nos infirmières. Cependant, quasi unanimement, elles caractérisent le rôle infirmier au sud de « contraignant » (E10) : « tu ne peux pas donner de Tylénol© sans la prescription d'un médecin » (E16 ; E17) et manquant de défis : « si j'étais restée au CHU, je me serais ennuyée » (E23). Par ailleurs, certaines déplorent les conditions de travail actuelles : « les hôpitaux [sont] des usines d'infirmières à numéros. Mes amies me trouvent bonne de travailler au Nord, mais moi, je ne serais pas capable de faire leur job au Sud » (E25). À l'inverse, le rôle élargi leur offre « beaucoup de possibilités de développement » (E23) extrêmement « stimulantes [dont elles ont] besoin » (E10). Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers, souligne : « c'est un système de santé relativement jeune, en développement, et on a la possibilité de développer une population pour une prise en charge éventuelle et ça me motive » (E16). Au-delà du développement professionnel, les infirmières ressentent une véritable fierté d'exercer au sein de la communauté inuite : « c'est un honneur pour moi de venir travailler ici » (E25) et accordent à leur pratique nordique une valeur d'exception extrêmement valorisante (E38; E21). Ce sont des expériences « qui nous nourrissent beaucoup personnellement » (E16) souligne Linda Godin, constat appuyé par une infirmière : « c'est une des plus belles décisions que j'ai prise de ma vie, une de mes plus belles expériences » (E02).

En outre, l'autonomie du rôle élargi est ressentie comme unique, voire « addictive » (E33) : « on en a besoin ! » (E23). Pierre Gamache constate « au Sud, il n'y a plus rien d'intéressant pour quelqu'un qui a eu l'expérience du Grand Nord » (E23), propos soutenus par une autre infirmière « tu développes tellement d'autonomie ici que c'est dur de retourner au Sud » (E16).

Le problème des infirmières qui sont depuis longtemps dans les dispensaires, c'est qu'elles ne sont plus capables de retourner dans un contexte de travail au Sud. C'est dur de s'adapter pour monter, mais c'est encore plus dur de s'adapter pour redescendre. (E23)

Linda Godin remarque que « cela nous aide, il y a un noyau d'infirmières qui vont décider de rester » (E16). Pourtant, cela peut-être aussi une raison de départ rapide : « elles choisissent de ne pas rester trop longtemps dans les dispensaires pour réussir à se

réadapter au Sud ensuite » (E16). Une infirmière de retour dans une pratique du Sud précise d'ailleurs avoir « mis au moins trois ans pour se réadapter. Ça a été long » (E13). Ce propos est confirmé par une infirmière qui alternait sa pratique nordique et son rôle au service des urgences hospitalières : « je trouvais ça dur de revenir à l'urgence ! » (E22). Une autre conclut : « mon départ du Nord, ça a été vraiment un deuil à faire » (E13).

Un infirmier d'expérience illustre cette idée par un concept parlant, celui d'« incompétence géographique » :

Tu passes le 55<sup>e</sup> parallèle et tu deviens compétent pour faire ton rôle élargi. À l'inverse, tu reprends l'avion pour le Sud, tu repasses le 55<sup>e</sup> parallèle et tu as les mains liées tout d'un coup. Tu n'es plus assez compétent pour dire qu'un enfant à une otite ou pour faire des points de suture sur l'avant-bras. (E03)

Plusieurs anecdotes corroborent son analyse, dont celle de cette infirmière revenue exercer dans un Centre hospitalier du Sud de la province :

J'étais à l'urgence et j'avais écrit « molluscum » dans le dossier d'un patient. Je me suis fait ramasser par le médecin parce que c'était un diagnostic et ce n'était pas de ma compétence. Je me disais : j'en ai vu des milliers au Nord, j'ai l'équivalent d'un BACC en molluscum ! Et ça m'a prise par surprise, je ne voyais pas ça comme un débordement de rôle ou de tâche. Je l'ai juste écrit, car c'était clair, j'avais fait mon triage et j'avais écrit « molluscum ». (E22)

Ainsi, le constat est manifeste: même si la pratique nordique a « un prix » (E21 ; E26), cela reste de « très belles années, personnellement et professionnellement » (E23). Le Nord représente aussi un style de vie : « ici, demain existe encore. Il y a moins de courses folles comme en ville. » (E03). Le plein air, la toundra, certaines parlent de « *tundra therapy* » (E25), les activités sportives permettent de reprendre de l'énergie pendant les journées de congé. Un infirmier explique « des ours polaires, des baleines, j'en ai vu de mes propres yeux, à cinq mètres. Des igloos, j'en ai construit et j'ai dormi dedans. C'est unique ! » (E03).

L'organisation du travail, alternant plusieurs semaines dans les dispensaires et plusieurs semaines de vacances, représente une liberté (E17) et un mécanisme qui leur permet de « se ressourcer, de recharger leurs batteries » en voyageant, par exemple (E23 ; E21 ;

E02). Les vacances sont vues comme essentielles (E21), car, pour beaucoup, « ce qui se passe dans le Nord reste dans le Nord » (E03) : « [mes proches] n'ont aucune idée de ce que l'on vit quand on est au Nord » (E17). Cette dichotomie Nord/Sud se traduit aussi dans une forme de double vie aux frontières imperméables renforçant un sentiment d'isolement (E25).

Linda Godin caractérise ces semaines hors des communautés comme un « besoin [afin de] savoir que ce qu'elles voient ici, ce n'est pas la normalité » (E16) et que « [leur] vie ne se résume pas au Nord » (E18).

Paradoxalement, les vacances peuvent aussi engendrer une forme de stress dû au rythme de vie plus rapide : « au Nord, tu vis avec peu de stimuli, mais quand tu redescends, tout est plus intense : plus d'autos, de stimuli visuels, auditifs » (E17). Or, « quand tu commences à t'adapter [au Sud], il faut que tu retournes au Nord » (E17). Les infirmières vivent donc une double adaptation constante.

Une infirmière conclut : « je suis très ambivalente par rapport à mon expérience au Nord. C'est hyper enrichissant professionnellement. C'est un ascenseur ! Mais émotionnellement, il faut être vigilant. J'ai frôlé l'épuisement professionnel » (E17).

## **4.2 Les enjeux du rôle élargi**

### **4.2.1 Un milieu extrême**

#### ***4.2.1.1 L'isolement géographique***

L'isolement géographique du territoire est renforcé par une accessibilité uniquement par voie aérienne vers le Sud de la province, mais aussi entre les 14 communautés. Dans l'avion qui m'amenait vers Puvirnituk en janvier 2015, le passage du 55e parallèle m'avait particulièrement frappée : on voyait clairement une ligne de séparation entre le « Sud » du parallèle et ses étendues marron et blanches et le « Nord » avec la toundra enneigée où l'on pouvait distinguer des lacs et cours d'eau gelés. Quelques dizaines de minutes à survoler cette immensité blanche et nous arrivions au-dessus d'un petit îlot de

vie coloré, Puvirnituk, le plus gros village de la baie d'Hudson. Une infirmière du Centre de santé Inuulitsivik partage ce sentiment : « quand tu arrives en avion, tu vois ce village fermé... Et autour, il n'y a rien d'autre que la grandeur de la nature. Tu te dis : OK, ça va être mon lieu de vie pendant la prochaine année » (E19).

À l'isolement géographique s'ajoute un sentiment paradoxal d'enfermement que décrit bien Barnett Schweiger : « à Toronto, je démarre ma voiture et 3 ou 4 heures après, on est à Gatineau. À la Baie-James, ça prend 16 heures, mais il y a une route donc je peux partir. Dans le Grand Nord, je suis obligé de prendre le prochain avion, s'il y a une place » (E05).

Le manque de denrées alimentaires et leurs prix exorbitants sont aussi une réalité nordique. Il renforce le sentiment d'être captif d'un lieu :

En arrivant, je suis allée à l'épicerie, je n'avais rien mis dans mon panier et j'avais déjà toutes les allées de la COOP de faites... Tout était trop cher... je voyais le jus d'orange à 12 CAD et je me disais « mais voyons ça se peut pas! » Et à un moment donné, je me suis dit que c'était ma nouvelle réalité. (E22)

Cet isolement géographique influe sur la pratique infirmière, lors d'une évacuation médicale par avion, par exemple, « il y a les limites de la nature. Le village est à quatre heures d'avion. On ne peut pas arriver plus vite » (E17).

Cependant, l'isolement, surtout dans les grands villages, est comblé par la vie sociale entre professionnels du Sud, la « microsociété » que constitue le monde du Grand Nord. Lorsque je suis partie, après avoir marché dans le labyrinthe de l'aéroport pour trouver la porte d'embarquement d'Air Inuit, j'avais été frappée de l'ambiance amicale qui y régnait : les gens s'embrassaient, se demandaient des nouvelles de leurs vacances, de leurs collègues. Nous étions une trentaine et j'étais une des seules à ne pas m'être rapprochée d'un petit groupe. Tout le monde semblait se connaître au Nord. Au fur et à mesure de ma collecte de données, ce constat ne fit que se confirmer et j'ai pu établir de nombreux liens entre mes différents témoignages.

Vivant une réalité complexe, presque indescriptible une fois revenus au Sud et parfois difficile à supporter, les professionnels vivent ensemble et passent beaucoup de leur

temps libre à faire des activités collectives. Une infirmière souligne : « tout le monde vit la même chose ici, tout le monde est loin donc ça crée des liens beaucoup plus vite » (E24). Une autre appuie ce constat : « c'est une microsociété, c'est un petit monde le Nord, les gens se parlent, invitent les nouveaux à souper » (E 14), ce qui aide à l'intégration des jeunes infirmières.

Quand je suis arrivée, avec les infirmières qui étaient arrivées quelques semaines avant moi, on est restées ensemble toute l'année. Il y avait vraiment beaucoup de social : pendant les journées de congé, on allait prendre une marche dans toundra, on se fait une journée au cinéma. Quand c'était la fête de quelqu'un, on se faisait à souper. Il y avait tout le temps des fêtes, quelqu'un apportait le gâteau. Ça, la vie sociale, il n'en manquait pas. (E22)

La situation personnelle de l'infirmière peut être d'une grande aide : « quand tu à un conjoint qui t'attend, c'est plus facile. [...] Mais toute seule, c'est sûr que tu es encore un peu plus isolée » (E22).

Dans les petits villages où les infirmières ne sont que deux ou trois, cette vie sociale reste limitée même s'il y a d'autres professionnels comme les policiers ou les professeurs. Néanmoins, le fait d'être en minorité, les infirmières semblent être plus facilement intégrées au village, les Inuit sont alors « plus accueillants » (E17).

#### ***4.2.1.2 Les conditions climatiques***

Le Nunavik est situé dans la région arctique du Québec caractérisée, entre autres, par son climat polaire ou subpolaire : basses températures, hivers glaciaux et blizzard. Lorsque je suis arrivée à Puvirnituk en janvier 2015, deux infirmières qui devaient se rendre dans des villages plus au nord, sont restées bloquées plusieurs jours à cause du blizzard, fréquent en période hivernale, les avions ne pouvant décoller. Nous avons cohabité dans une maison de transit, réservée aux infirmières, et avions de problème de de traitement des eaux usées. La consommation d'eau était limitée à son minimum, il fallait la faire bouillir avant de la boire et réduire l'utilisation des salles de bain au maximum, et force est de constater que cela crée une proximité très rapidement. Ce n'est pas une situation rare dans le contexte nordique, surtout en hiver, et cela donne de nombreuses occasions de renforcer les liens.

Quelques jours plus tard à Ivujivik, lors d'une belle journée ensoleillée, la température était de -55 degrés. Les conditions climatiques peuvent se révéler difficiles, le blizzard est fréquent, mais surtout les changements climatiques peuvent être rapides. Or, dès que le blizzard menace, les avions cessent de décoller ou d'atterrir (E22).

L'impact du climat sur la pratique infirmière, notamment en cas de nécessité d'un transfert vers l'hôpital de Puvirnituk ou vers Montréal, est majeur : si le patient ne peut être médévaqué<sup>42</sup>, il revient à l'infirmière de le maintenir en condition jusqu'à ce que le transfert soit possible.

C'est quand même une heure et quart de Puvirnituk et s'il y a une hémorragie et qu'avec la météo, le transfert est impossible. Il peut arriver que quelqu'un décède. S'il était à Montréal, il serait en salle d'opération 45 minutes après son arrivée, mais des fois, ça peut prendre 24 à 48h pour le sortir du village. On est à la merci de la météo. Il y a toujours un certain stress quand y a du blizzard. (E03)

Les conditions météorologiques doivent ainsi être intégrées dans le choix de prise en charge du patient. Un infirmier d'expérience nous raconte :

Je n'ai pas de misère à garder un patient en observation, à ne pas le transférer direct. Mais en même temps, mon réflexe, c'est de regarder la météo. S'il y a une mauvaise météo pour les quatre prochains jours, je vais pousser pour un transfert. (E04)

Une mauvaise météo peut donc empêcher un patient d'être transféré vers un hôpital ou, au contraire, accélérer son transfert en cas de prévision de blizzard. Les infirmières doivent tenir compte de cette donnée pour élaborer leur plan de traitement.

#### **4.2.1.3 Une variété de villages**

Par ailleurs, les infirmières soulignent que leurs expériences en dispensaire ne sont pas homogènes. Cela dépend de la taille du dispensaire, de la présence physique, ou non, d'un médecin dans le dispensaire, mais aussi des différences entre les villages. Jenny Faulkner dans Talbot et Roy (2016) raconte : « j'ai eu l'occasion de travailler dans différents villages. Il a été intéressant de découvrir les différences entre les villages, la

---

<sup>42</sup> transporté par avion dans un centre secondaire ou tertiaire

population, la langue un peu différente selon les villages, le paysage, les dispensaires et la pratique infirmière » (:32). Plusieurs infirmières décrivent aussi les différences en termes de gestion des problématiques de santé.

Par exemple, à Ivujivik, village vallonné au nord du Nunavik, le dispensaire n'est composé que de deux infirmières qui sont appelées à gérer de nombreux cas de santé mentale. Puvirnituk, « capitale » de la Baie d'Hudson frappe par l'immensité et le caractère plat de son paysage. Les problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie y sont plus prégnantes.

Il arrive ainsi que les infirmières s'attachent à « leur village » et qu'elles y continuent leur pratique. Julie Arsenault dans Talbot et Roy (2015) explique que sa première expérience nordique a été à Kuujjuaq, village qui lui déplaît : elle n'y aime pas la vie quotidienne, l'atmosphère, les tensions entre les Inuit et les Blancs... Au contraire, elle s'est tout de suite attachée au village de Tasiujaq au sein duquel elle trouve « les habitants uniques en leur genre [...] avec leurs habitudes, leurs traits distinctifs : des gens accueillants, chaleureux et généreux » (:26).

## **4.2.2 Un rôle extrêmement exigeant**

### ***4.2.2.1 Un large spectre de clientèle et de pratique***

Le spectre de clientèle et de maladies se révèle être très large: « On est confrontés à plein de situations, ça peut aller de la femme enceinte jusqu'à la psychiatrie en passant par les traumatismes et le suivi pédiatrique » (E20). Alors que dans les Centres hospitaliers du Sud de la province, les infirmières travaillent au sein de départements spécialisés (néonatalogie, par exemple), dans les dispensaires nordiques, elles peuvent avoir à prendre en charge « trois patients dans trois sphères différentes » (E25). On peut donc les considérer comme des infirmières « généralistes » devant être capables de prendre en charge une importante variété de patients et offrir de nombreux soins.

#### **4.2.2.2 Des exigences physiques et émotionnelles**

##### 4.2.2.2.1 Les journées en dispensaire

Les journées en dispensaire de 9 heures à 17 heures sont des journées déjà chargées par la prise en charge des différents cas de santé courants. De par leur rôle de répondantes de première ligne, les journées des infirmières peuvent devenir chaotiques et le temps leur manque.

Une semaine normale depuis que je travaille dans le Nord, ce n'est jamais arrivé. Même les choses de base, on arrive jamais à les faire. C'est impensable. C'est sûr qu'il y a plein de choses qui pourraient être développées en santé communautaire, en santé infantile, mais on a jamais le temps de faire ça. (E21)

De plus, les gardes et les interventions à caractère urgent sont des exigences émotionnelles et physiques pour les infirmières des dispensaires, bien que leur fréquence varie en fonction du nombre d'infirmières présentes dans le dispensaire.

De 9 à 5, tu es à la clinique et de 5 à 9 tu tombes de garde. À Kuujjuarapik, tu es de garde une fois tous les 6 jours. À Akulivik, tu es de garde 2 soirs sur 3... c'est 6 jours sur 7. Sur une période de 2 semaines, tu es de garde 150 heures... c'est extrêmement exigeant. (E21)

Lorsque j'étais à Ivujivik, les infirmières étaient de garde tous les soirs (première ou deuxième de garde) et il ne s'est pas passé une nuit durant mon séjour sans que la première de garde n'ait à se rendre au dispensaire en pleine nuit.

Par ailleurs, le mode de vie inuit et l'organisation des journées peuvent être source de tensions entre les infirmières et les patients, comme nous l'explique cette infirmière : « les Inuit vivent au jour le jour. S'ils se lèvent et qu'il fait beau, ils ne viendront pas à leur rendez-vous. Ils vont aller pêcher ou chasser » (E26). Ainsi, comme le précise Lida Godin, Directrice des Soins Infirmiers :

On leur impose des restrictions de service basées sur notre structure parce que ça ne nous tente pas d'être ouverts le soir ou les fins de semaine. Mais eux, ils dorment jusqu'à 1h de l'après-midi donc c'est sûr que les rendez-vous de suivi à 10h, tu as de grandes chances pour qu'ils ne se présentent pas. (E16)

Ce constat est valable pour le personnel inuit : les interprètes, par exemple, peuvent « ne pas se présenter au travail, car ils sont partis chasser l'outarde sauvage » (E15). Les infirmières soulignent que cela peut être source de frustration et de stress supplémentaire tout en spécifiant qu'elles finissent par s'y adapter.

#### 4.2.2.2.2 Les gardes et les cas d'urgence

Les gardes sont aussi une grande source d'anxiété de la pratique nordique : « en arrivant, tu ne mesures pas tout ce que cela implique d'être de garde. Tu l'apprends à force de vivre l'expérience » (E21).

La responsabilité de la garde, c'est énorme. Le téléphone sonne et tu ne sais pas ce qui se passe. Ça peut être une niaiserie, un faux numéro, comme quelqu'un qui vient de se faire passer dessus par un camion. Alors, il y a tout le temps cette peur-là, de savoir ce qui va arriver. En général, elles sont toujours capables de gérer les cas qui vont se présenter, mais c'est l'incertitude qui vient avec qui est pesante. (E08)

Paradoxalement, cette anxiété ne se réduit pas au fur et à mesure de l'expérience, elle va même en s'intensifiant. Ainsi, « la peur de l'inconnu devient la peur du connu » (E21).

Au fur et à mesure que tu découvres à quel point tu es exposée, tu te rends compte qu'à chaque fois que tu as le téléphone de garde, ce risque-là est là. Ça peut très bien aller, dans la majorité des cas, ça va bien aller, mais tu as aussi plus de conscience que n'importe quoi peut te tomber sur la tête et ça peut te dépasser. (E21)

Une infirmière ajoute :

Au début, quand tu rentres au *nursing*, t'as la peur de l'inconnu [...] tu ne sais pas ce qui va arriver. Je suis allée souper hier et à minuit le téléphone a sonné, des points de suture. La journée d'avant, c'était une personne qui avait convulsé dans la maison, la famille paniquait. D'autres fois, c'est des violences conjugales, d'autres fois, ça peut être juste un mal de ventre ou quelqu'un qui veut avoir une information. Tu ne le sais pas. Après des années comme ça, bien là quand tout t'est arrivé, c'est la peur du connu. Puis c'est ça qui fait un peu *freaker*, il faut que tu sois capable de doser parce que tu sais toute la merde qui peut t'arriver. Il y en a qui capotent à cause de ça [...] et ça devient maladif. Ils pensent à tout ça et ils ne sont pas capables de dormir pendant leur garde. (E25)

Sur des missions d'environ six à huit semaines, cette fatigue s'accumule, « ca prend du temps de se rendormir, un appel m'enlève deux heures de ma nuit » (E27) et cela peut avoir un impact non seulement sur les soins offerts, « les erreurs et les fautes de jugement sont plus faciles » (E42), mais aussi sur les dynamiques d'équipes qui peuvent devenir complexes : « les accros dans les équipes peuvent survenir, les gens sont plus fatigués et c'est difficile de garder une cohésion » (E42).

Les gardes peuvent d'ailleurs être source de démotivation ou de désengagement, en particulier lorsque le cas n'est pas urgent : « ce qui me démotive, c'est les gardes [...] après deux ans, je n'ai plus la même passion qu'avant [...] Te faire réveiller la nuit pour des niaiseries, ça te fait détester ta job » (E27).

### **4.2.3 L'organisation du travail**

#### ***4.2.3.1 Des équipes restreintes et jeunes***

Au sein des dispensaires, les équipes sont restreintes. Plusieurs infirmières insistent sur la problématique du travail en sous-effectif chronique en personnel qualifié. En raison des différents rôles qu'elles ont à jouer (rôle infirmier, médical, administratif et social), les infirmières soulignent toutes le manque de temps dans leur quotidien. Plusieurs précisent qu'un poste de plus a été ouvert dans leur dispensaire, mais qu'il n'a jamais été comblé. Ce sont souvent des infirmières d'agence, peu familières avec la réalité nordique, qui viennent répondre à des besoins ponctuels.

Par ailleurs, on constate que les générations de professionnels de la santé dans le Grand Nord sont de plus en plus jeunes : les infirmières sont recrutées après deux ans en soins intensifs ou en soins critiques et les médecins partent souvent directement après leur dernière année d'étude. Une infirmière d'expérience raconte : « quand j'ai commencé, il y a dix ans, je travaillais avec des équipes dans la quarantaine, la cinquantaine. Aujourd'hui, on retrouve plutôt des gens dans la fin vingtaine, début trentaine » (E18).

Il y a une quinzaine d'années, les infirmières choisissaient plutôt de venir dans le Nord dans une deuxième phase de leur carrière. Celles qui partent actuellement souhaitent

vivre un défi professionnel, mais aussi développer certaines compétences liées à leur rôle biomédical. Leur venue au Nord a donc une finalité de développement professionnel et à court terme.

La jeunesse des équipes médicales est un enjeu considérable : en arrivant au Nord, les infirmières vivent une forte insécurité dont l'impact sur leur pratique professionnelle est immédiat. Individuellement, elles choisissent de rester dans leur rôle prescrit et n'ouvrent pas leur champ de pratique vers la santé communautaire. Les jeunes médecins quant à eux tendent à évacuer plus facilement les patients par avion pour maîtriser le risque, réduisant *de facto* le rôle des infirmières en dispensaire. Par ailleurs, le lien de confiance entre les médecins et les infirmières, qui nécessite du temps, peut être plus fragile, ce qui aura aussi une incidence sur leur latitude lors de la prise en charge du patient.

#### **4.2.3.2 La problématique du roulement**

Au sein des dispensaires du Nunavik, le roulement est de deux ordres : la « durée de vie » d'une infirmière du Grand Nord, en particulier dans les nouvelles générations, et l'organisation du temps de travail en deux périodes (deux mois en dispensaire ; un mois en vacances). De plus, les différents statuts des infirmières entraînent des changements d'équipes fréquents et/ou de nombreux remplacements.

Je me compte extrêmement chanceuse quand je garde quelqu'un de 24 - 25 ans pendant 3 ou 4 ans. [...] Mais il y a la réalité du Nord qui est plus difficile qu'au Sud [...]. [Ce n'est plus] comme [il y a] trente ans, tu rentrais sur un poste et tu en sortais à ta retraite. Ça n'existe plus à nulle part alors ça n'existera pas plus ici. (E14)

L'infirmière chef de programme CLSC fait le même constat : depuis son arrivée, il y a six ans, il y a eu trois vagues de départ (E08).

Selon Louise Billon, la problématique du roulement s'est accentuée dans les dernières années :

L'année dernière au *nursing*, on n'y arrivait pas. Notre boss ne remplaçait pas les infirmières qui partaient en vacances ou subitement. On se retrouvait alors en

personnel réduit, ça n'avait aucun sens. [...] Je me sens comme dans une prison, je ne me vois pas continuer dans ces conditions. L'année dernière, avoir une équipe complète a été très difficile. Ce sont des gens qui viennent deux semaines et qui repartent. (E33)

Cette transformation touche non seulement le groupe des infirmières, mais aussi l'organisation des soins en général et, comme le souligne une infirmière, tout l'hôpital manque de ressources en personnel :

Normalement dans le bureau, ils sont cinq, mais ils n'étaient que trois. Donc finalement tu te rends compte qu'ils fonctionnent toujours à 70%. Puis quand ils ne sont pas là, vu qu'ils ne sont pas remplacés, le travail est redistribué. (E25)

Ce système de *stretches* ainsi que les différents statuts des infirmières, notamment celui de temps partiel occasionnel (TPO) qui permet à l'infirmière d'aller dans les villages en fonction des besoins, conduit les équipes à manquer de stabilité. Les infirmières travaillent fréquemment avec de nouveaux collègues ce qui exige des ajustements constants. Le recrutement, en flux tendu et sans bassin de réserve d'infirmières, et les exigences toujours plus grandes des villages (notamment avec l'augmentation rapide de la population), nécessitent de se tourner vers des agences, système souvent critiqué par les infirmières, car elles fournissent des professionnelles insuffisamment formées ne répondant pas aux exigences de la fonction et faisant augmenter de fait la charge de travail des titulaires.

Même quand on est des équipes à peu près stables, ça ne reste jamais stable assez longtemps... Moi, je vais être en vacances au mois de janvier, je reviens en février, c'est l'autre qui est en vacances... Puis pendant que les gens sont en vacances, ils sont remplacés par des agences, ce ne sont pas des gens qui ont des postes. (E41)

Cela a un impact sur la prise en charge des patients, mais aussi sur la continuité des soins<sup>43</sup> :

C'est qu'il n'y a pas de continuité. À ton retour, tu reprends ton dossier, tu l'as laissé d'une telle manière et là, c'est un peu pêle-mêle parce que la personne qui

---

<sup>43</sup> La continuité des soins est définie comme « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins » (FCRSS, 2002).

t'a remplacée le faisait d'une autre manière. La continuité est un peu difficile.  
(E26)

La notion d'ancienneté est aussi toute relative. En quelques mois, une infirmière devient une personne d'expérience voire une référence dans le dispensaire, non seulement auprès des infirmières, mais aussi auprès de tout le personnel médical.

Des fois au bout de trois mois, c'est toi qui a plus d'expérience, parce qu'il y a beaucoup de nouveaux. Au bout de six mois, je faisais partie des anciennes. J'étais une personne de référence. Six mois d'expérience dans un département, je ne trouve pas qu'on appelle ça une infirmière d'expérience, mais dans un dispensaire, tu deviens LA ressource. Il y a même les médecins dépanneurs qui viennent te voir « Ça tu le fais comment ? quel protocole tu fais d'habitude? ». Tu deviens une ressource au village. [...] Et après deux *stretches* à Inukjuak, je suis devenue infirmière-chef parce qu'il y en avait une en congé de maternité, une en congé maladie, une en congé tout court et la quatrième était partie. J'étais toute seule dans le village. [...] Je pense que j'ai eu une journée et demie de formation comme infirmière-chef et il y avait une nouvelle qui arrivait dans le village comme agente, une autre qui était sur un poste régulier l'a formée puis après ça elle est partie six semaines et je me suis retrouvée après sept semaines toute seule sur la chaise d'infirmière-chef. (E22)

#### **4.2.3.3 Des expériences antérieures qui se standardisent**

Avec la structuration du processus de recrutement et de la formation des infirmières en rôle élargi, le choix a été fait de sélectionner des infirmières ayant des connaissances et des compétences pour gérer les traumatismes majeurs. Elles viennent de l'urgence ou des unités de soins intensifs. Les médecins interrogés le confirment: « elles sont excellentes en soins d'urgence » (E44). Les infirmières ont d'ailleurs le sentiment d'être performantes : « lors des cas d'urgence, on dirait que je me sens à ma place » (E22). Si cela répond aux besoins d'une population fragilisée et dans un contexte extrême, ces traumatismes ont moins d'impact sur les infirmières que les situations où elles se trouvent démunies comme les abus ou les suicides. Ce recrutement semble donc ne pas répondre adéquatement aux problématiques vécues par les infirmières comme étant les plus déstabilisantes.

#### 4.2.3.4 *Un manque de ressources*

Le Centre de santé Inuulitsivik dispose de plusieurs services (laboratoire, pharmacie centrale, télémédecine, soins dentaires, audiologie, réadaptation physique, archives médicales ou encore une maternité<sup>44</sup>), mais les dispensaires n'ont pas autant de ressources à leur disposition, en particulier dans les petits villages (Ivujuvik, Umiujaq et Akulivik). Les plus grands villages (Kuujjuaraapik, Inukjuak et Salluit) bénéficient de médecins et de dentistes permanents à qui un des plus petits villages est attribué et qui s'y rendent chaque mois. Ceux-ci ont aussi un département d'imagerie médicale et un technicien s'y déplace environ aux six semaines. Les radiographies peuvent être adressées pour relecture au RUIS<sup>45</sup> de McGill. Le laboratoire, les services d'audiologie et de réadaptation physique sont basés à Puvirnituk, mais seuls les audiologistes se rendent deux fois par an dans les villages. Il existe trois maternités, à Puvirnituk, à Salluit et à Inukjuak. Les services de télémédecine sont disponibles à partir de Puvirnituk ou du RUIS de McGill. Les infirmières des villages envoient les prélèvements sanguins au laboratoire de Puvirnituk qui rend les résultats des analyses sous 24 heures.

On comprend donc que la majorité des avis spécialisés et des examens complémentaires ne sont pas accessibles dans tous les villages et que les petits villages, en particulier, disposent d'un plateau technique très réduit. Ils doivent faire appel aux autres villages et au Centre de santé Inuulitsivik. Lors de situations d'urgence, la prise en charge du patient peut devenir très complexe et l'infirmière doit faire vite avec peu, s'écartant ainsi de fait des standards de bonnes pratiques, tels qu'ils sont enseignés pendant leurs études.

Quand on intube un patient [il faudrait] prendre une radiographie du poumon pour être sûre que le tube est à la bonne place, mais il y a pas de radiographie. Il faut que tu évalues ton patient [...] j'entends bien le bruit dans chaque poumon, fait que probablement mon tube est à la bonne place. C'est juste que là tu souhaites que le tube soit à la bonne place. (E17)

---

<sup>44</sup> <http://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/services-professionnels-7aeb54> (consulté le 9 février 2017)

<sup>45</sup> Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS) : dans le but d'améliorer les soins de santé, notamment en région éloignée, certaines parties du territoire sont assignées à une des quatre universités de médecine du Québec afin de faciliter l'accès aux services spécialisés, à l'enseignement médical et à la recherche médicale. Le Nunavik est assigné à l'université McGill.

Comme pour le plateau technique, les ressources professionnelles dépendent de la taille des villages. En 2017, il existe des professionnels des services sociaux dans chaque dispensaire, mais le personnel infirmier manque encore dans certains dispensaires. Au niveau de la maintenance, les ressources disponibles sont limitées, il n'est pas rare de faire appel à un technicien de Puvirnituk en cas de panne (téléphone, chauffage) dans les villages. Ce sont souvent les infirmières qui doivent gérer ce type de problèmes. Ce manque de ressources a deux conséquences : une sur la santé même des populations et l'autre sur l'organisation du dispensaire, comme le décrit Daniel Michaud :

Au Nord, il faut que tu sois capable de vivre avec la désorganisation. [...] Quand t'arrives au Nord, tout est supposé être organisé, ton ordinateur est supposé d'être prêt, ton adresse courriel réseau, mais quand t'arrives, ce n'est pas prêt. Tu appelles le gars, mais c'est occupé. Trois jours plus tard finalement tu l'as au téléphone. Quand t'arrives dans les bureaux l'été, ça fait trois jours que personne n'a fait le ménage, t'es dans la poussière... moi je faisais mon ménage moi-même. [...] Je le dis souvent : au Nord, tu ne vis pas stressé, tu vis frustré ! (E06)

#### ***4.2.3.5 Des conditions de travail difficiles***

Compte tenu de la difficulté à offrir des soins de santé conformes pour les membres Premières Nations vivant en région éloignée, le bureau du Vérificateur Général du Canada a mené un audit afin d'évaluer - entre autres - les postes de soins infirmiers. Mené en Ontario et au Manitoba, le rapport de cet audit, publié au printemps en 2015, a fait ressortir quatre constatations principales :

1. Santé Canada ne s'est pas assuré que les membres du personnel infirmier avaient suivi et réussi les cours de formation obligatoires,
2. Santé Canada n'a pas mis en place des mécanismes de soutien pour les membres du personnel infirmier effectuant certaines activités ne faisant pas partie de leur champ d'exercice élargi,
3. Santé Canada n'a pas pu démontrer qu'il avait corrigé les lacunes relatives aux exigences en matière de santé et de sécurité ou aux codes du bâtiment dans les postes de soins infirmiers,
4. Santé Canada n'a pas vérifié la capacité des postes de soins infirmiers à offrir les services de santé essentiels et n'a pas communiqué aux membres des communautés la nature de ces services.

Il convient cependant de préciser que ce n'est pas ici la performance des intervenants ou la qualité des services qui ont été examinés, mais bien l'encadrement de Santé Canada dans la pratique en rôle élargi. Cependant, ces constats restent problématiques puisqu'ils peuvent mettre les patients en danger et restreindre l'accès aux services de santé. Bien que cet audit n'ait pas été mené auprès de communautés au Québec, ils y ont eu une résonance certaine et rejoignent une partie de l'objet de cette recherche.

#### **4.2.4 Schéma récapitulatif : Illustration de la réalité et des enjeux du rôle élargi**

Le schéma ci-dessous (Figure 4.2) tente d'illustrer les deux parties précédentes en faisant non seulement ressortir la réalité complexe de ce rôle (à la fois prescrit et construit), les chocs qu'il représente, mais aussi les trois grands enjeux identifiés.

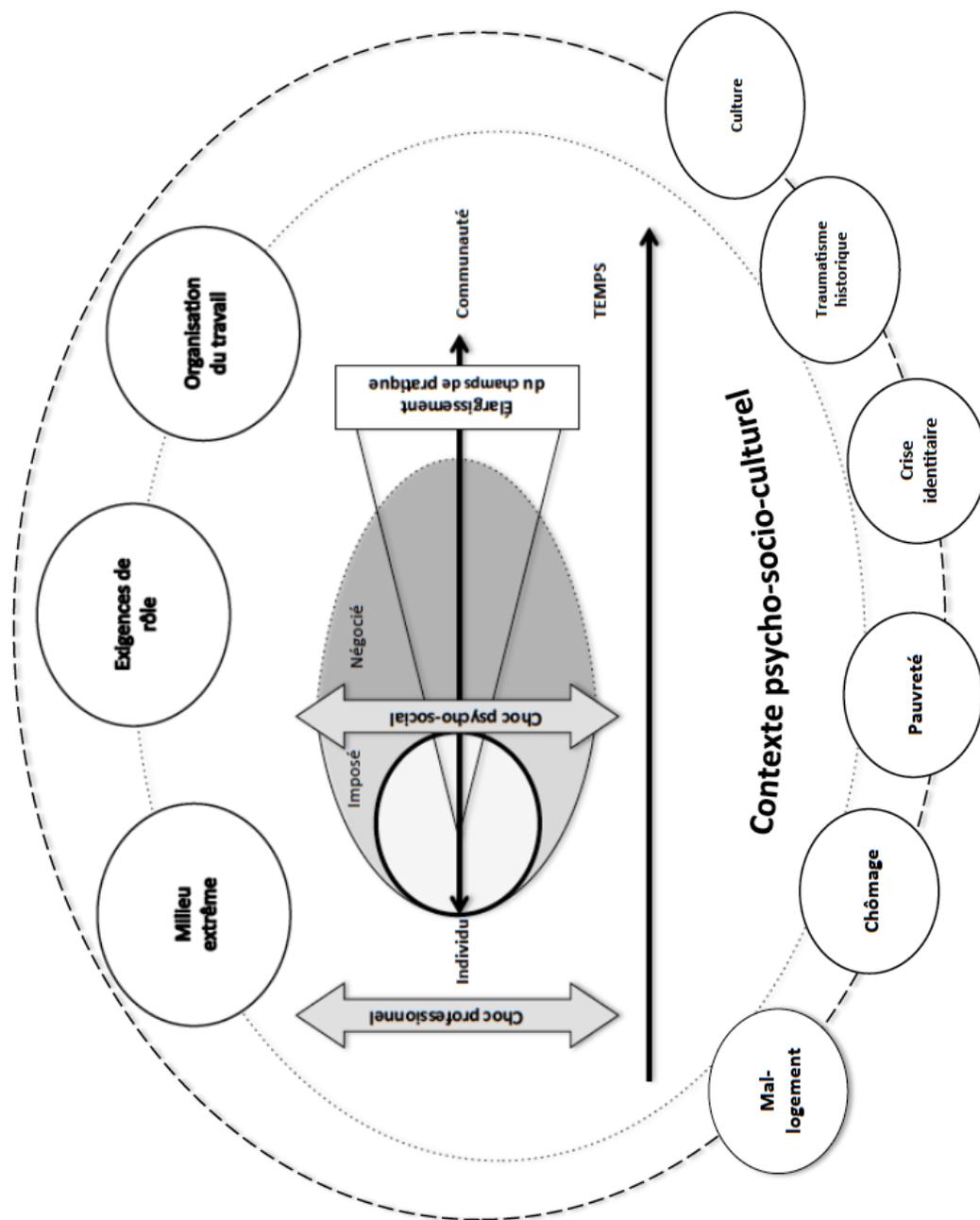


Figure 4.2 — Illustration de la réalité et des enjeux du rôle élargi des infirmières

### **4.3 La taxonomie des quatre rôles du rôle élargi<sup>46</sup>**

De manière générale, la littérature consacre généralement indifféremment la typologie de la taxonomie. Sans rentrer dans le débat théorique, la principale distinction entre ces deux méthodes de classification est leur mode de déduction (Bailey, 1994). La typologie provient d'une réflexion conceptuelle alors que la taxonomie se construit à partir d'éléments empiriques. Elle classe un phénomène à travers des catégories exhaustives et mutuellement exclusives (Patton, 2002). Dans ce travail, nous parlerons donc bien de taxonomie.

#### **4.3.1 Les deux axes de la taxonomie**

À la lumière de l'ensemble de notre analyse de données, le rôle élargi peut être envisagé comme une taxonomie de quatre rôles clés s'articulant autour de deux concepts : la prescription ou la construction du rôle d'une part, et la capacité à le négocier ou non d'autre part (Figure 4.3). La notion de rôle « prescrit » se réfère aux tâches qui sont formalisées, connues et anticipées par les infirmières lorsqu'elles se rendent dans les dispensaires nordiques. Le rôle « construit » est au contraire informel et il appartient à chaque infirmière d'en délimiter les contours. Le concept de négociabilité fait quant à lui référence à la capacité de l'infirmière à modifier son rôle et sa pratique au cours de ses expériences en dispensaire.

---

<sup>46</sup> Nous sommes conscients de la redondance du mot « rôle » dans les prochaines lignes mais le « rôle élargi » et les « tensions de rôle » étant des terminologies consacrées, nous n'avons pas pu les modifier pour alléger le texte.

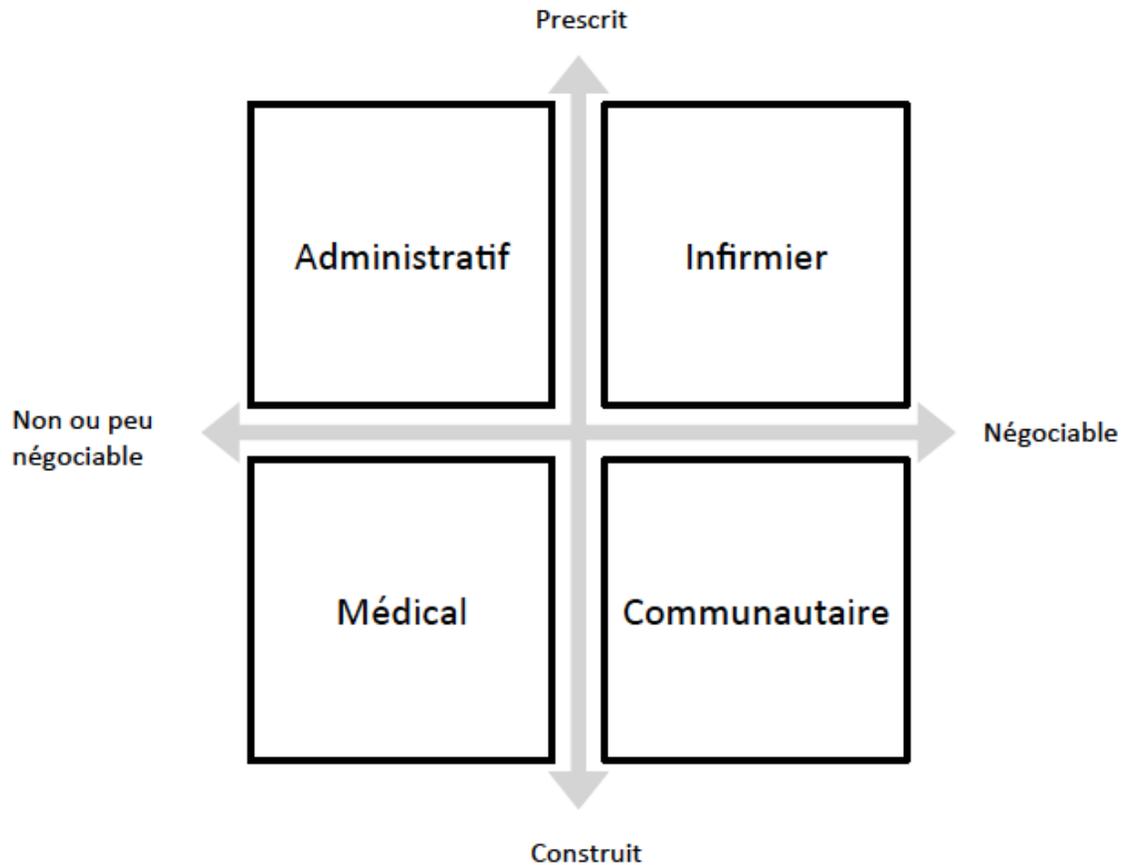


Figure 4.3 — *Les quatre rôles du rôle élargi des infirmières*

### 4.3.2 Les quatre rôles de la taxonomie

L’infirmière exerçant en dispensaire nordique endosse quatre rôles principaux qui s’inscrivent sur nos deux axes : le rôle administratif, le rôle médical (les diagnostics et actes délégués), le rôle infirmier et le rôle communautaire.

#### 4.3.2.1 *Le rôle administratif*

Le premier rôle est un rôle administratif de gestion du dispensaire (commande de médicaments, gestion de la bâtisse) et d’organisation des soins (envois des prélèvements, organisation des transferts et des rendez-vous médicaux dans le Sud de la province). Il est non seulement prescrit par l’organisation, et donc formalisé et balisé, mais aussi très peu négociable. Comme nous l’avons précisé dans l’analyse de nos données, il peut

avoir un jeu de négociation entre les équipes en place lorsque, par exemple, une infirmière est désignée comme infirmière-chef au sein des plus grosses équipes ou lorsqu'une infirmière permanente choisit de s'occuper des questions plus administratives. Dans l'ensemble, la latitude de négociation reste cependant limitée.

#### ***4.3.2.2 Le rôle médical***

Le deuxième rôle est un rôle médical encadré par le guide thérapeutique, le protocole de soins et les ordonnances collectives. C'est la principale distinction entre la pratique infirmière classique et la pratique infirmière nordique. Les diagnostics et actes délégués sont définis et encadrés. Les infirmières, conscientes de l'autonomie que cela leur confère et respectueuses du code de déontologie et d'éthique qui régissent leur pratique, sortent très peu de ce cadre. Il est donc en réalité peu négociable. Nos données montrent cependant qu'avec l'expérience et la confiance établie avec le médecin responsable du village, elles peuvent prendre des initiatives qui vont au-delà du protocole tout en restant prudentes et en minimisant la prise de risque pour le patient. Leur capacité diagnostique et leur jugement clinique se révèlent cruciaux. De la même manière, le médecin peut choisir de donner un peu plus de latitude à une infirmière si celui-ci estime qu'elle est compétente pour pratiquer un geste technique ou poser un diagnostic en dehors du protocole. En ce sens, contrairement au rôle administratif, ce rôle se construit. Les situations d'urgence représentent aussi des moments où l'infirmière construit son rôle médical en ayant à poser des actes en dehors de son rôle élargi, toujours sous la supervision du médecin qui la guidera et l'orientera dans son intervention.

#### ***4.3.2.3 Le rôle infirmier***

Le rôle infirmier est un rôle prescrit, mais aussi négocié. Il est prescrit dans le sens où il est attendu de l'infirmière qui pratique en dispensaire, mais il se révèle être négocié avec divers acteurs. Plus exactement, c'est l'étendue du champ de pratique qui se négocie au fur et à mesure de l'expérience en dispensaire. L'infirmière devra rapidement allier son rôle médical à son rôle infirmier. Elle restera alors centrée sur une prise en charge individuelle et ponctuelle du patient. Au fur et à mesure de son expérience, elle ouvrira

son champ de pratique dans une perspective de prise en charge de l'individu et de son contexte familial et culturel. Elle pourra, à terme, ouvrir son champ jusqu'à la santé communautaire et la prise en charge de sa santé par la population et ses membres. Pour cela, elle devra découvrir et faire sens des dynamiques sociales des villages et de la réalité culturelle, historique et psychosociale des communautés.

#### **4.3.2.4 *Le rôle communautaire***

Le rôle communautaire est un rôle à la fois construit et négocié. C'est sans doute le rôle le plus difficile à développer au sein des équipes actuelles, notamment à cause du roulement important et des critères de recrutement. Ainsi, il dépend de la volonté de l'infirmière de s'investir dans sa communauté à la fois dans le temps, mais aussi émotionnellement. Par ailleurs, il nécessite une réflexion critique sur le système de soins en place et sur le rôle infirmier joué auprès de cette population vulnérable. À l'inverse, pour les infirmières les plus anciennes, elles adoptaient ce rôle *de facto* pour deux raisons principales : le dispensaire étant le point central du village, l'infirmière devenait le référent pour toutes sortes de problématiques, de santé ou non, mais aussi parce qu'elle pouvait être seule dans les villages, sans l'aide d'une équipe pluridisciplinaire, notamment les travailleurs sociaux.

#### **4.3.3 Une taxonomie mouvante en fonction des motivations de l'infirmière et de son ancienneté**

La répartition de notre échantillon, présenté dans la section méthode, nous a permis d'offrir une vision historique et évolutive du rôle élargi dans les dispensaires nordiques depuis la première infirmière en dispensaire au début des années 1970 à celles arrivées au cours de l'année 2014. Ces données nous ont conduits à faire des distinctions à différents niveaux : les motivations de départ, la situation sociale, démographique et de santé des villages, le statut du dispensaire au sein des villages, la taille des équipes et la structuration et l'encadrement du rôle élargi. Les parcours, les objectifs et les stratégies d'apprentissage des infirmières se sont adaptés à ces contextes de pratique. Trois grandes périodes se distinguent lors desquelles les rôles dominants de notre taxonomie ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, on constate que la construction et la négociation du

rôle élargi connaissent le plus de variabilité lorsque les infirmières ont entre 5 et 20 ans d'expérience.

#### ***4.3.3.1 Les infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en dispensaire***

Pierre Gamache, infirmier pendant 23 ans dans les dispensaires nordiques, raconte : « au tout début, les infirmières avaient un rôle très social. Les consultations pouvaient durer 35 minutes : [...] 10 minutes de clinique et 25 minutes de discussion : « Qu'as-tu fait ce matin ? Es-tu allé pêcher ? » » (E23). Il précise qu'il n'y avait pas de travailleurs sociaux donc « on assumait aussi leur rôle » (E23). Louise Billon rajoute : « dans le temps, les infirmières faisaient partie de la communauté, elles allaient dans les maisons prendre le thé » (E33). Constat confirmé par Michèle Nadeau : « dans les villages, les gens étaient tissés-serrés et le dispensaire faisait partie intégrante du village » (E35).

Dès qu'il y avait quelqu'un de malade, les gens venaient avec une gardienne pour garder mes enfants. [L'infirmière] doit faire son travail donc nous, autour, on va s'organiser pour qu'elle puisse le faire. On y connaît rien donc nous on va faire la partie qu'on connaît et elle, elle va faire ce qu'elle connaît. Une fois j'avais géré un problème toute la journée et toute la nuit. Deux Innuk sont passés chez moi et m'ont dit : « tu viens à la pêche avec nous. Tu as travaillé fort, maintenant, on se repose. » (E35)

Ainsi, lorsqu'elle a envisagé d'accoucher dans son propre dispensaire, les membres de la communauté lui ont répondu : « mais si tu as des complications, qui va prendre soin de toi ? » (E35).

Cette proximité avec la communauté s'expliquerait entre autres en partie par les motivations des infirmières au moment de partir vers le Nord, « souvent, c'était pour faire carrière » (E24), et par la taille des villages : « à 450 habitants, ce rôle social est possible, mais à 1000 habitants, on a plus le temps » (E24). De plus, les infirmières choisissaient souvent de s'établir dans un village, « leur village » : « c'est là où je voulais vivre » explique une infirmière (E07). Seules ou à deux dans le dispensaire, elles endossaient *de facto* les quatre rôles du rôle élargi : administratif, médical, infirmier et communautaire. Une infirmière souligne : « dans le temps, en première ligne au

dispensaire, on donnait les premiers soins, on était de garde, on faisait de la santé communautaire, du suivi infantile, des visites à domicile... » (E07).

Pierre Gamache précise que « les infirmières étaient très estimées » (E43), leur intégration dans la communauté allait jusqu'à faire des visites à domicile directement. Il illustre cette réflexion en donnant l'exemple d'un infirmier présent dans la communauté depuis longtemps :

Lorsqu'on l'appelait en lui disant : « le patient ne va pas bien, mais il ne veut pas aller à la clinique », il prenait une petite valise médicale, allait manger de la banik<sup>47</sup> et prendre le thé pour aller évaluer le patient chez lui. (E43)

Le manque de liaison avec le Sud favorisait l'intégration des infirmières à la communauté, « il n'y avait pas d'aéroport, c'était les ski-doos qui se mettaient à la queue leu leu sur le plan d'eau gelé pour guider l'avion » (E35) alors « elles sortaient moins souvent, une à deux fois par année peut-être » (E43). Ce qui nous a été confirmé par Michèle Nadeau, première infirmière d'Ivujivik (E35). La situation psychosociale était alors moins difficile, « il y avait moins d'alcool et de substances, il y avait encore beaucoup d'activités de chasse et de pêche » (E43). Les problématiques de santé n'étaient pas aussi complexes, « il y avait beaucoup d'impétigo<sup>48</sup> par exemple » (E35), ce qui amène Michèle Nadeau à conclure : « j'ai appris beaucoup, mais surtout que les maladies rares, c'est très rare et que les problèmes urgents, il y en a très peu » (E35). « J'ai eu à gérer une péritonite<sup>49</sup>. [Dans le Sud], c'est une catastrophe. Elle a commencé dans la nuit du vendredi à samedi et la personne n'a été évacuée que le mercredi suivant. On voit les choses autrement » (E35).

Par ailleurs, elle explique : « les protocoles n'étaient pas très formalisés. C'était un peu comme la médecine de campagne, on faisait un diagnostic selon ce qu'on observait, et non par examen » (E35). En revanche, elle précise avoir eu une courte formation par un médecin avant de partir (points de suture, antibiotiques, accouchement) et qu'une fois en

---

<sup>47</sup> Spécialité inuite : pain sans levain.

<sup>48</sup> Infection bactérienne de la peau.

<sup>49</sup> Inflammation du péritoine, membrane qui enveloppe les organes de la cavité abdominale. Pouvant déboucher sur la mort, elle constitue une infection grave.

dispensaire, « on ne restait pas toute seule. Quand je ne savais pas, j'ouvrais des livres, et au besoin, j'appelais le médecin ou une autre infirmière en dispensaire » (E35). Elle conclut : « quand vous êtes à des milliers de kilomètres d'un hôpital, vous vous organisez pour que le patient n'ait pas à être transféré. Et tu finis par t'en sortir, tu deviens très brillant » (E35). Cette attitude allait de pair avec l'idée de laisser la population se prendre en charge : « en cas d'impétigo, je montrais [aux patients] comment se soigner et ensuite, ils le faisaient eux-mêmes, ils désinfectaient et refaisaient les bandages » (E35).

Le schéma ci-dessous (Figure 4.4) illustre du rôle élargi des infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en dispensaire.

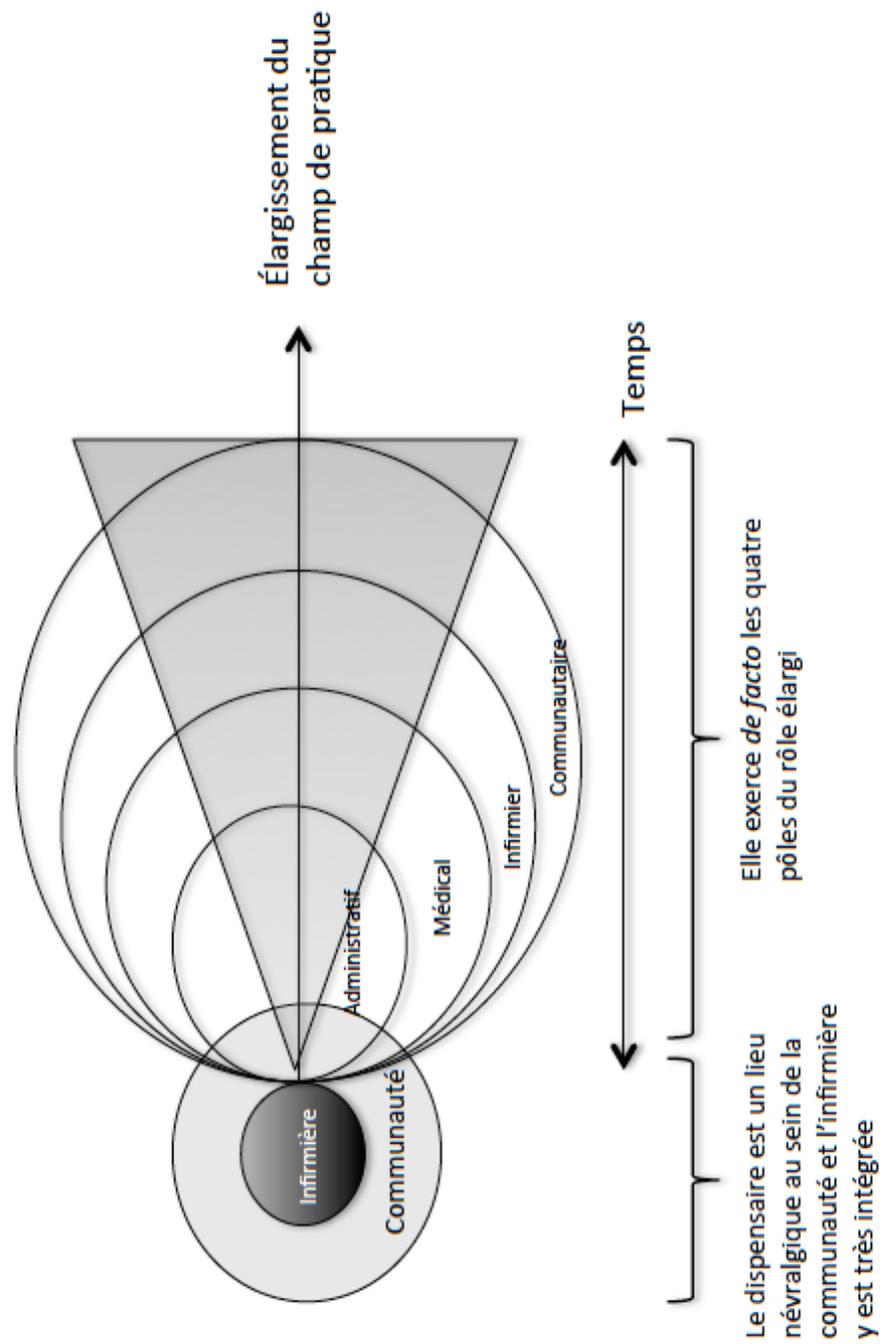


Figure 4.4 — Illustration du rôle élargi des infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en dispensaire

Si l'on raisonne en terme de rôle, à l'aide de la taxonomie présentée plus tôt dans ce travail, on constate que l'infirmière de plus de 20 ans d'expérience en dispensaire exerçait *de facto* les quatre rôles du rôle élargi, mais que c'était les rôles infirmier et communautaire qui semblent dominants. Par ailleurs, le rôle médical, notamment en raison de la situation sociale plus stable, était moins complexe. Les cas d'urgence étaient moins fréquents et la gravité de ces urgences moindre (Figure 4.5).

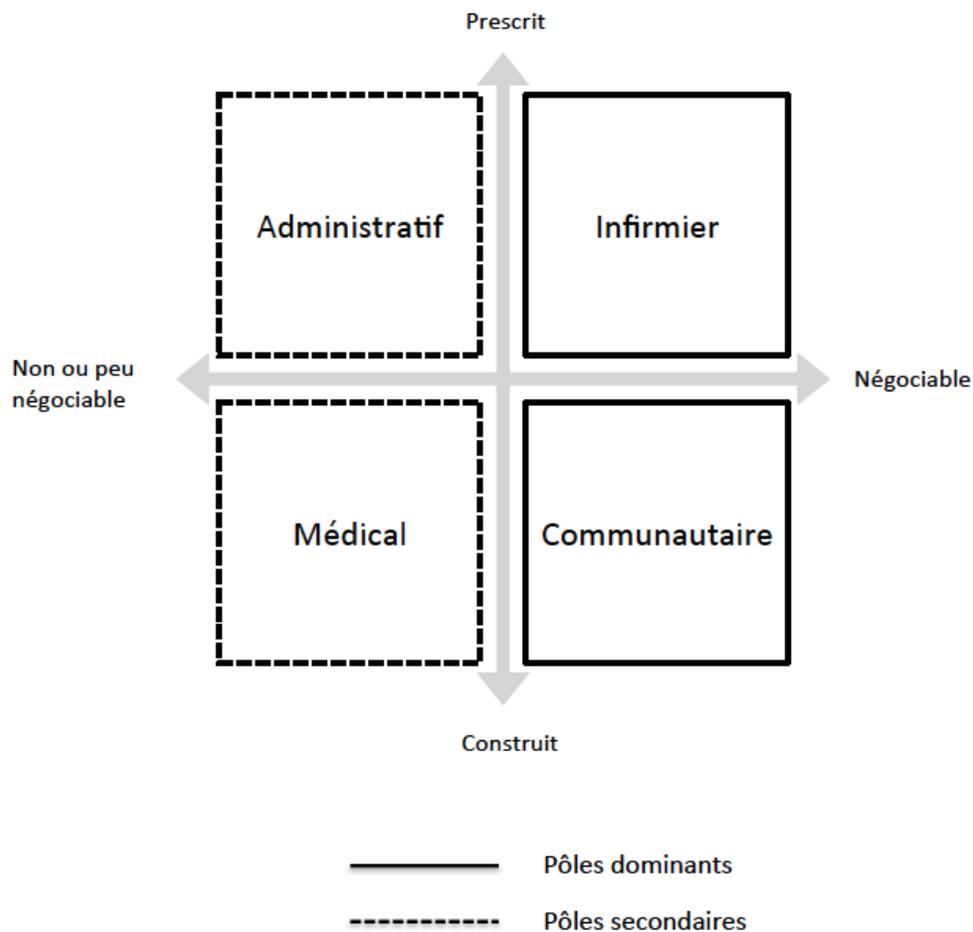


Figure 4.5 — *Les rôles dominants du rôle élargi pour les infirmières de plus de 20 ans d'expérience en dispensaire*

#### **4.3.3.2 Les infirmières ayant entre cinq et 15 ans d'expérience en dispensaire**

Jean Désy, médecin depuis plus de vingt-ans dans les régions nordiques, précise que « depuis les années 1990, la situation sociale des villages est nettement différente »

(E32), les problématiques de santé se sont exacerbées : « par exemple, avec les routes goudronnées, les accidents de ski-doo sont beaucoup plus graves » (E06) et la société inuite fait face à une crise identitaire majeure. Les situations d'urgence sont plus fréquentes et les cas d'intoxication, de violence, d'abus ou de suicide se sont multipliés, autant de chocs que vivent les infirmières au quotidien. En conséquence, leur rôle médical prend une importance plus grande ce qui conduit à une prise en charge individuelle et ponctuelle du patient. Par ailleurs, la démographie des villages a augmenté rapidement obligeant à étoffer les équipes des dispensaires et à recruter de nouveaux professionnels, notamment les travailleurs sociaux ou les médecins physiquement présents dans les dispensaires. Un infirmier précise : « maintenant qu'il y a des travailleurs sociaux, on réfère » (E24) réduisant ainsi leur rôle communautaire formel. En revanche, de manière informelle, en participant aux activités communautaires par exemple, les infirmières peuvent réussir à le développer avec l'expérience.

Pierre Gamache constate qu'avec l'augmentation de la population, « il a fallu restructurer [le dispensaire et les processus] : j'ai développé des outils pour rattraper les retards. C'est important quand la population augmente rapidement sinon tu perds le contrôle » (E23). Le suivi administratif des patients, dont l'organisation des visites médicales dans le Sud ou des évacuations par avion, s'est complexifié.

Parallèlement, le rôle élargi s'est structuré, notamment avec la formation en rôle élargi, les actes ont été encadrés (E34) et les technologies se sont développées, ce qui permet aux infirmières d'avoir un contact plus facile et plus rapide avec un médecin. Les motivations de départ dans les dispensaires sont aussi différentes : le défi professionnel, le désir de sortir de sa zone de confort, de découvrir une partie du Québec ou de vivre un rêve imaginé depuis longtemps (E27, E23, E20, E03, E12, E19).

Finalement, le dispensaire peut continuer à être « un lieu névralgique [dans lequel] les gens viennent placoter, prendre leur café ou écouter la radio communautaire » (E41), souvent dans les petits villages comme Ivujivik ou Akulivik, mais dans les plus gros villages comme Salluit, « on est un point de service et c'est tout » (E34).

Avec le temps et l'expérience, les infirmières peuvent arriver à ouvrir leur champ de pratique aux quatre rôles du rôle élargi, mais le rôle d'infirmier semble moins central au sein de la communauté, mais aussi moins tourné vers la santé communautaire. Beaucoup d'infirmières choisissent, en raison de la situation psychosociale des villages et des problématiques de santé qui en découlent, de garder une forme de distance émotionnelle avec les Inuit, par protection (E22 ; E01; E17) et de rester sur une perspective médicale. Cela se révèle être aussi un gage de longévité professionnelle. Par ailleurs, les critères de recrutement vont dans le sens d'une prise en charge ponctuelle du patient. Les rôles administratif et médical restent toujours présents bien qu'ils aient évolué. Le rôle administratif peut être redistribué ou alloué à l'infirmière-chef, par exemple. Il arrive aussi que des ressources techniques soient plus nombreuses dans les dispensaires. Le rôle médical prend une importance croissante en raison de l'augmentation de la population. Cela réduit le temps disponible avec chaque patient ce qui, pourtant, permettrait d'entrer dans un rôle infirmier. Comme nous l'avons précisé, avec le temps et l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin, les frontières de ce rôle peuvent être amenées à s'élargir.

Par ailleurs, la conception qu'ont les infirmières de leur rôle élargi et de l'importance qu'elles accordent à chacun des quatre rôles qui y sont associés est amenée à évoluer pendant leur parcours : elles modifient leurs objectifs, négocient leur rôle auprès de différents acteurs et le renégocient au fur et à mesure de leurs expériences en dispensaire.

La Figure 4.6 et la Figure 4.7 illustrent notre réflexion.

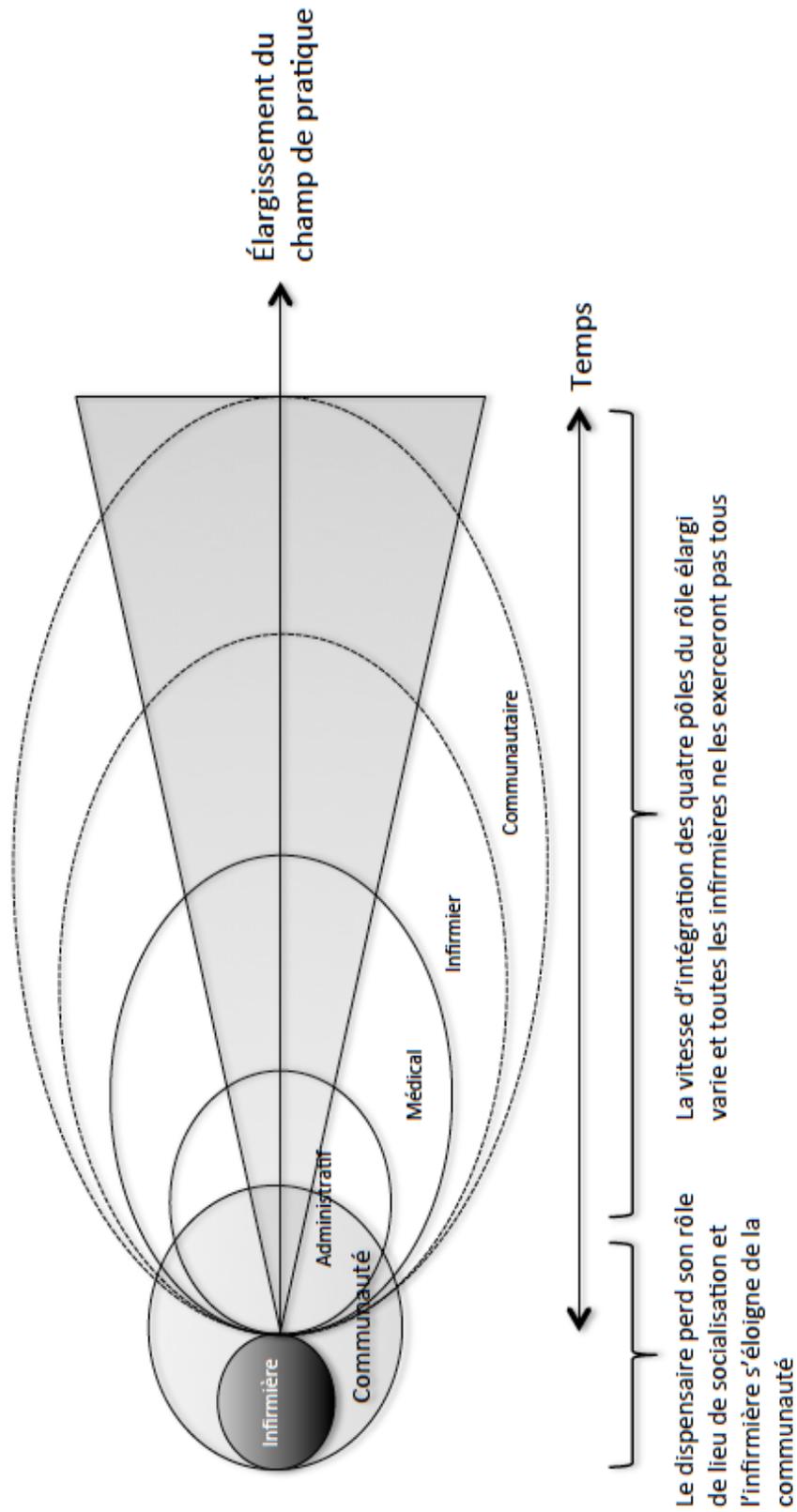


Figure 4.6 — Illustration du rôle élargi des infirmières ayant entre 5 et 15 ans d'expérience en dispensaire

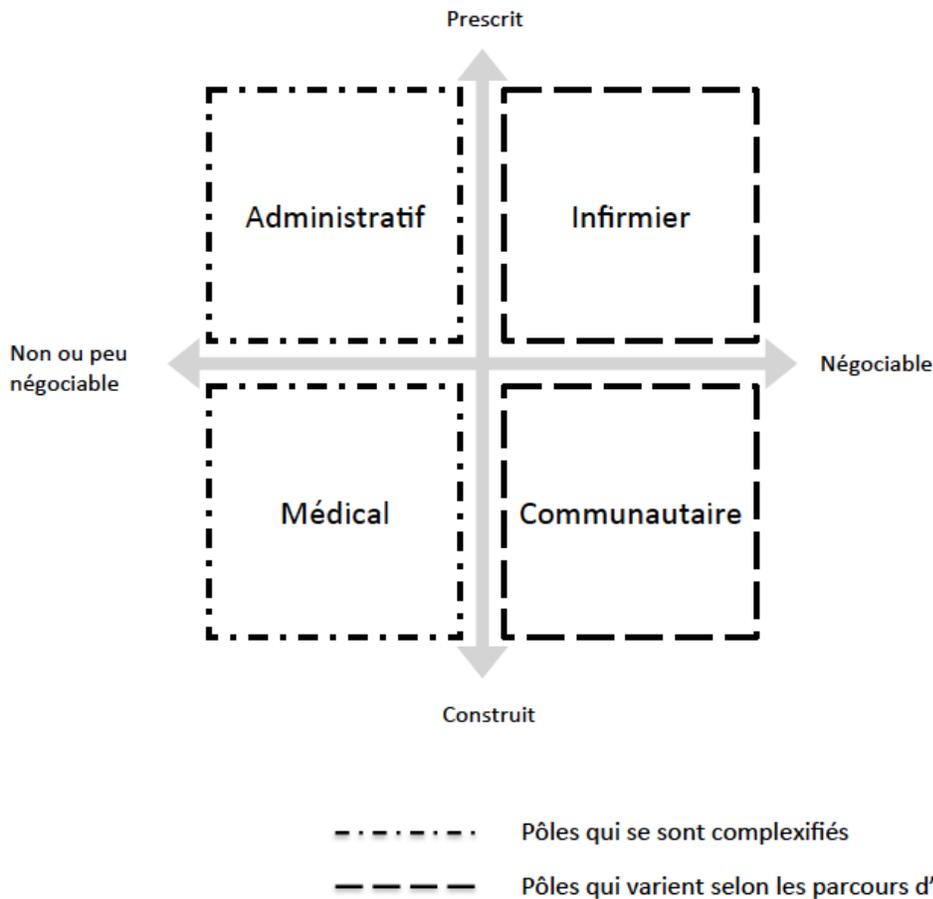


Figure 4.7 — Les rôles du rôle élargi pour les infirmières entre 5 et 15 ans d'expérience en dispensaire

#### 4.3.3.3 Les infirmières ayant moins de 5 ans en dispensaire

Actuellement, le dispensaire semble être plus en marge du village, « on est uniquement un endroit où les soins sont donnés et où les gens entrent et sortent » (E34) et certaines infirmières parlent même de racisme: « on t'appelle la *fucking white nurse* » (E40), particulièrement dans les plus gros villages. Lassée de voir de nombreuses infirmières se succéder dans les dispensaires, la population montre une certaine défiance à leur égard et met du temps à les accepter, comme le rapporte Marc-André Montquin dans l'ouvrage *le Nord à Bras le cœur* (2015) :

Même Billie, le préposé au matériel à qui je parlais tous les jours, se montrait réticent lorsque je lui demandais de m'apprendre quelques mots d'inuktitut. Ce dernier ne m'appelait d'ailleurs jamais par mon nom. Un matin je lui avais dit :  
- « Tu sais Billie, tu peux m'appeler Marc-André »  
- « [...] Si tu es encore ici dans une année, j'apprendrais peut-être ton nom. »  
( :54)

Le taux de roulement a de fait une incidence majeure sur le rôle élargi exercé dans les dispensaires : « les infirmières restent sur le rôle médical et n'ont pas le temps de développer les autres » (E34) et « au bout de deux ou trois ans, [elles] sont prêtes à passer à autre chose » (E34). Louise Billon ajoute, « c'est normal qu'au début, tu sois concentrée sur le rôle médical, mais le problème avec [les jeunes infirmières], c'est qu'elles n'ont pas l'engagement de quelqu'un qui veut rester dans la communauté » (E34). La motivation de départ dans le Nord n'est plus la même : les jeunes infirmières partent pour le défi professionnel, l'acquisition de compétences telles que le jugement clinique ou la capacité diagnostique — liées à la délégation de certains diagnostics et actes médicaux — et, souvent, « quand elles doivent ouvrir leur champ de pratique [vers du communautaire], elles s'en vont » (E34). Les jeunes infirmières envisagent une perspective à plus court terme et tendent à revenir au Sud pour développer d'autres projets professionnels ou personnels (fonder une famille –E13, reprendre des études – E42, partir en mission humanitaire –E23). Cela a un impact sur les soins, « le médecin se fie sur les données objectives de l'infirmière. Elle ne va donner que des observations objectives parce qu'elle ne peut pas aller plus loin, elle ne connaît pas ce patient là, elle ne l'a jamais vu avant » (E43).

Recrutées après deux années d'expérience seulement, les infirmières « prennent plus de temps à voir le cas et ne traitent que le côté médical », et avec l'augmentation de la population, « il faut que ça roule et elles n'ont pas le temps d'aller dans une relation plus profonde » (E43). Ce manque de temps est aussi souligné par Pierre Gamache qui constate : « c'est difficile de s'organiser en dehors du curatif. Des fois tu planifies une activité et puis, oups, il y a une urgence et il faut que tu laisses ce que tu fais. Souvent c'est ce qui est en dehors du médical qui va en souffrir » (E43).

Près de 50 % des femmes consomment du *speed*<sup>50</sup> pendant leur grossesse ... on avait décidé d'organiser une semaine autour de la toxicomanie. Ça a pris six mois avant de se réaliser. Alors, c'est certain que si tu montes pour deux ans, tu ne penseras pas à avoir ce genre d'initiative. (E43)

Les dynamiques d'équipes peuvent aussi se révéler cruciales : « si tout le monde dans l'équipe veut rester dans le curatif, parce que c'est confortable, ça peut être fatiguant pour les autres. Et à un moment donné, elles finissent par abdiquer et par entrer dans le moule » (E38).

Par ailleurs, les enjeux de recrutement ont un impact sur la prise en charge des patients. Les critères de recrutement ont profondément changé : « ce sont des infirmières de soins d'urgence, de soins critiques, elles ont moins d'intérêt pour le communautaire et ça leur prend du temps d'ouvrir ce pan » (E38). De plus, de nombreux remplacements sont assurés par des infirmières d'agence ayant peu, voire pas, d'expérience en rôle élargi. Louise Billon nous raconte :

En ce moment, sur la Baie d'Ungava, il manque 50% du personnel infirmier donc on fonctionne avec des infirmières d'agence. Ce n'est pas qu'elles ne sont pas bonnes, mais elles n'ont pas l'engagement de quelqu'un qui va rester dans la communauté [...] Pour les plus anciens, c'est très lourd : on est toujours en train d'orienter de nouvelles personnes. (E34)

Les schémas ci-dessous (Figure 4.8 et Figure 4.9) illustrent cette réflexion.

---

<sup>50</sup> Amphétamines fabriquées dans des laboratoires clandestins.

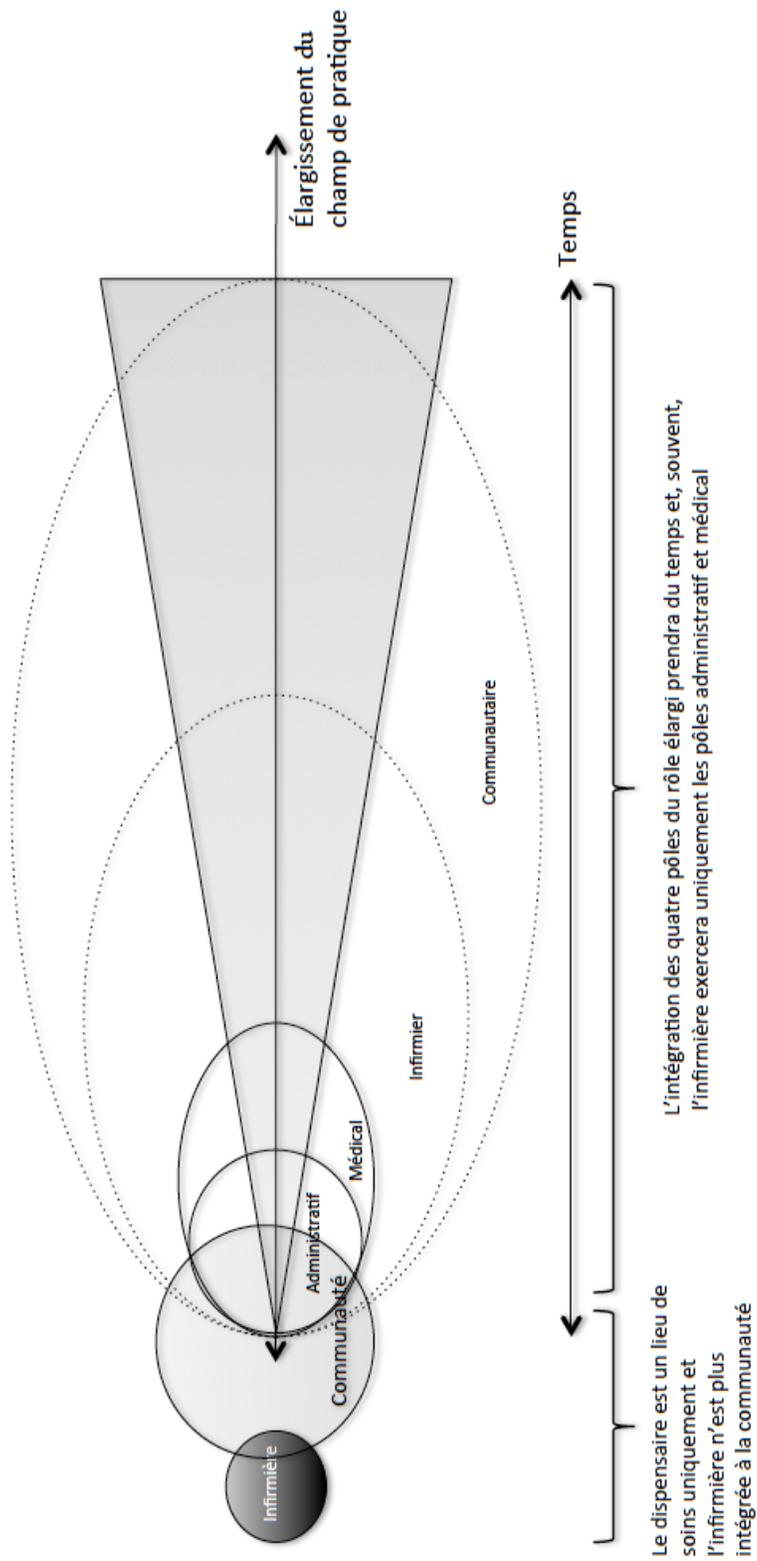


Figure 4.8 — Illustration du rôle élargi des infirmières ayant moins de 5 ans d'expérience en dispensaire

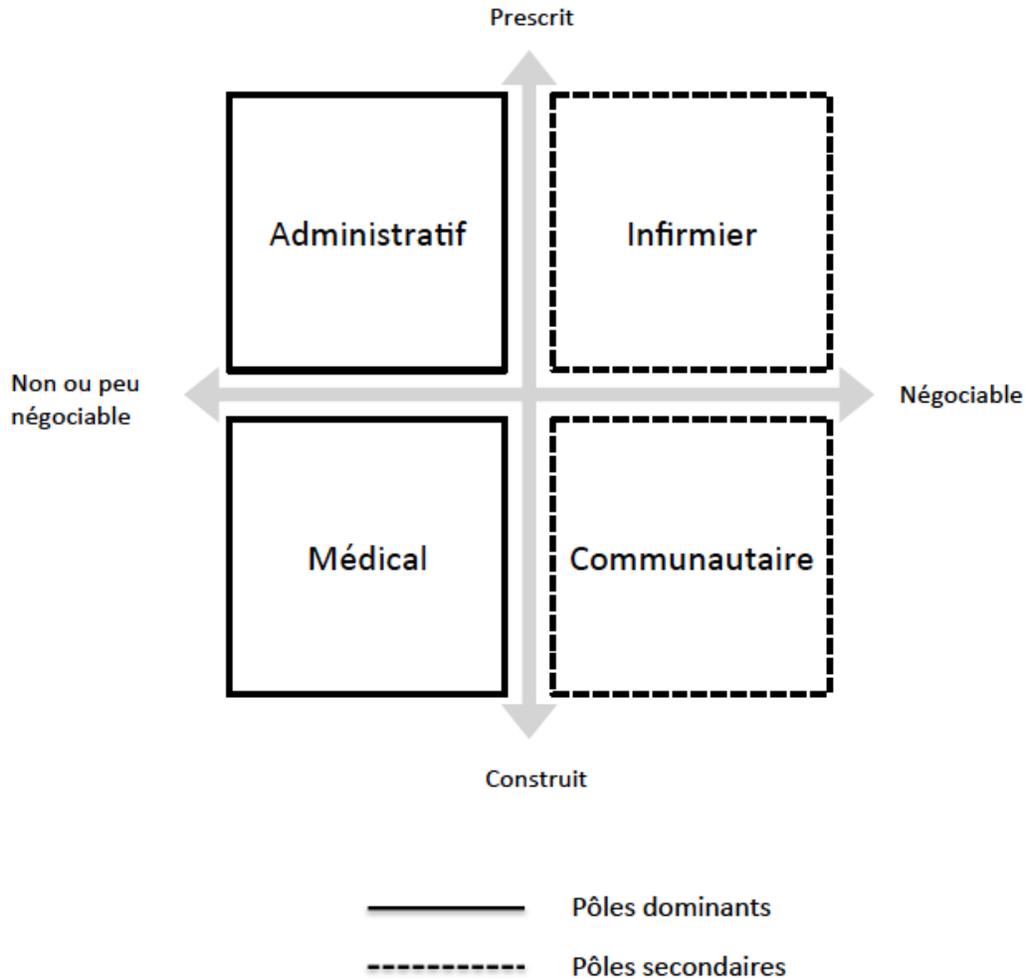


Figure 4.9 — *Les rôles dominants du rôle élargi exercé par les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience*

Finalement, avec la structuration et l'encadrement du rôle élargi, « le contrôle médical s'installe » insidieusement et on constate une lutte entre les professions : « les infirmières se battent pour garder leur autonomie et les médecins ne veulent pas perdre du terrain » (E43). Un infirmier d'expérience souligne : « maintenant que les médecins veulent intégrer le système, on retire des actes aux infirmières pour justifier leur présence » (E38). Plusieurs infirmières redoutent les conséquences potentielles de ce nouveau dispositif sur leur niveau autonomie et leur pratique (E34 ; E41 ; E38 ; E42).

## 4.4 Des rôles en tension

Nos résultats montrent que le rôle élargi est constitué de quatre rôles principaux : le rôle administratif, le rôle médical, le rôle infirmier et le rôle communautaire. Ces quatre rôles évoluent et n'ont pas la même prédominance selon les expériences des infirmières. Par ailleurs, nous avons fait le constat que le rôle élargi est prescrit, mais surtout construit par les infirmières lors de leurs séjours dans les dispensaires. Le rôle élargi est ainsi source de tensions de rôles, concept qui introduit à la fois la notion d'ambiguïté de rôle, de conflits de rôles, mais également de surcharge de rôle.

En arrivant en dispensaire, j'ai compris à quel point la charge sur mes épaules était immense : le stress incroyable jumelé à des responsabilités très importantes. Tu es facilement coincée entre ton sens du devoir, ton éthique, la charge de travail, les exigences de la population, la confidentialité, la rigueur parfois... (E21)

### 4.4.1 L'ambiguïté de rôle

L'ambiguïté de rôle (ou la clarté du rôle) se définit comme « l'incertitude de la personne focale quant aux comportements attendus par les membres de la constellation » (Royal, 2007 : 42). Elle est donc relative « au degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation » (Rivière, Commeiras et Loubes, 2013 :144).

Comme nous l'expliquent les infirmières, le rôle élargi « théoriquement n'est pas si mouvant. On doit suivre le protocole, le guide thérapeutique, et pour tout ce qui est en dehors, on doit se référer au médecin » (E42). Pourtant, s'ils « encadrent la pratique, c'est l'interprétation qu'on va faire des lignes directrices [qui] fait varier la pratique » (E43).

Plus précisément, certaines infirmières peuvent avoir tendance à aller au-delà des limites prescrites « par manque de conscience ou par insouciance » (E42). Une situation concrète peut exiger d'elles qu'elles posent des actes hors de leur rôle « souvent en situation d'urgence, pour sauver quelqu'un » (E42) ou encore parce que les médecins leur « demandent d'en faire plus » (E42). Cela étant, assez peu d'infirmières sortent du cadre du rôle élargi, « elles sont dangereuses et ce n'est pas long qu'elles sortent de la communauté » (E04) et la relation de confiance qui s'établit entre les médecins et les

infirmières permet un transfert de connaissances et de compétences qui offre une sécurité au patient. C'est une prise de risque « calculée » (E04) et « dans ces cas-là, tu sais que le médecin t'endossera » (E24). La gestion des situations d'urgence et des incertitudes qu'elles représentent se révèlent être porteuses d'apprentissages sur le plan technique (pratiquer une révision utérine, intuber un bébé, gérer un traumatisme crânien en sont des exemples (E26 ; E23 ; E18)). Fortes de leurs expériences en urgence ou en soins critiques et conformément aux critères de recrutement, elles se révèlent être performantes, « elles sont capables de s'occuper de ce qui est vital » (E42). Ainsi, « en cas d'urgence, [les infirmières] performent, elles sont à l'aise » (E20).

Les gros cas de traumatologie sont finalement simples justement, car les infirmières vont chercher leurs formations en urgence. D'après les guidelines, on doit faire ça, ça. Il respire bien. On arrête l'hémorragie... et ainsi de suite, on recommence la roue, tranquillement, on avance. Ce n'est pas si compliqué, les gens ont été formés pour. (E38)

Ces cas d'urgence sont aussi porteurs d'apprentissages sur le plan personnel : connaître ses limites (techniques ou personnelles) et gérer ses émotions.

#### 4.4.2 Les conflits de rôle

Dans une perspective fonctionnaliste, en fonction des attentes exprimées à l'égard des individus, Katz et Kahn (1966) ont élaboré une taxonomie qui identifie quatre formes de conflits de rôle. Ceux-ci résultent de « l'apparition simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation à l'une rend plus difficile l'adaptation aux autres » (Rivière et al. 2013 :144).

La première forme de conflit de rôle est **le conflit inter-émetteur** (*intersenders conflict*) qui a lieu lorsque les attentes exprimées par deux ou plusieurs membres de la constellation sont incompatibles entre elles ou conflictuelles. L'individu n'est alors pas en mesure de répondre positivement aux différentes attentes qui lui sont adressées. La deuxième forme de conflit de rôle est **le conflit intra-émetteur** (*intrasender conflict*) qui se produit lorsqu'un même émetteur exprime des attentes contradictoires. La personne focale ne peut exercer son rôle de manière à répondre à l'ensemble des attentes émises à son égard. La troisième forme de conflit est **le conflit personne-rôle** (*person-*

*role conflict*) qui connaît lorsqu'une personne est appelée à jouer un rôle incompatible avec ses valeurs, ses besoins, ses orientations ou ses capacités. Finalement, la quatrième forme de conflit de rôle est **le conflit inter-rôle** (*interrole conflict*) qui intervient lorsqu'une personne est amenée à jouer plusieurs rôles qui présentent des incompatibilités.

Les conflits de rôles ne sont pas étrangers aux infirmières qui exercent dans des centres hospitaliers du Sud de la province. Cependant, dans le contexte nordique, ceux-ci sont à la fois plus fréquents et de plus grande intensité (E22).

J'ai été confrontée à des dissonances entre ce que je vois, ce que je sens, ce qui est proposé comme orientation et ce que je fais. Tous ces cas ont été des *wake-up calls* qui ont demandé une modification par la suite de ma façon de faire, peu importe à quel niveau. (E22)

#### **4.4.2.1 Les conflits inter-émetteurs**

Le conflit inter-émetteur se produit le plus souvent lorsque l'infirmière en dispensaire entre en désaccord avec les choix de prise en charge du médecin. Pour le résoudre, elles peuvent alors engager une discussion et faire valoir leurs arguments, comme nous l'explique cette infirmière :

On avait pris en charge un patient blessé par balle et quand le médecin est arrivé, son premier commentaire a été « je ne pense pas qu'il y ait grand-chose à faire pour lui ».

Je lui ai dit très poliment « si c'était mon chum sur la civière présentement et que tu me disais ça, ça ne passerait pas. Alors je ne vois pas pourquoi ça se passerait là. Je suis bien d'accord avec toi qu'il aurait besoin d'une chirurgie et de plus de soins, mais je ne vois pas pourquoi c'est à nous de décider qu'il n'y a pas de chance qu'il se rende jusque-là.

Il m'a regardée « tu as raison ». On l'a intubé. Finalement ce patient est décédé dans le village, mais au moins j'avais la conscience tranquille. (E23)

Elles peuvent aussi chercher un deuxième avis auprès d'un autre médecin :

[Cette patiente] venait d'être réanimée et [...] le médecin voulait l'observer. Je n'étais pas d'accord. Alors, j'ai appelé le médecin de garde et je lui ai dit « Je ne suis pas d'accord avec le médecin de Salluit et je ne sais pas quoi faire. [...] Veux-tu venir au dispensaire la voir ? ». Il est venu et on a organisé le médévac. (E23)

#### ***4.4.2.2 Les conflits intra-émetteurs***

Le conflit intra-émetteur est essentiellement porté par des attentes contradictoires de leur mission : gérer les cas d'urgence tout en menant leur mandat de promotion de la santé et de prévention (E34). Le manque de ressources professionnelles et techniques et le manque de temps dû à l'augmentation des cas de santé courants rendent « la gestion quotidienne de la communauté difficile » (E38). François Richard rappelle : « on manque de temps » (E39) et « on est occupés à éteindre des feux » (E34).

En priorité, tu vas gérer les cas de santé courants, les urgences. Tu vas gérer ce qui presse et ce n'est pas à 10h le soir que tu vas commencer à développer des programmes de santé ou à te demander comment mobiliser la communauté. (E42)

#### ***4.4.2.3 Les conflits personne-rôle***

Paradoxalement, « les stress et les cas d'urgence, [les infirmières] le prennent assez bien. [...] La souffrance physique, c'est [notre] travail, on a moins de problèmes avec ça, c'est la souffrance morale qui te rentre dedans » (E34). Cette dernière revient très souvent lors de nos entrevues. La situation psychosociale des villages et les problématiques de santé telles que les abus, les suicides et la violence sont complexes à gérer émotionnellement et se traduisent par des conflits personne-rôle importants : comment jouer son rôle élargi alors que certaines situations entrent en conflits avec ses propres valeurs ? Ces situations « m'ont placée dans des conflits intrapsychiques qui n'auraient pas eu lieu sinon », rapporte une infirmière (E21). Linda Godin ajoute :

C'est stressant d'avoir à gérer un accouchement dans le village, [...] tu sues à grosses gouttes, mais ce n'est pas ça qui est difficile à vivre. [...] Ce sont toutes les autres choses que tu vois parce que cela va tellement à l'encontre de tes valeurs et tu te dis « ça ne se peut pas que les gens vivent comme ça et qu'ils ne se sortent pas de ce pétrin? », mais en même temps il faut que tu sois capable de te dire « où veux-tu qu'ils aillent ? » (E16)

Les sentiments peuvent alors varier. Certaines ressentent de la frustration comme cette infirmière qui exprime sa colère lorsque les patients ne se présentent pas à leur suivi ou aux rendez-vous organisés avec les spécialistes de passage dans les villages ou à Montréal : « c'est fâchant. Tu ne peux pas t'empêcher de penser qu'au Sud, il y a du monde qui aurait aimé obtenir un rendez-vous si rapidement » (E27). Une autre

infirmière raconte avoir tout mis en place pour le retour d'un patient atteint de brûlures traité depuis plusieurs mois à Montréal :

Pour son retour au village, il a fallu faire un plan d'intervention avec les médecins et toute la famille et adapter la maison, car ses doigts étaient raides. C'était beaucoup de travail d'organisation, de suivi [...] Finalement, le patient disparaissait tout le temps et on n'était pas capable de faire un suivi. Ses brûlures aux mains et au visage n'étaient finalement pas un obstacle dans la communauté. On s'est bien compliqué la vie ! (E30)

Elles peuvent aussi ressentir une forme d'incompréhension :

J'ai eu à soigner une jeune fille de 15 ans retrouvée nue dehors. Quand elle s'est réveillée, je lui ai demandé si elle se rappelait de quelque chose, mais elle, elle riait. Elle ne voulait pas faire de tests ou porter plainte, elle riait. Je ne pouvais pas concevoir qu'elle prenne ça à la légère et qu'elle fasse comme si rien ne s'était passé. (E25)

Une dernière rapporte avoir pris soin d'un jeune homme qui s'était fait poignarder, « je m'occupais de lui et il riait, la vie était belle, comme s'il ne s'était rien passé [...] J'avais juste le goût de le brasser [...] C'était difficile à gérer » (E25).

Leur colère est plus ou moins exprimée : une infirmière raconte qu'un patient est venu chercher son Viagra® et qu'en consultant son dossier, elle a vu que c'était celui qui avait abusé le patient soigné la veille : « je n'ai pas été capable de le servir. On a appelé les policiers et les démarches ont été faites » (E26).

Un patient est venu et il avait le poignet fêlé. C'est une fracture du boxer, c'est évident que tu as frappé quelqu'un. Alors comme il n'était pas en danger de vie ou de mort, on l'a laissé patienter un peu avant de lui faire son atèle. C'est plate, mais il va endurer un peu ! (E26)

Elles savent cependant rester professionnelles, comme nous l'explique cette infirmière :

Une patiente, aujourd'hui détenue, a poignardé son compagnon qui la battait. Quand il est arrivé, on ne lui a pas dit « bien fait pour toi ! », on a pris soin de lui. On a fait tout ce qu'on pouvait pour l'aider. Mais je ne l'ai pas regardé dans les yeux. On est juste humains. (E27)

Ainsi, une infirmière confie : « je peux ressentir de la colère, mais elle n'a pas sa place dans les soins. J'ai le droit de le penser, mais pas de l'exprimer » (E17).

Les conflits personne-rôle peuvent aussi se développer lorsque les attentes des infirmières se retrouvent en contradiction avec la conception de leur rôle de soignante. On le retrouve lorsque l'infirmière est dans une situation d'urgence pendant laquelle son code d'éthique lui impose de sauver un patient alors qu'elle sait qu'il ne s'en sortira pas sans séquelles. Cet exemple est particulièrement parlant :

Un bulldozer n'avait pas vu la petite fille sur le stationnement et il l'a frappée. Elle est probablement morte sur le coup. À la clinique, on a commencé les manœuvres de réanimation, il fallait les faire. Moi, j'avais peur que son cœur reparte. Lors des gros accidents si le cœur s'arrête, c'est qu'il y a une raison : un immense traumatisme à la tête ou c'est le cœur. J'avais peur qu'elle reparte, car je me disais qu'elle aurait trop de séquelles, c'était sûr et certain. (E12)

Certaines déplorent le manque de ressources dans les villages et les conséquences que cela a sur leur pratique : « en tant qu'infirmières, on se ramasse tout » (E38).

Mon dernier cas, c'était une petite maman de 17 ans, première grossesse avec un œil au beurre noir. Tout le monde sait dans le village que c'est son chum qui lui a fait ça, mais personne ne fait rien. Pourquoi c'est à moi de la consoler et de lui faire un câlin ? Pourquoi c'est une infirmière qui fait cette job-là ? (E12)

#### **4.4.2.4 Les conflits inter-rôles**

Les infirmières vivent dans le Nord des conflits inter-rôles importants, notamment avec l'ancienneté et la connaissance du village : « tu n'as aucune intimité face à la communauté, surtout dans les petits villages, tout ce que tu fais, ce que tu dis, qui tu invites à la maison, tout se sait » (E02). Il peut y avoir des tensions vis-à-vis des infirmières et comme le constate un infirmier, « recevoir des menaces de mort, c'est une chose, mais quand tout le monde sait où tu habites, tu te demandes ce que tu fais là » (E09).

Cette proximité avec la communauté peut, par exemple, se traduire dans les exigences des patients :

Un soir, quelqu'un s'était coupé avec son patin et il est rentré dans ma maison pour que je le soigne. Il y avait du sang partout sur mon plancher. Ma famille était là, c'était stressant. Alors à un moment, j'ai barré les portes. À moins que le patient soit en train de mourir au téléphone, je ne suis pas là. Désolé. (E09)

Certaines infirmières ajoutent avoir voulu garder une neutralité au sein de la communauté : « pour éviter les abus : je me demandais toujours, si je me rapproche des familles, va-t-on me demander des faveurs au dispensaire ? » (E44).

La connaissance de la communauté est reconnue comme un facteur facilitant la prise en charge du patient, « les gens s'ouvrent à toi, tu peux faire des liens » (E02), mais « l'impact d'un trauma est beaucoup plus grand quand on connaît la communauté » (E43). Cette infirmière continue : « je trouvais ça difficile de perdre un enfant quand je l'avais vu grandir dans le village, c'est comme ma deuxième famille » (E42).

C'était une bonne petite famille. Certains enfants ont la vie dure, mais là, c'était une belle petite famille, des petites filles tout le temps polies. Elles venaient chez nous, je leur donnais des bonbons, on jasait, on jouait avec les chiens. Je l'appréciais beaucoup. Alors quand j'ai su qu'elle avait été abusée, j'avais le goût de pleurer. (E23)

Plusieurs répondants ont d'ailleurs mentionné avoir pris soin d'enfants de la communauté, pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines (E27 ; E11 ; E01).

Le bébé arrive et c'était ma filleule. Les manœuvres ont duré 20 à 30 minutes avant qu'on constate le décès. Puis c'était une petite fille Inuk, une belle cocotte habillée tout en rose et toute chaude en soins d'urgence. J'étais en mode survie et [ensuite] les émotions sont sorties. (E05)

Certaines choisissent de garder une certaine distance « pour ne pas me laisser trop atteindre, ce qui, je crois, m'a permis de rester plus longtemps » souligne cet infirmier (E44).

#### **4.4.3 La surcharge de rôle**

Initialement, la surcharge de rôle était considérée comme un conflit inter-émetteur par Katz et Kahn (1966), les auteurs les plus récents s'entendent pour l'en distinguer. En effet, plusieurs études montrent que ce concept est un construit distinct du conflit de rôle (Rivière et al., 2010 :145). La surcharge de rôle a lieu lorsque l'individu n'a ni les ressources ni le temps de répondre aux attentes émises à son égard. Selon Royal et Brassard (2010), la surcharge de rôle peut être quantitative (manque de temps) et qualitative (investissement émotif trop élevé) (:28).

Il est clair que les infirmières en dispensaire vivent au quotidien ces deux types de surcharges de rôle, la surcharge qualitative est cependant la plus fréquente.

J'ai été témoin de trop de violence dans un laps de temps trop court. En quatre mois, je suis allée décrocher quelqu'un avec la corde au cou, un enfant s'est noyé en jouant au bord de la rivière alors qu'il n'avait aucune affaire à être là, une jeune fille de 11 ans s'est suicidée, un feu dans le village [pendant lequel] on a perdu un couple. Quand je suis partie, j'étais brûlée. (E28)

Une autre infirmière constate : « le rôle élargi te demande une énorme quantité d'énergie. Il faut avoir la capacité de faire de longues heures sans dormir, sans manger ou presque. Il faut avoir une endurance physique et psychologique » (E22). Réussir à compartimenter, « à faire le vide quand tu rentres chez toi après le travail » se révèle difficile et ceux qui n'y parviennent pas partent « au bout de deux ou trois ans » (E17). Une infirmière indique : « quand je sors du dispensaire, [...] je tire la *plug*. J'écoute de la musique, je prends des marches... Chacun à ses méthodes » (E22).

Pour réussir à gérer ces tensions de rôles, les infirmières tentent de rationaliser les choses, au niveau du patient, mais aussi de la communauté, se centrent sur leur tâche, souvent dans une perspective biomédicale, et se rappellent l'importance de leur rôle de soignantes pour ces communautés.

#### **4.4.4 Le manque de soutien organisationnel**

Plusieurs infirmières regrettent le manque de soutien organisationnel : « on est abandonnées sur notre banquise » (E23) précisant que leurs supérieurs « n'ont parfois aucune idée de ce que l'on vit » (E38) et soulignant qu'ils « éteignent des feux » plus qu'ils ne font de suivis (E13). Une infirmière tempore : « certains semblent plus conscients de la réalité des villages, mais ce n'est vraiment pas tout le monde » (E38).

Certaines déplorent même que le soutien organisationnel se soit réduit depuis leur début de pratique : « avec les années, on a vraiment vu une dégradation : ils étaient moins près des dispensaires, moins près des infirmiers, il y avait moins de support qui arrivait » (E43).

Une infirmière d'expérience qui est retournée au Nunavik après avoir repris une activité dans un Centre hospitalier du Sud de la province raconte :

Les gens de la direction et de la coordination avec qui je parlais avant d'aller faire mon contrat n'avaient aucune idée de ce qui se passait dans le village. « Y a-tu des ressources, y a-tu des services, y a-tu des sports qui se font, y a-tu si, y a-tu ça ? Vous me dites qu'il y a une éclosion de tuberculose, il y a combien de cas ? » Ils avaient *fuck all* idée de rien, rien, rien. (E41)

Plus exactement, face à leur réalité quotidienne avec son lot de cas difficiles sur le plan émotionnel : « les gens ont l'impression d'être très peu accompagnés et très peu soutenus » (E40). Dans certains cas, « quand il arrivait un drame, ils envoyaient une équipe de santé mentale, que ce soit un suicidé ou un pendu » (E13), mais « sinon l'employeur n'intervenait pas vraiment » (E10).

Il y a une dame qui s'était suicidée avec deux enfants. Ça a été long dans la salle de réanimation et tout ça. Le lendemain il y a eu réunion post-mortem. Sur le déroulement professionnel et sur nos sentis et nos vécus personnels. Je me suis dit « mon Dieu, ça devrait être tout le temps fait! ». (E17)

Ce manque de soutien continu a un impact sur la rétention du personnel : « on est toutes seules dans notre village, il nous manque beaucoup de soutien. Si j'en avais eu plus, peut-être que je serai restée... » (E12). Un infirmier conclut : « certains sont plus en rupture avec l'organisation qu'avec la population » (E03).

Les infirmières cherchent leur soutien auprès de l'équipe soignante : les autres infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux, mais qui ont tous leurs propres limites. Cela leur permet d'avoir une discussion individuelle parce que « oui, c'est bien les conférences téléphoniques en groupe, mais je préfère être seule... En groupe, tu ne dis pas tout, tu ne parles pas pour vrai » (E12).

#### **4.4.5 La position d'acteur frontière susceptible de renforcer les tensions de rôles**

La position d'acteur frontière entre la perspective de soins de santé biomédicale de type occidental et celle propre à la culture inuite est susceptible de renforcer ces tensions. Selon Katz et Kahn (1966), l'acteur frontière appartient à plusieurs sous-systèmes au

sein ou à l'extérieur de l'organisation. Dans l'analyse de Crozier et Friedberg (1977), on parle d'acteur « marginal-sécant » (:86).

Selon certains auteurs, l'acteur frontalier permet de rendre perméables les frontières des groupes et rentre dans une relation de compréhension mutuelle (traduction et mise en relation) des membres des sous-systèmes (Grima, 1998). Selon Crozier et Friedberg (1977), cette position de l'acteur lui permet de jouer un rôle d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires (:86). Par ailleurs, elle est aussi source de pouvoir puisque les acteurs contrôlent les deux sphères d'incertitude séparément. Weick (1984 ; 1992) parle alors de logique de « petits pas » c'est-à-dire de valorisation d'opportunités concrètes fournissant des résultats visibles : en désagréant de vastes problèmes en une multitude de sous-ensembles, l'action devient possible dans un cadre plus modeste (Grima, 1998).

Les infirmières vont jouer sur cette position d'acteur frontière pour continuer à construire leur rôle, comme nous le verrons dans les pages suivantes.

## **4.5 La renégociation du rôle comme mécanisme d'adaptation**

### **4.5.1 Identification des limites individuelles**

#### **4.5.1.1 *Le cumul de stress***

Comme nous l'avons expliqué, le rôle élargi est un rôle extrêmement exigeant physiquement et émotionnellement. Le stress est constamment présent : « je pense qu'en un an et demi, le stress était toujours là, tout le temps. C'est l'anticipation de ce qui peut arriver, quand tu es de garde, en médévac » (E17). Cette « hyper vigilance » devient épuisante, « ça brûle tout le monde » (E26). Le stress diffère selon le parcours de l'infirmière : pour une infirmière qui vient d'arriver, le stress provient de sa capacité à apprendre le rôle élargi « tu débarques dans un village, tu es toute seule, c'est un méchant stress » (E09) et à gérer ses gardes puis au fur et à mesure de son expérience, de sa prise de conscience de tous les cas qui peuvent arriver et de la situation sociale des villages. « À force d'être exposées constamment et surexposées en terme de quantité et

de durée à des stress anormaux, le stress de compassion s'installe. Plus le temps avance et plus tu découvres que quand ça cochonne, ça cochonne » relate cette infirmière d'expérience (E21). Elle continue :

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

Les gardes ressortent comme des moments de stress particulièrement intenses : « les premières gardes, c'est épouvantable » (E44). L'incertitude qu'elles représentent est soulignée par beaucoup d'infirmières (E07) : « les gardes c'est ça qui est le plus stressant, on sait jamais quel cas on va avoir, quel appel on va avoir. C'est inconnu devant toi, tout de suite au téléphone » (E13).

Certaines n'en dorment pas de la nuit ou dorment mal : « je me réveillais aux 45 minutes pour voir si le téléphone avait sonné, si je n'avais pas manqué un appel. J'étais terrorisée à l'idée de ne pas me réveiller si le téléphone sonnait » (E22). Les infirmières anticipent aussi les cas d'urgence qui peuvent arriver : « je me disais, s'il arrive un accident... Je révisais les choses dans ma tête parce que ça m'énervait » (E29). Après un ou deux envois, beaucoup arrivent à gérer ce stress latent et continu, « sinon je crois que la pratique en dispensaire, ce n'est pas pour toi » (E26).

Pour certains appels, on se réveille à moitié, on les entend à peine. Comme ce n'est pas une urgence, je parle un peu et je leur dis de venir à la clinique le lendemain. Pour d'autres, quand ça se met à hurler, ça prend un quart de seconde et tu es déjà prête à partir, c'est tout le temps un petit stress constant. (E22)

Elles soulignent alors la difficulté de faire un triage par téléphone, notamment à cause des problèmes de langue ou d'interprétation (E02).

Les gardes représentent aussi des moments clés où les infirmières doivent s'affirmer.

[Lors des gardes], ce qui est difficile aussi, c'est de mettre la limite parce que les gens ils voudraient que tu les voies en pleine nuit parce qu'ils ont mal dans le dos depuis 3 semaines et puis c'est à 3h du matin, maintenant, qu'ils veulent te voir. « Oh attends là, tu viendras à la clinique demain, prends-toi 2 Tylénol© », mais ils sont insistants, il faut que tu mettes tes limites. Les Inuit, ils sont habitués à avoir

des soins rapidement. Au Sud, on attend des heures et des heures en salle d'urgence. Ici, on appelle la *nurse* « j'ai ça, ça, ça... ». Elle se déplace, si c'est nécessaire bien évidemment. Mais juste leur dire d'attendre au matin, c'est assez pour leur faire pogner les nerfs. (E14)

Elles vont établir leurs limites pour réduire la fatigue et rester fonctionnelles pendant la durée de la mission : « personne n'est parfait, on n'est pas des super femmes, des super hommes, puis à un moment donné t'es de garde, t'es fatiguée, t'as pas le goût d'avoir à voir tout le monde » (E07). Les infirmières tentent alors de rassurer les patients, de leur expliquer et de les faire revenir au dispensaire le lendemain.

Je leur disais « OK, donne telle affaire, rappelle-moi dans une demi-heure ou une heure et laisse-moi ton numéro de téléphone ». Si elle ne m'appelait pas, je l'appelais et si elle me disait : « il dort ». Je répondais « Est-ce que tu te sens confortable de continuer ? Je peux le voir si tu veux ? ». « Non, non il dort, je t'appellerai si ça ne va pas ». C'était vraiment un consensus. Ça, c'est bien important, pour te protéger et rendre ton patient confortable. (E07)

Ce consensus est très efficace et permet aux infirmières de ne pas se mettre dans une situation délicate avec la population (cela peut donner lieu à des plaintes) et cet enseignement a un impact sur la population, comme l'explique cet infirmier d'expérience :

On avait moins d'appels les dernières années pour de la fièvre, par exemple. Une maman appelait : « Je veux aller au dispensaire, mon bébé fait de la fièvre » puis on disait « Il fait combien de fièvre ? » « Je ne sais pas ! » « Il faudrait prendre la température ». On allait dans les choses de base. Dans les dernières années quand ils nous appelaient, il y avait déjà du travail qui avait donné un résultat. On nous appelait et on nous donnait plus d'information et là on jugeait plus et on pouvait discuter. (E23)

L'expérience de Louise Billon va dans ce sens : « la gestion de la garde dépend de la manière dont tu as éduqué ta population. Quand ils m'appellent et qu'ils reconnaissent ma voix, ils savent que je ne me déplacerais pas au *nursing* pour du Tylenol© ou une fièvre » (E33).

Les infirmières notent cependant qu'avec le roulement, cet équilibre est mis à mal par les plus jeunes qui manquent de confiance : « je me rappelle au début, je voyais tout le monde. Je doutais beaucoup de moi-même. Avec l'expérience à un moment donné t'as

plus confiance en toi » (E09). La population aura alors tendance à perdre ses acquis et à appeler l'infirmière de garde trop souvent. La pression des pairs est importante et peut aller dans un sens comme dans l'autre. Au sein d'une équipe qui se déplace souvent au dispensaire lors des gardes, « tu es mieux de te déplacer tout le temps » (E19). Au contraire, quand les dynamiques avec la communauté sont bien en place, les nouvelles infirmières doivent s'adapter et mettre les limites rapidement.

Je dis souvent aux infirmières : les premiers 6 mois, tu ne prends pas de chance, tu fais venir tout le monde au dispensaire n'importe quand, à n'importe quelle heure. Mais au bout de 6 mois, il faut que tu sois capable de mettre un pied à terre sinon ça devient un problème d'organisation du travail. (E37)

La communauté peut parfois mettre une pression difficile à gérer pour les infirmières comme nous l'explique cette infirmière :

Il y a eu un décès inexpliqué dans le village quelques jours avant. Pendant ma garde, un patient m'appelle et je ne voulais pas me déplacer. La personne qui appelait me répond « Tu vas-tu attendre qu'il arrive comme avec l'autre qui est mort ? ». C'est de la manipulation, c'est me tordre le bras pour me faire aller à la clinique finalement. (E39)

#### ***4.5.1.2 Les chocs post-traumatiques***

À l'accumulation insidieuse et progressive du stress, s'ajoutent les chocs post-traumatiques souvent liés à la prise en charge d'abus sexuels ou de cas de suicides. « Quand je suis revenu de Bosnie, j'étais correct. Alors que j'ai fait un choc post-traumatique dans le Nord » (E04). Ce constat souligne une des difficultés de la pratique nordique : gérer des cas profondément déstabilisants qui sont perçus comme plus perturbants que la médecine de guerre.

Les conséquences de ces chocs sont généralement très violentes : les infirmières partent et ne reviennent plus dans les dispensaires. L'exemple de cette infirmière en est une belle démonstration :

Elle avait vraiment un mauvais karma. C'est incroyable les cas que cette fille ramassait, puis elle se relevait toujours et elle ne démontrait pas de signes de traumatisme ou de faiblesse. Elle était là et elle était infirmière et elle faisait ce qu'elle pouvait ... Puis un moment donné il est arrivé un cas et ça fait sauter la

digue. Deux heures après elle m'appelait et me disait « j'ai fait mon billet d'avion, j'embarque dans l'avion cet après-midi, je ne suis plus capable. » Ça faisait cinq ans qu'elle travaillait pour nous. (E08)

D'autres témoignages sont particulièrement évocateurs de l'épuisement professionnel vécu par les infirmières du Nord :

J'ai décroché les pendus, il y a eu d'autres situations de grands brulés, des accouchements qui ne se passent pas bien... Mais à un moment donné le cumul de ces situations professionnelles, j'étais plus capable de gérer mon anxiété là, j'avais atteint ma limite. Il fallait que je sorte de là. (E17)

Une autre infirmière témoigne :

En deux ans, j'ai eu des trousse médico-légales<sup>51</sup>, on les utilise pour les viols, les attouchements ou les agressions. J'en ai fait une sur un enfant de cinq ans et ensuite sur un enfant de 18 mois. Puis ça a été en deux semaines, une à chaque semaine. Je me rappelle être arrivée à la maison le soir où j'ai fait ça sur un enfant de 18 mois, pleurer et dire à mon chum : « le prochain que je vois, je donne ma démission, je m'en vais ». J'avais atteint ma limite. (E22)

Avec l'expérience et la proximité avec la communauté, les chocs post-traumatiques tentent à se renforcer.

Tu te rends compte, après avoir fait une trousse médico-légale, que le bon monsieur dans le village que tu aimes bien, bah c'est le violeur présumé... puis t'avais de bonnes relations avec... Tu ne sais plus qui est correct et qui ne l'est pas. (E04)

Daniel Michaud, qui a quitté le Nord après 23 ans, explique que les choses évoluent peu et que cela entraîne une frustration progressive des professionnels qui sont restés longtemps et qui se sont beaucoup investis. Ce sentiment d'impuissance est aussi une limite qu'atteignent les infirmières dans leur pratique quotidienne. Il rejoint souvent un discours plus politisé, une vision plus globale et systémique sur la prise en charge des populations du Nord :

Les choses évoluent technologiquement parlant. Les infirmières sont toutes supportées par des systèmes informatiques, elles ont des statistiques, des suivis, la

---

<sup>51</sup> Une trousse médico-légale est l'outil permettant l'examen médico-légal. Celui-ci consiste à effectuer divers prélèvements qui pourront être utilisés si la victime porte plainte (<http://www.agressionsexuellemontreal.ca/urgence/intervention-medicosociale>).

télé-santé. La vidéo-conférence, elle n'est pas très utilisée, mais il y en a partout pour les infirmières de manière à mieux travailler avec des médecins à Montréal, à Kuujjuak ou à Puvirnituq. Mais au-delà de toute la structure et le support technique, le reste sur le terrain, la détresse, la violence conjugale, la boisson, la prise en charge, ça n'a pas changé. Il faut que les jeunes aillent à l'école : mais vous faites quoi pour qu'ils y aillent ? Faites des pressions politiques pour qu'il y ait des Cégeps au Nord. Arrêtez d'en parler, faites-le ! (E06)

Louise Billon nous racontait avoir bien connu une travailleuse sociale australienne, qui après 20 ans d'expérience dans le Nord était arrivée au constat suivant :

Quand je suis arrivée, je pensais avoir toutes les réponses et les solutions [...], mais 20 ans plus tard, je n'en ai plus aucune. C'est complexe, tu pars dans la ramification d'un problème, puis il y a des ramifications dans les ramifications. (E33)

Elle conclut : « c'est plus gros que nous et je pense que c'est plus gros qu'eux » (E33).

Finalement, une infirmière souligne la difficulté de verbaliser l'atteinte de ses propres limites (E41) :

Quand on est surexposé à des situations extrêmes de détresse, on devient désensibilisé. On minimise beaucoup les conséquences potentielles que certaines choses peuvent avoir sur nous et c'est vu comme un signe de faiblesse que de dire « Ça ne va pas ». On est censés être des *supermen*, *superwomen*. (E41)

Une infirmière sous-entend même que cela risque de stigmatiser les infirmières, « il ne faut surtout pas en parler, sinon ça te colle à la peau et tu es pris avec ça » (E19). Et pourtant « au Nord, on demeure vulnérable et on ne contrôle pas tout. Et ça n'est pas vrai que tout n'est pas grave » (E41).

## **4.5.2 Des stratégies d'adaptation variées**

### ***4.5.2.1 La prise de distance : le choix de l'empathie et non de la sympathie***

Dans la perspective infirmière, le « *caring* » est au centre de la prise en charge de la santé des patients. De l'anglais, « *to care* », prendre soin de, cette notion appelle à une prise en charge plus proche des patients, en intégrant le sentiment d'empathie ou de sympathie. L'empathie serait la reconnaissance du sentiment d'autrui sans pour autant l'éprouver, alors que la sympathie se caractériserait par un partage des émotions. La

charge et l'implication émotionnelles sont donc plus importantes lorsqu'une infirmière fait preuve de sympathie que d'empathie. Dans leur pratique nordique, les infirmières soulignent la distinction fondamentale entre ces deux concepts, souvent pour préciser que plus elles sont impliquées émotionnellement auprès du patient, de la famille ou de la communauté, plus leur pratique devient difficile. Leur implication communautaire a des conséquences ambivalentes : les infirmières sont mieux acceptées par les communautés, mais leur empathie se transforme en sympathie.

Quand je suis arrivée, j'avais juste de l'empathie, pas de la sympathie. Les relations n'étaient pas plus conflictuelles, mais plus froides avec les gens de la communauté. Quand je me suis mise à avoir plus de sympathie, les relations allaient mieux, mais ça devenait plus difficile parce que j'étais plus impliquée émotionnellement. La petite fille de 17 ans qui venait de recevoir un coup de poing, ça me faisait de la peine... mais je ne peux pas commencer à avoir de la peine pour tous les patients...ce n'est pas longtemps après ça que je suis partie aussi. (E17)

Une jeune infirmière rapporte avoir pris soin d'une petite fille après un abus et relate la difficulté d'être en proximité avec son agresseur :

La petite de cinq ans est sur mes genoux et me colle et je me dis « Je ne peux pas croire que quelqu'un lui ait fait du mal ». C'était incompréhensible. Tu sais que la personne qui a fait ça est du village, tu la connais, tu l'as côtoyée, tu l'as croisée à l'épicerie... (E22)

Les infirmières soulignent aussi le caractère non exceptionnel de ces situations : « ce n'est pas notre routine, mais presque. Tu deviens habituée à travailler avec ça, tu n'es plus sous le choc de voir arriver une femme battue en salle d'urgence » (E22).

Elles admettent alors qu'un certain « détachement » se crée, une prise de distance face aux problèmes sociaux qui les touchent quotidiennement. Cette forme de protection leur permet de continuer à pratiquer leur rôle en dispensaire. Ainsi, « il faut garder la tête froide quand même un peu, il ne faut pas se mettre trop, trop à la place des gens, il ne faut pas trop s'impliquer émotionnellement, sinon c'est trop difficile, ça vient trop te chercher et ça tirait trop d'énergie » (E38 ; E18).

Une infirmière d'expérience précise que les nouvelles se rendent très rapidement au dispensaire, « tout passe par nous, on est au courant de toutes les tragédies » et ce n'est pas « sain de prendre tout sur ses épaules » (E26).

Je ne suis pas sans émotion [face aux problèmes sociaux], mais depuis le temps, j'ai appris qu'ils ne m'appartiennent pas. En ce sens, je dois être objectif, je ne dois pas être empathique. Je dois garder quand même une certaine distance pour garder mon bon jugement et mon objectivité. Je connais des familles dans la misère, je trouve ça malheureux, je trouve ça triste, mais quand je vois un membre qui a besoin d'aide, je lui offre des soins, je peux aller chercher différentes options, je peux ouvrir des portes, mais c'est à eux de traverser. Je ne peux pas faire pour eux. Donc, je fais le maximum moi, professionnellement, mais je ne peux pas faire les étapes qui ne m'appartiennent pas. (E05)

Cette prise de distance peut parfois devenir une forme de cynisme, de banalisation de la violence.

Il y a une femme qui est passée dans le couloir avec un œil au beurre noir, le bras en écharpe et j'ai pensé : « le gars il a fait une bonne job cette nuit, au moins à matin on ne travaille pas pour rien ! » Puis je me suis dit que je ne pouvais pas accepter de réagir de cette façon-là et de trouver que « wow, il a fait une bonne job! Il l'a bien battue, au moins ce matin elle ne vient pas pleurer pour rien ! ». Non, je n'acceptais pas de normaliser la violence. Je suis repartie au Sud. (E18)

L'équipe joue alors un rôle essentiel, les infirmières peuvent en effet échanger auprès de leurs collègues et trouver du soutien. Mais elles précisent que ces situations sont bouleversantes, « ça nous fâche, ça nous met en colère » et il est important de ne pas « se contaminer les uns les autres. Sinon on devient une gang de *crinqués* et on ne joue plus notre rôle » (E41).

#### **4.5.2.2 La rationalisation**

Lors des conflits inter-rôles, « c'est la capacité de rationaliser les choses, ou non, qui fera la différence et qui leur permet, ou non, de pratiquer plus longtemps » (E16).

À la clinique, quand tu vois des femmes violées, des femmes battues, quand tu les vois perdre le contrôle sous l'influence de l'alcool, il y a des additions qui se font dans ta tête. Et [cela] peut te mettre en situation de vulnérabilité. J'y fais attention. (E17)

Il est important « de ne pas juger les gestes » nous explique cette infirmière : « ma job ce n'est pas de juger, c'est de stabiliser, de réanimer, de soigner » (E17). Ainsi, « lorsqu'une personne vient me voir pour me demander son aide, je ne vais pas avoir réponse à tout ou régler tous ses problèmes, mais tout ce que je peux faire pour l'aider, je vais le faire » (E21).

Un infirmier raconte : « quand je vois des choses désastreuses, je prends un certain recul. Les problèmes sociaux ne m'appartiennent pas » (E05); « j'offre ce que je peux offrir et c'est déjà suffisant. J'offre déjà beaucoup » (E17).

On n'est pas là pour régler tous les problèmes du monde, [parfois] on *patch* des choses parce qu'on ne peut rien faire de plus, mais il ne faut pas se sentir coupable. Il faut se détacher sinon tu ne passes pas. (E23)

Par ailleurs, lors de situations particulièrement « confrontantes », « j'essaie de faire abstraction du fait que le patient était un abuseur, un peu comme quand tu travailles en prison » rapporte cet infirmier (E10). Cette prise de recul s'ajoute souvent à un choix de rester centré sur la tâche, « je ne dis pas qu'il faut être gentille avec [les abuseurs], je faisais ce qui m'était demandé, strictement professionnellement et sans plus » raconte cette infirmière (E02) : « le côté infirmière va plus se tasser, c'est le côté médical qui va être plus présent » (E40). Un infirmier constate : « il faut rester centré sur la tâche, c'est un mécanisme de défense très important » (E38).

Elles peuvent aussi se rappeler l'aide qu'elles apportent à la population et le lien de confiance qui s'établit :

Il y a des jeunes filles qui viennent intoxiquées à leur suivi de grossesse. Ce n'est pas bien et en même temps, elle se présente quand même, elle a assez confiance pour venir. Alors tu restes professionnelle et essaies de soutenir le plus possible la future mère. (E36)

Cette infirmière ajoute : « ils vivent dans des communautés proches et n'ont pas le choix de mettre de l'eau dans leur vin. Je me disais que si eux sont capables de continuer à se parler, même avec ce qui est arrivé, je n'ai pas le choix de continuer, moi aussi » (E13).

### **4.5.2.3 Le départ**

Le départ des communautés nordiques peut être un choix des infirmières qui n'arrivent pas à se protéger de la violence des villages : « je n'ai jamais réussi à trouver un juste milieu [qui me permettait] d'avoir de bonnes relations avec la communauté [sans que] cela ne m'affecte » (E17). Certaines retournent dans les hôpitaux au Sud, mais plusieurs infirmières de notre échantillon ont continué leur pratique au sein des communautés autochtones, mais dans des régions moins isolées comme les Cris et les Attikameks ou les Innus.

Une infirmière travaillant maintenant dans les communautés Cries témoigne :

C'est le rôle élargi, mais dans des conditions idéales, dans le luxe [...] Tu as du matériel, tu as des ressources, tu n'as pas à t'embourber dans un paquet de choses qui ne t'appartiennent pas et qui ne devraient même pas appartenir à ton rôle élargi, parce qu'il y a des gens qui sont là pour prendre charge de ces choses-là. Et en même temps tu as quand même de l'espace et un devoir de rôle élargi. Et puis, tu es connecté avec les routes et ça fait toute une différence. (E41)

### **4.5.3 Transformer son rôle vers celui de médiateur culturel**

#### **4.5.3.1 Une compréhension globale et systémique des enjeux de la communauté**

##### **4.5.3.1.1 L'identification de leviers communautaires et des forces tranquilles**

Pour ouvrir leur champ de pratique à une perspective plus communautaire de leur rôle élargi, il leur est nécessaire de s'appuyer sur des leviers au sein des villages : « on nous dit toujours d'avoir quelqu'un de local pour passer vos messages » (E07) et « il y a des villages plus proactifs que d'autres, comme à Salluit par exemple » (E11). Ainsi, Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers, souligne :

Aussi longtemps que les communautés n'auront pas un *leadership* fort au niveau de leur municipalité, au niveau de leur communauté, ça ne changera pas. Parce que ce n'est pas vrai que c'est une infirmière d'une communauté, seule, qui va être capable de changer ce vent-là dans une communauté. (E16)

Salluit est souvent donné comme exemple de village qui arrive à créer des infrastructures et des initiatives pour aider la population, notamment grâce au montant

important des redevances minières. Une piscine a été construite, plusieurs activités ont été organisées ce qui permet aux infirmières de faire des interventions, comme l'explique l'infirmière en santé communautaire : « si tu occupes de tes jeunes, ils ne font pas de mauvais coups, ils n'ont pas le goût d'aller boire ou se droguer. Tu es capable de faire des interventions parce que tu es capable de les rejoindre » (E11).

Une infirmière d'expérience bien intégrée à la communauté de Puvirnituk présente son parcours d'infirmière du dispensaire à la gestion de la « maison de la famille ». Après une longue expérience en dispensaire, elle a voulu mettre en place des programmes de santé communautaire, « je me suis trouvé une alliée dans la communauté et on a développé des programmes » (E07), notamment de Hockey puis de prévention du diabète. Peu à peu son intervention s'est structurée, toujours avec l'aide d'une travailleuse locale. Un gros projet autour des habiletés parentales a été mis en place de concert avec la commission scolaire Kativik et avec une travailleuse sociale issue de la communauté (« *community wellness worker* »). Elle insiste : toutes ces initiatives dépendent de la volonté de la communauté.

On a beaucoup d'aide [financière] de la part du maire, il va nous donner tout ce dont on a de besoin. La mairie va nous appeler nous ou *le community worker* et va dire : on a tant d'argent, faites ce que vous voulez avec ça. (E07)

La communauté peut aussi offrir des espaces de rencontre ou de la nourriture avec la COOP. Cette infirmière rajoute l'importance de s'entourer d'une équipe, « si j'étais seule, ils m'enverraient promener, lorsqu'ils voient que tu as une équipe qui fait des choses bien, ils s'impliquent avec toi. Ce sont des modèles de rôle pour la communauté » (E07).

À George River, suite à la vague de suicides en 2008, ils ont fait beaucoup d'enseignement dans les écoles – comment reconnaître un ami qui risque de passer à l'acte, quoi faire si quelqu'un en parle – il y a eu des marches pour sensibiliser des gens, il y a eu des activités pour les jeunes – des voyages en canot par exemple. Quand je suis revenu, j'en revenais pas, ça c'est vraiment beaucoup amélioré, ça a été pris en charge par la communauté. Ça prend des *leaders* positifs, à George River, il y en a. (E10)

Une infirmière résume bien l'importance de comprendre les dynamiques individuelles, familiales et sociales pour identifier « les forces tranquilles » du village, les leviers sur lesquels s'appuyer (E42).

Il y a quand même des personnes ressources, mais pour être capable de [les] connaître, il faut être là longtemps. Tu vas développer un lien autrement plus profond et dense pour être capable d'identifier les piliers parce que ce ne sont pas des piliers formels. Ils n'ont pas ce rôle officiel. C'est à force de connaître la communauté, les gens, la dynamique individuelle, familiale, sociale qu'on arrive à découvrir ces forces tranquilles qui peuvent faire bouger les choses. Mais c'est beaucoup de temps à la même place et il faut aussi avoir une lecture de ce qui se passe. Ça prend à la fois de la patience, de l'investissement, de l'engagement et les habiletés qu'il faut pour être capable de voir ça et d'en tirer parti. (E42)

Un autre infirmier relate que des gens de la communauté l'avaient approché pour mettre en place un programme pour gérer l'alcool dans le village. Il leur propose des solutions en précisant « je suis là pour vous donner un coup de main, j'ai un impact dans la communauté, mais je ne suis pas un *leader* ». Il déplore que le projet n'ait pas été plus loin : « c'est mort dans l'œuf. [...] Je ne peux pas les forcer » (E38).

Louise Billon, une infirmière connue et respectée dans sa communauté, raconte une expérience heureuse :

Cet été, pendant une semaine, on avait des patients qui venaient à la clinique et qui faisaient des convulsions, probablement du THC qui était contaminé. Alors j'ai appelé la mairesse— je n'ai pas dit des noms des patients — j'ai juste dit « est-ce que ça se pourrait qu'en ce moment qu'on ait de la drogue qui rentre puis et qui est contaminée ? »

Elle m'a dit : « Je m'en occupe ».

Une semaine après, ça s'est calmé, on n'a plus eu de cas.

Elle m'a rappelée deux semaines après et en me demandant si ça continuait. Je lui ai dit que non, c'était fini. Elle m'a répondu « c'est très bien ».

Alors tu vois, ils ont trouvé ce qui se passait là et ils ont arrêté ça. (E34)

En revanche, Pierre Gamache explique l'évolution des rôles et de l'importance des infirmières dans les décisions communautaires :

Si je me souviens moi au tout début quand les problèmes d'alcoolisme ont commencé à un taux plus fréquent et que beaucoup de personnes s'intoxiquaient le soir. Tout de suite le lendemain, le conseil de ville se réunissait, avec les personnes les plus âgées et les plus sages du village n'aimaient pas ça, et ils nous

demandaient à nous, les infirmières, de participer aux réunions pour essayer de trouver des solutions. Ils nous embarquaient dans le processus décisionnel. C'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. (E43)

#### 4.5.3.1.2 La communication : le passage obligé de la langue au langage

Une infirmière d'expérience souligne « le problème numéro un, c'est la langue. Si tu expliques vraiment à quelqu'un ce qu'il a et qu'il le comprend, il est capable de faire un choix, c'est sa propre décision ensuite » (E07) mais « [pour un patient] ne pas pouvoir s'exprimer librement, dans sa langue, ce n'est pas évident » (E15).

Les infirmières usent de diverses stratégies pour faciliter les échanges : apprendre des mots ou quelques phrases en inuktitut, « faire des dessins, utiliser des images, prendre certaines postures » (E05), « essayer de donner des informations simples » (E02), « utiliser l'humour » (E20). Ainsi, « la communication [des Inuit] est plus subtile, il y a beaucoup de non-dits ou de choses dites, mais enrobées, maquillées... c'est plus en douceur. Donc, la communication dans son ensemble est très différente » (E42). Pour Louise Billon, « tout se passe dans les yeux, ils voient tout dans nos yeux, quelle personne tu es... ce ne sont pas des gens qui parlent beaucoup » (E34). Par ailleurs, il faut les rejoindre « par le verbal, dans les activités, les jeux, les quizz, ils aiment jouer » (E11).

Ainsi pour les traitements, quelques adaptations peuvent être utilisées : « on va prendre des produits qui doivent se donner une seule fois par jour, des produits qui se donnent pendant cinq jours et non dix » nous explique un pharmacien (E01). Une infirmière ajoute : « suite à la dose en une fois donnée au dispensaire, avant que la bactérie s'en aille, tu dois utiliser [une protection] pendant cinq jours. Je leur dis dix jours, comme ça ils feront peut-être la moitié » (E26). Ces adaptations restent toutefois marginales, « tu suis quand même les lignes directrices de la Régie Régionale » (E17) donc « on essaie de trouver une solution non pharmacologique ou en suivi » (E37). Daniel Michaud explique : « à un moment donné, l'hôpital était tanné que les patients ne viennent pas chercher leurs médicaments, alors c'est le chauffeur qui allait leur déposer. C'était moins de trouble » (E06).

#### 4.5.3.1.3 « *Traduttore, traditore* » : traduire, c'est trahir

« Parler la langue, ça t'ouvre énormément de portes » (E07). Évidemment, toutes les infirmières ne peuvent pas maîtriser l'inuktitut et le rôle des interprètes est fondamental dans les échanges lors de la consultation. Étant membres de leur communauté, « ils n'ont pas un rôle facile. Les enjeux de confidentialité sont importants, parfois [l'interprète] est une amie de la famille alors le patient ne veut pas qu'elle soit là » (E37). Pourtant, « elles connaissent la communauté sur le bout des doigts » (E37), « elles connaissent les familles » (E44) et « nous orientent, ça nous aide beaucoup » (E37).

Il arrive que les infirmières s'étonnent de la teneur des échanges entre l'interprète et le patient :

Je ne comprends rien en inuktitut et je pose une question courte, l'interprète traduit et ça prend du temps. Elle se retourne et te dit « oui ». Je lui demande ce que [le patient] a dit et elle me répond « il a dit oui ». (E20)

Certaines peuvent alors éprouver une certaine frustration :

Tu expliques à l'interprète : « c'est une pneumonie, les poumons sont malades, les sécrétions, les bactéries dans les poumons, c'est pour cela qu'elle crache, qu'on entend des bruits, qu'elle est essoufflée, qu'elle ne respire pas bien ». Et elle le traduit en deux mots. Y a un clash. (E26)

Pierre Gamache témoigne :

Parfois, on pose des questions et l'interprète va se dire « il la pose comme ça, mais je ne suis pas à l'aise de la poser de cette façon » donc elle va la poser à sa façon pour obtenir une réponse. (E43)

Finalement, « c'est toute une technique l'entrevue à trois » analyse cette infirmière (E37) :

Parfois [les interprètes] ne traduisent pas la bonne affaire. D'autres fois on n'a pas l'information que l'on cherche et il faut reposer la question. Parfois elles pourraient être infirmières tellement elles savent quelles questions poser. C'est autant le verbal que le non verbal qui parle, autant pour toi que pour l'autre. Et puis, tu peux le percevoir péjorativement alors que ce n'est pas le cas. Il y a toute une dynamique qui influence ta pratique. (E37)

Dans son article de 1989 sur la communication entre les Inuit du Nunavut et les médecins, l'anthropologue John O'Neil donne plusieurs exemples illustrant les difficultés dans les échanges interculturels : les référents culturels de chacun, le concept de temps et d'espace ou encore le choix d'informations les plus importantes pour établir le diagnostic. Nous avons pu les relever aussi dans cette recherche. Cependant, certaines infirmières, avec l'expérience, accèdent à une compréhension fine des référents culturels et des codes sociaux.

Daniel Michaud raconte cette anecdote parlante :

Deux-trois mois après mon arrivée au Nord, je voulais commencer à faire des statistiques : évaluation des familles d'accueil, combien d'enfants sont placés, combien de temps ils y restent... Et Lizzie, une collaboratrice Inuk qui est née dans un igloo, m'a répondu « écoute-moi bien, moi la seule statistique de ma vie c'est : est-ce que j'ai assez de nourriture demain matin pour nourrir ma famille? C'est ça la statistique de ma vie ! » (E06)

Ce rapport au temps est souligné par des infirmières : « les Inuit ont un rapport au temps différent de la nôtre. Ils sont dans l'instant présent » (E23). Par ailleurs, « beaucoup d'Inuit ne portent pas de montre, ça va selon le cycle du soleil. Et ils ne mangent pas trois fois par jour. Alors, pour les diabétiques, leur demander de manger trois fois par jour et de prendre des collations, ça n'a pas de sens » (E27). Une autre explique : « ils sont dans le moment présent donc si on leur dit que le traitement aura des impacts dans six mois, un an, on les perd. Alors je leur disais « si tu les prends, tu verras ta petite fille grandir. » » (E22). Cette infirmière conclut : « on regardait les guidelines et on se disait : qu'est-ce que [cette patiente] est capable de faire selon sa culture ? » (E27).

Un infirmier d'expérience rapporte des anecdotes qui illustrent bien cette adaptation à des référents culturels : « j'allais dans la toundra avec des Inuit. Quand on dépeçait un caribou, je leur montrais le muscle, le tendon, pour qu'ils aient une image, partir de quelque chose qu'ils connaissaient. Tu vois les poumons, les alvéoles ? » (E04). Il ajoute, « il faut que tu ailles les chercher sur ce qu'ils connaissent » :

Un jour, un patient me disait qu'il trouvait que les aérochambres<sup>52</sup> ne servaient à rien. Je savais qu'il aimait réparer des ski-doods donc je lui dis :  
- « J'ai un problème avec mon ski-doo, le carburateur ne fonctionne pas, je l'ai enlevé, j'ai mis du gaz dedans et tout...mais ça ne fonctionne pas ! »  
- « C'est normal, tu n'as plus de carburateur, ça ne marchera pas. »  
- « Bon bah tu vois, l'aérochambre, c'est comme un carburateur à médicament, si tu ne prends pas ton médicament avec, ça ne marchera pas non plus. » (E04)

Plusieurs infirmiers soulignent l'importance de respecter leur culture, leurs traditions et leur mode de vie.

Traditionnellement, les mères mâchent la nourriture pour leurs enfants. Ils mangent de la viande crue et les enfants, il faut bien les nourrir. Je ne leur dis pas d'arrêter même si y a des mixeurs maintenant. Par contre, je leur dis qu'il faut qu'elles se brossent les dents, qu'elles aient une hygiène buccale impeccable, surtout si elles fument. (E11)

#### 4.5.3.1.4 La hiérarchie des normes culturelles

Les infirmières soulignent le fait qu'il faut respecter le patient dans son parcours de santé, « il faut accepter les choix de l'autre, tu n'as pas le droit de leur imposer. Tu les informes, tu leur expliques pourquoi c'est important de prendre [le traitement], mais c'est leur décision » (E04). Ainsi, le patient « peut aussi refuser le traitement » (E04) et les infirmières se doivent de respecter son choix :

Un patient s'était perdu dans la toundra et est revenu avec des engelures aux pieds. Il ne voulait pas qu'on touche à ses pieds, il voulait utiliser la méthode traditionnelle : mettre les pieds dans la neige, de l'eau et les laisser dégeler tranquillement sur huit ou dix heures. C'est ça qu'il voulait. Il a le droit de refuser. Le patient ne le veut pas alors je ne le ferai pas. (E04)

Cette infirmière ajoute que c'était un point de désaccord avec le médecin qui « s'obstinait à le traiter de manière occidentale » (E04). Plusieurs infirmières abondent dans ce sens expliquant que « souvent les intervenants quand ils arrivent au Nord, pensent que les Inuit n'ont pas beaucoup de connaissances et donc que forcément, on a raison et ils ont tort. On sait et eux ne savent pas » (E22). Ainsi, « quand on est capables de faire passer le message, on est compétent et quand on n'y arrive pas, ils n'ont pas de

---

<sup>52</sup> Une aérochambre est un inhalateur doseur utilisé pour le traitement des troubles respiratoires comme l'asthme.

connaissances, ils ne savent pas » (E04). Alors que, complète cette infirmière, « c'est à nous de créer les ponts pour unir les deux façons de voir les choses » (E22). Michelle Nadeau illustre ce constat :

J'ai fait 17 accouchements dans le Nord et la seule chose que je demandais aux jeunes mamans, c'est de se reposer et de ne pas laver leur plancher pendant 24h pour éviter les complications. Tu ne peux pas leur demander de s'arrêter deux semaines, il fallait s'ajuster avec leur mode de vie et leurs façons de faire. (E35)

Et cela vient souvent avec « la connaissance de la communauté, on a un rôle d'échange et non d'expert/patient. On collabore » (E37), nous précise cette infirmière, « parfois, le patient nous dira en toute honnêteté qu'il ne prendra pas le traitement alors, on cherche des solutions » (E37). Un refus peut s'exprimer moins frontalement, « ils n'aiment pas la confrontation » (E10), donc « il faut prendre le temps de leur expliquer l'importance de suivre le traitement et, s'ils reviennent parce qu'ils ne l'ont pas fait, ne pas les blâmer ou les juger » (E10). Au contraire, « il faut être patient, chaque petit gain que tu fais, chaque pas en avant, c'est déjà très bien » (E10).

Une infirmière constate : « on les juge bien vite parfois, on a de la misère à comprendre leur réalité » (E26). Linda Godin rappelle qu'« on est invités chez eux » (E16). Certaines infirmières cherchent à « comprendre leurs manières de penser, comment ils voient les choses, leur spiritualité » (E26 ; E21 ; E24). D'ailleurs, « chez les Inuit, la question de la santé est très rattachée à leurs valeurs spirituelles, leurs croyances. Cela s'inscrit dans un processus de *healing* global. Ça m'a touchée en tant qu'infirmière » (E21). Il faut donc « avoir du respect, comprendre leurs mentalités » nous explique Philippe Tremblay :

Une fois, un Inuk est venu avec du béluga séché- du mataq- et il nous en a offert.  
- « J'ai essayé ton spaghetti, tu peux bien goûter au béluga ! »  
Il ne voulait pas nécessairement que l'on en mange, mais au moins qu'on y goûte.  
Après quelques tentatives, c'était devenu un délice. (E34)

Ce respect des croyances, des traditions et de la culture permet à certaines infirmières de réfléchir aux soins voulus par les Inuit « qu'est-ce que [cette patiente] a envie de faire elle pour sa maladie ? » (E27), constat appuyé par un infirmier d'expérience : « Que veux-tu toi ? Tu veux mourir à Puvirnituk ? Veux-tu vivre à tout prix ou mourir dans ta

communauté ? » (E38). Il faut savoir s'adapter « aux objectifs du client et de la communauté. Et aller avec ce qu'ils veulent eux » (E30).

Cette approche de la santé s'est exprimée parmi les sages-femmes et dans le programme mis en place depuis les années 1980 : « les femmes n'ont plus voulu qu'on les sorte de la communauté pour accoucher. Qui va s'occuper de la famille, des cinq ou six enfants, pendant leur mois d'absence ? On a toujours fait accoucher nos femmes dans la communauté, est-ce qu'on peut continuer ? » (E42). Alliant médecine traditionnelle et médecine occidentale, le programme est reconnu par le Ministère de la Santé du Québec et loué par l'OMS, notamment.

Certaines infirmières remarquent aussi que les programmes- notamment en santé communautaire- ne sont pas adaptés aux réalités nordiques : « beaucoup de nos approches vont en contradiction avec leurs valeurs traditionnelles. Ils ne vont pas te le dire, mais ils ne t'écouteront pas » (E42). Linda Godin arrive au même constat : « nos programmes de santé ne sont pas adaptés à la culture inuite, notre fonctionnement non plus d'ailleurs [...] : si on s'adaptait à eux, on serait ouverts le soir et les fins de semaine » (E16).

Les infirmières notent quand même des améliorations suite aux initiatives de prévention, promotion, enseignement : « la santé dentaire s'est améliorée » (E38), « les gens fument de plus en plus dehors » (E11). Une infirmière rappelle l'importance des alliées communautaires, « blanche, seule, tu ne feras rien. Il faut avoir une *co-worker* issue de la communauté, c'est elle qui a la crédibilité, toi, non. » (E11). La radio communautaire est aussi un vecteur efficace pour transmettre des messages (E06), « sinon, ce n'est pas évident de rejoindre la population » (E34).

#### ***4.5.3.2 Une vision politique et engagée***

##### **4.5.3.2.1 Le militantisme**

Dans une compréhension globale des problèmes psychosociaux de la communauté, les infirmières peuvent mener une réflexion qui dépasse la problématique de la victime :

C'est difficile, mais la personne qui commet ces atrocités a besoin d'aide autant que la personne qui en est victime. [...] Tu ne peux pas être bien et sain et commettre des choses comme ça, c'est impossible. C'est un autre type d'aide, mais c'est de l'aide pareil. Les conjoints violents, les abuseurs, ils ont besoin d'aide et la méritent autant que les autres. S'ils en sont arrivés à faire des choses comme ça, c'est qu'eux-mêmes ont vécu des violences et des traumatismes qui les rendent dans l'incapacité d'être sains dans leur rapport à l'autre. (E42)

Elles intègrent ainsi, et peut-être sans le savoir, les concepts récents de la psychocriminologie, notamment la notion de transmission intergénérationnelle de la violence :

On est confrontés à ça quotidiennement. Ce qui laisse penser que c'est communément admis et que la population l'accepte. Je ne pense pas que ça soit le cas. Ils ont de la difficulté à trouver des solutions. Ils vivent de la souffrance extrême par rapport à ces événements, comme dans le Sud. Les *patterns* ne sont pas différents, les ressources sont différentes. S'ils veulent s'en sortir, ils ne peuvent pas déménager dans le village voisin. L'esprit de communauté, la famille, les réseaux, c'est fondamental dans leur culture et ils ne vont pas sacrifier ça pour essayer de s'en sortir par eux-mêmes. C'est un non-sens. Donc ils essaient de composer comme ils peuvent. Les blancs sont arrivés comme des colonisateurs et aujourd'hui, après avoir subi des décennies d'agressions, ils ont dû nécessairement resserrer les liens et être très soudés. Dans des conditions où ici on dirait « change de village, déménage », là-bas, c'est impossible. (E22)

Leur discours se veut alors plus engagé, comme l'exprime Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers :

Pourquoi un gouvernement ne s'assure pas que chaque famille ait une maison? Ou que la nourriture ne leur coûte pas les yeux de la tête pour bien se nourrir ? Parce que tout ce que l'on voit là, toute la violence, le suicide, l'alcool, les traumatismes, ce sont des symptômes. Je me rappelle qu'on a eu la visite du Ministère de la Jeunesse cet automne pour l'ouverture officielle de la DPJ. À un moment donné on est allés visiter les appartements supervisés et la Ministre a fait la remarque que les Inuit dépensaient beaucoup leur argent dans l'alcool et les drogues. C'est vraiment venu me mettre en tabarouette. J'ai répondu « C'est un symptôme d'une autre problématique. Vous, si vous étiez 15 dans une maison, sans intimité, je ne suis pas sûre que vous n'auriez pas le goût de taper sur la gueule de quelqu'un au bout de deux semaines. » Je ne l'ai pas dit de même, mais... Et elle a dit « oui, peut-être » et je lui ai dit « bien, c'est ça que ces gens-là vivent à tous les jours ». Ils n'ont aucun avenir d'avancement, ils ne vont pas à l'école, ils n'ont pas de travail, ils sont pris entre deux cultures différentes [...]. Alors j'ai dit « c'est un peuple qui est perdu et que 60 ans passés, il ne faut pas l'oublier, ils vivaient encore dans les tentes et dans les igloos. Vous essayez de leur imposer des services, des

programmes, mais on n'adresse même pas leurs besoins fondamentaux d'êtres humains. (E16)

Une infirmière conclut : « ma lecture de la situation nordique en tant que citoyenne me dégoûte au plus haut point. Ça me donne le goût de revendiquer et de brasser la cage à plein de monde. J'ai un devoir citoyen d'en parler » (E21).

#### 4.5.3.2.2 La résignation

Certaines infirmières peuvent aussi choisir de partir, épuisées par le rôle élargi, mais aussi par une situation qui n'a pas beaucoup évolué dans les dernières années, comme l'explique Daniel Michaud, travailleur social au Nunavik pendant plus de vingt ans:

Je suis un peu tanné. Aujourd'hui, je suis encore dans les mêmes affaires, les mêmes histoires. On répète toujours. J'entendais [les mêmes problèmes] quand je suis arrivé en 1993. [...] C'est une des raisons pour laquelle j'arrête (E06).

Le manque de ressources s'ajoute à une situation psychosociale qui s'améliore peu :

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

Et certaines infirmières arrivent à un constat dramatique et résigné :

J'ai l'impression que c'est un ethnocide. Puis, on laisse faire. La population ici est plus ou moins au courant, veut plus ou moins l'être...Le gouvernement les laissent s'autodétruire. Et une fois le territoire clairé, ils vont juste dire aux compagnies minières de faire ce qu'elles veulent. (E22)

Daniel Michaud conclut : « j'aime le Nord, j'ai aimé ça au bout, mais là, je n'y vis plus et c'est correct. Je laisse cela aux autres » (E06).

Nous avons choisi de ne pas inclure le rôle de médiateur culturel dans la taxonomie précédente, car il n'est pas représentatif de notre échantillon. Seules quelques infirmières tendent à le jouer et, à notre sens, il va au-delà des limites du rôle élargi puisque l'infirmière entre dans un rôle d'acteur social pour la communauté. L'exercice de ce rôle

n'est pas sans danger puisqu'il peut conduire les infirmières à entrer dans une réflexion plus politisée et militante de la cause nordique qui conduit parfois à une forme de résignation.

## **4.6 Vers une définition et conceptualisation du rôle élargi**

### **4.6.1 Le rôle élargi : une définition**

Cette analyse en profondeur du rôle élargi et de ses dynamiques nous permet d'en offrir la définition suivante :

**Rôle infirmier généraliste caractérisé par un spectre de pratique et de responsabilités étendu, et ce, avec des ressources et un plateau technique réduits auprès d'une population géographiquement et culturellement isolée, vulnérable et à risque.**

### **4.6.2 Une conceptualisation du rôle élargi**

Tout d'abord, nous l'avons dit, le rôle élargi est à la fois prescrit (imposé), mais aussi construit (négocié) avec le médecin, le patient et la communauté. Ainsi, la marge d'autonomie et de responsabilité, bien que déjà plus importante que dans un rôle infirmier traditionnel dans le Sud de la province, peut être plus ou moins grande selon les infirmières, leurs motivations, les dynamiques d'équipes ou encore le contexte au sein duquel elles opèrent. En ce sens, il est à géométrie variable.

Par ailleurs, on peut le considérer comme paradoxal. En effet, bien qu'il soit qualifié de « rôle élargi », les infirmières ont tendance, dans un premier temps, à se concentrer sur la partie biomédicale du rôle, par insécurité et pour combler des compétences jusqu'ici peu développées. Une infirmière explique :

Dans les six premiers mois, j'observais la communauté, j'essayais de la comprendre. Mais le peuple inuit était secondaire dans la tête. Je m'adaptais à plein de choses, presque en mode survie. Je faisais mon travail d'infirmière du mieux que je le pouvais, centré sur le patient et pas sur la communauté. (E17)

Comme nous l'avons montré, l'exercice des autres rôles prendra plus de temps, mais, à terme, les infirmières ouvriront leur champ de pratique pour entrer dans une perspective

de prise en charge de la santé de la communauté. En ce sens, le rôle élargi a une temporalité variable.

Enfin, peu d'infirmières exerceront leur rôle élargi pleinement, le rôle élargi « imagé », à cause de différentes barrières qu'elles rencontrent le long de leur parcours. Elles peuvent être de trois ordres : individuel (accumulation de stress et choc post-traumatiques), culturel (manque de compréhension des dynamiques sociales et des normes culturelles) ou encore organisationnel (manque de soutien du Centre de santé). Elles seront donc amenées à renégocier leur rôle, à s'adapter, notamment en choisissant de réduire leur champ de pratique, à se concentrer sur une prise en charge individuelle du patient et non communautaire, voire à quitter la communauté. Quelques-unes d'entre elles développeront un cinquième rôle, celui de médiateur culturel, en faisant le lien entre les pratiques de santé occidentales et inuites. Allant de pair avec une compréhension plus globale des enjeux vécus par la communauté, elles peuvent aussi adopter une perspective plus militante ou de résignation.

La figure ci-après schématise le rôle élargi (Figure 4.10).

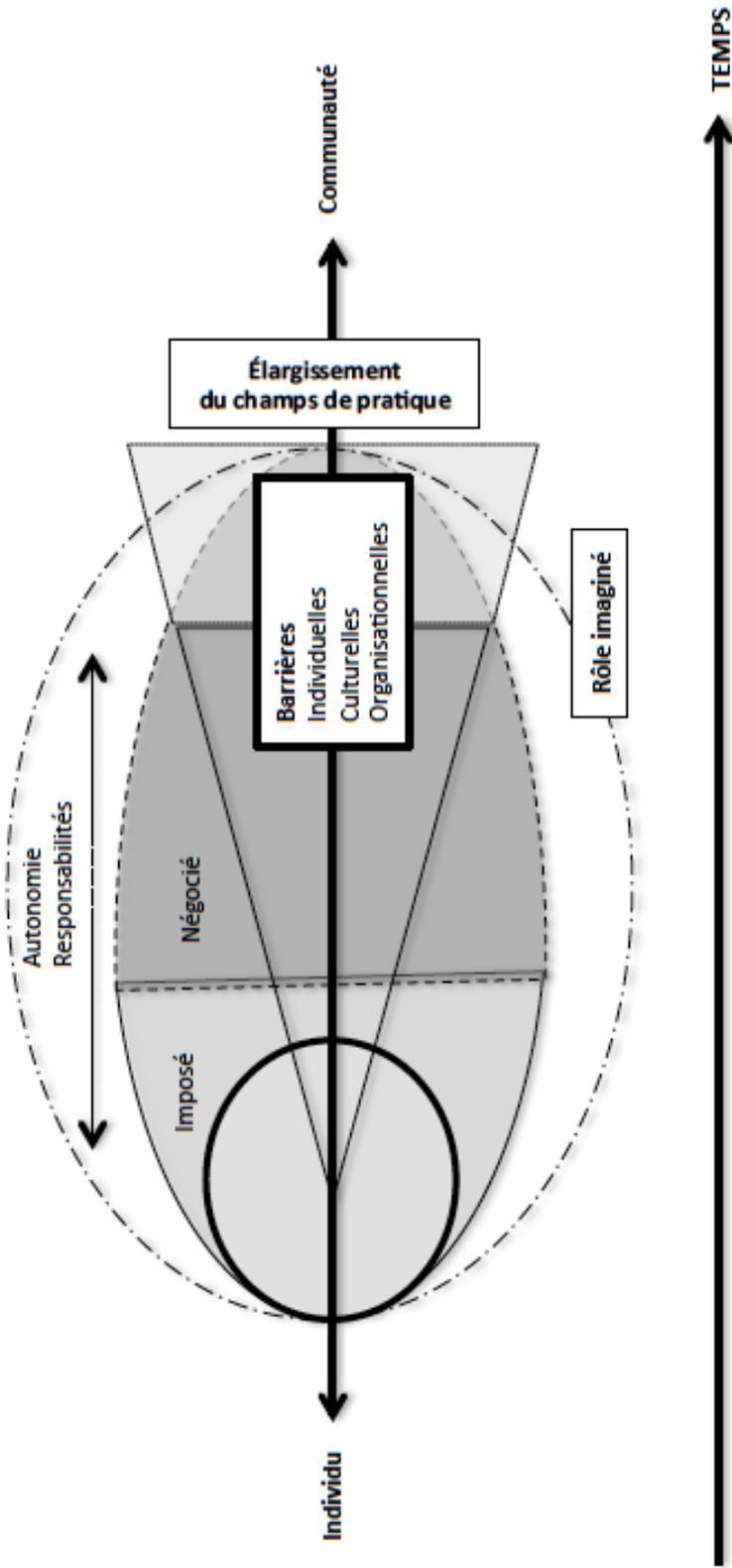


Figure 4.10 — Schématisation du rôle élargi des infirmières

## Une dyade complémentaire (E02)

Je me souviens d'une situation particulièrement marquante. Je revenais de mon congé et comme j'étais reposée, j'avais proposé à l'infirmière de garde de prendre sa place. Je reçois un premier appel en début de soirée pour un bébé d'un mois qui régurgite à chaque tétée depuis le début de la journée. La maman parle plus ou moins bien anglais, je n'arrive pas à avoir beaucoup d'informations. Elle me dit qu'il dort présentement donc je lui donne quelques conseils et lui dit de ne pas le réveiller, mais je lui demande de m'appeler à la prochaine tétée.

À 21 heures, je suis encore au dispensaire et c'est le grand-père qui m'appelle pour me dire que le nourrisson a arrêté de respirer et qu'il est devenu gris. Avec les années dans le Nord, on sait que les Inuit peuvent extrapoler, mais je lui dis de venir quand même. Il arrive avec l'enfant, cogne rapidement au *nursing* et le sort vite du manteau de sa mère. L'enfant est gris, il a arrêté de respirer pendant le trajet... j'essaie d'avoir plus d'informations, mais c'est difficile.

Je dépose l'enfant, demande au grand-père d'appeler ma deuxième de garde, car la situation est critique en fin de compte. Je mets de l'oxygène à l'enfant qui revient après quelques stimulations. Ça a pris 15 secondes, mais j'ai l'impression que ça a duré deux minutes. Il reprend des couleurs et a de bons signes vitaux. Ma deuxième de garde arrive, on fait l'examen, le questionnaire. La maman étant déficiente, c'est difficile d'obtenir des informations...

Mais cet enfant, on le connaît, il a beaucoup d'antécédents : sa mère a caché sa grossesse, elle a accouché chez elle dans le bol des toilettes... À seulement 28 jours, il avait déjà un historique compliqué.

On appelle le médecin, on lui fait le topo, il nous décrit quoi faire, on demande le transfert, mais dehors, il y a un gros blizzard donc ce n'est pas possible. On rappelle le médecin, je ne sens pas qu'on a une complicité, une connexion. L'échange est difficile, mais je fais ce qu'il me demande. Après tout, je viens d'arriver donc je ne pose pas trop de questions. On décide de le surveiller pendant la nuit. Il se fatigue beaucoup, fait des pauses respiratoires fréquentes, on ne sait pas trop la conduite à tenir.

On a appelé deux fois le médecin pour dire que l'enfant était dans un état critique et qu'on avait besoin d'un soutien. On n'était que deux et on ne savait pas quoi faire. Il ne nous a pas rappelées.

Finalement, on le garde toute la nuit et vers 6h30, l'enfant est de plus en plus fatigué : on l'aide de plus en plus souvent à respirer donc on décide d'appeler le médecin encore une fois. Le médecin de garde partait le matin même pour un autre village donc c'est un autre médecin qui prend la relève. On lui donne le topo, on lui demande ce qu'il veut faire.

L'avion n'est pas capable de partir de Puvirnituk, le médévac est sans cesse reporté, il devait être là vers 8h puis 9h et maintenant 10h. Je me dis que l'enfant ne passera pas au travers, il faut prendre une décision, peut-être critiquable, mais il faut en prendre une.

À ce moment-là, avec le médecin, on décide d'intuber l'enfant de 28 jours. Moi, je ne me sens pas apte à le faire, mais ma collègue, qui est là depuis plusieurs années, se sent à l'aise. En fait, je crois que personne n'est très à l'aise dans ce genre de situations. Peut-être que certaines décisions ont été mal prises vu qu'on était juste deux, fatiguées... On aurait peut-être eu besoin d'avoir une troisième... mais on poursuit l'intubation à deux et le suivi.

...suite

...suite

Au début, ça va bien puis ça se gâte, on l'extube à trois reprises. Ça devient de plus en plus difficile de ventiler l'enfant, on ne sait pas s'il y a une surcharge du poumon. En plus, le soluté que le premier médecin a donné est beaucoup trop élevé pour le poids de l'enfant donc le deuxième médecin nous a dit de baisser, de faire des modifications. Le deuxième médecin était très présent par téléphone et par visioconférence.

Donc là, il est 9 heures, le dispensaire ouvre, l'équipe arrive, le personnel inuit, l'autre infirmière et on est tous autour du bébé. Ça va de moins en moins bien, on a réussi à intuber l'enfant, mais il ventile de moins en moins bien... L'équipe de Puvirnituk n'est toujours pas là. On essaie tout ce qu'on peut et finalement, le bébé arrête de respirer. On masse 45 minutes, on essaie tout, mais l'inévitable est arrivé, on a constaté son décès à 12 heures 30. Le médecin et l'équipe de l'hôpital sont arrivés à 12 heures 45...

Et là, avec toute l'émotion, les 24 heures debout et depuis 10 heures du matin, je savais que l'inévitable pouvait arriver, j'avais appelé le médecin pour lui dire que je ne pensais pas que le bébé aller y arriver. Je lui demandais « qu'est-ce qu'on fait ? ». Avec le manque d'oxygène, c'est sûr que si on l'avait sauvé, les séquelles auraient été importantes, mais... Là, j'ai éclaté en sanglots de manière très spontanée, il y avait eu trop d'émotions.

Puis, la famille m'a entourée, la grand-mère me parlait un peu en anglais. Le médecin a super bien réagi: il a rencontré la famille par visioconférence et leur a laissé leur place pour vivre ce deuil. C'était le premier bébé que je perdais, quasiment le premier mort que je perdais pendant ma garde. L'autre infirmière m'a dit qu'on ne s'habitue jamais à la mort d'un enfant.

L'équipe a été très présente, la communauté aussi. Je croyais que ça allait être très difficile avec la communauté, je me demandais comment ils allaient réagir, mais le père, le grand-père me disaient « tu as passé toute la nuit avec le bébé, tu as fait tout ce que tu pouvais » ». En fin de compte ça a même été bénéfique pour la relation avec la communauté. L'équipe avait tout tenté pour sauver l'enfant.

## **CHAPITRE 5**

### **L'APPRENTISSAGE DU RÔLE ÉLARGI**

#### **5.1 L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de construction du rôle**

##### **5.1.1 Le rôle du collectif : les dynamiques des équipes de soins**

Au sein des équipes médicales des dispensaires du Nunavik, l'adage voudrait qu'il y ait quatre types de personnalités. Ce sont les quatre « M » : Les « Mère Térésa », les « *Money makers* », les « *Mother Nature* » et les « *Missfit* ». Les premiers sont des professionnels qui viennent au Nord avec l'idée de sauver la population. Ils sont décrits comme « les missionnaires de l'ombre » (E04). Les deuxièmes sont motivés pour faire « un coup d'argent » - « même si, le Nord, ce n'est pas si payant que ça » compte tenu de l'ensemble des contraintes avec lesquelles on doit composer (E04). Les troisièmes sont des professionnels attirés par les grands espaces et les voyages. Finalement, les derniers cherchent à travailler dans le Nord, car ils ont parfois eu du mal à s'intégrer dans des équipes au sud de la province (E04). De l'avis général, « ce ne sont pas ceux qui restent » (E03).

On constate néanmoins que l'expérience nordique attire des personnalités fortes (E23), tant « au niveau des infirmières, que des médecins ou des pharmaciens » (E01). Une infirmière ajoute : « les gens du Nord, c'est rarement des gens de demi-mesure. Ils ont souvent des positions tranchées, extrêmes. On est rarement dans la nuance » (E21). En effet, « il faut que tu saches te tenir debout ! » (E25) et ce trait de personnalité est considéré comme un avantage, voire un prérequis : « il faut avoir un front de bœuf pour s'en aller là, être capable de foncer » (E23). Cela « permet à une infirmière de décider, sans backup, sans personne à consulter rapidement ; il faut qu'elle prenne une décision, c'est elle qui a un patient devant elle » (E01). Linda Godin, Directrice des Soins Infirmiers, appuie ce constat : « l'autonomie, la prise de décisions, le contrôle, c'est ça qui les aide à survivre dans le milieu » (E16).

Les gens qui font du Nord, ce sont des gens particuliers. Dans un hôpital, les gens qui vont travailler à l'urgence, ce n'est pas le même type de gens que ceux qui vont travailler aux soins longue durée ou dans les étages. Ce sont des personnalités différentes. Au Nord, [ce sont des] gens qui décident de s'en aller à l'autre bout du monde, de laisser leur famille en arrière, de s'en aller dans une autre culture, de s'isoler pendant longtemps, d'être capable de travailler sans médecin. Être à l'aise là-dedans, ça prend des personnalités fortes et particulières. (E10)

En revanche, cela n'est pas sans conséquence sur les dynamiques des équipes. Linda Godin explique que « les personnalités fortes, c'est plus facile de les diluer dans les départements du Sud quand tu travailles sur des étages composés de 35 infirmières. Une personnalité forte peut se faufiler sans trop de difficultés » (E16). Une infirmière renchérit, « c'est très compétitif le Nord, les gens se *watch* et se *check* beaucoup. C'est plus ou moins avoué » (E21 ; E25). Un autre rajoute, « c'est un milieu de femmes, c'est dur les milieux de femmes » (E10) insinuant que les conflits peuvent rapidement dérapier. Faisant partie de petites équipes, « de trois, quatre ou cinq, ça peut devenir difficile et on a parfois des défis avec la dynamique d'équipe » (E16).

Un infirmier résume « une équipe qui fonctionne mal, c'est l'enfer pour tout : les relations, les échanges, la transmission de connaissances » (E04).

#### ***5.1.1.1 Les dynamiques quotidiennes dans les dispensaires***

Les dynamiques d'équipes sont essentielles dans les milieux de travail, mais elles le sont d'autant plus dans les dispensaires du Nord en raison de l'isolement et de leur taille réduite. Une infirmière explique que « si tes collègues ne sont pas présentes avec toi, pour t'aider dans un diagnostic ou pour t'aider peu importe la situation - personnelle ou professionnelle- c'est très difficile de pouvoir poursuivre ton *stretch* ou de décider de revenir » (E36).

Non seulement, les infirmières dépendent les unes des autres dans leur vie professionnelle, mais aussi dans leur vie personnelle. « On vit au Nord de façon fusionnelle avec nos collègues » précise cette infirmière (E21). Linda Godin souligne que lors du processus de recrutement, « on mise beaucoup sur la personnalité de la personne, c'est une des

premières questions que l'on pose : vas-tu être capable de travailler dans un petit village avec une autre infirmière ? » (E16).

Une des premières difficultés au sein des équipes est la relation entre les infirmières à temps partiel occasionnel (TPO) - qui ne sont pas assignées à un village en particulier – avec les infirmières permanentes (TP) qui, elles, ont choisi de s'établir dans une des communautés. Les infirmières permanentes sont dans « leur village », elles ont pris un rôle de contrôle, de décision ne rendant pas « toujours facile l'intégration des infirmières occasionnelles. On a des infirmières à temps partiel occasionnel qui ne veulent pas aller dans certains villages à cause de ça » (E16). Une infirmière à temps partiel occasionnel (TPO) raconte :

La semaine passée, à deux heures du matin j'étais au *nursing*, [l'infirmière permanente] m'a appelée parce qu'elle a vu la lumière allumée. Elle m'a demandé si j'avais besoin d'aide... à 2h du matin ! Je me disais « mais pourquoi tu m'appelles à 2h ? Va te coucher ». Elle n'arrête pas de dire qu'elle n'arrive pas à dormir. Mais c'est plus fort qu'elle. Ce n'est pas méchant non plus. Je lui ai dit « si j'ai besoin d'aide je vais t'appeler, mais là tu dis que tu ne peux pas dormir, mais tu me *watch* au *nursing*. Ça ne fonctionne pas, si j'ai besoin d'aide, je vais t'appeler ». (E25)

Ce contrôle peut s'exercer aussi dans la prise en charge de la communauté qui est vécue comme un territoire privé résultant d'un long travail d'adaptation : « dans une communauté, il y avait une infirmière qui était là depuis 25 ans et elle avait mis la communauté dans sa poche et les gens venaient cogner à sa porte à n'importe quelle heure de la journée. C'était difficile de changer les choses » (E24).

Les membres de la communauté peuvent aussi vouloir être pris en charge exclusivement par « leur » infirmière comme l'explique cette patiente d'Ivujivik : « elle est là depuis longtemps, on la connaît, on a confiance » (Notes de terrain). Cela peut arriver aussi dans un dispensaire avec médecin et il n'est pas exceptionnel que « le patient [veuille] parler à l'infirmière, et non au médecin, parce qu'il la connaît » (E37).

Les infirmières novices doivent alors se plier aux « règles » et aux dynamiques que les infirmières permanentes ont créées au sein des dispensaires : « regarde, je fais ça de même, c'est comme ça ! » répond une infirmière permanente à une infirmière à temps partiel qui tente de changer les choses (E17).

Les dynamiques d'équipe se révèlent alors être difficiles à modifier, comme l'illustre cette infirmière à propos de sa collègue qui laissait beaucoup de latitude aux patients :

Une nouvelle infirmière arrivait et elle ne voulait pas donner d'antibiotiques pour une otite en estimant qu'on allait le suivre 24 heures avant de lui donner le traitement. Le patient se tournait de bord et il allait voir cette infirmière-là et elle le donnait la prescription. (E17)

Les infirmières à temps partiel occasionnel (TPO) tentent alors de ruser pour se faire une place. À Ivujivik, une infirmière à temps partiel a raccompagné la patiente chez elle pour échanger et se faire connaître. Son objectif étant de commencer à créer un lien de confiance (Notes de terrain). Dans certains cas, elles doivent s'imposer plus directement, en particulier lorsque l'autre infirmière ne semble pas maîtriser totalement la situation :

Ça m'est déjà arrivé de m'imposer dans une situation où une infirmière [permanente] ne demandait pas de l'aide et je voyais que le patient était vraiment mal en point. Là, j'ai dit : « ton patient ne répond pas, tu n'as pas pris ses signes vitaux encore, tu cherches dans son dossier, faut faire de quoi ». Je n'ai pas eu le choix que de m'imposer. (E17)

Par ailleurs, ces dynamiques peuvent favoriser, ou au contraire réduire, l'apprentissage d'une infirmière novice, comme celle-ci le relate :

J'ai eu une collègue qui était super intéressée à lire plein de choses, à se poser des questions et à approfondir les notions. Quand on travaillait ensemble, on faisait des recherches et on apprenait beaucoup. Au contraire, dans un dispensaire où les gens sont plus blasés, qui font du Nord depuis 15 ans, ils te disent : « Ah ça, c'est normal, ça arrive tout le temps. Même si tu fais ça, ça ne marchera pas de toute façon, j'ai déjà essayé ». Ça réduit ton envie d'apprendre plus. (E12)

On constate donc que le rôle que construisent les infirmières n'est pas seulement dépendant de leurs motivations, les dynamiques internes des équipes de soins peuvent freiner ou accélérer leurs apprentissages : « les autres infirmiers avec qui je travaillais étaient super ouverts, ça leur faisait plaisir de répondre à mes questions » (E22) raconte cette infirmière. Ainsi, « la collégialité est essentielle, on cherche l'opinion des autres pour valider les nôtres » (E20).

### **5.1.1.2 Des méthodes d'apprentissage variées : transfert intergénérationnel de connaissances, observation, mentorat informel et apprentissage sur le tas**

Au sein des dispensaires, on constate que les infirmières usent de quatre méthodes principales d'apprentissage. Tout d'abord, la transmission intergénérationnelle de connaissances : les infirmières novices apprennent des leurs collègues plus expérimentées et ces dernières mettent aussi à jour leurs connaissances grâce aux nouvelles techniques ou aux connaissances des infirmières novices qui viennent d'unités de soins spécialisées des hôpitaux du Sud de la province. Les jeunes infirmières expliquent aussi observer leurs collègues souvent lorsque la prise en charge des patients s'avère complexe (problématiques de santé mentale ou de toxicomanie). Cette proximité dans l'échange peut aller jusqu'à se traduire par du mentorat informel à la fois professionnel et personnel. Enfin, la dernière méthode d'apprentissage est l'apprentissage sur le tas, au fur et à mesure des cas traités.

L'expérience des infirmières permanentes est reconnue comme une source d'apprentissage significative par les infirmières plus novices : « rendue au Nord, il a fallu apprendre par certains livres ou manuels qu'on avait, mais beaucoup par l'expérience de mes collègues » qui les soutiennent dans leur apprentissage (E05).

Mon premier envoi dans un dispensaire sans médecin, il y a eu beaucoup d'infirmières d'expérience et ça a été déterminant. Sans elles, j'aurais eu beaucoup de misère, c'est certain. Je me serais débrouillée, mais ça aurait été *rock & roll*. (E21)

Une infirmière ajoute : « ce que j'ai appris en dispensaire c'est qu'il faut que tu sois capable de te faire une idée du diagnostic en cinq questions seulement. Ce sont mes collègues qui étaient là depuis 30 ans qui m'ont appris à poser les meilleures questions » (E19).

Cette expérience aussi peut faire la différence dans la prise en charge du patient, comme en témoigne ce jeune infirmier :

Je venais d'arriver. Il y avait une fille qui avait consulté à la clinique, parce qu'elle avait des bleus. Moi, j'avais trouvé ça très banal. Dans le fond, elle avait trois ans, et elle avait un frère un petit plus vieux, ça brassait un peu. Mais l'autre infirmier qui l'avait vue pensait qu'il y avait quelque chose qui ne marchait pas. Ça le chicotait. Elle est revenue le lendemain avec encore plus de bleus. Moi, ça ne m'avait pas paru

si grave que ça, mais l'autre infirmier a décidé d'en parler directement au médecin. Finalement, la petite fille a été à Montréal, et elle avait une leucémie. J'étais carrément passée à côté par manque d'expérience. Mais lui, il l'avait vu. (E20)

Conscientes de l'importance de former les jeunes infirmières et de transmettre leurs connaissances, certaines infirmières expérimentées se montrent très proactives dans l'échange avec les plus jeunes :

Quand il y avait des cas particuliers, [les infirmières d'expérience] venaient me chercher : « Viens voir, c'est rare qu'on voie ça ». Elles ont toujours été très disponibles pour répondre à mes questions et lors des gardes la nuit, elles vont m'appeler et me dire : « viens, c'est un cas particulier, faudrait que tu vois ça, on va te montrer telle affaire ». (E19)

Pierre Gamache, infirmier d'expérience, explique que ce sont non seulement les compétences techniques des plus anciennes, mais aussi leur connaissance de la communauté qui peuvent faire la différence dans un épisode de soins :

Je revois une infirmière qui a vu trois fois de suite un patient et elle me disait « mais il n'a rien, il vient ici et il n'a rien ». La 4<sup>e</sup> fois quand il est arrivé, il y avait une infirmière qui venait juste de revenir et qui était habitée au village et quand elle a vu entrer le patient, elle a dit « mais qu'est-ce que tu as ? je ne te reconnais pas ! ». [Le patient] a répondu « je suis vraiment malade, mais l'infirmière qui m'a vu, elle ne me croit pas » et alors elle a commencé à faire un diagnostic, elle a appelé le médecin et ils l'ont descendu à Montréal. Il n'est jamais revenu. (E23)

Ce constat de transfert de connaissances n'est cependant pas à sens unique, comme le souligne cette infirmière : « on apprend autant des infirmières d'expérience que des jeunes infirmières qui arrivent avec de nouvelles idées » (E02).

Y a beaucoup de *coaching* avec les jeunes, mais l'inverse est un aussi vrai. Par exemple, j'ai eu à gérer un infarctus... Moi, ça fait 9-10 ans que je n'en ai pas fait. Je comprenais qu'il y avait un problème avec son électro, mais je ne savais pas ce que c'était. Je n'avais plus les habiletés pour bien le lire. J'ai été voir une nouvelle infirmière qui était sur la coche en cardio et elle m'a donné son avis. J'ai appelé le médecin et lui ai dit « il y a une nouvelle qui est arrivée, elle vient de cardio et ce qu'elle voit, c'est ça. On va lui faire confiance ». C'est autant les nouveaux que les plus anciens. Quand ils viennent du Sud, ils ont les dernières connaissances et on s'en sert beaucoup. (E04)

Pierre Gamache renchérit: « quand les jeunes infirmières arrivaient, elles avaient beaucoup de craintes et nous disaient « vous allez nous montrer ça, ça », mais je leur répondais

« vous aussi vous aller nous montrer des choses » (E23). Ainsi, « il y avait tout un échange : on a notre expérience, vous avez vos connaissances. Ce n'est pas seulement nous qui allons vous apprendre des choses, nous allons nous apprendre des choses » (E23). Les infirmiers d'expérience reconnaissent donc les apports des plus jeunes.

Cette reconnaissance des plus jeunes peut aussi pallier à la perte de connaissances techniques des infirmières plus expérimentées.

Une fille arrive inconsciente après un accident de ski-doo. J'étais un peu stressé dans le dispensaire, car je travaillais avec une infirmière qui était là depuis 35 ans et que tout le monde connaissait. [...] Il a fallu intuber la patiente et j'ai demandé à l'infirmière si elle voulait l'intuber, mais elle m'a dit « non, non, ça fait 5-6 ans que je l'ai pas fait » et moi, j'ai été ambulancier donc j'étais très à l'aise. J'ai pris le *lead*. Elle m'a dit par la suite qu'elle n'était pas si à l'aise que ça. (E09)

De plus, l'observation des infirmiers d'expérience est aussi une source d'apprentissage importante, comme l'explique cet infirmier lors de la prise en charge d'une patiente atteinte de problèmes mentaux.

Je n'ai pas appris nécessairement quelque chose de technique, mais j'ai vu une différence dans mon intervention en début et en fin de journée. En début de journée, je n'avais vraiment aucune idée de comment agir avec [la patiente], comment lui parler, où mettre mes limites. Dans le fond je regardais l'autre infirmière [d'expérience] agir avec elle et j'ai un peu essayé de copier. Par mimétisme. Copier son approche pour tenter d'avoir une interaction plus saine avec ce type de clientèle. (E20)

Par ailleurs, il n'est pas rare que des relations de mentorat informel se créent, les infirmières novices trouvent des alliées au sein des infirmières d'expérience : « c'est important de ne pas rester tout seul, il faut s'entourer de mentors » (E09). Elles ont alors un rôle de protection qui s'ajoute à leur rôle de formateur, comme nous l'explique cette infirmière :

Au tout départ, [cet infirmier] m'a prise sous son aile, je ne sais pas si je dirais qu'il m'a formée, mais il m'a protégée, il s'est montré disponible pour que je puisse m'appuyer sur lui quand j'étais vraiment prise au dépourvu. (E19)

Elle poursuit et explique avoir compris rétrospectivement l'importance de ce rôle de mentor informel :

Par la suite pendant deux ans [cet infirmier] m'a formée. Je ne serais pas l'infirmière que je suis aujourd'hui s'il n'avait pas été là. Il est à la retraite maintenant, mais je continue de l'appeler quand je vis des choses difficiles, peu importe la sphère, il a été là 30 ans lui... Je l'appelle encore mon mentor. (E19)

Nous l'avons vu, la dynamique d'équipe est essentielle à l'apprentissage de l'infirmière. Cependant, les infirmières précisent que l'on « apprend beaucoup sur le tas, par toi-même, tu vas chercher un livre, tu te poses des questions » (E19). Au départ, c'est très insécurisant « il y a une partie connue dans laquelle j'étais à l'aise et une très grande partie inconnue » (E20). Et finalement, on se développe en « voyant des patients, des patients, des patients. Regarder, observer, se tromper, regarder ce que les autres font. C'est comme ça que l'on apprend » (E40).

#### 5.1.1.2.1 L'utilisation de cette multidisciplinarité : la synergie du collectif

Le processus de recrutement ne permet pas d'organiser les équipes en fonction des expériences antérieures de chacun, nos données montrent cependant qu'il existe de fait une véritable synergie collective. Elle se fait à différents niveaux : que ce soit en termes de compétences, lors de la distribution des tâches, notamment lors des cas d'urgence, ou encore par une réflexion commune.

François Richard rappelle le large spectre de connaissances nécessaires à la pratique nordique :

Tu peux voir quelqu'un qui s'est coupé un doigt en arrangeant du poisson, tu es en train de faire des points de suture et oups ! une femme qui arrive en travail. Un peu plus tard, la police t'amène quelqu'un qui a trop bu et qui a des idées suicidaires. Après ça tu vas voir un bébé de deux ans qui a de la misère à respirer ou qui a un problème de peau. Il faut que tu sois très, très polyvalent, c'est comme un médecin omnipraticien, ça ne finit plus. (E10)

Conscientes que « tu ne peux pas être bon en tout » (E19), que « tu ne peux pas tout savoir en profondeur » (E02) et que « chaque infirmière a ses forces et ses faiblesses » (E15), elles n'hésitent pas à faire appel aux connaissances des autres membres de l'équipe : « mon point fort, c'est la néonatalogie, donc je recevais des appels la nuit d'autres infirmiers qui me demandaient si je pouvais venir installer un soluté sur un bébé » (E22).

Les infirmières s'appuient sur les expertises individuelles et, par conséquent, sur leurs domaines de prédilection (E02). Ainsi, « l'échange entre les collègues est vraiment important » (E03) et « la majorité du temps, cela fonctionne très bien, on se fie aux autres, on se consulte » (E37). Une infirmière conclut que la pratique est tellement diverse que « tu as besoin de ton équipe pour travailler. Si on a un cas particulier, on va appeler celle qui est plus à l'aise. C'est rare que les gens ne se déplacent pas » (E19). Ainsi, « on va chercher l'expertise de nos collègues et c'est comme cela qu'on construit notre rôle. [...] » (E36).

François Richard illustre bien cette synergie de compétences :

C'est sûr que moi je ne suis pas très habile de mes mains. Mais ce qui est le *fun* dans le Nord, c'est que tu es en équipe et quand il y a quelque chose de très précis à faire, comme, piquer un enfant, je vais laisser ça à mes collègues. Moi je vais plutôt être très bon pour regarder la situation dans l'ensemble : « bon OK, on va faire ça, on a oublié de faire ça ». Souvent, c'est moi qui vais discuter avec le médecin. (E38)

Par ailleurs, conscients de leurs limites techniques, les infirmiers adaptent la prise en charge en fonction des forces des uns et des autres. Ce même infirmier raconte la prise en charge d'un cas de botulisme<sup>53</sup>. Le protocole exige que l'on rappelle toutes les personnes qui ont été en contact avec le patient infecté pour les traiter, en plusieurs temps.

Il y avait plus de 15 personnes dans le dispensaire et il fallait se grouiller. Il y avait une infirmière qui n'était pas à l'aise avec les piqûres. Elle me dit :  
- « moi, piquer le monde, vous savez que je ne suis pas bonne là-dedans alors qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? »  
- « Ramasser les selles et les vomissements, ça te tente-tu ? »  
- « Oui, c'est correct. » (E38)

Il conclut, « on a eu une belle coordination et ça s'est bien passé » (E38).

La synergie se traduit de la même manière lors de la prise en charge de cas d'urgence durant les gardes. Comme le veut le protocole, il y a toujours une infirmière première de garde et une infirmière deuxième de garde. La première de garde reçoit l'appel du patient, « c'est [sa] garde à [elle] » (E22) et elle évalue, selon l'état de santé du patient, si elle a

---

<sup>53</sup> Intoxication grave qui se développe notamment avec des aliments mal conservés. Sa mortalité est élevée si le traitement n'est pas immédiat.

besoin de renfort, donc de sa deuxième de garde. L'usage veut que lorsque « tu es premier de garde, tu *lead* » et indique à ta deuxième de garde ce qu'elle doit faire : « j'aurais besoin que tu prennes des notes, que tu installes un soluté... » (E22). De la même manière, la deuxième de garde laisse la première décider du processus de prise en charge du patient : « c'est son cas, c'est elle qui va gérer, je vais faire ce qu'elle me demande de faire pour l'aider et la soutenir. Je me vois comme un soutien » (E22). La dynamique peut parfois se renverser comme l'explique cette infirmière

C'est une situation qui dépassait l'infirmière [première de garde] et je me rappelle lui avoir dit « il faut qu'on sache à combien [la patiente] sature et toi tu lui flattes la main... ». Je suis tout à fait pour le *tender loving care* mais là, ce n'était pas le bon moment. À partir de ce moment-là, j'ai pris le *lead*. (E22)

Elle conclut en expliquant que cela s'est fait naturellement et sans frustration. Au contraire, l'infirmière la remercie et lui confie : « c'était trop pour moi et si tu n'avais pas été là, je n'aurais pas su trop quoi trop faire » (E22). Elle constate : « ça m'est arrivé à moi aussi, des cas où je ne me sentais pas à l'aise alors l'autre infirmière a pris les choses en main. C'est une collaboration » (E22).

Enfin, cette synergie se traduit par la réflexion commune (E39) : « On va se poser de questions et discuter entre nous sur la procédure à suivre : tu ferais telle ou telle affaire ? » (E18).

#### 5.1.1.2.2 La difficulté de pérenniser des échanges entre professionnels

Cette dynamique de transfert n'est pourtant pas toujours facile à pérenniser, car ce sont des pratiques essentiellement informelles et contingentes à la dynamique d'équipe dans les dispensaires. En effet, elle dépend de la motivation des infirmières avec de l'expérience qui peut se réduire avec le temps en raison du roulement et du manque de soutien de l'organisation.

Ainsi, ce constat de transfert est relatif : « certaines [infirmières] partageaient davantage leurs savoirs, étaient ouvertes à l'enseignement et d'autres moins » (E21). Cela dépend de leur motivation comme l'explique François Richard, « certaines infirmières n'ont pas envie de partager leurs connaissances, elles n'aiment pas ça » (E10), mais surtout, « après un

certain nombre d'années, les gens deviennent épuisés et ça devient irritant de devoir répéter et enseigner aux nouvelles » (E21). Par ailleurs, comme cela est « informel et pas soutenu par l'organisation, les infirmières qui ont de l'ancienneté et de l'expérience n'ont pas nécessairement la compétence de transmettre et d'accompagner de façon claire ces savoirs » (E39). Cette infirmière ajoute : « si [ces connaissances] étaient formelles et accompagnées, si elles étaient rendues explicites, elles seraient développées plus rapidement » (E39).

## **5.1.2 La dyade infirmière-médecin**

### ***5.1.2.1 Un lien de collaboration***

Le lien de collaboration entre ces deux acteurs s'explique par l'histoire de la structuration des soins de santé et par la délégation de certains actes médicaux. Celui-ci est renforcé par la dépendance des médecins vis-à-vis des infirmières - en particulier lorsqu'ils ne sont pas présents physiquement dans le dispensaire - et est symbolisé par le tutoiement entre les deux acteurs au sein de cette microsociété que constitue le Nord. Ainsi, un médecin constate :

Les infirmières posent beaucoup de diagnostics d'elles-mêmes puis initient des traitements sans que nous on soit au courant du fait du guide thérapeutique et du rôle élargi. Il y a beaucoup de patients pour lesquels on n'est pas du tout impliqués. Elles ont déjà ce pouvoir-là. Quand c'est des cas plus complexes où elles nous impliquent, oui, c'est partagé, y a une ouverture à entendre les impressions de l'autre. Il y aussi une question de compétences, de formation, d'expérience, quand ça dépasse leurs compétences, on est leur renfort. (E31)

Jean Désy, médecin du Nord, appuie cette réflexion, « l'infirmier du Nord a un rôle de médecin de famille, mais dans des situations plus complexes, ça prend un capitaine. Et c'est le médecin » (E44).

La relation infirmière-médecin dépend, bien sûr, de la présence physique, ou non, du médecin dans le dispensaire, mais dans l'ensemble, ils « sont très ouverts à enseigner, à collaborer [...] Il y en a qui sortent du lot, qui sont exceptionnels, et, avec eux, on va bénéficier d'un enseignement fantastique » (E21).

C'est tout à leur avantage de te donner plus d'informations, de te dire ce qu'il est important d'évaluer [...] la prochaine fois, tu arriveras avec une évaluation encore plus complète et encore plus pertinente. (E22).

Un médecin souligne : « on fait beaucoup d'enseignement avec les infirmières, rarement formellement, mais au cas par cas, quand on révise un dossier avec elles » (E31).

Les médecins reconnaissent qu'ils sortent gagnants de cette délégation d'actes et de compétences : ils sont amenés à ne gérer que les cas les plus complexes, « ça change notre rôle » (E44) et « c'est stimulant pour nous aussi » (E31) confient-ils.

#### 5.1.2.1.1 Une hiérarchie inversée ?

Dans les communautés nordiques, l'infirmière et le médecin ont un long historique de collaboration. Ce sont les infirmières qui ont été envoyées dans les premiers dispensaires des villages, et non les médecins.

Voilà une trentaine d'années, les médecins ne voulaient pas aller dans les petits villages. C'étaient des infirmiers en dispensaire qui faisaient de tout, des accouchements, des sutures, elles faisaient tout, tout et [...] elles étaient toutes seules quasiment à l'année. (E04)

Fortes de cette hiérarchie inversée, elles pouvaient faire valoir une certaine autorité sur l'organisation de la prise en charge des soins :

Quand [les médecins] arrivaient au Nord, [elles disaient] « regarde, c'est de même que ça marche ici. Tu vas t'adapter ». [...] La culture s'est comme un petit peu inversée. Et ils devaient s'adapter en arrivant. (E04)

De plus, ce lien de collaboration est particulièrement fort dans les dispensaires sans médecin physiquement présent. Comme le précise une infirmière, dans le contexte nordique, « c'est l'infirmière qui est au centre des soins, le médecin est là en support. Alors qu'au Sud, c'est le médecin qui est au centre des soins et l'infirmière est là en support » (E29). Il doit donc se fier au jugement clinique et au diagnostic de l'infirmière qui lui décrit la situation de santé par téléphone ou visioconférence.

Ils n'ont pas le choix, car ils ne sont pas là. On est les yeux, les oreilles du médecin. Très souvent, ils n'ont pas le choix de se fier à notre intuition. Un médecin qui ne fait pas confiance aux infirmiers, il ne pourra pas travailler dans le Nord. (E18)

Cette collaboration est symbolisée aussi par l'utilisation du tutoiement et des prénoms lors des échanges : « ici, on se tutoie et on s'appelle par nos prénoms » (E03), « c'est un rapport très amical. En général, les médecins nous traitent d'égal à égal » (E19). Cette proximité est renforcée par la microsociété que constitue le Nord. Les activités sociales sont aussi organisées ensemble : « on soupait souvent ensemble. On faisait des soirées avec les médecins et les infirmières, on était très proches » (E13). Une infirmière raconte avoir été étonnée d'une telle relation de proximité :

J'avais travaillé en néonatalogie [au Sud] et je ne pense pas qu'on puisse trouver un département où il y a plus une position d'autorité ou de supériorité du médecin. Je travaillais avec des médecins qui avaient vraiment de très gros égos. Quand je suis arrivée à Puvirnituk, j'invitais des collègues infirmières pour souper et puis les médecins disaient « ah, vous faites un souper? ». Dans ma tête jamais, j'aurais pensé inviter les médecins à venir souper avec nous, parce que je ne voyais pas comme ça, mêlés avec les infirmières... Puis je me suis rendue compte que c'était tout à fait le contraire. Médecins, infirmières, ça soupe ensemble, ça s'en va faire du ski de fond ensemble. (E22)

La délégation de certains actes médicaux ou certains diagnostics accentuent cette relation de collaboration. Alors que dans un centre hospitalier du Sud de la province, le médecin sera appelé très tôt dans la prise en charge du patient, grâce aux prérogatives du rôle élargi, l'infirmière pourra poser plusieurs actes avant de l'appeler.

Le médecin sera par ailleurs exigeant envers la rigueur de l'examen physique et de l'évaluation de l'infirmière.

Dans le Nord, c'est long avant d'appeler le médecin. Il y a beaucoup d'interventions que tu peux faire avant d'appeler le médecin. Au Sud, il aurait été appelé dès début de ce processus. J'aurais fait une évaluation sommaire et j'aurais appelé le médecin. Au Nord, tu devais faire une évaluation très complète et exhaustive avant d'appeler le docteur, sinon tu te le fais dire. (E17)

Cela peut d'ailleurs les amener à discuter ensemble d'une situation de santé d'un patient et de s'accorder pour la prise en charge préconisée (E08).

#### 5.1.2.1.2 La responsabilité de la démarche d'évaluation et du diagnostic

L'autonomie de la pratique nordique ainsi que la délégation de certaines compétences médicales se traduisent par une responsabilisation accrue de l'infirmière dans le diagnostic et la prise en charge du patient.

L'apprentissage d'une évaluation complète (état général, constantes, examen clinique, hypothèses diagnostiques) donne lieu à deux conséquences principales : les infirmières doivent s'approprier la démarche diagnostique et les médecins, conscients des compétences des infirmières, exigent que leur travail soit rigoureux.

Il y a plein de diagnostics qu'on peut faire nous-mêmes, des diagnostics faciles [...] La véritable difficulté, c'est de faire des diagnostics différentiels et toutes les possibilités qui peuvent exister avec tel ou tel symptôme. [...] On ne peut pas les traiter, mais il faut quand même allumer. (E23)

Alors que dans un rôle infirmier traditionnel, les infirmières n'ont pas à approfondir leur démarche : « tu fais la collecte de données, tu la donnes au médecin et c'est lui qui réfléchit après », dans les dispensaires, la responsabilité du diagnostic revient à l'infirmière (E23). Cela représente une importante source d'insécurité : « on se *focus* beaucoup sur les diagnostics, on vérifie et on contre-vérifie » (E43).

L'infirmière bénéficie d'un niveau de responsabilité envers son patient bien plus important dans les dispensaires nordiques et son évaluation ainsi que la communication des bonnes informations est cruciale dans le parcours de soin, comme nous le rappelle cette infirmière :

C'est toi qui es avec le patient, le médecin n'est pas là. Il a juste besoin de mal comprendre les informations que tu lui donnes : le médecin est compétent, il est disposé à faire la bonne affaire, mais si moi je lui communique mal l'information ou s'il ne la comprend mal, ça peut être suffisant pour que la résultante soit une catastrophe. (E21)

Par ailleurs, le coût que représente une évacuation par avion renforce un peu plus leur responsabilité lors du diagnostic : « tu ne peux pas médévaquer toutes les douleurs abdominales. Tout le monde ne peut pas se faire palper le ventre par un médecin ou passer une échographie. Il y a un triage à faire » (E25).

Toutes perçoivent cette responsabilité comme une source d'apprentissage importante : « c'est hyper enrichissant de travailler avec eux et de comprendre leur démarche clinique à eux » (E18).

#### 5.1.2.1.3 Les exigences des médecins anticipées par les infirmières

En contrepartie, comme le souligne cette infirmière, les médecins sont exigeants envers elles :

Au début, c'est difficile, quand tu n'es pas habituée. Eux, ils sont médecins, ça fait longtemps qu'ils évaluent des patients puisqu'ils sont formés à évaluer d'une telle façon. Du jour au lendemain, ils te demandent de faire le job d'un résident, mais tu arrives comme si tu étais un externe, c'est normal que tu en oublies et qu'il y ait des affaires auxquelles tu n'aies pas pensé. C'est difficile d'atteindre le niveau auquel ils s'attendent. (E22)

Contrairement à la pratique du Sud, dans laquelle « tu as tendance à appeler le médecin », dans le Nord, « tu essaies de faire au maximum le tour avant d'appeler le médecin : tu fouilles dans les livres, tu poses des questions, tu demandes à tes collègues » (E10). Sinon, « tu te fais virer de bord une coupe de fois en te faisant dire : as-tu pensé à ça, ça, ça ? As-tu évalué ça, ça, ça? [...] À un moment tu t'en souviens et tu ne veux pas te le faire dire deux fois non plus » (E22). Ce « petit orgueil que tu développes » (E22) permet aux infirmières de s'affirmer et d'évoquer un diagnostic. « De toute façon, si tu arrives juste avec des informations, [le médecin] ne t'écouterà pas » précise François Richard (E10). Louise Billon abonde dans ce sens : « au téléphone, tout est dans la présentation du cas, si tu ne le présentes pas d'une façon solide, t'es faite » (E33).

L'évaluation complète et rigoureuse doit devenir « un réflexe, car tu n'as pas la même discussion avec un médecin ici » (E10). En effet, plusieurs infirmières soulignent que lors d'une prise en charge d'un patient ayant un problème de santé complexe, le médecin et l'infirmière vont réfléchir ensemble à la conduite à tenir (E03 ; E22).

Si j'appelais pour un cas particulier, je donnais le pédigrée de l'examen pour l'historique du patient, tout ce qu'il faut dire pour présenter un patient, comme les résidents ou les médecins font dans les équipes dans le Sud et très souvent le médecin en bout de ligne disait « Qu'est-ce que tu penses que c'est ? ». On avait toujours une idée de ce que ça pouvait être sauf que ce n'était pas dans nos deux

pages de protocole, « bien moi je pense que c'est ça » « puis qu'est-ce que tu lui donnerais ? » « Dans la pharmacie, j'ai telle, telle chose, je commencerais avec ça » « OK, c'est bien, vas-y ». (E23)

Certaines vont plus loin encore et anticipent les diagnostics comme nous l'explique cette infirmière. Certaines parlent même de deuxième opinion, pour valider la leur : « souvent on va voir [le médecin] pour une deuxième opinion, si on n'est pas capables de le gérer ou si on a un doute. Pour savoir vers où s'en aller » (E03).

Je sais exactement quoi dire, parce que [...] je sais ce qui va faire réagir le médecin, ce qui va l'inquiéter. Je sais ce que je peux dire en faisant mes observations, puis aligner mon discours pour dire « je pense qu'on s'en va vers ça » et il n'avait pas le choix d'arriver à ces conclusions, lui aussi. On a appris à fonctionner de la même façon, à donner les informations dans le bon ordre. Il y a qu'au Nord qu'on apprend ça. (E17)

Pour que la relation infirmière-médecin devienne « vraie relation de collaboration », deux mécanismes doivent se mettre en place : le lien de confiance et le tutorat. Alors, « tu deviens un allié [du médecin] et il y a une forme de respect qui s'installe très rapidement. La relation interpersonnelle est beaucoup plus intéressante [au Nord] » (E10) et cela devient « agréable de travailler ensemble » (E42).

### **5.1.2.2 Les deux mécanismes soutenant cette collaboration**

#### 5.1.2.2.1 L'établissement d'un lien de confiance

Les infirmières sont unanimes : « c'est difficile au début d'établir une relation de confiance [avec le médecin] » (E02), avec l'ancienneté et l'expérience, le médecin accorde une confiance complète dans le jugement clinique et la capacité diagnostique des infirmières, comme le relate cet infirmier d'expérience :

Après quelques années, j'ai appelé pour un patient. C'était un patient d'un certain âge, il avait une soixantaine d'années, j'ai dit [au médecin] : « je sais que c'est complètement atypique, mais moi je ne suis pas confortable de le garder au dispensaire, je pense que c'est une appendicite même s'il a soixante ans ». Il m'a dit « OK, mets-le sur l'avion. Ce serait bien étonnant, mais si tu dis que tu ne te sens pas confortable de le garder, mets-le sur l'avion, il y a un vol cet après-midi, envoie nous-le. » Il s'est rendu à Montréal : appendicite. (E23)

Un autre ajoute : « les médecins nous disaient toujours : « je te fais confiance. Si tu penses que c'est ce qu'il y avait en arrière, tu connais le patient plus que moi et c'est toi qui l'as devant les yeux » » (E43).

En réaffirmant leur confiance aux infirmières, les médecins peuvent aussi réduire l'insécurité qu'elles vivent dans leurs premiers mois en dispensaires.

La première fois que j'ai fait un examen abdominal, je me rappelle, je suis allée voir le médecin et il me dit « parfait on va faire telle, telle affaire. » ... Mais dans ma tête je me disais, mais vous ne voulez pas aller le voir ? Je me suis peut-être trompée. Il m'a répondu « non, je te fais confiance ». (E22)

Dans ce milieu complexe, la pratique en rôle élargi nécessite parfois de pratiquer des actes d'urgence avant d'appeler le médecin, lorsque la vie du patient est en danger :

Tu tombes dans des zones grises de ta pratique... mais le médecin n'est pas là et qu'est-ce qui est plus payant pour ton patient ? [...] Il faut être capable de prendre des décisions. Et de vivre avec. C'est mieux [de prendre] une mauvaise décision que pas de décision du tout. (E04).

Cette latitude peut aussi être donnée par le médecin, notamment si les conditions climatiques ne permettent pas un transfert en avion, comme dans le cas présenté par cette infirmière :

L'autre jour, une femme est arrivée en avortement spontané. J'appelle le médecin pour lui expliquer que la patiente est stable, mais qu'elle saigne beaucoup et que c'est inquiétant. Dans mon protocole, je dois faire un test de grossesse qui est positif. Le médecin m'a dit de faire un curetage, mais personne ne m'avait montré ça. J'en avais déjà vu plusieurs, mais je donnais les instruments... Le médecin m'a donné toutes les indications à distance et ça a arrêté le saignement. [...] Comme c'était encore le blizzard, on a fait un suivi le lendemain avant qu'elle ne prenne l'avion pour une échographie. Mais personne ne m'avait enseigné ça avant. (E25)

Un autre médecin n'accepte pas cette autonomie et rappelle :

On ne donne pas plus de latitude aux infirmières par choix, c'est lorsque la vie du patient est en danger : intuber un bébé par exemple, ce n'est clairement pas dans ses compétences, mais si on n'a pas le temps de faire un médévac, je vais la guider. (E31)

Il rajoute : « une plaie complexe à réparer, elles ne sont pas supposées faire cela dans le rôle élargi, mais si elle veut apprendre, je vais la guider et la laisser faire. Si elle manifeste

son intérêt » (E31) ; avant de conclure « plus les gens sont compétents et formés, mieux c'est pour l'équipe. À Puvirnituk, on est en *back-up*, mais ce n'est pas toujours le cas » (E31).

Les médecins peuvent choisir de donner de la latitude aux infirmières avec qui ils travaillent depuis longtemps, comme nous l'explique cet infirmier :

Des fois, on donne de médicaments contre la douleur qui crée de brûlements d'estomac chez certains patients. [Si ça arrive] théoriquement, il faudrait que t'appelles le médecin pour lui demander [si tu peux] donner un médicament contre les brûlements d'estomac. Mais avec l'expérience et quand tu connais ton médecin, tu l'appelles plus pour ça, parce que tu sais qu'il va te dire « pourquoi tu me déranges à cause de ça? ». Tu vas le donner, tu vas l'écrire dans le dossier, puis *that's it*. (E09)

Néanmoins, « c'est sûr qu'avec l'expérience [les infirmières] peuvent prendre des initiatives avant d'appeler les médecins, [mais] elles ne sortent pas beaucoup du cadre » (E01). C'est finalement une question de « risque calculé. Tu te permets de faire des choses qui ne sont pas dans le protocole tout en calculant très bien tes choses... il ne faut pas mettre la vie du patient en danger » (E33). François Richard nous explique que leur autonomie est déjà importante et non seulement « sortir du cadre pourrait nuire à la profession en rôle élargi », mais les médecins aussi pourraient devenir « plus réticents à déléguer des actes » (E10). Ainsi, une infirmière raconte :

La seule fois où j'ai fait quelque chose que je n'aurais pas dû, le monsieur qui avait une gastroentérite, il vomissait, il vomissait et il était déshydraté. Il avait à peu près 40 ans et moi je me suis dit « je vais lui donner un soluté, je vais le réhydrater et ça va finir là » alors j'ai appliqué ce médicament-là à ce patient, mais ça n'a pas fonctionné. Il a continué à être malade et il est revenu à la clinique. J'ai appelé le médecin, lui ai expliqué et il a répondu :

- « Ah oui, comment ça tu n'as pas appelé? »

- « Bien parce que je pensais qu'il serait correct après ».

La seule fois où j'ai comme pris comme une initiative qui n'est pas écrite dans le rôle infirmier élargi, bien là je me suis fait taper sur les doigts. (E12)

Certains médecins les préviennent : « il faut tout le temps te couvrir. Si tu sors du protocole [sans me le dire] et qu'il y a quelque chose qui ne va pas, je ne te couvrirai pas » (E13).

Très conscientes de limites, « il ne faut pas jouer au mini-docteur » (E21), elles peuvent d'ailleurs choisir de ne pas faire certains actes comme nous l'explique cette infirmière :

[Cette procédure] le médecin m'a demandé de la faire, je me suis sentie compétente pour la faire avec les connaissances que j'avais. Je lui ai posé des questions, il m'a donné des [détails sur la procédure] et ça super bien été. [...] Mais s'il m'avait demandé de faire quelque chose avec laquelle je n'étais pas l'aise, je lui aurais dit « on va attendre, on va le surveiller, on va lui donner de la médication pour qu'il compense ». Je ne ferai pas une chirurgie abdominale. Il y a toujours des limites. [...] Je pense que ça fait partie de la *game* de juger justement ce qui est opportun et ce qui est doit être fait vu les circonstances. (E25)

La chef de programme CLSC, Dominique Hamel, souligne d'ailleurs qu'« aller au-delà du rôle élargi, ce serait téméraire » (E08) et celles qui s'y sont essayé, « se frappent le nez à un moment donné » (E23). Certaines infirmières rappellent alors la pression mise par les pairs :

Une infirmière appelle [le médecin] hyper compétent avec qui on travaillait pour un cas et il fait une prescription, puis elle raccroche et dit « ce qu'il me prescrit là, il devrait me prescrire ça à la place » et là je l'ai regardée et j'ai dit « attends un peu là, tu es qui toi pour dire ce que tu viens de dire là! ». Moi je trouvais ça raide, c'était une infirmière que je trouvais dangereuse, elle n'est pas médecin. (E23)

En outre, les infirmières se montrent très respectueuses de leur code de déontologie et des limites de leur rôle.

Personnellement, je n'ai jamais justement dépassé ces limites-là, parce que je me disais, on m'accorde cette confiance-là, une plus grande autonomie et on a quand même de limites, je pense que c'est important de les respecter, parce qu'elles ne sont pas là pour rien non plus. (E43)

La dyade infirmière-médecin et cette relation de confiance sont soutenues par la mise en place du guide thérapeutique et des ordonnances collectives rédigées par le pharmacien et validées par des médecins. Celui-ci nous explique que « c'est justement pour les aider, les encadrer le mieux possible, pour leur donner le plus d'informations possible pour qu'elles soient à l'aise de manipuler ces médicaments » (E01). D'ailleurs, le pharmacien préconise de ne pas déléguer certains médicaments qui ont des effets secondaires importants, mais plutôt de donner les plus fiables :

Certains médicaments sont intéressants parce qu'ils se prennent en une ou deux fois par jour, ne donnent pas d'effets secondaires graves et ne demandent pas un suivi particulièrement lourd. C'est ceux-là qu'on a préconisés [dans nos guides]. Quand tu donnes un médicament et que tu te rends compte qu'une fois sur deux le patient

revient malade, tu n'as peut-être pas intérêt à permettre à une infirmière toute seule dans un dispensaire de lui donner. (E01)

Une infirmière illustre l'importance du guide pour leur démarche clinique : « je me sentais comme un funambule. On marche comme sur un fil de connaissances et on se dit « ça, je sais ce que c'est, ça je ne le sais pas. Si je me fie au guide thérapeutique, je suis en équilibre » » (E19).

La relation de partage entre infirmières et médecins se fait aussi en sens inverse et « les médecins apprennent beaucoup de leurs infirmières », car ils sont de plus en plus jeunes ; « ils reçoivent leurs diplômes et le lendemain, ils sont dans l'avion » nous l'explique Dominique Hamel, chef de programme CLSC à Puvirnituk (E08). Une infirmière rajoute que « les médecins posent des actes qu'ils n'ont jamais posés non plus » (E26). Certains médecins, surtout lorsqu'ils sont dépanneurs, viennent voir les infirmières pour des conseils : « ils viennent te voir pour te demander : « quel protocole tu fais d'habitude ? » (E22). Ainsi, « c'est une relation vraiment à deux niveaux, je pense que les médecins apprennent beaucoup des infirmières aussi. C'est donnant/ donnant » (E08).

Dans les dernières années, la jeunesse et le roulement des équipes changent peu à peu cette dynamique infirmière-médecin. « Même quand on a des équipes à peu près stables, ça ne reste jamais stable assez longtemps » précise une infirmière (E22) et cela a un impact sur la latitude qu'ont les infirmières, comme le précise un médecin :

Quand je suis de garde de nuit avec une infirmière avec qui je travaille depuis 2 ans, je sais quelles sont ses compétences versus avec une nouvelle...c'est sûr qu'avec elle, je vais plus me déplacer, poser plus de questions, plus vérifier... alors que si c'est quelqu'un en qui j'ai confiance et que je connais, je vais déléguer plus d'affaires. (E31)

Le lien de confiance essentiel en rôle élargi n'a plus le temps de s'établir entre les infirmières et le médecin, comme Pierre Gamache le constate :

J'ai travaillé longtemps avec le même médecin et il y avait une belle complicité. Ça change avec le temps, l'infirmière n'a peut-être pas le temps de montrer ses compétences et son jugement. Le médecin a moins confiance. Ces relations s'établissaient mieux dans les premières années [de ma pratique] que dans les dernières. On perd un peu le contact avec les médecins. (E23)

Ainsi, le rôle est amené à évoluer avec les jeunes générations d'infirmières qui restent peu de temps dans les dispensaires, mais aussi avec les médecins qui sont plus souvent présents dans les dispensaires. Louise Billon nous raconte qu'un médecin à temps plein vient d'être assigné au dispensaire et « c'est sûr qu'on se pose des questions... Comment ça va changer notre pratique ? Quand le médecin n'est pas là, tu ne vas pas appeler tout le temps. C'est la facilité quand tu as quelqu'un à demeure » (E33).

En quelques années déjà, la latitude, si précieuse et si caractéristique du rôle élargi, a diminué. Une infirmière revenue dans les dispensaires après une absence le confirme :

Si je me fie à ma pratique d'il y a deux ans, quand je suis partie, il y a [maintenant] des affaires qu'on a plus le droit de faire ou qu'on fait différemment. Ça a beaucoup changé. Les médecins sont repassés au travers du protocole et guide thérapeutique et il y a beaucoup de choses qui nous ont été enlevées. Ça a beaucoup changé notre pratique. (E40)

#### 5.1.2.2.2 Le tutorat

Les médecins sont les premiers à reconnaître les compétences de leurs infirmières, « ils reconnaissent notre autonomie et nos compétences » (E12) et à les encourager.

Mais après un mois à travailler avec ce médecin-là, je l'appelais et il disait toujours la même chose « Qu'est-ce que tu vas faire ? » Je répondais « j'installerais un soluté, je lui donnerais ça, ça, ça... ». Il me faisait confiance. Un des médecins dans le village, à un moment donné, je l'appelle, j'avais un patient avec une gastrite [j'explique que] je lui donnerais ça puis je le laisserais partir à la maison. La médecin est partie à rire. Elle a dit « mais mon Dieu, je n'ai rien à faire, je vais aller retourner me coucher ! » (E22)

Pierre Gamache relate :

Parfois on va appeler le médecin et on va présenter le patient, lui donner notre évaluation et, à la fin, le médecin va dire « Qu'est-ce que tu penses que c'est ? » et il ne se prononcera même pas. On va donner un diagnostic, il va l'appuyer et il va nous demander « Quel traitement tu donnerais ? » puis on va lui donner le traitement et il va répondre « C'est bien, vas-y, je t'envoie les prescriptions ». Il faut qu'il fasse sa prescription quand même ! Il va vraiment appuyer nos compétences. (E43)

Non seulement, les médecins valorisent leurs infirmières, mais ils les forment et les encadrent: « on fait une manipulation ensemble. Enfin, je commence et l'infirmière

termine » nous explique un médecin (E31). Une infirmière raconte qu'elle devait faire des points de suture au genou, une articulation qui bouge beaucoup et « je ne me sentais pas très à l'aise. Alors, j'ai appelé le médecin en lui demandant d'être à côté de moi, de me donner quelques trucs » (E17).

Une autre ajoute, « si tu n'as jamais fait tel test, il va te guider par téléphone, te donner des trucs pour le faire, te dire d'aller voir sur internet pour voir un vidéo de la manœuvre » (E02).

Une fois j'avais un patient qui s'était disloqué l'épaule, le médecin m'a envoyé par fax la procédure pour replacer l'épaule, avec les images. Je regarde le diagramme, les photos, les textes... Il m'appelle :

- Tu as-tu lu ?
- Oui
- Tu as des questions ?
- Ça a l'air clair, voici ce que j'ai compris...
- OK, c'est ça. Ça devrait marcher ! (E13)

Ainsi, « ils prennent le temps de nous expliquer des affaires, de se questionner, de nous guider » (E13). Souvent, lors de leurs visites dans les villages, les médecins vont offrir de la formation informelle (E02; E22; E03)

Les évacuations aéromédicales peuvent aussi être un moment propice au transfert de connaissances :

Quand le médecin est dans le médévac, tu sais que tu vas apprendre. J'étais contente de partir avec le médecin, je savais que j'allais apprendre, avoir du soutien, qu'on allait collaborer et travailler en équipe. (E17)

Fortes de cette dynamique - « on a une ouverture à entendre leurs impressions » (E37) - et de la confiance qu'elles acquièrent en leurs propres capacités, il arrive que les médecins leur donnent plus de latitude dans leur pratique (E26) : « avec les médecins, tu peux suggérer des choses, ils te laissent aller, on a de la latitude, car on a une bonne complicité » (E24).

Il est arrivé que les infirmières remettent en cause le choix du médecin et le fassent savoir. Une infirmière explique : « en cas de divergence d'opinions avec le médecin, je me pose des questions : « est-ce que j'écoute mon *gut-feeling*, mes arguments, mon jugement

clinique ? » ou « est-ce que j'écoute le médecin parce qu'elle a une autorité supérieure à la mienne ? » » (E41).

J'ai dû dire au médecin que je ne pensais pas que c'était une bonne idée d'intuber ce bébé, parce qu'ensuite, va falloir le *bagger* 36 heures de temps. J'avais travaillé en néonatalogie et je n'étais pas d'accord avec ça. Il y avait trop de risques, beaucoup plus que de bénéfices [...]. Les alarmes auraient dû déclencher. Donc je lui ai dit que je pensais que c'était plus dangereux qu'autre chose. Et il m'a écoutée et m'a dit « Bon d'accord. Mais je veux que tu l' observes » ». (E22).

Les médecins sont portés à écouter les infirmières, « mais pas à n'importe quel prix, il faut qu'ils voient que tu sais de quoi tu parles » (E27). Une infirmière souligne : « je pose des questions [au médecin], il faut avoir un esprit critique, c'est nous autres qui nous occupons du patient » (E25). Une confrontation a eu lieu lors de la gestion d'un cas pédiatrique et l'assurance de l'infirmière face au médecin a provoqué un étonnement chez une nouvelle recrue.

Certaines prises de position des infirmières peuvent cependant entraîner des conflits ouverts avec le médecin allant jusqu'à une rupture du lien de confiance. Une anecdote d'une infirmière est parlante. Alors qu'elle était appelée pour un cas de suicide, elle comprend rapidement que le patient était décédé : « tout de suite, en commençant la réanimation, en mettant le moniteur cardiaque, j'ai compris que c'était fini, qu'il n'y avait aucune chance que le jeune homme revienne » (E17). Elle appelle donc le médecin pour constater le décès, mais celui-ci décide de l'intuber et de débiter les manœuvres de réanimation. Elle précise que « c'était un jeune médecin qui commençait, j'avais plus d'expérience comme infirmière que lui comme médecin ». Alors explique-t-elle « je lui ai pris la main et je lui ai dit « c'est fini » » (E17) :

En même temps, je trouvais important de ne pas donner de faux espoirs à la famille. Je savais que ça allait être 45 minutes d'obstination inutile, pas parce que je n'avais pas envie de masser et le sauver, parce qu'il était froid et rigide et qu'il n'y avait plus aucune activité électrique. Quand on évalue le patient et qu'il est froid et rigide, c'est deux critères. (E17)

Le lendemain, l'équipe s'est réunie et la question a été débattue. Le jeune médecin lui reprochait son comportement parce que selon lui, « je l'avais empêché de réanimer le patient », tandis qu'un autre médecin la soutenait et disait « [qu'elle avait été] capable

d'évaluer le patient et de déterminer qu'il était cliniquement impossible de le ramener » (E17). Elle souligne « le médecin avait besoin d'aller au bout de son cheminement clinique, même s'il savait que le patient était mort, mais je pense que c'était un besoin égocentrique » (E17). Convaincue de son diagnostic et forte de son expérience, elle renchérit :

Quand la rigidité est installée, c'est impossible. J'étais sûre qu'il ne reviendrait pas. Tu sais, j'ai travaillé un an en soins palliatifs. J'ai vu beaucoup de morts. Peut-être que des jeunes médecins n'avait jamais vu de morts encore, mais moi, j'ai un côté paisible par rapport à ça. (E17)

De retour à l'urgence au Sud, elle a été amenée à retravailler avec ce jeune médecin, mais « les relations sont restées très froides. Cette situation y était pour beaucoup » (E17).

Ainsi, le rôle élargi est largement négocié avec le médecin et les dynamiques sont très mouvantes d'une dyade à l'autre en fonction 1) de la présence physique du médecin 2) du niveau de confiance établi, souvent, avec l'ancienneté et 3) du niveau de complexité du cas souvent associé avec la présence ou non de conditions climatiques difficiles. Par ailleurs, on constate qu'il y a une relation de respect entre médecins et infirmières, mais aussi de reconnaissance. Non seulement les médecins offrent beaucoup de support aux infirmières, mais ils vont plus loin : ils deviennent des *coachs* et des tuteurs. Principaux vecteurs d'apprentissage, ils leur offrent des opportunités de transférer leurs connaissances qui, en action, deviennent des compétences indispensables à leur pratique nordique. Cette dynamique de collaboration est renforcée par l'avantage que reconnaissent les médecins à déléguer certains actes ou diagnostics (E31).

### **5.1.3 La triade infirmière-patient-communauté**

#### ***5.1.3.1 Une infirmière « de famille »***

Le rôle élargi se négocie aussi avec le patient et la famille, surtout avec le temps. Ainsi, plus l'infirmière est installée dans la communauté et en connaît les membres, plus elle pourra offrir un large panel de soins, qui vont au-delà de la prise en charge ponctuelle du patient dans une perspective biomédicale.

À Ivujivik, par exemple, il y a plusieurs cas de santé mentale complexes. Or « [la santé mentale], c'est un peu le parent pauvre du Nord. [On essaie] de garder [les patients] à peu près stables, mais c'est tout » (E04). Une des deux infirmières du dispensaire d'Ivujivik, rattachée au village, connaît très bien la communauté, et en particulier Jack<sup>54</sup>, un jeune homme atteint de schizophrénie. Afin de s'assurer qu'il prenne son traitement de manière régulière, elle arrive à le faire venir au dispensaire en « troquant » son injection contre un *boost* au chocolat (Notes de terrain). Non seulement le suivi du traitement était assuré, mais il avait aussi de quoi se nourrir quotidiennement. Cette prise en charge allait plus loin : Jack partait plusieurs fois dans l'année dans les autres villages ou à Montréal, souvent pour consommer des drogues dures. Pour sa propre sécurité et celles des autres, cette infirmière avait demandé à Air Inuit de la contacter lorsqu'il prenait l'avion pour faire le suivi avec les professionnels de la santé dans les villages concernés ou à Montréal (Notes de terrain).

### **5.1.3.2 La problématique de l'aide**

Tout d'abord, individuellement, les infirmières doivent établir les limites de leur fonction auprès de la communauté. Les soins apportés à cette communauté, tels qui ont été structurés, ont rendu les Inuit dépendants des soins occidentaux. Non seulement ils en sont dépendants, mais certaines infirmières déplorent une certaine infantilisation de ses membres vis-à-vis des professionnels de santé. Incidemment, elles bénéficient d'un statut particulier dans les villages. Leurs compétences et connaissances sont respectées par les Inuit, en tant que soignantes, elles offrent de l'aide à la population. Leur rôle rentre ainsi en résonance avec une des valeurs fondamentales de la société inuite « le fait d'aider » (*ikajuqattaniq*). Comme le précise l'anthropologue Caroline Hervé dans son ouvrage de 2015, « le fait d'aider est une valeur constitutive de l'identité inuite » (:33).

Taamusi Qumaq, un des penseurs du Nunavik, explique que le fait d'aider est indispensable à l'harmonie sociale et a surtout permis d'assurer la pérennité de la société inuite. Les infirmières semblent avoir une reconnaissance particulière dans le village : « elles ont le beau rôle, elles enlèvent le mal », explique Daniel Michaud (E06). Par

---

<sup>54</sup> Pour conserver l'anonymat du patient, le prénom a été changé.

ailleurs, conscients de leur dépendance accrue envers les soins de santé offerts dans les dispensaires, les Inuit reconnaissent la place privilégiée des infirmières au sein de la communauté. Caroline Hervé précise : « je crois que les infirmières ont un rôle vraiment important dans les villages, si ce n'est le rôle le plus important, et je crois que les Inuit en ont conscience » (E32), réflexion qu'elle appuie par cette anecdote :

D'ailleurs à Puvirnituk, on vit dans une rue où il y a plusieurs infirmiers et mon conjoint dit souvent « c'est une des rues les mieux déneigées du village » parce que justement, c'est la rue des infirmiers et le village a bien conscience que si les conditions de travail ne sont pas faciles pour les infirmiers et s'ils bloquent les services ou quittent le village, c'est assez dramatique. Ils savent qu'ils dépendent en partie de leurs soins pour leur santé et leur bien-être. Entre des profs et des infirmiers, lesquels des deux vont se plaindre qu'ils n'ont pas d'eau ou que le camion de *sewage*<sup>55</sup> n'est pas passé ou que la rue n'est pas déneigée, s'il y en a un des deux qui doit recevoir les services les premiers, c'est probablement les infirmiers. (E32)

En revanche, la notion « d'aide » n'a pas la même signification pour les infirmières majoritairement québécoises que pour les Inuit, ce qui donne lieu à de nombreuses tensions entre les infirmières et la communauté. Cette anecdote rapportée par Caroline Hervé (2015) est parlante :

« *You don't help us* », pouvait-on lire en mai 2013, sur la voiture des infirmiers du village d'Inukjuak (...). [Cela] signifiait par écrit ce que d'autres n'hésitaient pas à dire tout haut : les infirmiers ne les aidaient pas assez, ou pas bien. De leur côté, ces infirmiers [...] ne comprenaient pas ce reproche qui leur était souvent adressé et rétorquaient : « ils veulent qu'on les aide, mais ils ne s'aident pas eux-mêmes ». Si les Inuit comme les *Qallunaat* [non Inuit] se comprennent lorsqu'ils emploient le verbe aider (*to help* en anglais, langue la plus utilisée dans les interactions quotidiennes entre ces deux groupes), visiblement, ils ne sont pas d'accord sur la signification même de cet acte. (Hervé, 2015 :69).

Dans son ouvrage Caroline Hervé (2015) explique l'importance et la complexité des relations d'aide chez les Nunavimmiut. Elles jouent par ailleurs un rôle central dans la cohésion du groupe et la pérennité des relations sociales (: 92). On comprend donc que cela puisse engendrer des débats et des frustrations des deux côtés.

Cette question d'entraide est centrale dans le lien entre les infirmiers et les Inuit. C'est souvent en termes de débats : « est-ce que vous nous aidez assez, pas assez,

---

<sup>55</sup> Le camion des eaux usées.

est-ce que c'est bien, pas bien fait ? » [...]. On est dans des jeux de discussion...(E32)

Elle précise que cette discussion démontre justement que non seulement ce lien existe, mais surtout que la dépendance est forte. La relation d'entraide est reconnue par les Inuit et les soins prodigués au village sont considérés comme essentiels à la survie de la population.

Le lien est de confiance ou de suspicion, il y a un lien qui est discuté, dans un sens ou dans l'autre, le lien est fort, vital même. [...] Ça témoigne d'un lien. Même s'ils disent « tu n'as pas fait ça bien », ça veut dire j'attendais de toi que tu fasses ça, que tu résolves mon problème. Donc il y a une grosse dépendance de toute façon. [...] Au-delà des oppositions, il y a une vraie relation d'entraide qui est reconnue par les Inuit vis-à-vis des infirmiers et ça fait qu'ils sont acceptés dans le village comme des gens qui sont essentiels à la survie du village. (E32)

Il semble que cette relation de dépendance et de respect voire de position d'alliées de la communauté puisse engendrer certaines dérives qui conduisent les infirmières établir des limites à leur rôle élargi.

Moi, je l'ai vécu quelques fois, nous on travaille de huit à cinq en dispensaire. À un moment donné, on retourne à la maison pour souper. On nous appelle: « Mon bébé fait de la fièvre »

- « Pourquoi tu n'es pas venu aujourd'hui pendant que c'était ouvert ? ».

On retourne au dispensaire, on le réouvre, on évalue l'enfant. Mais avec le temps, il y a certains villages, je peux te dire que les infirmiers les avaient bien cadrés. Je suis allée faire des gardes dans des villages où les gens n'appelaient pas. Je n'ai pas eu à faire de temps supplémentaire. Tout le monde venait à la clinique quand c'était ouvert et ils savaient très bien quand c'était le temps de déranger l'infirmière. Ils l'appelaient pour les bonnes choses. (E17)

Par ailleurs, les infirmières soulignent la fragilité de ce lien, notamment en cas d'urgence, parce que « si ça vire mal, ça peut devenir très difficile avec la communauté [...] si tu as déjà un capital sympathie, c'est plus facile » (E37). Louise Billon fait le même constat : « tu peux avoir la confiance de la communauté, tout va bien. Et il arrive un événement malheureux, un seul, et tu perds toute ta crédibilité. [...] On est jamais à l'abri » (E33).

## 5.2 L'apprentissage du rôle élargi : peu de formel, essentiellement de l'expérientiel

### 5.2.1 L'apprentissage formel

#### 5.2.1.1 La formation en rôle élargi

L'apprentissage du rôle élargi s'est structuré à travers la formation sur la culture avant le départ et la formation d'environ six semaines en rôle élargi. Par ailleurs, pendant leur parcours, les infirmières peuvent suivre de formations complémentaires, comme cela a été le cas lors de notre séjour à Ivujivik durant lequel les infirmières ont suivi une formation sur le bébé secoué par visioconférence. Elles peuvent aussi suivre des formations pendant leurs vacances. Il est à noter que la structuration de ce processus s'est construite dans les cinq dernières années, seulement certaines des infirmières de notre échantillon ont suivi ce parcours pré-départ en dispensaire. La majorité d'entre-elles n'ont pas suivi la formation sur la culture et près de la moitié d'entre-elles ont suivi la formation en rôle élargi. Pour celles qui ne l'ont pas suivie, elles parlent de mentorat formel ou de « *shadow nursing* » lors de courtes orientations d'environ deux semaines à leur arrivée en dispensaire.

La formation en rôle élargi se veut générale : « on voit tous les systèmes avec non seulement l'examen clinique, mais les pathologies qui y sont associées [...], mais aussi les suivis de grossesse, la vaccination, les troussees médico-légales, les points de suture évidemment » (E14). Organisée autour de mises en situation, parfois filmées, les infirmières passent un examen final d'admission.

Certaines soulignent la pertinence de cette formation, « je leur lève mon chapeau [...] c'est très utile et même essentiel pour les infirmières qui partent dans le Nord » (E02), « ça m'a apporté beaucoup sur les sujets que je connaissais moins comme la pédiatrie » (E17). D'autres, souvent celles qui ont suivi la formation après avoir été envoyées en dispensaire, sont plus critiques : « ce n'est pas la grosse affaire, les cours ne sont plus nécessairement adaptés à la réalité actuelle des villages » (E19). Le prix et le manque de reconnaissance dans l'univers hospitalier du Sud de la province sont aussi des enjeux importants : « ça dure deux mois, mais ensuite c'est perdu, c'est reconnu nulle part. Quand les gens

redescendent, c'est perdu » (E04). Certaines plaident donc pour une formation « maison » : « je pense qu'on aurait une bien meilleure formation avec nos infirmières, les médecins d'ici, nos protocoles, nos dosages, nos avions... on sauverait du temps et de l'argent » (E25).

Malgré l'aide que représente cette formation, « un mois pour tout apprendre et pratiquer, c'est très peu. C'est vraiment rendu dans le village en faisant ton travail et en te faisant corriger que tu apprends » (E02) et « on se casse le nez souvent, toutes les premières fois : premier examen gynécologique, premières trousse médico-légales » (E21).

### **5.2.1.2 La formation sur la culture**

La formation sur la culture a été créée en 2010 pour les intervenants sociaux (éducateurs, travailleurs sociaux, psychoéducateurs) et a été par la suite ouverte aux infirmières. En octobre 2014, lors que nous l'avons nous-mêmes suivie, c'était la première fois qu'une infirmière y participait. Malheureusement, aucune des infirmières de notre échantillon n'avait eu l'expérience de cette formation. Daniel Michaud estime que les professionnels en sont satisfaits : « on ne fait pas des miracles, mais ils sont mieux préparés » (E06).

## **5.2.2 L'apprentissage expérientiel**

### **5.2.2.1 L'unité de soin : une expérience relativement familière**

Dans l'organisation actuelle du parcours d'apprentissage du rôle élargi, le premier envoi des infirmières se fait à l'unité de soins du Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk, afin de « morceler » l'adaptation nous explique Dominique Hamel, la chef de programme CLSC (E08). Elle se fera alors de façon progressive.

Les infirmières précisent que c'est un rôle relativement similaire à celui qu'elles pouvaient avoir dans les hôpitaux du Sud de la province :

Je n'ai pas l'impression que mon rôle est si différent. Je suis là pour assurer un certain nombre de soins, pour effectuer un certain nombre de tâches par rapport aux prescriptions médicales, pour faire certaines évaluations cliniques du patient pour

guider le médecin dans son diagnostic ou dans son traitement [...] Le rôle avec le patient est très similaire à celui du Sud. (E20)

Ce passage à l'unité de soins est perçu comme une étape intermédiaire rassurante, proche du rôle infirmier traditionnel (E19). Par ailleurs, la proximité avec le dispensaire rattaché au Centre de santé permet une certaine perméabilité des rôles d'infirmières à l'unité de soins ou au dispensaire (CLSC).

Ça m'a beaucoup aidée dans la transition entre le département et le dispensaire dans les villages : comme il y a un dispensaire à Puvirnituq, les infirmières du département vont souvent aider celles du dispensaire, en cas d'urgence. On voit comment ça fonctionne. Et j'ai pu voir plein de cas de traumatismes, d'intox ou de réanimation gérés par le dispensaire. Ça a été plus facile quand je suis arrivée dans un village. (E22)

À l'unité de soins, elles apprennent diverses tâches administratives comme le transfert des patients vers Montréal. La responsabilité envers le patient étant moindre (E20), elles peuvent privilégier le contact humain : « tu as le temps de t'asseoir sur le lit avec le patient, de lui parler. Tu le suis tous les jours, c'est très différent du dispensaire » (E25).

La plus grosse insécurité est vécue lors des évacuations médicales par avion : ce sont les infirmières de l'unité de soins qui vont chercher les patients dans les villages. Il existe une procédure pour la prise en charge des patients, mais le vol et la réaction du patient en vol sont toujours des sources d'incertitude. Lors de cas d'urgence, l'infirmière est accompagnée du médecin de garde. En revanche, lorsque le cas semble moins préoccupant, elles sont seules avec le pilote et le copilote. Entre le froid en période hivernale, le temps de vol entre les villages (entre 1h et 2h30 pour y parvenir) et la prise en charge du patient, l'infirmière peut avoir à gérer des situations complexes.

### **5.2.2.2 Le dispensaire : une expérience « extrême »**

L'apprentissage du rôle élargi se fait essentiellement par expérience : « c'est vraiment *on the job* que tu apprends, en voyant des cas » (E03) et « en rencontrant des pathologies nouvelles » (E02).

L'analyse de nos données permet de mettre en évidence deux variables clés dans l'apprentissage expérientiel du rôle élargi : le niveau d'incertitude des cas cliniques et la

présence, ou non d'un médecin en dispensaire, dans un contexte qualifié d' « extrême » c'est-à-dire à la fois évolutif, incertain et à risque (Lièvre, 2014).

Si Lièvre (2014) s'intéresse plus spécifiquement aux situations de gestion dans les entreprises qui font face à « un environnement économique turbulent, chaotique, incertain où l'urgence et la crise deviennent des situations récurrentes » (:3), son raisonnement nous semble tout à fait adéquat pour décrire celles auxquelles font face les infirmières. Ainsi, outre leur large champ d'expertise et leur autonomie, c'est leur capacité à gérer ces situations extrêmes, et à être performantes, qui fait la particularité de leur pratique.

Selon Lièvre (2014), la situation extrême se définit par une situation « qui se situe en dehors de la norme, qui ne relève pas de l'expérience quotidienne. [...] Elle présente donc un écart entre une situation antérieure et une situation actuelle et/ou une situation actuelle et une situation future » (:8-9). Cet écart peut être plus ou moins grand et pour le combler, il doit y avoir un apprentissage. Elle est donc évolutive dans le temps et présente une rupture avec le mode de fonctionnement antérieur.

Par ailleurs, le contexte est perçu comme incertain : la probabilité d'apparition d'un évènement n'est pas mesurable, l'imprévisible est possible et « on sait ce que l'on ne sait pas, mais c'est à peu près tout ce que l'on sait » (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001 cités dans Lièvre, 2014). On admet alors que de nouvelles situations peuvent émerger sans pour autant pouvoir les anticiper. La capacité d'adaptation et de résilience face à ces situations inattendues est donc cruciale.

Alain Eraly (1988) pousse plus loin ce concept d'incertitude en proposant une distinction conceptuelle entre les incertitudes internes aux structures d'action, les « incertitudes structurées », et les incertitudes externes aux structures d'action, les « incertitudes non-structurées » (:56).

Plus spécifiquement, les incertitudes structurées désignent des situations caractérisées par des variations qui prennent place dans le cadre d'une connaissance tacite ou d'une procédure formelle déterminée. Devant ces variations, l'organisation et/ou l'individu disposent déjà d'un répertoire de réponses adéquates et se contentent de les réactiver, voire

de les adapter à la dernière minute au besoin. Les incertitudes non-structurées caractérisent, quant à elles, des situations nouvelles pour lesquelles il n'existe pas, ou pas encore, de modes d'action appropriés et qui requiert la transformation de certains modes existants ou l'invention de modes nouveaux. Elles exigent à la fois de l'attention et du temps.

Autrement dit le traitement des incertitudes structurées reproduit des modes existants, au contraire des incertitudes non structurées. Loin d'être dichotomiques, ces types d'incertitudes se situent sur un continuum autour de leur degré de structuration et des réponses qu'il est possible de leur apporter (Figure 5.1).

On peut considérer que les infirmières nordiques font face à ces deux types d'incertitudes: les incertitudes structurées et les incertitudes non-structurées. Les incertitudes structurées sont des cas cliniques, dont le mode de prise en charge est bien connu, encadrés par le guide thérapeutique, les protocoles de soins et les ordonnances collectives, par exemple un patient présentant une otite moyenne aiguë. Selon le pharmacien, « [les infirmières] sont capables de sélectionner les patients qui répondent aux critères [de cette pathologie], elles arrivent avec leur tableau clinique et suivent le guide thérapeutique et l'ordonnance collective » (E01). Il existe donc une réponse formalisée et encadrée. Il reste pourtant un niveau d'incertitude faible en lien avec la capacité, ou non, de l'infirmière d'établir le bon diagnostic. En ce sens, cela nécessitera un apprentissage et, donc, le développement de certaines compétences.

Au cours de leurs parcours en dispensaire, les infirmières feront face à des incertitudes non-structurées c'est-à-dire des incertitudes pour lesquelles il n'existe pas de mode opératoire existant. On peut alors penser aux situations d'urgence comme la gestion d'un traumatisme dû à un accident de ski-doo. La prise en charge de ces types de cas et les compétences médicales déléguées par le statut d'infirmière en rôle élargi ne sont pas encadrées par le protocole ou le guide thérapeutique. Cela nécessitera donc un apprentissage significatif de la part des infirmières.

Il semble important de préciser que leur expérience antérieure en soins critiques ou en urgence, qui constitue leur principal critère de sélection, permet de réduire ce type d'incertitude : elles ont certains réflexes qu'elles utilisent lorsqu'elles prennent en charge

le patient, comme, par exemple, commencer par le stabiliser. La présence d'un médecin, physique ou par téléphone, est un deuxième mécanisme qui réduit ce type d'incertitude.

Ainsi, il existe une part d'incertitude au sein d'une « incertitude structurée » soit la capacité des infirmières à établir le bon diagnostic. À l'inverse, lors d'une « incertitude non-structurée », l'expérience des infirmières et la présence d'un médecin de garde réduisent une partie de cette incertitude. À l'image du Tao, une « incertitude structurée » est toujours constituée d'une part d'incertitude et une « incertitude non-structurée » d'une part de certitude.

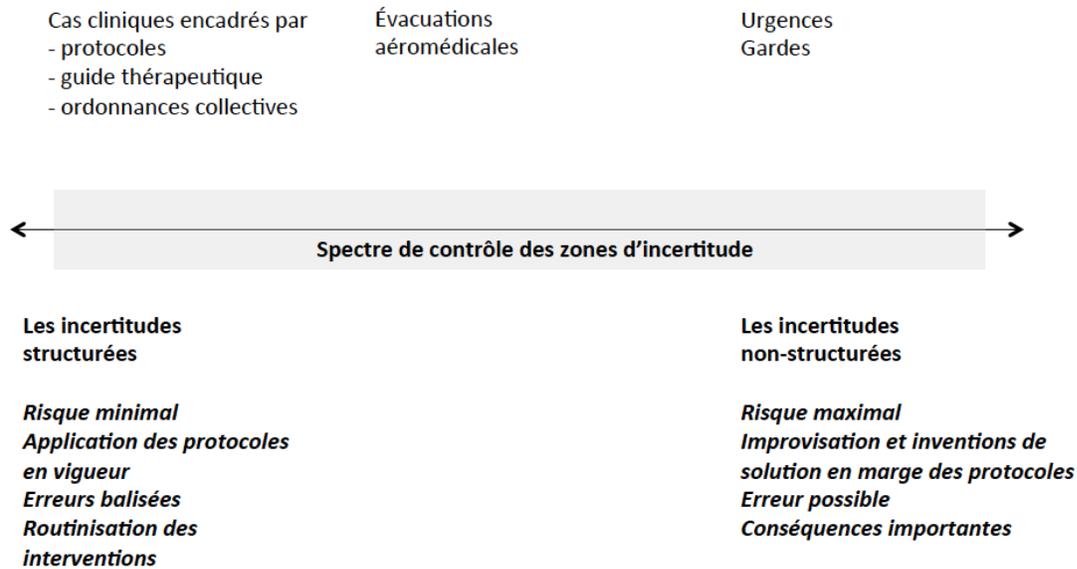


Figure 5.1 — *Le continuum de structuration des incertitudes*

Enfin, la situation est à risque dans le sens où il est possible qu'un évènement non souhaité survienne et qu'il cause des dommages : « le point de départ est un danger identifié associé à l'occurrence d'un évènement, parfaitement descriptible, dont on ne sait pas s'il se produira, mais qui est susceptible de se produire » (Callon, et al. 2001, cité dans Lièvre 2014). C'est alors « la présence du risque dans une situation qui tend à orienter le comportement des acteurs vers un comportement « adapté », car la sanction est « au bout » des choix opérés et elle peut être « lourde » de conséquences » (:7).

Lièvre (2014) souligne que ces situations extrêmes peuvent être « voulues » ou « subies », elles peuvent être aussi des situations d'urgence où la question de la temporalité des décisions et des actions prend alors une valeur toute particulière. Selon Roux-Dufort cités dans Lièvre (2014)

L'urgence naît toujours d'une double prise de conscience : d'une part qu'un pan incontournable de la réalité relève d'un scénario aux conséquences dramatiques ou inacceptables et, d'autre part, que seule une action d'une exceptionnelle rapidité peut empêcher le scénario d'aller à son terme (:10)

Une situation extrême peut devenir aussi une situation de crise au sens de Roux-Dufort (2001) lorsque l'accumulation d'incidents mineurs amène progressivement les acteurs à une situation qui dépasse leurs compétences. Lièvre (2014) donne alors l'exemple de situations qui présentent des risques vitaux ou encore qui se déroulent dans des environnements extrêmes comme la montagne ou les pôles.

La présence, ou non, d'un médecin en dispensaire est un facteur non seulement structurant de l'apprentissage, mais aussi de réduction des incertitudes. En effet, il existe des médecins permanents, physiquement présents, dans les dispensaires le long des côtes. Ce sont également les villages les plus peuplés et, donc, auxquels sont alloués le plus de ressources tant en personnel que techniques. En cas d'incertitudes structurées, cela réduit le risque lié au bon diagnostic de l'infirmière : elle pourra toujours demander la validation des membres de l'équipe infirmière ou du médecin. En cas d'incertitudes non-structurées, le patient pourra être directement pris en charge par le médecin. L'infirmière n'aura pas nécessairement à effectuer des actes hors de son rôle élargi. On peut donc faire l'hypothèse que l'intensité de son apprentissage sera moindre.

### **5.2.3 La taxonomie des apprentissages**

#### ***5.2.3.1 Les deux axes de la taxonomie et l'intensité de l'apprentissage expérientiel***

Le type d'incertitude et la présence physique du médecin en dispensaire étant deux facteurs structurants de l'apprentissage, nous avons établi une taxonomie des apprentissages selon ces deux axes (Figure 5.2). Celui-ci correspond temporellement à l'organisation actuelle de la formation du Centre de santé Inuulitsivik : un stretch à l'unité de soins, six semaines de formation en « rôle élargi », un stretch dans un dispensaire avec médecin puis l'envoi dans un dispensaire sans médecin. Cela représente une progression dans l'apprentissage des infirmières. Par ailleurs, l'intensité de l'apprentissage est représentée par l'intensité du fond gris de chacun des apprentissages. Plus le gris s'intensifie, plus « l'indice » d'apprentissage expérientiel est élevé.

Cette taxonomie sera présentée en deux temps : nous présenterons d'abord les quatre types d'apprentissages de manière synthétique afin d'en offrir une distinction rapide et claire.

Ensuite, nous contextualiserons chacun des apprentissages en fonction de plusieurs dimensions (les enjeux, les acteurs dominants, les stratégies principales).

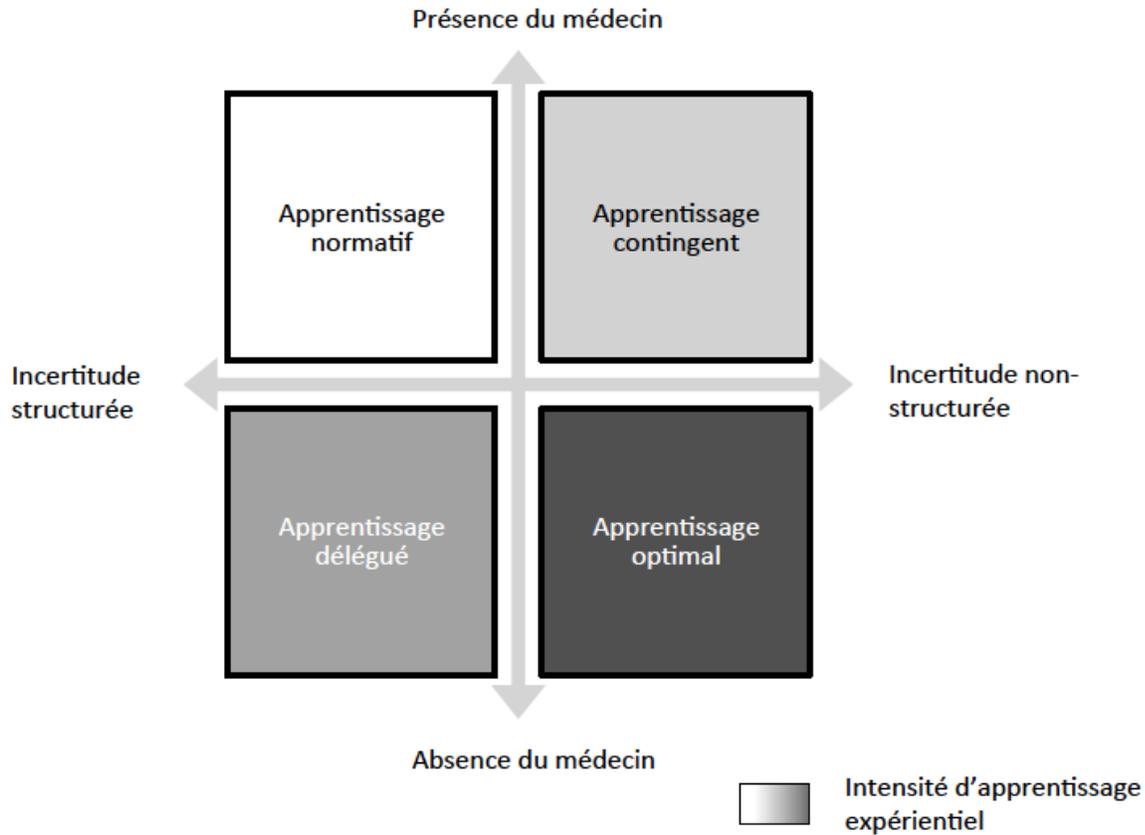


Figure 5.2 — La taxonomie des apprentissages des infirmières selon la présence d'un médecin et la nature des incertitudes

#### 5.2.3.1.1 L'apprentissage normatif

L'apprentissage « normatif » résulte de la gestion d'une incertitude structurée au sein d'un dispensaire avec un médecin présent physiquement. Ce sont donc de plus gros dispensaires, au sein des villages les plus peuplés du Nunavik, et donc, avec une équipe médicale plus importante. Dans cette configuration, en termes de « rôles » du rôle élargi présenté dans le chapitre précédent, les infirmières exerceront plutôt leur rôle médical centré sur une prise en charge individuelle du patient. Cet apprentissage correspond au rôle

élargi prescrit tel qu'envisagé précédemment, c'est-à-dire la gestion des cas cliniques décrits et formalisés dans le guide thérapeutique, le protocole de soins et les ordonnances collectives. La présence du médecin et des collègues infirmières réduit les incertitudes au minimum que ce soit par la validation des collègues ou celle du médecin. Cet apprentissage est qualifié de « normatif », car il représente la « norme » à atteindre pour pratiquer en région nordique.

#### 5.2.3.1.2 L'apprentissage contingent

L'apprentissage « contingent » résulte de la gestion des incertitudes non-structurées au sein d'un dispensaire avec un médecin présent physiquement. Les infirmières sont amenées à gérer les gardes ou les cas d'urgence qui sont potentiellement porteurs d'incertitudes non-structurées. La confiance avec le médecin sera alors essentielle puisque dans un jeu de négociation, l'infirmière pourra être amenée à construire son rôle et à augmenter sa marge d'autonomie grâce à la délégation informelle de certains actes ou diagnostics.

#### 5.2.3.1.3 L'apprentissage délégué

L'apprentissage « délégué » résulte de la gestion des incertitudes structurées au sein d'un dispensaire sans médecin présent physiquement. L'absence du médecin ainsi que la petite taille des équipes réduisent le degré de structuration de cette incertitude. Les cas de santé pris en charge sont décrits et formalisés dans le guide thérapeutique, le protocole de soin et les ordonnances collectives, mais l'infirmière aura la responsabilité du diagnostic. Sachant que cette configuration existe dans des dispensaires au sein de petits villages du Nunavik, la proximité avec la communauté augmente ce qui aura une incidence importante le positionnement de l'infirmière. Elle deviendra un acteur social. Elle apprendra à créer des liens avec les habitants et ouvrira son champ de pratique à une perspective plus communautaire.

#### 5.2.3.1.4 L'apprentissage optimal

L'apprentissage « optimal » résulte de la gestion des incertitudes non-structurées au sein d'un dispensaire sans médecin présent physiquement. Cette configuration se retrouve dans

les plus petits villages avec des équipes infirmières réduites. L'infirmière a une relation de proximité avec la communauté plus importante et les relations de confiance qu'elle a pu développer dans son rôle prescrit (gestion des incertitudes structurées) seront cruciales. C'est dans la gestion de ces incertitudes que l'apprentissage sera le plus important.

#### **5.2.4 Le lien avec le patient, la famille et communauté et son impact sur l'apprentissage des infirmières**

Tel que présenté dans les parties précédentes, les infirmières construisent leurs liens avec le patient, la famille et la communauté grâce à leur rôle d'« aidantes », concept qui entre en résonance avec les valeurs identitaires inuites, mais aussi en raison de la dépendance de la communauté envers le système de soins tel qu'il est organisé actuellement au Nunavik. Comme nous l'avons expliqué, la proximité avec la communauté se fait plus rapidement dans les dispensaires sans médecins permanents, qui sont aussi situés dans les plus petits villages et qui continuent de rester des points centraux dans les villages et des lieux de socialisation. Lorsque le lien de confiance s'établit, les infirmières, parfois dans un rôle de médiateur culturel, peuvent aller jusqu'à une adaptation de leurs soins en fonction des traits culturels inuits et de la volonté de prise en charge individuelle et collective. Ce lien reste cependant fragile et il peut se renforcer, ou au contraire se réduire, souvent lors de la gestion d'incertitudes non-structurées. On constate néanmoins que plus l'infirmière est proche de la communauté, plus elle réussira à avoir un impact sur les soins que ce soit sur leur application, leur adaptation ou leur acceptation. L'importance de la communauté dans la pratique du rôle, mais aussi la proximité de l'infirmière avec elle est représentée par la zone grisée qui s'intensifie (Figure 5.3).

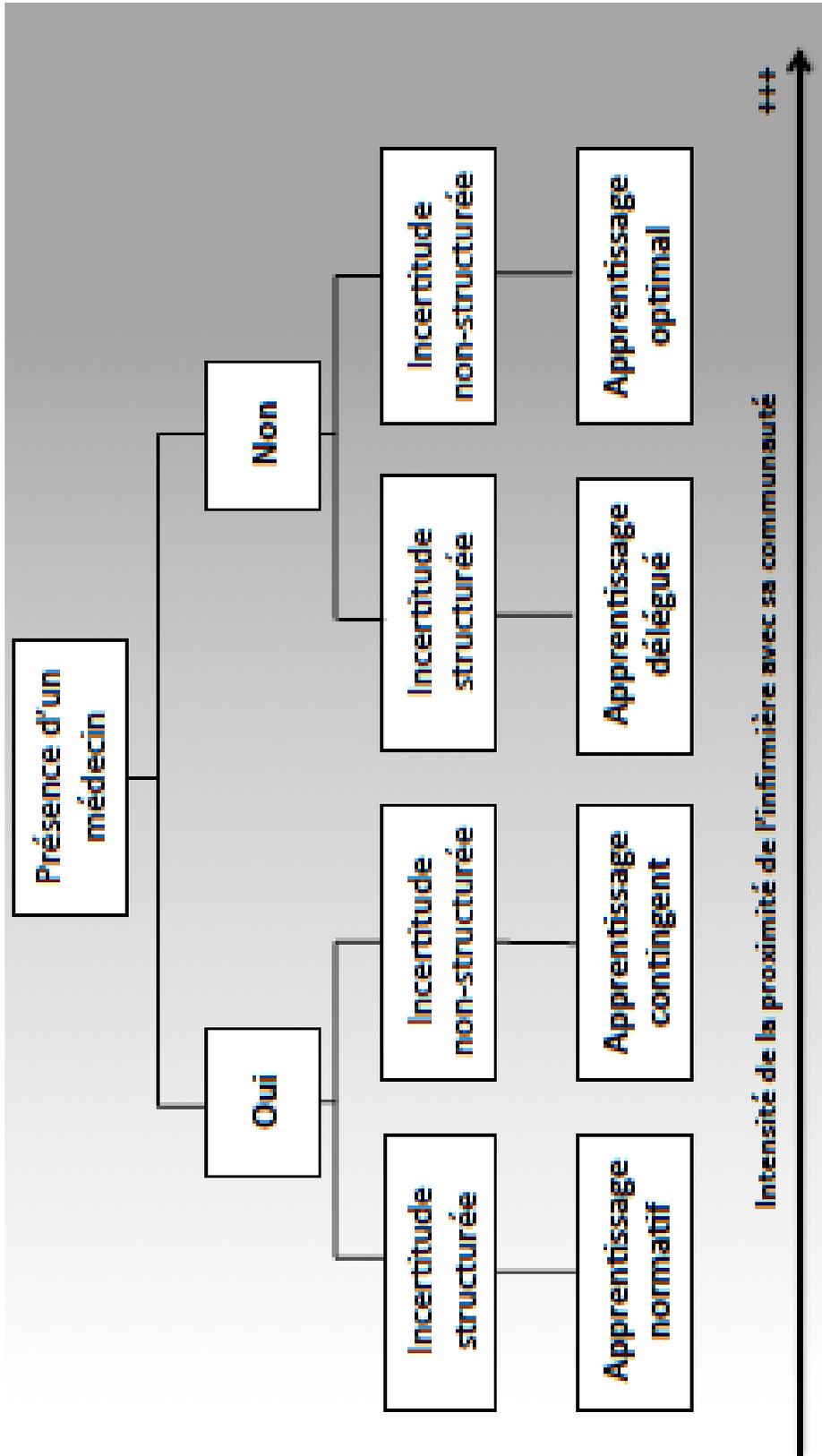


Figure 5.3 — L'impact de la communauté sur l'apprentissage des infirmières

### 5.2.5 L'impact du caractère extrême, ou à risque, du milieu

Comme l'explique Lièvre (2014), une situation extrême peut devenir une situation à risque où la temporalité revêt une importance cruciale.

Ces deux notions prennent tout leur sens lors des incertitudes non-structurées. En effet, lorsqu'il existe une réponse formalisée à un cas clinique, la notion de milieu extrême, ou à risque, a une importance relative. La prise en charge d'un patient atteint d'une otite, parce qu'elle est encadrée par un processus formalisé avec des traitements disponibles, que ce soit dans un contexte nordique ou dans un hôpital du Sud de la province, reste la même. À l'inverse lors de la prise en charge d'un cas d'urgence, le caractère extrême du contexte prend toute son importance : le concept de milieu extrême et la temporalité des décisions sont alors cruciaux et la situation peut devenir risquée en fonction de l'évolution du tableau clinique du patient.

L'isolement géographique ne permet pas une prise en charge d'un cas urgent aussi rapidement que dans un établissement du Sud de la province puisqu'il faut compter, en moyenne, trois heures pour transférer un patient vers le centre de Santé Inuulitsivik. Si le transfert doit être fait par l'avion gouvernemental directement vers Montréal, cela peut prendre encore davantage de temps. Par ailleurs, avec les conditions climatiques qui peuvent s'avérer difficiles, en hiver notamment, il est possible que cela ne soit pas envisageable. De ce fait, les infirmières peuvent être amenées à gérer sur place des cas complexes, nécessitant une délégation *de facto* de compétences médicales hors de leur rôle élargi. Elles seront sous la supervision en personne, ou téléphonique, du médecin (Figure 5.4).

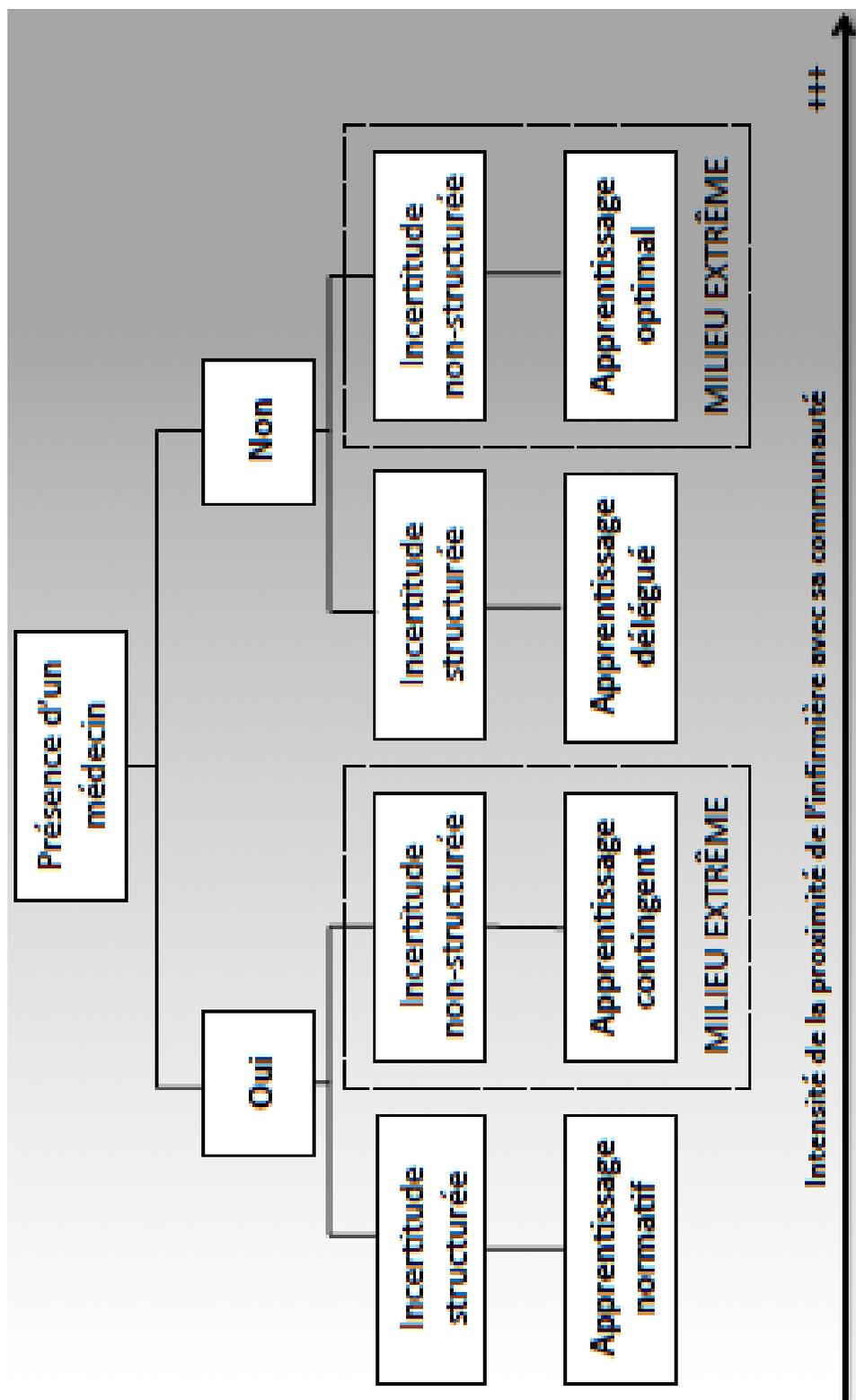


Figure 5.4 — L'impact du caractère extrême, ou à risque, du milieu sur l'apprentissage des infirmières

### **5.3 L'apprentissage du rôle élargi dans une perspective de parcours de professionnalisation : vers quel profil de compétences-clé ?**

#### **5.3.1 Une perspective stratégique sur l'apprentissage et le développement de compétences-clé**

L'enjeu principal des infirmières est de réussir à exercer leur rôle élargi en pleine autonomie, c'est-à-dire seules dans les dispensaires, isolées, avec peu de ressources et en tant qu'intervenantes de première ligne dans un contexte psycho-socio-culturel complexe.

Durant leur parcours, elles font face à plusieurs défis d'apprentissage que nous avons qualifiés d'incertitudes pouvant être à la fois structurées par des processus formels, mais aussi non-structurées dont les réponses ne sont pas explicitées. Leur objectif sera de réduire ces zones d'incertitudes en les contrôlant.

Par ailleurs, comme l'expliquent Crozier et Friedberg (1977), pour réussir à atteindre un objectif personnel à plus ou moins long terme, l'acteur doit s'adapter aux évolutions de son environnement en se positionnant à court terme grâce à des objectifs intermédiaires, qualifiés d'« enjeux ». L'environnement dans lequel les infirmières pratiquent varie en fonction d'une dimension principale : la présence ou non d'un médecin. Cette présence, ou absence, révèle aussi d'autres contraintes de l'environnement : la taille de l'équipe infirmière, les ressources techniques à disposition, la taille de la communauté, la place du dispensaire au sein de la communauté, mais aussi la proximité des infirmières avec ses membres. Cela aura un impact sur les stratégies que les infirmières privilégieront pour répondre à leurs enjeux d'apprentissage, objectifs intermédiaires, qu'elles doivent atteindre pour exercer leur rôle élargi de manière autonome.

Ainsi, dans notre raisonnement, chaque type d'apprentissage révélera un enjeu principal d'apprentissage, un objectif à plus court terme pour l'infirmière, un acteur dominant et des stratégies principales (Figure 5.5). Crozier et Friedberg (1977) distinguent quatre sources de pouvoir correspondant à divers types de sources d'incertitudes particulièrement pertinentes pour une organisation : celles découlant de la maîtrise d'une compétence particulière, celles liées aux relations entre une organisation et son environnement, celles qui naissent de la maîtrise de l'information et de la communication et celles qui découlent

des règles organisationnelles ( :83). Toutes les quatre se retrouvent dans le cas étudié dans cette recherche.

Nous nous concentrerons sur la première source soit la maîtrise de certaines compétences. Ainsi, le développement de compétences, résultantes de la gestion des incertitudes et des apprentissages de l'infirmière, leur permettra d'exercer leur rôle de manière performante. Du point de vue du parcours de professionnalisation, nous faisons l'hypothèse que celui-ci sera réussi uniquement si l'infirmière arrive à harmoniser son capital compétences pour mener à bien son rôle. Le succès de la mission, ou une bonne performance de l'infirmière, dépendra donc de la qualité de son parcours : qualité de ses apprentissages, choix des stratégies appropriées et traduction de celles-ci en compétences-clé.

Nos données montrent qu'il existe huit compétences développées chacune lors de la gestion des enjeux d'apprentissage (Figure 5.6). Celles-ci seront qualifiées de compétences-clé. En effet, il est bien évident que les infirmières nordiques vont mobiliser d'autres compétences dans leur pratique quotidienne, mais notre analyse nous amène à isoler les compétences les plus sensibles, les plus stratégiques pour la réussite des missions. L'enjeu visé n'est donc pas l'exhaustivité, mais plutôt de repérer les compétences les plus discriminantes de la performance. En ce sens, elles seront « clés ».

Par ailleurs, nous avons fait le choix d'associer le développement de certaines compétences-clé à un type d'apprentissage. Ce choix a à la fois une visée pédagogique, mais surtout, nos analyses montrent qu'il existe une temporalité dans le développement de compétences-clé. Il y a donc des périodes, clés elles aussi, où ces compétences deviennent discriminantes de la performance des infirmières. Cela ne veut pas dire que certaines compétences ne seront pas développées un peu plus tôt ou plus tard durant leur parcours nordique, mais leur impact sur leur performance sera plus important lors de certaines étapes de leur apprentissage.

Il convient donc d'explicitier chacun des enjeux d'apprentissage et des concepts qui en découlent, mais aussi d'en déduire les huit compétences-clé des infirmières nordiques. Par ailleurs, Linda Godin, Directrice des soins infirmiers, précise : « on n'arrive toujours pas à s'entendre sur le profil de compétences que l'on veut pour nos infirmières ni sur les

certifications qu'elles devraient avoir » (E16). Outre l'intérêt d'une telle démarche au niveau méthodologique, offrir une taxonomie des huit compétences-clé revêt une valeur pratique incontestable.

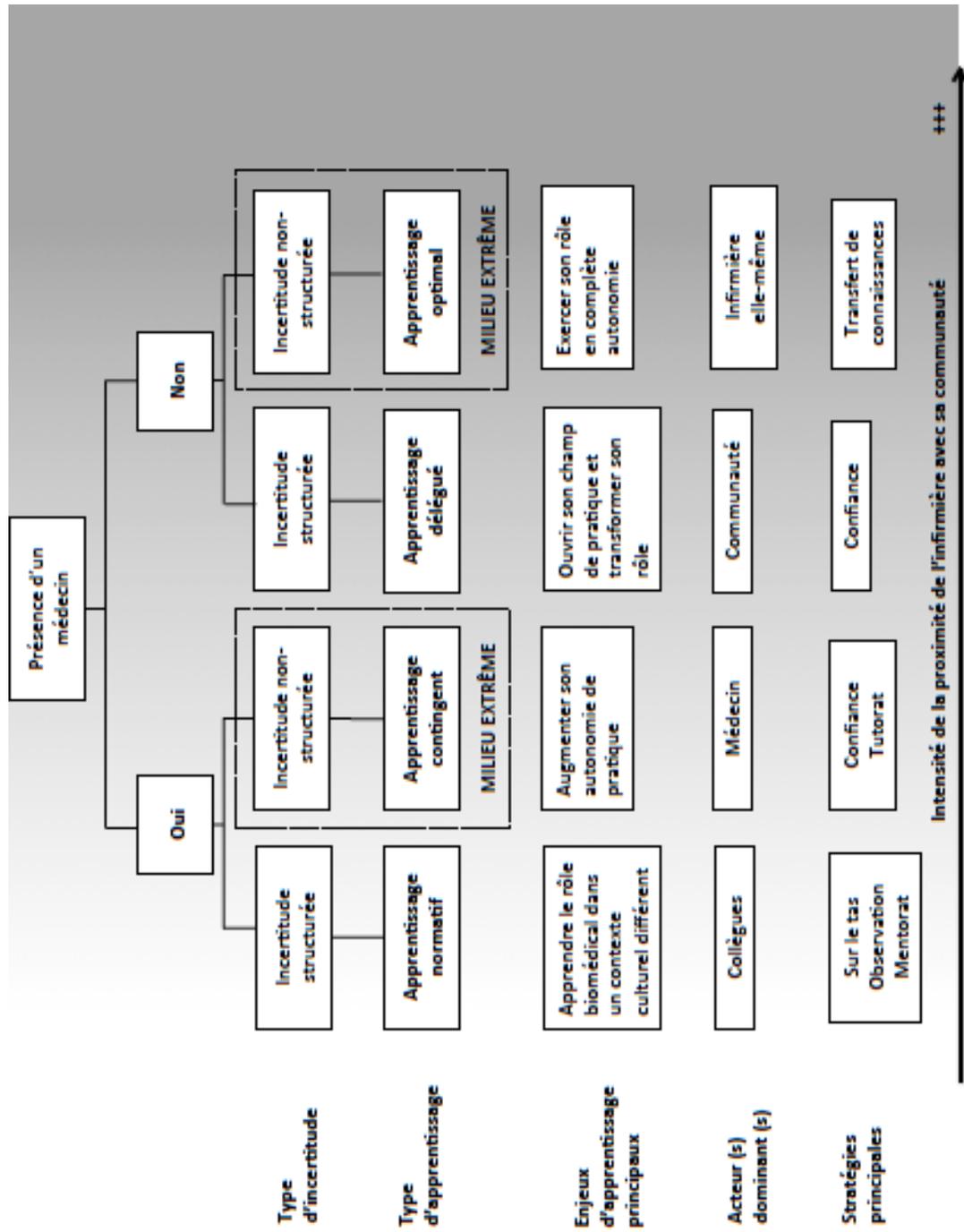


Figure 5.5 — Les principaux enjeux, acteurs et stratégies d'apprentissage de l'infirmière

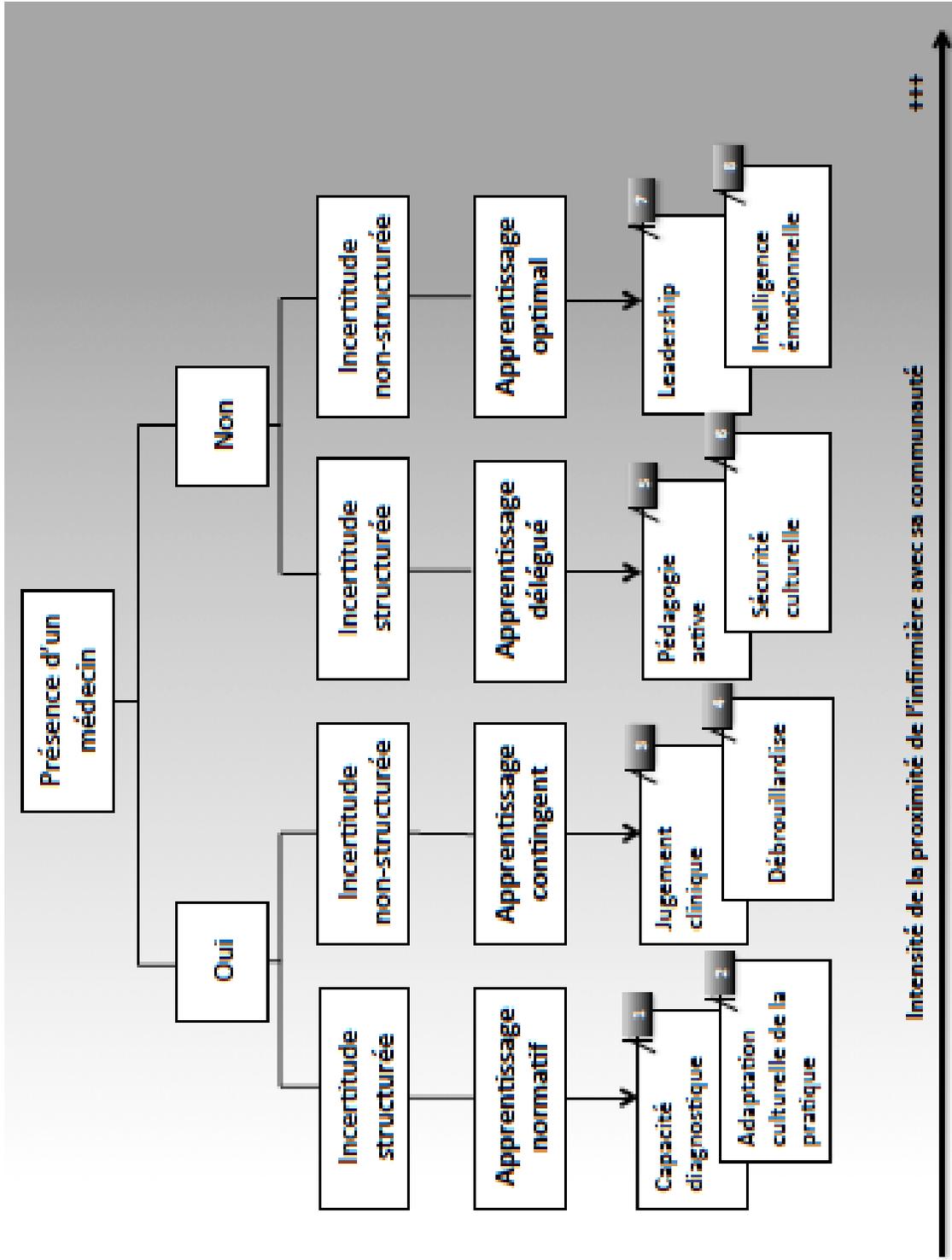


Figure 5.6 — Les huit compétences-clé de l'infirmière nordique

### ***5.3.1.1 L'apprentissage normatif : Apprendre le rôle biomédical prescrit et le rôle administratif dans un contexte culturel différent***

Le premier enjeu d'apprentissage ou objectif court terme de l'infirmière lorsqu'elle arrive dans un dispensaire, généralement avec un médecin, est d'apprendre la partie biomédicale de son rôle dans un contexte culturel différent. La principale caractéristique du rôle élargi est la délégation de certains actes médicaux encadrés par un guide thérapeutique, ce que l'on a appelé des incertitudes structurées. Les infirmières doivent donc « combler » leur capital compétence en apprenant à faire certains diagnostics en suivant le guide thérapeutique, les protocoles de soins et les ordonnances collectives. Outre l'apprentissage de la partie biomédicale du rôle élargi, les infirmières doivent rapidement adapter leur pratique à un contexte culturel différent, et donc commencer à comprendre les principaux traits culturels de la population.

Nous l'avons qualifié d'apprentissage « normatif » dans le sens où c'est une norme à atteindre par chacune des infirmières lorsqu'elles envisagent une pratique nordique.

#### **5.3.1.1.1 Acteurs et stratégies**

Nos données montrent que l'acteur principal de cet enjeu d'apprentissage sera l'équipe infirmière, soit les collègues. C'est grâce à eux et à leurs expériences que les infirmières apprendront ou valideront leurs diagnostics et démarches.

Par ailleurs, les stratégies d'apprentissage seront de trois ordres : 1) l'apprentissage sur le tas, au fur et à mesure que les cas se présentent ; 2) l'observation des collègues voire le mimétisme dans l'approche de soin ; 3) la mise en place de relations de mentorat informelles entre les plus jeunes infirmières et celles avec de l'expérience en dispensaire favorisant le transfert de connaissances (Figure 5.7).

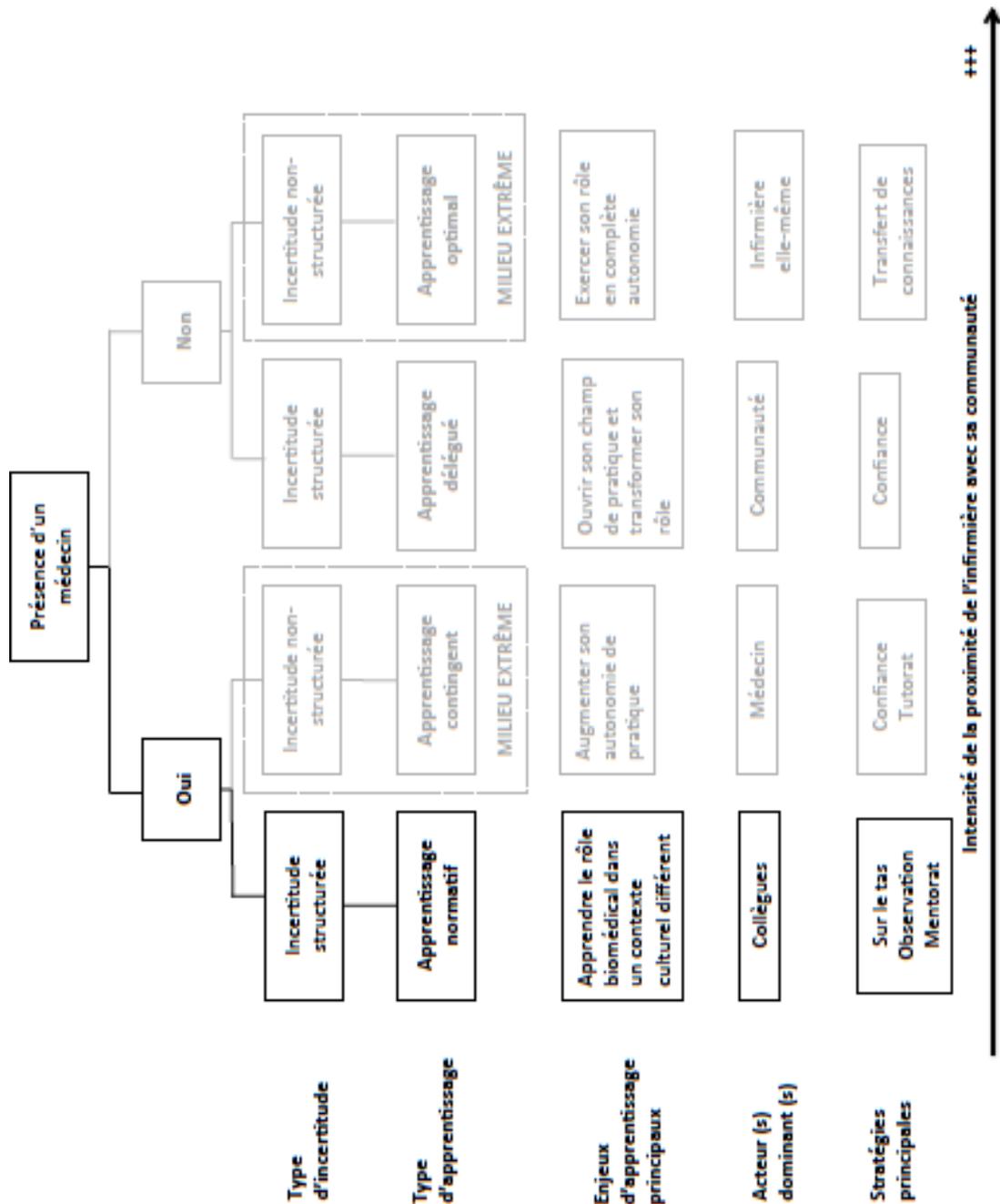


Figure 5.7 — Apprentissage normatif des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies

#### 5.3.1.1.2 Compétences-clé développées

De cet apprentissage, deux compétences-clé sont développées : la capacité diagnostique et l'adaptation culturelle de la pratique (Figure 5.8).

En effet, les infirmières apprennent donc à diagnostiquer les différentes pathologies qui leur sont réservées dans leur rôle élargi comme, par exemple, l'otite moyenne chez l'enfant. En suivant un raisonnement rigoureux et scientifique, elles évaluent l'état de santé du patient à l'aide du guide thérapeutique et proposent une prise en charge en accord avec les protocoles de soin et les ordonnances collectives.

Par ailleurs, elles apprennent à comprendre certains traits culturels inuits qui peuvent influencer la relation avec le patient. Pour l'illustrer, les infirmières nous expliquent, par exemple, qu'il est difficile d'avoir une discussion avec un patient inuit : ils parlent peu, « ils ne sont pas très volubiles ni très expressifs » (E23) et froncent les sourcils pour acquiescer. Elles intègrent ces traits culturels à leur pratique et, notamment lors du questionnaire d'évaluation.

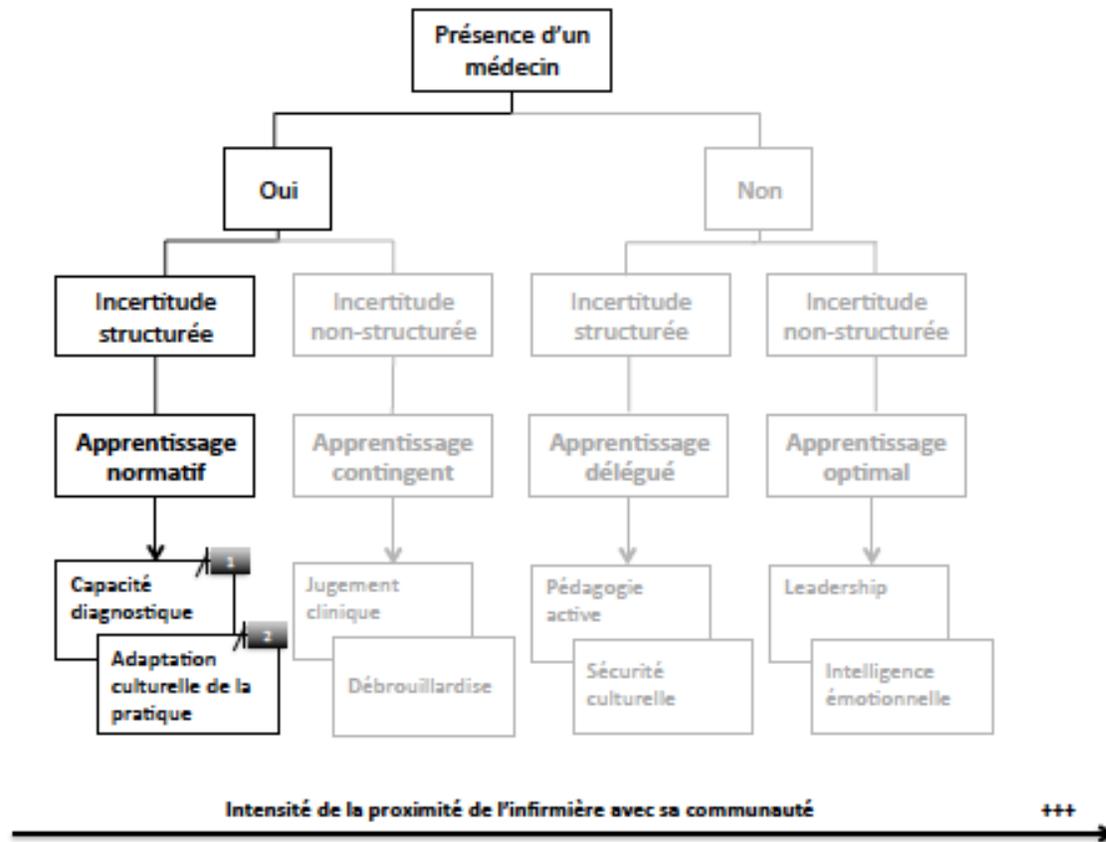


Figure 5.8 — Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage normatif

### 5.3.1.2 L'apprentissage contingent : Augmenter son autonomie de pratique

Après avoir réussi à acquérir l'apprentissage normatif et les deux premières compétences-clé, les infirmières doivent gérer des incertitudes non-structurées qui donnent lieu à l'« apprentissage contingent ». L'enjeu sera alors d'augmenter leur autonomie de pratique en jouant sur les frontières de leur rôle dont les contours restent flous.

Comme nous l'avons expliqué plus tôt dans ce travail, les infirmières construisent leur rôle élargi et peuvent choisir d'augmenter leur autonomie de pratique. Dans la mesure où il convient à chaque infirmière de construire son rôle et de choisir le degré d'autonomie qu'elle souhaite, nous avons qualifié cet apprentissage d'apprentissage « contingent ».

#### 5.3.1.2.1 Acteurs et stratégies

L'acteur dominant de l'apprentissage contingent est le médecin présent dans le dispensaire. C'est avec lui, et grâce à lui, que l'infirmière va construire son rôle, négocier sa marge de manœuvre, voire apprendre au-delà du rôle prescrit par l'organisation. Bref, enrichir considérablement son rôle et ses connaissances.

Les deux stratégies principales sont l'établissement d'une relation de confiance et la mise en place de tutorat informel. Ainsi, l'infirmière, d'abord parce qu'elle aura fait ses preuves lors de la gestion des incertitudes structurées, puis avec l'expérience qu'elle aura des incertitudes non-structurées, gagnera la confiance du médecin qui lui donnera plus de latitude, voire lui laissera gérer certaines pathologies hors du rôle élargi, toujours sous sa supervision cependant.

Le médecin mettra souvent en place des pratiques de tutorat informel, en proposant à l'infirmière de lui montrer des gestes ou des procédures hors de son rôle qu'elle pourrait être amenée à gérer lorsqu'elle partira seule dans un dispensaire. En ce sens, le médecin et l'infirmière anticipent le risque sous-jacent à une pratique infirmière autonome dans un dispensaire sans médecin et tentent ainsi de le réduire (Figure 5.9). Il y a une forme de projection à moyen terme de la part des deux acteurs.

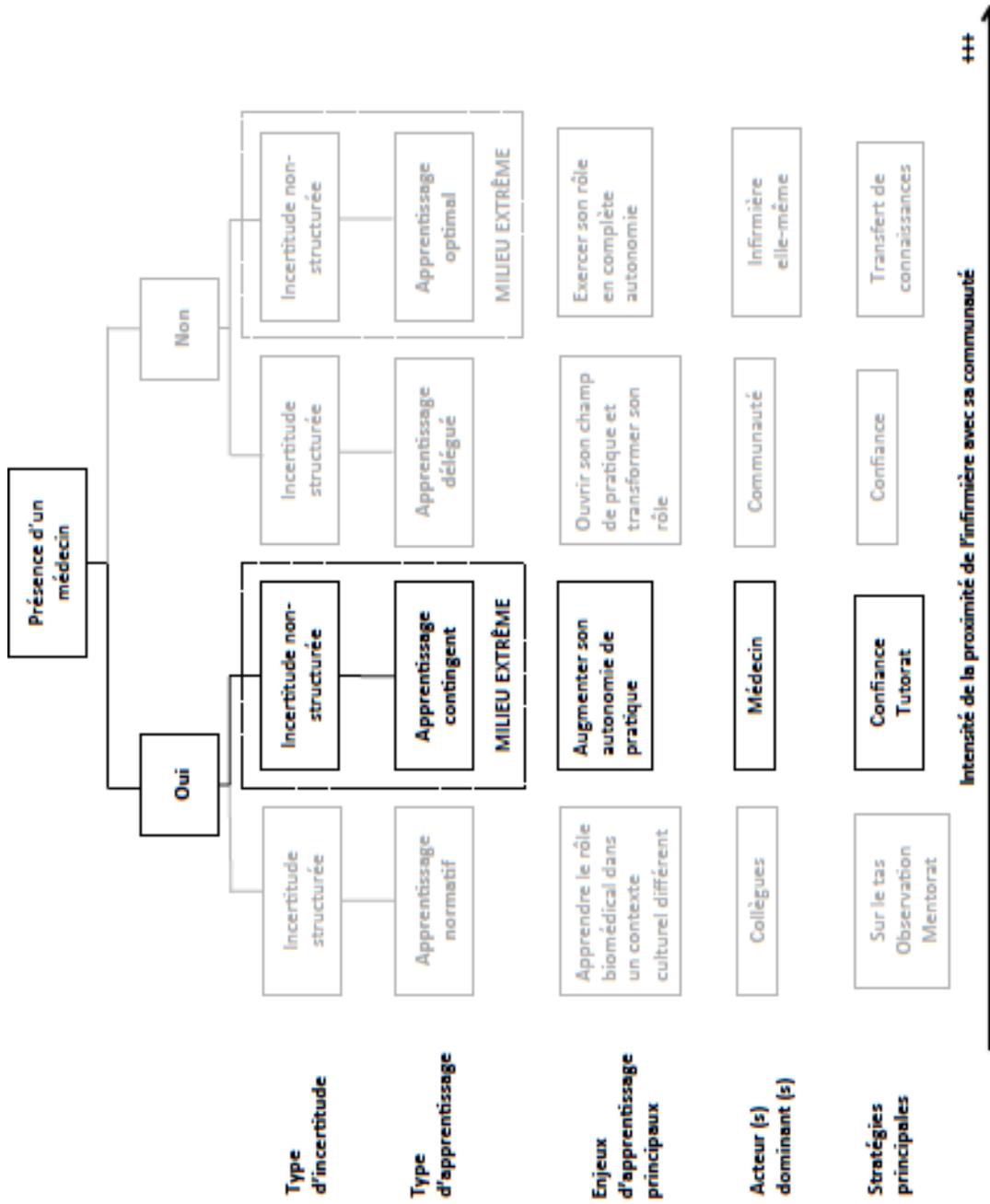


Figure 5.9 — Apprentissage contingent des infirmières: enjeux, acteurs, stratégies

#### 5.3.1.2.2 Compétences-clé développées

Nos données montrent que deux compétences-clé sont développées lors de l'apprentissage contingent : le jugement clinique et la débrouillardise (Figure 5.10).

Définit comme la capacité à « établir des liens entre le savoir général de l'infirmière et le savoir particulier liés à une personne et sa condition de santé » (Dallaire et Dallaire, 2008), le jugement clinique est essentiel dans le Nord. Louise Billon nous le confirme : « si tu n'as pas de jugement clinique, tu ne peux jamais rester dans le Nord » (E33). Le jugement clinique est crucial lors des gardes, « le triage au téléphone, c'est un énorme défi » (E10) et « il faut avoir un bon jugement, il faut être solide » (E07).

Par ailleurs, la débrouillardise est perçue comme essentielle, « je savais qu'il fallait être débrouillard pour aller dans le Nord » (E12), que ce soit parce que les ressources sont limitées, mais aussi pour trouver des moyens de prendre en charge adéquatement le patient ou encore lors de problématiques plus techniques reliées à l'administration du dispensaire. Les infirmières sont tenues de trouver des solutions rapides, et parfois innovantes, à toutes sortes de situations.

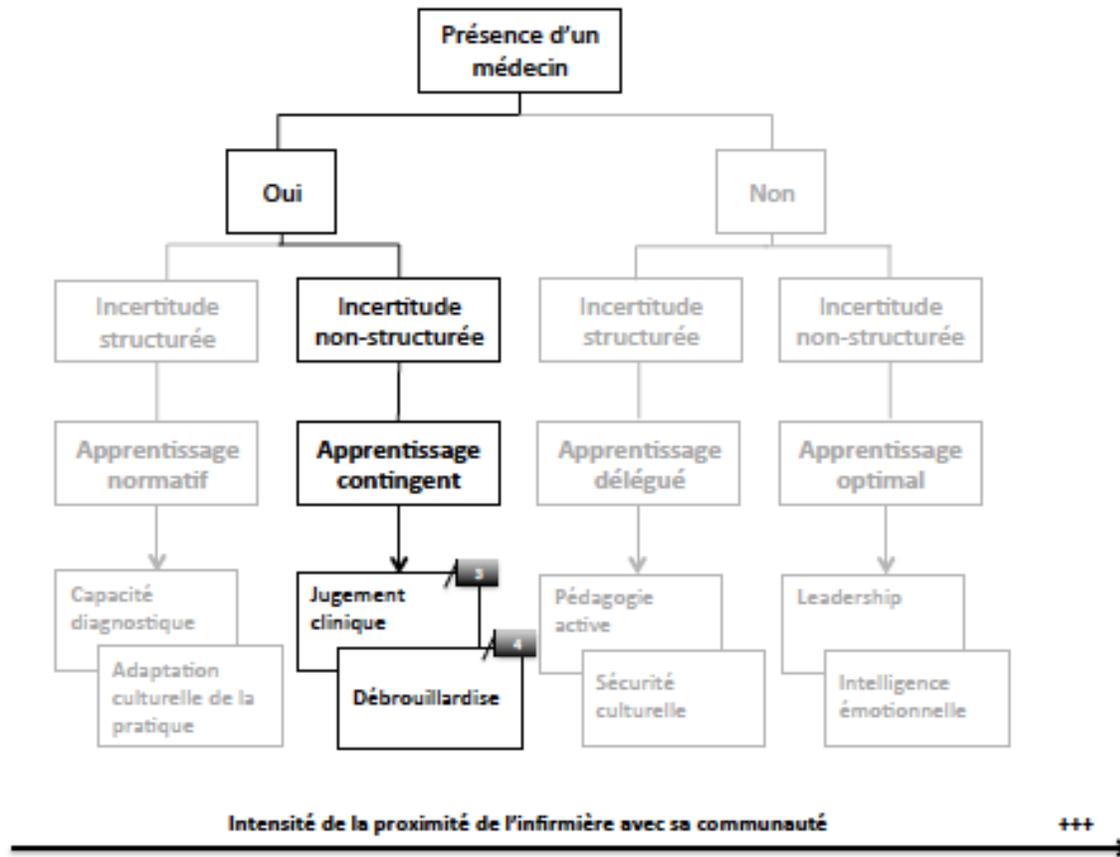


Figure 5.10 — Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage contingent

### 5.3.1.3 L'apprentissage délégué : Ouvrir son champ de pratique et transformer son rôle

Pour la première fois seule dans un dispensaire sans médecin, et avec une équipe réduite, l'infirmière doit gérer les incertitudes structurées, c'est-à-dire celles dont les réponses organisationnelles sont déjà explicitées. On peut alors parler de prise en charge des patients pour les soins courants et les diagnostics et actes prescrits dans son rôle élargi.

Généralement à l'aise dans la prise en charge de ce type de cas, l'infirmière cherchera à ouvrir son champ de pratique aux autres rôles inclus dans le rôle élargi, mais aussi à transformer son rôle vers une approche plus communautaire dans une perspective de prise

en charge de la santé de la communauté. Nous avons qualifié ce type d'apprentissage de « délégué ».

#### 5.3.1.3.1 Acteurs et stratégies

Pour accéder à cette nouvelle étape de son apprentissage, l'infirmière va chercher à développer une relation de confiance avec la communauté et ses différents acteurs. Les dispensaires sans médecin sont les dispensaires des plus petits villages, de quelques centaines de personnes. Comme nous l'avons expliqué, la place du dispensaire au sein des villages a beaucoup évolué, mais il reste un point central dans les plus petits villages inuits. C'est un lieu de soin, mais aussi de socialisation.

Cela permet aux infirmières de situer plus rapidement les familles, les dynamiques du village et de faire certains rapprochements entre les patients. Elles vont peu à peu, grâce à la maîtrise de quelques mots en inuktitut, par exemple, gagner la confiance des membres de la communauté. Fortes de leur expérience antérieure, des apprentissages et des compétences déjà acquis, elles vont rentrer dans un rôle plus communautaire (Figure 5.11).

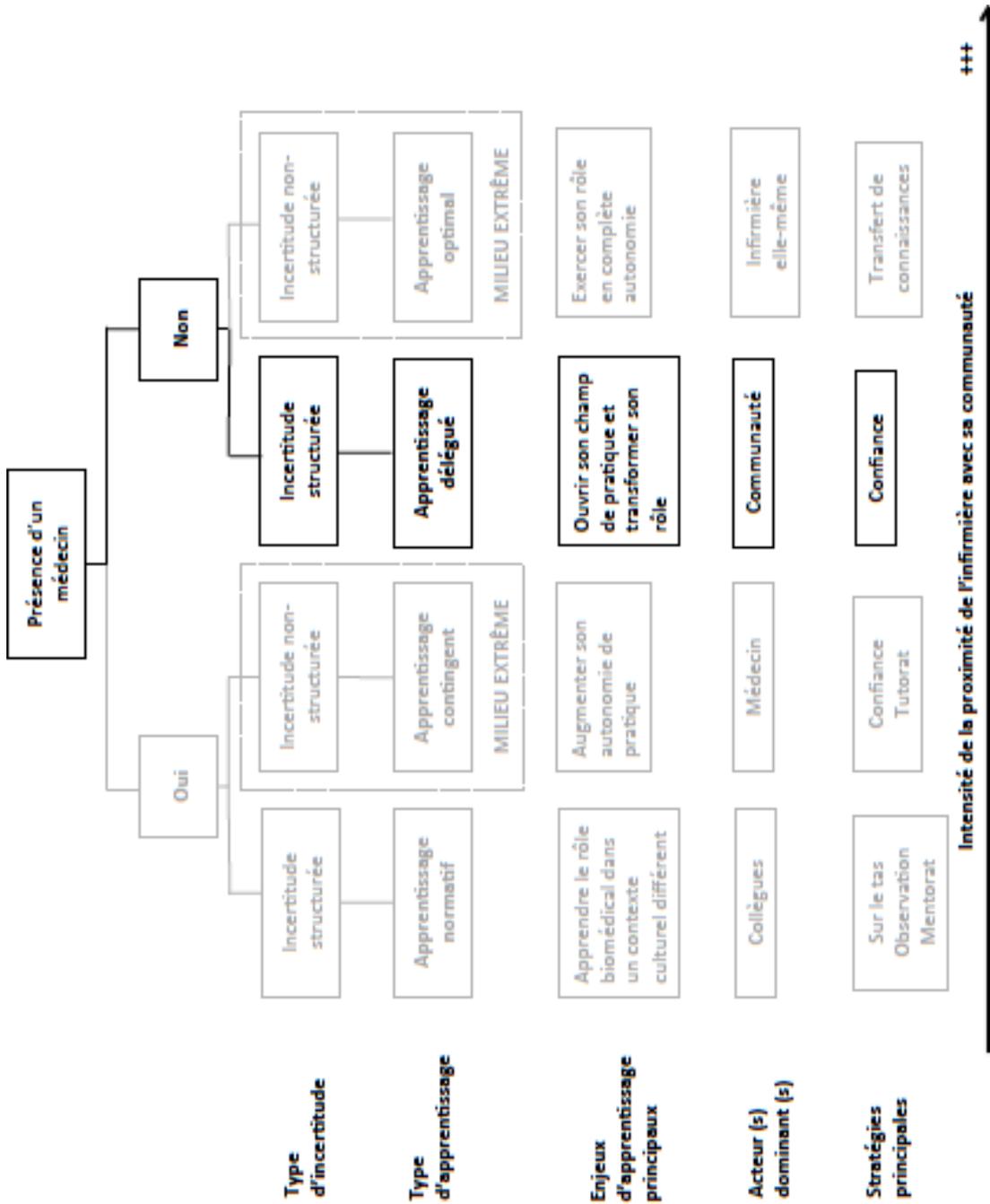


Figure 5.11 — Apprentissage délégué des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies

### 5.3.1.3.2 Compétences-clé développées lors de l'apprentissage délégué

Lors de l'apprentissage « délégué », l'infirmière va développer deux compétences-clé : la pédagogie active et la sécurité culturelle (Figure 5.12).

La pédagogie active se réfère à la perspective de santé communautaire qu'elle adopte peu à peu : elle centre son point de vue autour d'une prise en charge plus globale de la santé de la communauté. L'infirmière va aller au-delà d'une prise en charge individuelle et ponctuelle du patient en axant sa pratique sur « la prévention et la promotion de la santé » (E40). Tout cet aspect de « prévention, mais aussi de conscientisation est incontournable » (E40).

Par ailleurs, l'infirmière ouvre sa réflexion à la notion de sécurité culturelle en lien avec le rôle de « médiateur culturel » auquel elle se sensibilise, plus ou moins consciemment. Ce concept issu de la réflexion sur les soins infirmiers en Nouvelle-Zélande est encore peu utilisé dans les contextes francophones (Blanchet Garneau et Pepin, 2012). Nous reprendrons ici la définition du *Nursing Council of New Zealand* (2011) cité par les auteurs : « la pratique infirmière ou sage-femme efficace, auprès d'une personne ou d'une famille d'une autre culture, est déterminée par cette personne ou cette famille. La culture comprend, mais ne se limite pas, à l'âge ou la génération, le genre, l'orientation sexuelle, le métier ou le statut socioéconomique, l'origine ethnique ou l'expérience migratoire, les croyances religieuses et spirituelles ainsi que les handicaps. [traduction libre] ( : 7). Ainsi, « l'infirmière qui dispense les soins a entrepris un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et reconnaît l'impact de sa culture sur sa pratique professionnelle » [traduction libre] ( :34).

Les infirmières entrent dans une réflexion plus critique sur la perspective occidentale et biomédicale des soins qu'elles offrent à la population, prennent la mesure des liens historiques et politiques des Inuit avec le Canada et ouvrent leurs soins à certaines pratiques traditionnelles, comme l'application de graisse d'ours sur une plaie, par exemple et, ce, avec la volonté de développer des relations de confiance et de respect avec la population.

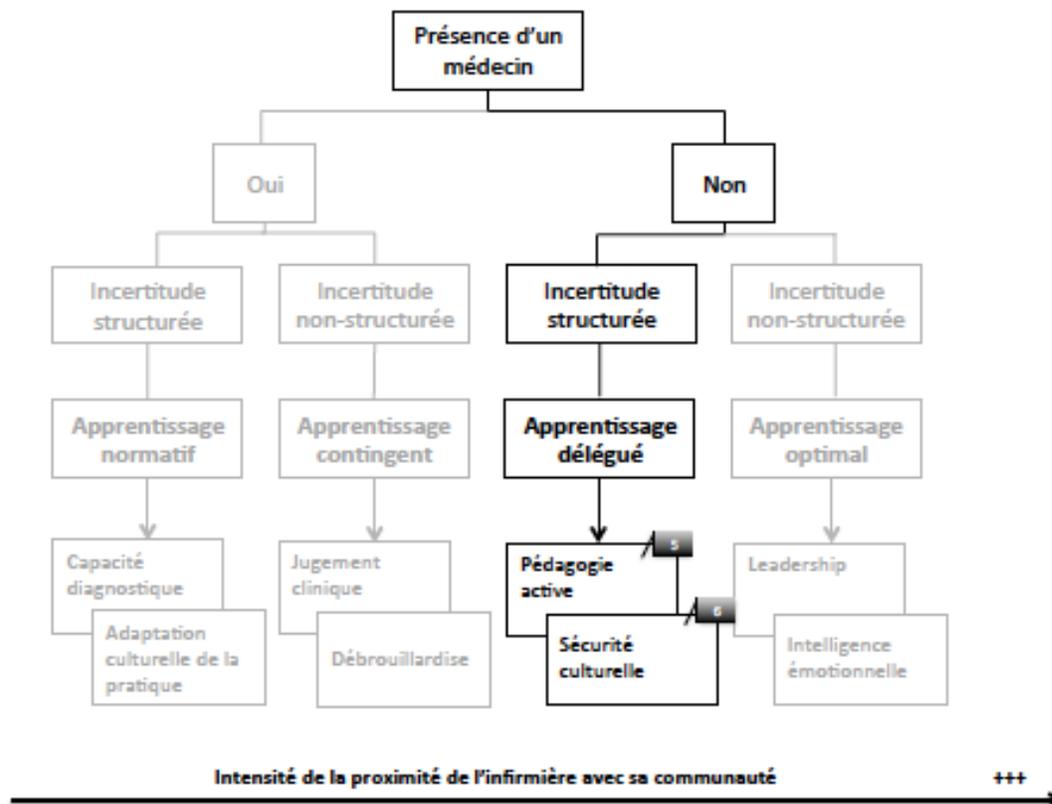


Figure 5.12 — Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage délégué

#### 5.3.1.4 L'apprentissage optimal : Exercer son rôle en complète autonomie

Finalement, le dernier apprentissage de l'infirmière nordique est l'apprentissage « optimal » issu de la gestion des incertitudes non-structurées au sein d'un dispensaire sans médecin. L'enjeu sera de gérer les situations critiques, qui, souvent, exigent qu'elles posent des diagnostics et des actes en dehors de leur rôle élargi, mais toujours sous la supervision, téléphonique ou par visioconférence, du médecin de garde. Cumulé aux autres apprentissages, on peut considérer que l'infirmière sera capable d'exercer son rôle en complète autonomie.

#### 5.3.1.4.1 Acteurs et stratégies

Cela dépendra principalement de l'infirmière elle-même et de sa capacité non seulement à transférer les directives et les actes demandés du médecin non présent physiquement, mais aussi à mettre en pratique les apprentissages et les compétences-clé développées précédemment. Le transfert de connaissances est donc leur stratégie principale d'apprentissage. Elle mettra en œuvre les différents rôles du rôle élargi, la confiance sera installée avec le médecin et la communauté et elle se sentira suffisamment confiante pour dépasser les frontières de son rôle, au besoin. Elle aura atteint un niveau d'autonomie de pratique complète dans un dispensaire isolé, avec peu de ressources et dans un contexte psycho-socio-culturel complexe (Figure 5.13).

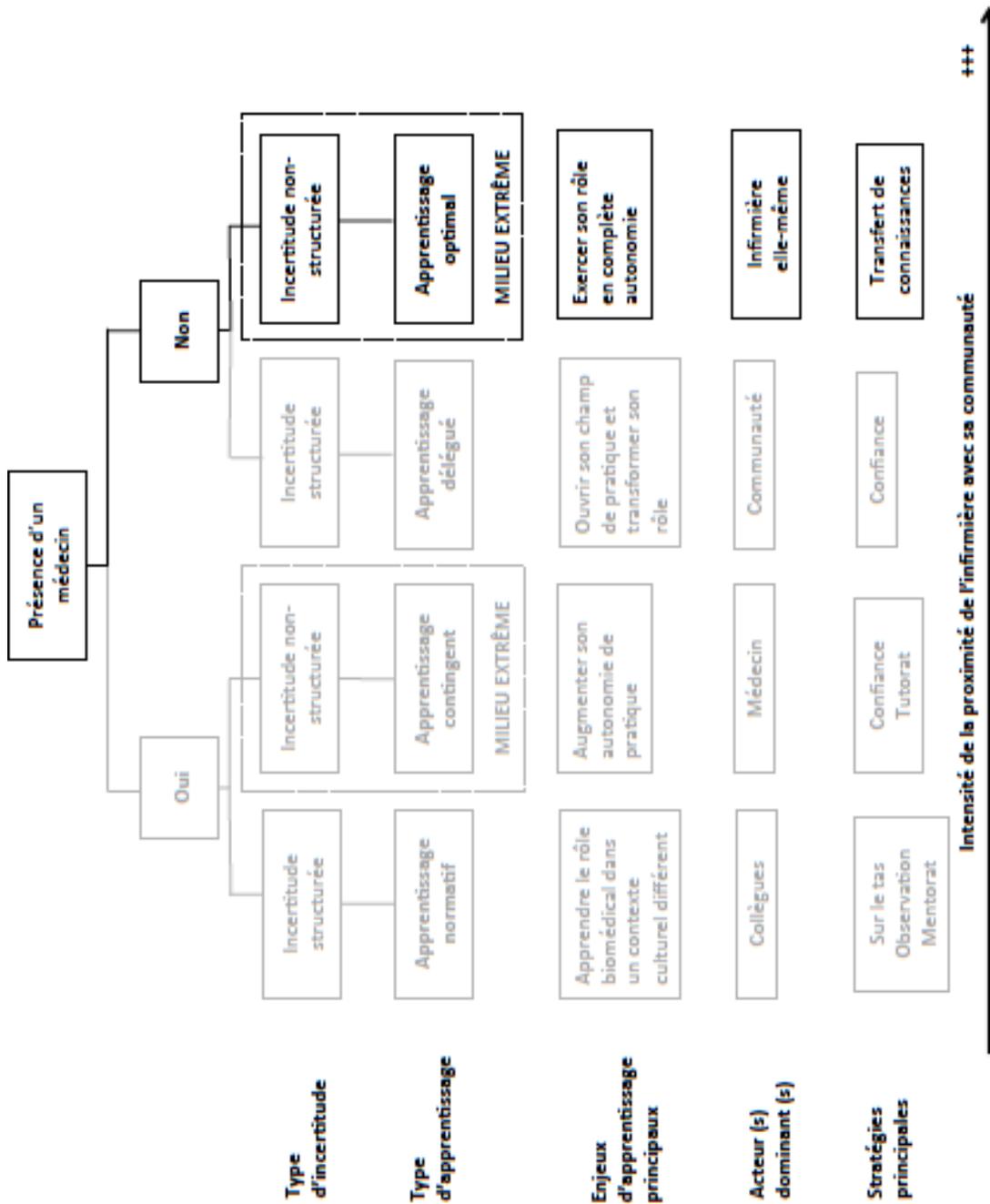


Figure 5.13 — Apprentissage optimal des infirmières : enjeux, acteurs et stratégies

#### 5.3.1.4.2 Compétences-clé développées lors de l'apprentissage optimal

Lors de l'apprentissage « optimal », les infirmières développent les deux dernières compétences-clé de pratique nordique, à savoir le *leadership* et l'intelligence émotionnelle (Figure 5.14).

Ainsi, l'infirmière va développer son *leadership* : confiante en elle et en ses compétences et pourvue d'un sens critique sur sa pratique, elle va pouvoir s'affirmer face à ses collègues ou au médecin, mais aussi prendre une position de *leader* en cas d'urgence afin d'amener le groupe vers un objectif commun (Clark, 2000).

Elle développera aussi son intelligence émotionnelle pour gérer ces cas critiques qui constituent des « traumatismes et laissent des marques » (E40). Elle sera capable de contrôler ses sentiments et émotions ainsi que ceux des autres, mais aussi de faire la distinction entre eux et d'utiliser cette information pour orienter ses pensées et gestes (Salovey et Mayer, 1990).

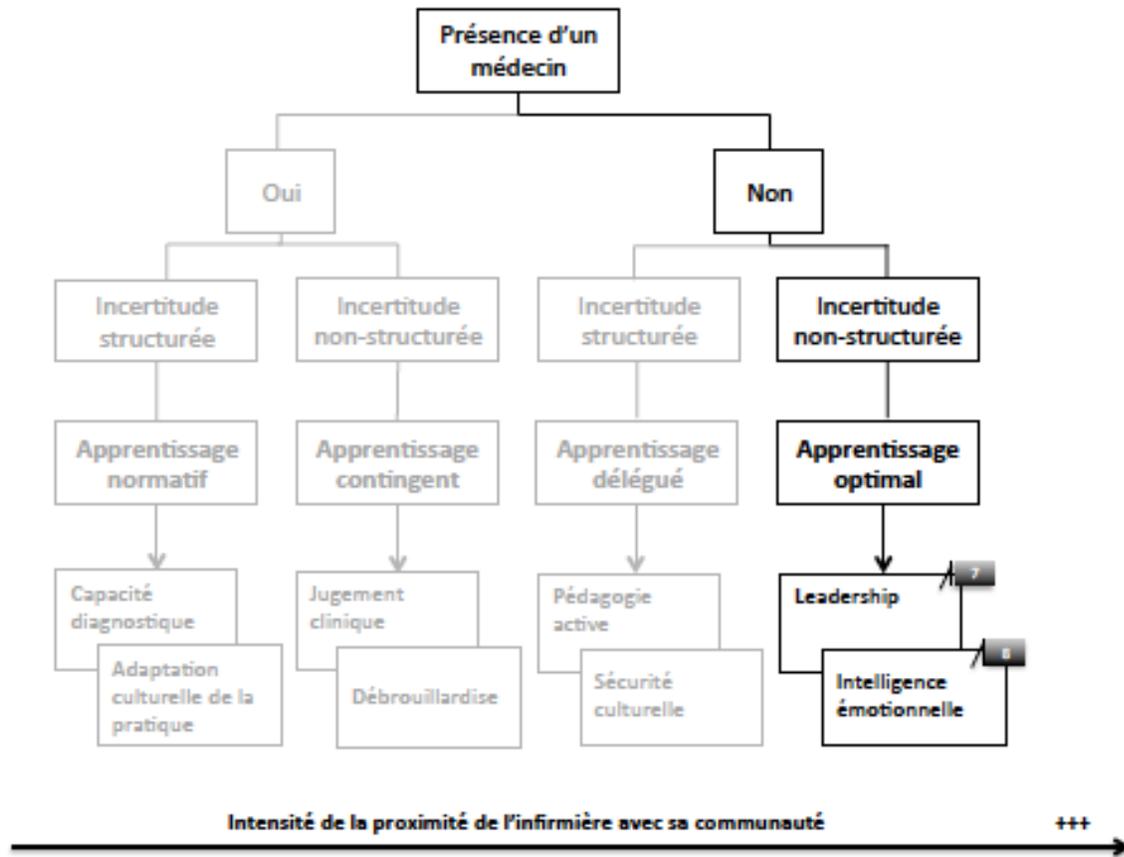


Figure 5.14 — Les compétences-clé développées par les infirmières lors de l'apprentissage optimal

### 5.3.2 La temporalité des huit compétences-clé

L'analyse de nos données, validée lors de nos entretiens confirmatoires, montre une temporalité dans le développement des compétences, en lien avec les étapes du parcours d'apprentissage, mais aussi avec la notion de compétences « seuil » et de compétences « discriminantes », au sens de Spencer et Spencer (1993) (Figure 5.15).

Les compétences seuil sont cruciales pour deux raisons : d'abord, parce que chacune des infirmières doit les développer pour avoir une performance minimale dans sa pratique nordique, mais aussi parce que les secondes ne se développent que si les premières sont maîtrisées. En ce sens, le développement des quatre premières compétences constitue un palier obligatoire et nécessaire.

Le raisonnement est cumulatif : les quatre dernières compétences, dites « discriminantes », s'ajoutent aux quatre premières. Ainsi, une infirmière constate : « tu as besoin d'avoir un bon jugement clinique pour développer ton *leadership* et pas l'inverse » (E36). Pierre Gamache ajoute : « les quatre dernières compétences, on met des années à les développer, contrairement aux premières » (E43). D'avis général, les quatre premières compétences se développent d'ailleurs pendant les six premiers mois ou la première année de leurs parcours nordiques (E04, E21, E26).

Une infirmière souligne : « je ne crois pas que toutes les infirmières [au sein d'une équipe] doivent avoir du *leadership*. On va se compléter. En revanche, elles doivent toutes avoir être débrouillardes ou avoir un bon jugement clinique, sinon elles ne restent pas dans le Nord » (E42). Cela fait référence à deux autres enjeux importants pour les équipes de soin : la concordance des compétences de leurs membres (Le Boterf, 1992) et la notion de compétence « collective » (Michaud, 2009).

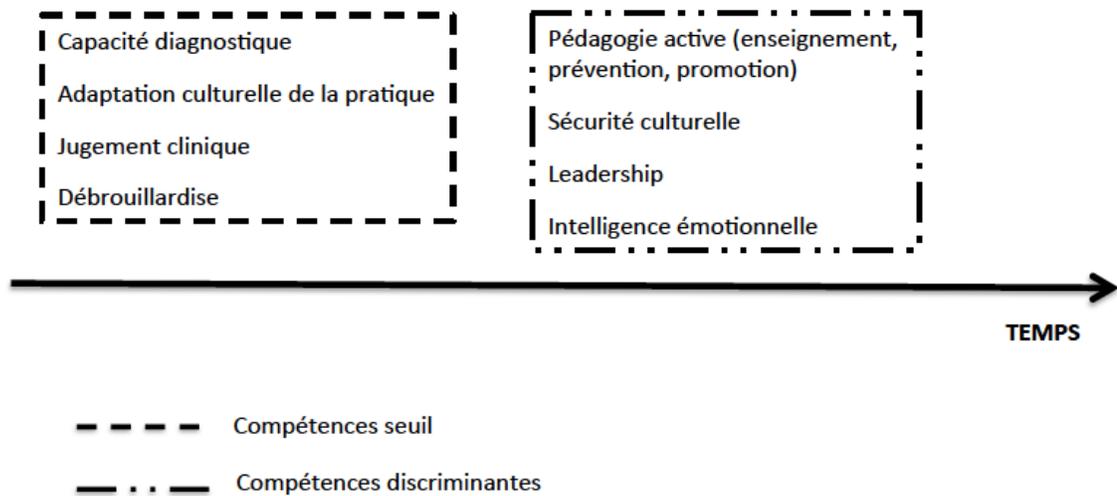


Figure 5.15 — *La temporalité des huit compétences-clé de l'infirmière nordique*

### 5.3.3 Vers un référentiel de compétences de l'infirmière en rôle élargi dans les dispensaires nordiques

Nos données et leur analyse nous ont permis de développer le référentiel de compétences présenté ci-dessous (Tableau 5.1). Chacune des compétences y est présentée ainsi qu'une

brève définition et trois comportements types faisant office d'exemple. Il est donc évident qu'il y peut y avoir d'autres comportements types associés à chacune des compétences.

Tableau 5.1 Le référentiel de compétences des infirmières nordiques

Compétence	Capacité diagnostique	Adaptation culturelle de la pratique	Jugement clinique	Débrouillardise
	1	2	3	4
Définition	<p>Suivre un raisonnement rigoureux et scientifique pour évaluer l'état de santé du patient et établir une démarche de soins à l'aide des protocoles de soins, du guide thérapeutique et ordonnances collectives</p>	<p>Intégrer certains aspects culturels lors de son évaluation clinique et de son échange avec le patient</p>	<p>Établir des liens entre le savoir général de l'infirmière et le savoir particulier lié à une personne et sa condition de santé (Dallaire et Dallaire, 2008)</p>	<p>Arriver à trouver des solutions rapidement à toutes sortes de situations</p>
Comportements type	<p>Fait des liens entre les systèmes du corps humains</p> <p>Intègre les raisonnements biomédicaux lors de son évaluation</p> <p>Valide, au besoin, son diagnostic avec l'équipe de soin</p>	<p>Démontre de l'intérêt à l'histoire et aux principaux traits culturels de la communauté inuite</p> <p>Reconnait que la culture inuite a un impact sur la perception du soin des membres de la communauté</p> <p>Adapte son questionnaire d'évaluation en fonction de certains traits culturels inuits</p>	<p>Observe, synthétise et analyse des situations de santé complexes</p> <p>Identifie les besoins prioritaires des patients</p> <p>Démontre un esprit critique et s'efforce de penser autrement lors de son évaluation</p>	<p>Cherche des solutions lors de situations complexes</p> <p>Démontre de la pro-activité et prend des initiatives</p> <p>Fait preuve d'innovations dans ses raisonnements</p>

Tableau 5.1 Le référentiel de compétences des infirmières nordiques (suite)

Compétence	Pédagogie active	Sécurité culturelle	Leadership	Intelligence émotionnelle
	5	6	7	8
Définition	Inclure la santé communautaire dans sa pratique quotidienne (éducation, prévention, promotion)	Avoir une compréhension de soi comme porteur d'une culture mais aussi des influences historiques, sociales et politiques sur la santé ainsi que du développement de relations qui engendrent de la confiance et du respect (NCNZ, 2011)	Influencer les membres du groupe vers un objectif commun (adapté de Clark, 2000)	Contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, faire la distinction entre eux et utiliser cette information pour orienter ses pensées et gestes (Salovey et Mayer, 1990)
Comportements type	Orienté sa pratique vers une prise en charge préventive de la santé de sa population Intègre des messages de promotion de la santé lors de la prise en charge d'un patient Modifie ses référents culturels pour que ses messages trouvent de la résonance dans l'univers du patient	Collabore avec les leaders communautaires pour offrir des programmes ou interventions appropriés au contexte de la communauté Appréhende l'impact du traumatisme historique sur la santé de la population Démontre une réflexion critique sur le système de soins actuel au Nunavik	S'inscrit dans une relation de collaboration et d'échanges avec les autres professionnels de la santé Peut être amenée à questionner certaines procédures, diagnostics ou comportements Fédère les équipes pour offrir les meilleurs soins de santé	Identifie ses propres limites Analyse ses propres émotions et trouve des solutions pour les gérer Agit en tant que soutien émotionnel pour les membres de l'équipe

### **5.3.4 Les parcours d'apprentissage et leurs points de rupture**

Cette taxonomie des enjeux et des stratégies est conceptualisée ici comme relativement linéaire, par étape, constituant un parcours vers une finalité. Ce choix se fait pour des raisons pédagogiques. Nos données montrent que les parcours varient : certaines infirmières ont commencé leur pratique nordique au sein de dispensaires sans médecin, d'autres ne sont pas passées par toutes ces étapes de l'apprentissage. En ce sens, il existe des parcours différents. Pourtant, nos analyses révèlent que, même si les infirmières peuvent être directement envoyées en dispensaire sans médecin, elles cherchent d'abord à apprendre leur rôle biomédical et à établir un lien de confiance avec le médecin pour augmenter leur autonomie avant d'ouvrir leur champ de pratique. Les deux premières étapes de leur apprentissage sont respectées avant de transformer leur rôle. À l'inverse, certaines infirmières choisiront de ne pas arriver à la troisième étape d'apprentissage (apprentissage contingent) et termineront leur parcours ou continueront à pratiquer, dans un rôle qui se voudra alors plus circonscrit. Il y aura alors une forme de rupture dans leur apprentissage sur laquelle nous reviendrons plus en détail dans les pages qui suivent.

#### ***5.3.4.1 Vers un parcours type d'apprentissage***

En lien avec notre analyse des étapes d'apprentissage, nous avons été en mesure d'identifier un parcours « type » d'apprentissage des infirmières nordiques (Figure 5.16). Toutes débutent par le même sentiment : le rôle infirmier au sein de l'unité de soins dans un Centre de santé du Nunavik est assez proche de celui vécu dans le Sud de la province. Les infirmières doivent s'adapter aux procédures, apprendre à organiser et faire les évacuations médicales par avion et les transferts de patients, mais elles ont le sentiment d'être relativement confortables dans ce rôle : « c'est un rôle assez similaire à celui du Sud [...] le travail reste le même, j'y suis habituée » (E24). Outre le métier en lui-même, les infirmières ont un contact avec le dispensaire de l'hôpital et peuvent ainsi commencer à en appréhender la réalité nordique. Par ailleurs, étant dans une plus grosse communauté, les infirmières peuvent avoir une vie sociale dynamique avec les autres membres du personnel, médical ou non, ce qui permet d'atténuer le sentiment de solitude dû à l'éloignement et à l'isolement.

La formation en rôle élargi, de manière générale, leur donne de bonnes assises théoriques, « cela a été déterminant » (E21). Même si la formation est souvent considérée comme trop rapide ou, plus récemment, en décalage avec les réalités terrain, les infirmières constatent qu'elles y font un apprentissage important, notamment grâce aux cas pratiques. La formation sur la culture, suivie par les infirmières depuis l'automne 2014, aide à une compréhension de la réalité inuite, mais, faute de temps, reste superficielle. Le choc psychosocial n'en est que plus fort. Elles précisent aussi que malgré ces deux formations, il est difficile d'appréhender le choc vécu lors de l'arrivée dans le Nord, et ce, même si l'on a eu accès à des témoignages avant son envoi. Les infirmières soulignent l'impact de cette expérience sur ce qu'elles étaient et sont devenues. C'est un parcours intérieur, personnel aussi bien que professionnel.

Envoyées en dispensaire avec médecin, le choc est avant tout psychosocial. La réalité psychosociale des villages, jusqu'ici amoindrie par le rôle protégé au sein de l'unité de soins du Centre de santé, frappe les infirmières de plein fouet et bouscule leurs valeurs et systèmes de croyances. Les infirmières vivent aussi un choc professionnel, mais celui-ci est plus faible : il est évident qu'entre la pratique et la théorie, il y a un fossé qu'elles doivent combler rapidement. Cependant, la taille des équipes favorise la mise en place de relations de mentorat informel et de dynamiques de transfert intergénérationnel de connaissances, par exemple, et la disponibilité des médecins permet de réduire le stress.

Envoyées en dispensaire sans médecin, elles vivent alors un choc professionnel extrêmement insécurisant. Les journées sont longues, les gardes fréquentes et exigeantes, les équipes sont réduites et les ressources manquantes ce qui renforce leur sentiment de solitude et d'isolement, la proximité avec la communauté est importante et leur responsabilité professionnelle immense. Elles ressentent une perte de repères et de compétences qui altèrent leur confiance en elles. Elles doivent alors combler leur capital compétence en quelques mois et l'apprentissage se fait ensuite tous les jours. Chaque nouveau cas étant l'occasion d'approfondir leurs connaissances et leurs compétences. L'expérience, en somme ! Et au bout d'une année environ, les infirmières s'accordent pour dire qu'elles maîtrisent environ 80% de leur métier (alors qu'elles ont le sentiment de n'en maîtriser que 15 à 30% à leur arrivée en dispensaire sans médecin). Il ne faut pas alors

sous-estimer l'accumulation du stress et des chocs post-traumatiques qui nécessitent une forte résilience.

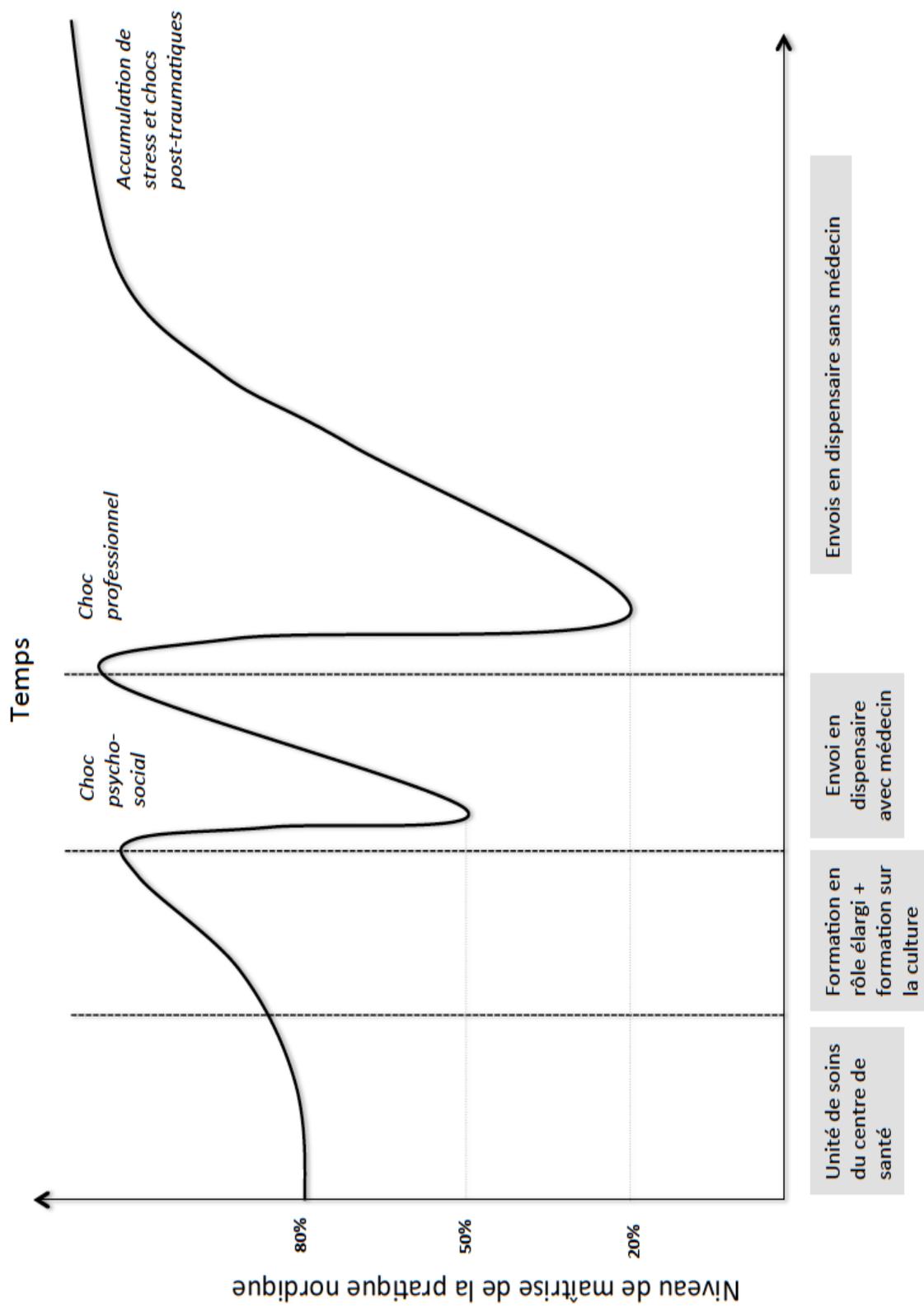


Figure 5.16 — Le parcours type d'apprentissage de l'infirmière nordique

### 5.3.4.2 Les points de rupture dans l'apprentissage

Lors des parcours d'apprentissage des infirmières, nos données montrent qu'elles vivent trois grands points de rupture au moment desquels elles peuvent choisir de ne plus être en apprentissage « actif », de réduire leur processus d'apprentissage, voire même de l'arrêter complètement en quittant la pratique nordique. Les différentes stratégies d'adaptation au niveau individuel ont été présentées plus tôt dans ce travail, cette partie vise à identifier les leviers organisationnels qui pourraient faciliter la résilience des infirmières. Nous ne nous plaçons donc plus dans une perspective individuelle, mais bien organisationnelle. Le schéma ci-dessous (Figure 5.17) représente les points de rupture, mais aussi les leviers organisationnels qui y sont associés.

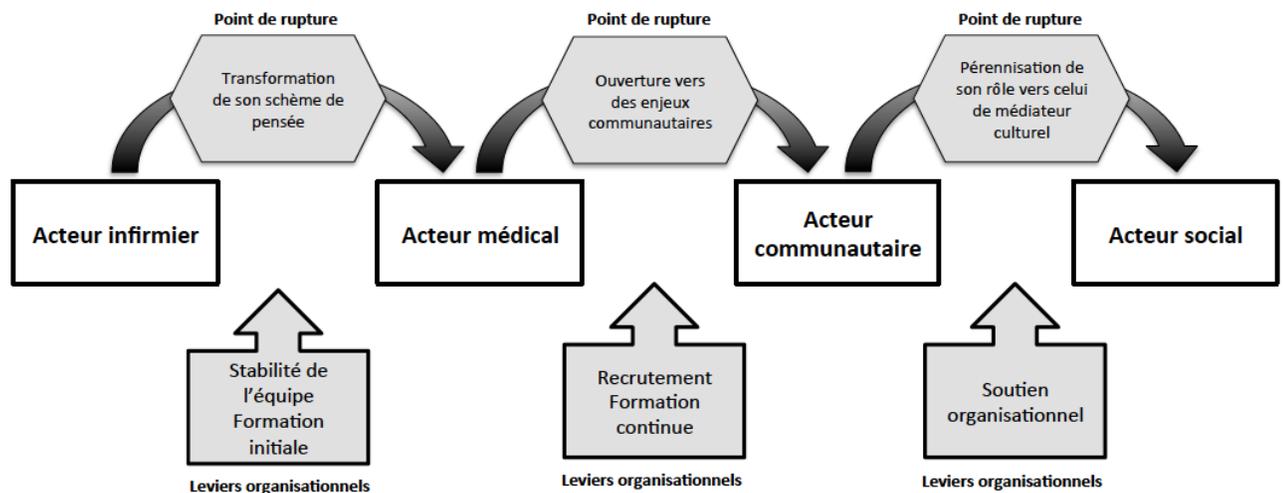


Figure 5.17 — Les points de rupture dans le parcours d'apprentissage de l'infirmière nordique

Comme nous l'avons expliqué, un premier enjeu d'apprentissage se révèle lors de l'harmonisation du capital compétence afin de jouer son rôle élargi caractérisé notamment par une délégation de compétences médicales. Le premier point de rupture peut être alors vécu : certaines infirmières réussissent à acquérir les compétences nécessaires à une pratique nordique, avec toutes les incertitudes qui y sont associées, et d'autres y échouent. Elles doivent ainsi transformer leurs schèmes de pensée pour intégrer une perspective médicale dans leur prise en charge du patient. Elles pourront décider de rester à l'unité de soins quelques semaines de plus (E25) ou de quitter la pratique nordique (E33).

Les principaux leviers organisationnels identifiés lors de nos analyses sont la stabilité de l'équipe qui permet un transfert de connaissances et une collaboration, et donc, un environnement favorable à l'apprentissage, mais aussi l'expérience antérieure des infirmières. En ce sens, le choix actuel de privilégier les infirmières en soins critiques ou en urgence y a toute sa place. Elles peuvent d'ailleurs avoir eu une autonomie accrue au sein de ces services lors de leurs expériences dans des hôpitaux du Sud de la province (E09 ; E17 ; E20).

Le deuxième point de rupture réside dans la capacité, ou non, de l'infirmière à s'adapter à l'environnement psychosocial et l'enjeu auquel elle est confrontée est alors de développer son rôle communautaire. Non seulement elle prendra la mesure de son importance, mais elle entrera dans une compréhension plus fine des dynamiques sociales des villages. Il est important de souligner que si les infirmières choisissent de ne pas transformer leur rôle, ou de lui donner ce nouveau sens, ne se traduit pas nécessairement pas le choix de quitter leur pratique nordique. Elles peuvent aussi choisir de rester, mais de ne pas développer ce pan de leur rôle et de rester à un rôle plus circonscrit (E05 ; E03). Dans la perspective de leur apprentissage, on peut alors considérer cela comme une forme de désengagement dans leur parcours.

Les deux leviers organisationnels sur lesquels l'organisation pourrait s'appuyer sont les critères de recrutement et la formation continue. Ainsi, s'il est essentiel que les infirmières soient en mesure de gérer des cas critiques, il semble que ce soit tout aussi important de s'assurer qu'elles s'intéressent aussi aux enjeux de santé communautaire (E04 ; E33 ; E23). Non seulement cela leur permettra de donner du sens à la complexité des problématiques de santé rencontrées, mais aussi de prendre des initiatives, avec les *leaders* des villages, pour favoriser la santé de la communauté et une prise en charge plus autonome des soins de santé (E10 ; E07). La formation continue peut permettre de les sensibiliser à cet enjeu communautaire, mais aussi de rester à jour sur les différentes problématiques de santé rencontrées au Nord. Cela permettrait aux infirmières de maintenir leur capital compétences lié à la prise en charge médicale des patients et les rassurer afin qu'elles se sentent prêtes à ouvrir leur perspective aux enjeux communautaires.

Finalement, nous avons identifié un dernier point de rupture qui réside dans la capacité, ou non, de l'infirmière à pérenniser son rôle et à le transformer vers celui de médiateur culturel. Elle jouera alors pleinement son rôle social. Cependant, l'accumulation de stress et de traumatismes peut conduire les infirmières à quitter leur pratique en dispensaire. Les mots employés par ses infirmières sont particulièrement parlants : « j'étais en train d'y laisser ma peau » (E12).

Je n'avais plus de stratégie pour gérer mon stress et mes émotions. Je n'étais pas moins compétente ou inapte, mais j'étais moins présente, moins engagée. [...] J'ai eu la sagesse de me retirer. Peut-être inconsciemment, mais au bon moment probablement. Je n'aurai pas pu fonctionner par la suite. (E21)

Elles soulignent alors la solitude professionnelle vécue dans les villages et le manque de soutien de l'organisation, en particulier lors de la gestion des traumatismes.

Si des réunions post-mortem avaient été mises en place pour chaque situation problématique, je ne serais peut-être pas partie au bout d'un an et demi. Une collègue était dans un village où trois enfants se sont suicidés. Et personne n'est venu les soutenir [...] Personne ne lui a proposé deux semaines de vacances ou un soutien psychologique... Les gestionnaires n'y pensent pas et je ne me l'explique pas. (E17)

Cette infirmière continue en nous donnant l'exemple d'un cas de suicide :

En tant qu'infirmière, lorsqu'il y a un pendu, je le décroche, je le ramène, je m'occupe du coroner, il faut que je pense à mettre le soutien en place pour la famille et la communauté. Mais là-dedans, il n'y a personne pour me soutenir. Et je dois vivre avec cette image d'un jeune homme de quinze ans pendu [...]. Les images reviennent et la charge émotionnelle est là. (E17)

De plus, lorsque les situations dépassent leurs compétences et qu'elles « manquent de tout pour la gérer », elles doivent « vivre avec cette expérience ensuite » (E21). Le soutien de l'organisation semble alors crucial pour leur faire accepter qu'elles ont fait tout ce qu'elles ont pu.

Le soutien devrait être au niveau psychologique, mais aussi dans l'organisation du travail et notamment des sorties ou des vacances : « à chaque retour de vacances, tu arrives avec une nouvelle fraîcheur. Il y a quand même une lourdeur accumulée, mais [...] tu te dis que tu es capable de continuer au Nord » (E21).

L'organisation peut aussi rappeler l'importance de leur présence et des soins qu'elles offrent à la population ainsi que les progrès des différents programmes communautaires qu'elles mettent en place. Les infirmières sont conscientes qu'elles avancent à petits pas et que les résultats de leurs interventions se verront sur le moyen et long terme : « chaque petite victoire est une victoire pour tous » (E03). Mais si on ne leur rappelle pas, se pose alors la question : « *nobody cares, why should I ?* » (E12).

## La visite à la station de police (Notes de terrain)

C'est mon dernier jour à Ivujivik. Il est à peine 7h lorsque je me réveille. Je décide d'aller me promener dans le village pour m'imprégner un peu plus de cette vie nordique. La réverbération du soleil sur les pentes blanches et glacées est telle que mes yeux brûlent. Après avoir sillonné le village pendant une bonne vingtaine de minutes, je me dirige vers le dispensaire pour commencer la journée.

En route, je rencontre une infirmière du dispensaire qui a été appelée pour aller voir un couple incarcéré pendant la nuit pour des violences. Nous nous dirigeons vers le poste de police, un petit bâtiment récent à l'extrémité du village. Deux jeunes policiers dans la vingtaine nous attendent avec les cinq enfants du couple dont les âges semblent aller de 2 à 10 ans.

Les policiers nous expliquent rapidement la situation : le couple s'est battu pendant la nuit, sûrement à cause d'un excès d'alcool, il a fallu qu'ils usent de la force pour maintenir l'homme qui était agité. Il se plaint maintenant d'une douleur à l'épaule et saigne du nez. Sa femme est plus tranquille dans une autre cellule et n'a qu'une contusion au front.

L'infirmière les soigne tous les deux et pendant qu'elle demande à l'homme s'il a mal, il ne cesse de répéter « *you hurt me, you hurt me* » en montrant du doigt un des policiers. Il lui explique qu'il était agité, qu'il ne voulait pas se calmer et que c'est pour cela qu'ils ont dû le maintenir à terre. « *We did not want to hurt you but you were too agitated* » répond le policier, manifestement gêné par cette accusation.

L'infirmière se montre rapide et efficace et décide d'attendre que leur niveau d'alcool dans le sang baisse pour leur donner des médicaments et explique qu'elle reviendra avec de la crème contre la douleur. Elle me dit en partant que c'est une famille qu'elle connaît et qui est normalement sans problèmes, avec une bonne hygiène et des enfants bien habillés. La travailleuse sociale de la DPG arrive pour s'occuper des enfants qui restent là, sans un mot.

Nous repartons ouvrir le dispensaire et continuer la journée.



# CHAPITRE 6

## DISCUSSION

### 6.1 Rappel des objectifs et résultats de cette recherche

#### 6.1.1 Les objectifs de cette recherche

Cette recherche poursuivait trois objectifs. Le premier était de comprendre en profondeur un rôle complexe, unique et peu documenté, le « rôle élargi », pratiqué par les infirmières dans les dispensaires des villages de la communauté inuite du Nunavik. Le contexte géographique, culturel, psychosocial, climatique, la singularité du rôle, l'organisation du travail et les enjeux ressources humaines qui y sont associés laissaient entrevoir une expérience riche en apprentissages personnels et professionnels. Le deuxième objectif était d'analyser les parcours d'apprentissage des infirmières nordiques afin d'identifier les étapes les structurant, les principaux enjeux et acteurs mobilisés, les stratégies d'apprentissage et d'adaptation privilégiées par les infirmières ainsi que les éventuels points de rupture. Finalement, le troisième objectif était de proposer un référentiel de compétences discriminantes de la performance induites de nos données de terrain.

Trois questions de recherche ont guidé ce travail :

- 1) *Comment se définit le rôle élargi ?*
- 2) *Comment se structure le parcours d'apprentissage des infirmières nordiques ?*
- 3) *Quelles compétences-clé sont ainsi développées ?*

Pour résumer, en se concentrant sur les infirmières exerçant le rôle élargi dans les dispensaires du Nunavik, cette étude répond à celle de Tarlier et al. (2003) qui propose d'explorer plus en profondeur la pratique infirmière en région éloignée : « *there is an identified lack of research in the area of outpost nursing generally, and more specifically, little information exists as to how outpost nurses meet the expectations of [their] role* » (:181).

### **6.1.2 Les résultats de cette recherche**

Plusieurs résultats intéressants ressortent de notre recherche. Afin d'offrir une analyse aussi complète que possible d'un rôle complexe dans un contexte extrême, nous avons introduit la littérature sur les rôles (Katz et Kahn, 1966). Nous avons dégagé une taxonomie de quatre rôles inclus dans le rôle élargi, constamment en tension et exigeant de la part des infirmières de mettre en place des stratégies d'adaptation variées. Cette taxonomie nous a aussi permis d'offrir une analyse historique de l'évolution du rôle élargi depuis les premières infirmières en dispensaire, soit depuis plus de 45 ans. Constamment renégocié, le rôle élargi se révèle être plastique, à temporalité et à géométrie variables. Notre analyse se conclut par une définition et une conceptualisation du rôle infirmier dans les dispensaires du Nunavik. Ensuite, nous avons décomposé ce rôle sous l'angle de la structuration d'un parcours d'apprentissage : essentiellement construit et appris pendant l'expérience nordique, nous avons dégagé plusieurs phases au sein desquelles les stratégies individuelles d'apprentissage et les acteurs principaux sont contingents aux enjeux vécus par les infirmières. Deux variables structurent ce parcours : la présence, ou non, d'un médecin dans le dispensaire et le type d'incertitude rencontré par les infirmières. Cette démonstration nous a permis d'identifier un parcours-type avec ses points de rupture conduisant à une redéfinition du rôle joué par l'infirmière. Par ailleurs, chacune des phases du parcours d'apprentissage conduit au développement de huit compétences discriminantes de la performance dont le développement est temporellement marqué. Nous les présentons au sein d'un référentiel de compétences dans lequel sont aussi détaillés, par compétence, des comportements-type.

## **6.2 Les apports conceptuels et théoriques**

### **6.2.1 La littérature sur le rôle élargi**

Dans cette recherche, nous avons été en mesure d'appréhender le rôle professionnel spécifique à la pratique infirmière nordique, le « rôle élargi », dans sa globalité, sa multiplicité et sa complexité. Nous avons ainsi pu en proposer une définition et une

conceptualisation ce qui, à notre connaissance, n'avait pas été encore fait dans la littérature scientifique. Il s'agit là d'un premier apport conceptuel significatif.

Certains des points d'analyse abordés dans cette recherche valident les résultats de la littérature existante sur le rôle élargi au sein des communautés autochtones au Canada. Par exemple, on constate que le rôle élargi au Nunavik est bien plus qu'un « simple » rôle infirmier (Misener et al. 2008). Alliant des soins de première ligne et une perspective communautaire, il est exigeant et complexe (Tarlier et al., 2003). Qualifié d'unique par Tarlier et al. (2003), il serait un « *specialized generalist role* » (:181); ce que confirment nos résultats.

Ces mêmes auteurs remarquent des interrelations complexes entre l'autonomie, l'autorité, la responsabilité que ce rôle confère aux infirmières et le pouvoir, l'éthique ou encore la réciprocité dans les relations (Tarlier et al., 2003). Notre étude poursuit cette réflexion en les analysant à travers la perspective des tensions de rôles (ambiguïté, surcharge et conflits de rôle). Nous avons ainsi proposé une taxonomie des quatre rôles composant le rôle élargi (administratif, médical, infirmier et communautaire) et montré les différentes formes de conflits de rôle vécues par les infirmières ainsi que leurs stratégies d'adaptation. Tarlier et al. (2003) avaient déjà soulevé cet enjeu en parlant d'un « rôle diffus, confus et ambigu » (:180). Notre étude démontre que ce rôle aux frontières poreuses est propre à chacune des infirmières qui le joue, mais surtout qu'il est amené à être redéfini pendant le parcours nordique. Par ailleurs, lorsque les infirmières arrivent à gérer ces tensions de rôles, elles réussissent à jouer celui de médiateur culturel, position de marginal sécant alliant la perspective occidentale et la perspective inuite des soins de santé.

L'importance des liens avec la communauté, mais aussi d'une compréhension approfondie des normes et des valeurs culturelles soulignée par plusieurs auteurs (Rahaman, 2014 ; Brown, 1995 ; Boone et al., 1992) ressortent de nos analyses. Non seulement, ils sont nécessaires pour offrir des soins de santé de qualité, O'Neil (1989) explique d'ailleurs qu'une mauvaise compréhension des traits culturels peut compromettre un diagnostic, mais ils permettent aussi à l'infirmière d'ouvrir son champ de pratique vers une perspective communautaire. Ainsi, en créant un lien fort avec la

communauté, l'infirmière peut faire passer des messages de promotion ou prévention de la santé et être soutenue par certains de ses membres influents. Tarlier et al. (2003) soulignent aussi que ce sont les efforts de confiance, de pédagogie et de soutien qui font la différence auprès de la population, ce que notre étude confirme.

De plus, Misener et al. (2008) constataient qu'il fallait du temps aux infirmières pour s'approprier leur rôle élargi. Tarlier et al. (2003) précisent qu'accepter le niveau d'autonomie que ce rôle confère fait partie de l'évolution du rôle. Notre étude confirme ces résultats et analyse la globalité de ce processus d'appropriation, mais aussi ces étapes de structuration.

En somme, les résultats des études antérieures ont non seulement été confirmés, mais ils ont été approfondis, mis en perspective et interreliés dans une démonstration complexe du phénomène étudié.

Finalement, notre étude offre une compréhension de l'évolution du rôle élargi dans une perspective historique. Le rôle élargi s'est transformé au cours des années en raison de diverses variables : les problématiques psychosociales et de santé du Nunavik, la population des villages, la présence plus systématique des médecins, la mise en place d'un guide thérapeutique, de protocoles de soins et d'ordonnances collectives, mais aussi la place de l'infirmière au sein du système social que représente le village. Cela ouvre des pistes de réflexion sur les enjeux actuels de la pratique infirmière au Nunavik et sur ses conséquences en termes de gestion des ressources humaines comme nous le verrons plus loin dans ce travail.

## **6.2.2 La littérature sur l'apprentissage expérientiel**

Kolb, porté par les travaux de Kurt Lewin, propose en 1984, un modèle structurel de l'apprentissage expérientiel qui se divise en quatre étapes 1) expérience concrète; 2) observation réfléchiée ; 3) conceptualisation abstraite ; 4) expérimentation active. Ce cercle est vertueux : le savoir issu des expériences vécues se vérifie dans de nouvelles expériences. Les deux dimensions structurelles fondamentales, la préhension et la transformation, permettent à l'auteur de définir quatre styles d'apprentissages qui

participeront à sa renommée et à la large diffusion de son modèle dans diverses disciplines. Cela reste un des modèles dominants en sciences de l'éducation actuellement.

Une des limites de ce modèle, citée par certains auteurs (Desmond et Jowitt, 2012 ; Forrest, 2004) est son caractère a-contextuel. Or, nos données montrent que deux variables, étroitement reliées au contexte extrême du Grand Nord, peuvent avoir un impact sur le caractère vertueux du cercle d'apprentissage, soit l'espace réflexif et l'espace-temps.

Ainsi, les infirmières sont souvent apolitiques, ou si l'on veut peu conscientisées des enjeux du Nord, lorsqu'elles entrent dans leur processus d'apprentissage dans les dispensaires nordiques. Leurs motivations pour ce choix professionnel sont d'ailleurs essentiellement instrumentales : assouvir une passion, une vivre l'aventure nordique ou le désir de perfectionnement professionnel. Or, pour pratiquer pleinement leur rôle élargi, elles doivent entrer dans un processus réflexif autour des enjeux culturels, historiques et psychosociaux vécus par la communauté inuite. Elles s'ouvrent ainsi à la perspective communautaire de leur rôle. Ce processus réflexif est nécessaire dans leur parcours d'apprentissage et favorise la construction de leur rôle élargi.

Pourtant, nos données montrent qu'il existe un point bascule dans ce processus : il peut s'accompagner d'une réflexion critique plus globale sur le système de soins nordique et le discours de certaines infirmières devient alors plus politisé et marqué idéologiquement. Ainsi, dans quelques cas dont il y aurait lieu de vérifier la représentativité, cette capacité réflexive devient contre-productive puisque les infirmières choisissent des stratégies de diversification vers des rôles moins opérationnels (des rôles de gestion ou au sein des unités syndicales) voire quitteront la pratique nordique dans un devoir citoyen. On constate alors un désinvestissement du rôle élargi sur le terrain et, par conséquent, une forme d'arrêt de ce cercle vertueux de l'apprentissage expérientiel. L'apprentissage expérientiel a donc lieu dans un espace réflexif précis et défini au-delà duquel certaines infirmières choisiront d'arrêter ou, au moins, de réduire leur apprentissage.

Par ailleurs, l'espace-temps se révèle être clé dans ce milieu extrême. Nous l'avons expliqué, le rôle élargi est un rôle complexe, exigeant et stressant dans lequel les infirmières vivent des situations traumatiques. Les Centres de santé en sont d'ailleurs conscients puisqu'ils ont organisé les envois en dispensaire par missions de 8 à 12 semaines afin de permettre à toutes les infirmières de casser leur routine nordique et de se reposer. Le stress joue un rôle important au sein de cet espace-temps puisqu'il est en grande partie à l'origine de la perte de motivation à apprendre. On constate donc qu'il y a une pression temporelle à l'apprentissage, souvent liée au stress, et que le cercle vertueux de Kolb (1984), dans un environnement extrême, atteint ses limites. Ainsi, dans un tel contexte, le cercle de Kolb (1984) fonctionne, mais seulement dans un espace-temps défini et relativement court au-delà duquel les infirmières choisiront d'arrêter, ou du moins de réduire, leur parcours d'apprentissage. Les infirmières sont plutôt portées à suivre un cycle d'apprentissage/ désapprentissage.

### **6.2.3 La littérature sur les parcours**

Zimmermann (2014) explique que la notion de parcours fait l'objet d'un déficit de conceptualisation sociologique et tente de le distinguer des concepts d'itinéraire, trajectoire ou carrière. On retiendra que le parcours, bien qu'il implique un début et une fin, ne présume pas de la linéarité de l'expérience. Grâce à un exercice réflexif, l'individu met en cohérence non seulement les placements et déplacements (incluant les éventuels bifurcations ou retours en arrière) à travers les éléments professionnels, sociaux, privés, organisationnels, intentionnels et personnels. Analyser un parcours, c'est aussi comprendre ce qu'il se passe au cours du déplacement et quelles sont les modalités de son déroulement.

Par ailleurs, le parcours étant l'accumulation d'expérience, nous avons envisagé le parcours comme une expérience à la fois à travers la posture anglo-américaine et la posture allemande, la « Lebensphilosophie » (philosophie de la vie). La première, portée par Kolb, se veut plus pragmatique et envisage l'expérience comme un mécanisme d'adaptation permettant à l'individu de se développer alors que la seconde envisage l'expérience comme un processus de formation identitaire.

À notre sens, un parcours peut être conceptualisé comme un processus progressif permettant de cheminer vers des objectifs terminaux comprenant des phases finalisées, comme l'explique Le Boterf (2011), mais aussi comme une pluralité des rôles et des identités qui s'offrent à l'individu (Zimmermann, 2014).

Pour reconstruire le parcours-type des infirmières nordiques, nous l'avons analysé à travers plusieurs prismes : les rôles, les tensions de rôles et la négociation des rôles (Katz et Kahn, 1966), l'apprentissage expérientiel et l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). Ainsi, nous avons conceptualisé le rôle élargi comme une taxonomie de quatre rôles distincts et complémentaires, fréquemment sous tension et qui exigent des infirmières des mécanismes de renégociation. De plus, nous avons été amenés à définir un parcours d'apprentissage « type » contingent aux enjeux, aux acteurs et aux stratégies d'apprentissage, mais aussi à des points de rupture qui sont d'ordre identitaire. Les infirmières renégocient le sens qu'elles donnent à leur rôle passant d'un rôle médical à un rôle communautaire puis à un rôle d'acteur social dans sa globalité.

Compte tenu de la conceptualisation de la notion de parcours de Zimmermann (2014) et de celles de l'expérience, il semble que ces choix théoriques nous aient permis de reconstituer la complexité et l'intimité des parcours d'apprentissage des infirmières exerçant dans les dispensaires du Nunavik. C'est donc là un apport théorique intéressant.

#### **6.2.4 La littérature sur les compétences**

Le concept de compétence a fait l'objet de nombreuses réflexions que ce soit autour de sa définition, de son niveau de compréhension ou d'analyse, mais aussi de ses modes d'évaluation et de mesure. Ces derniers nécessitent au préalable d'avoir identifié et objectivé les compétences jugées clés pour un poste donné. Une grande partie des débats actuels se heurte à une difficulté fondamentale : comment objectiver une notion par essence hypothétique et abstraite et comment décliner le concept retenu en dimensions et sous dimensions au sein d'un référentiel ? Bouteiller et Gilbert (2016) nous précisent qu'il y a deux principales méthodes d'identification des compétences : la méthode « inductive », en partant de l'analyse fine d'un emploi restitué dans son contexte

opérationnel et stratégique, ou « déductive » qui conduira aux compétences-clé en recouvrant à un dictionnaire de compétences prédéfinies.

En parallèle de notre analyse sociologique autour de la structuration du parcours d'apprentissage et grâce aux allers-retours entre les comportements des infirmières et leur performance lors des situations critiques notamment, nous avons été en mesure d'identifier huit compétences spécifiques à la pratique nordique. Nous avons donc mobilisé la méthode « inductive » d'identification des compétences-clé relatives à un poste donné (Bouteiller et Gilbert, 2016). Or, en gestion, peu de recherches ont utilisé cette approche.

Par ailleurs, chaque compétence est associée à des modalités stratégiques contingentes aux phases du parcours d'apprentissage. Il s'agit d'un résultat de recherche important puisque cela contextualise très précisément l'exigence et le développement de chacune des compétences nordiques et nous éloigne des représentations souvent trop statiques et génériques des compétences essentielles à l'exercice d'un emploi.

Nous avons aussi démontré l'importance de la temporalité dans le processus de structuration de ces compétences puisque les quatre dernières se basent sur les quatre autres pour se développer. On parlera alors de compétences « seuil » indispensables à la pratique nordique (1-capacité diagnostique, 2-adaptation culturelle de la pratique, 3-jugement clinique, 4-débrouillardise) et de compétences « discriminantes » (5-pédagogie active, 6-sécurité culturelle, 7- *leadership*, 8- intelligence émotionnelle) qui ne seront pas développées par toutes (Spencer et Spencer, 1993). Notre raisonnement en deux temps tend à renforcer l'impact de ces compétences sur la performance des infirmières nordiques puisqu'elles seront développées par les bonnes personnes et au bon moment. Cette réflexion cumulative dans une perspective de développement nous paraît être un apport intéressant de cette recherche.

### **6.2.5 La littérature sur l'analyse stratégique**

Principalement associés aux relations de pouvoir dans les organisations, les concepts de l'analyse stratégique ont été particulièrement porteurs dans cette recherche. Pour les

infirmières nordiques, le contrôle des incertitudes n'est pas relié à l'accroissement de leur pouvoir, mais à celui de leur apprentissage. Or, à notre connaissance, aucune recherche n'avait associé directement l'analyse stratégique et l'apprentissage, ce qui est un apport conceptuel intéressant. L'analyse stratégique nous a permis d'identifier les dynamiques lors du processus d'apprentissage expérientiel ainsi que ses modalités (acteurs et stratégies) contingentes à chacune des phases du parcours, représentant aussi des enjeux spécifiques.

L'utilisation de l'analyse stratégique comme une grille de lecture pour comprendre des parcours d'apprentissage s'est révélée à la fois originale et pertinente.

### **6.3 Les apports pratiques**

Comme nous l'avons précisé dans le chapitre méthodologique, cette recherche se veut aussi appliquée dans le sens où elle peut contribuer à expliciter et à expliquer des processus de gestion susceptibles de contribuer à améliorer la prise de décision en GRH au sein du réseau de la santé du Grand Nord. L'enjeu principal étant la rétention des infirmières dans leur pratique en dispensaire, on constate que les Centres de santé peuvent s'appuyer sur plusieurs leviers au niveau de diverses pratiques RH telles que le recrutement et la sélection, la formation ou encore le transfert de connaissances.

#### **6.3.1 Le recrutement : actionner des leviers institutionnels**

Les Centres de santé vivent des enjeux au niveau du recrutement depuis longtemps, mais selon Linda Godin, directrice des soins infirmiers au Centre de santé Inuulitsivik, ceux-ci s'intensifient en raison de la réticence des hôpitaux du Sud de la province à accorder un congé nordique. Compte tenu du taux de roulement élevé, les recrutements se font en flux tendu et le bassin d'infirmières disponibles se tarit. Les Centres de santé doivent alors faire appel à des infirmières d'agence qui ont généralement une expérience du Nord limitée, voire inexistante. Les Centres de santé du Nunavik ont assez peu de marge de manœuvre en dehors des stratégies classiques d'affichage de postes ou de forums universitaires. En revanche, obtenir une reconnaissance des compétences développées dans le Nord grâce à des mécanismes formels comme un Ordre professionnel (affilié à

l'OIIQ) ou une Validation des Acquis d'Expérience (VAE) serait un moyen efficace pour endiguer cette problématique. Nous l'avons vu, les infirmières viennent de plus en plus au Nord pour le défi professionnel, leur assurer une reconnaissance de leur expérience nordique serait un puissant levier d'attraction.

Au niveau institutionnel et toujours dans la perspective de favoriser le recrutement, plusieurs auteurs parlent des similitudes entre les compétences des infirmières nordiques et celles des Infirmières Praticiennes Spécialisées, les IPS ou « super infirmières » (Tarlier et al. 2011), à qui sont aussi réservés certains diagnostics médicaux. Par ailleurs, plusieurs infirmières nous ont expliqué vouloir commencer une formation d'IPS à la suite de leur expérience en dispensaire, il serait donc intéressant de faire valider ces mois ou années dans les dispensaires du Nunavik au sein d'un programme de maîtrise visant l'obtention du titre d'IPS ou de reconnaître cette expérience comme faisant partie des deux années de spécialisation. Cette initiative viendrait pallier à une autre problématique : celles de la perte de compétences développées dans le Nord une fois que les infirmières reviennent dans un rôle traditionnel.

### **6.3.2 La sélection : s'appuyer sur le référentiel de compétences-clé**

L'analyse du rôle élargi ainsi que l'identification de compétences-clé sont des résultats très porteurs en ce qui concerne la sélection. Tout d'abord, un de nos constats concernant le rôle élargi est qu'il nécessite d'intégrer une perspective communautaire à son rôle souvent orienté, dans un premier temps, vers une prise en charge ponctuelle et médicale du patient. Il faudrait donc que les recruteurs prennent soin d'intégrer ce volet de pratique à leurs critères de sélection. Par ailleurs, les huit compétences-clé et, particulièrement, les quatre premières, dites « seuil » pourraient aider à optimiser les critères et les entretiens de sélection. L'identification de compétences-clé au sein d'un référentiel pourrait aussi être une première étape d'une réflexion plus globale autour de la création d'un programme de développement ou encore d'un processus d'autoévaluation pour amener les infirmières dans une perspective de développement continu.

### **6.3.3 La formation initiale et continue : soutenir la perspective communautaire**

Le volet communautaire du rôle élargi nécessite une compréhension des dynamiques et enjeux culturels. Plusieurs auteurs ont constaté que la formation prédépart sur cette thématique était manquante ou insuffisante (Rahaman, 2014 ; Misener et al. 2008 ; Boone et al. 1992). Celle que nous avons suivie lors de notre terrain nous semble être un bon début, mais elle restait insuffisante. Depuis, une troisième journée sur les enjeux interculturels a été ajoutée. Sans savoir les thèmes qui y sont présentés, nos données montrent qu'il faudrait aborder la réalité psychosociale et les enjeux de santé comme des conséquences d'une politique d'assimilation dévastatrice sur plusieurs générations. Cela aiderait les infirmières à mettre en perspective les situations traumatiques dont elles sont témoins et leur permettrait de développer une des compétences-clé identifiées : la sécurité culturelle. Par ailleurs, former les infirmières sur la perspective inuite des soins de santé, de la maladie et de la guérison, mais aussi sur les pratiques traditionnelles de soins nous semble être essentiel pour qu'elles développent une autre compétence-clé : la pédagogie active. En outre, lors de l'analyse du rôle élargi, une des barrières identifiées est la mauvaise compréhension des dynamiques communautaires, et, notamment, des forces tranquilles des communautés. Il nous semblerait important de formaliser, pour chaque village, les familles ou personnes les plus influentes afin de faciliter leur reconnaissance. Plus précisément, cela pourrait prendre la forme d'un « guide d'orientation de l'infirmière nordique ». Nous l'avons expliqué, le rôle des interprètes est crucial dans le parcours de soins, l'organisation gagnerait à leur donner un rôle de liaison plus important entre les infirmières et la communauté et à le formaliser. Cela nous semble encore plus pertinent avec l'arrivée plus systématique des médecins dans les dispensaires : à terme, les infirmières devront sans doute réorienter leur rôle vers un rôle uniquement communautaire, de prévention et de promotion de la santé.

### **6.3.4 Le transfert de connaissances et la progression de carrière**

Pendant les missions au Nunavik, compte tenu du rôle généraliste joué par les infirmières dans les dispensaires, la formation continue est essentielle. Elle l'est d'autant plus qu'il n'y a pas de mécanismes formels de transfert de connaissances. Fort heureusement, nous l'avons vu, dans les dispensaires, plusieurs mécanismes informels se

créent comme le mentorat et le tutorat. Sans que cela soit organisé, se met en place une synergie des compétences, au sens de Le Boterf (2010), entre les infirmières au cours de laquelle chacun s'appuie sur son domaine de spécialisation pour couvrir l'ensemble des soins offerts aux patients. Cela nécessite néanmoins des équipes relativement nombreuses et stables et il est clair que ces mécanismes sont moins puissants au sein d'équipes de deux ou trois infirmières. Par conséquent, formaliser ces processus en poussant des infirmières d'expérience à s'investir dans leur rôle de mentor, par exemple, permettrait un transfert plus systématique des compétences. Cela leur permettrait sans doute de développer peu à peu leur *leadership* et leur intelligence émotionnelle, compétences identifiées dans notre référentiel. Plusieurs infirmières d'expérience expliquent que le roulement et la formation des jeunes infirmières peuvent devenir des irritants, d'autres nous expliquent que les infirmières d'expérience ne savent pas toujours comment former les plus jeunes, un mécanisme de mentorat formel permettrait de réduire ces frustrations et d'aider les infirmières dans leur démarche de soutien auprès des plus jeunes. À terme, cela favoriserait la circulation et la diffusion des savoirs critiques.

De plus, ce pourrait devenir un mécanisme de développement de carrière, pratique jusqu'ici absente du système de GRH dans le Nord : pour les infirmières d'expérience, devenir une personne ressource grâce à la mise en place de mentorat ou de tutorat formel pourrait faire partie de leur développement professionnel et de leur perspective de carrière.

### **6.3.5 Le soutien organisationnel**

Ensuite, nous avons vu que les courbes d'apprentissage sont jalonnées de points de rupture auxquels nous avons associé des leviers organisationnels. Le soutien organisationnel, à la fois sur un plan psychologique, mais aussi dans l'organisation du travail, ressort comme crucial. Le soutien psychologique étant souvent cité comme défaillant au Nord, les Centres de santé devraient offrir une aide plus systématique et proactive aux infirmières, sans attendre qu'elles vivent des chocs post-traumatiques ou un épuisement professionnel. Cela les aiderait à réduire le stress et l'impact de son

accumulation lors des séjours. L'organisation du travail en missions est une stratégie déjà présente pour y faire face et il nous semble que favoriser les contrats à temps partagé, ce qui est déjà encouragé par le Centre de santé Inuulitsivik, est une solution tout à fait pertinente. Non seulement l'infirmière est assignée à un village donc elle finit par en déceler les dynamiques, mais elle réduit ses heures annuelles de travail et s'assure de partir en vacances toutes les 6 semaines. Cela favorise la rétention des infirmières d'expérience dont les savoirs informels et la connaissance des dynamiques communautaires sont cruciaux.

#### **6.4 Les avenues de recherche**

Cette thèse présente plusieurs limites représentant de potentielles avenues de recherche.

##### *Les recherches spécifiques au « rôle élargi » dans les dispensaires nordiques*

Notre analyse du rôle élargi, des parcours d'apprentissage et du processus de structuration des compétences-clé aurait pu être enrichie grâce à une étude de certaines particularités : les dynamiques entre les infirmières et les travailleurs sociaux, l'impact de la maîtrise- partielle ou totale- de la langue sur la confiance de la population ou encore le rôle des réseaux sociaux sur la confiance de la population envers les professionnels de santé. En effet, lors de nos entretiens, plusieurs infirmières ont évoqué une page Facebook, « *Your voice on Nunavik* », à laquelle nous avons eu accès et sur laquelle la population commente fréquemment l'organisation des soins de santé et les attitudes des professionnels de la santé à leur égard. On peut faire l'hypothèse que c'est une variable à prendre aussi en compte dans les dynamiques de construction de leur rôle élargi.

Par ailleurs, nous nous sommes concentrés au niveau individuel et, à partir des témoignages autour des dynamiques de groupe et de nos observations, nous avons fait ressortir certaines dynamiques collectives. Cependant, il serait important de pousser notre réflexion sur les collectifs, car il en existe au sein des villages, mais aussi au niveau interlocal. Ainsi au niveau local, selon la taille des villages, les équipes sont plus ou moins importantes et, dans chacun d'entre eux, les infirmières collaborent avec les

autres acteurs de santé, les professeurs et les policiers. Par ailleurs, au niveau interlocal, les infirmières sont amenées à travailler avec différents organismes, avec les infirmières des autres villages, avec le département du Centre de santé auquel elles sont rattachées. Il existe de nombreux dispositifs collectifs que nous n'avons pas étudiés et qui auraient potentiellement une influence sur le parcours d'apprentissage des infirmières.

De plus, pour des raisons de faisabilité évidentes expliquées dans le chapitre méthodologique, nous n'avons pas été en mesure d'interroger des membres des communautés que ce soit des patients ou des acteurs communautaires clés. Il serait donc intéressant de compléter nos analyses avec leurs témoignages. Dans la même veine, nous avons effectué seulement deux semaines d'observation non participante au sein de deux villages du Nunavik. Ce choix s'explique en grande partie par une contrainte financière. Il aurait été pertinent d'avoir un temps d'observation plus long, sur plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Nous avons cependant pris soin de choisir le plus gros village de la côte, Puvirnituq, et le plus septentrional du Nunavik et l'un des moins peuplés, Ivujivik, ce qui nous a permis d'avoir une réflexion sur les écarts. Néanmoins, il aurait été pertinent de faire des observations dans chacun des dispensaires de la côte afin de comprendre les dynamiques des équipes, mais aussi les particularités de chacun des villages. Par ailleurs, Puvirnituq comme Ivujivik sont sous la tutelle du Centre de santé Inuulitsivik et sont situés sur la baie d'Hudson. Il aurait été intéressant d'aller observer les dispensaires des villages de la baie d'Ungava rattachés au Centre de santé Tulattavik. Notre approche ethnographique aurait été alors plus complète. On peut par ailleurs anticiper que l'on aurait pu observer des cas d'urgence ou plus d'actes médicaux délégués. Notons cependant que les infirmières interrogées avaient de l'expérience dans les dispensaires des deux côtes et que leurs témoignages étaient souvent représentatifs de plusieurs réalités du Nord.

En outre, cette recherche se concentre sur les dispensaires du Nunavik, mais il serait souhaitable de comprendre la réalité des infirmières au sein des villages inuits du Nunavut, mais aussi dans d'autres communautés éloignées, les Cris de la Baie-James ou les Premières Nations en Colombie-Britannique, par exemple. Cela permettrait sans doute de dégager des différences et des spécificités à chacune des communautés, mais

aussi des similitudes. Cela offrirait alors la possibilité de dégager un échantillon suffisamment important pour construire un protocole quantitatif.

*Les recherches sur d'autres professionnels exerçant dans des milieux similaires*

Par ailleurs, nous avons étudié une catégorie professionnelle précise : les infirmières. D'autres recherches sur les professionnels de la santé, ou non, dans le système nordique seraient pertinentes : les médecins, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, les professeurs ou encore les policiers. Ils vivent eux aussi les enjeux propres au Nunavik. Notre approche qualitative, exploratoire et inductive pourrait aisément être répliquée avec ces autres acteurs. Cela permettrait aussi d'offrir une comparaison des formations pré-départ offertes voire de capitaliser sur les connaissances déjà existantes et mobilisées par les autres organismes oeuvrant au Nunavik.

Ensuite, étudier des milieux comparables, avec les caractéristiques reliées au milieu « extrême », tels que les missions humanitaires serait une avenue de recherche intéressante. En effet, face aux exigences croissantes de rentabilité des bailleurs de fonds, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), Médecins sans Frontières (MSF) en est un exemple, sont entrées dans un processus de professionnalisation notamment grâce à la mise en place de pratiques de gestion semblables aux entreprises privées. Pourtant, il existe peu de recherches qui tentent de comprendre comment les professionnels s'adaptent à la réalité lors de leur envoi en mission humanitaire. Bjerneld, Lindmark, Diskett et Garret (2004) précisent que la formation pré-départ est peu formalisée et ne répond pas toujours aux besoins. La question des parcours d'apprentissage et des compétences-clé dans un tel contexte se révèle être tout à fait pertinente.

Enfin, des milieux non extrêmes, mais qui peuvent avoir des similitudes en terme d'enjeux d'accès aux soins ou de prise en charge de la santé de populations vulnérables et à risque tels que les déserts médicaux, les camps de réfugiés (la jungle de Calais, par exemple) ou les Centres de Rétention Administrative (CRA) représentent aussi une perspective de recherche porteuse. On peut anticiper que les professionnels de la santé

ajustent leurs rôles, que les dynamiques entre les infirmières et les médecins y sont complexes et que des enjeux en terme de compétences-clé ressortent.

*Les recherches en lien avec d'autres champs théoriques*

Bien que cette recherche ait ouvert des pistes de réflexion sur d'autres théories de GRH ou domaines de recherche, nous avons choisi, ou n'avons pas été en mesure, de les approfondir après notre collecte de données. Par exemple, la littérature sur le management interculturel aurait pu être davantage mobilisée de la même manière que celle sur l'anthropologie médicale ou de la psychodynamique du travail. Certains de nos résultats sur les dynamiques d'équipe et les apprentissages laissent entrevoir des approfondissements possibles autour de la littérature sur la gestion et le transfert de connaissances. Le parcours suivi par les infirmières aurait aussi pu être analysé à travers le prisme de la littérature sur la socialisation et, lors des points de rupture, à travers celle sur la construction de sens.

## L'incendie à Kuujjuarapik (E27)

En 2005, il y a eu un grave incendie à Kuujjuarapik. J'étais de garde et j'ai entendu la sirène du village. Je savais qu'on allait m'appeler pour gérer toutes sortes d'urgences. C'était en plein hiver, je m'habille pour aller au dispensaire, une toute petite clinique, tout en appelant du renfort. Il y avait un médecin, mais c'était sa première fois dans le Nord.

Toute la population était à la clinique, on ne pouvait pas leur dire de partir et ils ont été d'une aide incroyable. Un homme est arrivé en détresse respiratoire suivi de sa femme quelques minutes après. Je demande à certains Inuit de rester avec elle pendant que l'on s'occupe du mari dans la salle d'urgence. Toutes les infirmières étaient autour de lui, mais après 45 minutes de massage cardiaque, on l'a perdu. On était abattues.

Tout de suite, le médecin nous dit « il faut s'occuper de la femme, elle est arrivée sur pieds, mais elle risque la même chose ». En cinq minutes, on se retourne de bord, on fait entrer la femme en salle d'urgence, on enferme le cadavre dans une salle d'examen, il n'y a pas d'autres façons de faire, et on commence les manœuvres de réanimation. Pendant une heure, une heure et demie, mais tranquillement elle est entrée dans un état d'inconscience totale. Elle avait inhalé trop de fumée.

C'était une fin de semaine horrible, un cauchemar à n'en plus finir. Je suis entrée à la clinique pour répondre à une urgence samedi soir vers 19h30 et je n'en suis ressortie que le lundi matin à 5h du matin. Je ne suis même pas rentrée chez moi pour prendre un café. Quelqu'un m'a apporté de l'eau et c'est tout ce que je buvais, j'étais sur l'adrénaline. Je n'avais pas faim ni soif...

J'avais oublié d'appeler la cinquième infirmière... donc le dimanche matin, je lui demande si elle pouvait venir me soulager. Je n'ai même pas le temps de finir ma phrase, elle me dit « j'arrive ! Au contraire heureusement que tu ne m'as pas appelée parce qu'on moins il y a en a une dans l'équipe qui est en forme et qui va pouvoir prendre la relève ! » Elle n'est repartie que le lendemain matin, avec moi.

C'était une femme adorable que je n'oublierai jamais. D'ailleurs, on se donne encore des nouvelles deux fois par année. Elle, elle a laissé le Nord pour toutes sortes de raisons : elle est était fatiguée du Nord, de la violence, ça vient te chercher, ça te mine.

Cinq personnes étaient dans une situation critique. C'est énorme sur une fin de semaine, il faut tout organiser, négocier les avions... Et il a fallu aussi gérer et examiner tous les gens qui étaient venus aider dans la maison en feu. Notre médecin était tellement débordé qu'il a fallu appeler un autre médecin de garde dans une autre communauté. Ce médecin était beaucoup plus expérimenté, il nous assistait à distance très calmement.

Le lundi matin, on a reçu un long message dans lequel le médecin nous remerciait. Il nous écrivait que s'il avait eu un avion privé, il l'aurait pris pour venir nous donner un coup de main. On lui a dit « c'était parfait ce que tu as fait, tu nous as assistés » et il a dit « moi je vous entendais dans la salle et personne ne s'énervait, tout le monde faisait ce qu'il avait à faire. C'était beau ». Ça m'a beaucoup marquée. De jeunes infirmiers qui arrivent au Nord nous parlent encore de cette histoire !

Cette même année, un jeune s'était pendu, une jeune femme de 16 ans s'était tiré une balle dans la tête avec un fusil, il y a eu quatre noyades, dont un jeune enfant... Et l'incendie. Je suis partie en congé et je me suis dit « ouf ! J'ai besoin de prendre du recul ».



## CONCLUSION

Comme le rappellent Roch et Ouellet (2010), l'évolution des professions au Québec s'inscrit dans une négociation de monopole quant au prestige, aux activités ou aux connaissances qui lui sont associés (système de castes). Dans le domaine de la santé, « la médecine a historiquement maintenu une forme de domination professionnelle par des approches de contrôle et d'exclusion » (:10). Cette question de frontières professionnelles et de délégation des compétences, qui n'est pas exempte de considérations financières, est au cœur de la discussion actuelle de l'organisation des soins au Canada.

En effet, les défis d'accessibilité, de qualité et de continuité des soins sont considérables au Québec. Le délai de prise en charge aux urgences est le plus long du monde occidental<sup>56</sup> et la pénurie de médecins omnipraticiens s'aggrave alors que 40% d'entre eux ont plus de 55 ans<sup>57</sup> et l'accès à des médecins spécialistes peut prendre plusieurs semaines<sup>58</sup>.

Les Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) sont au cœur d'une réflexion sur la réorganisation d'un système de santé à bout de souffle. Alors que l'OIIQ argumente que les IPS permettent une intervention plus précoce (donc une diminution des complications) et un accès et une prise en charge plus rapide des patients, elles peinent à se faire une place dans le système de santé. Elles seraient d'ailleurs encore sous la tutelle des médecins et non dans une relation de collaboration<sup>59</sup>. Considérées comme des « agents de transformation<sup>60</sup> » par Guy Breton, cardiologue, les IPS devraient jouer un rôle complémentaire à celui des médecins de famille. Pourtant, le Québec accuse un retard de plus 20 ans par rapport à l'Ontario quant à leur intégration dans le réseau de la

---

<sup>56</sup> [http://quebec.huffingtonpost.ca/2016/06/02/urgences-quebec-pire-performance-monde-occidental\\_n\\_10259398.html](http://quebec.huffingtonpost.ca/2016/06/02/urgences-quebec-pire-performance-monde-occidental_n_10259398.html)

<sup>57</sup> FMOQ (2011)

<sup>58</sup> <http://www.ledevoir.com/societe/sante/397812/les-quebecois-fort-critiques-de-leur-systeme-de-sante>

<sup>59</sup> <http://aipsq.com/a-la-une>

<sup>60</sup> <http://nouvelles.umontreal.ca/article/2017/12/07/claudie-roussy-changer-le-systeme-de-sante-de-l-interieur/>

santé et le débat autour de leur marge d'autonomie et de la délégation de certaines compétences médicales continu d'être vif.

De façon paradoxale, les IPS du Québec ont le niveau académique le plus élevé au Canada, mais le champ de pratique le plus restreint en Amérique du Nord. En 2017, Gaétan Barrette, Ministre de la santé, demande l'ajout de trois activités principales à leur champ de pratique : amorcer des traitements médicamenteux pour les maladies chroniques, effectuer des demandes de consultation auprès des médecins spécialistes et procéder au congé médical du patient hospitalisé. Le gouvernement du Québec, conscient de leur apport positif indéniable pour le réseau de la santé<sup>61</sup>, a annoncé une aide supplémentaire de 25 millions de dollars aux établissements universitaires pour la formation de leurs IPS avec l'objectif d'avoir près de 1500 diplômées dans les sept prochaines années<sup>62</sup>.

Les infirmières en rôle élargi, souvent comparées à des IPS bien qu'elles n'en aient pas le statut, sont la pierre angulaire du système nordique. Les soins de santé sont organisés autour des dispensaires des villages dans lesquels les infirmières offrent les soins de première ligne et sont le premier contact avec le patient. On pourrait aisément faire la comparaison entre les soins offerts en dispensaire et les cliniques de super infirmières, solution caractérisée d'innovante, qui se développent dans la Province. D'une certaine manière, elles ont été les précurseurs d'un système de soins lié à une pénurie ancienne de médecins dans le Nord.

Notre étude montre que, non seulement, cette offre de soins peut fonctionner, mais aussi que les deux professions en sortent gagnantes : les infirmières ont plus d'autonomie de pratique et les médecins se concentrent sur les patients les plus complexes. Ce n'est donc pas un jeu à somme nulle. Les deux acteurs reconnaissent les avantages qu'il procure tout en constatant que la prise en charge des patients inuits qui se présentent au dispensaire est rapide et efficace. Par ailleurs, la relation d'autorité infirmière/ médecin se transforme en une dynamique de collaboration, symbolisée par le tutoiement et

---

<sup>61</sup> <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288>

<sup>62</sup> [http://plus.lapresse.ca/screens/e156d201-eeb5-4a02-9472-f62bcf9d3517\\_\\_7C\\_\\_m-QKQjJuPaZC.html](http://plus.lapresse.ca/screens/e156d201-eeb5-4a02-9472-f62bcf9d3517__7C__m-QKQjJuPaZC.html)

accentuée par la proximité des relations. La domination professionnelle des médecins se réduit laissant toute sa place à la profession d'infirmière ainsi qu'à la reconnaissance des compétences de ces soignantes au sein des équipes médicales.

Notre étude montre également que l'évolution récente a cassé cette dynamique en médicalisant les structures sanitaires du Nord. Les infirmières en rôle élargi sont en effet victimes d'un double effet ciseau qui résultant de l'augmentation de la population et des problèmes sociétaux nouveaux (accidentologie, criminologie). Elles perdent ainsi leur rôle social du fait de l'arrivée des travailleurs sociaux et de la réduction de la proximité avec la population, mais aussi leurs prérogatives médicales en raison de l'arrivée des médecins sur place, de la gravité des pathologies rencontrées et de la nécessité d'« agir comme dans le Sud » en termes d'efficacité et de bonnes pratiques.

Ainsi, se pose la question d'une redéfinition du rôle élargi qui gagnerait sans doute à se recentrer sur la santé communautaire et les enjeux de promotion, prévention et éducation à la santé. À notre sens, une piste à explorer serait d'offrir aux infirmières nordiques la possibilité de former et d'encadrer le personnel inuit, notamment, les interprètes et les travailleurs de bien-être communautaires. Elles tendraient alors à jouer le rôle de médiateur culturel. Notre étude montre toute la complexité et la richesse des liens entre ces acteurs, mais ceux-ci restent peu formalisés. Les interprètes et les travailleurs de bien-être communautaire représentent de puissants leviers au sein des villages sur lesquels il est nécessaire de s'appuyer lors de la mise en place de programmes en santé communautaire. Labbé (1991) faisait la comparaison entre la Nunavik et le Tiers-monde : donner une place formalisée et encadrée aux professionnels inuits permettrait d'entrer non pas dans une perspective d'aide humanitaire d'urgence, mais de développement.

Dans le contexte canadien actuel, le système de santé nordique peut offrir des pistes pour l'élaboration d'un nouveau système de santé qui offre toute sa place et sa reconnaissance aux compétences des infirmières avec la recherche d'un équilibre entre les professions médicales et paramédicales associée à un transfert de connaissances, en particulier dans le domaine de la prévention, du triage des urgences, du suivi des maladies chroniques et peut-être dans la prise en charge des violences familiales, tout en sécurisant les pratiques

professionnelles. Cette réflexion a toute sa place au sein de nos systèmes de santé modernes qui montrent aujourd'hui leurs limites. Repenser l'organisation des soins et le rôle des soignants représente un enjeu contemporain et crucial pour nos sociétés.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abbey, D., Hunt, D. et Weiser, J. (1985). Variations on a theme by Kolb: a new perspective for understanding counseling and supervision. *Counseling Psychologist*, 13(3), 477-501.
- Affaires Indiennes et du Nord du Canada. (2006). *Les Relations du Canada avec les Inuit - Histoire de l'élaboration des politiques et des programmes*. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/affaires-autochtones-nord.html>
- Aguiar, W. et Halseth, R. (2015). *Aboriginal People and historic trauma: the processes of intergenerational transmission*. Prince George, BC : Centre de Collaboration Internationale de la santé autochtone. Récupéré de <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-EN.pdf>
- Asselin, M. E., Schwartz-Barcott, D. et Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 905-914.
- Astier, P. (2004). Parler d'expérience. *Formation emploi*, 88, 33-42.
- Aubret, J., Gilbert, P et Pigeyre, F. (1993). *Savoir et Pouvoir, les compétences en question*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Aubret, J. (2003). La validation des acquis de l'expérience. *Savoirs, revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes*, 1, 57-82.
- Aubret, J., Gilbert, P. et Pigeyre, F. (2005). *Management des compétences : Réalisations, concepts, analyses* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Bailey, K. D. (1994). *Typologies and taxonomies: An Introduction to classification techniques*. Thousand Oaks : Sage.
- Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des Sciences de l'éducation*, 26(2), 263-286.
- Barney, J. B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Becker, G. S. (1962). Investment in human capital A theoretical analysis. *The Journal of Political Economy*, 70(5), 9-49.
- Bedon, P. (2008). *Pratiques traditionnelles chez les sages-femmes autochtones du Nunavik et programme de formation*. [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal, Montréal.

- Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P. et Garrett, M. (2004). Perceptions of Work in Humanitarian Assistance: Interviews With Returning Swedish Health Professionals. *Disaster Management and Response*, 2(4), 102-107.
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 4(111), 22-35.
- Bombay, A., Matheson, K. et Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6-47.
- Bordin, G. (2005). Phasages et déphasages. Représentations du temps chez les Inuits de l'arctique oriental canadien. *Globe: Revue internationale d'études québécoises*, 8(1), 99-133.
- Bouchard, J. (2007). *L'épreuve de la modernité - Les représentations de l'identité inuit contemporaine et l'élaboration du gouvernement régional du Nunavik*. [Mémoire de maîtrise]. Université Laval, Québec.
- Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience. L'expérience comme source d'apprentissages et de découvertes*. Sainte-Foy : Presses Universitaires du Québec.
- Bouteiller, D. (1997). Le syndrome du crocodile et le défi de l'apprentissage continu. *Gestion*, 22(3), 4-25.
- Bouteiller, D. (1986). *Modes d'intégration des comportements des contremaitres : le cas d'un entrepôt d'épicerie*. [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal, Montréal.
- Bouteiller, D. et Gilbert, P. (2005). Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord. *Relations Industrielles*, 60(1), 3-28.
- Bouteiller, D. et Cossette, M. (2013). *Capital Humain et Performance(s) : Cadre théoriques et protocoles de mesure. Rapport de recherche remis à la CPMT*. [Document PDF]. HEC Montréal.
- Bouteiller, D. et Gilbert, P. (2010). La compétence numérisée : enjeux de validité et quête de sens. *Revue Gestion des Ressources Humaines*, 79(1), 1-21.  
doi:10.3917/grhu.079.0056
- Bouteiller, D. et Gilbert, P. (2016). La diffusion de l'instrumentation de la gestion des compétences en Amérique du Nord depuis David C. McClelland. *Relations Industrielles*, 71(2), 224-245.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Boyatzis, R. (1982). *The competent Manager: A model for effective performance*. New York : Wiley.

Browne, A. (2009). Les discours influençant les perceptions des infirmières à l'égard des patients autochtones. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 166-191.

Bureau du Vérificateur Général du Canada. (2015, printemps). *Rapport 4: L'accès au service de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations*. Récupéré de [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/osh\\_20150601\\_f\\_40530.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/osh_20150601_f_40530.html)

Buxton, J. A., Ouellette, V., Brazier, A., Whiteside, C., Mathias, R., Dawar, M. et Mulkins, A. (2007). Bridging the gap in population health for rural and Aboriginal communities: a needs assessment of public health training for rural primary care physicians. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(2), 81-88.

Caroly, S. et Cholez, C. (2007). Compétences individuelles et compétences collectives : regard croisé entre sociologie et ergonomie. Dans W. Cavestro, C. Dureix et S. Monchatre (dir.), *Travail et reconnaissance des compétences* (p. 15-30). Paris : Éditions Économica.

Carre, P. et Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'harmattan.

Chambers, N. (1999). Close encounters: The use of critical reflective analysis as an evaluation tool in teaching and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 950-957.

Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J. et Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing and Health Science*, (7), 57-65.

Clark, D. (2000). Citizens, charters and public service reform in France and Britain. *Government and Opposition*, 35(2), 152-169.

Claxton, C. et Murrell, P. (1987). Learning styles: Implications for improving educational practices. *ASHE-ERIC Higher Education Report*, (4).

Commeiras, N., Loubès, A. et Fournier, C. (2009). Les effets des tensions de rôles sur l'implication au travail: une étude auprès des managers de rayon 1. *Management international*, 13(4), 73-89.

Commission de Vérité et de Réconciliation du Canada. (2012). *Rapport : Le Canada, les peuples autochtones et les pensionnats. Ils sont venus pour les enfants*. Récupéré de [http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/2039\\_T&R\\_fr\\_web%5B1%5D.pdf](http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/2039_T&R_fr_web%5B1%5D.pdf)

- Commission de Vérité et de Réconciliation du Canada. (2015). *Rapport : Pensionnats du Canada, l'expérience inuite et nordique, Vol. 2*. Récupéré de [http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/French/French\\_Volume\\_2\\_Inuit\\_Web.pdf](http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/French/French_Volume_2_Inuit_Web.pdf)
- Courtois, B. et Pineau, G. (dir.). (1991). *La formation expérientielle des adultes*, Paris : La Documentation française.
- Coyle-Rogers, P. et Putman, C. (2006). Using experiential learning: Facilitating hands-on basic patient skills. *Journal of Nursing Education*, 45(4), 142-143.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dallaire, C. et Dallaire, M. (2008). *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Daudelin, M. W. (1996). Learning from experience through reflexion. *Organizational Dynamics*, 24(3), 36-48.
- De Montmollin, M. (1986). *L'intelligence de la tâche: éléments d'ergonomie cognitive, Sciences pour la communication*. Verlag : Peter Lang.
- Decaluwe, B., Poirier, M.-A. et Muckle, G. (2016). L'adoption coutumière chez les Inuit du Nunavik : ses spécificités et conséquences sur le développement de l'enfant. *Enfances Familles Générations*, 25. Récupéré de <http://journals.openedition.org/efg/1101>.
- Deiter, C. (1999). *From our mothers' arms: The intergenerational impact of residential schools in Saskatchewan*, Toronto, ON: United Church Publishing House.
- Dejoux, C. (2001). *Les compétences au cœur de l'entreprise*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Dépelteau, F. (2007). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; De Boeck.
- Dewey, J. (1969). *Experience and education*. New York : Collier Books.
- Dietrich, A. (2000). Les paradoxes de la notion de compétence en gestion des ressources humaines. *Les cahiers de recherche de la bibliothèque de l'Université de Lille*, 4-18.
- Dixon, N. (1999). *The organizational learning cycle: How we can learn collectively* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Gower Publishing.
- Dube, L. (2005). *Psychologie de l'apprentissage* (3<sup>e</sup> éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Duhaime, G., Caron, A. et Lévesque, S. (2015). *Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée - Le Nunavik en chiffre 2015* (Version de poche). Québec : Université Laval.

Dupray, A., Guitton, C. et Monchatre, S. (2003). *Réfléchir la Compétence. Approches sociologiques, juridiques, économiques d'une pratique gestionnaire*. Toulouse : Octares.

Elizenda, J.-C. (2007). *Le rôle de l'apprentissage par l'expérience dans la transition vers un poste de direction*. [Mémoire de maîtrise]. HEC Montréal, Montréal.

Eraly, A. (1988). *La structuration de l'entreprise, la rationalité en action*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.

Evans-Campbell, T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaskan communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(8), 316-338.  
doi: 10.1177/0886260507312290

Finger, M. (1989). « Apprentissage expérientiel » ou « formation aux expériences de vie » ? Apprendre par expérience. *Éducation permanente*, (100-101), 39-46.

Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.

Fletcher, C. et Riva, M. (dir.). (2016). La santé des Inuit. *Études/Inuit/Studies*, 40(1), 5-22. <http://dx.doi.org/10.7202/1040142ar>

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

Jauréguiberry, F. (2006). De la déconnexion aux TIC comme forme de résistance à l'urgence. *Communication et Organisation*, (29), 186-195.  
doi: 10.4000/communicationorganisation.3409

Fraser, S. L. et Nadeau, L. (2015). Experience and representations of health and social services in Nunavik. *Contemporary Nurse*, 51(21), 286-300.

Frayssinhes, J. (2011). *Les pratiques d'apprentissage des adultes en FOAD: effet des styles et de l'auto-apprentissage*. [Thèse de doctorat]. Université de Toulouse II Le Mirail, Toulouse, France.

Gagnon, L. (1998). *Signification pour les aînés inuites du soin offert par leurs proches*. [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal, Montréal.

Gilbert, P. (2006). La compétence: concept nomade, significations fixes. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2(2), 67-77.

Gillet, P. (1998). Pour une écologie du concept de Compétence. *Éducation Permanente*, (135), 23-32.

Godé, C. (2015). *La coordination des équipes en environnement extrême : Pratiques de travail et usages technologiques en situation d'incertitude*. Lyon : Éditions ISTE.

Gombay, N. (2009). Today is today and tomorrow is tomorrow: reflection on Inuit Understanding of Time and Place. Dans B. Collignon et M. Therrien (dir.), *Orality in the 21<sup>st</sup> century: Inuit discourse and practices. Proceedings of the 15th Inuit Studies Conference*. Paris : INALCO. Récupéré de <http://inuitoralityconference.com/art/Gombay.pdf>

Goulet, H. (2016). *Histoire des pensionnats indiens catholiques au Québec : le rôle déterminant des Pères Oblats*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Greenwood, M. (2009). *Places for the good care of children: A discussion of indigenous cultural considerations and early childhood in Canada and New Zealand*. [Thèse de doctorat]. University of British Columbia, Vancouver.

Grimaud, A. (2003). L'évaluation des compétences, paradoxes et faux-semblants d'une instrumentation. Dans G. Simard et G. Lévesque (dir.), *La GRH mesurée, Actes du XV<sup>e</sup> Congrès de l'AGRH* (p. 1627-1649), tenu à Montréal du 1<sup>er</sup> au 4 septembre.

Guérin, F. (2006). Le débat sociologique autour du « modèle de la compétence ». *Psychologie du travail et des organisations*, 12(2), 105-118.

Guillard, A. et Roussel, J. (2010). Le capital humain en gestion des ressources humaines : éclairages sur le succès d'un concept. *Management et Avenir*, 1(31), 160-181.

Hall, D. (1995). Unplanned Executive Transitions and the dance of Subidentity. *Human Resources Management*, 34(1), 71-92.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F. ... Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, (43), 237-263.

Hervé, C. (2015). *Le pouvoir vient d'ailleurs : Leadership et coopération chez les Inuits du Nunavik*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Jacob, C. G. (2012). *Recours à l'apprentissage expérientiel dans la transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-Sida*. [Thèse de doctorat]. Université du Québec à Montréal, Montréal.

Jobert, G. (2009). *La part de l'expérience dans le développement*. Table ronde n°2 du 1<sup>er</sup> colloque international francophone de l'Association Recherches et Pratiques en Didactique Professionnelle, « L'expérience », tenu du 2 au 4 décembre 2009, Agrosup Dijon.

Katz, D. et Kahn, R. L. (1966). *The social Psychology of Organizations*. New York : J. Wiley et Sons Inc.

Kelly, L. et Brown, J. B. (2002, octobre). Listening to Native patients: Changes in physicians' understanding and behavior. *Le Médecin de famille canadien*, 48, 1645-1652.

Kirmayer, L., Tait, C. L. et Simpson, C. (2009). The mental health of aboriginal peoples in Canada: transformations of identity and community. Dans L. J. Kirmayer et G. G. Valaskakis (dir.), *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada* (p. 3-36). Vancouver, BC: University of British Columbia Press.

Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Paris : Les éditions d'organisation.

Kolappa, K., Henderson, D. C. et Kishore, S. P. (2013). No physical health without mental health: lessons unlearned? *Bulletin of the World Health Organization*, 91(3), 3-3A. doi: 0.2471/BLT.12.115063

Kolb, A. et Kolb, D. (2005). Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning and Education*, 4(2), 193-212.

Kolb, D. A., Boyatzis, R. et Mainemelis, C. (2001). Experiential learning theory: Previous research and new directions. Dans R. Sternberg et L. Zhang (dir.), *Perspectives on cognitive learning, and thinking styles* (p. 227-247). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as a source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Labbé, J. (1981). La santé au Nouveau-Québec inuit. Réflexions sur les problèmes de santé et le système mis en place pour les régler. *Études/Inuit/Studies*, 5(2), 63-81.

Laschinger, H. K. (1986). Learning styles of nursing students and environmental press perceptions of two clinical nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 289-294. doi: 10.1111/j.1365-2648.1986.tb01250.x

Laschinger, H. K. (1990). Review of experiential learning theory research on the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 985-993.

Laschinger, H. K. et Boss, M. K. (1984). Learning styles of nursing students and career choices. *Journal of Advanced Nursing*, 9(4), 375-380.

Laschinger, H. K. et Boss, M. K. (1989). Learning styles of baccalaureate nursing students and attitudes toward theory-based nursing. *Journal of Professional Nursing*, 5(4), 215-223.

Lave, J. et Wenger, É. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: University of Cambridge Press.

Lavoie, F., Fraser, S., Boucher, O. et Muckle, G. (2007). Prevalence and nature of sexual violence in Nunavik. *Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec*. Récupéré de [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/668\\_esi\\_sexual\\_violence.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/668_esi_sexual_violence.pdf)

- Le Boterf, G. (2016). *Professionaliser. Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* (7<sup>e</sup> éd.). Paris : Eyrolles Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G., Barzucchetti, S. et Vincent, F. (1995). *Comment manager la qualité de la formation?* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions d'Organisations.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence- Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Éditions d'Organisation, Paris.
- Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions d'Organisation.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Guérin.
- Leicher, V., Mulder, R. H. et Bauer, J. (2013). Learning from errors at work: A replication study in elder care nursing. *Vocations and Learning*, 6(2), 207-220.
- Lévesque, F. (2008). *Les Inuit, leurs chiens et l'administration nordique, de 1950 à 2007. Anthropologie d'une revendication inuit contemporaine*. [Thèse de doctorat]. Université Laval, Québec.
- Lévesque, F. (2010). Le contrôle des chiens dans trois communautés du Nunavik au milieu du 20<sup>e</sup> siècle. *Études/Inuit/Studies*, 34(2), 149-166.
- Levy-Leboyer, C. (2009). *La gestion des compétences, une démarche essentielle pour la compétitivité des entreprises*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human Relations*, 1(2), 5-41.
- Lièvre, P. (2014). *Vers un management des situations extrêmes de gestion*. Communication lors de la XXIII Conférence de l'AIMS, tenue à Rennes du 24-28 mai. Récupéré de <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/24-xxiiieme-conference-de-l-aims/communications/3265-vers-un-management-des-situations-extremes/download>
- Lièvre, P. et Gautier, A. (2009). Les registres de la logistique des situations extrêmes: des expéditions polaires aux services d'incendie et de secours. *Management et Avenir*, 4(24), 196-216.
- Lochard, Y. (2007). L'avènement des savoirs expérimentiels. *Revue de l'IREs*, 55(3), 79-99.
- Mainemelis, C., Boyatzis, R. et Kolb, D. A. (2002). Learning styles and adaptive flexibility: Testing experiential learning theory. *Management Learning*, 33(1), 5-33.
- Mandeville, L. (1997). *L'expérience comme source de développement des compétences en psychologie*. [Thèse de doctorat]. Université de Montréal, Montréal.

- Marbach, M. (1999). *Évaluer et rémunérer les compétences*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Martin, P. (2015). *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées*. [Thèse de doctorat]. Université de Montréal, Montréal.
- McCall, M. W., Lombardo, M. M. et Morrison, A. M. (1988). *The lessons of experience: How successful executives develop on the job*. San Francisco: New Lexington Press.
- McGibbon, E., Etowa, J. et McPherson, C. (2008). Health-care access as a social determinant of health. *The Canadian Nurse*, 104(7), 23-27.
- McLeod, N. (1988, automne). Coming home through stories. *International Journal of Canadian Studies*, 18, 51-66.
- Michaels, E., Handfield-Jones, H. et Axelrod, B. (2000). *The war of Talent*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Michaud, V. (2009). Articuler les compétences individuelle, collective, organisationnelle et stratégique : les éclairages de la théorie des ressources et du capital social In D. Retour, T. Picq et C. Defélix (Eds.), *Gestion des compétences Nouvelles relations nouvelles dimensions* (pp. 13-34): Vuibert.
- Minore, B., Boone, M., Katt, M., Kinch, P., Birch, S. et Mushquash, C. (2005). Les effets du roulement du personnel infirmier sur la continuité des soins dans les communautés autochtones éloignées. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1), 86-100.
- Misener, R. M., MacLeod, M. L. P., Banks, K., Morton, A. M., Vogt, C. et Bentham, D. (2008). There's rural and then there's "rural": Advice from nurses providing primary healthcare in northern remote communities. *Nursing Research*, 21(3), 54-63.
- Murrell, P. H. et Claxton, C. S. (1987). Theory and ideas for training: Experiential learning theory as a guide for effecting teaching. *Journal of the Association for Counselor Education and Supervision*, 27(1), 4-14.
- O'Neil, J. (1989). The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: A canadien Inuit Study. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 3(4), 325-344.
- 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*. Récupéré de [https://www.oiiq.org/sites/default/files/188M\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/188M_doc.pdf)

- Pastre, P. (2005). Dynamique et métamorphose des compétences professionnelles. *Psychologie du travail et des organisations*, 11(2), 73-87.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pavlov, I. (1963). *Réflexes conditionnels et inhibitions*. Paris : Éditions Gonthier.
- Penrose, E. T. (1959). *The theory of the growth of the firm*. New York : John Wiley and Sons.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Perrot, S. (2005). *Nature et conséquences des conflits de rôles*. Communication dans le cadre de la journée de recherche CEROG-AGRH « Stress, burn out et conflits de rôles » tenue à Aix-en-Provence, le 27 mai.
- Piaget, J. (1977). *L'épistémologie génétique : Équilibration des structures cognitives, problème central du développement*. Paris : Presses universitaires de France.
- Priem, R. et Butler, J. (2001). Is the resource-based "view" a useful perspective for strategic management research?. *Academy of Management*, 26(1), 22-40.
- Qumaq, T. (2010). *Je veux que les Inuit soient libres de nouveau - Autobiographie (1914-1993)*. Sainte-Foy : Les presses de l'Université du Québec.
- Rakoczy, M. et Money, S. (1995). Learning styles of nursing students: A 3 year cohort longitudinal study. *Journal of Professional Nursing*, 11(3), 170-174.
- Reading, J. et Halseth, R. (2013). *Trajectoire menant à l'amélioration du bien-être des peuples autochtone: les conditions de vie déterminent la santé*. Centre de Collaboration Internationale de la santé autochtone. Récupéré de <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-PathwaysWellBeing-Reading-Halseth-FR.pdf>
- Retour, D. et Krohmer, C. (2006). La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences. Dans C. Defelix, A. Klarsfeld, E. Oiry (dir.), *Nouveaux regards sur la gestion des compétences* (p. 139-173). Paris : Vuibert.
- Reynaud, J.-D. (2001). Le management par les compétences : un essai d'analyse, *Sociologie du Travail*, 43(1), 7-31.
- Rivière, A., Commeiras, N. et Loubès, A. (2013). Tensions de rôles et stratégies d'ajustements: une étude auprès des cadres de santé à l'hôpital. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 31(2-3), 142-162.

Roch, G. et Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(2). Récupéré de [http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article\\_RochetOuellet\\_Vol7no2pp7-172010\\_000.pdf](http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article_RochetOuellet_Vol7no2pp7-172010_000.pdf)

Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Columbus, OH: Merrill.

Rousseau, N. et Daigle, J. (2013). *Infirmières de colonies. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère- Diabète et processus de construction identitaire: les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. [Thèse de doctorat]. Université Laval, Québec.

Royal, L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*. [Thèse de doctorat]. Université de Montréal, Montréal.

Royal, L. et Brassard, A. (2010). Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et contribuer au bien-être des employés. *Gestion*, 35(3), 27-33.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) en collaboration avec l'Institut national de la santé publique Québec (INSQ). (2012). *Portrait de Santé Nunavik : Conditions démographiques et socioéconomiques 2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/1590>

Rumelt, R. P. (1984). Towards a strategic theory of the firm. Dans R. Lamb (dir.), *Competitive Strategic Management* (p. 556-570). Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Saladin D'Anglure, B. (2006). *Être ou renaître inuit, homme, femme ou chamane*. Paris : Gallimard.

Salovey, P. et Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, (9), 185-211.

Secrétariat aux affaires autochtones. (2011). *Amérindiens et Inuits : Portrait des Nations autochtones du Québec* (2<sup>e</sup> éd.). Direction des communication du ministère du Conseil exécutif : Gouvernement du Québec. Récupéré de [https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications\\_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf](https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf)

Seibert, K. W. et Daudelin, M. W. (1999). *The role of reflection in managerial learning: theory, research and practice*. Westport, CT: Quorum.

Simard, Y. (2005). Les savoirs d'expérience : épistémologie de leurs tous premiers moments. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 31(3), 543-562.

Skinner, B. F. (2001/2011). *Science et comportement humain* (3<sup>e</sup> éd.). Psycho-polis, éditions In Press.

Spencer, L. M. et Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons.

Stroobants, M. (1993). *Savoir-faire et compétences au travail : une sociologie de la fabrication des aptitudes*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.

Stuckenberger, A. N. (2006). Sociality, temporality and locality in a contemporary inuit community. *Études/Inuit/Studies*, 30(2), 95-111.

Tait, C. L. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Récupéré de <http://www.ahf.ca/downloads/fetal-alcohol-syndrome.pdf>

Talbot, E. et Roy, B. (2015). *Le Nord à bras-le-cœur. Récits d'infirmières et d'infirmiers*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Tarlier, D. et Browne, A. (2011). Le programme de pratique infirmière en régions éloignées: la pratique infirmière et le personnel infirmier praticien considérés sous l'angle de la justice sociale. *Canadian Journal of Nursing Research*, 43(2), 38-61.

Tarlier, D., Brown, A. et Johnson, J. (2007). L'influence de la distance géographique et sociale sur l'exercice des soins infirmiers et la continuité des soins dans la communauté autochtone éloignée. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(3), 126-148.

Tarlier, D., Johnson, J. et Whyte, N. (2003). Voices from the wilderness: An interpretive study describing the role and practice of outpost nurses. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 94(3), 180-184.

Taylor, F. W. (1937). *The principles of scientific management*. Accessible au [http://www.gutenberg.org/ebooks/6435?msg=welcome\\_stranger](http://www.gutenberg.org/ebooks/6435?msg=welcome_stranger)

Therrien, M. (1995). Corps sain, corps malade chez les Inuit. Une tension entre l'intérieur et l'extérieur. *Recherches amérindiennes au Québec*, 25(1), 71-84.

Toupin, L. (1995). *De la formation au métier : savoir transférer ses connaissances dans l'action*. Paris : ESF Éditeur.

UNICEF. (2009). *La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception*. Récupéré du site du Comité canadien de l'UNICEF au [http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce\\_uploads/UTILITY%20NAV/MEDIA%20CENTER/PUBLICATIONS/FRENCH/Pour%20tous%20les%20enfants\\_sans%20exception%2009.pdf](http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce_uploads/UTILITY%20NAV/MEDIA%20CENTER/PUBLICATIONS/FRENCH/Pour%20tous%20les%20enfants_sans%20exception%2009.pdf)

- Vaughan, J. A. (1990). Student nurse attitudes to teaching/learning methods. *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 925-933. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01948.x
- Vinales, J. J. (2015). *The learning environment and learning styles: a guide for mentors. British Journal of Nursing*, 24(8), 454-457.
- Vukic, A. et Keddy, B. (2002). Northern nursing practice in a primary care health care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 542-548.
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et Langage* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions La Dispute.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice. Learning, Meaning and identity*. Cambridge: University of Cambridge Press.
- Wernerfeld, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171-180.
- Wittorski, R. (2007). *de la fabrication des compétences. Éducation permanente*, (135), 57-69.
- Zarifian, P. (2011). *La logique compétence, un enjeu de société*. Débat organisé par le CIBC de Nîmes.
- Zimmermann, B. (2014). *Ce que travailler veut dire : Une sociologie des capacités et des parcours professionnels* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Économica.



# ANNEXE A

## Les différences entre les professions d’infirmière et de médecin

### Les activités réservées

Infirmière	Médecin
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer la condition physique et mentale d’une personne symptomatique;</li> <li>2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes, dont l’état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;</li> <li>3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;</li> <li>4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d’une activité découlant de l’application de la Loi sur la santé publique;</li> <li>5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;</li> <li>6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;</li> <li>7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s’y rattachent;</li> <li>8. Appliquer des techniques invasives;</li> <li>9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;</li> <li>10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;</li> <li>11. Administrer et ajuster des médicaments ou d’autres substances, lorsqu’ils font l’objet d’une ordonnance;</li> <li>12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d’une activité découlant de l’application de la Loi sur la santé publique;</li> <li>13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d’un médicament, selon une ordonnance;</li> <li>14. Décider de l’utilisation des mesures de contention;</li> <li>15. Décider de l’utilisation des mesures d’isolement dans le cadre de l’application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;</li> <li>16. Évaluer les troubles mentaux, à l’exception du retard mental, lorsque l’infirmière ou l’infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d’un règlement pris en application du paragraphe g de l’article 14;</li> <li>17. Évaluer un enfant qui n’est pas encore admissible à l’éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d’adaptation répondant à ses besoins.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. détermine le motif qui amène le patient à le consulter;</li> <li>2. poursuit par le questionnaire, l’examen physique et les examens complémentaires, l’investigation du problème;</li> <li>3. établit le diagnostic du problème biologique ou psychologique du patient et précise les facteurs socioéconomiques qui le conditionnent;</li> <li>4. établit le plan de traitement;</li> <li>5. fait au patient, et s’il y a lieu à sa famille, un compte rendu du diagnostic, du pronostic et du traitement;</li> <li>6. collabore avec les autres membres de l’équipe de la santé pour la solution des problèmes de santé.</li> <li>7. rôle économique (arrêt de travail, invalidité)</li> <li>8. témoignage sociétal (certificats)</li> </ol>

## Énoncés descriptifs des aspects de la profession (OIIQ, 2010)

Infirmière	Médecin
le partenariat infirmière-client La promotion de la santé La prévention de la maladie, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide Le processus thérapeutique La réadaptation fonctionnelle La qualité de vie L'engagement professionnel	

### La formation requise

Infirmière	Médecin
Deux programmes de formation peuvent être suivis pour pratiquer la profession d'infirmière au Québec. <i>Le programme collégial</i> (DEC en sciences infirmières- permet de pratiquer en soins généraux Détenir un diplôme d'études secondaires (DES) Avoir réussi le cours de Sciences et technologie (STE ou SE 4è; Sciences physiques 436 ou équivalent; Chimie 5è ou 534 ou équivalent) Obtenir un DEC en soins infirmiers (3 ans) dans un des 48 Cégeps offrant la formation <i>Le programme universitaire</i> (Baccalauréat en sciences infirmières- permet de pratiquer en tant qu'infirmière clinicienne en soins généraux- soins intensifs, traumatologie, santé communautaire, santé mentale ou en tant que conseillère en soins infirmiers) Détenir un DEC en sciences de la nature ou en lettres et arts Obtenir un baccalauréat en sciences infirmières d'une des 9 universités du Québec offrant ce programme de formation (3 ans) Pour les infirmières ayant déjà un DEC en soins infirmiers, le programme ne dure que 2 ans (DEC-BAC) <i>*Les infirmières peuvent acquérir une maîtrise en sciences infirmières (3 ans) ou un diplôme d'études supérieures spécialisées (durée variable selon les programmes) afin de devenir une infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui est autorisée à dispenser des soins infirmiers et médicaux et qui peut prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou des traitements selon son domaine d'activité. Moins de 0,5% de l'effectif infirmier possède actuellement un diplôme d'IPS. Aucune infirmière de notre échantillon n'avait ce titre au moment de leur pratique dans les dispensaires du Nunavik*</i>	Être diplômé d'un CÉGEP, concentration sciences de la santé ou sciences pures (les diplômés d'un baccalauréat, maîtrise ou doctorat en sciences peuvent appliquer) Poursuivre 4 ans d'études universitaires dans une des quatre facultés de médecine du Québec soit l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal ou l'Université de Sherbrooke. Poursuivre deux ans de formation pour obtenir un permis d'exercice en médecine familiale. OU Poursuivre cinq ou six ans de formation dans un programme d'une des 54 spécialités.  <i>Au Nunavik, les médecins permanents sont des médecins de famille (généralistes), les médecins spécialistes viennent quelques semaines par années seulement.</i>

# ANNEXE B

## Certificats d'éthiques



Comité d'éthique de la recherche

### ATTESTATION D'APPROBATION ÉTHIQUE COMPLÉTÉE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet des approbations en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains nécessaires selon les exigences de HEC Montréal.

**La période de validité du certificat d'approbation éthique émis pour ce projet est maintenant terminée. Si vous devez reprendre contact avec les participants ou reprendre une collecte de données pour ce projet, la certification éthique doit être réactivée préalablement. Vous devez alors prendre contact avec le secrétariat du CER de HEC Montréal.**

---

**Projet # :** 2015-1640, 1642 - 1642

**Titre du projet de recherche :** Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieu extrême. Le cas des infirmières des dispensaires du Grand Nord québécois

**Chercheur principal :**  
Céleste Fournier  
Étudiante Ph. D., HEC Montréal

**Directeur/codirecteurs :**  
Dominique Bouteiller

**Date d'approbation initiale du projet :** 13 mai 2014

**Date de fermeture de l'approbation éthique :** 28 septembre 2017

---

Maurice Lemelin  
Président du CER de HEC Montréal

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

No certificat : 2438

No projet 1642

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

**Titre du projet de recherche :**

Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieux extrêmes. Comparaison et analyse de deux études de cas : les infirmières envoyées en mission humanitaires d'urgence et les infirmières oeuvrant auprès des Premières Nations et des Inuits

**Chercheur principal :**

Chercheur : Céleste Fournier

Titre : Étudiant(e) Doctorat

Service/Option : Gestion des ressources humaines

Directeur : Dominique Bouteiller

Titre : Professeur(e) agrégé(e)

Service/Option : Gestion des ressources humaines

**Date d'approbation du projet :**

13 mai 2014

**Date de publication du certificat :**

09 octobre 2014

**Date d'échéance du certificat :**

01 octobre 2015



Maurice Lemelin, président  
Comité d'éthique de la recherche

Le 29 septembre 2015

À l'attention de : Céleste Fournier, étudiante Ph. D.  
HEC Montréal

**Projet # 2015-1640, 1642 – 1642**

**Titre : Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieux extrêmes. Comparaison et analyse de deux études de cas : les infirmières envoyées en mission humanitaires d'urgence et les infirmières oeuvrant auprès des Premières Nations...**

---

Bonjour,

Pour donner suite à votre demande de renouvellement, le certificat d'approbation éthique pour le présent projet a été renouvelé en date du 01 octobre 2015.

**Ce certificat est valide jusqu'au 01 octobre 2016.**

Vous devez donc, avant cette date, obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si votre projet est terminé avant cette échéance, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet*.

Si des modifications importantes sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet*.

Prenez également note que tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra signer le formulaire d'engagement de confidentialité et que celui-ci devra nous être transmis lors de votre demande de renouvellement.

Nous vous souhaitons bon succès dans la poursuite de votre recherche.

Cordialement,

Le CER de HEC Montréal

## RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2015-1640, 1642 - 1642

**Titre du projet de recherche :** Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieux extrêmes. Comparaison et analyse de deux études de cas : les infirmières envoyées en mission humanitaires d'urgence et les infirmières oeuvrant auprès des Premières Nations...

**Chercheur principal :**

Celeste Fournier, étudiante Ph. D.  
HEC Montréal

**Directeur/codirecteurs :**

Dominique Bouteiller  
Professeur - HEC Montréal

**Date d'approbation du projet :** 13 mai 2014

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 01 octobre 2015

**Date d'échéance du certificat :** 01 octobre 2016

---

Maurice Lemelin  
Président du CER de HEC Montréal

Le 20 décembre 2016

À l'attention de :  
Céleste Fournier  
Étudiante Ph. D.  
HEC Montréal

**Projet # 2015-1640, 1642 – 1642**

**Titre : Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieux extrêmes. Comparaison et analyse de deux études de cas : les infirmières envoyées en mission humanitaires d'urgence et les infirmières oeuvrant auprès des Premières Nations...**

Bonjour,

Pour donner suite à votre demande de renouvellement, le certificat d'approbation éthique pour le présent projet a été renouvelé en date du 01 octobre 2016.

**Ce certificat est valide jusqu'au 01 octobre 2017.**

Vous devez donc, avant cette date, obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si votre projet est terminé avant cette échéance, vous devez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet*.

Si des modifications importantes sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet*.

Prenez également note que tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra signer le formulaire d'engagement de confidentialité et que celui-ci devra nous être transmis lors de votre demande de renouvellement.

Nous vous souhaitons bon succès dans la poursuite de votre recherche.

Cordialement,

**Le CER de HEC Montréal**

## RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2015-1640, 1642 - 1642

**Titre du projet de recherche :** Parcours, stratégies d'apprentissage et compétences développées en milieux extrêmes. Comparaison et analyse de deux études de cas : les infirmières envoyées en mission humanitaires d'urgence et les infirmières oeuvrant auprès des Premières Nations...

**Chercheur principal :**

Céleste Fournier,  
Étudiante Ph. D., - HEC Montréal

**Directeur/codirecteurs :**

Dominique Bouteiller  
Professeur - HEC Montréal

**Date d'approbation du projet :** 13 mai 2014

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 20 décembre 2016

**Date d'échéance du certificat :** 01 octobre 2017

---

Maurice Lemelin  
Président du CER de HEC Montréal

## ANNEXE C

### Guide d'entrevue des infirmières

**Titre du projet : « Parcours, stratégies d'apprentissage et développement des compétences en milieu extrême ».**

***Rappel des questions de recherche qui guident les thématiques abordées***

1. Comment se structure le processus d'apprentissage des infirmières travaillant auprès des communautés autochtones ?
2. Quelles stratégies individuelles d'apprentissage les infirmières mettent-elles en place pour apprendre et s'adapter à cette nouvelle réalité ?
3. Quelles compétences sont ainsi développées et quelles sont celles qui auront un impact sur la qualité des soins ?

***Le guide ci-après a été conçu pour la réalisation d'entrevues semi-structurées. Il est organisé autour de blocs thématiques à aborder durant l'entretien.***

*Introduction ([Patton 2002](#))*

Cette entrevue intervient dans le cadre de ma recherche doctorale au sujet des parcours et stratégies d'apprentissage et le développement des compétences des infirmières qui partent dans le nord du Québec. Je souhaite donc vous entendre aujourd'hui sur vos expériences, votre parcours et sur la façon dont vous avez géré (ou gérez actuellement) différentes situations critiques. Si vous avez des questions durant l'entrevue, n'hésitez pas à m'interrompre, et s'il y a une question face à laquelle vous n'êtes pas à l'aise ou que vous ne comprenez pas, indiquez-le-moi. Gardez à l'esprit que l'entrevue est anonyme et confidentielle, et que celle-ci va être enregistrée. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

**Objectifs de l'entrevue**

- 1) Compréhension du profil de l'infirmière (parcours personnel et professionnel, valeurs, choix de travailler dans le nord)
- 2) Compréhension de la façon dont les infirmières appréhendent leur envoi et le contexte dans lequel elles travaillent
- 3) Identification des compétences techniques et sociales considérées comme déjà acquises

**A. Profil du professionnel**

- a. Pouvez-vous me raconter brièvement votre parcours académique et professionnel ?
- b. Pourquoi avoir choisi de partir travailler dans le Nord/ d'où vient votre intérêt et quelles sont vos motivations ?
- c. Où travaillez-vous présentement ? Pour combien de temps ? Quand avez-vous commencé ?
- d. Avez-vous déjà de l'expérience auprès des communautés autochtones ? Si oui, dans quel cadre ? (combien de temps, lieu/ communauté, tâches...)

**B. Appréhension de l'envoi**

- a. Comment avez-vous appréhendé votre envoi ?
  - i. Selon vous, quels enjeux sont reliés à cet envoi ?
    1. Au niveau personnel/ individuel
    2. Au niveau professionnel
- b. Comment s'est déroulée votre préparation ?
  - i. Personnellement
  - ii. Professionnellement
- c. L'organisation vous a-t-elle préparé à cet envoi ? Si oui,
  - i. Comment
  - ii. Combien de temps
  - iii. Qu'en avez-vous pensé ? (points forts/ points faibles)
- d. Comment vous sentiez-vous à l'approche du départ ? Quels ont été vos ressentis ?

**C. Compétences techniques et sociales déjà acquises**

- a. Quels types de compétences/connaissances pensez-vous pouvoir utiliser lors de cette expérience ?
  - i. Au niveau technique
  - ii. Au niveau social/ relationnel
- b. Comment les avez-vous développées ? Dans quel cadre ?
- c. Selon vous, qu'elles sont celles qui, a priori, vous manquaient ?

## L'expérience auprès des communautés autochtones

### Objectifs

- 1) Compréhension du contexte et de ses enjeux (tâches, culture, façons de faire)
- 2) Identification des stratégies d'apprentissage choisies par les infirmières
- 3) Identification des acteurs clés
- 4) Description et analyse du parcours d'apprentissage
- 5) Identification des compétences-clé

#### A. Contexte et adaptation du métier

- a. Pouvez-vous me parler de votre expérience auprès des populations autochtones
  - i. Communauté
  - ii. Contexte/ culture
  - iii. Type de tâches et de fonction
  - iv. Enjeux organisationnels/ individuels/ professionnels
- b. Avez-vous déjà eu une expérience au Sud ? **Si oui**
- c. Quelles sont les principales différences entre votre métier/rôle ici et celui que vous aviez dans le Sud ?
- d. Y- a-t-il des pathologies, des cas que l'on traite différemment ? Si oui, pourquoi ? Donnez-moi des exemples.
- e. Les standards de qualité des soins ou de performance sont-ils différents ?
- f. Avez-vous du modifier certains comportements/techniques apprises lors de vos expériences passées ?
- g. Avez-vous dû mettre de côté certaines connaissances/ façons de faire pour vous adapter ?
- h. Vous attendiez-vous à tant de différences ?
- i. Comment qualifieriez-vous le rapport aux soins de la communauté ? Quel est l'impact de la culture sur vos tâches/ rôles ?
- j. Comment est perçu ton rôle d'infirmière ?
- k. Dans quelle mesure existe-t-il des barrières à l'exercice de votre métier ?

#### B. Relations entre collègues

- a. Comment qualifieriez-vous les relations entre les collègues du centre ?
- b. Quel est le style de gestion au Centre de santé ?
- c. Quel est le système décisionnel du centre ? Qui a l'autorité ?
  - i. Quels cas sont envoyés au Sud ? Sur quels critères décide-t-on d'envoyer le patient se faire soigner au Sud ?
  - ii. Jusqu'où l'infirmière peut-elle aller ? (marge d'autonomie)
  - iii. Jusqu'où l'unité peut-elle aller ?
  - iv. Jusqu'où le Centre de santé peut-il aller ?
- d. Dans quelle mesure accepte-t-on la prise de risque ?

## Incidents critiques et apprentissage

**Pour mieux comprendre votre réalité, nous allons pendant la suite de cet entretien, revenir en détail sur trois situations clés/ critiques/ exceptionnelles (qu'elles soient bonnes ou mauvaises) vécues pendant votre expérience et source de nouveaux apprentissages. Il n'y a pas de mauvaise réponse ou de réponse souhaitée, allez-y avec vos réflexions.**

- A. Pouvez-vous me décrire des 3 situations exceptionnelles (problématiques ou non) que vous avez pu rencontrer et qui vous ont demandé de vous adapter pour offrir des soins de qualité.

→ Demander à ce que l'infirmière nomme les situations avant de revenir sur chacune d'entre elles.

- a. Pouvez-vous me décrire en détail la situation ? De quoi s'agit-il ?
- b. Pourquoi pensez-vous que cette situation soit critique ?
- c. Acteurs clés
  - i. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont influencé cette situation ?
    1. Contextuels
    2. Organisationnels
    3. Individuels
  - ii. Quel est le rôle de chacun des acteurs ?
  - iii. Quels sont les enjeux pour chacun d'entre eux ? Différait-ils ?
  - iv. Comment ont-ils chacun influencé la situation ?
  - v. Selon vous, dans quelle mesure la culture a joué un rôle dans cet événement ?
- d. Stratégies d'apprentissage
  - i. Quelles démarches avez-vous suivies pour répondre aux enjeux de la situation ?
  - ii. Comment vous êtes-vous adaptée ?
  - iii. Est-ce que cela vous a amené à faire les choses autrement par rapport à vos expériences précédentes ?
  - iv. Quels résultats avez-vous obtenus ?
  - v. Quelles leçons en avez-vous tirées ?
- e. Identification des compétences-clé
  - i. Qu'avez-vous retenu de cette situation ?
  - ii. Quelles nouvelles compétences pensez-vous avoir développées ?
  - iii. Comment les avez-vous développées ?
- f. Ressenti face aux enjeux
  - i. Comment vous êtes-vous sentie pendant cet événement ?
  - ii. Quelles émotions avez-vous eues/ ressenties ? Vous êtes-vous senti en maîtrise de vous-même ?

- iii. Et maintenant, en en discutant quelles sont vos perceptions émotionnelles ?
- iv. En avez-vous discuté avec vos collègues ?

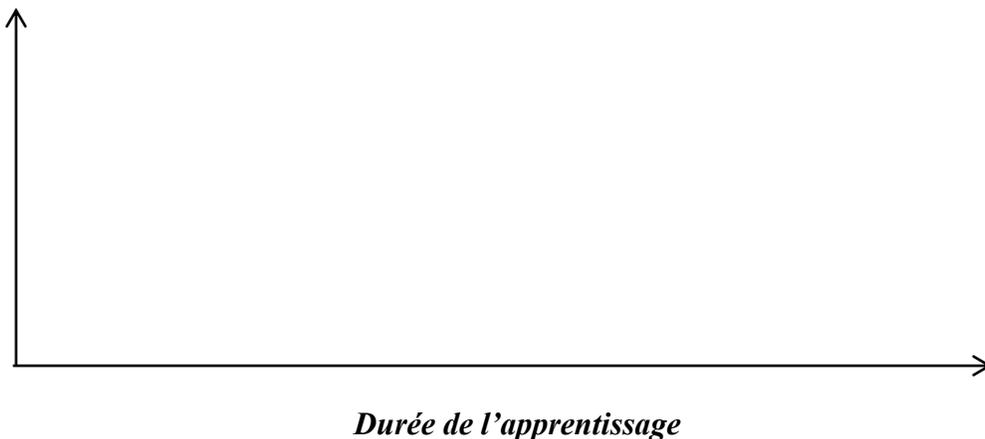
B. Description et analyse du parcours d'apprentissage

- a. Comment décririez-vous et qualifieriez-vous votre expérience ?
- b. Avez-vous vécu une perte de repères ? Dans quelle mesure avez-vous été déstabilisée ?

***Prendre une feuille avec un graphique, Axe des abscisses : Durée, Axe des ordonnées : Intensité, au milieu : courbe et points critiques***

***Pour réfléchir à ce qu'on appelle la courbe d'apprentissage, nous allons ensemble faire le graphique de la vôtre. Sur l'axe horizontal, on va situer la durée de votre apprentissage (temporalité). Sur l'axe vertical, ce sera votre positionnement par rapport à l'expertise de votre rôle (0- complètement novice ; 100- experte). On va tracer votre parcours.***

***Intensité de l'expertise***



- 1) Avez-vous le sentiment d'avoir dû apprendre beaucoup de choses dans ce poste ?  
Si oui,
  - a. quoi ?  
Pensez-vous avoir fait évoluer vos façons de faire ?  
  
Pensez-vous vous êtes adaptée vite ?
  - b. Et au bout de combien de temps vous êtes-vous sentie efficace ?  
Vous sentez-vous complètement opérationnelle/ à l'aise dans votre rôle ? À quel moment l'avez-vous senti ?

- 2) Durant cette période, y a-t-il eu des moments critiques, des ruptures, des moments déterminants dans votre apprentissage ?
- 3) Pouvez-vous me dessiner votre courbe ?
  - a. On dit souvent que la courbe d'apprentissage fonctionne par paliers. Qu'en pensez-vous ?
- 4) Que retenez-vous de votre parcours ?

<b>Fin de l'entrevue</b>
--------------------------

- A. Quels conseils donneriez-vous à une infirmière qui souhaite travailler auprès de ces communautés ?
- B. Regrettez-vous quelque chose ?
- C. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à notre discussion ?
- D. Avez-vous des questions ?
- E. Connaissez-vous des personnes susceptibles d'être intéressées par cette recherche ?

Si l'infirmière est en début de parcours, lui demander si je peux l'interroger en milieu et/ou en fin de parcours → suivi courbe d'apprentissage.

**Merci beaucoup de votre ouverture et d'avoir bien voulu partager votre expérience avec moi.**

## ANNEXE D

### Guide d'entrevue des gestionnaires d'hôpitaux ou acteurs connexes

**Titre du projet : « Parcours, stratégies d'apprentissage et développement des compétences en milieu extrême. »**

*Rappel des questions de recherche qui guident les thématiques abordées*

1. Comment se structure le processus d'apprentissage des infirmières travaillant auprès des communautés autochtones ?
2. Quelles stratégies individuelles d'apprentissage les infirmières mettent-elles en place pour apprendre et s'adapter à cette nouvelle réalité ?
3. Quelles compétences sont ainsi développées et quelles sont celles qui auront un impact sur la qualité des soins ?

*Le guide ci-après a été conçu pour la réalisation d'entrevues semi-structurées. Il est organisé autour de blocs thématiques à aborder durant l'entretien*

*Introduction ([Patton 2002](#))*

Cette entrevue intervient dans le cadre de ma recherche doctorale au sujet des parcours et stratégies d'apprentissage et le développement des compétences des infirmières qui partent dans le nord du Québec. Je souhaite donc vous entendre aujourd'hui sur votre expérience en tant que gestionnaire et observateur de situations critiques propices au développement de l'apprentissage et des compétences. Si vous avez des questions durant l'entrevue, n'hésitez pas à m'interrompre, et s'il y a une question face à laquelle vous n'êtes pas à l'aise ou que vous ne comprenez pas, indiquez-le-moi. Gardez à l'esprit que l'entrevue est anonyme et confidentielle, et que celle-ci va être enregistrée. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

## Objectifs de l'entrevue

- 1) Compréhension des choix de profils de professionnels de la santé
  - 2) Identification des compétences techniques et sociales considérées essentielles
  - 3) Compréhension des enjeux liés aux envois (organisationnelles, individuelles, contextuelles)
  - 4) Identification des acteurs clés et des dynamiques sur le terrain
- A. Processus de sélection
- a. Pouvez-vous me décrire votre processus de sélection et de recrutement (profils de poste, compétences, sélection, qui prend la décision finale) ?
  - b. Recrutez-vous par profils et/ou par « mission »?
- B. Compétences techniques et sociales
- a. Selon vous, quelles sont les compétences les plus importantes pour travailler auprès des populations autochtones ? Et expliquez-moi pourquoi
    - i. Techniques
    - ii. Sociales/ interpersonnelles
- C. Enjeux des missions
- a. Combien de temps durent les envois en général?
  - b. D'un point de vue de la dotation, quels sont les enjeux auxquels vous êtes confrontés ? (recrutement, sélection, embauche...)
  - c. Et d'un point de vue de la formation ?
    - i. Quels types de formations offrez-vous ?
    - ii. Quel type de suivi proposez-vous pendant l'expérience dans le nord?
    - iii. Quel type de suivi faites-vous au retour à Montréal/ au Québec ?
- D. Culture et façons de faire
- a. Dans la pratique du métier d'infirmière, dans quelle mesure constatez-vous des changements dans leurs façons de faire ?
  - b. Dans quelle mesure doivent-elles modifier certains comportements/techniques appris lors d'expériences passées ?
  - c. Comment qualifieriez-vous le rapport aux soins de la communauté ?
  - d. Comment est perçu le rôle d'infirmière ?
  - e. Dans quelle mesure existe-t-il des barrières à l'exercice du métier d'infirmière?

E. Acteurs clés et dynamiques

**Pour mieux comprendre votre réalité, nous allons revenir en détail sur plusieurs situations clés/ critiques (qu'elles soient bonnes ou mauvaises) qu'a vécue votre équipe pendant leur expérience dans le nord.**

Pouvez-vous me décrire des 2 situations exceptionnelles (problématiques ou non) dont vous avez été témoin dans ces derniers mois

- a. Selon vous, quels facteurs/acteurs ont pu influencer cette situation exceptionnelle?
  - i. Contextuels
  - ii. Organisationnels
  - iii. Individuels
- b. Quel est le rôle de chacun des acteurs ?
- c. Quels sont les enjeux pour chacun d'entre eux ?
- d. Comment et de quelle manière ont-ils influencé cette situation ?
- e. Quelles ont été les stratégies d'adaptation ou d'apprentissage utilisées par chacun des acteurs ? En quoi diffèrent-elles ?/ Comment les acteurs se sont-ils adaptés à la situation ? Quelles solutions ont-ils privilégiées?
- f. Quelles ont été les conséquences de leur choix ?
  - i. Au niveau individuel ?
  - ii. Au niveau du groupe ?
  - iii. Au niveau de l'organisation ?

#### F. Parcours d'apprentissage

- a. Dans quelle mesure les infirmières suivent des paliers/ phases dans leur apprentissage ?
- b. Certaines compétences se développent-elles pendant ces phases ? Dans quelle mesure diffèrent elles de par leur nature ou leur intensité ?
- c. Dans quelle mesure les parcours varient-ils ? Quelles sont les explications à cela ?

#### *Fin de l'entrevue*

- F. Quels conseils donneriez-vous à une infirmière qui souhaite travailler auprès de ces communautés ?
- G. Que regrettez-vous d'un point de vue d'une gestionnaire ?
- H. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à notre discussion ?
- I. Avez-vous des questions ?

**Merci beaucoup de votre ouverture et d'avoir bien voulu partager votre expérience avec moi.**



ANNEXE E  
Quelques photos du Nunavik



Photo 1 : Le passage au nord du 55<sup>ème</sup> parralèle : plus que de la toundra et des glaciers gelés



Photo 2 : Le village de Puvirnituk



Photo 3 : Une rue de Puvirnituk



Photo 4 : Le Centre de Santé Inuulitsivik à Puvirnitua



Photo 5 : La maison de transit des infirmières à Puvirnitua



Photo 6 : Vue sur la baie d'Hudson (Puvirnituk)



Photo 7 : L'évacuation aéromédicale de Puvirnituk vers Salluit



Photo 8 : Le village d'Ivujivik



Photo 9 : Vue sur la baie d'Hudson (Ivujivik)



Photo 10 : Céleste Fournier à Ivujivik