

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
VERONIKA BOLEN (BOLV28617906)

Exploration de la perception de femmes inuites, vivant en région éloignée, au Nunavik, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur les pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leur communauté.

AOÛT 2014

Sommaire

La prévention de la maladie, la modification des comportements à risque et la promotion de saines habitudes de vie s'affichent prioritaires à l'agenda de nos institutions de santé publique. Ancrée au cœur du rôle de l'infirmière, la pratique en promotion de la santé referme de nombreux défis. Malgré les progrès enregistrés, l'attention aux dimensions plus politiques, culturelles et environnementales du travail en promotion de la santé demeure trop souvent partielle ou négligée. Ceci est une évidence dans le cas de l'insuccès de divers services offerts aux peuples autochtones du Canada. Au Québec, cet enjeu pour la capacité des activités de promotion de la santé contribue entre autres aux préoccupations qui touchent les collectivités inuites. Des réalités géographiques, sociales, historiques et politiques se mêlent aux obstacles culturels et rendent le développement de stratégies de santé d'autant plus complexes. Un regard particulier sur l'état de santé des inuits du Nunavik dévoile un besoin criant de développer des initiatives favorables aux saines habitudes de vie. Malgré la quantité restreinte de données sur l'état de santé de cette population, les données accessibles divulguent leur état de santé précaire et fait état d'inégalités de santé. Des objectifs d'implication des membres de la communauté inuite dans l'élaboration de plans de promotion de la santé apparaissent prometteurs. Toutefois, il n'existe à ce jour que très peu d'initiatives visant à impliquer les femmes inuites dans la promotion de saines habitudes de vie auprès de leur communauté. Ces réalités ont su susciter l'intérêt du présent travail de recherche. Dans l'objet de mieux comprendre si l'implication des femmes inuites dans la mise au point de stratégies gagnantes en matière de promotion de la santé s'avère possible, ce travail s'attarde à explorer la perception d'un groupe de femmes inuites quant à leurs pouvoir d'agir et leur volonté à participer activement à la promotion de la santé de leur famille et de leur communauté. L'adoption de la théorie à large spectre de Leininger sur la diversité et l'universalité des soins culturels a su guider la perspective disciplinaire de cette étude qualitative descriptive. L'analyse des données recueillies lors d'entrevues réalisés auprès de sept femmes Inuites du Nunavik ayant participé au programme préventif multi niveaux proposé par l'étude issue du programme de recherche FQRSC de Lapierre et ses collaborateurs, 2010-2014a su permettre d'explorerle pouvoir d'agir personnel et collectif de ces femmes sur des pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leurs communautés. L'analyse des résultats pointe vers le fait que malgré leur motivation d'agir et leur souci du bien-être et de la santé des familles et des communautés, ces femmes sont confrontées à des freins quotidiens tangibles. Les résultats qui découlent de cette analyse permettent d'identifier quelques propositions théoriques ainsi que certaines recommandations au niveau de la pratique professionnelle, de la formation, de la gestion et de la recherche; dans l'espoir de contribuer à voir surgir des pistes de solutions gagnantes dans un futur rapproché.

Mots-clés : femmes inuites, pouvoir d'agir, pratiques culturelles, promotion de la santé, Leininger

Keywords : Inuit women, power to act, cultural practices, health promotion, Leininger

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	viii
Liste des tableaux et figures	vi
Introduction	1
Problématique	4
But de recherche.....	15
Question de recherche.....	15
Recension des écrits	16
Survol des contrecoups socio politiques et historiques du Nunavik.....	21
Le concept de féminité inuite.....	22
Spécificité de l’offre de services actuels et avenues prometteuses.....	26
Cadre de référence	32
Méthode	39
Définition des concepts clefs.....	40
Le devis de recherche.....	43
La population et le milieu.....	44
La sélection des participantes.....	45
Le recrutement et la collecte de données.....	45
Le processus d’analyse des données.....	49
Les critères de rigueur scientifique de l’étude.....	53
La crédibilité.....	54
L’authenticité.....	54
La confirmation.....	54
La fiabilité.....	55

La transférabilité.....	55
Les considérations éthiques.....	56
Les limites de l'étude.....	58
Résultats de recherche.....	60
Données sociodémographiques des participantes.....	61
Structure sociale et facteurs culturels d'influence.....	63
La parenté et les facteurs sociaux.....	63
Les facteurs économiques.....	70
Les facteurs politiques.....	74
L'environnement, le mode de vie et les valeurs culturelles.....	76
Les facteurs technologiques.....	80
Les facteurs éducatifs.....	82
L'ethnohistoire.....	86
Le concept de la santé.....	89
Le système de soins.....	92
Discussion et recommandations.....	97
Structure sociale et facteurs culturels d'influence.....	98
Le concept de la santé.....	114
Le système de soins.....	115
Énoncés de propositions descriptives.....	119
Recommandations.....	121
Recommandations en lien avec la recherche en sciences infirmières.....	121
Recommandations en lien avec la formation en sciences infirmières.....	122
Recommandations en lien avec la pratique en sciences infirmières.....	123

Recommandations en lien avec la gestion et sphère politique en sciences infirmières.....	123
Conclusion	125
Références	127
Appendice A : Carte du Nunavik et villages ciblés.....	143
Appendice B : Certificat éthique et renouvellement/modification.....	144
Appendice C : Répartition des codes et des catégories.....	149
Appendice D : Questionnaire sociodémographique et guide d’entretien.....	151
Appendice E : Tableau de croissance de la population du Nunavik 2011-2020.....	154

Liste des tableaux et figures

Figure 1: Modèle Sunrise de Leininger.....	36
Tableau 1. Facteurs de la dimension culturelle et sociale du Modèle Sunrise	53
Tableau 2. Synthèse des données sociodémographiques.....	63
Tableau 3. Synthèse des résultats de l'analyse.....	119

« La valorisation du potentiel est un long processus qui nécessite un appui important et continu. Il ne s'agit pas simplement de fournir aux Inuits la possibilité d'acquérir la formation requise pour répondre aux normes établies par le Sud canadien, puisque, pour participer à de tels programmes, nous devons quitter nos familles et nos communautés pendant des temps prolongés. Les programmes doivent refléter les réalités de la vie dans l'Arctique et être livrés en région nordique pour que les Inuits puissent valoriser leur potentiel ».

-Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada (2001)

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Dre Judith Lapierre, ma directrice de Mémoire. Ce fut un réel plaisir et un immense privilège de travailler sous sa supervision. Je lui suis sincèrement reconnaissante pour son grand professionnalisme, son savoir, ses multiples encouragements et sa patience.

Merci à Madame Lucille Théoret, professeure retraitée et à Dr Jacques Boucher pour leur intérêt et pour leur collaboration précieuse au projet.

Merci au fonds québécois de la recherche sur la société et la culture pour son intérêt envers le projet.

Merci à Dre Chantal St-Pierre, directrice des études de deuxième cycle en sciences infirmières de l'UQO pour son encadrement, son professionnalisme et sa gentillesse.

Merci aux professeurs qui ont su particulièrement s'investir dans la qualité pédagogique hors pair reçue en cours de ma formation au programme : Dr Guy Bélanger, Dr Claude Leclerc ainsi que Dr Pawel Krol.

Merci au personnel administratif du programme de sciences infirmières pour leur courtoisie et leur aide, particulièrement à Madame Hélène Daoust, Madame Linda Carbonneau et Madame Pascale Joseph.

Merci (*Nakurmiik!*) à Mme Igah Muckpaloo pour sa dévotion envers le partage et l'enseignement de sa langue, l'Inuktitut.

Merci aux participantes des entretiens de cette étude pour leur collaboration précieuse.

Merci à Dre Maria Peluso (département des sciences politiques de l'Université Concordia à Montréal) d'avoir su susciter mon intérêt pour les inégalités auxquelles font face les communautés autochtones.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier mes parents qui ont su m'inculquer des valeurs de tolérance, de persévérance et de bonté. Je vous aime tant. Merci à ma tante Louise pour son soutien. Merci à mes bonnes amies : Danuta et Sabrina pour leur humour et leur encouragement. Merci à mes trois sœurs : Alexandra (architecte M.Arch), Klara (juriste PhD) et Liza (littéraire MA); femmes d'exceptions, fortes, belles et intelligentes qui me stimulent et m'inspirent à travers leur passions respectives. Merci à mon fils Peter de m'avoir choisie comme maman en cours de route. And a very special thanks to Jay McHugh, my pillar in life.

Introduction

Un grave déséquilibre existe entre les indicateurs de santé des autochtones et ceux du reste de l'ensemble des canadiens. Le profil de santé des groupes canadiens d'autochtones dévoile une problématique d'envergure. En effet, bien que difficile à concevoir, il s'avère possible d'établir un parallèle entre la situation de santé des autochtones canadiens et celui de populations de pays en voie de développement (Cameron, 2011). Au Québec, cette réalité s'avère palpable chez les communautés inuites du Nunavik. Actuellement, alors que l'espérance de vie des Québécois dépasse 80 ans, celle des Inuits demeure nettement inférieure, soit 68 ans (Beaulieu et al., 2013). Les communautés inuites du Nunavik sont aux prises par une prévalence alarmante de facteurs de risques (obésité, diabète, tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, abus de drogues et d'alcool, violence). Le développement d'initiatives visant à corriger cet écart referme ses propres défis. Une panoplie de facteurs complexes dévoile la profondeur vertigineuse de la problématique. La santé et le bien être de cette population se confrontent à de difficiles réalités sociodémographiques, politiques, culturelles et historiques. L'application d'approche de la santé auprès de cette clientèle renferme donc des défis colossaux pour l'intervenante non-autochtone, souvent perçue comme étrangère, parfois associée à une histoire sociétale conflictuelle antérieure. Plusieurs auteurs s'entendent pour croire que ce n'est que par l'adoption d'une grande ouverture culturelle que des stratégies d'intervention gagnantes naîtront.

Parallèlement, la femme inuite a su historiquement et culturellement tenir un rôle d'influence central au sein de la communauté. Dans cette optique, ce projet de recherche qualitative vise à explorer le rôle actuel de femmes inuites en matière de

promotion de saines habitudes de vie dans leur famille et leur communauté. La perception de leur pouvoir d'agir collectivement visant une intégration des savoirs expérientiels et traditionnels aux pratiques de promotion de la santé s'inscrit au centre de cette étude.

Ce travail de mémoire de maîtrise se subdivise en cinq principaux chapitres. On y dresse d'abord la problématique liée à la situation de santé actuelle des inuits du Nunavik et des enjeux liés à la mise au point de stratégies de promotions de la santé gagnantes. Ce premier chapitre souligne aussi clairement le but et cible la question de recherche. Le second chapitre fait tout d'abord état d'une brève mise en contexte de réalités culturelles, sociodémographiques et historiques du Nunavik. On y dresse ensuite un portrait de l'état de santé des inuits puis du concept de féminité inuite, permettant ainsi de mieux cerner l'essence de cette recherche. On y fait ensuite état des principaux systèmes de soins en place et de leur évaluation. De plus, le cadre théorique qui sous-tend la structure de l'étude, soit la théorie à large spectre de Madeleine Leininger y est également expliquée. Le troisième chapitre vise à présenter la méthodologie retenue pour ensuite étaler la démarche méthodologique adoptée. Le quatrième chapitre présente le résultat des analyses des données recueillies. En dernier lieu, le cinquième chapitre expose la discussion qui découle des résultats de recherche, traitant les limites et les forces de l'étude ainsi que certaines recommandations pertinentes aux sciences infirmières.

Problématique

Dans son budget de 2013, le Ministère des affaires autochtones et du développement du nord du Canada annonçait un investissement de 48 millions de dollars dans un effort d'améliorer les soins de santé des collectivités éloignées et isolées au cours des deux prochaines années (AADNC, 2013). En dépit de l'engagement du gouvernement canadien depuis les dernières années visant à améliorer l'état de santé des communautés autochtones, un déséquilibre inquiétant demeure entre la condition de santé des autochtones et des non-autochtones Canadiens. Bien que cette préoccupation touche l'ensemble des collectivités autochtones, un regard particulier sur la condition de santé des inuits dévoile une problématique d'envergure. En effet, dans les régions où vivent les inuits (Nunavut, Nunavik, région d'Inuvialuit et Nunatsiavut), on observe un réel clivage quant à l'état de santé des inuits et celui du reste de l'ensemble des canadiens. Les inégalités sociales et de santé entre le nord et le sud du Canada sont reconnues et fortement décriées depuis la Commission internationale sur les déterminants sociaux (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). À l'échelle québécoise, un regard particulier sur l'état de santé des inuits du Nunavik dévoile un besoin criant de développer des initiatives favorables aux saines habitudes de vie.

Un aperçu des lacunes et des inégalités dont souffrent les inuits suffit pour sonner l'alarme. Au Nunavik, on observe un niveau d'espérance de vie inférieur de 16 ans relativement au reste de la province, ce qui se compare aux niveaux enregistrés chez la population de certains pays en voie de développement (RRSSS, 2012; Statistiques Canada, 2008). Parmi les priorités émergentes, on compte d'abord le diabète comme un

problème grandissant dans les communautés inuites (Cameron, 2011; Ayach et Korda, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2011). Bien que les taux de diabète et de maladies cardiovasculaires demeurent sous la moyenne nationale, la recherche émergente et les données empiriques suggèrent que nous en verrons une incidence croissante chez les communautés inuites dans un avenir rapproché (Cameron, 2011 ; Chateau-Degat & al., 2010). En 2008, la prévalence du diabète chez les inuits s'affichait plus de deux fois moins haute que pour le reste de l'ensemble des Canadiens (2.5% contre 5.8%); toutefois, alors que l'augmentation du taux de diabète des canadiens non-inuits s'est vu augmenter de 30% entre les années 2003 et 2008, c'est une augmentation de 110% qui a su marquer les populations inuites (Nunavut Report on Comparable Health Indicators, 2011). Les auteurs s'entendent pour affirmer que cette menace est attribuée à l'abandon du régime alimentaire traditionnel, au mode de vie de plus en plus sédentaire et au taux d'obésité qui surpasse celui du reste de l'ensemble des Canadiens (35% contre 23%) et qui continue de monter en flèche (Chateau-Degat & al. 2010 ; Dewailly, 2001; Young et al.,2007; Agence de la santé publique Canada, 2011). Ce sont surtout chez les jeunes de 6 à 14 ans qui présentent un taux d'obésité de 25,6% (PHAC, 2011).

L'usage répandu de la cigarette s'avère aussi alarmant. Trois personnes sur quatre (77 %) fument tous les jours ou occasionnellement, comparativement à une personne sur quatre (27 %) ailleurs au Québec (Kirmayer et Rochette, 2007). Parallèlement, c'est chez les Inuits que s'affiche le plus haut taux de cancer du poumon au monde. Leur santé bucco-dentaire est aussi préoccupante; les inuits du Canada

affichent un taux plus élevé de maladies bucco-dentaires que le reste de l'ensemble des canadiens (Santé Canada, 2011). C'est aussi au Nunavik que l'on compte la plus haute prévalence d'infections transmissibles sexuellement de tout le Québec (RRSSSN, 2012; Cameron, 2011).

Par ailleurs, il existe actuellement une réelle pénurie de logement au Nunavik. Le manque d'espace atteint 49% des foyers inuits du Nunavik (RRSSS, 2011). Cette réalité engendre nécessairement des répercussions néfastes sur la santé des individus. La promiscuité favorise, entre autres, la transmission des maladies infectieuses. D'ailleurs, en 2011, le taux d'incidence de tuberculose active rapporté chez les autochtones nés au Canada était 34 fois supérieur à celui observé dans la population non autochtone née au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Parmi les communautés autochtones, ce sont les inuits qui présente le plus haut taux de tuberculose; soit 177,6 cas pour 100 000 habitants. Cette donnée aurait d'ailleurs doublée au cours des quatre dernières années à une époque où le taux national diminue (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Le surpeuplement accroît aussi le risque de blessures ainsi que l'accroissement des tensions et de la violence dans le ménage (Duhaime, 2008 ; RRSSS, 2012). En ce sens, 54% des femmes autochtones rapportent avoir été victimes de violence sévère et présentant un danger potentiel pour leur vie (Statistique Canada, 2006).

À cette réalité se mêle le fardeau de vivre dans l'insécurité alimentaire. Au Nunavik, on rapporte qu'une personne sur quatre déclare connaître l'insécurité alimentaire (RRSSS, 2011). Les données portant sur la santé mentale des communautés

inuites dévoilent aussi une importante fragilité. Le taux de suicide chez les inuits serait jusqu'à 11 fois plus élevé que celui dans la population du reste du Québec en général, s'affichant ainsi parmi les plus hauts taux de suicide au monde (Kirmayer & Paul, 2007). Ces problèmes sont aussi complexes que sérieux. Bref, la précarité actuelle de l'état de santé général des inuits du Nunavik est alarmante et rien ne laisse présager un avenir moins sombre.

L'ampleur de la problématique dépasse l'entendement. Il semble que des réalités géographiques, sociales, historiques et politiques se mêlent aux obstacles culturels et rendent le développement, le déploiement et le transfert de stratégies de promotion de la santé au Nunavik d'autant plus complexes. À la base de la problématique, on compte les systèmes de prestation de soins de santé actuels qui renferment très peu de connaissances, de culture et de valeurs inuites (Auclair & Sappa, 2012 ; Inuit TapiriitKanatami, 2004). Mis à part certaines exceptions, ceux-ci se basent sur des modèles de pratiques probantes occidentales et décrétées par des non-inuits (Inuit TapiriitKanatami, 2004). Les programmes d'interventions dit modernes ne répondent généralement pas adéquatement aux besoins de cette clientèle (Auclair & Sappa, 2012 ; Thomas & Bellefeuille, 2006). Par conséquent, plusieurs écrits laissent comprendre que ce n'est que par l'intégration d'une approche holistique, axée sur la culture et l'implication des membres de la communauté que des stratégies gagnantes naîtront (Auclair, 2012; Cameron, 2011; Thomas & Bellefeuille, 2006; Steenbeek, 2004; Heilbron & Guttman, 2000). Toutefois, l'adoption d'une telle approche s'avère en soi tout un défi. L'histoire a su dresser des barrières de méfiance et de défiance magistrales.

Comme l'explique Kirmayer, Simpson et Cargo (2003) : « Peu importe à quel point les thérapeutes peuvent tenter d'être ouverts et impartiaux, ils travaillent à contre-courant d'une structure de violence, de racisme et de marginalisation. Le seul espoir de transcender ces limitations repose sur l'approche collaboratrice centrée sur le transfert de connaissances, de savoirs, de force et d'autorité » (traduction libre de l'anglais).

L'adoption d'une telle approche s'avère difficile puisque l'infirmière, ou les autres intervenants de la santé, risque malgré elle de vouloir imposer ses valeurs et sa vision du monde. Comme le décrit Lazure (1993) en expliquant la dynamique d'une relation infirmière-patient où les cultures des deux acteurs divergent : « De façon générale, la personne perçoit le monde du point de vue de sa propre culture et il n'est pas rare que de telles perceptions entraînent des heurts, des incompréhensions lorsqu'il est question de partenariat interculturel. La conviction que ses croyances, ses valeurs et sa façon de faire soient désirables et supérieures à celle d'une autre culture génère le plus souvent des conflits ». Browne (2007) explique que les préconceptions que les infirmières ont à propos des peuples autochtones, de leurs cultures ou de leurs différences teintent les rencontres cliniques qu'elles tiennent avec ces patients.

Parallèlement, dans le cadre d'une enquête sur la collaboration interdisciplinaire en milieu cri, Lessard (2005) rapporte qu'il existe un terrain de confrontations entre la médecine traditionnelle crie, qui est peu validée par des études cliniques, et l'approche biomédicale, fondée sur les données probantes et pratiquée par les intervenants de la santé (Lessard, 2005). Lessard (2005) souligne à cet égard que l'approche biomédicale s'avère peu adaptée aux contextes culturels, organisationnels et économiques des régions

éloignées. De ce fait, une grande ouverture culturelle dans les soins devient nécessaire pour diminuer les conflits et les incongruités (Kirmayer & Minas, 2000). Cette réalité s'applique d'ailleurs dans un univers plus vaste que celui des communautés autochtones canadiennes.

Certains écrits laissent comprendre que des efforts d'adaptation culturelle en promotion de saines habitudes de vie s'avèrent aussi pertinents auprès des communautés indigènes d'Australie et de Nouvelle Zélande (McLenna & Khavar, 2004; Mikhailovich et al., 2007; Voyle & Simmons, 1999). Parallèlement aux communautés autochtones canadiennes, ces communautés font aussi face au fléau d'inégalités socioéconomiques post-colonialistes et de situations de santé précaires. Dans le cadre d'une conférence portant sur la promotion de la santé et l'éducation à la santé en Nouvelle Zélande, Durie (2004) adresse notamment l'importance et la pertinence d'impliquer les membres de diverses communautés autochtones aux initiatives de promotion de la santé. L'auteur souligne que le développement d'initiatives de promotion de la santé chez les peuples autochtones doit nécessairement laisser place à une autonomie et au respect de valeurs culturelles. L'implication des autochtones dans les programmes qui les visent entraîne un sentiment de valorisation nécessaire au processus d'amélioration de la santé (Durie, 2004).

Des objectifs d'implication des membres de la communauté inuite dans l'élaboration de plans de promotion de la santé apparaissent donc prometteurs. Les articles 23 et 31 de la déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones sont sans équivoque (2007) :

Article 23

« Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. »

Article 31

« Les peuples autochtones ont le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur patrimoine culturel, leur savoir traditionnel et leurs expressions culturelles traditionnelles ainsi que les manifestations de leurs sciences, techniques et culture, y compris leurs ressources humaines et génétiques, leurs semences, leur pharmacopée, leur connaissance des propriétés de la faune et de la flore, leurs traditions orales, leur littérature, leur esthétique, leurs sports et leurs jeux traditionnels et leurs arts visuels et du spectacle. Ils ont également le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur propriété intellectuelle collective de ce patrimoine culturel, de ce savoir traditionnel et de ces expressions culturelles traditionnelles. »

L'intégration de savoirs Inuits traditionnels aux savoirs cliniques apparaît comme la clef de la mise au point d'un système efficace de promotion de la santé. Cette idée résonne d'ailleurs bien avec le principe d'équité et des droits de l'homme que le Conseil international des infirmières (2006) affiche comme partie intégrante de la déontologie des soins infirmiers. Adressant notamment des questions d'équité et d'accès, le Code déontologique du CII pour la profession infirmière (2006) cite directement ces questions, en particulier :

« L'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés » puis que « L'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de

santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables » (CII 2006). Dans cette optique, et à la lumière du contexte de vulnérabilité qui habite la majorité des inuits, l'infirmière œuvrant auprès de cette clientèle détient possiblement le rôle, voir même l'obligation, de chercher à mettre au point des stratégies équitables et réfléchies de promotion de la santé. Dans ce sens, l'organisation nationale de la santé des autochtones (NAHO, 2008) a recommandé que les intervenants de la santé et des services sociaux, les administrateurs ainsi que les éducateurs apprennent à faire preuve de compétences culturelles auprès de clientèle autochtone. Dans le même sens, l'Association des infirmiers et des infirmières du Canada (2010) souligne comme responsabilité que « dans tous les domaines de la pratique des soins infirmiers, les infirmières doivent, à titre individuel, acquérir des compétences culturelles, les intégrer dans leurs relations avec les clients et leurs collègues et en rendre compte ». L'OMS (2007) a aussi spécifié l'importance de travailler en partenariat avec les patients dans un processus de prise de décision qui concorde avec ce qu'ils désirent. L'acquisition de telles compétences de la part du personnel s'affiche prioritaire afin de diminuer les sentiments de peur, de non-respect et d'aliénation chez les peuples autochtones (NAHO, 2008).

À l'heure actuelle, bien que les efforts visant à adapter les soins se poursuivent, le modèle idéal de soins intégrant l'approche transculturelle, multidisciplinaire et communautaire n'est pas encore une réalité (Auclair & Sappa, 2012). Plus particulièrement, il n'existe à ce jour que très peu d'initiatives visant à impliquer les femmes inuites dans la promotion de saines habitudes de vie auprès de leur communauté

(Jull, Stacey, Giles, Boyer & Troy, 2012). L'intégration de la gente féminine inuite aux stratégies de promotion de saines habitudes de vie de la communauté apparaît pourtant fort prometteuse. Comme le soutient l'organisation de femmes Pauktuutit Inuit Women of Canada :

« Les femmes inuites jouent un rôle clef dans le fonctionnement de nos communautés et de notre société. Les femmes inuites sont le lien avec le passé et l'avenir ; les femmes inuites sont les dépositaires de la culture, de la santé, de la langue, des traditions, de l'enseignement, des soins et de l'instruction des enfants. Ces qualités sont fondamentales à la survie de toute société. » (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006). Cette capacité de leadership des femmes autochtones s'inscrit bien dans les aptitudes nécessaires à promouvoir la santé au sein de leur famille et de leur communauté. Ensuite, l'ère de la colonisation a aussi engendré des changements marqués sur les rapports entre hommes et femmes autochtones en survalorisant le domaine public masculin. Ce changement dans la structure sociale a su, entre autres, transformer la nature, les lieux et les modes de transmission des savoirs traditionnels par les femmes dans la communauté (Boucher, 2005). Puisque la femme inuite a su, traditionnellement occuper une place d'influence au sein de la famille et de la communauté, son intégration aux stratégies de promotion de la santé engendrerait peut-être un maintien et un respect de ce rôle traditionnel. Cette intégration pourrait, d'une part, possiblement influencer un sentiment de pouvoir pour ces femmes ; les aidant ainsi à briser le sentiment de mépris qui découle d'une histoire de marginalisation. Ensuite, la vaste majorité d'entre elles (92%) vit avec sa famille immédiate ou élargie

(Statistiques Canada, 2011) et comparativement aux femmes non autochtones canadiennes, elles sont plus sujettes à être mères monoparentales et elles sont 22% à avoir un minimum de trois enfants à leur charge, ce qui est environ deux fois supérieur au nombre d'enfants chez les mères monoparentales non autochtones (Statistiques Canada, 2011), ainsi ces femmes sont donc présentes dans la vie quotidienne de plusieurs membres de la collectivité. Sachant aussi que, selon Statistiques Canada (2011) les femmes autochtones sont plus susceptibles que les hommes autochtones de consulter des professionnels de la santé, il s'avère juste de croire qu'un partenariat avec une infirmière dans la mise aux points de stratégies de promotion de la santé s'avèrerait vraisemblablement plus admissible avec une femme inuite qu'avec un homme. Ces femmes occupent une place centrale dans la société inuite mais ont-elles une voix? Et si cette voix est leur, sont-elles prêtes à la prendre pour renforcer le pouvoir collectif d'agir sur l'amélioration de la santé et les conditions de vie?

Dans l'optique d'une approche populationnelle transculturelle, tenant compte des déterminants sociaux du Nunavik, une étude visant à décrire et expliquer le point de vue des femmes inuites apparaît prioritaire. Le programme préventif multi niveaux proposé par l'étude sur les quartiers en santé et le développement de coopératives en santé au nord (Lapierre, 2012), permet l'inscription de ce sous-projet dans l'ensemble de la programmation. De plus, l'innovation sociale visant la création d'un partenariat entre l'équipe de Lapierre et un groupe de femmes inuites pour une offre par des pairs d'ateliers en saines habitudes de vie sous la forme de cercles préventifs visant à rehausser leur pouvoir d'être et d'agir au sein de leur famille et de leur communauté

apparaît comme une stratégie pertinente pour engager une réponse sensible culturellement à la problématique mentionnée.

Il s'agit donc simultanément de comprendre à partir d'une perspective ethnoculturelle infirmière; un rapport capable de conjuguer le point de vue culturel et les réalités éthiques, d'intervenir avec les femmes et de transférer les savoirs et pratiques pour contribuer à l'émergence d'agents multiplicateurs locaux. Le présent projet de recherche s'inscrit donc dans le cadre de ce grand projet. Une immersion terrain était prévue mais les conditions médicales et familiales de l'étudiante ont empêché un séjour de recherche au Nunavik, entraînant une modification au protocole initial. Le protocole revu, la collecte de données fut donc réalisée par la directrice de mémoire.

But de la recherche

Le but de l'étude est de décrire et d'expliquer la perception des femmes inuites, motivées par le programme des coopératives en santé du Nunavik du fonds de recherche FQRSC Quartiers en santé (2010-2014). L'étude vise plus précisément à décrire leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur des pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leurs communautés.

Question de recherche

Quelle est la perception des femmes inuites vivant en région éloignée au Nunavik motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur les pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs famille et de leur communauté?

Recension des écrits

Le chapitre suivant vise à établir une mise en contexte théorique et empirique de certaines réalités liées aux concepts centraux de ce projet de recherche ainsi qu'à mettre en lumière les écrits recensés sur les thématiques à l'étude. Pour s'y prendre, l'utilisation de moteurs de recherche tels que PubMed, CINAHL et Google, ainsi que la documentation de groupe de recherche, comme le NAMHN (National Aboriginal Mental Health Network) ainsi que d'établissements comme la Régie régionale de la santé et des services sociaux ont été retenus. On y aborde d'abord un bref portrait du Nunavik, de ses habitants et des déterminants sociaux qui s'y rattachent. Un aperçu du contexte sociopolitique et historique y est ensuite tissé, en vue de guider le lecteur vers la base d'une compréhension des obstacles auxquels peuvent se butter les inuits d'aujourd'hui et, par ricochet, le personnel infirmier non-inuit œuvrant auprès de cette population. Puis, on y documente différentes avenues et stratégies efficaces mises de l'avant en matière de prévention et de promotion de la santé pour ces communautés. Enfin, ce chapitre conclut avec le cadre de référence choisi, soit le modèle transculturel de Leininger.

Région arctique du Québec : le Nunavik, ses habitants et les déterminants sociaux

Le Nunavik, région située au nord du 55^{ième} parallèle d'une superficie de plus de 500 000 km², couvre le tiers du nord du Québec. Lorsque l'on tente de mettre cette superficie en perspective, il est possible de comparer cet espace à la superficie de l'Espagne ou encore de la France. Le climat y est ardu : les températures moyennes au cours des longs hivers s'enregistrent à -24°C. Il existe 14 communautés distinctes, installées entre les baies d'Ungava et d'Hudson, réparties sur les côtes et le long des rivières. Ces communautés sont isolées les unes des autres et il n'existe aucun réseau

routier qui puisse les relier au reste du Québec. Les marchandises sont expédiées par avion toute l'année, ainsi que par bateau durant la courte saison de dégel permettant la navigation. Dans ce vaste territoire, on ne compte qu'une population totale de quelques 11 100 habitants, avec 91,6% d'Inuits. Les caractéristiques démographiques du Nunavik diffèrent nettement de celles du reste de l'ensemble de la population québécoise. La population y est beaucoup plus jeune; environ le tiers (34 %) de la population est âgé de moins de 15 ans, comparativement à 16% ailleurs au Québec (RRSSN, 2012). Cette situation s'explique en partie parce que le taux de naissances est aussi deux fois plus élevé au Nunavik; soit 3,2 enfants par femme au Nunavik contre 1,6 enfants chez le reste de l'ensemble des femmes du Québec (RRSSN, 2012).

Traditionnellement, la culture familiale inuite se caractérisait par la synergie entre les enfants et l'ensemble des membres adultes de la communauté. L'enseignement des enfants était une tâche partagée par l'ensemble des membres de la communauté plutôt que strictement par les parents biologiques de l'enfant (Chansonneuve, 2005). Les repas communautaires, le partage de la nourriture, la danse de tambour, le chant de gorge et les jeux de dextérités et d'aptitudes occupaient jadis une place d'importance au sein de la vie familiale (Chansonneuve, 2005). Ces activités font toujours partie du quotidien. Aujourd'hui, plusieurs familles cohabitent ensemble dans de petites résidences. Il est estimé que près d'un quart des ménages Inuits dans le Nord comptent six personnes ou plus. Peu importe leurs structures (couple marié, famille monoparentale, etc.), les familles du Nunavik sont plus nombreuses en moyenne que les familles au sud du Québec (Duhaim, 2009).

Le manque de logement s'avère un problème réel. Au Nunavik, 39% des jeunes de moins de 18 ans vivent dans un contexte monoparental, le plus souvent avec leur mère (RRSSS, 2011). De nombreuses femmes inuites occupent donc un rôle central au sein de la famille. L'inuktitut y est la langue la plus couramment parlée. D'ailleurs, parmi les langues maternelles autochtones au Canada, l'inuktitut se classe au troisième rang (7,1 %) (Statistiques Canada, 2011). L'anglais y est aussi très courant et le français, bien que moins répandu, est aussi employé.

Au Nunavik, environ la moitié des consultations entre infirmière et patient nécessitent l'aide d'un interprète (Cosette, 2006). L'état de santé des Inuits du Nunavik s'avère généralement plus précaire que dans le reste de la population du Québec, un facteur susceptible de limiter l'employabilité des Inuits. D'ailleurs, au Nunavik, le taux de chômeur de longue durée s'affiche à 10,5% contre 3,8% dans le reste du Québec (Statistiques Canada, 2011). Les taux de scolarité sont aussi nettement plus faibles; au Nunavik presque 53% des Inuits de 20 à 64 ans n'ont pas obtenu de diplôme d'étude secondaire comparativement à 16,9% dans le reste du Québec (Duhaim, 2008). Le revenu d'emploi par résident s'avère aussi quelque peu plus faible. Le revenu médian après impôt des travailleurs inuits de 15 ans et plus s'affiche à 20 971 \$ au Nunavik comparativement à 22 471 \$ au reste du Québec, et ce, malgré un coût de la vie nettement plus élevé au Nunavik (RRSSSN, 2011). Le panier d'épicerie peut, par exemple, atteindre 81% de plus que s'il avait été acheté au sud du Québec (Duhaim & Caron, 2012). De ce fait, plusieurs ménages sont touchés par la pauvreté et l'insécurité

alimentaire. Bref, de façon générale et marquée, on remarque de nettes distinctions entre les caractéristiques du Nunavik et du reste de l'ensemble de la province.

Survol des contrecoups socio politiques et historiques du Nunavik

De sombres retombées sociopolitiques et historiques se rattachent aux réalités et à l'existence même des communautés inuites d'aujourd'hui. Les collectivités autochtones ont dû faire face à de nombreux bouleversements, voire même à de nombreuses injustices depuis l'ère de la colonisation. Cette réalité doit être comprise et ne peut être ignorée dans toute recherche effectuée auprès de ces populations (Browne, 2007). Il n'y a pas encore un siècle, les inuits adoptaient un mode de vie nomade et vivaient exclusivement de chasses et pêche. Rapidement, ils se sont vus devenir sédentaires et devoir abandonner leur savoir-faire traditionnel pour se plier aux nouvelles exigences de leur réalité. Ainsi, comme l'expliquent Kirmayer et al. (2000), la perte des cultures autochtones se rattache à la sédentarisation, à la création de réserves, à la relocalisation des communautés, aux systèmes d'écoles résidentielles et au contrôle bureaucratique infligé par les politiques gouvernementales canadiennes. En effet, encore bien récemment, au 19^{ième} siècle, ces actions politiques gouvernementales canadiennes obscures, voir même coercitives ont largement contribué à l'écroulement, à la fragilisation des cultures autochtones et à l'effritement du tissu social (Chansonneuve, 2005; Kirmayer, 2000; Miller, 2000). Pensons, par exemple, aux répercussions tragiques de la relocalisation des inuits en régions éloignées dans des efforts de soi-disant protection de la souveraineté canadienne (Santé Canada, 2013). Parallèlement, les efforts de politiques fédérales d'assimilation culturelle laissent à ce jour, de

profondes cicatrices. À la fin des années 1800, le gouvernement du Canada interdisait aux autochtones le recours à leur médecine traditionnelle et à leurs rites religieux. Ensuite vinrent les écoles résidentielles, un exemple flagrant de ces efforts d'assimilation, où les enfants autochtones furent pris en charge par l'État, isolés de leur communauté et de leur famille pour se faire enseigner, ou imposer des valeurs considérées supérieures aux leurs (CRPA-Commission Royale sur les Peuples Autochtones, 1996; Chansonneuve, 2005). « Dans un environnement strict et souvent violent, les enfants étaient privés de tout contact avec leur famille et ne recevaient qu'une éducation insuffisante pour trouver leur place dans la société. On leur enseignait que leur culture et leurs traditions étaient inférieures et que leur peuple était paresseux, sale et stupide » (Sbarrato, 2005). L'époque des écoles résidentielles a récemment été reconnue par Santé Canada comme ayant été absolument néfaste sur le plan de la santé mentale de ces survivants (Santé Canada, 2013).

Bien que des efforts politiques clefs, tel la signature de la convention de la Baie James et du Nord Québécois de novembre 1975, aient su précipiter un certain développement économique ainsi que la création d'infrastructures matérielles, ils ont aussi sunuire d'avantage à l'autonomie des communautés inuites. Ainsi, comme l'explique Martin (2005) l'entente de 1975 s'est fait « au prix d'un accroissement proportionnel de la dépendance des individus et de la région toute entière face à l'État » (Martin, 2005). Ces réalités les piègent dans une dépendance économique, sociale et culturelle toxique. Bref, l'histoire récente des communautés inuites a su profondément déstabiliser leur autonomie, leur culture, leur santé mentale, leur identité ainsi que leur

bien-être. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre leur méfiance face à un système éducatif qui a brisé toute une génération et qui a profondément entaché ses racines culturelles et dérobé les générations suivantes de leur héritage.

La place des femmes inuites au sein de la communauté

Au Nunavik, on compte 4725 femmes inuites, représentant 18.6% de la population du territoire. (Statistiques Canada, 2011). Il est à noter que les femmes inuites font partie d'un groupe d'autochtone, tout comme les femmes Métis et les Premières Nations. Les inuites sont beaucoup plus jeunes que l'ensemble du reste des canadiennes. L'âge médian de ces femmes s'affiche à 22,3 ans et elles sont nombreuses (34%) à avoir moins de 15 ans (Statistiques Canada, 2011). La vaste majorité d'entre elles (92%) vivent avec leur famille immédiate ou élargie (Statistiques Canada, 2011). Comparativement aux femmes non autochtones canadiennes, elles sont plus sujettes d'être mères monoparentales et elles sont 22% à avoir un minimum de trois enfants à leur charge, ce qui est environ deux fois supérieur aux mères monoparentales non autochtones (Statistiques Canada, 2011). Certaines réalités pré colonialistes doivent nécessairement être comprises afin de pouvoir dresser un portrait actuel du concept de féminité inuite. Traditionnellement, une synergie d'entraide et de respect régnait dans les échanges entre les hommes et les femmes. La femme inuite avait pour rôle et pour responsabilité de collaborer à la survie de sa famille. Elle occupait un rôle crucial au sein de sa famille et de sa communauté. Elle n'était nullement considérée comme étant inférieure à l'homme. Il existait une sorte de cercle d'échange au sein de la famille où par exemple, comme l'explique Healey et Meadows, (2008), si une femme inuite

échouait à fabriquer des vêtements chauds, l'homme mourrait de froid à la chasse et si l'homme échouait à la chasse, la femme ne pouvait pas lui faire des vêtements chauds. Ainsi, cette forme de réciprocité des tâches entre hommes et femmes dévoile bien la balance traditionnelle entre les sexes et l'importance cruciale de la femme inuite au sein de sa famille. Elles devaient alimenter le qulliq (lampe à l'huile fournissant l'unique source de lumière et de chaleur à la famille durant les longs hivers), entretenir la maison, nourrir et vêtir la famille, faire la récolte des petits fruits et des racines et servir de sages-femmes (Chansonneuve, 2005; Koperqualuk, 2011). Tout comme les aînées, elles détenaient une place d'influence dans la communauté, devant assumer la responsabilité de régler les conflits et étant chargées de maintenir les liens communautaires (Chansonneuve, 2005). Les femmes étaient honorées et respectées pour leurs contributions, pour leur pouvoir et pour leurs responsabilités en tant que nourricières (Simpson, 2006). Elles détenaient des rôles de protectrices et d'enseignantes de tradition et de l'histoire (Goudreau, 2008). Bien qu'aujourd'hui elles occupent toujours une place centrale au sein de leur famille et de leur communauté (elles sont mères, soutiens de famille, sages-femmes, enseignantes, travailleuses sociales, monitrices de garderie, dirigeantes communautaires, et elles pratiquent des activités traditionnelles comme la couture et la cueillette de petits fruits) elles doivent néanmoins faire face à de nombreux défis. L'ère de la colonisation a entraîné des changements radicaux difficiles, complexes et rapides dans les rôles des femmes inuites au sein de leur société. Dans un article critique, Altamirano-Jiménez (2008) a su mettre en lumière la marginalisation et l'absence de femmes inuites en politiques. Elle y explique que les idéologies

patriarcales occidentales ont orienté une interprétation erronée de l'histoire. Ainsi, l'auteure évoque que l'homme inuit, occupait traditionnellement le rôle du chasseur, du pourvoyeur de la famille et que c'était lui qui était au centre des décisions et des activités de la famille et de la communauté. Cette conception dévalorise le rôle de la femme inuite sur le plan psychosocial. Cet extrait, tiré de l'ouvrage de Béique (2010) en témoigne :

« Quelque chose dans le regard de cette femme, dans ses mains, me dit sa bravoure et sa force, qualités qu'on attribue généralement aux hommes. Elle garde un fusil près d'elle lorsqu'elle dort, mais elle ne l'utilise que pour se protéger, non pour chasser. Du chasseur, elle a la force mais non le prestige, elle a son adresse mais non son autonomie. » (p.138).

Malheureusement, le contexte social d'aujourd'hui laisse la femme inuite trop souvent sans voix, sans présence sur la sphère politique et atteinte d'un sentiment d'oppression (Altamirano-Jiménez, 2008). Appuyant toujours cette réalité, Marie Béique (2010), consultante en nutrition auprès de communautés canadiennes nordiques et inuites pour une période de plus de vingt ans, a su dresser un bilan de ses rencontres avec des femmes autochtones du nord, notamment celles avec des inuites du Nunavik dans son ouvrage. Elle y explique, entre autres, que :

« La quête de la nourriture assurée par les hommes serait une activité incomplète sans le long processus de transformation qui relève du travail patient et méticuleux des femmes: dépeçage, nettoyage des peaux, séchage, fabrication des vêtements et des tentes. Les quelques moments de répit sont consacrés à la cueillette des mollusques et des petits fruits, ainsi que de la mousse à caribou. Toutes ces tâches, assumées par les femmes, sans compter l'entretien et la préparation des repas, sont moins spectaculaires que la chasse, et sont habituellement peu commentées dans les écrits concernant les inuits » (p.135).

Le manque de données disponibles sur le rôle ou l'état de femmes inuites est flagrant. Les données statistiques au sujet de la santé des autochtones ne permettent pas une vision complète des réalités et de l'état globale des femmes de Premières Nations, inuites et métis (Tremblay, 2009). Ces limites d'écrits et de données restreignent les possibilités de recherche de qualité en matière de santé autochtone (Smylie&al., 2006). Ainsi, il s'avère difficile de dresser un portrait juste et bien documenté de l'état socio-sanitaire de ces femmes. Nous savons toutefois que les femmes inuites d'aujourd'hui font face à de nombreux obstacles en matière de santé et de bien-être. Elles sont trop souvent marginalisées au sein de leur propre communauté, comme le témoignent entre autre le haut niveau de violence auquel elles font face. Par exemple, la moitié d'entre elles affirment avoir été victimes d'agression sexuelle ou de tentatives d'agression sexuelle alors qu'elles étaient mineures (49 %) alors que le quart d'entre elles aurait rencontré le même problème à l'âge adulte (27 %) (RRSSSN, 2004). Les données accessibles illustrent que ces femmes comptent parmi celles qui risquent le plus de souffrir de troubles mentaux ou d'un état de santé précaire. (Association des Femmes Autochtones du Canada, 2004; Thomas&Bellefeuille, 2006; Malone, 2000; Browne&Fiske, 2001). Abus de drogues, alcoolisme, croissance inquiétante du VIH/sida, hausse du taux d'hépatite C, attaque de panique, colère ingérable, dépression majeure, déviance sexuelle, insomnie, insécurité alimentaire, violence familiale... voilà de lourdes situations auxquelles elles sont nombreuses à faire face. Pourtant, il existe à ce jour très peu d'écrits visant à expliquer les facteurs et les contextes en cause. Plus encore, dans le cadre d'une recension systématique s'étalant sur une décennie en matière d'état de santé

des femmes inuites du Nunavut, Healey & Meadows(2008) tirent parmi leurs conclusions un manque presque absolu de recherches visant à examiner les forces des femmes inuites d'aujourd'hui; leur contribution positive au sein de leur communauté, leur savoirs et leur sagesse. Bref, le concept de féminité inuite est flou. Il plane quelque part entre le passé et le présent. Cette réalité engendre nécessairement des répercussions sur l'état d'être des femmes inuites d'aujourd'hui. Les femmes inuites d'aujourd'hui font face à un sentiment d'être « ni ici, ni là », elles se retrouvent entre deux mondes sociaux auxquels elles n'appartiennent pas tout à fait (Billson et Mancini, 2007). Difficile d'imaginer qu'aucune séquelle ou fragilité ne puissent découler de cette situation.

Spécificité de l'offre de services actuels et avenues prometteuses

Il existe à ce jour très peu d'écrits ou de recherches visant à impliquer ou à mettre en lumière l'implication de femmes autochtones canadiennes dans le développement d'initiatives de promotion de la santé au sein de leur communauté. Néanmoins, Goudreau, Weber, Cote et Madill (2008) se sont intéressés, dans le cadre d'une étude qualitative, à sonder l'opinion de sept femmes autochtones (n=7) provenant de communautés Ojibwe du nord de l'Ontario face à leur capacité de promouvoir la santé en jouant du tambour traditionnel. De façon unanime, ces femmes ont su lier le fait de participer à des cérémonies de tambours (une activité traditionnelle) à des répercussions positives sur leur santé générale et leur bien-être. Elles partageaient aussi, de façon unanime, le sentiment de pouvoir d'agir (empowerment) et la fierté d'enseigner comment jouer du tambour aux enfants et aux membres de leur communauté.

Cherchant aussi à sonder l'opinion de femmes autochtones en matière de promotion de la santé, Bottorff & al. (2010) ont conduit une recherche ethnographique auprès de femmes autochtones (n=26) vivant dans une communauté autochtone du nord de la Colombie-Britannique. Cette recherche visait à explorer les facteurs influençant de l'usage de la cigarette dans les maisons et les efforts de ces femmes pour y pallier ou de les réduire. L'opinion des femmes fut sondée par le biais d'entrevues individuelles et de type groupes focalisés. Parmi les résultats, les auteurs citent un désir et une motivation unanime de la part de ces femmes à vouloir réduire l'usage de la cigarette dans la maison. Toutefois, on souligne que ces femmes considèrent faire face à de nombreux obstacles, tel que par exemple à des pressions sociales et familiales, qui freinent leurs efforts de promotion de réduction de l'usage de la cigarette. Les auteurs s'entendent pour conclure que ces femmes doivent être appuyées et soutenues dans leur efforts de promotion de la santé par le personnel soignant cherchant à mettre au point des stratégies de diminution de l'usage de la cigarette.

D'autre part, Varcoe, Bottorff, Carey, Sullivan et Williams (2010) se sont aussi interrogés sur l'implication de membres de la communauté dans la mise au point de stratégies gagnantes de programmes de promotion de la santé et de diminution ou d'arrêt du tabac chez les autochtones. Dans le cadre de leur étude ethnographique, les auteurs ont sondé l'opinion de participants (n=66) issus de six communautés isolées du nord de la Colombie-Britannique par le biais d'entrevues individuelles et de type de groupes focalisés. Parmi leur résultats, les auteurs ont souligné la nécessité des professionnels de la santé d'adopter une grande ouverture culturelle, ainsi que de prendre en considération

les réalités historiques et socioculturelles des communautés autochtones dans la mise en place de stratégies de promotion de la santé pertinentes. Le désir des membres de la communauté (particulièrement des aînés) de s'impliquer dans des efforts de promotion de la santé a aussi su émerger des résultats de cette étude.

Un éveil récent des besoins spécifiques des Inuits a su entamer la mise au point de certains efforts d'intégration culturelle en matière de programme de promotion de la santé. Par exemple, dans le cadre d'une recherche visant à mettre de l'avant un programme de prévention de maladie chronique chez les inuits du Nunavut, Gittelsohn et al. (2010) se sont penchés sur l'importance d'une approche de collaboration entre chercheurs et membres de la communauté inuite où règne une place et un respect de la culture inuite. Dans le cadre de leur recherche, les auteurs ont su adopter une approche dite formative, dont le but était d'abord de décrire les croyances, les perceptions et les comportements des membres de la communauté en matière d'habitudes alimentaires et d'activités physique dans leur contexte culturel et environnemental pour ensuite tenter d'en tenir compte dans la mise au point d'un programme de promotion de saines habitudes alimentaires. Les auteurs affirment que l'implication des membres de la communauté et le partenariat qui s'en est découlé avec les autorités communautaires tel que les gérants de magasins généraux s'est trouvée bénéfique et qu'une approche d'intégration culturelle et d'implication des membres de la communauté est crucial dans le succès de programmes de promotion de la santé pour les inuits.

Dans un même ordre d'idée, Steenbeek, Bailey et Simandl (2013) entreprennent à l'heure actuelle une recherche se penchant sur quatre communautés inuites

canadiennes distinctes afin de tenter de cerner des stratégies gagnantes en matière de promotion de la santé sexuelle. Se basant sur le *Community Readiness Model* de l'Université du Colorado, les auteurs chercheront à impliquer les membres de la communauté dans la mise au point de stratégies de promotion de la santé sexuelle. Les auteurs sonderont les connaissances des participants afin de mettre au point des programmes qui respectent et qui se rattachent aux valeurs des inuits. D'autres initiatives futures ou récentes visant à améliorer la santé et la condition physique au sein des communautés d'inuits du Canada aspirent à impliquer les membres de la communauté dans leur approche. Par exemple, en mars 2012, le leader de l'Assemblée des Premières nations (APN) Shawn A-in-chut Atleo et la présidente d'Inuit TapiriitKanatami (ITK) Mary Simon, ensemble avec des champions de la condition physique et du bien-être autochtones de partout au Canada, ont annoncé le lancement d'une initiative communautaire en ligne visant à améliorer la santé et la condition physique au sein des communautés de Premières Nations et d'inuits du Canada. Cette initiative (Just move it!), sera un outil novateur disponible sur le Web, axée sur les cultures et les traditions des membres des premières nations et des inuits pour inciter les communautés autochtones à se mettre en forme (Assemblée des Premières nations, 2012). L'ITK s'efforce aussi de trouver le financement nécessaire pour l'implantation d'un plan d'action sur la santé mentale et la prévention du suicide propre aux inuits. Cette vision adopte une approche de guérison axée sur la communauté et attire l'attention sur les réussites régionales (Inuit TapiriitKanatami, 2010-2011).

Une autre initiative prometteuse fut réalisée par le réseau inuit sur le diabète (Inuit Diabetes Network), en collaboration avec l'ITK. Cette initiative, mise en place en 2011 et ayant été renouvelée jusqu'en 2015, vise notamment à promouvoir un volet d'aliments traditionnels dans le cadre du programme Nutrition Nord Canada. D'autre part, une alliance entre l'ITK, l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver et l'Université York à Toronto s'est fondée dans le but de promouvoir la sécurité et la prévention des blessures au sein des communautés inuites. On compte entre autres un projet visant à mobiliser les jeunes dans les collectivités inuites et des nations pour qu'ils racontent, à travers des photos ou des vidéos les méthodes de prévention des blessures dans leurs collectivités. L'ITK et Pauktuutit Inuit Women des premières nations du Canada se sont aussi engagé à faire des présentations sur le savoir traditionnel et la prévention des blessures (Inuit TapiriitKanatami, 2010-2011). Cette association, Pauktuutit Inuit Women of Canada, est une association de femmes inuites canadiennes d'influence nationale, qui a pour mandat d'encourager les femmes inuites à participer à différentes facettes de développements (sociales, politiques, culturelles, de santé, économique) communautaires. Pauktuutit Inuit Women of Canada est d'avis qu'il s'avère primordial de sensibiliser les membres de la communauté à l'importance de la promotion de la santé et de les impliquer dans le développement d'initiatives en cette matière. Cette association reflète le potentiel désir des femmes inuites de s'impliquer dans l'amélioration de l'état général de leur communauté.

On compte aussi les efforts du groupe d'étude national sur le tabagisme chez les inuit qui a su présenter des projets visant à réduire les taux de tabagisme chez les

collectivités inuites. Les projets comprennent une campagne d'ampoules bleues, où les familles reçoivent une ampoule électrique bleue à installer sur leur véranda pour indiquer que leur foyer est sans fumée. Cette initiative est chapeautée par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik qui gère d'ailleurs plusieurs programmes visant la prévention et la promotion en santé, subventionnés par Santé Canada et offerts aux autochtones. Ces programmes sont, notamment, Grandir ensemble, Santé mentale, Nutrition prénatale, Violence familiale, Aide et soins à domicile et en milieu communautaire, Prévention et contrôle du diabète, Contaminants, nutrition et santé. Ces programmes ont permis de créer dans les villages une cinquantaine de projets pour améliorer le bien-être de la population, dont la prévention en santé mentale et la nutrition des femmes enceintes (RRSSS Nunavik, 2012). Ainsi, plusieurs écrits laissent comprendre que ce n'est que par l'intégration d'une approche holistique, axée sur la culture et l'implication des membres de la communauté que des stratégies gagnantes naîtront (Cameron, 2011; Thomas et Bellefeuille, 2006; Steenbeek, 2004; Heilbron et Guttman, 2000). Cet énoncé vient appuyer et justifier les choix conceptuels et méthodologiques retenus dans le cadre du présent projet de recherche.

Cadre de référence

Il est apparu logique d'adopter la théorie à large spectre de Leininger sur la diversité et l'universalité des soins culturels comme perspective disciplinaire à cette étude. Afin de comprendre la vision de Leininger, il est important de se pencher sur les facettes personnelles et professionnelles qui l'ont guidée dans son cheminement théorique. La conceptualisation de son cadre de référence s'est mise en route dans les

années 1950. À l'époque, Leininger travaillait comme infirmière auprès d'une clientèle d'enfants souffrants de problèmes de santé mentale (Andrews & Boyle, 2007). Au cours de son expérience clinique, la théoricienne aurait remarqué qu'il existait des différences culturelles entre certains patients et certaines infirmières. Cette constatation l'aurait conduite, en 1954, à s'intéresser à l'étude de diversité ethnique dans le contexte des soins infirmiers. De cet intérêt, en 1965, Leininger a complété un doctorat en anthropologie culturelle à l'Université de Washington; recevant ainsi le titre d'Infirmière-Anthropologue. Leininger a su se démarquer comme infirmière pionnière dans la promotion et l'intégration de la culture en sciences infirmières. On comprend que le concept de soins culturels est au cœur de son travail. Sa théorie aspire ainsi à établir une relation entre le *caring* et la culture. Ainsi, le but de la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Leininger est d'offrir des soins infirmiers qui sont culturellement cohérents, satisfaisants et bénéfiques à la santé des individus (Leininger, 1988).

Selon Leininger, la diversité culturelle se traduit par les variations culturelles qui existent au sein d'un même groupe culturel. La diversité culturelle peut, par exemple, se manifester par les différences entre les significations, les habitudes, les valeurs, les modes de vie au sein ou entre les cultures. Quant à l'universalité culturelle, il s'agit d'un concept manifesté par des éléments exclus d'une spécificité culturelle, partagé universellement à travers la culture de tous. Selon Leininger, la culture se définit comme étant un concept appris, partagé et transmis au sein d'un groupe particulier (McCance, Hugh et Boore, 2001). Les philosophies de vie et le choix de religion des patients et des

infirmières définissent les expériences de vie de chacun. La culture englobe les valeurs et les modes de vie d'un groupe spécifique qui sont appris, partagés et transmis de manière dynamique. Ces valeurs influencent la pensée et le comportement de ce groupe (Leininger & McFarland, 2002). Cette culture influence les valeurs, les sens et les relations avec les autres (Rajan & Mohanram, 1995). D'après ce raisonnement, en suivant ce cadre de référence, il s'avère primordial de comprendre que chacun possède sa propre vision du monde et cela pousse à aller « au-delà » des tabous, spécifiquement dans la dispensation des soins. Cette approche propose de découvrir les similarités et les différences au niveau des visions du monde et des dimensions de la structure sociale des personnes soignées. Ce concept se résume au rôle qu'a l'infirmière d'impliquer le patient, de façon active, dans son processus de soin de santé. (Leininger, 1991).

Le concept de santé tel que défini selon l'idéal de Leininger se définit à partir des « Croyances, valeurs et façon d'agir reconnues culturellement et utilisées afin de préserver et maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe, et de permettre l'exécution des activités quotidiennes » (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003). La santé est aussi perçue comme un état de bien-être personnel, englobant les facettes de bien-être culturel, biologique, psychologique et moral. Cette vision requiert forcément la nécessité de tenir compte des influences provenant des familles, des groupes, de l'environnement et des établissements de la santé (Leininger & McFarland, 2002). De ce fait, l'infirmière est appelée à créer un soin flexible et adapté (Andrews & Boyle, 2008). Cette notion entraîne des concepts centraux tel que la théorie de la diversité et de

l'universalité des soins culturels et le caring, qui est considéré comme l'essence même de la pratique infirmière.

L'infirmière se doit de faire preuve d'une grande ouverture afin de chercher à comprendre les réalités culturelles du patient et de travailler en collaboration pour l'aider à améliorer sa condition humaine et sa santé. Leininger stipule que prendre soin des gens peut prendre différentes formes et peut se manifester de différentes façons d'un groupe de personnes à l'autre, d'un temps ou d'une place à l'autre mais que peu importe la manière qu'ils se manifestent, les principes de compassion, de support, de souci des autres et d'empathie s'y retrouvent (Leininger, 1978). Cette façon d'être de l'infirmière s'applique autant à une approche individuelle entre infirmière et patient qu'à une approche en groupe. Les soins empreints de caring sont conçus comme étant des actions d'assistance, de soutien et de facilitation auprès d'une personne ou d'un groupe ayant des besoins de santé ou pour améliorer les conditions de sa vie (Leininger et McFarland, 2002).

Selon cette théorie à large spectre, l'approche du caring combinée à la considération de la culture des personnes et des groupes permettent d'offrir des soins culturellement cohérents, c'est-à-dire des décisions et des actions qui respectent les valeurs culturelles et contribuent à la santé (Leininger & McFarland, 2002). La présente étude vise à faire valoir cette théorie au fil de la recherche; entre autres dans les questionnements, les angles et l'épistémologie de la recherche. Le désir d'impliquer ces femmes dans la mise au point du projet plus global dans lequel s'inscrit cette étude aspire au respect de l'autonomie culturelle et à l'identité même de ces femmes. Le

succès de la présente étude repose, entre autres, sur l'exploration des réalités liées aux valeurs culturelles et aux enjeux multidimensionnels auxquels font face les participantes en question. Leininger précise ces dimensions par une représentation graphique : son modèle du soleil levant (*Sunrise model*) (Leininger&MacFarland, 2006). Ce modèle des soins transculturels (voir l'illustration à la figure 1) est ainsi nommé en raison de sa représentation qui se présente par un demi-cercle divisé par des rayons en sept groupes de facteurs. On y retrouve, en somme les facteurs politiques, technologiques, philosophique et religieux, les facteurs de parenté et de facteurs sociaux, économiques, les facteurs du mode de vie et des valeurs culturelles, ceux des facteurs éducatifs. L'ensemble de ces facteurs sont en interaction avec les soins infirmiers qui sont eux-mêmes modélisés par des mécanismes d'accommodation et de restructuration pour atteindre l'harmonie avec la culture environnante de l'individu, sa parenté, son groupe, sa communauté et ses institutions. Ce modèle permet de mettre en image les dimensions qui influencent l'universalité et la diversité du soin selon la culture.

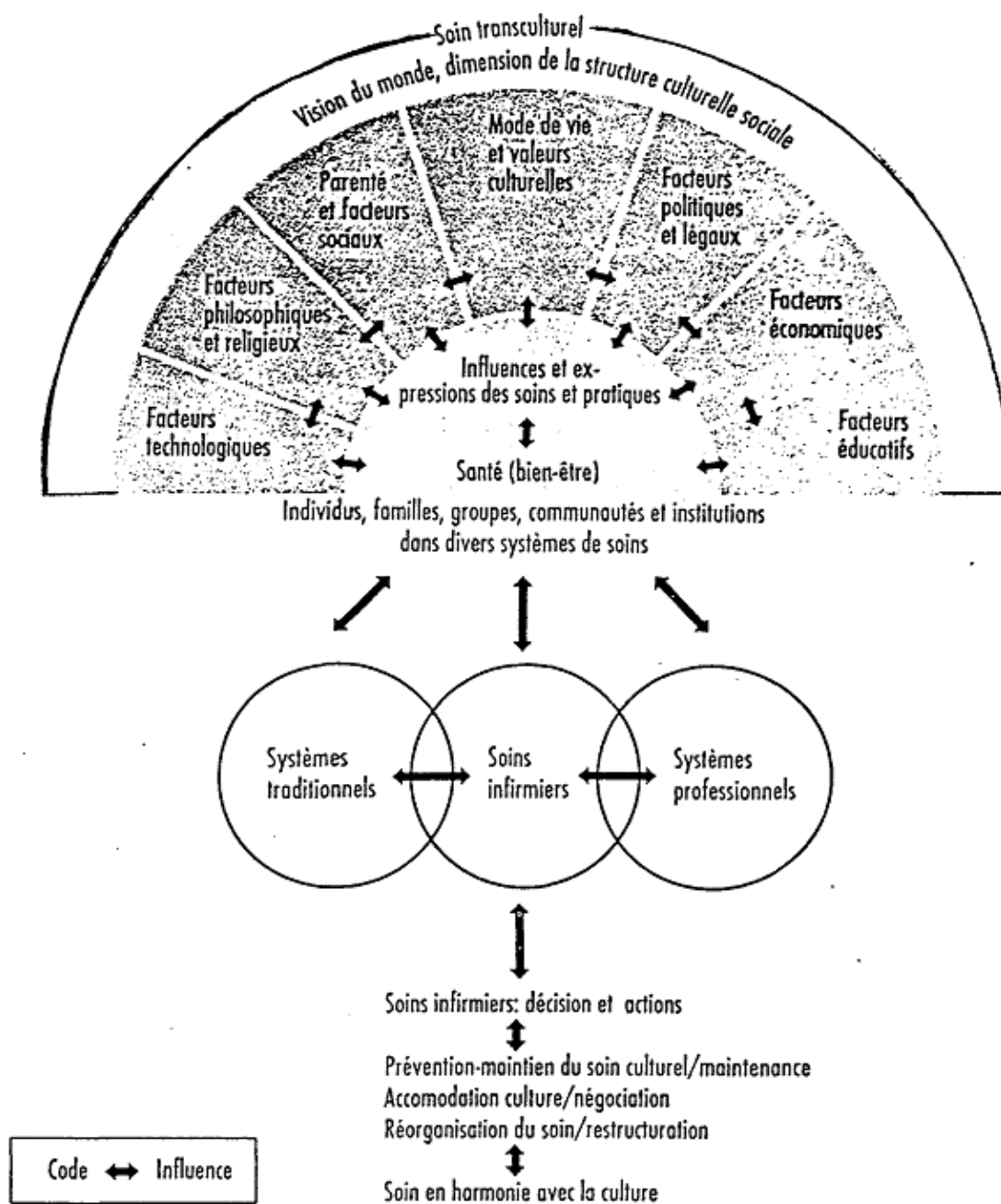


Figure 1. Modèle Sunrise de Leininger

Source : Delahaye, M.C (1995). Les soins infirmiers transculturels. *Krankenpflege/Soins Infirmiers*, 1, 59-62.

Apport du modèle de Leininger

Dans le cadre de cette étude, le modèle *Sunrise* de Leininger a permis de clarifier la question de recherche, d'explorer une série de facteurs susceptibles d'influencer les participantes dans leur perception face au phénomène à l'étude et a servi à catégoriser les données recueillies pour en extraire des propositions théoriques cohérentes à la théorie de la diversité et de l'universalité. Ces dimensions sont interconnectées et contribuent à influencer les comportements et à façonner les sens attribués aux expériences vécues (Leininger, 2001; Leininger & McFarland, 2002). Les dimensions de ce modèle interagissent les unes avec les autres, s'influencent et teintent la vision du monde des individus ou des communautés, servant ainsi à mieux comprendre leur réalités culturelles. Il s'agit d'un modèle flexible, offrant la possibilité au chercheur de se centrer sur une analyse en fonction des dimensions pertinentes à leurs intérêts d'étude (Leininger, 2001; Leininger & McFarland, 2002).

Bien que basée sur des questions semi structurées, la présente étude cherchait à laisser libre cours aux propos des femmes face au fil des échanges. Les données recueillies furent donc issues des propos spontanés et diversifiés des participantes. Ainsi, l'analyse de cette recherche s'est conduite en fonction d'un classement de données selon les dimensions du modèle *Sunrise* auxquelles elles pouvaient correspondre. Seules les dimensions pertinentes aux propos des femmes furent donc retenues; c'est-à-dire les facteurs de parenté et facteurs sociaux, les facteurs économiques, les facteurs politiques, les facteurs de l'environnement, du mode de vie et les valeurs culturelles, les facteurs technologiques, les facteurs éducatifs, l'ethnohistoire,

le concept de la santé ainsi que le système de soins. Le modèle *Sunrise* reposant sur la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Leininger a donc pu servir de grille raisonnée de recueils de données visant à cibler les réalités culturelles des participantes et ce, dans l'optique de recueillir les résultats les plus favorables aux attentes, aux réalités et aux valeurs de celles-ci. Ainsi, l'adoption d'une meilleure compréhension de la vision du monde des participantes fut privilégiée, incitant la chercheuse à analyser les propos recueillis dans le contexte socioculturel des participantes.

La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels permet l'adoption d'une vision globale pour aider à comprendre les diverses dimensions qui influencent les femmes inuites. Elle identifie clairement le rôle de l'infirmière comme devant fournir des soins culturellement cohérents et permet de prendre un certain recul face à ses propres préjugés. Cette perspective disciplinaire permet de concevoir la femme inuite comme appartenant à une culture influencée par de multiples dimensions. La théorie indique aussi que la personne est en droit de recevoir des soins culturellement cohérents afin de contribuer à sa santé (Leininger, 2001). Dans cette optique, l'infirmière se doit d'adopter une grande ouverture culturelle afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle. L'adoption d'une telle ouverture se voit primordiale afin d'offrir un soutien crédible et efficace aux communautés inuites du Nunavik. L'intégration des réalités socioculturelles inuites aux savoirs cliniques apparaît comme la clef de la mise au point d'un partenariat et d'un système de promotion de la santé prometteur. De cette stratégie découle l'importance d'impliquer ces femmes dans la conceptualisation d'initiatives

visant à améliorer leur propre état de santé et celui de leur famille et de leur communauté.

Méthodologie

Ce chapitre vise à mettre en lumière la méthodologie retenue afin de répondre à la question de recherche. On y cerne et définit d'abord brièvement les concepts clefs liés à la recherche. Le devis retenu y est aussi présenté, pour ensuite y décrire le déroulement de l'étude, incluant d'abord la description du milieu, la population cible, l'échantillonnage, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les stratégies d'analyse des données. Les critères de rigueur scientifique, les forces et les faiblesses de l'étude ainsi que les aspects éthiques y sont ensuite abordés.

Définition des concepts clefs

Bien que les concepts centraux reliés à la recherche proposée soient étalés et précisés au fil du texte, cette section vise à synthétiser une brève définition de certains concepts clefs, dans le but de clairement cibler et permettre une compréhension des notions de base reliées à ce projet.

Il s'avère d'abord important de préciser que le terme *femme inuite* s'embranché à l'ensemble de la population féminine autochtone, représentant 4,2% de cette population (Urquijo & Milan, 2011). *Inuit* signifie *peuple* en Inuktitut, la langue inuite (O'Donnell, & Wallace, 2011). La majorité des femmes inuites canadiennes habitent les régions de l'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, du Nunavik dans le Nord québécois et du Nunatsiavut au Labrador. Ce sont des régions désignées pour être éloignées des grands centres urbains. Les *régions éloignées* s'inscrivent sous la vaste définition du concept de ruralité adoptée par la politique nationale de la ruralité (Solidarité rurale du Québec, 2014). Au sens de cette politique, les collectivités considérées rurales sont celles de moins de 10 000 personnes, à quelques exceptions

près. Au-delà de leurs divergences, les régions rurales présentent certaines caractéristiques communes. Ces caractéristiques sont : « une faible densité de la population et des établissements humains; une prédominance des usages agricoles, forestiers, ou naturels du sol; une organisation et un équipement du territoire à la mesure d'une population dispersée; un mode de vie de ses habitants caractérisé par un rapport particulier à l'espace, à la nature, au climat et aux saisons; une sociabilité particulière et un fort esprit communautaire au sein de collectivités où les membres se connaissent et s'identifient au territoire; l'exercice d'une gouvernance locale de proximité. » (Solidarité rurale du Québec, 2014). La notion du *programme de saines habitudes de vie* auquel ce projet fait référence est celui du programme mis de l'avant par Dre Judith Lapierre et son équipe (« *HealthyCo-op of the Nunavik* » FQRSC 2010-2014). Les activités de ce programme s'inscrivent dans une vision de transformation des environnements pour les rendre favorables à la santé et d'optimisation de l'autogestion par les personnes et les familles par la promotion d'un plus grand contrôle de leur santé et de leur qualité de vie en matière de saine alimentation et de mode de vie physiquement actif. Une approche partenariale avec les membres de la communauté ainsi que l'implication des expertises des organismes communautaires locaux y est sollicitée. Le concept du *pouvoir d'agir* (ou *l'empowerment*) est un concept global qui se réfère à détenir des capacités décisionnelles, à la prise de conscience de ses aptitudes et de ses forces personnelle. Ce concept évoque aussi des sentiments d'estime de soi, de bien-être, d'efficacité et de confiance en ses propres capacités (Falk-Rafael, 2001; Kabeer, 1999; Shearer, 2004; Ninacs, 2003). Le concept *de pouvoir d'agir personnel ou individuel* correspond au

processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou un groupe alors que le principe *du pouvoir d'agir collectif ou communautaire* évoque la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu (Ninacs, 2003). Propre à la théorie de l'universalité et de la diversité des soins transculturels de Leininger, le concept de *santé* se réfère à un état de bien-être étroitement lié à la culture. La santé se définit comme un concept holistique; un état d'être nécessaire afin de permettre à l'individu d'accomplir leurs activités et rôles quotidiens tels qu'ils sont culturellement définis dans un contexte d'habitudes et de façons d'être particulières (Leininger, 1991). Le concept de la santé renferme donc des indices propres à la signification du bien-être selon la culture inuite (c'est-à-dire une vision plus holistique de la santé). Dans le cadre de ce projet, le concept de *promotion de la santé* est défini comme étant un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (Organisation mondiale de la santé.,1986). Liée à la théorie de l'universalité et de la diversité des soins de Leininger (2006), cette notion de promotion de la santé se lie aussi au concept du système de soin, englobant la coexistence des soins génériques (émique) et des soins professionnels (étique). La perspective émique du soin se réfère aux savoirs, aux pratiques et aux croyances inuites traditionnels alors que la perspective étique se rapporte aux savoirs intellectuellement appris et transmis, c'est-à-dire aux données probantes. En ce qui a trait au concept de la *famille*, celui-ci se réfère aux personnes qui vivent dans un même ménage. Finalement, dans le cadre de ce projet, la notion de *communauté* se définit comme étant « un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier,

arrondissement) » (Institut national de santé publique du Québec., 2002). Elle se réfère aussi à la définition émise par l'Organisation mondiale de la santé OMS :

« Groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire » (OMS, 1999).

Le devis de recherche

Dans le but de répondre à la question de recherche, l'adoption d'un devis dit qualitatif descriptif s'est avéré de mise. On dit que ce type d'approche peut servir à clarifier et à «baliser une réalité à étudier» pour des recherches ultérieures de plus grande envergure (Trudel, Simard & Vonarx, 2007). L'ampleur de la problématique à l'étude porte d'ailleurs à envisager la nécessité de recherches connexes futures d'envergure. La recherche qualitative permet d'exposer, de décrire et de comprendre un phénomène complexe grâce au point de vue d'une population cible (Polit&Beck, 2008). La recherche qualitative nous guide vers une compréhension d'un sujet défini à travers les réalités extériorisées par la population à l'étude. Il s'agit d'une démarche qui donne un accès privilégié au monde vécu tel que perçu par les individus et elle contribue à une compréhension approfondie des réalités qui les entourent (Flick & al., 2004). Elle

permet d'explorer et de découvrir en profondeur un sujet dans un contexte défini afin de pouvoir saisir ce qui se passe dans la réalité des personnes (Miles & Huberman, 2005). Les données qualitatives sont généralement abondantes, informatives et détiennent un caractère englobant qui guide vers une vision holistique assurant une représentation de l'ensemble du phénomène à l'étude (Creswell, 2008; Miles & Huberman, 2005). Ainsi, la recherche qualitative s'avère être un processus de découverte qui émerge d'une interaction entre le chercheur et les participants (Roper & Shapira, 2000). Il s'avère pertinent de souligner que l'adoption d'une étude ethnographique avait initialement été envisagée dans le cadre de cette étude; d'ailleurs l'étudiante-chercheuse avait suivi un cours de base de langue Inuktitut en prévision d'une immersion culturelle de recherche au Nunavik. Toutefois, des complications en cours de grossesse lui ont empêché l'immersion sur le terrain. Ainsi, le devis fut remplacé par une étude qualitative, tout en préservant certains concepts clés ethnographiques, pour soutenir une approche culturellement sensible dans le cadre de l'analyse et des recommandations. Il demeure qu'une démarche purement ethnographique aurait été tout à fait cohérente et serait d'ailleurs susceptible d'enrichir une étude connexe future.

La population et le milieu à l'étude

L'étude s'est déroulée au Nunavik, dans deux villages distincts; soit à Umiujak et à Quaqtak. Ces deux villages sont les premiers ciblés au moment de la collecte, dans le cadre du déploiement de la programmation globale du projet de Coopératives en santé du Nunavik de la directrice de mémoire. Le projet comprend entre autres, le développement, l'adaptation et l'intégration d'ateliers préventifs dans le cadre de

changements environnementaux favorables aux saines habitudes de vie, à la promotion de la santé et à la santé globale dans les 14 villages du Nunavik. La population ciblée dans le cadre de cette étude est composée de femmes inuites, vivant en région éloignée du Nunavik, soit à Umiujakou à Quaqtac, ayant choisi de participer au projet global.

La sélection des participantes

Un échantillon non probabiliste de convenance a été retenu. Deux groupes de femmes inuites constituent cet échantillonnage. Le premier comprend un groupe de quatre femmes inuites du village de Quaqtac. Le second est composé d'un groupe de trois femmes du village d'Umiujak (n=7). Selon Leininger (2001), quatre à six personnes par groupe d'acteurs sont habituellement suffisantes pour obtenir une profondeur de données nécessaire pour assurer la rigueur d'une étude ciblée. La sélection des participantes s'est faite sur une base volontaire. Les critères d'inclusion furent les suivants :

- Être une femme inuite âgée de 18 ans ou plus.
- Avoir participé aux ateliers offerts dans le cadre du projet de quartiers en santé.
- Être en mesure de communiquer en anglais de façon au moins minimale et avec l'aide d'une interprète, être en mesure de transmettre sa pensée.

Le recrutement et la collecte de données

Avant le déplacement de l'équipe au Nunavik, une lettre informative fut acheminée par courriel aux membres de coopératives participantes afin de les aviser des diverses étapes du projet. Cet avis comprenait, entre autres, l'information relative au

recrutement d'agents de promotion de la santé ainsi que l'information concernant les programmes et les axes du projet y était consignée. On y signalait également la réalisation d'une réunion visant à rencontrer un groupe de femmes préoccupées par leur santé, celle de leurs proches et de leurs collectivités (rencontres nécessaires à la réalisation de ce projet de recherche). Sur place en janvier 2012, ce fut la directrice de mémoire ainsi qu'une professionnelle de recherche en formation clinique d'agents de promotion de la santé qui furent responsables de recruter les groupes de femmes des deux communautés en question. Une annonce de recrutement fut aussi émise par le biais de la radio communautaire des villages respectifs. La directrice du mémoire a su veiller à expliquer verbalement de façon détaillée aux intéressées la nature de l'étude, la confidentialité des échanges ainsi que le contenu du formulaire de consentement. Des données sociodémographiques furent d'abord recueillies par le biais d'un bref questionnaire écrit auquel la plupart des femmes ont répondu elles-mêmes par écrit. Dans certains cas, la directrice et la professionnelle de recherche ont complété les réponses pour les participantes avec elles. Parmi les participantes, une seule a préféré ne pas répondre à ce questionnaire. Ces données ont permis d'établir un certain profil des participantes. Les rencontres eurent lieu en soirée, à l'hôtel communautaire des villages. Ces rencontres de groupe impliquèrent un partage de repas convivial commandité par la Fédération des coopératives du Nunavik (FCNQ). Les échanges furent enregistrés sur bande audio. Il est à noter que les participantes furent avisées qu'elles étaient enregistrées dès le début de l'entretien et qu'elles ont accepté pour les fins de cette étude et du projet global.

Les échanges eurent lieu, en majeure partie en anglais. Toutefois, une interprète de la langue Inuktitut fut présente afin de traduire au besoin les propos exprimés en Inuktitut. La directrice du mémoire posait des questions ouvertes et semi-dirigée, laissant place aux échanges qui s'ensuivaient. Il est pertinent de noter que l'entrevue semi dirigée s'avère particulièrement de mise lorsqu'il s'agit d'une recherche descriptive ou exploratoire dans une vision interprétative et constructiviste de la recherche, car elle permet la compréhension d'un phénomène, ancré dans le point de vue et le sens que les personnes donnent à sa réalité (Savoie-Zajc, 2009). Bien que plus restrictive qu'une entrevue non structurée, l'entrevue semi dirigée laisse toutefois la place à un étendu de témoignages tout en permettant à l'interviewer d'établir un certain encadrement en se basant sur des questions clefs prédéterminées (Streubert & Carpenter, 2011). La participante est ainsi en mesure de clarifier ses opinions, ses sentiments, ses croyances à propos des questions à l'étude. Un questionnaire a servi de guide de discussion afin d'orienter l'entrevue en direction des principaux thèmes à l'étude. Inspiré par Spradley (1979), le questionnaire fut divisé en trois types de questions. On y compte d'abord des questions descriptives d'ordre général, servant à mettre en contexte chacune des femmes et faire place à un climat de confiance. Spradley (1979) réfère à ce type de questions comme étant « les questions du grand tour ». Ces questions sont vastes et cherchent à décrire de façon globale l'expérience ou le quotidien des participantes; ouvrant la porte de l'univers des participantes en regard du domaine d'intérêt de l'étude. On y fait ensuite place à des questions structurelles en fonction du fondement à l'étude. Il s'agit de questions plus spécifiques qui visent à recueillir des données sur les unités de base du

savoir des participantes en lien avec les catégories ou les domaines de l'expérience culturelle à l'étude (Spradley, 1979). Ces questions étaient dirigées vers des facteurs sociaux et culturels tels que proposés dans la théorie de la diversité et universalité des soins de Leininger (1991). Au fil des échanges, il s'est avéré crucial de laisser place à l'expression du discours spontané et diversifié des participantes. Cette approche est nécessaire dans le but de découvrir et d'apprendre au sujet des significations, des expressions, des valeurs et des croyances (Leininger & McFarland, 2006). L'entretien a pu finalement clore par des questions générales de conclusion. L'obtention de la saturation théorique fut l'indicateur de la fin du processus de collecte de donnée. Selon plusieurs auteurs (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2008), la saturation est présente lorsque les propos des participants n'apportent plus d'informations nouvelles pour justifier une augmentation du matériel empirique. Il est donc compris qu'aucune nouvelle information ne surgissait des données, ce qui s'avérait nécessaire afin d'atteindre des résultats suffisamment riches pour assurer la rigueur de l'étude (Charmaz & Mitchell, 2001; Morse, 1995). La saturation des données en recherche qualitative est importante puisqu'elle contribue à la validité de la recherche (Polit & Beck, 2008). Il est pertinent de noter que ce volet fut le précurseur du déploiement de divers ateliers, des cercles préventifs Hans Kai et des cuisines collectives pour les familles (*les groupes hanskai sont issus du modèle japonais étudié par Lapierre en 2010 à Nagano et se réfèrent à un modèle novateur de cercles préventifs où les personnes se soutiennent mutuellement pour maintenir une santé optimale. Ces cercles seront soutenus par une équipe clinique à distance. Ce type de groupe d'entraide est le premier du genre en*

promotion de la santé, i.e. ne visant pas le soutien après une maladie ou suite à des facteurs de risque). La rencontre à Quaqtq a eu lieu le 27 janvier 2013 alors que celle à Umiujak s'est tenue le 23 mars 2013.

Le processus d'analyse des données

La transcription intégrale des entrevues en anglais suivi de leur traduction libre vers le français constituèrent la première étape de l'analyse des données. Suite à de maintes lectures et relectures, les propos recueillis furent interprétés selon la démarche proposée par Leininger et McFarland (2006). La première étape de cette démarche consiste à cibler des codes ainsi que des catégories qui découlent des données. La seconde étape consiste à revoir méticuleusement les données et les catégories qui ont su en découler afin de pouvoir interpréter celles-ci et de cibler les éléments récurrents (*patterns*) qui s'y rattachent. La troisième et dernière étape de cette démarche vise l'analyse critique des résultats qui ont su découler des étapes précédentes afin d'effectuer la réduction des données en thèmes culturels principaux pour ensuite présenter les résultats. Une première codification s'est opérée en fonction de principaux facteurs d'influence du modèle *Sunrise* de Leininger. Les facteurs du *Sunrise Model* qui furent sélectionnés pour cause d'analyse sont:

- La parenté et les facteurs sociaux
- Le mode de vie et les valeurs culturelles
- L'environnement
- Les facteurs technologiques
- L'ethnohistoire
- Les facteurs politiques
- Les facteurs économiques
- Les facteurs éducatifs
- Le concept de la santé

- Le système de soins

Ce choix est attribuable au fait que les participantes ont su amplement faire référence à ces facteurs durant les entrevues. Il s'avère important de noter que bien que Leininger (1997) recommande d'explorer chacune des dimensions du modèle afin d'obtenir une base de données holistique, valide et exhaustive, elle soutient néanmoins qu'il ne doit pas y avoir une approche rigide du modèle *Sunrise* en recherche et que toutes les dimensions du modèle n'ont pas nécessairement à être explorées dans une même étude. Leininger et MacFarland (2002) souligne qu'il s'agit d'un modèle flexible, offrant la possibilité au chercheur de se centrer sur une analyse en fonction des dimensions pertinentes à leurs intérêts d'étude. On suggère d'ailleurs que les chercheurs novices s'intéressent aux dimensions inscrites à la base du modèle (soit le système de soins et l'expérience santé/maladie et la structure sociale) et que les chercheurs plus expérimentés en recherches ethnologiques se penchent sur une étude des dimensions supérieures du modèle (soit la vision du monde).

Ainsi, dans un premier temps, cette démarche a su guider l'étudiante-chercheure à identifier les thèmes sous la forme de codes pour ensuite les regrouper en grandes catégories. Cette démarche visait à réduire les données pour faire émerger des essences fondamentales et ultimement des propositions théoriques. Bien que des logiciels d'analyse des données qualitatives puissent servir à faciliter l'étape de codage d'un grand nombre de données, les contraintes familiales liées à la naissance du premier enfant de l'étudiante l'ont empêché de suivre une formation à l'utilisation de logiciels. Pour optimiser la réalisation de l'analyse dans ces conditions, la méthode traditionnelle

assistée par traitement de textes a été retenue. L'étudiante chercheuse a utilisé la fonction de Révision du logiciel de traitement de textes *Microsoft Word*. Cette fonction permet d'insérer des *bulles de commentaires* suite à chaque propos des verbatims pour ensuite codifier les propos. Ces bulles de commentaires ont permis de coder en fonction de facteurs d'influence pertinents de la dimension sociale et culturelle du modèle *Sunrise* de Leininger, du concept de santé ainsi que du système de soin. Le tableau suivant, tiré directement de Pereira de Melo (2013), synthétise clairement la définition des principaux facteurs d'influence de la dimension sociale et culturelle du modèle Sunrise de Leininger.

Tableau 1

Facteurs de la dimension culturelle et sociale du Modèle Sunrise de Leininger

Dimensions	Descriptions
Facteurs technologiques	Accès à la technologie de l'information, accès aux moyens de communication, accès aux médias et aux communiqués, accès aux conseils électroniques à partir de sa résidence, accès aux services de santé et de technologie, et autres.
Facteurs religieux et spirituels	Pratiques religieuses, consultation avec des soignants dits traditionnels, signification de la vie, force individuelle, croyances, spiritualité et santé, valeurs personnelles, croyances religieuses, liberté de la pensée et de l'expression, valeurs institutionnelles, priorités et objectifs, rôle social, communication intra-institutionnelle, et autres.
Parenté et facteurs sociaux	Structure familiale, ordre en termes de naissances au sein de la famille, valeurs familiales, rôles des aînés, décideurs au sein de la famille, composition de la famille, tâches familiales, statut social, rôle des parents, maladies familiales, relations sociales et familiales, relations amicales, relations émotionnelles et sexuelles, situations émotionnelles, réseaux sociaux et support communautaire, accès à la culture, aux activités de loisir et aux sports, migration, relations entre les sexes, normes sociales, sécurité publique, citoyenneté, accès à des moyens de transport, statut conjugal, violence, et autres.
Le mode de vie et les valeurs culturelles	Croyances, responsabilités pour la santé, pratiques traditionnelles de guérison et de soin, perception du système de soin officiel, perception des professionnels de la santé, spiritualité et santé, références culturelles, sexualité, ethnicité, accès à la culture et à l'information, connaissances, attitudes, comportements, tabac, alcool, drogues illicites, activités physiques, sécurité, intérêts, nourriture commune, hygiène, visions du monde, divertissements et loisirs, mode de vie alternatif, et autres.
Facteurs politiques	Accès aux politiques publiques (sécurité, santé, éducation, environnement, emploi, transports, sociales), accès à la justice, citoyenneté, participation politique, liberté de la pensée et de l'expression, communication intra-institutionnelle, communication inter sectorielle, communication inter institutionnelle, et autres.
Facteurs économiques	Séquelles connues, emploi informel, emploi formel, séquelles, statut social, situation matérielle (biens), conditions de travail, condition de logement, occupation/profession, disponibilité des ressources de consommation, coût de la vie, et autres.
Facteurs éducatifs	Connaissances, accès à l'éducation, alphabétisme (lecture et écriture), comportements littéraires, enseignement (privé, publique), éducation, accès à l'information, violence à l'école, performance intellectuelle, solution aux problèmes, attention, et autres.
L'environnement	Disposition des déchets, luminosité des places publiques, accès à l'électricité, aération, système de drainage, asphalte, système septique, eau potable, pollution (air, eau, visuelle, auditive), végétation et forêt, animaux, approvisionnement des biens matériaux, ressources naturelles, accès à l'eau en fontaine, exposition aux pesticides et engrais, exposition aux produits chimiques etc., et autres.
Langage	Langage dominant, contexte d'utilisation, timbre/volume, distance spatiale, contact visuel, expressions faciales, salutations, touché, dialecte, langue, et autres.
Ethnohistoire	Histoire communautaire, histoire du peuple, histoire de vie, temps vécu dans la communauté, sentiments d'appartenance, participation sociale au sein de la communauté, et autres.

Traduction libre de Pereira de Melo, L. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American journal of Nursing Research*. 1, 20-23.

Ensuite, l'étudiante-chercheure fut appelée à revoir et à examiner les données et les tendances dans le but d'y découvrir des *patrons*, c'est-à-dire les similarités ou les récurrences qui apparaissent des propos d'une participante à ceux d'une autre et qui se rapportent aux codes. Cette étape fut réalisée par l'étudiante chercheure, alors que

celle-ci a su retranscrire l'ensemble des propos dans un fichier du logiciel *Excell*, puis, en utilisant la fonction *filtre* afin de cibler une récurrence de termes, de catégories ou de propos. L'étudiante a ensuite revu ces résultats afin de regrouper les codes en catégories et finalement, la dernière étape vise à classifier les propos en thèmes culturels principaux et à présenter les propositions émergentes qui en découlent, en lien avec les objectifs de la recherche et en cohérence avec la théorie de la diversité et de l'universalité. Dans la formulation des catégories principales des données, la synthèse des interprétations doit être associée au contexte, aux influences culturelles, à la structure sociale ainsi qu'aux autres facteurs qui découlent du vécu des participantes. Puis, comme le soulignent Leininger & McFarland (2006), les moments de réflexion entre les phases de l'analyse s'avère d'une importance notable puisqu'ils apportent le recul nécessaire à la réflexion et à la critique quant au codage, à la classification et à l'interprétation des données afin d'assurer une analyse fidèle au domaine d'intérêt.

Les critères de rigueur scientifique de l'étude

Dans le but de contrer l'objet de critique en matière de sa validité scientifique, de nombreux auteurs en recherches qualitatives ont su établir des stratégies pour renforcer l'intégrité et la qualité scientifique des résultats issus de ce paradigme de la recherche. Ainsi, de nombreux auteurs s'entendent pour dire que la rigueur scientifique est importante en recherche qualitative, tout comme en recherche quantitative. (Burns & Grove, 2009; Deslauriers & Kérisit, 1997; Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2008; Whittemore & al., 2001). Leininger et McFarland (2006) se sont inspirés des critères de scientificité tels qu'énoncés par Lincoln et Guba (1985) afin d'établir leurs propres

critères de scientificité dans lesquels s'inscrivent aussi des considérations pour la préservation culturelle des données recueillies. La présente étude s'appuie sur ces principes, soit :

La crédibilité. Le critère de crédibilité reflète si les observations sont conformément représentatives de la réalité transmises par les participantes. Afin de respecter ce fondement, il s'est avéré nécessaire que l'étudiante chercheuse valide les résultats de la recherche par la directrice du projet au fil de l'analyse. Le critère de crédibilité a aussi été observé par le fait que la réalisation des entretiens s'est tenue jusqu'à la saturation des données à développer.

L'authenticité. Étroitement liée au critère de crédibilité, l'authenticité marque que les résultats de la recherche correspondent au phénomène à l'étude tel que décrit par chacune des participantes (Whittemore & al. 2001). Afin d'y parvenir, l'étudiante chercheuse a su suivre et respecter chaque étape du processus d'analyse. De plus, des lectures approfondies des verbatim d'entrevue se sont imposées.

La confirmation. La confirmation se rapporte au principe que les résultats qui ont pu découler de l'analyse de la recherche ne soient pas brouillés par des intentions ou des points de vue du chercheur mais qu'ils reflètent avec justesse les propos des participants (Lincoln & Guba, 1985). Il s'agit du souci du chercheur de valider l'interprétation des résultats de la recherche en s'appuyant sur les données obtenues. À cet effet, l'étudiante chercheuse a su s'est vu examiner les conclusions tirées de façon approfondie avec la directrice de recherche. Aussi, les propos recueillis sur bande audio

furent écouté méticuleusement à plusieurs reprises par l'étudiante-chercheur puis des lectures approfondies des verbatim d'entrevue se sont imposées.

La fiabilité. Le principe de fiabilité se réfère au souci du respect du contexte socioculturel des participantes. Le fait que la directrice de mémoire a su recruter les participantes dans leur propre contexte environnemental, au Nunavik a su contribuer, d'une part à ce critère. Les lectures et relectures des données et des analyses ont aussi contribué à rencontrer ce critère. Un processus de critique se démontrant à travers une réflexivité face aux contradictions qui sont présentes entre les participantes, dans la culture et entre les types de données fut adopté. Il s'agit d'une attitude que l'étudiante chercheuse se doit d'adopter afin d'éviter d'altérer le sens des résultats (Whittemore & al., 2001). L'étudiante chercheuse a su faire de l'introspection et faire preuve d'une pensée critique dans l'interprétation des données. À cet effet, l'étudiante chercheuse a su adopter une attitude critique en remettant en questions les résultats obtenus, en étant consciente des ambiguïtés et en organisant les résultats à l'aide de divers tableaux afin de pouvoir en tirer des conclusions. La prise en considération de l'influence du processus de recherche et du contexte de l'étude sur les données recueillies ainsi que la révision par la directrice de recherche de l'ensemble des stratégies d'analyse ont finalement permis d'augmenter la fiabilité des résultats.

La transférabilité. Le principe de transférabilité se réfère au fait que les résultats qui ont su découler de la recherche pourraient ultérieurement être transférés aux données d'une recherche connexe. Dans cette optique, le chapitre des résultats permet de clairement cibler le milieu, la population cible et le déroulement de l'étude. On y

retrouve aussi un bref portrait sociodémographique des participantes. Ces informations permettent un potentiel de transférabilité des résultats finaux à un échantillon pouvant présenter des réalités socioculturelles comparables.

Les considérations éthiques

L'étudiante-chercheure ainsi que sa directrice se sont engagées à respecter les bonnes pratiques de recherche telles qu'établies au Chapitre 9 de L'Énoncé de politique des trois Conseils(2010) (la recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada) (voir aussi Informations éthiques du projet Quartiers en santé). Un protocole d'entente globale avec le partenaire du milieu a été signé. Ce sous-projet de recherche fut soumis pour approbation au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Une copie du certificat d'éthique se trouve en appendice. Afin d'obtenir un consentement libre et éclairé, la directrice de recherche a su lire et expliquer le contenu du formulaire de consentement aux participantes. Les participantes ont consenti volontairement de façon verbale à l'étude. Les participantes furent avisées qu'elles pouvaient se retirer en tout temps de l'étude, sans avoir à justifier leur décision. Les participantes ont été informées du but de l'étude et de l'enregistrement audio et elles ont été assurées du respect de la confidentialité. La directrice a su souligner aux participantes que les renseignements recueillis en cour de l'étude sont strictement confidentiels et qu'aucune publication ou communication résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de les identifier. Les données concernant les participantes furent codées afin de maintenir leur anonymat. Par la suite, une série de prénoms fictifs fut attribuée à ces codes. Les participantes ainsi que

l'interprète de cette étude furent encouragées à se faire discrètes sur l'identité des autres participantes et sur les propos tenus lors du groupe de discussion. Les entretiens s'étalèrent respectivement sur une période d'environ deux heures dans un local fermé. Les entrevues furent effectuées dans un climat d'échange, de respect et d'écoute. Les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi. Il n'y aura aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude qui ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participantes. Les données de recherche et les bandes audio ont été gardées sous clef jusqu'à la fin du projet et seront détruites une fois le délai de conservation de cinq ans après la fin de l'étude. La directrice de recherche et l'étudiante-chercheuse seront les seules personnes à posséder la bande originale. L'approche partenariale amorcée en février 2011 par la directrice du projet et son équipe a permis de faciliter les démarches pour la participation et l'intégration locale de celle-ci. Il est à noter aussi qu'un protocole d'entente éthique spécifique entre le milieu partenaire et l'équipe de recherche a été élaboré en 2011 et sous-tendait cette étude. Ce document éthique avait été approuvé aussi par le comité éthique de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada, respectant les normes les plus élevées et de rigueur en matière de recherche auprès des autochtones. De plus, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik avait elle aussi approuvé le projet global, ce qui a permis à cette étude d'être réalisée et facilitée.

Les limites de l'étude

D'abord, il s'avère pertinent de noter comme limite la transformation du devis de recherche en cours de route, en raison de l'impossibilité de l'étudiante-chercheuse de séjourner au Nunavik. Le devis qualitatif proposé comprend nécessairement une distance du phénomène d'intérêt qui ne permet pas une analyse aussi critique et sensible culturellement que si une immersion avait été permise. Du fait que les entrevues ne furent pas dirigées par l'étudiante-chercheuse elle-même, certaines expressions non-verbales ont aussi échappées à l'analyse des données. Une autre limite potentielle, est le peu de femmes ayant participé. Il serait intéressant de pouvoir compter sur un plus grand nombre de participantes des milieux, ce qui augmenterait la qualité de saturation. De par des expériences diversifiées de leurs vécus, un enrichissement des expériences aurait pu être favorisé. De plus, une diversité intergénérationnelle plus grande aurait permis de saisir un plus grand nombre d'enjeux culturels significatifs. Ensuite, il s'avère juste de souligner que la courte durée du séjour au Nunavik pourrait constituer une limite à un devis ethnographique pur mais dans les circonstances et les modifications nécessaires, ce fut un privilège exceptionnel d'avoir eu accès à des citoyennes pionnières de ces premiers villages nordiques et à leurs cadettes. Il fut inaccessible d'effectuer un retour auprès des participantes à la suite de l'analyse des discours, ce qui aurait permis une vérification des données et qui aurait favorisé une congruence entre les perceptions des participantes et l'analyse des données de la recherche. Cependant, une validation de compréhension des propos s'est tenue simultanément et trois personnes de l'équipe participaient aux entrevues, donc, elles ont contribué à une certaine validité du contenu

en séance simultanément pour garantir la compréhension et assurer un fidèle reflet des propos transmis et interprétés. Lincoln et Guba (1985) considèrent que la vérification des données auprès des participants reste le meilleur moyen pour établir la crédibilité des données qualitatives. D'autres parts, issues de tristes retombées historiques, des barrières de méfiance et de défiance des communautés autochtones face aux interventions non-autochtones peuvent aussi avoir eu un impact dans la difficulté à recruter des participantes mais comme le projet global est partenarial avec les partenaires du nord comme co-chercheurs, cela a facilité grandement le recrutement. Tel que prévu, un premier échange en groupe focalisé fut réalisé au Nunavik en date du 26 janvier 2013. Toutefois, on y comptait seulement 3 participantes. Un second groupe focalisé fut donc réalisé afin de recueillir l'opinion d'un échantillon de taille cohérente avec l'approche qualitative (n=7). L'ensemble des participantes proviennent de villages similaires (taille, historique) répartis sur les deux côtes, présumant cependant des vécus culturels diversifiés en fonction des diversités familiales et sociales associées.

Résultats de recherche

Le chapitre suivant présente les résultats de l'analyse des entrevues de cette étude afin de répondre à la question de recherche. Les opinions ainsi que les expériences exprimées par les sept femmes qui ont su participer à cette étude furent méticuleusement analysées. Rappelons que le but visait à décrire et à expliquer la perception de ces femmes face à leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur des pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leurs communautés. On y dresse d'abord un profil descriptif de chaque participante. Une analyse des propos recueillis s'ensuit, inspirée de la théorie proposée par Leininger et McFarland (2006).

Profil sociodémographiques des participantes

Cette section dresse un bref portrait sociodémographique des participantes. Il s'avère juste de souligner qu'une des participantes a choisi de ne pas remplir le questionnaire en question. Les données sociodémographiques recueillies sont donc celles des six autres participantes. Ces données dévoilent d'abord que les participantes se classaient dans une catégorie d'âge située entre 20 et 47 ans, avec une moyenne d'âge de 36 ans. En ce qui a trait au statut marital, parmi les six femmes qui ont répondu au sondage; trois ont signalé être célibataires, une était en union de fait et deux étaient mariées au moment de l'étude. Chacune d'entre elles ont indiqué avoir des enfants. Elles furent aussi unanimes à indiquer qu'elles occupaient un emploi. Bien que deux d'entre elles ont indiqué travailler comme caissière, ces femmes occupent des domaines d'emploi diversifiés : aide à l'enseignement en milieu scolaire, travailleuse sociale, éducatrice à la maternelle, membre du comité de direction en garderie. Les données

recueillies indiquent une variation importante entre le nombre de personnes vivant dans leur foyer respectif; soit d'une seule personne à six personnes (pour une moyenne de 3.7 personnes par foyer). Elles ne furent que deux à indiquer qu'elles participent à du travail sous base volontaire. Finalement, en termes de niveau de scolarité; trois d'entre elles ont indiqué avoir complété une troisième année d'école secondaire, une avoir complété le secondaire, une avoir terminé l'école primaire et une seule avoir terminé des études post-secondaires. Le tableau suivant donne un aperçu rapide de ces données.

Tableau 2

Synthèse des données sociodémographiques

	Âge	État civil	La participante a-t-elle un ou des enfants?	Nombre de personnes par ménage	La participante occupe-t-elle présentement un emploi?	Dans quel domaine la participante travaille-t-elle?	La participante effectue-t-elle des activités de bénévolat?	Niveau d'éducation
Participante 1	20	Union libre	Oui	4	Oui	Assistante à l'enseignement	Non	DES et une demi-année pré collégiale
Participante 2	47	Mariée	Oui	6	Oui	Travailleuse sociale	Oui	École primaire
Participante 3	28	Célibataire	Oui	1	Oui	Caissière	Non	Secondaire 3
Participante 4	47	Mariée	Oui	6	Oui	Monitrice à la maternelle	Non	Secondaire 3
Participante 5	47	Célibataire	Oui	3	Oui	Assistante sociale en service de garde / Membre du conseil d'administration	Oui	Éducation post-secondaire
Participante 6	28	Célibataire	Oui	2	Oui	Caissière	Non	Secondaire 3

Cette section étale l'analyse descriptive des propos tenus par les sept participantes inuites lors des deux entretiens de groupe focalisé qui ont eu lieu dans le cadre de cette étude. Il s'avère juste de rappeler que les prénoms utilisés sont tous fictifs, dans un effort de préserver l'anonymat des participantes. La présentation des résultats suit le processus d'analyse qui les soutiennent; soit la progression entre la thématique observée jusqu'aux liens qu'elle évoque vers des similarités ou récurrences (*patterns*) notées dans les réponses des participante. Des extraits tirés de verbatims appuient les résultats.

Structure sociale et facteurs culturels d'influence

Cette section vise à présenter les facteurs culturels se rattachant à la structure sociale des participantes. Il s'agit d'une série de facteurs illustrés par les rayons supérieurs dans le schéma du Modèle Sunrise de Leininger.

Parenté et facteurs sociaux. En cours d'entretien, de façon récurrente, les participantes ont su mettre en contexte leur perception en ce qui a trait au rôle actuel des femmes au sein de la structure familiale et communautaire. De ces propos ont émergé des thèmes ainsi que des éléments récurrents révélateurs d'intérêt pour l'analyse.

La perception des participantes face au rôle des femmes au sein de leur famille

On note comme premier élément récurrent (*patron*) l'idéologie que la femme inuite occupe une place centrale au sein de sa famille et qu'il existe un certain déséquilibre en matière de partage des tâches ménagères et de l'enseignement des enfants entre la femme et l'homme du noyau familial. Ainsi, on perçoit que ces femmes portent un sentiment de responsabilité familiale qui semble leur avoir été imposé par défaut par la structure sociale. Ces propos en témoignent ainsi :

Odette : « Ce sont les femmes qui font tout! ».

Claire : « Les femmes sont celles qui nettoient toujours la maison, elles s'occupent des enfants. Les hommes vont au travail et quand ils rentrent à la maison, ils veulent manger tout de suite ».

Odette : « Certaines femmes se marient et elles reçoivent de l'aide (de leur mari) mais les femmes monoparentales, elles doivent tout faire seules...Mais certaines filles ont un petit ami et elles ont des enfants et ces filles sont toujours à la maison alors que le père des enfants sort toujours pour jouer à des jeux et pour fumer du pot ».

Michelle : « Dans certaines famille...même les pères de famille ne soutiennent pas leur épouse ou leur petite amie. Parfois les femmes ne savent pas qui est le père de leur bébé ».

Anne : « ...mais les hommes de 40 ans et plus, je crois qu'ils les soutiennent. Mais ceux de 20 ans, ils se disent comme j'ai fait un bébé et c'est tout. Mais les hommes plus âgés sont plus responsables. Pas tous mais ils le sont plus ».

Odette : « Oui, ce sont les femmes qui s'occupent majoritairement des enfants ».

Kathy : « Certains mari sont aidants...certains mais pas tous ».

Vicky : « Moi oui. C'est moi chez moi. Surtout moi. S'ils ont mal, c'est moi qui suis la principale aide ».

Laura : « toutes les femmes (mise en contexte: sont l'aide principale au sein de leur famille) ».

On dénote aussi que les femmes partagent la perception de vivre un certain manque d'autorité au sein de leurs familles. Ce second *patron* se révèle entre autres à travers ces propos :

Michelle : « pas tous...certains hommes...les femmes se rendent généralement à l'hôpital lorsqu'elles sont malades...mais les hommes, ils n'y vont même pas ».

Odette : « ils n'y vont même pas...Les femmes vont faire la leçon, elles vont dire à l'homme: Va à l'hôpital! Va à l'hôpital! (rires) ».

D'autre part, en parlant du fait que les enfants naviguent sur Internet et lorsqu'on leur demande si elles veillent à s'assurer que les enfants utilisent leur compte Facebook de façon sécuritaire, Michelle s'empresse de répondre :

Michelle : « nous le faisons mais ils n'écoutent pas toujours ».

Ce manque d'autorité parentale se traduit aussi par les propos suivants, ayant trait à l'enseignement des enfants :

Claire : « C'est très difficile. Quand tes enfants ne veulent pas manger certaines choses...ils disent Oh je ne veux pas manger ça. C'est difficile. Certains ne veulent pas manger de la nourriture traditionnelle, c'est très difficile si vos enfants sont comme ça. Certains enfants n'écoutent pas leur parents, ils veulent du 'junkfood' ou ça... ».

Anne : « (c'est difficile) de les convaincre de manger des aliments sains, de faire plus d'activités, et de se coucher tôt».

Vicky : « C'est difficile! (mise en contexte: d'inciter les enfants à bouger, bien manger, dormir tôt...) ».

Dans un même ordre idée, Claire explique que son mari souffre du diabète et que ses efforts de l'inciter à adopter un mode de vie plus sain sont vains :

Claire : « Mon mari a un style de vie plus fatigué. Il ne peut pas travailler. Il souffre beaucoup. Et il ne fait plus aucune activité. Il est sensé faire des activités. J'essaie de le pousser à en faire mais il ne m'écoute pas».

Parallèlement, on évoque la croyance qu'il existe une différence entre la façon d'élever les enfants au Nord et au Sud. De cette idée, il est aussi possible de percevoir, à travers ce commentaire, cette même idée d'un manque d'autorité parentale. On évoque :

Anne : « C'est plus strict au Sud. Vous avez plus de règlements».

Claire : « Par exemple, comme...Je suis ta mère et tu es ma fille et je veux que tu fasses quelque chose, si tu ne m'écoutes pas, si t'es enfants te dissent non, tu sors alors tes règlements, ou des conséquences. Ici non, pas autant ».

En cours d'analyse, on dénote comme troisième *patron* se rapportant à la thématique du rôle de ces femmes au sein de leur famille, la conception qu'elles se voient en quelque sorte souvent subordonnées, voir même soumises. Deux participantes discutent brièvement de la dynamique entre hommes et femmes en couple et leurs propos ciblent encore une fois ce sentiment que la femme vit un manque d'autorité au sein de sa famille :

Odetta: « et les hommes mariés, ils contrôlent leur épouse ».

Vicky : « ...même ceux qui ne sont pas mariés... ».

En somme, ainsi pouvons-nous tirer de ces *patrons* une thématique révélatrice portant sur la façon que ces femmes perçoivent le rôle de la femme inuite au sein de sa famille. D'une part, ces femmes révèlent se voir au centre de leur famille puisque ce sont elles qui se voient responsables d'accomplir l'ensemble des tâches ménagères familiales quotidiennes. À travers leurs propos, on ressent néanmoins un certain sentiment que ce rôle se voit être un fardeau pour ces femmes plutôt qu'une situation valorisante. Ces extraits de verbatims dévoilent aussi un sentiment de manque d'autorité tangible de la femme inuite au sein de sa famille.

La perception des participantes face au rôle de la femme inuite au sein de sa communauté

De façon répétée et significative, les propos des participantes évoquent comme *premier patron* l'importance qu'elles accordent à l'entraide et au soutien communautaire. Au fil de leur discours, cette importance est évoquée de façon répétée, laissant comprendre qu'il s'agit d'une partie intégrante, voir même d'une responsabilité à respecter de leur système de valeurs.

Ces propos en dévoilent ainsi :

Michelle : « Si on sait que quelqu'un a besoin d'aide, on (les femmes) est disponible. Si on ne sait pas, on ignore. Si on sait, on est responsable ».

Leur appartenance à la communauté et l'importance qu'elles attribuent à l'implication communautaire apparaît unanime. Par exemple, Claire explique :

Claire : « Lorsque quelqu'un se mari, tout le monde célèbre ici! C'est une grande famille ».

Ou encore :

Vicky : « Oui! Oui! Les Inuits sont très forts pour s'aider les un les autres».

On remarque aussi comme *second patron* que l'importance accordée au partage de nourriture est encrée dans leur système de valeur.

Michelle : « Les gens se rassemblent et invitent les autres...pour manger du caribou. C'est délicieux. La meilleure viande».

Michelle : « Même quand les hommes partent pour la chasse au béluga en juin, juillet et octobre, les femmes de la communauté se rassemblent pour manger. Partage».

On identifie comme troisième *patron* la notion que ces femmes cultivent des liens serrés avec les membres de la communauté et la famille. On évoque entre autre l'importance de pouvoir se confier à une amie ainsi que le lien de confiance qui existe avec les aînés. Par exemple, Anne explique qu'en cas de souci :

Anne « On va voir les aînés. On parle à des gens. Ou à la famille».

On évoque entres autres que Noël, une fête qui est typiquement célébrée de façon familiale et intime chez les québécois catholiques non-inuits du sud, est célébré d'une toute autre façon par ces femmes. On explique qu'il s'agit d'un Noël collectif, laissant ainsi encore transparaître l'idée que la collectivité forme une sorte de famille macroscopique :

Odette : « et chaque Noël, on se rassemble dans le gym et on dance!...c'est un gros évènement. On se rassemble, tout le village».

En somme, à travers leurs propos, on comprend que les femmes perçoivent leur communauté comme une grande famille. Elles vivent au quotidien dans cette famille macroscopique.

La perception des femmes face aux facteurs sociaux de leur communauté

L'analyse dévoile une récurrence de propos tenant à exprimer que l'existence de divers problèmes sociaux limite leur accès à l'environnement. Le frein qu'évoque le trafic de drogue et d'alcool sur une pleine participation sociale se voit être un premier *patron*. En effet, on dénote une récurrence dans l'idée que l'abus de drogues, d'alcool et la violence qui se voit de façon rampante chez les membres de leur communauté apporte des répercussions néfastes à ces femmes dans leur propre environnement et réprime d'une certaine façon leur liberté. Par exemple, en parlant du trafic de drogue et d'alcool qui est plus courant dans le village les vendredis, Michelle explique :

Michelle : « Tous les vendredis et des choses comme ça. C'est pour cette raison que mes enfants ne sortent pas. Je dois sortir avec eux les vendredis ».

Aussi, Kathy explique :

Kathy : « Parce que nous sommes déménagé de Kuujjuarapik où il y avait de l'alcool. On avait décidé de ne pas en avoir ici...de ne pas exposer nos enfants à ce genre de chose. Et pas de drogue, pas de bataille, des trucs comme ça. On a essayé de faire une nouvelle vie pour nos enfants et des trucs comme ça ».

Appuyant ces propos, Michelle dit :

Michelle : « Mais les gens n'écourent pas ».

Ainsi, l'analyse des verbatims indique un désir exprimé par ces femmes de vivre avec leurs enfants et de se développer dans un environnement social meilleur, à l'abri de la drogue, de la violence et de l'abus d'alcool.

Un second *patron* se dessine en cours d'analyse de la perception des femmes face aux facteurs sociaux de leur communauté. Ces femmes partagent l'idée qu'il existe divers facteurs sociaux qui freinent leur participation. Par exemple, la crainte d'être

victime de commérage semble être une réalité pour l'ensemble des participantes. Par ricochet, on comprend que cette crainte peut être traduite comme un frein dans une pleine participation sociale pour ces femmes. Par exemple, Odette et Michelle affirme clairement que :

Odette « Trop parler dans le dos des gens ».

Et Michelle :

Michelle : « Le commérage (gossiping) (compte parmi les plus grands problèmes du village) ».

En discutant des nombreux cas de suicides qui ont su personnellement affecter ces femmes, Kathy évoque un lien entre le commérage et le suicide chez les jeunes femmes de son village :

Kathy : « Un homme aussi, il était dans la Gendarmerie Royale, il avait environ vingt et un ans. Et une femme. Elle était enceinte. Il y en a plusieurs. Il y a du commérage...surtout envers les jeunes femmes... ».

La conceptualisation que ces femmes partagent de devoir vivre une certaine réserve au sein de leurs proches se traduit aussi par le manque de pouvoir d'inciter leurs proches à participer de façon volontaires à différentes activités. On explique, en réponse aux questions : *Quel est le plus grand obstacle à la promotion de la santé dans le village? Qu'est ce qui fait en sorte que c'est plus difficile de changer les habitudes de vie?*

Michelle : « Pas de temps, pas de volontaires, c'est ça le problème. Ils ne veulent pas participer. Ils demandent de recevoir beaucoup d'argent ».

Investigatrice : « Il n'y a seulement que quelques personnes qui participent. S'il y a de l'argent, ils y vont ».

Anne : « Les gens ne pensent qu'à l'argent. S'il n'y a pas d'argent, ils ne veulent pas venir! ».

Il s'avère aussi nécessaire de souligner que les participantes ont su témoigner que les nombreux cas de suicides répertoriés dans leur village respectif s'avèrent être une réalité sociale affectant leur quotidien. Pour ces femmes, un troisième *patron* indique que les cas de suicide sont perçus comme étant un lourd problème social, affectant l'ensemble de la communauté. Lorsqu'on leur demande s'il s'agit surtout des hommes ou des femmes du village qui s'enlèvent la vie, on s'empresse de répondre :

Laura : « Les deux. Les deux ».

Claire : « Il y a eu plusieurs cas de suicides ici. Depuis 1989, le plus jeune n'avait qu'onze ans ».

Bref, les participantes évoquent clairement qu'il existe divers problèmes sociaux au sein de leur communauté. Ces facteurs sociaux teintent le quotidien de ces femmes et limitent leur participation sociale. Ce sentiment de limitation est aussi palpable dans l'exploration du facteur suivant, soit le facteur économique.

Les facteurs économiques. Cette section met en lumière les résultats relatifs aux facteurs économiques de la vie de ces femmes. Une attention à cette dimension de leur vie permet une meilleure compréhension de leur pouvoir d'agir.

L'accès aux biens matériels

L'analyse des données présentes dans les verbatim relatifs au facteur économique permet l'identification d'un premier *patron*: ces femmes sont préoccupées par le coût élevé des biens matériels dans leur village. Par exemple, on entend :

Laura : « Et on doit se procurer nos propres choses. C'est TELLEMENT cher d'acheter des choses ici (mettant de l'emphase sur le mot tellement). Quand je vois des choses que j'aime beaucoup, je dois attendre. Et on doit commander en ligne, il faut être patient ».

Dans un même ordre d'idées, on dit :

Kathy : « mais ils (les légumes) coûtent plus cher au magasin ».

Vicky : « Oui, c'est cher mais nous devons tout de même les acheter ».

Aussi, lorsqu'on leur demande quelles sont les plus grandes préoccupations dans leur village, on compte l'argent comme étant un facteur d'inquiétude. D'ailleurs, l'investigatrice demande :

« Si vous deviez nommer les 3 plus grands problèmes dans le village, lesquels seraient-ils? Les plus grandes préoccupations pour vous...pour le village ».

On lui répond entre autres:

Claire : « L'argent, l'alcool ».

D'ailleurs, le prix de l'alcool compte aussi parmi les produits trop coûteux du village. Comme

l'explique Odette :

Odette : « L'alcool...bootlegger une petite bouteille coûte 100\$...c'est très dispendieux ».

Au-delà du coût élevé des produits et des biens, un second *patron* démontre que ces femmes perçoivent un manque de ressources matérielles dans leur environnement qui engendre des répercussions négatives sur leur quotidien. Ces extraits de verbatims appuient cette affirmation :

Anne : « C'est le plus grand problème; la plupart du temps, ils n'ont pas le matériel dont on a besoin à la Coop pour faire la couture qu'on aime faire ».

Dans un même ordre d'idées, ces femmes abordent de façon récurrente et unanime l'idée qu'elles souhaiteraient qu'il existe un restaurant dans leur village. Le fait qu'il n'existe pas de restaurant accessible est perçu comme un grand manque pour ces femmes. Par exemple, comme l'explique Michelle :

Michelle : « Parfois on devient fatiguées de cuisiner. On a besoin d'un restaurant pour y aller de temps en temps ».

Le manque de disponibilité de fruits et de légumes est aussi nommé comme une lacune à laquelle elles doivent faire face:

Anne : « Ça serait mieux d'avoir plus de choses santé comme des légumes ou plus de fruits par ici ».

On évoque aussi le manque de logements ainsi qu'un besoin pour diverses infrastructures. Par exemple, Laura explique qu'il n'y a pas de gym au village, par faute de logis :

Laura : « il l'a été mais le comité de jeunesse (youthcommittee) n'avait pas de place où se rencontrer alors ils ont tout rangé, ils n'avaient pas d'autre endroit où aller alors ils ont rangé les choses. Lorsqu'ils auront une salle pour le comité de jeunesse, ils pourront arranger le gym. Ils n'ont simplement pas de gym ».

En somme, le manque de ressources matérielles engendre ainsi un certain frein dans le quotidien de ces femmes. Par manque de ressources, elles sont limitées dans leurs activités quotidiennes, telle la couture et toute la créativité associée fortement brimée. Ces femmes évoquent toutefois des solutions pour pallier aux divers manques de ressources. De ce fait, il est possible de tisser un second thème à la dimension économique de la vie de ces femmes :

Solutions quotidiennes aux manques de ressources matérielles

Ce manque de ressources semble d'autant plus pousser ces femmes vers une valeur culturelle qui leur est chère; soit celle du partage et de l'entraide. Ainsi, le fait de partager ses biens avec les membres de la communauté qui en ont besoin est un principe de vie que partagent ces femmes. Il s'avère donc juste de compter, comme

premier *patron*, celui du partage de ressources matérielles comme étant une valeur culturelle importante pour ces femmes. Ainsi, cet extrait de verbatim appuie cette pensée :

Odette : « Il y a une femme qui avait plusieurs enfants et qui avait besoin d'aide. La radio a demandé qu'on lui donne de la nourriture. La communauté lui a donné de la nourriture ».

Kathy : « Personne ne sera laissé à avoir faim ».

Cette idée de partager la nourriture est aussi exprimée dans les propos suivants :

Kathy : « mais ils (les légumes) coûtent plus cher au magasin ».

Odette : « Oui, c'est cher mais nous devons tout de même les acheter ».

Laura : « il y a des gens qui partagent...le partage de nourriture ».

Anne : « Les gens se rassemblent et invitent les autres...pour manger du caribou. C'est délicieux. La meilleure viande ».

De ces mêmes mots, il s'avère possible de tirer un second *patron*, soit celui d'avoir recours à la nourriture traditionnelle inuite afin de pallier au panier d'épicerie trop coûteux ou au manque de choix d'aliments sains en magasin. Odette offre d'ailleurs cette solution à Anne en lui disant simplement et calmement :

Anne : « Ça serait mieux d'avoir plus de choses santé comme des légumes ou plus de fruits par ici ».

Odette : « il y a aussi la nourriture inuite ».

En somme, les résultats en lien avec la dimension économique de ces femmes dévoilent un manque flagrant de ressources matérielles dans leur quotidien qui limite le pouvoir et le potentiel d'émancipation. Toutefois, ces femmes apprennent à composer avec cette réalité en ayant recours à des valeurs culturelles qui leur sont chères et à valoriser la collectivité et les valeurs humaines d'entraide et de partage.

Facteurs politiques. Étroitement lié aux facteurs économiques, il est possible de tisser une dimension politique se rattachant au thème du manque d'accès aux ressources matérielles.

Ces femmes font face à un manque de ressources quotidien

Les femmes partagent l'idée récurrente qu'il existe un manque d'action ou de mobilisation politique pour permettre du changement et corriger ce manque de ressources. Cette notion tisse un premier patron; soit celui d'un certain découragement de la part des femmes face au manque d'action concrète de la part des autorités vers une amélioration de la situation de privation à diverses ressources que celles-ci déplorent. Par exemple, il est possible de cerner un certain découragement dans la voix de Kathy alors qu'elle explique :

Kathy « Ils disent beaucoup qu'ils vont faire des changements mais on ne voit rien arriver. Comme, par exemple, ils ont dit qu'on aurait un restaurant mais il n'y a rien qui s'en vient bientôt...ou une maison ».

Dans un même ordre d'idée, alors qu'elles expliquent le fléau des nombreux cas de suicide, Odette déplore qu'il n'existe pas de lieux de ressources pour venir en aide à cette situation :

Odette : « C'est terrible (les nombreux cas de suicide dans le village), on devrait ouvrir quelque chose (pour venir en aide à cette situation) ».

On évoque aussi le manque d'écoute et le manque d'action gouvernementale alors que Michelledit :

Michelle : « Oui...Je dis qu'on n'en construira pas ici (de restaurant) parce qu'on en a besoin ».

Ce sentiment de subir un manque d'écoute des autorités est récurrent dans les propos de ces femmes. Il est d'ailleurs possible de compter comme *second patron* cette idée de trop souvent ne pas être écoutée par les autorités. C'est avec un timbre de frustration que Claire explique la situation de sa grand-mère qui demeure dans la même maison que sa fille et qui risque d'être évacuée de son logis par faute de manque de logements. Elle dit :

Claire : « Elles ne veulent pas monter et descendre et monter les escaliers...c'est pour ça qu'elles ont déménagé. Et elles n'ont pas à payer ce même montant pour une maison mais certaines personnes leur font des difficultés, ils s'en fou, ils veulent les jeter à la porte...ils ont commencé à jeter des gens à la porte...c'est un grave problème».

Ce manque d'écoute est aussi évoqué lorsque l'on discute du système de soin et, plus particulièrement, des infirmières du village Claire et Michelle expliquent :

Claire : « Oui. La santé est plus importante mais elles (les infirmières) ne semblent pas vouloir écouter ce que les aînés ont à dire. Et les jeunes, ils ont besoin d'aide mais elles ne viennent pas tout de suite, des trucs comme ça».
Michelle : « Elles (les infirmières) n'aident pas».

Claire : « Elles (les infirmières) n'aident pas mais elles font semblant de le faire quand il y a des visiteurs ici, elles font semblant de nous montrer du respect et des trucs comme ça. Mais quand ils sont parti (les visiteurs) aucune d'elles...elles arrêtent de dire "as-tu besoin d'aide" et des trucs comme ça. Elles font semblant. C'est ce que je remarque... ».

Qui plus est, ces propos évoquent une perception relationnelle tendue, voir problématique, entre les femmes de la communauté et le personnel infirmier. En somme, ces femmes évoquent un manque d'écoute et d'action de la part des autorités, engendrant nécessairement un frein dans leur quotidien. Ces résultats issus d'une facette de la dimension politique de la vie de ces femmes conduisent à s'intéresser à l'aspect

plus pragmatique de leur façon de vivre, soit aux résultats qui décrivent leur environnement, leur mode de vie et les valeurs culturelles qui les entourent.

L'environnement, le mode de vie et les valeurs culturelles. Le mode de vie des femmes interrogées se caractérise entre autres par les activités culturelles ou traditionnelles auxquelles elles adhèrent. En cours d'entretien, les participantes ont su mettre en contexte leurs activités quotidiennes. Elles ont aussi exprimé leurs intérêts culturels ainsi que leurs points de repères personnels. Il est pertinent de noter que la dimension de l'environnement s'embranché à celle du mode de vie et des valeurs culturelles.

La perception des femmes face aux pratiques culturelles et traditionnelles

L'analyse dévoile comme premier *patron* celui d'un sentiment unanime de fierté à l'égard de l'adoption d'un mode de vie qui puisse englober des pratiques culturelles. Cette réalité est d'abord tangible lorsqu'elles expliquent que leur mode de vie est axé sur des activités qui s'apprêtent à l'extérieur. Ces femmes apprécient les activités de plein air, malgré les temps froids. Ces extraits appuient cet ordre d'idée :

Michelle et Odette : « Oui! Oui...certainement! (mise en contexte: les femmes aussi participent à la chasse et à la pêche) ».

On entend un certain sentiment de fierté alors que Michelle s'exclame :

Michelle : « Certainement! Cela fait partie de notre culture inuite.(mise en contexte: de participer à la chasse malgré le temps très froid) ...On y passe la nuit, On dort dans des tentes...cela fait partie de notre culture ».

Dans un autre ordre d'idée, on évoque de manière récurrente l'importance de la nourriture traditionnelle dans le quotidien de ces femmes. Les femmes font fièrement l'éloge de la nourriture traditionnelle inuite et l'associe à un mode de vie sain. Comme l'explique Odette :

Odette : « on peut la manger congelée, crue ou cuite... ».

Anne : « ...C'est délicieux. La meilleure viande (le caribou) ».

Odette et Michelle évoquent aussi qu'elles considèrent que leur langue, l'Inuktitut compte parmi les plus grandes forces de leur village.

Odette : « notre langue, l'Inuktitut! ».

Michelle : « notre culture; l'Inuktitut ».

On dénote comme second *patron* l'idée que l'engagement personnel et collectif à des pratiques traditionnelles inuites s'avère une force. D'ailleurs, on associe de façon récurrente le concept du bien-être et de la santé à un mode de vie teinté par des pratiques d'activités traditionnelles. Concrètement, lorsqu'on les interroge sur ce en quoi elles ont confiance pouvant servir à améliorer la santé, les participantes s'empressent de signaler une panoplie d'activités traditionnelles de choix. On entend entre autres :

Kathy : « Faire un traîneau à chiens ».

Claire : « Oui, plus de camping ».

Michelle : « Elles font des chants de gorge... ».

Anne : « (un cirque) comme de marionnettistes ».

Vicky : « Apprendre au sujet des igloos, comment les construire ».

Dans un même ordre d'idée, alors qu'elles discutent des avantages et des inconvénients de la plateforme Facebook, Kathy signale comme force la possibilité de lire ou d'écrire au sujet des traîneaux à chiens. Ce commentaire laisse comprendre cette même idée d'association de force aux pratiques traditionnelles inuites. Elle dit donc:

Kathy : « Il y a certaines bonnes choses...comme la recherche d'emploi et des gens qui écrivent au sujet des traîneaux à chiens ».

Il s'avère aussi important de noter les propos d'Anne, qui déplorait que les jeunes de la communauté ne s'approprient pas davantage à des pratiques culturelles ou traditionnelles inuites. Elle dit, d'un ton nostalgique :

Anne : « Oui, on fait beaucoup de couture. Mais les plus jeunes, ils veulent faire d'autres genres d'activités, comme jouer au hockey ou faire du sport... ».

Ainsi pouvons-nous déduire que pour Anne, pratiquer des sports non-traditionnels, comme le hockey ne renferme pas la même valeur bénéfique que de pratiquer une activité dite traditionnelle, comme la couture. Bref, ces femmes partagent une grande importance aux activités traditionnelles et elles les associent à de saines habitudes de vie.

La perception des femmes face à leur propre mode de vie

Ces femmes partagent un mode de vie axé sur des tâches ménagères établies. Elles sont minoritaires à travailler à l'extérieur de la maison. Comme l'explique Odette, on ne compte que 5 ou 6 femmes dans le village qui ont un job, dont elle-même.

Odette : « On compte peut-être 5 femmes....5 ou 6. Moi, je dois travailler. J'ai beaucoup d'énergie. J'aime me garder occupée ».

Cette idée d'importance de *se garder occupées* est unanime et dresse un premier patronen ce qui a trait à la perception des femmes face à leur propre mode de vie.

Michelle résume d'ailleurs cette conception par ces propos :

Michelle : « (être heureuse c'est...) C'est d'être active ».

Les femmes expriment leur besoin d'effectuer diverses tâches quotidiennes telles la couture, le tricot, la danse, les tâches ménagères et la cuisine et elles déplorent les

actions de ceux qui leur semblent moins actifs et les associent à de mauvaises habitudes de vie :

Anne : « Ils ne font pas d'exercice, ils mangent beaucoup plus, mauvaise santé, ils ne font que rester assis... ».

Cette croyance qu'est celle d'associer un besoin de se maintenir actif au concept du bien-être est évoquée de façon répétée. Par exemple, alors qu'on leur demande l'importance qu'elles accordent à savoir que les membres de leur communauté soit en santé, Odette s'empresse de répondre d'un ton désolé :

Odette : « Il y a plusieurs personnes qui passent tout leur temps devant leur télé ».

Ensuite, on dévoile comme second *patron* la notion que l'entraide s'avère une valeur encrée dans le mode de vie de ces femmes. On évoque par exemple le partage de nourriture de façon récurrente. Ainsi, Michelle explique que :

Michelle : « si son mari décède dans le village, tout le monde le sait et tout le monde ira l'aider, lui donnera de la nourriture ».

On entend aussi Odette expliquer :

Odette : « Il y a une femme qui avait plusieurs enfants et qui avait besoin d'aide. La radio a demandé qu'on lui donne de la nourriture. La communauté lui a donné de la nourriture ».

Parallèlement, cette notion de partage et d'entraide se traduit aussi par les propos touchant l'**environnement** quotidien des femmes. Ainsi on remarque que les lieux de rassemblements dans leur village ont su dominer le discours des femmes quant aux endroits les plus inspirants à de saines habitudes de vie. Ces lieux comme le gymnase, l'école ou l'aréna furent évoqués de façon récurrente. De plus, lorsque l'on analyse les propos liés au facteur de l'environnement de ces femmes, il s'avère important de

souligner que le discours des femmes pointe vers un manque de ressources et de lieux dans la communauté. Ainsi, l'idée récurrente qu'il existe un manque de ressources environnementales pour améliorer la qualité de vie de la communauté se classe en troisième *patron*. Ces témoignages en révèlent ainsi :

Laura : « il l'a été mais le comité de jeunesse (youth committee) n'avait pas de place où se rencontrer alors ils ont tout rangé, ils n'avaient pas d'autre endroit où aller alors ils ont rangé les choses. Lorsqu'ils auront une salle pour le comité de jeunesse, ils pourront arranger le gym. Ils n'ont simplement pas de gym ».

Puis :

Laura : « L'équipement n'est pas utilisé. Il est dans l'aréna. À cause du comité de jeunesse, ils utilisent l'édifice. Les adolescents vont se tenir là. Ils n'ont pas encore un autre endroit. Ils cherchent un autre endroit, lorsqu'ils auront trouvé un endroit nous pourrons utiliser l'équipement ».

Kathy: « Ils dissent beaucoup qu'ils vont faire des changements mais on ne voit rien arriver. Comme, par exemple, ils ont dit qu'on aurait un restaurant mais il n'y a rien qui s'en vient bientôt...ou une maison ».

Anne : « (nous avons besoin de.) Avoir un restaurant, un centre d'achat! ».

Michelle : « Parfois on devient fatiguées de cuisiner. On a besoin d'un restaurant pour y aller de temps en temps ».

En somme, les verbatims dévoilent que ces femmes perçoivent d'une part leur propre mode de vie comme étant restreint ou limité par un manque de ressources environnementales flagrant. On souligne aussi l'importance qu'elles accordent à vivre une vie active et à participer à l'entraide et au soutien communautaire.

Les facteurs technologiques.

Le pouvoir d'accès aux technologies des communications des femmes inuites

On compte la plateforme web Facebook comme faisant partie intégrante de l'environnement technologique quotidien de ces femmes. Comme l'explique Claire :

Claire « On est toujours sur Facebook, j'ai un compte Facebook».

Toutefois, leurs visions quant à l'utilité de Facebook furent mitigées. Comme le témoigne Claire et Michelle :

Claire : « beaucoup de commérage (sur Facebook) ».

Et dans le même ordre idée :

Michelle: « Facebook, c'est surtout mauvais ».

Toutefois, on entend Kathy dire :

Kathy : « Il y a certaines bonnes choses...comme de la recherche d'emploi et des gens qui écrivent au sujet des traîneaux de chiens (sur Facebook) ».

Puis

Claire : « Les nouvelles voyagent vite sur Facebook. Avant même de savoir que quelqu'un est mort, c'est déjà sur Facebook. Les nouvelles voyagent vite... ».

De ces propos découle un premier *patron*; celui que peu importe l'information que l'on y partage, Facebook s'avère une plateforme d'échange très accessible et fortement utilisée par ces femmes. On révèle aussi que la radio communautaire s'avère également un outil de divulgation d'information important au sein de la communauté. Comme l'explique Odette :

Odette : « Il y a une femme qui avait plusieurs enfants et qui avait besoin d'aide. La radio a demandé qu'on lui donne de la nourriture. La communauté lui a donné de la nourriture ».

Dans un même ordre d'idées, Vicky affirme :

« On peut demander de l'aide sur Facebook... ».

En somme, on comprend donc qu'il existe un réseau de soutien communautaire accessible via les technologies des communications. De ce fait, il est possible de noter

comme second *patron*, une récurrence dans l'importance qu'accordent ces femmes à l'entraide communautaire. Cette culture de soutien et d'entraide communautaire compte d'ailleurs aussi parmi les patterns émergents de la dimension du mode de vie des femmes.

Les facteurs éducatifs. Au fil des entretiens, les femmes ont partagé de l'information en lien avec l'éducation et le savoir en matière de saines habitudes de vie. L'exploration des thèmes et des *patrons* issus de cette dimension de la vie des femmes inuites s'avère particulièrement nécessaire à la compréhension de leur pouvoir d'agir sur les pratiques de promotion de saines habitudes de vie.

L'accès à l'éducation en matière de saines habitudes de vie

Une récurrence s'avère notable dans les propos des femmes interrogées pointant vers un manque flagrant de ressources pédagogiques. Le besoin d'introduire des initiatives d'amélioration de programmes de santé et d'accès à l'éducation se manifeste clairement. Ainsi, il s'avère possible de discerner comme premier *patron* celui d'une perception qu'il existe une lacune pour l'accès à l'éducation. Par exemple, Anne explique d'un timbre désolé:

Anne : « Le collège gratuit, nous avons besoin de plus de collèges gratuits; un endroit où nous n'avons pas à prendre l'avion pour nous rendre. J'ai été à Ungava et il y a une fille qui m'a battu parce qu'elle était jalouse. J'ai donc dû quitter l'école. À UngavaBay, il y a une école avec des résidences mais c'est interdit d'y amener ses enfants. Alors j'aurais besoin de me trouver un endroit pour vivre et de payer un logement. Ça serait plus facile de pouvoir rester ici».

Ces propos, teintés de réalités sociales et géographiques, résument bien le besoin criant de ressources pédagogiques pour ces femmes. Dans un même ordre d'idées, en réponse

à la question *Qu'auriez-vous besoin en terme d'éducation ou d'outils ou autres choses pour vous aider à promouvoir la santé?* Michelle s'empresse de répondre :

Michelle : « Un collègue pour la santé ».

D'autres parts, alors qu'elles discutent des initiatives de promotions de la santé dans leur village, elles expliquent qu'un groupe pour la promotion de saines habitudes de vie avait été mis en place par l'ancien maire de la communauté. Cependant, on comprend que cette initiative s'est éteinte, par faute de disponibilité de l'organisateur. On explique :

Claire : « L'année dernière, nous nous sommes rencontré pour la première fois, peut-être une fois, pour parler de notre corps et de la santé. Nous avons parlé de notre santé ».

Michelle : « Il a fait de la cuisine santé ».

Investigatrice : « C'est très semblable à ce que nous essayons de faire. Nous avons tenté de lui téléphoner ...serez-vous en contact avec lui? ».

Claire : « Il est trop occupé...il voyage beaucoup de ces temps-ci ».

Cette perception qu'il existe une lacune pour l'accès à l'éducation est aussi exprimée par Laura alors que celle-ci mentionne sa perception face au manque d'enseignement offert par le personnel infirmier de son village. D'un ton accusateur, elle dit :

Laura : « Oui! Parce que maintenant, les gens deviennent diabétique ici. C'est parce qu'ils mangent beaucoup de malbouffe ou de la nourriture qui n'est pas bonne pour la santé. Et les infirmières ne nous expliquent pas comment manger et tout ça ».

Des mêmes extraits de verbatims cités pour appuyer l'idée qu'il existe un manque de ressources pédagogiques, il est possible de tirer un second *patron*, soit celui d'un désir d'apprendre. En effet, on comprend qu'Anne est navrée d'avoir dû quitter le collège et qu'elle s'engagerait plus facilement dans des études si celle-ci lui étaient géographiquement accessibles. On comprend aussi que ces femmes se sont rencontrés et

ont voulu participer à l'atelier proposé par l'ancien maire, du fait qu'elles s'y soient présentées, il s'avère possible de déduire que ce désir d'apprendre était au rendez-vous. Toujours avec l'optique d'appuyer l'idée que partage ces femmes de vouloir apprendre, il s'avère pertinent de citer ces quelques mots que répond Odette alors qu'on lui demande « *Pouvez-vous me dire s'il existe des gens ou des services qui vous motivent à adopter de saines habitudes de vie?* » :

Odette : « moi-même et Claire et Michelle espérons le faire (se motiver) entre nous ».

Bien que très brève, cette intervention d'Odette exprime un espoir de participation et va jusqu'à expliquer le motif derrière sa collaboration au programme en saines habitudes de vie mis en place par Dr Lapierre et son équipe et valoriser l'aspect d'entraide entre pairs valorisé par le projet. En somme, on comprend que bien qu'elles aspirent à apprendre et à s'impliquer en matière de promotion de la santé, ces femmes sont freinées par un manque de ressources.

Le savoir personnel en matière de pratiques probantes se rattachant aux saines habitudes de vie

Les connaissances des femmes en matière de pratiques probantes se rattachant aux saines habitudes de vie se dégagent de certains extraits. Il est possible de cerner un premier et seul patron, soit celui de savoir reconnaître l'importance d'une saine alimentation et de l'exercice physique comme étant des éléments centraux à la promotion de saines habitudes de vie. Par exemple, lorsqu'on leur demande *quel est le plus grand défi pour vous de promouvoir de saines habitudes de vie à vos enfants?* Anne s'empresse de répondre :

Anne : « De les convaincre de manger des aliments sains, de faire plus d'activités, et de se coucher tôt ».

Pour appuyer ce même pattern, alors qu'on leur demande ce qu'elles considèrent comme étant les principales causes du diabète et de l'obésité dans leur communauté? On entend :

Michelle : « Ils ne font pas d'exercice, ils mangent beaucoup plus, mauvaise santé, ils ne font que rester assis... Je ne sais pas ».

Odette « oui...(une vie plus sédentaire) ».

Claire : « L'ordinateur, la télé, la cuisine facile, la malbouffe, les boissons gazeuses »

Michelle : « Beaucoup de boissons gazeuses ».

Et d'un ton navré, Vicky dit :

Vicky « il y a plusieurs personnes qui passent tout leur temps devant leur télé ».

Dans un même ordre d'idée, l'importance d'une saine alimentation et de l'exercice physique comme étant des éléments centraux à la promotion de saines habitudes de vie est encore évoquée alors qu'on parle d'hypertension et d'obésité :

Laura : « même à 14 ans (certains gens souffrent d'hypertension et d'obésité). La malbouffe, l'ordinateur, pas d'activité ».

En somme, ainsi pouvons-nous comprendre que ces femmes partagent une certaine soif d'apprendre. On dénote aussi qu'elles détiennent du moins une base de connaissances fondamentales à la promotion de la santé; elles sont d'avis qu'une alimentation saine et de l'activité physique contribue à promouvoir la santé. Cette notion de la santé, telle que perçue par ces femmes à travers le temps, est explorée dans la section suivante.

L'ethnohistoire. Le regard que ces femmes posent sur l'état de santé des membres de leur communauté à travers le temps (passé, présent, futur) révèle une facette de leur propre expérience au sein de leur communauté. Cette expérience se traduit par

un même état d'âme qu'elles partagent à l'idée de l'état de santé des gens qu'elles côtoient.

Comparaison d'hier à aujourd'hui de l'état de santé des membres de la communauté

Les femmes évoquent un certain sentiment de désolation et d'inquiétude face à l'état de santé actuel des membres de la communauté, en comparaison avec celui d'autrefois. Ce sentiment de désolation et d'inquiétude pour la santé actuelle d'autrui compte comme premier *patron* en lien avec cette thématique. Comme l'explique Anne, d'un ton navré :

Anne « Aujourd'hui c'est pas facile pour les jeunes femmes qui sont enceintes et qui boivent de l'alcool. Maintenant. Ce n'était pas comme ça avant. Les enfants de notre génération, elles boivent de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes, c'est pas bien. C'est très dangereux ».

Dans un même état d'esprit, Anne constate d'un ton désolé les nombreux cas de suicide de son village. Elle évoque sans plus d'explications que depuis 1989, un passé qui lui est encore relativement récent, les cas de suicide demeurent nombreux. Elle dit, d'un ton désolé :

Anne: « Il y a eu plusieurs cas de suicides ici. Depuis 1989, le plus jeune n'avait qu'onze ans ».

Cette même intonation est exprimée alors qu'on leur demande la question suivante : « *au fil du temps, est ce que la santé globale du village a changé...* » Odette répond :

Odette : « il y a plusieurs personnes qui passent tout leur temps devant leur télé ».

Anne : « Même les petits enfants jouent sur leur Ipad, comme à 2 ans ».

On entend aussi Odette dire :

Odette : « le cholestérol, le haut cholestérol, le cholestérol (il y a maintenant beaucoup de cas de haut cholestérol) ».

Dans un même ordre d'idée, Laura explique :

Laura : « Oui! Parce que maintenant, les gens deviennent diabétique ici. C'est parce qu'ils mangent beaucoup de malbouffe ou de la nourriture qui n'est pas bonne pour la santé. Et les infirmières ne nous expliquent pas comment manger et tout ça ».

En réponse à ce discours, l'investigatrice cherche à clarifier les propos; elle demande :

« Donc ce n'était pas une préoccupation avant mais c'est le cas aujourd'hui, c'est plus important...est ce qu'il y a beaucoup de diabétiques? » Vicky, Laura et Kathy s'empresent alors d'acquiescer:

Vicky : « umm humm ».

Laura et Kathy « oui ».

L'importance accordée à vivre une vie en santé est notée comme étant une valeur importante pour ces femmes. Elles accordent unanimement une grande importance à la santé et confirment qu'il s'agit de quelque chose qui a toujours occupé une grande importance dans leur vie. Cette affirmation peut compter comme second *patron*. Lorsqu'on leur demande *« À quel point est-il important pour vous d'être en santé aujourd'hui? Est-ce quelque chose qui est plus important qu'avant ou est-ce que c'est quelque chose qui a toujours eu une grande importance? »* Elles sont toutes d'accord à répondre:

« Toujours ».

La vision future de l'état de santé de la communauté est aussi brièvement évoquée. Il s'avère possible de tirer un thème et un pattern issu des pensées évoquées par les femmes portant sur le futur de la santé des membres de leur communauté.

Vision future de l'état de santé des membres de la communauté

Les femmes partagent des craintes face à l'état de santé futur des membres de leur communauté. Bien que brièvement discuté, l'unanimité de leur propos en cette matière pousse à tisser un *patron*; soit celui que ces femmes partagent des inquiétudes envers les membres de leur communauté. On leur demande si elles éprouvent des craintes par rapport au futur des enfants, des jeunes? Et on répond à cette question :

Claire : « Certainement! »

Odette :« Oui ».

Anne : « Ils prennent de la drogue et de l'alcool. Si une femme enceinte prend de la drogue et de l'alcool... ».

Vicky :« Un peu inquiète ».

Laura :« Inquiète pour le future...on ne sait pas ce qui s'en vient dans le future...on doit simplement espérer, être heureuses... ».

En somme, les résultats qui ont su émerger de la dimension du facteur de l'ethnohistoire indique un sentiment de désolation et d'inquiétude face à la santé actuelle des membres de leur communauté. D'autre part, le sentiment d'importance accordé à l'adoption de saines habitudes émerge comme étant un sentiment partagé par ces femme à travers le temps. Les résultats de la dimension de l'ethnohistoire concluent la présentation des résultats relatifs à la structure sociale de ces femmes. La section suivante s'attarde aux résultats en lien avec la dimension du concept de la santé pour ces femmes.

Le concept de la santé

Cette section traite les résultats relatifs à la perception de ces femmes face au concept de la santé. Leurs propos dévoilent d'abord que pour elles, la santé se caractérise comme étant un concept global, rattaché à des notions étroitement liées à leur mode de vie. On évoque, de façon générale, un lien pragmatique entre les habitudes de

vie quotidiennes et le concept de la santé. On rattache unanimement le concept de la santé à une façon d'être, une manière de vivre plutôt qu'à un continuum de santé-maladie. De cette conception, il s'avère possible de discerner un premier thème :

La santé comme étant un concept global

Il est possible de tirer, comme premier *patron* en lien avec cette thématique, l'idée que ces femmes partagent des croyances reliées à la santé qu'elles manifestent dans l'adoption de saines habitudes de vie quotidiennes de base.

Par exemple, lorsqu'on leur demande : « *Nous aimerions savoir ce que cela signifie pour vous d'être en santé.* » On répond, entres autres :

Odette : « De bien manger ».

Michelle : « Bien faire de l'exercice ».

Vicky : « Bien manger! ».

Vicky : « Et ummm...Propre, l'hygiène».

Ces femmes conceptualisent aussi la santé par une critique de ce qui peut engendrer des répercussions négatives à la vie quotidienne (telle la drogue, l'alcool, la boisson gazeuse, le manque d'activités physique et l'absence de participation à des activités dites traditionnelles). En ce sens, ces femmes démontrent une grande préoccupation de l'état de santé des membres de leur famille et de leur communauté. Ainsi, il est possible de cerner, de façon récurrente à travers certains extraits des verbatims, l'idée que ces femmes perçoivent la santé comme étant un concept qui peut chavirer selon ses habitudes de vie. On entend, par exemple :

Michelle : « Ils ne font pas d'exercice, ils mangent beaucoup plus, mauvaise santé, ils ne font que rester assis... Je ne sais pas ».

Anne :« Ils prennent de la drogue et de l'alcool. Si une femme enceinte prend de la drogue et de l'alcool... ».

Investigatrice :« Oui. Le syndrome d'alcool fœtal... ».

Ainsi, pour ces femmes, la santé se rapporte en partie à des concepts de base de la vie quotidienne, se caractérisant par une bonne alimentation, une vie active et une hygiène corporelle adéquate. Pour ces femmes, être en santé se rattache à faire des activités qui sont forcément liées à la promotion de la santé. D'autre part, il existe aussi chez ces femmes une dimension plus holistique du concept de la santé, ne se limitant pas à la santé du corps. On évoque certaines facettes de la santé mentale. Cette évocation porte à l'identification d'un second *patron*; soit celui d'associer la santé à un état d'âme. Pour ces femmes, être en santé se caractérise par le fait d'être heureuse. Par exemple, toujours en réponse à la question de ce que cela signifie d'être en bonne santé, on répond :

Michelle : « Être heureuse, pas stressées! ».

Odette : « De la nourriture saine. Et de l'exercice. Être heureuse. Et aller à la chasse ».

Ce dernier extrait indique également un lien entre le fait de participer aux saines habitudes de vie quotidiennes de base et en être heureuse. Ce parallèle est aussi évoqué alors que Vicky explique :

Vicky : « Lorsque je lave le bébé, elle dit: Je suis heureuse parce que je sens bon! »

On entend aussi Claire dire, en réponse à la question *qu'est-ce que de saines habitudes de vie* :

Claire : « Pour moi, c'est bien d'aller à l'Église et rendre Grâce ».

Ainsi, la santé occupe une dimension psychique, voir même spirituelle pour Claire. Il s'agit d'un état d'être personnel et mental. Le concept de la santé est aussi étroitement lié à l'adoption d'habitudes dites traditionnelles. La participation à diverses activités

dites traditionnelles contribue à ce qu'être en santé représente pour ces femmes. Ainsi, il est possible d'extraire un troisième *patron*; soit celui de percevoir l'intégration d'activités dites traditionnelles à leur mode de vie comme facteur de contribution à une vie en santé. On évoque, entre autres, l'intégration de l'alimentation traditionnelle ou encore l'importance de participer à des activités de plein air, comme le camping, le traîneau à chien, la chasse et la pêche. On dit, par exemple :

Anne : « Humm...manger de la nourriture inuite c'est santé, pour nous les Inuits... »

Appuyant toujours cette idée, on dit aussi, en réponse à la question *qu'est ce que de saines habitudes de vie?*:

Michelle : « C'est d'être active ».

Odette : « Oui, faire des activités avec les enfants, à l'extérieur ».

Claire : « Aller à la chasse, à la pêche... ».

En somme, pour ces femmes, la santé est un concept qui s'incarne au quotidien, dans la possibilité d'exercer des habitudes de vie qu'elles considèrent en lien avec une vie saine. On y compte une dimension liée à des pratiques probantes liées à la promotion de la santé, une dimension mentale ainsi qu'une dimension culturelle.

Le système de soin

Les propos des femmes au sujet de leur système de soins pointent vers un système alimenté par différentes influences. Cette section vise à présenter les résultats relatifs à la perception de ces femmes face au système de soin.

Vision mitigée de la compétence du système de soin professionnel

Une division fut notée entre les propos des femmes interviewées face à leur perception du personnel infirmier dans leur village respectif. Il s'agit de la seule dichotomie notée

entre les propos des groupes de femmes à l'étude. Néanmoins, il est possible de cibler un premier *patron*, soit celui d'une méfiance et d'une appréhension à l'égard la compétence du personnel infirmier. Par exemple, on entend des propos exprimant un certain manque de confiance envers le personnel infirmier. On dit:

Claire :« Oui. La santé est plus importante mais elles, les infirmières, ne semblent pas vouloir écouter ce que les aînés ont à dire. Et les jeunes, ils ont besoin d'aide mais elles (les infirmières) ne viennent pas tout de suite, des trucs comme ça».

Michelle :« Elles (les infirmières) n'aident pas ».

Claire :« Elles n'aident pas mais elles font semblant de le faire quand il y a des visiteurs ici, elles font semblant de nous montrer du respect et des trucs comme ça. Mais quand ils sont parti (les visiteurs) aucune d'elles...elles arrêtent de dire "as-tu besoin d'aide" et des trucs comme ça. Elles font semblant. C'est ce que je remarque... ».

Dans un même ordre d'idée, en réponse à la question *y-a-il autre chose, d'autres problèmes, les plus grands problèmes?* On entend :

Claire :« Nos infirmières ».

Investigatrice : « Les infirmières? »

Laura :« Oui, elles ne respectent pas les aînés lorsqu'ils doivent aller dans le Sud. Quand ils doivent avoir une opération, ils doivent attendre très longtemps».

Vicky : « Mon mari est supposé prendre des médicaments...mais elles n'ont pas changé ses médicaments tout de suite et maintenant il souffre...et on doit se battre pour qu'on lui donne (ses médicaments). Le médecin dit on va vous donner ceci et cela mais on doit se battre tout le temps pour qu'il les reçoive».

Toutefois, bien que présente et récurrente, la conception que les infirmières ne représentent pas une facette aidante dans leur système de soin n'est pas unanime. Cette notion s'inscrit dans le second pattern qui a su surgir de l'analyse des propos de ces femmes. Ce second *patron* dévoile que ces femmes considèrent que certains professionnels de la santé exercent une influence positive dans leur système de soin. Par

exemple, allant à contre sens de ces sentiments de manque de confiance et de problématique évoqués à l'égard du personnel infirmier, en réponse à la question vers *qui iriez-vous si vous aviez un problème, un tracas?* On s'empresse de répondre :

Odette : « Infirmière! Travailleur social! ».

Michelle : « Je peux directement aller voir l'infirmière ou un travailleur social ».

Vicky : « Ou aux travailleurs sociaux ».

On évoque aussi brièvement le rôle des *Wellness workers* comme étant positif dans la promotion de saines habitudes de vie. Ces personnes sont issues de la communauté.

Michelle : « Oui! "Wellness worker" (travailleur du bien-être) ce groupe fait du bon travail, même après l'école ».

Odette : « Même de l'enseignement après l'école ».

Dans un même ordre d'idées, on évoque l'utilité et le recours aux services professionnels tels l'hôpital ou la clinique de dépistages de différents tests. Ces femmes expliquent qu'elles y ont recours. Cependant, elle souligne qu'il est plus rare pour les hommes que pour les femmes d'avoir recours à de pareils services. Néanmoins, ces services font partie du système de soin de ces femmes. On dit :

Anne : « pas tous...certains hommes...les femmes se rendent généralement à l'hôpital lorsqu'elles sont malades...mais les hommes, ils n'y vont même pas ».

On entend aussi :

Claire : « (c'est bien de faire des examens médicaux au village) pour les femmes...les hommes n'y vont pas (rires) ».

Une deuxième thématique ressort de l'analyse des propos des femmes en matière de leur système de soin :

Ressources communautaires du système de soins

Pour ces femmes, le système de soins ne se limite pas à une dimension dite professionnelle. Elles évoquent le support de différents membres de la communauté comme étant une ressource valable à leur système de soin. Cette notion récurrente de support et d'entraide au sein de la communauté fait partie intégrante du mode de vie de ces femmes et se traduit aussi comme une ressource indéniable et positive de leur système de soin. Ainsi, il s'avère possible de cibler, comme premier *patron*, l'idée que le soutien et l'entraide communautaire s'inscrit comme une ressource indubitable du système de soins de ces femmes. On dit, par exemple, en réponse à la question : *Vers qui iriez-vous si vous aviez un problème, un tracas?*

Michelle : « Je vais parler avec une amie avec qui je suis proche ».

Odette : « Moi aussi ».

Laura : « On va voir les aînés. On parle à des gens. Ou à la famille ».

Dans un même sens, elles évoquent, de façon récurrente le soutien, le partage et l'entraide communautaire. Par exemple :

Michelle : « si son mari décède dans le village, tout le monde le sait et tout le monde ira l'aider, lui donnera de la nourriture ».

D'autre part, étroitement lié aux facteurs économiques et politiques de la vie de ces femmes, le manque de ressources humaines et matérielles nécessaires pour que ces femmes puissent se dire satisfaite de leur système de soin se dévoile de façon récurrente dans leur propos. D'ailleurs, en cours d'analyse, certains propos qui furent classés sous la dimension des facteurs économiques (faisant référence à la perception d'un manque de ressources) ont pu également se classer sous la dimension du système de soin. Ce manque de ressources se caractérise comme second *patron* en lien avec cette

thématique. On y compte entre autres, comme exemple flagrant de ce manque de ressources, les propos d'Odette qui dit d'un ton navré, en discutant des nombreux cas de suicides répertoriés dans leur village:

Odette « C'est terrible (les nombreux cas de suicide dans le village), on devrait ouvrir quelque chose (pour venir en aide à cette situation)».

Bref, ces femmes caractérisent leur système de soin par différentes facettes. Elles y comptent d'abord une dimension dite professionnelle, influencée par certains acteurs professionnels de la santé, tels les infirmières, les médecins, les travailleurs sociaux ou les *Wellness workers*, plus proches de la collectivité locale. D'autre part, les propos de ces femmes indiquent que leur système de soins est influencé par d'autres acteurs communautaires comme, par exemple, des amis, des membres de la famille ou des aînés. On note également que ces femmes partagent le sentiment que le manque de ressources auxquelles elles font face engendre un frein dans la santé et le bien-être personnel et communautaire.

En somme, ce chapitre a su étaler les résultats issus des propos des femmes à l'étude à l'égard de dimensions distinctes de leur vécu. Les principaux thèmes qui ont su surgir de l'analyse furent classés en fonction de dimensions jugées pertinentes à la question de recherche, tirées du modèle *Sunrise* de Leininger. Ainsi, il fut possible de documenter, en premier lieu, des résultats en lien avec des facteurs culturels se rattachant à la structure sociale des participantes (la parenté et les facteurs sociaux d'influence, le mode de vie et les valeurs culturelles, les facteurs environnementaux, l'ethnohistoire, les facteurs politiques, les facteurs économiques, les facteurs éducatifs ainsi que les facteurs technologiques). Ensuite, les résultats relatifs à l'expérience de ces

femmes en lien avec le concept de la santé et de leur système de soins furent présentés. On a su y dresser des thématiques en lien avec les éléments récurrents associés à chacune des thématiques qui furent étalées. La description des patterns ayant émergés de l'analyse des propos menés auprès des sept femmes à l'étude permet de mieux saisir la perception de ces femmes face à leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur les pratiques probantes et traditionnelles de promotion de la santé au sein de leur famille et de leur communauté. Le chapitre suivant s'attarde à mettre en lumière cette perception.

Discussion et recommandations

Ce chapitre vise, en premier lieu, à mettre en lumière l'interprétation des principaux résultats de cette étude, en rapport avec les écrits en lien avec les sujets étalés. On y discute les résultats obtenus en lien avec les thèmes ainsi que les *patrons* attitrés aux dimensions explorées; soit aux facteurs liés à la structure sociale et aux facteurs culturels d'influence, tel qu'étalé au chapitre précédent (la parenté et les facteurs sociaux, le mode de vie et les valeurs culturelles, l'environnement, les facteurs technologiques, l'ethnohistoire, les facteurs politiques, les facteurs économiques, les facteurs éducatifs), le concept de la santé ainsi que le système de soins. On y dresse aussi un tableau de synthèse des résultats afin de permettre un aperçu rapide et concis des retombées de la recherche. Cette interprétation des résultats vise à mettre en perspective l'essence même de cette recherche, c'est-à-dire l'exploration de la perception de femmes inuites, vivant en région éloignée, au Nunavik, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur les pratiques probantes et traditionnelles de promotion de la santé au sein de leur famille et de leur communauté. En deuxième lieu, ce chapitre aborde une série de recommandations pour les différents domaines de la science infirmière, soulignant les principaux éléments à observer en recherche, dans la formation, dans la pratique ainsi qu'au niveau de la gestion et de la sphère politique.

Structure sociale et facteurs culturels d'influence

Parenté et facteurs sociaux

Le premier thème : la perception des participantes face au rôle des femmes au sein de leur famille se subdivise en trois éléments récurrents (*patrons*). Le premier

patron cerne la perception que partagent ces femmes face au fait qu'elles sont confrontées à un certain déséquilibre quotidien en matière de partage des tâches ménagères et de l'enseignement des enfants en comparaison aux hommes de leur communauté. Bien qu'elles ne l'évoquent pas de façon tangible, ce déséquilibre au niveau des tâches peut être perçu comme une lourdeur quotidienne, voir même un frein dans l'exercice d'activités personnelles. D'ailleurs, Richmond et al. (2007) suggère, dans un article s'intéressant au soutien social comme facteur contributeur à la santé d'autochtones, que les femmes sont généralement soumises à répondre à plus d'attentes sociales et plus d'obligations familiales que les hommes. Selon l'auteur, cette tendance conduirait les femmes à devoir faire face à de plus nombreux facteurs de stress que les hommes, affectant ainsi leur état de santé global. Ainsi, les femmes auraient tendance à souffrir d'avantage que les hommes mais, ironiquement, elles seraient néanmoins plus aptes que les hommes à promouvoir des changements positifs (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2007). Le second *patron* noté en lien avec la thématique de la perception de ces femmes au sein de leur famille, révèle la perception que partagent ces femmes de vivre un certain manque d'autorité au sein de leurs familles. Le sentiment d'être contrôlées ou de ne pas être écoutées ou même respectées engendre aussi cette possibilité d'être freinées dans une pleine participation personnelle et sociale. Il s'avère important de noter que les efforts de colonisation ont su influencer les rapports entre hommes et femmes autochtones en survalorisant le domaine public masculin. Ces bouleversements dans la structure sociale ont entraînés plusieurs conséquences dont la transformation de la nature, des lieux et des modes de transmission des savoirs

traditionnels par les femmes au sein de la famille et la communauté (Morgan, 2008). Le troisième *patron* pointe vers la conception que les femmes inuites ont d'être souvent subordonnées, voir même soumises à leur époux. Ces trois *patterns* dévoilent ainsi une perception quelque peu pessimiste du rôle de la femme inuite au sein de sa famille. Bien qu'elles occupent une place centrale dans leur noyau familial (Halseth, 2013), elles ne considèrent pas jouir de prérogatives au niveau de l'autorité. Comme l'explique Mancini Billson et Mancini (2007) dans leur ouvrage qui examine les bouleversements engendrés par la colonisation de femmes inuites du Nunavut depuis le dernier siècle, les changements sociaux entraînés par les efforts de colonisation et d'imposition de valeurs patriarcales du gouvernement canadien ont semé la confusion par rapport au rôle que se doivent d'occuper les hommes et les femmes inuits sur la sphère sociale, familiale et politique. Selon les deux auteurs, cette confusion alimente les obstacles immenses auxquels les inuits font face. L'imposition d'une fausse inégalité des genres, où l'homme est perçu comme étant supérieur à la femme ne fait que réprimer les femmes d'une pleine participation sociale (Mancini Billson & Mancini, 2007). Ainsi est-il possible d'interpréter que ces femmes considèrent qu'il existe un frein dans leur pouvoir d'agir familial. Cette perception se doit d'être considérée dans les efforts d'implications de ces femmes dans la promotion de la santé au sein de leur famille. Des efforts visant à promouvoir l'autonomie, le respect et le sentiment de pouvoir d'agir au sein de leur famille seraient nécessaires comme préambule aux efforts d'implication de ces femmes dans la promotion de la santé. D'ailleurs, dans le cadre d'un rapport récent du Centre de

collaboration national de la santé autochtone, on a fait état du besoin criant de mettre au point des initiatives visant à améliorer les dynamiques familiales inuites (Halseth, 2013). Une deuxième facette de la dimension de la parenté et des facteurs sociaux de la vie de ces femmes fut ciblée en cours d'analyse. La thématique de la perception des participantes face au rôle de la femme inuite au sein de sa communauté a su révéler trois *patterns* significatifs. On note d'abord que ces femmes accordent une grande importance aux valeurs d'entraide et de soutien communautaire. Pour ces femmes, ces valeurs sont étalées comme étant une force, voir même une sorte de pouvoir de la communauté. L'entraide communautaire évoque un sentiment d'appartenance. D'ailleurs, le support social est perçu comme étant un facteur positif déterminant dans la qualité de vie de femmes autochtones (Richmond et Ross, 2008). Ainsi, il s'avère juste d'insinuer que le fait de soutenir les membres de sa communauté, possiblement par une participation active dans des activités de la promotion de saines habitudes de vie, aurait un effet bénéfique et valorisant pour ces femmes. L'analyse des résultats a aussi fait transparaître les liens communautaires serrés de ces femmes avec les membres de leur communauté et de leur famille. Cette perspective, en lien avec le concept de soutien et d'entraide communautaire est aussi perçue comme une force pour ces femmes. Ces femmes ont aussi su évoquer, de façon récurrente, le partage de nourriture comme étant une valeur communautaire fort importante pour elles. Cette valeur serait donc à conserver et à promouvoir dans le développement de stratégies gagnantes de promotion de saines habitudes de vie. Toutefois, dans le cadre d'une étude qualitative communautaire ayant eu lieu à Igloolik, au Nunavut, visant à identifier les facteurs en cause de l'insécurité

alimentaire chez les femmes inuites, il ressort que le partage de nourriture est une tendance à la baisse. Pour des raisons économiques (tels les coûts associés à la chasse) et le nombre de plus en plus limité de caribou ou d'autres aliments traditionnels, le partage de nourriture se ferait de plus en plus rare (Beaumier&Ford, 2010). Ainsi, au Nunavut, des réalités économiques et environnementales (écologiques) contemporaines seraient en train d'éteindre à petit feu une profonde valeur culturelle inuite. Puisque les femmes ont su souligner l'importance qu'elles accordent au partage de nourriture comme saine habitude de vie, il serait pertinent d'intégrer la mise au point de moyens préventifs pour éviter une pareille baisse au Nunavik et pour promouvoir le partage de nourriture, comme le volet des cuisines collectives du projet global. Il fut noté, comme troisième et dernier thème se rapportant à la dimension de la parenté et des facteurs sociaux de ces femmes, la perception des femmes face aux facteurs sociaux de leur communauté. Les trois *patrons* qui ont su découler de ce thème pointent vers le fait que ces femmes perçoivent faire face à des réalités sociales qui leur engendrent des obstacles quotidiens. D'ailleurs, se penchant sur l'état de santé d'inuits du Nunavut, Lagoise et Nowdlak (2005) ont su noter que 21,2% des femmes inuites de 18 ans et plus au Nunavut rapporte vivre « pas mal de stress quotidien» (traduction libre de l'anglais) en comparaison à 15.6% des hommes. Parallèlement, dans le cadre d'un rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, on souligne le besoin de mettre en lumière et de remédier aux facteurs sociaux (comme par exemples l'insécurité alimentaire, le suicide, les cas d'abus et de problème de dépendance communautaire) qui briment la santé des femmes autochtones (Cameron, 2011).

Les réalités liées à l'abus rampant de drogues et d'alcool, au commérage ainsi qu'aux nombreux cas de suicides furent évoqués comme étant des freins à une pleine participation sociale. Il est étonnant de constater qu'il existe une telle panoplie de problèmes sociaux, compte tenu du fait que ces femmes soulignent qu'il existe un grand support communautaire. Une étude épidémiologique entreprise par Richmond et Ross (2008) s'attarde d'ailleurs à cette question. Les auteurs tirent, parmi leurs résultats, que le support social est interconnecté au sentiment d'appartenance communautaire des individus. Malheureusement, ce sentiment d'appartenance ne serait pas toujours sain sur le plan psychologique et pourrait conduire les individus à adopter des habitudes de vie ou des comportements malsains. Toujours selon les mêmes auteurs, il existerait de fortes pressions sociales à être loyal envers les membres de sa communauté, peu importe les pratiques auxquelles ils se conforment (utilisation de drogue, de cigarettes, de la violence...). Ainsi, afin d'aller à l'encontre des comportements sociaux et d'apporter des changements radicaux à son mode de vie, il serait plus simple pour un individu de se détacher physiquement du contexte social dans lequel il vit. Cette situation est particulièrement complexe dans le cas des Inuits, compte tenu du facteur géographique d'isolement des communautés, particulièrement en été alors les déplacements entre villages sont grandement limités (l'hiver s'avère plus propice aux déplacements par motoneige et entre communautés et vers les cabanes en bord de lacs). Ainsi pouvons-nous croire que cette réalité ajoute un obstacle aux actions que ces femmes pourraient vouloir tenir en matière de promotion de la santé de leur communauté.

Bref, la dimension de la parenté et des facteurs sociaux des femmes dévoilent une série de facteurs susceptibles de freiner une pleine participation de ces femmes en matière de promotion de saines habitudes de vie au sein de leur famille et de leur communauté.

Le facteur économique

Les résultats en lien avec le facteur économique de la vie des participantes dévoilent également certains obstacles liés au pouvoir d'agir de ces femmes. Le thème du manque d'accès aux biens matériels se divise en deux *patrons* interconnectés. Le premier repose sur le fait que ces femmes partagent la perception que les biens matériels leurs sont trop dispendieux et, de ce fait, difficilement accessibles. Appuyant cette affirmation, il s'avère pertinent de noter que 58 % des Inuits vivent sous le seuil de revenu annuel de 20 000 \$ (versus 25 400\$ ailleurs au pays) et que les emplois disponibles sont précaires et généralement à temps partiel (Anctil, 2008). En plus, malgré les subventions disponibles, les factures d'épicerie sont 81% plus chères que pour le reste du Québec (Duhaime & Caron, 2012). Par exemple, pour un même panier de produits alimentaires qui se vendrait 100\$ dans la ville de Québec, on devra dépenser 180\$ à Umiujak et 197\$ à Quaqtaq (Duhaime & Caron, 2012). Un second *patron* en lien avec cette thématique a su démontrer que ces femmes perçoivent un manque de ressources matérielles dans leur environnement qui engendre des répercussions négatives sur leur quotidien. Comme le rapporte le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, le Canada n'a toujours pas su répondre de façon efficace à la

marginalisation socio-économique des femmes autochtones canadiennes (Halseth, 2013). Cette réalité engendre une vulnérabilité pour ces femmes face à divers problèmes personnels et sociaux. Il s'avère juste de croire que cette marginalisation socio-économique engendre un frein dans une pleine participation sociale pour ces femmes. L'acceptation de ces femmes à s'impliquer dans des projets communautaires, tel un projet de promotion de la santé, se verrait donc influencé par un sentiment de manque économique. En autres mots, le fait de manquer d'argent et de manquer de diverses ressources matérielles pourrait possiblement supprimer ces femmes de participer à des projets de promotion de la santé sur une base volontaire non rémunérée. Les participantes ont su néanmoins évoquer des solutions quotidiennes aux manques de ressources matérielles auquel elles font face. De ce thème, deux *patrons* additionnels ont pu surgir; soit celui de l'importance que ces femmes accordent au partage de ressources ainsi que l'utilité d'incorporer de la nourriture dite traditionnelle à leur alimentation. Cette idée de partage est récurrente dans les propos de ces femmes et s'avère, encore une fois, une valeur culturelle ancrée au cœur de ces femmes. Tant qu'à l'inclusion de nourriture traditionnelle inuite à leur alimentation, il s'agirait d'une facette vitale des activités culturelles inuites. Le maintien d'une telle activité s'avère nécessaire au maintien de valeur traditionnelle inuite ainsi qu'au bien-être des communautés inuites (Duhaime, Chabot, Frechette, Robichaud & Proulx 2004). Bref, la précarité économique est effectivement une composante déterminante de la situation sociale de ces femmes. Dans les résultats de cette étude, les difficultés d'ordre économique expérimentées par ces femmes sont reliées à leur capacité à se procurer les biens pour répondre à leurs

besoins personnels et familiaux. Bien que ces femmes ont su verbaliser un manque flagrant de ressources, elles ont aussi laissé comprendre qu'elles ont appris, à une certaine limite seulement, à gérer leur vie quotidienne avec la précarité financière et matérielle dans laquelle elles vivent. L'état économique de ces femmes freine une pleine participation personnelle et sociale mais elle ne paralyse pas complètement ces femmes.

Facteurs politiques

Des sentiments de découragement face au manque de ressources quotidiennes définissent les préoccupations politiques de ces femmes. Elles évoquent un manque d'action concrète ainsi qu'un manque d'écoute de la part des autorités vers une amélioration de leur situation, et par ricochet de la situation de leur communauté. De ce bref extrait d'entretien : « *Ils dissent beaucoup qu'ils vont faire des changements mais on ne voit rien arriver* », on comprend la perception d'un manque d'engagement et le sentiment de découragement de cette participante. En effet, un exemple flagrant appuyant l'idée d'un manque d'action gouvernementale peut être tiré des propos du président de la Société Makivik, tel que cité dans le cadre d'un rapport du Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (2013) adressant la crise du logement au Nunavik. On cite JobieTukkiapik:

« Nous demandons une action immédiate pour résorber la crise du logement et sa cascade d'effets dévastateurs sur notre population. Cela veut dire, de la part des gouvernements, le respect de la parole donnée et des ententes conclues. Très concrètement, nous exigeons un investissement d'argent suffisant pour combler les 899 unités qui manquent pour loger décemment les familles de nos 14 communautés. Les conditions de surpeuplement les ont fait souffrir depuis trop longtemps les gouvernements ne peuvent plus fermer les yeux sur ses effets».

Par ce manque d'actions, il s'avère possible de croire que ces femmes risquent de faire preuve de méfiance face à des initiatives futures d'amélioration de la santé. Il apparaît plausible de croire que cette méfiance serait susceptible de les influencer dans leur participation à de telles initiatives. Le désir de s'impliquer dans un projet n'est-il pas plus réel en sachant que le dit projet aura effectivement lieu dans un futur rapproché? Cet écart entre la promesse d'engagement gouvernemental et les actions entreprises compte ainsi comme un autre frein à la participation sociale de ces femmes. C'est pourquoi dans la recherche en santé, des recherches actions participatives seraient plus intéressantes car elles préconisent une action réflexive de proximité, échelonnée dans le temps et inclusive de la participation des communautés dans l'élaboration, le déploiement et l'évaluation.

La perception du manque d'action concrète de la part de la sphère politique évoqué par les femmes inuites révèle une autre réalité. Ces femmes voient leur rôle comme étant un rôle de service auprès de leur communauté plutôt que d'un rôle de leadership autoritaire potentiel. Dans cette optique, elles sont tributaires des décisions politiques prises par des élus vivant loin de leurs réalités quotidiennes. En misant sur une approche politique ascendante et participative, un processus sera enclenché pour amener ces femmes à se sentir aptes à être elles-mêmes des leaders, à acquérir la confiance de leur communauté et le pouvoir de les représenter. Pour ce faire, des initiatives doivent d'abord être mises sur pied pour encourager ces femmes à développer leur estime de soi et combattre l'idée dominante selon laquelle elles seraient moins capables ou moins aptes à diriger que les hommes. L'éducation aura un rôle indispensable pour redresser

les inégalités des genres. La participation des femmes inuites dans la mise en œuvre d'une véritable démocratie de proximité profitera à l'ensemble de la communauté, ce que promouvoit d'ailleurs le projet global. Le renforcement de la capacité d'action politique au niveau local, le *grassroots approach*, doit impliquer la mobilisation des femmes. Cette approche politique, perdue au cours de la colonisation, doit être retrouvée et revisitée. Il s'agit d'une approche politique participative qui rejoint le style de vie politique ancestral des communautés autochtones et la recherche globale est fidèle à ces principes, ce qui pourrait augmenter les chances de succès. En reconnaissant la valeur d'un tel système participatif, et leur capacité de représenter leurs pairs, les femmes inuites pourront mettre de l'avant un terrain prometteur pour revitaliser leurs communautés. Ainsi, au lieu de dépendre des initiatives gouvernementales en matière de promotion de la santé, ces femmes seraient les instigatrices de tels changements.

L'environnement, le mode de vie et les valeurs culturelles

Il fut possible de tirer deux catégorisations issues des résultats relatifs à la dimension de l'environnement, du mode de vie et des valeurs culturelles de ces femmes. On compte deux *patrons* en rapport avec la perception des femmes face aux pratiques culturelles et traditionnelles. On dénote d'abord celui d'un sentiment unanime de fierté à l'égard de l'adoption d'un mode de vie qui puisse englober des pratiques culturelles. Ce sentiment de fierté est forcément lié au concept du bien-être et de saines habitudes de vie. L'idée que l'engagement personnel et collectif à diverses pratiques traditionnelles soit une force et une source de bien-être se dégage comme second *patron*. Un mode de vie qui puisse permettre une participation à des activités dites traditionnelles ou

culturelles inuites, tel la couture, la danse, les chants de gorge, le traîneau à chien ou les activités de plein air évoque chez ces femmes un sentiment de fierté, voir même d'appartenance. En lien avec ce principe, Kirmayer et al. (2000) associent les hauts taux de troubles de santé mentale des communautés inuites à l'oppression et à la marginalisation de leur culture. En ce sens, le fait de s'impliquer dans des activités dites traditionnelles ou culturelles influencerait la santé mentale des inuits de façon positive et apporterait un sentiment bénéfique de contrôle communautaire (Kirmayer et al., 2000).

Un deuxième thème; la perception des participantes face à leur propre mode de vie est significatif. L'importance de se garder occupée fut évoquée de façon récurrente par les participantes. Un mode de vie actif, souvent synonyme de participation sociale, est donc souhaitable pour ces femmes. Malgré les facteurs sociaux qui les freinent, elles préfèrent s'impliquer au niveau du travail ou des activités communautaires et familiales. Cette révélation laisse croire qu'il existe une motivation intrinsèque d'implication de ces femmes dans leur structure communautaire. Ainsi, il s'avère juste de croire qu'elles seraient susceptibles de s'intéresser ou de participer à divers projets, tel un projet de promotion de la santé de la famille et de la communauté, comme celui proposé. D'ailleurs, une telle orientation en recherche auprès d'autochtones conduit généralement à éviter que les participants se perçoivent comme « les agents passifs de la vision d'un autre » (Potvin, Cargo, McComber, Delormier & Macaulay, 2003). Bref, il s'avère juste de déduire qu'une orientation participative de projets de promotion de la santé serait plus appréciée par ces femmes qu'un type d'orientation plus passive. En ce sens, la formation pour l'animation locale par des pairs serait une stratégie prometteuse.

La thématique du propre mode de vie de ces femmes a su tisser un second *pattern*, soit celui que l'entraide comme étant une composante centrale de leur mode de vie. Cette notion récurrente de l'importance de l'entraide dévoile une facette importante de la réalité culturelle de ces femmes. Il est confirmé qu'inclure cette valeur d'entraide (par des échanges ou des initiatives liées aux Cercles ou les projets de cuisines collectives par les pairs) dans la mise au point de programmes de promotion de la santé visant ces communautés est gagnant. D'ailleurs, Lessard (2005) souligne qu'afin d'être gagnante, l'approche biomédicale visant les régions éloignées se doit d'être adaptée aux contextes culturels, organisationnels et économiques des communautés. L'intégration de valeurs culturelles à de telles approches diminuerait les conflits et les incongruités (Kirmayer & Minas, 2000).

Le troisième *patron* qui a su découler de cette thématique fut l'idée récurrente qu'il existe un manque de ressources et de lieux dans la communauté, déjà abordé dans la discussion couvrant les dimensions économiques et politiques explorées à travers les entretiens avec ces femmes souligne et explique cette idée récurrente.

Les facteurs technologiques

Bien que brièvement discuté, le pouvoir d'accès aux technologies des communications s'avère être un certain indicateur du pouvoir d'agir de ces femmes. De ce thème du pouvoir d'accès aux technologies des communications, deux *patrons* ont su découler. Il y a d'abord l'idée que peu importe ce que l'on y écrit ou partage, la plateforme Facebook est un lieu d'échange très accessible et fortement utilisée par ces femmes. On comprend aussi qu'il existe un réseau de soutien communautaire accessible

par les technologies des communications. Ainsi, par le biais des technologies de communications, ces femmes sont en mesure de participer d'avantage à cette culture de partage, d'échange et de proximité qu'elles chérissent. Parallèlement, bien qu'aucun écrit ciblant spécifiquement les communautés autochtones à cet égard ne furent répertoriées, une recherche conduite par Johnston et al. (2013), s'est penchée sur les bienfaits de l'usage de Facebook sur le plan mental et psychosocial de 800 élèves africains rapportant une faible estime d'eux même ou encore une faible satisfaction de la vie en générale. Les résultats suggèrent des répercussions positives de l'usage de Facebook sur le bien-être mental des participants. Il s'avère juste de croire que l'accès aux technologies des communications pourraient, en quelque sorte, aider à pallier à l'isolement des communautés du Nunavik. D'autre part, puisqu'elles affirment y avoir recours quotidiennement, il s'avèrerait pertinent de prendre cette situation en cause dans l'élaboration de projets de promotion de la santé futurs, à voir si un profil Facebook du projet ne serait pas un moteur y facilitant l'implication de ces femmes. D'ailleurs, dans ses élans stratégiques, le Conseil ministériel sur la santé rurale recommande le développement d'initiatives de télésanté dans les régions rurales, isolées, nordique et autochtones du pays (Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale 2002). Le projet global comprend justement un service de télé-santé et un portail web en promotion, qui sera mis en opération à l'automne 2014. Parallèlement, dans le cadre d'un rapport émis par le gouvernement régional de Kativik, un investissement dans le développement d'accès à internet haute vitesse au Nunavik apporterait d'importantes améliorations sur le plan socioéconomique communautaire (KativikRegionalGovernment., 2013). Bref,

ces technologies de communication font partie intégrante de l'environnement quotidien de ces femmes et, en quelque sorte, semble servir d'extension à leur sphère sociale.

Facteurs éducatifs

Les résultats en lien avec la dimension éducationnelle de la structure sociale de ces femmes dévoilent deux thèmes significatifs. On compte d'abord l'accès à l'éducation en matière de saines habitudes de vie. De ce thème a su découler deux *patterns*. Au départ, la perception qu'il existe un manque de ressources éducationnelles ou pédagogiques fut partagé. En ce sens, Macaulay (2009) évoque d'ailleurs l'urgente nécessité d'accroître l'accès à l'éducation comme stratégie d'amélioration de la santé autochtone. La nécessité d'amélioration de programme de prévention de la santé et d'accès à l'acquisition de connaissance fut manifestée. Encore une fois, les propos de ces femmes ont su pointer vers un manque au niveau de ressources fondamentales. Cette situation se traduit possiblement par le fait que la population du Nunavik est beaucoup moins instruite qu'ailleurs au Québec; 53% de la population des 20 à 34 ans au Nunavik ne détient pas de diplôme d'études secondaires alors que ce niveau s'enregistre à 16% dans le reste de la province (Duhaime,2011). Néanmoins, ces femmes évoquent de façon récurrente un désir d'apprendre. Ce désir d'apprendre rejoint le principe évoqué dans la discussion de la sphère économique tant qu'au besoin que ressentent ces femmes de travailler et de participer à des activités.

Bien que leur propos n'ont pas su abonder dans cette direction, le thème du savoir personnel en matière de pratiques probantes se rattachant aux saines habitudes de vie se tisse à l'idée récurrente que ces femmes connaissent certains principes dit

modernes de base qui se rattachent à l'adoption de saines habitudes de vie. On évoque, par exemple, l'importance de l'adoption d'un style de vie actif pour contrer l'obésité ou le diabète. Ces femmes n'évoquent pas de connaissances approfondies en matière de savoir personnel se rattachant aux pratiques probantes de la santé. Il existerait d'ailleurs des lacunes dans diverses connaissances liées à leur propre santé (Healey&Meadows, 2007). Par exemple, dans le cadre d'une étude sur la connaissance de 175 femmes inuites du Nunavik de deux villages, 30% des femmes croyaient que le test Pap servait à détecter la présence d'infections transmissibles sexuellement (Cerigo&al., 2012). Bref, un frein à une pleine participation personnelle et sociale de ces femmes se palpe aussi des résultats liés au facteur éducatifs de leur vie. Un renforcement de la « littératie » en santé serait donc à promouvoir.

L'ethnohistoire

La comparaison que ces femmes évoquent d'hier à aujourd'hui en matière de l'état de santé des membres de la communauté se divise en deux *patrons*. On perçoit d'abord un profond sentiment de désolation et d'inquiétude pour la santé actuelle des membres de leur communauté. Les nombreux cas de problèmes sociaux contemporains affectent l'état de bien-être de ces femmes. Ce souci pour le bien-être d'autrui dévoile, encore une fois, l'importance du sentiment d'appartenance communautaire de ces femmes. Les liens serrés que ces femmes partagent pour l'ensemble de leur collectivité demeurent une valeur traditionnelle transportée au quotidien contemporain. Le support social, le souci d'autrui et le respect des autres pourraient, chez les autochtones, pallier à un certain niveau le sentiment de mal être communautaire (Richmond et al., 2007). On

note ensuite l'idée récurrente que partagent ces femmes d'aspirer à une vie en santé depuis toujours. Vivre en santé est aujourd'hui, comme avant, un concept important pour ces femmes.

Le second thème se rapportant à la dimension de l'ethnohistoire est celui de la vision future que partagent ces femmes face à l'état de santé des membres de la communauté. Bien que brièvement abordé, l'unanimité de leur propos en cette matière a su pousser à noter comme *pattern* le fait que ces femmes soient inquiètes de l'avenir des membres de leur communauté.

Le concept de la santé

Les femmes rencontrées associent unanimement le concept de la santé à une façon d'être, une manière de vivre plutôt qu'à un continuum de santé-maladie. Du fait, elles associent l'état de santé, en grande partie, aux habitudes de vie. Elles perçoivent aussi la santé comme étant un état d'âme; pour ces femmes, être heureuse se rapporte à être en santé. Ainsi faut-il comprendre et prendre en considération qu'il existe plusieurs déterminants qui explique le concept de la santé pour ces femmes. Cette conceptualisation holistique de la santé que partagent les inuits fut d'ailleurs documentée dans le cadre d'une enquête auprès des peuples autochtones de Statistique Canada (2006). On cite que « Les Inuits adoptent une vue holistique de la santé. Les Inuits ont longtemps su que, pour être en santé, nous avons besoin d'environnements sains, d'éducation et de possibilités d'emploi, de logements adéquats et de soutiens sociaux de même que d'un accès aux systèmes de soins de santé» (Inuit TapiriitKanatami, 2004a dans Statistique Canada, 2008). D'autre part, les femmes ont su souligner l'adoption

d'un mode de vie intégrant des activités dites culturelles ou traditionnelles comme étant un facteur déterminant de l'état de santé. Ce principe culturel se doit d'être retenu dans la mise en place de stratégies gagnantes d'interventions de la santé (Auclair&Sappa, 2012 ; Thomas & Bellefeuille, 2006).

Le système de soins

Les résultats qui décrivent le système de soins tel que perçu par ces femmes démontrent que celles-ci expriment des opinions mitigées sur les services professionnels qui leur sont accessibles. Une vision complexe de la compétence du système de soin professionnel fut notée.

Une division fut marquée entre les propos des participantes face à leur perception du personnel infirmier dans leur village respectif. D'une part, certaines partagent un manque de confiance et une appréhension à l'endroit du personnel infirmier. Cependant, d'autres évoquent les infirmières comme étant une ressource vers qui se tourner en cas de tracas ou de besoin. Il s'avère juste de croire que cette complexité témoigne des limitations d'un partenariat interculturel. Il existe comme piège dans la dynamique d'une relation infirmière-patient où les cultures des deux acteurs divergent la possibilité que cette relation suscite des conflits ou des incompréhensions (Lazure, 1993). Dans ce même courant, Browne (2007) explique que les préconceptions que les infirmières ont à propos des peuples autochtones, de leurs cultures ou de leurs différences ont une influence sur les rencontres cliniques qu'elles tiennent avec ces patients. Ces facteurs se doivent d'être considérés dans l'approche d'une intégration et d'un partenariat entre ces femmes et des professionnels non inuits.

Étroitement lié à la valeur transversale (au sein de différents niveaux dimensionnels) de support et d'entraide communautaire, l'idée que le soutien et l'entraide communautaire s'inscrivent comme une ressource assurée du système de soins de ces femmes définit une facette de leur perception du système de soin. Dans ce sens, un rapport du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale (2002) souligne que les membres des communautés autochtones éloignées jouent eux-mêmes un rôle vital dans leur propre santé et bien-être. On recommande de mettre en place des stratégies de renforcement de saines habitudes de vie au sein des collectivités autochtones, en encourageant la participation collective dans l'optique d'engendrer un effet d'influence positive entre les membres de la communauté.

En dernier lieu, il s'avère nécessaire de souligner le second *patron* en lien avec la thématique des ressources communautaires liées au système de soin. Il s'agit du manque de ressources limitant la qualité de leur système de soin. Il s'agit d'ailleurs d'un constat noté par Kirmayer et al. (2011) qui expliquent que les communautés autochtones Canadiennes sont petites et que plusieurs d'entre elles sont isolées. Cette situation contribue au manque de ressources matérielles nécessaires à la mise en place de ressources médicales et sociales. Il s'en répercute aussi un manque de professionnels flagrant dans ces communautés (Kirmayer & al., 2011). En somme, le système de soin, tel que perçu par ces femmes, se caractérise par différentes facettes et influences. Elles ne considèrent pas que ce système réponde au besoin de leur communauté. Il s'agit, ici encore, d'une limitation et d'un frein à un épanouissement souhaitable.

Enfin, la discussion des résultats démontrent, entre autres, une limitation multi dimensionnelle du pouvoir d’agir personnel et collectif de ces femmes sur les pratiques probantes et traditionnelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leur communauté. Le tableau synthèse suivant permet un aperçu concis des constats :

Tableau 3

Synthèse des résultats de l'analyse selon le modèle de Leininger

Dimension	Thèmes principaux	Patrons
Parenté et facteurs sociaux	La perception des participantes face au rôle des femmes au sein de la famille	<i>Patron 1)</i> Perception d'un déséquilibre en matière de partage des tâches familiales <i>Patron 2)</i> Perception d'un manque d'autorité <i>Patron 3)</i> Perception de soumission
	La perception face au rôle de la femme inuite au sein de la communauté	<i>Patron 1)</i> Importance accordée au partage et au soutien communautaire <i>Patron 2)</i> Importance accordée au partage de nourriture <i>Patron 3)</i> Importance accordée aux liens communautaires
	La perception des participantes face aux facteurs sociaux de la communauté	<i>Patron 1)</i> Répercussions personnelles néfastes face à certains problèmes communautaires <i>Patron 2)</i> Répercussions participatives néfastes liées à divers facteurs sociaux <i>Patron 3)</i> Répercussions communautaires négatives face aux cas de suicide
Facteurs économiques	L'accès aux biens matériels	<i>Patron 1)</i> Préoccupations liées au coût élevé des biens matériels <i>Patron 2)</i> Répercussions négatives liées à un manque de ressources matérielles quotidien
	Les solutions quotidiennes	<i>Patron 1)</i> Partage de

	aux manques de ressources matérielles	ressources matérielles comme valeur culturelle importante <i>Patron 2)</i> Recours à la nourriture traditionnelle inuite
Facteurs politiques	Le manque de ressource quotidien	<i>Patron 1)</i> Découragement lié au manque d'action concrète d'amélioration socioéconomique
L'environnement, le mode de vie et les valeurs culturelles	La perception des femmes face aux pratiques culturelles et traditionnelles	<i>Patron 1)</i> Sentiment de fierté à l'égard de l'adoption d'un mode de vie qui puisse englober des pratiques culturelles <i>Patron 2)</i> L'engagement personnel et collectif à des pratiques traditionnelles comme étant une force
	La perception des femmes face à leur propre mode de vie	<i>Patron 1)</i> L'importance de se garder occupées <i>Patron 2)</i> L'entraide comme une valeur encrée dans le mode de vie de ces femmes <i>Patron 3)</i> Perception d'un manque de ressources environnementales
Les facteurs technologiques	Le pouvoir d'accès aux technologies des communications des femmes inuites	<i>Patron 1)</i> Facebook comme une plateforme d'échange très accessible et fortement utilisée <i>Patron 2)</i> L'importance liée à l'entraide communautaire
Les facteurs éducatifs	L'accès à l'éducation en matière de saines habitudes de vie	<i>Patron 1)</i> Perception qu'il existe une lacune pour l'accès à l'éducation <i>Patron 2)</i> Désir d'apprendre
	Le savoir personnel en matière de pratiques probantes se rattachant aux saines habitudes de vie	<i>Patron 1)</i> Identification de certains éléments de base à la promotion de saines habitudes de vie

L'ethnohistoire	Comparaison d'hier à aujourd'hui de l'état de santé des membres de la communauté	<i>Patron 1</i>) Sentiment de désolation et d'inquiétude pour la santé actuelle d'autrui <i>Patron 2</i>) La santé comme une valeur qui a toujours occupée une grande importance
	Vision future de l'état de santé des membres de la communauté	<i>Patron 1</i>) Inquiétudes envers la santé des membres de la communauté
Le concept de la santé	La santé comme étant un concept global	<i>Patron 1</i>) Croyances reliées à la santé se traduisant par l'adoption de saines habitudes de vie quotidiennes de base <i>Patron 2</i>) Association de la santé à un état d'âme <i>Patron 3</i>) Association de diverses activités traditionnelles au concept d'être en santé
Le système de soin	Vision mitigée de la compétence du système de soin professionnel	<i>Patron 1</i>) Méfiance et appréhension à l'égard de la compétence du personnel infirmier <i>Patron 2</i>) Perception d'une influence positive de certains professionnels de la santé <i>Patron 3</i>) Association de diverses activités traditionnelles au concept d'être en santé
	Ressources communautaires du système de soins	<i>Patron 1</i>) Soutien et entraide communautaire comme une ressource indubitable du système de soins de ces femmes <i>Patron 2</i>) Perception d'une influence d'un manque de ressources

Cette étude a su contribuer au développement théorique de propositions de réponses liées à l'exploration de la perception de femmes inuites face à leur pouvoir d'agir personnel et collectif en matière de promotion de la santé de leur famille et de leur communauté. La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels a su offrir un support théorique et méthodologique de choix pour la réalisation de cette étude, permettant la contextualisation des résultats dans leur interprétation. Une réflexion critique des résultats d'analyse issus de chaque dimension du Modèle de Leininger permet de cerner cinq énoncés de propositions finales :

Énoncés de propositions descriptives

- 1- Le pouvoir d'agir de ces femmes est restreint dû à des obstacles multidimensionnels (ex : manque de diverses ressources, déséquilibre entre les sexes au niveau familial).
À cet égard, dans l'esprit de fournir des soins culturellement congruents (Leininger, 2002), l'infirmière se doit de comprendre le point de vue des femmes inuites et d'agir sur les déterminants de ces obstacles afin de mobiliser l'émergence du pouvoir d'agir individuel et collectif.
- 2- Ces femmes se soucient et accordent une importance à la santé et au bien-être de leur famille et de leur communauté. À cet égard, dans l'esprit de fournir des soins culturellement congruents (Leininger, 2002), l'infirmière se doit de développer des initiatives de promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la collectivité.
- 3- Ces femmes partagent le désir de s'impliquer dans des initiatives de promotion de la santé. À cet égard, dans l'esprit de fournir des soins culturellement congruents (Leininger, 2002), l'infirmière se doit de travailler en partenariat avec les femmes inuites

afin de préserver le soin culturel, négocier les accommodements entre les savoirs probants et traditionnels et restructurer l'approche de promotion de la santé de la santé publique nordique.

- 4- Le soutien et l'entraide communautaire s'avère une ressource indubitable du système de soin de ces femmes. À cet égard, dans l'esprit de fournir des soins culturellement congruents (Leininger, 2002), l'infirmière se doit d'accommoder les efforts de promotion des saines habitudes de vie et des environnements favorables en fonction de cette valeur culturelle fondamentale.
- 5- Il existe des sentiments de méfiance et d'appréhension face à des initiatives externes (ex : personnel infirmiers, promesses politiques). À cet égard, dans l'esprit de fournir des soins culturellement congruents (Leininger, 2002), l'infirmière se doit de restructurer les approches communautaires nordiques dans l'optique de développer de nouvelles pratiques préventives participatives, plus holistiques et culturellement sensibles.

En somme, malgré leur motivation d'agir et leur souci du bien-être familial et communautaire, ces femmes sont confrontées à des freins quotidiens tangibles. Une approche ainsi que des initiatives sachant reconnaître cette réalité se voit nécessaire dans le développement de stratégies gagnantes d'amélioration de la santé. Cette réalité s'inscrit d'ailleurs à la base du rationnel du concept de soins culturellement adaptés tel qu'établi par Leininger. Le principe de soins culturellement cohérents rejoint des décisions, un savoir ainsi que des actions qui se puisent dans les valeurs, les croyances et le mode de vie des individus (Leininger et McFarland, 2006). Ainsi est-il nécessaire de

formuler des recommandations pour les sciences infirmières qui respectent ce principe de fond. La section suivante de ce chapitre s'y attarde.

Recommandations

Cette section aborde une série de recommandations pour les sciences infirmières, soulignant les principaux éléments à observer dans le domaine de la recherche, de la formation, de la pratique ainsi qu'au niveau de la gestion et de la sphère politique.

Recommandations en lien avec la recherche en sciences infirmières

Il s'avère possible de cibler quatre recommandations majeures au niveau de la recherche en sciences infirmières qui peuvent découler de cette étude. D'abord, toujours en adoptant une ouverture culturelle, l'élaboration de recherches qualitatives de type spécifique ethnonursing avec immersion serviraient à explorer les concepts mis de l'avant dans cette étude dans un but de répliquer et de transférer à un plus large groupe comparable. Ensuite, une étude phénoménologique pourrait approfondir une pleine compréhension des obstacles qui freinent une pleine participation personnelle et sociale de ces femmes. En troisième lieu, ces femmes ont su évoquer leur participation quotidienne et active sur le réseau social de la plateforme web Facebook. Cette révélation ouvre la porte à une multitude de pistes d'intérêt pour impliquer ces femmes dans des stratégies liées aux sciences infirmières via Facebook et les autres réseaux sociaux émergents. Des recherches en cette direction, telle une exploration plus profonde de l'utilité de Facebook dans la vie de ces femmes ouvrirait possiblement la piste à des stratégies de promotion de la santé adaptées. Finalement, il existe d'importantes lacunes concernant l'accessibilité, la précision, la fiabilité et la pertinence des

données en santé autochtone au Canada. Une rectification de cette situation s'avère nécessaire par le déploiement de recherches futures en cette direction.

Recommandations en lien avec la formation en sciences infirmières

D'une part, il s'avère crucial d'intégrer, au minimum, une formation de base touchant les réalités historiques et culturelles et de la santé des autochtones (et particulièrement des inuits) à tous les étudiants en sciences infirmières du Canada. Une telle initiative serait fondamentale dans l'adoption d'une ouverture culturelle nécessaire de la part du personnel infirmier envers les autochtones et, par ricochet, d'un pas vers la réparation d'un manque de reconnaissance troublant envers les autochtones. Ensuite, l'accès à des institutions d'enseignement facilement accessibles offrant une formation en sciences infirmières pour les femmes inuites du Nunavik susceptibles de s'y intéresser se doit d'être mise en place. Compte tenu du facteur d'éloignement, l'implantation d'un système de formation accessible en partie par télécommunication serait intéressante à envisager. En plus de valoriser ces femmes sur le plan économique, personnel et social, une plus grande représentation d'infirmières inuites servirait à fermer le clivage culturel entre les rapports d'infirmières non-inuites et les patients inuits. De plus, la nécessité de mettre en place des programmes d'études en sciences infirmières avec spécialisation reconnue en matière de promotion de la santé au sein des communautés autochtones est une piste intéressante dans le développement de la sensibilité culturelle. Des possibilités de formation accréditées dans le domaine de la promotion de la santé chez les autochtones est également un élément primordial de l'amélioration des soins de santé visant cette population.

Recommandations en lien avec la pratique en sciences infirmières

La mise en place de stratégies de promotion de la santé visant une participation de l'ensemble de la communauté apparaît respectueuse des valeurs d'entraide et de partage tant évoquées par ces femmes. C'est en développant cette participation et cet esprit d'autonomie communautaire que l'on assurera la durabilité des initiatives mises de l'avant. Des nouvelles stratégies, qui capitalisent sur le rôle de la femme au sein de sa communauté et son implication dans la promotion de la santé, assureront une efficacité intergénérationnelle. Aussi, l'intégration d'activités dites traditionnelles ou culturelles à la mise en place de stratégies de promotion de la santé s'avère nécessaire dans l'objet de susciter l'intérêt et le respect des participants. Ceci augmentera également la probabilité de maintenir à long terme un sentiment d'autonomie et de responsabilité vis-à-vis la promotion de la santé pour l'ensemble de la population concernée.

Recommandations en lien avec la gestion et sphère politique en sciences infirmières

Il est grand temps d'agir. La mise en place d'un comité d'infirmières québécoises visant à améliorer l'état de santé des inuits du Nunavik et à impliquer la population inuite, plus particulièrement les femmes inuites dans la mise en place de stratégies gagnantes doit prendre forme. Un pareil comité pourrait travailler en partenariat avec une association de femmes inuites. Une telle association permettrait une alliance valorisante entre inuits et non inuits dans un but de changements et d'actions nécessaires. De plus, une approche ascendante et participative qui vise à répondre aux préoccupations des communautés est la clé du succès pour toute implication de la sphère

politique dans la promotion de la santé des inuits. Des consultations à grande échelle doivent être entamées, par le biais par exemples d'une commission ou de tables rondes qui serviront de plate-forme pour un échange franc sur les préoccupations et attentes de ces populations. Encore faudrait-il souhaiter que leur voix se fasse entendre pour accélérer le changement. D'autre part, une mobilisation budgétaire est requise afin de pallier au grave manque de ressources quotidiens nécessaires au développement d'une vie en santé de cette population. Comme cette étude le témoigne, le manque d'accès à la nourriture, au logement et à diverses ressources de base les freinent dans une pleine participation sociale. En ce sens, l'Association des infirmiers et des infirmières du Canada (2010) cite dans un énoncé de propositions visant à encourager la compétence culturelle en sciences infirmières que nos gouvernements ont la responsabilité:

- de favoriser un climat d'acceptation;
- d'adopter des mesures législatives afin de protéger les droits culturels et humains de la personne;
- de veiller à ce que les organisations de soins de santé fournissent des soins compétents sur le plan culturel;
- de fournir du financement afin de dispenser des soins compétents et sécuritaires sur le plan culturel et d'effectuer des recherches portant sur la diversité dans les milieux de travail de la santé.

L'alarme a été sonnée, il faut maintenant agir!

Conclusion

En conclusion, avec une ouverture culturelle, cette étude visait à explorer la perception de femmes inuites, vivant en région éloignée, au Nunavik, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur les pratiques probantes et traditionnelles de promotion de la santé au sein de leur famille et de leur communauté. Les résultats recueillis de l'analyse des propos tenu dans le cadre de deux entretiens de type *groupe focalisé* sondant l'opinion d'un groupe de sept (n=7) femmes inuites pointent, d'un sens vers un désir de ces femmes de s'impliquer dans une telle initiative mais d'un autre, vers une série de limitations qui entravent leur pouvoir d'agir personnel et collectif. Les tristes réalités sociales ainsi que le contexte de précarité d'accès aux ressources matérielles et professionnelles dans lesquelles vivent ces femmes s'avèrent alarmants. Néanmoins, des valeurs culturelles clefs comme l'entraide communautaire, le partage, le soutien et la pratique de différentes activités dites traditionnelles dessinent un espoir de résilience nécessaire au développement de ce pouvoir d'agir. L'intégration de femmes inuites au développement ainsi qu'au déploiement de stratégies gagnantes de promotion de la santé au sein de leur famille et de leur communauté apparaît possible. Toutefois, au delà d'acquisition et d'intégration de compétences culturelles nécessaires de la part des infirmières, cette intégration devra laisser place à un processus de changements sociétaux fondamental. Les communautés inuites du Nunavik souffrent, des actions d'améliorations réelles et fondées s'imposent rapidement.

Références

- Affaires Autochtones et Développement du Nord Canada (2013). *Faits saillants du budget d'AADNC*. Récupéré à <http://www.aadncaandc.gc.ca/fra/1363964630328/1363964850834>
- Agence de la santé publique Canada (2011). *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'agence de la santé publique du Canada et de l'institut Canadien de l'information sur la santé*. Récupéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada (2011). Rapport de recherche. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres Chapitre 6 –Le diabète chez les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis)*. Récupéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 Les maladies infectieuses : une menace perpétuelle*. Récupéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/tuber-fra.php>
- Altamirano-Jiménez, I. (2008). Whose Homeland, Whose Voices. *Canadian Journal of Women Studies*. 26, 128-134.
- Ancil, M. (2008). *Les faits saillants de l'enquête. Enquête de Santé auprès des Inuits du Nunavik 2004. Qanuippitaa? Comment allons-nous?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN).
- Andrews, M. & Boyle, S. (2007). *Transcultural Concepts in Nursing Care (5ième édition)*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Assemblée des Premières Nations. (2012). *Premières Nations et Inuits lancent une Nouvelle initiative nationale d'activité physique*. Récupéré à <http://cnw.ca/ONeDa>
- Association des Femmes Autochtones du Canada. (2004). Document préliminaire sur la santé des femmes autochtones pour la séance de suivi sectoriel sur la santé de la Table ronde Canada. Récupéré à http://www.aboriginalroundtable.ca/sect/hlth/bckpr/NWAC_BgPaper_f.pdf

- Association des infirmiers et des infirmières du Canada. (2010). Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers. Récupéré à <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/sante-autochtone-et-soins-infirmiers-autochtones>
- Auclair, G. & Sappa, M. (2012). Mental Health in Inuit Youth from Nunavik: Clinical Considerations on a Transcultural, Interdisciplinary, Community-oriented Approach. *Journal of Canadian Academy of child and adolescent psychiatry*, 21, 124-126.
- Ayach, B. & Korda, H. (2010). Type 2 diabetes epidemic in First Nations people of Canada. *Ethnicity and disease*, 20, 310-311.
- Beaulieu, A., Gervais, S., & Papillon, M. (2013). Les autochtones et le Québec : des premiers contacts au plan Nord. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal.
- Beaumier, M. & Ford, J. (2010). Food insecurity among Inuit females exacerbated by socio-economic stresses and climate changes. *Canadian Journal of Public Health*, 101, 196-201.
- Béïque, M. (2010). À la rencontre des femmes du Nord. Une nutritionniste chez les indiens cris et innus du Québec et les inuits du Nunavik. Québec : Les Éditions GID.
- Billson, J. et Mancini, K. (2007). *Inuit Women and Men: Their Powerful Spirit in a Century of Change*. New York, New York: Boulder, Rowman and Littlefield.
- Bottorff, J., Johnson, J., Carey, J., Hutchinson, P., Sullivan, D., Mowatt, R., & Wardman, D. (2010). A Family Affair: Aboriginal Women's Efforts to Limit Second-hand Smoke Exposure at Home. *Canadian Journal of Public Health*, 101, 32-35.
- Boucher, N. (2005). *La transmission intergénérationnelle des savoirs dans la Communauté innue de Mashteuiatsh. Les savoir-faire et les savoir-être au coeur des relations entre les Pekuakamiulnuatsh*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval.
- Bottorff, J., Johnson, J., Carey, J., Hutchinson, P., Sullivan, D., Mowatt, R., et Wardman, D. (2010). A family affair: Aboriginal women's efforts to limit secondhand smoke exposure at home. *Canadian Journal of Public Health*, 101, 32-35.
- Browne A. & Fiske, J. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 126-47.

- Browne, A. (2007). Clinical Encounters Between Nurses and First Nations Women in a Western Canadian Hospital. *Social Science and Medicine*, 64, 2165-2176.
- Burns N. & Grove S. (2009). *The practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6ième éd.). Philadelphie: WB Saunders.
- Cameron, E. (2011). *État des connaissances en matière de santé publique des Inuits, 2011*. Rapport de recherche. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, Université Laval, Québec, Canada.
- Cerigo, H., Macdonald, M., Franco, E. et Brassard, P. (2012). Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. *Journal of Circumpolar Health*, 71., 17996.
- Chansonneuve, D. (2005). Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People. The Aboriginal Healing Foundation. Récupéré à <http://www.ahf.ca/downloads/healing-trauma-web-eng.pdf>
- Charmaz, K., & Mitchell, R. (2001). *Grounded theory in ethnography*. Dans P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland, (Éds 2001). *Handbook of Ethnography*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chateau-Degat, M., Dewailly, E., Noël, M., Beatriz, V., Ferland, A., Counil, E., Poirier, P., Egeland, G. (2010). Hypertension among the Inuit from Nunavik: should we expect an increase because of obesity? *International Journal of Circumpolar Health*, 69, 361-372.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*. Récupéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- Commission Royale sur les Peuples Autochtones (1996). *Rapport de la Commission*
- Conseil International des Infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, Suisse.
- Cosette-Gagnon, M. & Cosette, G. (2006). Les infirmières en milieu isolé : des alliées de première ligne. *Le Médecin du Québec*, 41, p. 43-50.
- Cresswell, J. (2008). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks : Sage.

- Delahaye, M.C. (1995). Les soins infirmiers transculturels. *Krankenpflege/Soins Infirmiers, 1*, 59-62.
- Deslaurier, J., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Dewailly, E., Blanchet, C., Lemieux, S., Sauvé, L., Gingras, L., Ayotte, P. & Holub, J. (2001). Fatty acids and cardiovascular disease risk factors among the Inuit of Nunavik. *The American Journal of clinical nutrition, 74*, 464-473.
- Duhaime, G. (2007). *Profil socioéconomique de la région du Nunavik 2006*, International Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 438-446.
- Duhaime, G. (2008). *Profil socioéconomique du Nunavik. Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée de l'Université Laval*. Récupéré à <http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/documents/pdf/46-Profil-socioeconomique-2008.pdf>
- Duhaime, G. (2009). *La pauvreté au Nunavik : État des connaissances*, Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, Université Laval, Québec, Canada.
- Duhaime, G., Chabot, M., Frechette, P., Robichaud, V. & Proulx, S. (2004). The Impact of Dietary Changes Among the Inuit of Nunavik (Canada): A Socioeconomic Assessment of Possible Public Health recommendations dealing with food contamination. *Risk Analysis, 24*, 1007-1018.
- Duhaime, G. (2011). *Situation socioéconomique et capacité d'adaptation du Nunavik et du Nunatsiavut*. Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée. Université Laval, Québec.
- Duhaime, G. & Caron, A. (2012). *Indices comparatifs des prix du Nunavik 2011*. Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée. Québec.
- Durie, M. (2004). An Indigenous Model of Health Promotion. *Health Promotion Journal of Australia, 15*, 181 – 185.
- Falk-Rafael, A. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advances in Nursing Sciences, 24*, 1-16.

- Flick, U., Kardoff, E. et Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London: Sage Publications.
- Gittelsohn, J., Roache, C. Kratzmann, M., Reid, R., Ogina, J. & Sharma, S. (2010), Participatory research for chronic disease prevention in Inuit communities. *American Journal of health behaviour*, 34, 453-464.
- Goudreau, G., Weber, C., Cote, S., Madill, H. (2008). Hand Drumming: Health-Promoting Experiences of Aboriginal Women from a Northern Ontario Urban Community. *Journal de la santé autochtone*. 1, 72-83.
- Halseth, R. (2013). *Aboriginal Women in Canada Gender, Socio-Economic Determinants of Health, and Initiatives to Close the Wellness Gap*. Rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Prince George, Colombie Britannique.
- Healey, G. & Meadows, L. (2007). Inuit Women's Health in Nunavut, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 66, 199-214.
- Healey, G. et Meadows, L. (2008). Tradition and Culture: An Important Determinant of Inuit Women's Health. *Journal of Aboriginal Health*, 1, 25-33.
- Heilbron, C. et Gutman, M. (2000). Traditional Healing Methods with First Nations Women in Group Counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 34, 1-13.
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2002). La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés, Québec.
- Inuit TapiriitKanatami. (2004a). Dans Statistique Canada (2008). Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : Santé et situation sociale des Inuits. Récupéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008001-fra.pdf>
- Inuit TapiriitKanatami. (2004b). *Backgrounder on Inuit Health*. Document de discussion pour le Health Sectoral Meeting, 4 et 5 novembre, 2004, Ottawa, Ontario.
- Inuit TapiriitKanatami. (2007). *Social Determinants of Inuit Health in Canada: A discussion paper*. Récupéré à http://ahrnets.ca/files/2011/02/ITK_Social_Determinants_paper_2007.pdf
- Inuit TapiriitKanatami. (2011). *Rapport annuel 2010-2011 de l'Inuit TapiriitKanatami*. Ottawa, Ontario.

- Instituts de Recherche en Santé du Canada.(2010). *L'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2)*. Récupéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Johnston,K., Tanner, M., Lalla , N. et Kawalski,D. (2013). Social capital: the benefit of Facebook 'friends'.*Behavior and information technology*,32,24-36.
- Johnston, K., Chen, M. &Hauman, M. (2013).Use, Perception and Attitude of University Students Towards Facebook and Twitter. *The Electronic Journal Information Systems Evaluation*,16, 3.
- Jull, J.,Stacey, D., Giles, A., Boyer, Y., Troy, C. (2012). Shared decision-making and health for First Nations, Metis, and Inuit Women: A study protocol. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12, 146.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30, 435-464.
- Kativik Regional Government (KRG). (2013). *Pre Feasibility Telecommunications Study High Capacity Network Options in Nunavik*.Récupéré à <http://www.krg.ca/images/stories/docs/Tamaani%20Reports/SGC%20Nunavik%20Final%20Report%20v15%20Public.pdf>
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2 ième éd.). Laval: Beauchemin.
- Kirmayer, L. & Minas, H. (2000). The Future of Cultural Psychiatry : An International Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*,45, 438-446.
- Kirmayer, L. & Paul, K. (2007). Rapport de recherche de l'Institut National de Santé Publique.*Qanuippitaa?How are we? Mental Health, Social Support and Community Wellness*.Récupéréà http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/666_esi_mental_health.pdf
- Kirmayer, L., Brass, G. &Tait, C. (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community.*Canadian Journal of Psychiatry*,45, 607-616.
- Kirmayer, L., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. &Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry*.48, 145–153.

- Kirmayer, L., Simpson, C., Cargo, M. (2003). Healing traditions: mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11, 15-23.
- Koperqualuk, L. (2011). *Puvirnitumiut Religious and Political Dynamics*. (Mémoire de Maîtrise inédit). Université Laval : Québec, Canada.
- Kirmayer, L., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S., & Isaac, C. (2011). Community resilience: Models, metaphors and measures. *International Journal of Indigenous Health Promotion*, 5, 62-117.
- Langoise S. et Nowdlak M. (2005) Selected statistics related to the social determinants of health (presentation). Nunavut Bureau of Statistics, Government of Nunavut. Dans G. Healey, & L. Meadows. (2007). Inuit Women's Health in Nunavut, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 66, 199-214.
- Lazure, G. (1993). *Signification de prendre soin chez les infirmières d'un centre hospitalier universitaire de Tunis*. (Mémoire de Maîtrise inédit). Université de Montréal, Québec.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing*. Thorofare, NJ: Slack.
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1, 152-60.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A Theory of nursing*. New York : National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing theories: Concepts research and practices* (3ième éd.). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2006). *Cultural care diversity and universality, A worldwilde nursing theory* (2ième éd.). Sudbury: Jones and Barlett.
- Lessard, L (2005). *La collaboration interdisciplinaire en région isolée : Le cas de la région Terres Cries-de-la-Baie-James*. (Mémoire de Maîtrise inédit). Université Laval. Québec, Québec.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- Macaulay, A. (2009). Improving aboriginal health: How can health care professionals contribute? *Canadian Family Physician*, 55, 334-339.
- Malone, J. (2007). Working with aboriginal women : applying feminist therapy in a multicultural counselling context. *Canadian journal of counselling*,34, 1-10.
- Malone, J. (2000). Working with Aboriginal Women: Applying Feminist Therapy in a Multicultural Counselling Context. *Canadian Journal of Counselling*,34, 1-33.
- Mancini Billson, J. & Mancini, K. (2007). *Inuit Women: Their Powerful Spirit in a Century of Change*. Lanham: Rowman& Littlefield.
- Martin, T. (2005). En préface dans *Nouveau-Québec au Nunavik 1964-2004, une fragile autonomie*. Economica. Paris, France.
- McCance, T., Hugh, P. & Boore, J. (2001). Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of advance nursing*,30, 1388-1395.
- McLennan, V. & Khavar, F. (2004). Culturally appropriate health promotion: its meaning and application in Aboriginal communities. *Health Promotion Journal of Australia*, 15, 237-239.
- Mikhailovich, K., Morrison, P., Arabena, K. (2007). Evaluating Australian Aboriginal community health promotion initiative: a selective review. *Rural and remote health*, 7, 1-18.
- Miles, M. & Huberman, A. (2005). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: Boeck.
- Miller, J. (2000). *Skyscrapers hide the heavens: A history of Indian-white relations in Canada*. Toronto, Canada: University of Toronto Press Scholarly Publishing Division.
- Morgan, C. (2008). *L'Arctique : La problématique hommes-femmes*. Bibliothèque du Parlement. Ottawa. Récupéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/prb0809-f.htm>
- Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*,5, 147-149.
- National Aboriginal Health Organization NAHO (2008). *Cultural competency and safety: a guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa, Canada.

- National Collaborating Center for Aboriginal Health (2011). *The sacred space of Womenhood: A national showcase on First Nations, Inuit and Métis Women on Mothering*. Récupéré à [http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/child%20and%20youth/The%20Sacred%20Space%20of%20Womanhood%20-%20Mothering%20Across%20the%20Generations%20\(EN%20-%20web\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/child%20and%20youth/The%20Sacred%20Space%20of%20Womanhood%20-%20Mothering%20Across%20the%20Generations%20(EN%20-%20web).pdf)
- Ninacs, W. (2003). Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. Conférence à : Community Services Council of Newfoundland and Labrador "De la sécurité du revenu à l'emploi : un forum canadien". Victoriaville. Récupéré à <http://www.jobs.envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>
- O'Donnell, V. & Wallace, S. (2011). Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites : rapport statistique fondé sur le sexe. Statistique Canada : Ottawa.
- Organisation des Nations Unies. (2007). Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Récupéré à http://cms.unige.ch/isdd/IMG/pdf/La_Declaration_des_Nations_Unies_sur_les_droits_des_peuples_autochtones.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Genève.
- Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada (2001). *La santé des femmes inuites : un appel à l'engagement*. Repéré à <http://www.cwhn.ca/fr/node/40021>
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2006). *Keepers of the light: Inuit women action plan*. Récupéré à http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/pauktuutit/KeepersOfTheLight_e.pdf
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2007). *Empowering Women in Inuit Communities* Rapport du National Aboriginal Women's Summit. Corner Brook, NL.
- Paul, T.B. & Sobol, I. (2011). *Nunavut report on comparable health indicators 2011*. Gouvernement du Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Pereira de Melo, L. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American journal of Nursing Research*, 1, 20-23.

- Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research; Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A., Delormier, T., & Macaulay, A. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake schools diabetes prevention project in Canada. *Social Science and Medicine*, 56, 1295 - 1305.
- Public Health Agency of Canada. (2011). Obesity in Canada. Prevalence Among Aboriginal Populations. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/abo-aut-eng.php>
- Rajan, G. & Mohanram, R. (1995). *Postcolonial Discourse and Changing Contexts: Theory and Criticism*. Westport: Greenwood Press.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (2012). *Rapport annuel 2011-2012*. Québec, Québec.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik. (2004). Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004: Les faits saillants. Récupéré à <http://www.inspq.qc.ca>
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik. (2012). *Portrait de santé du Nunavik – conditions démographiques et socioéconomiques 2011*. Récupéré à www.rrsss17.gouv.qc.ca
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik. (2013), Les Nunavimmiut et le Projet d'assurance autonomie. Récupéré à http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_77337&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
- Richmond, C., Ross, N. et Egeland, G. (2007). Social Support and Thriving Health: A New Approach to Understanding the Health of Indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97, 1827-1833.
- Richmond, A. & Ross, N. (2008). Social support, material circumstance and health behaviour: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science & Medicine*, 67, 1423–1433.
- Roper, J. & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. London : Sage.

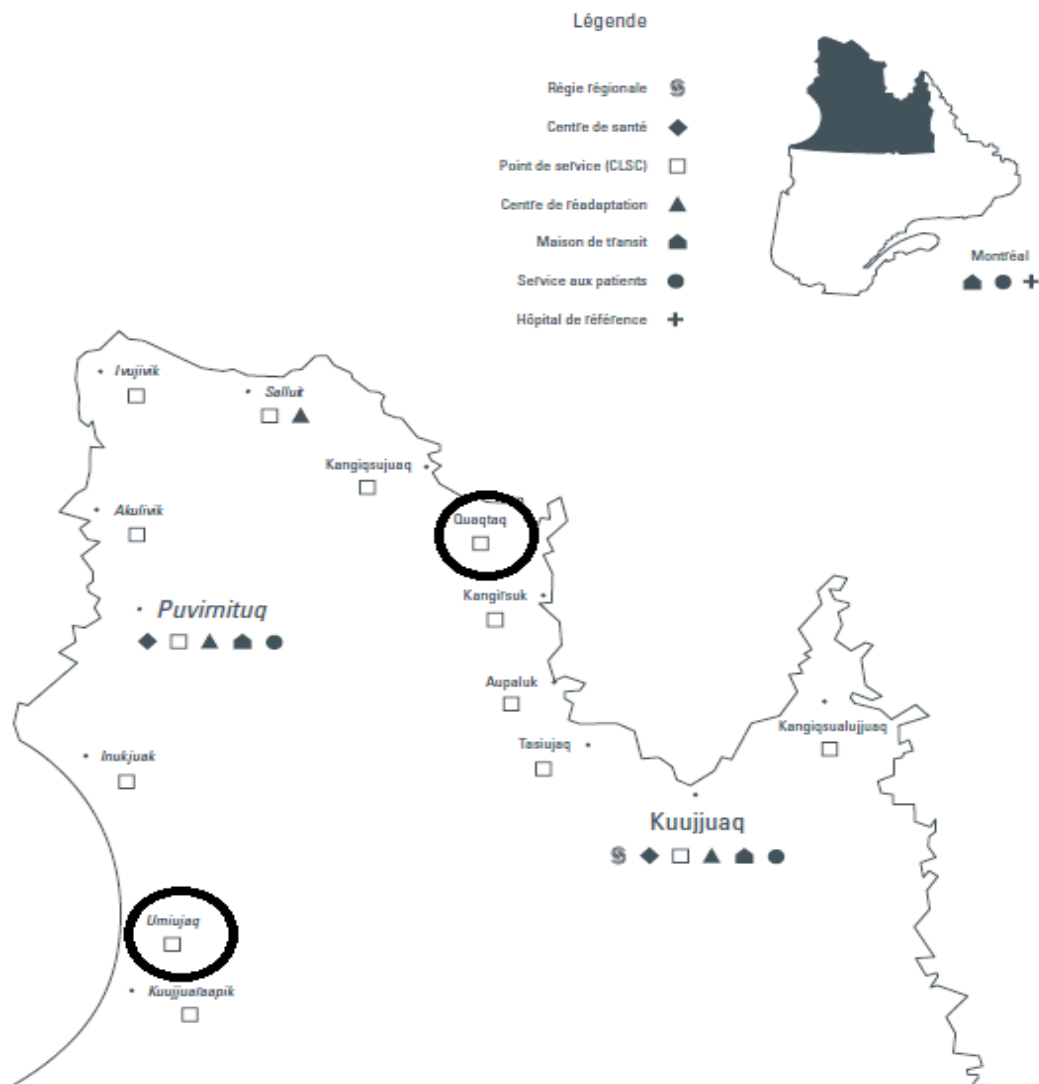
- Santé Canada (2011). *Rapport technique de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009*. Récupéré à http://web.hc-sc.gc.ca/fniah/spnia/pubs/promotion/_oral-bucco/index-fra.php
- Santé Canada.(2013). *First Nations and Inuits Health*.Récupéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-eng.php>
- Saucier, K. et Janes, S. (2008). *Community health nursing: caring for public's health*. (2ième éd). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthie, *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sbarrato, N. (2005). L'éducation dans les communautés autochtones au Québec : Du système d'écoles résidentielles à l'espoir contemporain.*Globe : revue internationale d'études québécoises*,6, 161-178.
- Secrétariat aux Affaires Intergouvernementales Canadiennes. (2013). *Crise du logement Au Nunavik : Le gouvernement du Québec dénonce l'inaction du gouvernement du Canada*. Québec. Récupéré à https://www.saic.gouv.qc.ca/centre_de_presse/communiqués/2013/2013-10-30.html
- Shearer, C. & Reed, P. (2004).Empowerment : Reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Sciences Quartely*, 17, 253-259.
- Simpson, L. (2006). Birthing an Indigenous resurgence: Decolonizing our pregnancy and birthing ceremonies.Dans D. Lavell-Harvard& J. Lavell. (2006). *Until our hearts are on the ground: Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth*.DemeterPress : Toronto, Ontario.
- Solidarité rurale du Québec. (2014) Site web. Récupéré à <http://www.ruralite.qc.ca/fr/Ruralite>
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*.New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Statistique Canada. (2008). *Aboriginal Population Profile, 2006 Census*. Statistique Canada. Récupéré à <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=92-594-xwe&lang=eng>

- Statistique Canada. (2011a). Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe. Récupéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11442-fra.pdf>
- Statistiques Canada. (2011b). *Language, 2011 Census of Population*. Récupéré à http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011003_3-eng.pdf
- Statistiques Canada. (2011c). Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites : Rapport statistique fondé sur le sexe. Récupéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11442-fra.pdf>
- Steenbeek, A. (2004). Empowering health promotion: a holistic approach in preventing sexually transmitted infections. *Journal of holistic nursing*, 22, 256-266.
- Steenbeek, A., Bailey, G. & Simandl, D. (2013). Culturally Relevant HIV/AIDS Education, Prevention, Screening and Treatment for Canadian Inuit. *Canadian journal of public health*, 104, 184-185.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic imperative*. Philadelphie: Lippincott.
- Thomas, W. & Bellefeuille, G. (2006). An evidence based formative evaluation of a cross cultural Aboriginal mental health program in Canada. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5, 1446-7984.
- Tremblay, P. (2009). Building foundations in Aboriginal women health research. *Journal of Aboriginal health*, 4, 1-3.
- Trudel, L., Simard, C. & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherche Qualitative*, 5, 38-45.
- Urquijo, C.R., & Milan, A. (2011). Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe. Statistique Canada: Ottawa.
- Varcoe, C., Bottorff, J., Carey, J., Sullivan, D. & Williams, W. (2010). Wisdom and Influence of Elders: Possibilities for Health Promotion and Decreasing Tobacco Exposure in First Nations Communities. *Canadian Journal of Public Health*. 101, 154-58.
- Voyle, J. & Simmons, D. (1999). Community development through partnership: promoting health in an urban indigenous community in New Zealand. *Social Science and Medicine*, 49, 1035-1050.

Whittemore, R., Chase, S., & Mandle, C. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research, 11*, 522-537.

Young, T., Bierregaard, P., Dewailly, E., Risica, P., Jorgensen, M., & Ebbesson, S. (2007). Prevalence of Obesity and Its Metabolic Correlates Among the Circumpolar Inuit in 3 Countries. *American Journal of Public Health, 97*, 691-695.

APPENDICE A. CARTE DU NUNAVIK (ET VILLAGES CIBLÉS)



Tiré de Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (2012).
Rapport annuel 2011-2012. Québec, Québec.

APPENDICE B. Certificat éthique et renouvellement/modification



Université du Québec en Outaouais
Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 556-3900
www.uqo.ca

Gatineau le 2 janvier 2012

Madame Veronika Bolen
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

cc: Judith Lapierre
Professeure
Département de sciences sociales

Projet #: 1485

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Suite à l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du "Rapport de suivi continu" requis en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. De fait, toute recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://www.comite.ethique@uqo.ca>). Toute modification au protocole de recherche devra être soumise au Comité d'éthique pour validation avant la mise en œuvre des modifications.

Afin de vous conformer à la politique de l'UQO en matière d'éthique de recherche, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un "Rapport de suivi continu" le ou avant le:

2 janvier 2013

Dans l'éventualité où une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Notre référence: 1485

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: Exploration de la perception des femmes Autochtones, vivant en région éloignée au Nunavut, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur des pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leur communauté

Soumis par: Veronika Bolen
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: FQRSC

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: **2 janvier 2013**Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Université du Québec en Outaouais

Casa postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3000
www.uqo.ca

Gatineau le 17 décembre 2012

Madame Veronika Bolen
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

cc: Judith Lapiere
Professeure
Département de sciences sociales

Objet: Exploration de la perception des femmes Autochtones, vivant en région éloignée au Nunavut, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur des pratiques

Projet #: 1485

J'ai pris connaissance des modifications apportées à votre projet en titre. Les changements indiqués s'inscrivent dans les règles éthiques de l'UQO. Par conséquent, il me fait plaisir de confirmer que les modifications à votre projet sont acceptées sur le plan éthique.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Gatineau, le 27 février 2014

Notre référence : 1485

Mme Véronika Bolen
 Étudiante
 Département des sciences infirmières

c. c. Mme Judith Lapierre
 Professeure associée
 Département de travail social

Objet : **Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**
Exploration de la perception des femmes autochtones, vivant en région éloignée au Nuvavik, motivées par un programme en saines habitudes de vie, de leur pouvoir d'agir personnel et collectif sur des pratiques probantes, traditionnelles et culturelles de promotion de la santé au sein de leurs familles et de leur communauté

Madame,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au **18 décembre 2014**.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 18 novembre 2014.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche


 pour André Durivage
 Professeur
 Département des sciences administratives

APPENDICE C. Portrait de la répartition des codes et des catégories selon les dimensions du Modèle *Sunrise* (exemples).

P2) C'était contrôlé avant mais ils ont change de maire et ils sont devenu ratoureux. Ils se promènent...ils demandent aux gens « peux-tu me commander ceci et me commander cela... » « ok, donne-moi de l'argent et je te commanderai ceci et cela... » c'est ça qu'ils font.

JL) Ok...hmmm. Parce que j'ai toujours pensé que ce serait votre décision à faire...mais pour protéger...pourquoi certaines communautés décident de ne pas avoir d'alcool?

P1) Parce que nous sommes démenagé de Kuujjuarapik où il y avait de l'alcool. On avait décidé de ne pas en avoir ici...de ne pas exposer nos enfants à ce genre de chose. Et pas de drogue, pas de bataille, des trucs comme ça. On a essayé de faire une nouvelle vie pour nos enfants et des trucs comme ça.]

P2) Mais les gens n'écoutes pas.]

Commentaire [V41]: Facteurs politiques et légaux, ethnohistoire

***propos classés en fonction des dimensions du Modèle Sunrise**

Commentaire [V42]: Facteurs politiques et légaux, ethnohistoire

Commentaire [V43]: Mode de vie et valeurs culturelles, ethnohistoire

	A	B	C	D	E	F
1	Ré	Propos	Dimension			
147	V90	P2) oui, oui. (mise en contexte: beaucoup de commérage sur facebook)	facteurs technologiques			
148	V91	00) facebook, c'est mauvais desfoisP1) Facebook, c'est surtout mauvais.	facteurs technologiques			
150	V92	P2) oui...pas juste ici; tout va partout, même au Nunavut, au Nunavik, partout. (via facebook)	facteurs technologiques			
151	V93	P3) Il y a certaines bonnes choses...comme de la recherché d'emploi et des gens qui écrivent au sujet des	facteurs technologiques			
154	V95	P3) Les nouvelles voyagent vite sur Facebook. Avant même de savoir que quelqu'un est mort, c'est déjà	facteurs technologiques			
168	V110	P3) On peut demander de l'aide sur Facebook...	facteurs technologiques			
172	V111	P1) Il y a une femme qui avait plusieurs enfants et qui avait besoin d'aide. La radio a demandé qu'on lui d	facteurs technologiques			

*ici, par exemple, les propos furent triés selon la dimension des facteurs technologiques

APPENDICE D : Questionnaire sociodémographique et guide d'entretien



GUIDE 9

GROUPE FOCALISÉ ETHNOGRAPHIE FOCALISÉ

QUESTIONNAIRE DE DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nom fictif : _____

Âge : _____

Statut civil : _____

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Combien y a-t-il de personnes qui vivent avec vous ? (amis, enfant, conjoint, tante, oncle, grands-parents...) _____

Avez-vous un emploi ? : Oui Non

Si oui : type d'emploi _____

Etes-vous bénévole ? : Oui Non

Si oui, organisme(s) concerné(s) : _____

Niveau de scolarité :

Primaire, Secondaire, Études post-secondaires

Question descriptive d'ordre générale

Habitude de vie/Contexte

*Dans le but de mieux apprendre à vous connaître, j'aimerais commencer notre rencontre d'aujourd'hui en vous demandant de me décrire, à tour de rôle, **à quoi ressemble une journée habituelle pour vous** ; les lieux où vous allez, les personnes que vous côtoyez, les activités que vous faites, ce que vous pouvez manger, ce à quoi vous pouvez penser... tout ça m'intéresse.

*J'aimerais maintenant vous poser quelques questions pour comprendre le sens qu'ont certains mots pour vous. Je serais curieuse de savoir «**c'est quoi être en santé-ou, qu'est ce que la santé pour vous**», «**c'est quoi pour vous, des habitudes de vie et de saines/malsaines habitudes de vie (pouvez-vous en nommer)** » et finalement «**c'est quoi les avantages et les désavantages d'être une femme dans votre communauté**» ?

*Quelles sont les **causes selon vous**, dans votre collectivité du **diabète**, du **surpoids** et de l'**obésité** ?

*Quelle **est votre attitude générale** – vos préférences naturelles, envers les choses dites bonnes pour la santé (comme l'exercice, l'alimentation saine, la réduction de la sédentarité, etc.) ? (motivée, démotivée, négative, favorable, défavorable à cause du manque de structures, d'accès, etc.).

Questions structurantes en fonction du fondement conceptuel de l'étude

*Dans votre communauté, pouvez-me dire s'il y a **des lieux, des endroits, des services ou des personnes** qui vous motivent à adopter de saines habitudes de vie?

*De façon générale, j'aimerais que vous me parliez de **l'importance que prend la santé pour vous**, à ce moment de votre vie. Quel est l'importance pour vous d'être en santé aujourd'hui? Quelle est l'importance pour vous que les membres de votre communauté soient en santé ?

*Au-delà, de la santé, quels seraient **les plus grands problèmes de votre collectivité** selon vous ?

*Quelles sont maintenant les **plus grandes forces de votre collectivité** selon vous ?

*Quel est votre rôle *en tant que femme, mère ou sœur ou enfant de*, **du point de vue de la santé** auprès des gens qui vous entourent? (cuisine, soins, hygiène)?

*Auprès de qui, **avez-vous recours lorsque vous avez des inquiétudes** du côté de la santé généralement, dans votre communauté ?

***Qu'avez-vous besoin en termes d'enseignement** (éducation), **d'outils ou de choses précises, de soutien** (personnes ressources), pour mieux promouvoir la santé dans votre communauté, auprès de vos amis ou dans votre famille ?

*Qu'est-ce que, dans votre vie quotidienne vous trouvez **le plus facile à adopter comme saine habitude de vie et pourquoi?** De même, qu'est-ce que **vous trouvez le plus difficile et pourquoi?**

*Qu'est ce qui, selon vous, peut être **un obstacle important ici**, à la promotion de la santé ?

*Dans le programme de saines habitudes promu par la Fédération, ces thèmes sont abordés, j'aimerais connaître **d'abord votre motivation d'apprentissage pour ce thème**, ensuite votre **intérêt à acquérir des habiletés concrètes sur ce thème**, puis **votre motivation à effectuer un changement** dans certains de ces thèmes : alimentation, activité physique, sédentarité, tabac, santé mentale, image corporelle, équilibre budgétaire, gestion de stress et du temps.

*Pouvez-vous identifier la **limite la plus importante** pour chacune d'entre vous, **d'une vie saine et active chez vos enfants** ? (est-ce le manque d'occasions de pratiques

de sports structurés, le manque d'espace pour du sport récréatif non structuré, le manque de ressources, le manque de temps, le manque de modèle de rôle, l'inaccessibilité de nourriture saine et fraîche, etc.)?

*Dans le programme souhaité, idéal, qu'est ce que vous aimeriez absolument voir ajouté comme **pratiques traditionnelles Inuits et culturelles** ?

*Seriez-vous intéressés à devenir un **leader d'un cercle préventifs** dans votre collectivité, après avoir participé au programme ?

*J'aimerais maintenant que l'on parle un peu de ce à quoi vous croyez.

*Quelles **croyances ou convictions traditionnelles vous guident ou vous aident** en santé?

*Quelles seraient selon vous, les **meilleures pratiques** à mettre en place pour soutenir vos jeunes dans des choix de santé ? (campagne, clubs santé, journaux, affiches, sports avec capsules santé, etc. ?)

Question générale de conclusion

*J'aimerais conclure en vous demandant quelle est votre vision de l'état de santé de votre communauté dans l'avenir? Quelles vos inquiétudes pour l'avenir et quelles sont vos croyances positives ?

*Aimeriez-vous ajouter tout autre élément à notre discussion autour de la santé et de votre rôle et pouvoir d'agir ?

APPENDICE E : Tableau de croissance de la population du Nunavik 2011-2020

Population Nunavik											
Village	Population		Population		Taux annuel de croissance naturelle (%)		Croissance naturelle projetée				
	2006		2011		2006-2011		2016		2020		
Hudson	Salluit	1241	1347	1,71 %	1466	1569	5937	6719	2,65%	7667	8531
	Akulivik	507	615	4,26 %	758	895					
	Umiujaq	390	441	2,62 %	502	556					
	Inukjuak	1425	1597	2,41 %	1799	1979					
	Ivujivik	349	370	1,20 %	393	412					
	Kuujuaapik	568	657	3,13 %	767	867					
	Puvirnituq	1457	1692	3,23 %	1983	2252					
Ingrua	Kangirsuk	466	549	3,56 %	654	752	4658	5368	3,36%	6246	7056
	Kuujuaq	2115	2375	2,46 %	2682	2955					
	Kangiqtujuaq	605	696	3,01 %	807	909					
	Quaqtaq	315	376	3,87 %	455	529					
	Aupaluk	174	195	2,41 %	220	242					
	Tasiujaq	248	303	4,44 %	376	448					
	Kangiqtualujuaq	735	874	3,78 %	1052	1221					
Total	10595	12087	3,01 %	13913	15587						

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik (2013), Les Nunavimmiut et le Projet d'assurance autonomie. P.11