



Instrument de mesure des attitudes et des croyances stigmatisantes des professionnels de la santé du Québec envers la clientèle autochtone : Une étude de validation

Mémoire

Caroline Colletette

Maîtrise en sciences infirmières - avec mémoire
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Caroline Colletette, 2023

**Instrument de mesure des attitudes et des croyances
stigmatisantes des professionnels de la santé du Québec
envers la clientèle autochtone :
Une étude de validation**

Mémoire

Caroline Collerette

Sous la direction de :

Marianne Beaulieu, directrice de recherche
Marie-Claude Tremblay, codirectrice de recherche

Résumé

INTRODUCTION. Malgré que les populations autochtones soient minoritaires au Canada, elles sont surreprésentées dans les problématiques de santé. Leurs expériences dans le système de soins de santé sont parfois teintées de stigmatisation, de discrimination et de racisme, ce qui amène les Autochtones à sous-utiliser les services de santé et augmente, par le fait même, les disparités existantes. Or, on constate un décalage important entre la perception des professionnels de santé quant à leur prestation de soins et les expériences de soins de la clientèle autochtone. Cette étude vise à mener les premières étapes d'évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins ». **MÉTHODE.** Un devis descriptif transversal réalisé auprès d'un échantillon d'infirmières constitué par choix raisonné ($n=149$) a été utilisé. L'analyse factorielle exploratoire a permis d'évaluer la validité de construit et d'explorer la structure factorielle de l'instrument de mesure. Des corrélations avec l'Échelle M-Patas ont permis d'évaluer la validité convergente. La validité de critère concomitante a été évaluée par des comparaisons de moyennes pour le score total et chacune des composantes selon deux groupes (discrimination : oui vs. non). L'alpha de Cronbach a permis d'estimer la fiabilité de l'instrument. **RÉSULTATS.** L'analyse factorielle a révélé une structure à 17 items répartis en 5 facteurs qui expliquent 66.87% de la variance totale. Les corrélations avec l'Échelle M-Patas se sont révélées faibles et ne permettant pas d'établir la validité convergente avec l'instrument en développement. La validité liée au critère « discrimination » est établie uniquement pour un facteur, la composante cognitive envers la personne. L'estimation de la cohérence interne a permis d'établir la fiabilité de l'instrument, les alphas de Cronbach varient de satisfaisant (0,671) à excellent (0,845). L'alpha pour l'instrument total indique un excellent degré d'homogénéité (0,870). **CONCLUSION.** L'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » est fiable et la validité de contenu ainsi que de construit a été démontré. Toutefois, d'autres études de validation devront être effectuées afin de raffiner l'instrument.

Abstract

INTRODUCTION. Despite the fact that Indigenous populations are a minority in Canada, they are over-represented in health issues. Their experiences in the health care system are sometimes tinged with stigma, discrimination, and racism, which leads them to underutilize health services and thereby increases existing disparities. There is a significant gap between health professionals' perceptions of their services and the care experiences of Indigenous clients. The purpose of this study is to conduct the first steps in evaluating the psychometric properties of the "Stigma towards Aboriginal people in health care settings" instrument.

METHODS. A cross-sectional descriptive design was used to assess the psychometric properties of the scale. To assess construct validity, we used a reasoned choice sample (n=149) of nurses. The exploratory factor analysis made it possible to explore the structural factors of the scale of measurement. correlations with a similar scale, the M-Patas Scale, have been used to assess the convergent validity of the scale. The Cronbach alpha was used to estimate the reliability of the scale.

RESULTS. Factor analysis revealed a 5-factor structure representing 66.87% of the explained variance. For a final solution of 17 items. The correlations with the M-Patas Scale were weak and did not allow for convergent validity between the two scales. The validity of the "discrimination" criterion has been solely established for the cognitive components towards the person. The internal consistency method has made it possible to establish the reliability of the scale, the Cronbach alpha ranges from satisfactory (0,671) to excellent (0,845). The alpha for the total scale indicates an excellent degree of homogeneity (0.870).

CONCLUSION. The "Stigma towards Aboriginal people in health care settings" instrument is reliable and its content and construct validity has been demonstrated. However, further validation studies are required to refine the "Stigma towards Aboriginal people in health care settings" instrument.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des abréviations, sigles, acronymes.....	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique	2
1.1 Portrait des Autochtones.....	2
1.2 Portrait socio-économique	3
1.3 Portrait sur l'accès aux soins de qualité.....	3
1.3.1 La stigmatisation dans les soins de santé.....	4
1.3.2 La discrimination.....	6
Chapitre 2 : Recension des écrits	10
2.1 Description de l'AIT	10
2.1.1 Développement de AIT.	11
2.1.2 Qualités psychométriques de l'AIT.	12
2.2 Utilisation de l'AIT pour mesurer les biais envers les Autochtones.....	13
2.2.1 L'étude de Sabin et al. (2015)	14
2.2.2 L'étude de Puumala et al. (2016).....	14
2.2.3 L'étude de Harris et al. (2018).....	15
2.3 Synthèse.....	16
2.3.1 Mesures	16
2.3.2 Constats.....	16
Chapitre 3 : Cadre conceptuel	18
Chapitre 4 : Objectifs.....	20
Chapitre 5 : Méthodologie.....	21
5.1 Processus de développement de l'outil de mesure de la stigmatisation	21
5.1.1 Phase 1. Développement d'items	21
5.1.1.1 Étape 1. Identification du domaine et génération d'items.....	21
5.1.1.2 Étape 2. Validité de contenu.....	23
5.1.2 Phase 2. Développement de l'échelle.....	25
5.1.2.1 Étape 1. Prétest des questions.....	25
5.1.2.2 Étape 2. Échantillonnage et administration de la mesure.....	25
5.1.2.3 Étape 3. Réduction du nombre d'items	28
5.1.2.4 Étape 4. Extraction des facteurs.....	28
5.2.2 Phase 3. Évaluation de l'instrument.....	29
5.2.2.1 Étape 1. Test de dimensionnalité.....	29
5.2.2.2 Étape 2. Test de fiabilité.....	29
5.2.2.3 Étape 3. Test de validité.....	30
5.2.2.3.1 Validité de construit - convergente.....	30
5.2.2.3.2 Validité liée au critère - concomitante.....	31
5.4 Considérations éthiques	32
Chapitre 6 : Résultats.....	33
6.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	33
6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques	33
6.1.2 Caractéristiques de la pratique clinique	33
6.2 Évaluation de la validité	36
6.2.1 Validité de construit	36

6.2.1.1 Validité factorielle.....	36
6.2.1.1.1 Réduction du nombre d'items et extraction des facteurs.....	36
6.2.1.1.2 Calcul des scores factoriels.....	38
6.2.1.2 Validité convergente.....	40
6.2.2 Validité de critère.....	41
6.3 Estimation de la fiabilité.....	43
Chapitre 7 : Discussion.....	44
7.1 Validité de l'outil.....	44
7.2 Fiabilité de l'instrument.....	45
7.3 Forces de l'étude.....	46
7.4 Limites de l'étude.....	46
7.4.1 Limites dues au contexte.....	46
7.4.2 Limites liées à la méthodologie.....	47
7.5 Implications pour la pratique clinique.....	47
7.6 Pistes de recherches futures.....	48
Conclusion.....	49
Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement.....	50
Annexe 2. Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins ».....	54
Annexe 3. Questions sociodémographiques.....	62
Annexe 4. Échelle M-PATAS.....	65
Annexe 5. Débriefing.....	67
Bibliographie.....	68

Liste des tableaux

Tableau 5.1. Phases de développement selon Boateng et al. (2018)	21
Tableau 5.2. Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins »	24
Tableau 5.3. Groupes de randomisation.....	26
Tableau 5.4. Échelle M-Patas	27
Tableau 5.5. Items de la dimension comportementale - décisions cliniques*.....	32
Tableau 6.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N=149).....	33
Tableau 6.2. Caractéristiques de la pratique clinique de l'échantillon (N=149*).....	35
Tableau 6.3. Méthode de rotation et raison du retrait d'items	37
Tableau 6.4. Analyse factorielle à 5 facteurs sur les composantes de la stigmatisation - Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins »	38
Tableau 6.5. Scores factoriels pour l'ensemble des répondants/composantes.....	39
Tableau 6.6. Coefficients de corrélation de Pearson entre l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » total et ses composantes et l'échelle M-PATAS, et niveau de signification de ces corrélations	41
Tableau 6.7. Matrice des décisions cliniques.....	42
Tableau 6.8. Tableau de différences de moyennes selon les décisions cliniques discriminantes	43

Liste des abréviations, sigles, acronymes

AIC.	Assistante infirmière chef
CA.	Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », Composante affective
CCAA.	Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », Composante cognitive envers les patients autochtones - Autonomie
CCAC.	Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », Composante cognitive envers les patients autochtones - Coopération
CCAR.	Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », Composante cognitive envers les patients autochtones – Responsabilité
CCP.	Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », Composante cognitive envers la personne
CH.	Centre hospitalier
CÉRUL.	Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval
CIUSSS-CN.	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CLSC.	Centre local de services communautaires
GMF.	Clinique médicale
GMFU.	Groupe de médecine de famille universitaire
CRCHU.	Centre de recherche du centre hospitalier Universitaire
IPS.	Infirmière praticienne spécialisée
M-Patas.	Modern Prejudiced Attitudes toward Aboriginals Scale
OIIQ.	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Remerciements

Je tiens à souligner le soutien incommensurable de ma directrice Marianne Beaulieu, ainsi que son écoute tout au long de cette aventure qu'est la maîtrise. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la recherche.

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance à ma codirectrice Marie-Claude Tremblay, qui m'a accueillie au sein de son équipe de recherche, pour son encadrement et son soutien.

Mes sincères remerciements à vous.

Je désire remercier *l'Équipe de Recherche* du projet pour leur soutien et judicieux conseils.

Je remercie mes filles, Priscylla et Ellie, pour tout l'amour qu'elles m'ont donné au long de ce parcours.

Merci à Marie-Jill pour son amitié et ces encouragements.

Je remercie les organismes VITAM-Centre de recherche en développement durable, le Ministère de l'éducation et enseignement supérieur du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudières-Appalaches pour leur soutien financier.

Introduction

Les infirmières¹ sont des intervenantes de première ligne et constituent ainsi une pierre angulaire des services de soins de santé au Canada. Conséquemment, elles se doivent d'assurer l'accès à des soins de qualité pour différentes populations, incluant les populations autochtones. Promouvoir un accès sécuritaire aux soins pour la patientèle autochtone nécessite d'en évaluer le risque culturel engendré par la stigmatisation. Afin d'assurer des soins sécuritaires pour les populations autochtones, il y a lieu d'évaluer la stigmatisation que peuvent exercer les professionnels de santé.

Si l'expérience des soins des Autochtones dans le système de santé est relativement bien documentée dans la littérature, les attitudes et les croyances des infirmières envers cette patientèle le sont beaucoup moins. En effet, il est difficile de quantifier l'envergure du problème étant donné le manque d'échelles permettant de mesurer la stigmatisation à l'égard de la patientèle autochtone chez les professionnels de santé. Or, une meilleure connaissance du niveau de croyances et des attitudes stigmatisantes de ce groupe permettrait de faire la promotion des pratiques de soins plus culturellement sécuritaires (Baba, 2013). Le présent projet de recherche vise à évaluer les propriétés psychométriques d'un outil mesurant le niveau de stigmatisation des infirmières envers les peuples autochtones du Québec.

Le chapitre 1 présente la problématique. Le chapitre 2 est une recension des écrits faisant état des échelles existantes permettant de mesurer le niveau de stigmatisation. Le chapitre 3 décrit le cadre conceptuel, inspiré des travaux de Phelan (2001) et Dieujuste (2016). Le chapitre 4 indique les objectifs détaillés de cette étude. Le chapitre 5 présente le processus de développement de l'outil de mesure de la stigmatisation puis la méthodologie pour l'évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument. Le chapitre 6 expose les résultats de la validité et de la fiabilité et le chapitre 7 est la discussion en lien avec les résultats. Finalement, une conclusion résume les résultats de l'étude.

¹ Le féminin est utilisé dans le texte pour désigner autant les infirmières que les infirmiers, et ce, afin d'alléger la lecture.

Chapitre 1 : Problématique

1.1 Portrait des Autochtones

Les peuples autochtones canadiens sont constitués de trois groupes, les Premières Nations, les Inuits et les Métis. En 2016, ils comptaient 1 673 785 individus, représentant 4,9 % de la population du Canada. Depuis 2006, la population autochtone a augmenté de 42,5 %, ce qui représente plus de quatre fois le taux de croissance de la population non autochtone au cours de la même période. Selon les projections démographiques, la population autochtone continuera de progresser rapidement. Au cours des deux prochaines décennies, elle dépassera probablement 2,5 millions de personnes (Agence de la santé publique du Canada, 2019).

L'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des Allochtones est percutant. Les taux de mortalité et de morbidité des Autochtones sont nettement plus élevés que la population générale (Tang & Browne, 2008) et leur espérance de vie est jusqu'à dix ans inférieure (Gionet & Roshanafshar, 2013; Statistique Canada, 1999). Le taux de mortalité infantile est deux à quatre fois plus élevé chez les Premières Nations et des Inuits (Agence de la santé publique du Canada, 2019; Bushnik et al., 2017). Ils sont plus à risque de développer plusieurs maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, les douleurs chroniques et le diabète (Tehee et al., 2019). La prévalence du diabète chez certaines communautés des Premières Nations est de 3 à 5 fois plus élevée que dans la population générale (Gouvernement du Canada, 2021). En 2020, les populations autochtones représentent 62% des cas de tuberculose (Gouvernement du Canada, 2022b) et le taux d'incidence est 296 fois plus élevé chez les Inuits (Vachon et al., 2018). Ces iniquités de santé découlent notamment des iniquités sociales (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2012; Gouvernement du Canada, 2018; Woodgate et al., 2017). Le colonialisme est souvent considéré comme un méta-déterminant de la santé pour les Autochtones, qui expérimentent plusieurs inégalités sociales conséquentes aux processus d'exclusion, d'oppression et de discrimination liés au colonialisme (Czyzewski, 2011).

Les nombreuses iniquités sociales, économiques et politiques qu'ont expérimentées au fil des générations et qu'expérimentent toujours les Autochtones, les prédisposent également à de nombreux troubles mentaux, la dépression et la dépendance. Par exemple, la dépendance au jeu et les troubles de dépendances à l'alcool (Martinez et Armenta, 2019) peuvent être considérés comme une forme d'exutoire des symptômes de stress traumatique (Currie et al., 2013). La discrimination augmente le risque de troubles de dépendance et de dépression (Bombay et al., 2010; Bombay et al., 2014; Janzen et al., 2018; McQuaid et al., 2015). Les iniquités sur le plan de la santé mentale ont des conséquences néfastes (O'Keefe et al., 2019). Entre 2011 et 2014, le taux de mortalité prématuré lié à différents troubles mentaux et de dépendance (intoxication par des médicaments, maladie hépatique chronique, cirrhose, dépendance à l'alcool, abus de drogues et suicide) parmi

les Autochtones était nettement plus élevé que celui parmi les Canadiens non-autochtones et ce taux ne cesse d'augmenter (Shiels et al., 2017).

La précarité des conditions de vie des Autochtones, tout comme les écarts et les iniquités qu'ils vivent en matière de soins de santé s'expliquent en grande partie par différents facteurs socio-politiques.

1.2 Portrait socio-économique

Les iniquités de santé expérimentées par les Autochtones sont un problème de santé publique majeur puisqu'elles découlent des conditions sociales, économiques, culturelles et politiques associées à l'impact continu du colonialisme (Adelson, 2005). Le colonialisme, avec ses tentatives d'assimilation à la société canadienne, est responsable de nombreux traumatismes vécus par les communautés (Bombay et al., 2014; Miller, 2018; Taylor, 1984), il est même qualifié de « génocide culturel » (Arriagada, 2016; Roussel, 2015; Taylor, 1984). L'exclusion sociale, les actes de maltraitance et d'abus subis dans le passé ont laissé d'importantes blessures psychologiques aux peuples autochtones. Les inégalités qu'ils vivent se cumulent, se renforcent mutuellement et se transmettent de génération en génération (Bourque, 2014; Eckert, 2008).

La pauvreté et les iniquités socio-économiques touchent plusieurs ménages autochtones. En 2005, le revenu total médian de la population autochtone âgée de 25 à 54 ans atteignait 22 000 \$, comparativement à 33 000 \$ pour la population allochtone du même groupe d'âge (Gouvernement du Canada, 2018). Le revenu médian des membres des Premières Nations vivant hors réserve était d'environ 22 500 \$ et d'environ 14 000 \$ pour ceux qui vivaient dans une réserve. En 2022, les Autochtones, Premières Nations, Métis ou Inuits étaient de trois à cinq fois plus susceptibles d'avoir vécu un épisode d'itinérance que les Allochtones et ces données n'inclut que les autochtones vivant hors réserve (Gouvernement du Canada, 2022a). La marginalisation ainsi que la précarité financière sont directement liées à de nombreux problèmes sociaux qui ont des effets concomitants sur la santé (Tang & Browne, 2008), tels que l'insécurité alimentaire (Gionet & Roshanafshar, 2013; Moyser, 2017), le faible niveau d'éducation, le faible taux de diplomation (Arriagada, 2016; MacDonald & Wilson, 2016; Statistique Canada, 2016), le faible niveau de littératie (Rheault et al., 2019), l'inégalité d'emploi et la judiciarisation (Brownridge, 2008; Harding, 2006). De même, le stress psychosocial caractérisé par la méfiance à l'égard des institutions gouvernementales contribue aux effets néfastes sur la santé des populations autochtones (Peiris et al., 2008; Spence et al., 2016) constitue un obstacle important à l'accès aux soins de santé.

1.3 Portrait sur l'accès aux soins de qualité

Les responsabilités inhérentes à la gestion des services de santé incombent aux trois paliers gouvernementaux, soit le fédéral, le provincial et les territoires, selon les lois et les ententes entre les partis (Butler & Tiedmann, 2023; Ministère de la santé et des services sociaux, 2018). Alors qu'il repose sur les principes d'accessibilité et d'universalité, le système de santé entrave l'accès aux soins et aux services de

santé offerts aux Autochtones (Romanow, 2002). Ainsi, malgré les tentatives d'intervention, de réorientation politiques et les nombreuses démarches gouvernementales en matière de santé (commissions, groupes de travail, plan d'action ministériel, etc.), des difficultés d'accès aux soins liés à la coordination entre les différents ordres de gouvernement persistent (Cameron, 2011). Toutefois, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le racisme et la stigmatisation dont les Autochtones font l'objet dans le système de santé sont les obstacles les plus importants à l'accès aux soins de qualité (Allan & Smylie, 2015; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2012; Smylie et al., 2018; Turpel-Lafond & Johnson, 2021). Les inégalités d'accès aux soins expérimentés par les Autochtones découlent également de politiques et de programmes de soins qui reposent sur les valeurs, les principes et les référents de la culture dominante, mais qui ne sont pas adaptés à leurs besoins et leur identité culturelle (Brown, 2017; Tang & Browne, 2008). Le paradigme biomédical s'ancre dans une vision occidentale de la santé et de la maladie qui prédomine dans le système de santé canadien, ce qui discrédite la vision autochtone de la santé et du bien-être (Durie, 1997). Or, un accès équitable aux soins de santé est essentiel afin d'offrir une réponse adéquate aux problèmes de santé vécus par ces populations et d'éviter d'alourdir le fardeau de morbidité créé par les inégalités sociales.

Plusieurs rapports d'enquête mettent en évidence les graves conséquences de ces iniquités d'accès (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2012; Harris et al., 2013; Ministère de la santé et des services sociaux, 2001; Secrétariat aux affaires autochtones, 2017; Viens, 2019). Ceci s'explique en partie par l'absence d'actions politiques concrètes, la distribution inégale des ressources (Eckert, 2008) et la discrimination structurelle, c'est-à-dire la discrimination systémique dans les lois et les pratiques qui servent les intérêts d'un groupe majoritaire, mais nuisent aux groupes minoritaires, tels que les peuples autochtones (State services commission Te Kawa Mataaho, 2012). À cela s'ajoute le racisme systémique, défini comme étant un phénomène qui maintient ou exacerbe des inégalités de pouvoir, ressources ou opportunités à travers des groupes ethniques, raciaux et culturels. Il peut être exprimé au travers de croyances, d'émotions, de comportements ou de pratiques et peut se manifester à trois échelles : intériorisé (personne d'un groupe racisé adopte les préjugés et stéréotypes contre son propre groupe et se dévalorise elle-même), interpersonnel (interactions racistes entre individus) et systémique (racisme manifesté au travers de politiques, pratiques et/ou au sein d'institutions) (Loppie et al., 2014; Paradies et al., 2014). Les discussions sur les processus de racialisation à l'œuvre dans le système de santé sont souvent masquées par les principes de rectitude politique et d'égalitarisme, le « discours » sur la discrimination demeurant un tabou social (Augoustinos et al., 2005; Riley, 2002; Tang & Browne, 2008; Tator et al., 2006).

1.3.1 La stigmatisation dans les soins de santé

Dans la société canadienne, les déséquilibres de pouvoir sont enracinés dans les relations coloniales qui supposent la supériorité de la médecine occidentale au détriment de la médecine traditionnelle autochtone,

la supériorité de la culture occidentale au détriment de culture autochtone, la supériorité des savoirs experts au détriment des savoirs expérientiels des patients (Bergeron, 2022). De ce fait, les Autochtones sont toujours à risque d'être stigmatisés en raison de leur appartenance ethnoculturelle (Wylie & McConkey, 2019). La stigmatisation est un processus de contrôle social lié à l'accès au pouvoir social, économique et politique. Elle permet l'identification du « différent », la construction de stéréotypes (représentations cognitives généralisantes et erronées) et la mise en place de la désapprobation, du rejet, de l'exclusion et de la discrimination d'un groupe minoritaire par un groupe majoritaire (Link & Phelan, 2001). La stigmatisation comporte trois dimensions : affective (attitudes et sentiments négatifs), comportementale (traitement discriminatoire) et cognitive (croyances et étiquetage). Au Canada, les croyances, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé envers les Autochtones sont influencés par les stéréotypes coloniaux ancrés dans les mentalités (Harding, 2006) et la conscience publique (Browne & Varcoe, 2006).

Dans le système de santé, ces croyances sont renforcées par les relations de pouvoir qui se créent au détriment de ces populations autochtones et se manifestent par le traitement inéquitable en matière de soins de santé (Désy & Filiatrault, 2018) par exemple un diagnostic inadéquat ou le choix de traitements pharmacologique ou non pharmacologique non appropriés. Plusieurs préjugés par rapport aux Autochtones persistent tant dans la population générale que chez les professionnels de la santé, tels que l'addiction aux opioïde, l'alcoolisme ou la violence conjugale. Les attitudes et croyances stigmatisantes préexistantes influencent la façon dont les cliniciens prodiguent des soins aux Autochtones telle que l'approche relationnelle teintée de jugements sur les habitudes de vie, les croyances erronés sur la culture ou encore le fait de minimiser les symptômes (Daly et al., 2007; Hunt et al., 2015; Sabin, Nosek, Greenwald & Rivara, 2009; van Ryn et al., 2011). Les professionnels de la santé tendent à considérer les patients autochtones comme responsables de leurs conditions de santé, comme des patients difficiles et non-observants et ayant une capacité limitée de prendre en charge leur santé (Browne & Varcoe, 2006; Cooper et al., 2012; Loppie et al., 2014). Les Autochtones sont aussi perçus comme souffrant de troubles de dépendance aux substances et à l'alcool (Loppie et al., 2014; Martinez & Armenta, 2019; Perreault, 2005). D'autres préjugés concernent les comportements violents, leur faible capacité parentale, et l'incapacité des Autochtones à jouer un rôle actif dans la société (Bhattacharyya et al., 2011; Rix et al., 2013). Ces stéréotypes, qui sont aussi présents dans le système de santé, affectent la qualité des soins prodigués à la patientèle autochtone et provoquent les inégalités dans les soins et les traitements médicaux, notamment par des diagnostics et des plans de traitements différents de ceux des allochtones (Ewen et al., 2015; Harris et al., 2018; Mitchell et al., 2009; Sabin, Moore, Noonan, Lallemand, & Buchwald, 2015). Par conséquent, la patientèle ne recevant pas les mêmes soins, il peut y avoir un retard de diagnostic ou une exacerbation de la maladie.

Du point de vue des communautés autochtones, les expériences de discrimination vécues dans le système de santé sont largement documentées et porte à croire en la présence d'attitudes stigmatisantes chez

les professionnels de la santé (Grigg & Manderson, 2016; Johansson et al., 2006; McKinstry, 2017). Plusieurs études mettent en évidence des interactions marquées par la stigmatisation, la discrimination et le racisme entre les prestataires et les fournisseurs de soins (Janzen et al., 2018). De nombreux patients autochtones affirment qu'ils se sont demandé comment leur « apparence autochtone » ou à leur origine ethnoculturelle affectait la qualité des soins prodigués (Tator et al., 2006; Wylie & McConkey, 2019). Plusieurs autochtones rapportent des expériences de soins teintées par le racisme et la stigmatisation en raison de leur appartenance ethnoculturelle (Ewen et al., 2015; Moskowitz et al., 2012; Paradies et al., 2014). Les pratiques stigmatisantes, teintées de racisme (ex. traiter le patient différemment puisque celui-ci étant autochtone à mauvaise hygiène de vie assurément) sont dénoncées par les prestataires de soins qui en sont témoins comme (Wylie & McConkey, 2019).

De façon général, l'appréhension d'être stigmatisé pousse le patient à éviter cette situation (Deacon, 2006), à amoindrir ses symptômes et même à nier ses problèmes de santé (Corrigan & Phelan, 2004). La perception du manque d'engagement de la part du clinicien favorise le sentiment de méfiance (O'Brien et al., 2009), la réticence à chercher de l'aide, le non-respect du traitement thérapeutique prescrit (Dieujuste, 2016; Giordana, 2011; Gouvernement du Québec, 2017) ainsi que l'assiduité du suivi quant à l'efficacité du traitement (Cranwell et al., 2016; O'Brien et al., 2009). La stigmatisation a donc des effets directs et négatifs sur la santé des patients stigmatisés (Cranwell et al., 2016; Hasson-Ohayon et al., 2016). Ainsi, dans le système de santé, les croyances, les attitudes et les comportements stigmatisants des professionnels de la santé amènent les Autochtones à sous-utiliser les services de santé (Peiris, 2008; Rix et al., 2013; Tang & Browne, 2008). Le patient autochtone qui perçoit l'attitude stigmatisante du clinicien accorde peu de considérations aux recommandations émises (Cooper et al., 2012). Cependant, le lien de confiance entre le clinicien et le patient est indispensable à l'établissement de la relation soignante et du lien thérapeutique (Janzen et al., 2018; O'Brien et al., 2009; Peiris, 2008; Van Herk et al., 2012).

1.3.2 La discrimination

Pour certains auteurs, la discrimination est une dimension comportementale de la stigmatisation (Link & Phelan, 2001; Livingston, 2020). Des études en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada ont été menées afin de comprendre comment les attitudes et les croyances se manifestent dans la pratique. Elles constatent une forte association entre les biais, les préjugés et les comportements discriminatoires des professionnels de santé dans leurs pratiques (Cooper et al., 2012; Harris et al., 2018; Moskowitz et al., 2012; van Ryn, Hardeman, Phelan, Burgess, et al., 2015). Il arriverait donc que les décisions cliniques des professionnels de la santé soient affectées par des préjugés. Les professionnels qui entretiennent des préjugés à l'égard des Autochtones peuvent démontrer un certain désengagement, qui amène à dévier des protocoles et des standards de qualité habituels, entraînant des soins de piètre qualité (Cooper et al., 2012; Phillips & Powe, 2004; Saha et al., 2003;

van Ryn et al., 2011). En effet, la discrimination est couramment observée lors de la première visite d'évaluation (qui sert à identifier les symptômes, déceler les problèmes de santé, établir les priorités d'intervention, déterminer le degré de gravité, initier des mesures diagnostiques) et par conséquent les suivis médicaux (Gonzales et al., 2014). Le choix des traitements thérapeutiques peut également varier en fonction de l'appartenance ethnique et ainsi ne pas donner lieu à un suivi clinique adéquat (Dovidio & Fiske, 2012; Ewen et al., 2015). Ce phénomène est relaté par les patients autochtones qui ont des douleurs chroniques. Alors qu'un traitement non-pharmacologique serait inadéquat pour ces patients, certains cliniciens estiment que la douleur exprimée est un prétexte pour se procurer des narcotiques en raison des stéréotypes bien connus de dépendance aux opioïdes (Browne et al., 2010). Les préjugés et stéréotypes engendrent également des pratiques peu éthiques, comme le démontre le rapport Viens (2019, p. 391). Des femmes autochtones admises en périnatalité ont été soumises à des tests de dépistage de drogues sans leur consentement (Brown, 2017; Grigg & Manderson, 2016; Johansson et al., 2006; McKinstry, 2017). De plus, l'enjeu de la confidentialité au sein des communautés est un obstacle à l'accès aux services de santé, aux traitements ainsi qu'aux suivis réguliers. Les Autochtones vivant avec le VIH, plus particulièrement dans les communautés, se heurtent également à la discrimination. Craignant d'être étiquetés pour leur maladie dans leur communauté, certains doivent sortir de leur communauté pour accéder aux services de soins de santé en utilisant le transport communautaire, ce qui accentue le risque de bris de confidentialité (Goodman et al., 2017; Woodgate et al., 2017).

Les expériences de discrimination rapportées par les Autochtones surprennent les médecins et les infirmières, qui croient traiter « tout le monde de la même façon » (Ewen et al., 2015). Bien que la prestation de soins de qualité et équitable pour l'ensemble des patientèles soit au cœur des pratiques infirmières (OIIQ, 2010), des relations de pouvoir inégales qui reposent sur des différences sociales entre des personnes issues de milieux culturels hétérogènes sont décriées (Tang & Browne, 2008).

Des études ont démontré que le fait d'appartenir à une communauté minoritaire (van Ryn, Hardeman, Phelan, Dovidio, et al., 2015; White-Means et al., 2009), d'être plus âgé (Sabin et al., 2009) d'avoir eu des contacts favorables avec les membres de la communauté stigmatisée ainsi que le climat du contexte de pratique (Tremblay et al., 2020) sont des variables liées à un niveau inférieur d'attitudes stigmatisantes. Par ailleurs, la littérature permet de cibler plusieurs facteurs qui peuvent influencer l'occurrence de la stigmatisation et de la discrimination dans les soins : la fréquence d'exposition des cliniciens avec cette patientèle (Sabin et al., 2015; van Ryn, Hardeman, Phelan, Burgess, et al., 2015), la formation (Cooper et al., 2012; Downing et al., 2011; Quine et al., 2012), le manque d'occasion de développer les compétences culturelles (Battersby et al., 2018; Bhattacharyya et al., 2011; Papps & Ramsden, 1996) et les modèles de rôle négatifs (Durey, 2010; van Ryn, Hardeman, Phelan, Burgess, et al., 2015). Ainsi, ces facteurs ont une influence négative qui se transpose évidemment dans la pratique clinique (Durey, 2010; van Ryn, Hardeman, Phelan, Burgess, et al., 2015).

Force est de constater qu'il existe un décalage important entre la perception des professionnels quant à leur approche de soins et les expériences de soins de la patientèle autochtone (Grigg & Manderson, 2016; Johansson et al., 2006; McKinstry, 2017). En effet, l'accès aux soins de qualité demeure difficile pour les Autochtones et contribue à creuser l'écart entre l'état de santé de ces populations et celui des Allochtones.

En matière de soins de santé, les travaux montrent que les prestataires de soins de santé, considérés comme étant en position de pouvoir, influencent l'étiquetage de la déviance et l'établissement de normes sociales (Freund & Maguire, 1999; Mill et al., 2010). Mill et ses collaborateurs (2010) proposent d'ailleurs que la stigmatisation puisse être un mécanisme de contrôle social, s'exerçant par le biais de pratiques de soins déresponsabilisantes. Les infirmières œuvrant en première ligne sont des actrices proximales et sont donc à même de perpétuer la stigmatisation ou de la contrer. Toutefois, le manque de connaissances scientifiques sur la perspective infirmière des soins, les attitudes, les croyances et comportements stigmatisants ne permet pas d'intervenir à ce niveau et donc, de lutter contre les barrières interpersonnelles à l'accès aux soins et à la continuité des soins pour les peuples autochtones. À cet effet l'approche patient partenaire est de plus en plus intégrée dans les projets de recherche, car elle est considérée comme très prometteuse pour contrer ces barrières. C'est dans une volonté réciproque et un partenariat relationnel significatif entre le patient et les acteurs du système de soins de santé que « l'approche patient » permettrait d'améliorer la santé de la population (Pomey et al., 2015). D'un point de vue scientifique, très peu d'études permettent d'identifier le niveau de stigmatisation des infirmières envers les Autochtones et peu d'entre elles intègrent cette approche. De plus, la mesure de la stigmatisation comporte de nombreux défis en raison des dimensions latentes (non observables) que sous-tend ce concept. Dans la littérature, la stigmatisation est souvent abordée selon différentes perceptions (du patient ou du professionnel) et théories (la stigmatisation est multidisciplinaire). Les concepts de stéréotypes, préjugés, biais et discrimination liés à la stigmatisation sont souvent confondus entre eux, alors qu'ils sont parfois considérés comme distincts.

La stigmatisation est un phénomène présent dans la société dont le système de santé ne fait pas exception. Ainsi, les pratiques professionnelles peuvent contribuer à la stigmatisation et au maintien des barrières systématiques. Le concept de stigmatisation a fait l'objet de nombreuses recherches et de certaines tentatives de mesure dans le domaine de la santé mentale, mais ces échelles ne sont pas adaptées à la patientèle autochtone ni au contexte canadien du système de santé. De plus, il n'existe pas d'échelle validée pour mesurer le niveau de stigmatisation des professionnels à l'égard de la patientèle autochtone.

Il est donc important de bien documenter ces attitudes et comportements à l'aide d'un instrument permettant de mesurer le niveau de stigmatisation. Un tel instrument permettrait l'élaboration de formations professionnelles plus spécifiques afin de potentiellement réduire les attitudes stigmatisantes des professionnels de la santé. Ainsi, l'objectif de cette étude est de mener les premières phases de validation d'un instrument

permettant de mesurer le niveau de stigmatisation exercé par les infirmières à l'égard de la patientèle autochtone.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Afin d'identifier, dans la littérature, les instruments permettant de mesurer la stigmatisation des professionnels de santé envers les patients autochtones, une recension des écrits a été menée en septembre 2020. Une stratégie de recherche documentaire en vocabulaire libre a été conçue sous la supervision d'une bibliothécaire-conseil. La recherche documentaire a été menée en septembre 2020. Les bases de données suivantes ont été utilisées pour repérer les articles pertinents : PubMed, Embase, PsycInfo, CINAHL et Web of Science. La recherche n'a pas été limitée à une période de publication particulière.

Afin d'élaborer la stratégie de recherche, nous nous sommes basés sur cinq concepts clés :

1. les professionnels de santé;
2. les instruments de mesure;
3. les attitudes/préjugés;
4. les patients/communautés autochtones;
5. la stigmatisation.

La recherche documentaire a permis de recenser les outils existants permettant de mesurer le niveau de stigmatisation et plus largement les perceptions, les attitudes et les croyances des professionnels de la santé à l'égard de la patientèle autochtone. Aucune échelle spécifique au concept de stigmatisation n'a été recensée. Toutefois, plusieurs études évaluent les biais cognitifs implicites et explicites qu'entretiennent les professionnels de santé en lien avec les patients autochtones. Le concept de biais est un sous concept de la stigmatisation, il fait référence à la composante cognitive et peuvent être implicite soit inconscient et s'activer automatiquement ou explicite c'est-à-dire qu'il est conscient et intentionnel (van Ryn et al., 2011). Un biais implicite est défini comme des croyances, stéréotypes et préjugés qu'un individu entretient envers un groupe, et qui sont devenus invisibles au cours du temps (Harding, 2018). Ces biais sont le plus souvent évalués à l'aide du Test d'attitude implicite (AIT). Dans la prochaine section, nous présentons le processus de développement de cet instrument, son évolution, puis nous présentons les études recensées utilisant le test (AIT) auprès d'un échantillon similaire à la présente étude.

2.1 Description de l'AIT

L'AIT, dans sa version moderne, a été développé à l'Université de Harvard par des chercheurs en psychologie sociale et cognitive au cours des années (Greenwald & Nosek, 2001). Le test mesure les biais implicites en fonction du temps de réponse lors de l'association d'images (personne de différentes ethnies, par exemple : Noir - Blanc) et de concepts ou de valeurs, telles que bon/mauvais. Il mesure donc la force relative de l'association entre deux concepts. Les résultats dépendent des différences dans les temps de réponse, plutôt que du choix d'un concept de valeur positive/négative. Les scores sont standardisés en fonction du temps de réponse allant de -2 à 2. Des scores près de 0 soit -0,15 et 0,15 n'indiquent aucune préférence.

La force de l'AIT réside dans son potentiel d'application à différents phénomènes sociaux et contextes d'utilisation. Il suffit de changer les mots cibles pour avoir une nouvelle version spécifique. C'est pour cela que l'AIT est utilisé sous différentes versions et dans différents contextes. Toutefois, il est parfois adapté et utilisé sans nécessairement être validé du point de vue psychométrique. Différentes versions existent pour mesurer les préjugés envers certains groupes racisés tels que : AIT-Native américain (Sabin et al., 2015), préférence ethnique (AIT Race préjugés raciaux pro-blancs/anti-noirs (Hall, 2015; Maina et al., 2018; Paradies et al., 2014) ou d'attitude ATIA scale (Pedersen et al., 2004) et plusieurs autres. Par ailleurs, une méta-analyse de 103 études a démontré que l'AIT est un instrument dont la validité prédictive était très bonne et plus précise que les mesures d'auto-évaluation (Greenwald, Poehlman, Uhlmann, & Banaji, 2009).

2.1.1 Développement de AIT.

Nous présentons ici le processus par lequel les auteurs Greenwald, McGhee et Schwartz (1998) ont appliqué l'AIT à l'étude des biais implicites envers les Autochtones. Le développement de l'AIT s'est appuyé sur le cadre de référence de Hox (1997) et des lignes directrices de Passmore, Dobbie, Parchman, Tysinger (2002) en matière de développement de questionnaire. Le processus de 8 étapes en 5 phases est décrit par les auteurs.

Phase 1. Étape 1. Les auteurs ont débuté par une synthèse de littérature portant sur l'évaluation des préjugés raciaux/ethniques des professionnels de la santé, la mesure des préjugés raciaux/ethniques envers les peuples autochtones en général et les Māoris en particulier. Cette synthèse a permis de développer le cadre conceptuel et les dimensions des préjugés raciaux/ethniques basés sur les travaux de van Ryn (2011). Étape 2. Une seconde synthèse a été réalisée afin de recenser les outils existants et les concepts qu'ils mesurent. Étape 3. L'adaptation des outils retenus. Pour le développement de l'AIT, les auteurs se sont basés sur le « race preference IAT and race and compliant patient IAT ». Le principe de l'AIT est de mesurer la force relative d'une association entre deux paires de concepts et les participants doivent associer un ensemble de mots jugés « bons » ou « mauvais » à des photos de personnes. Pour le choix des photos utilisées pour tester l'association entre les concepts, ils ont recruté des bénévoles d'une agence artistique pour faire les modèles/acteurs. Les vignettes de cas ont été sélectionnées parmi celles recensées en fonction de leur pertinence par l'équipe de recherche puis, elles ont été adaptées pour l'objectif de l'étude.

Phase 2. Étape 4. Les items ont été générés sur la base d'exemples dans d'autres études similaires portant sur les préjugés raciaux/ethniques des autochtones (Cooper et al., 2012; Dieujuste, 2016; E. Haghghat, 2005; Link & Phelan, 2001; Puumala et al., 2016). Un comité d'expert a évalué la banque d'items en termes de pertinence, de clarté et d'adéquation. Puis, les vignettes ont été évaluées par cinq cliniciens ayant une expertise en éducation médicale.

Phase 3. Le pré-test s'est fait auprès du personnel universitaire néo-zélandais et des étudiants. Étape 5. Le test de construction comprenait des tâches liées à l'alignement des concepts pour AIT (images et des stimuli de mots), alors que pour les vignettes, des noms de famille et des mots particuliers étaient à associer. Pour la tâche d'évaluation, les participants devaient associer le nom de famille à un groupe (Māoris ou non). Étape 6. Des entrevues cognitives ont porté sur les préjugés raciaux/ethniques explicites auprès du personnel universitaire néo-zélandais et des étudiants.

Phase 4. Étape 7. Révision et construction d'une étude en ligne. Étape 8. Cette dernière étape visait à élaborer une étude afin d'administrer celle-ci en ligne. Les auteurs ont évalué les qualités psychométriques de AIT dans cette seconde étude.

2.1.2 Qualités psychométriques de l'AIT.

Les premiers travaux, qui ont permis de développer l'AIT, proposaient trois versions distinctes du test pour les démarches de validation (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Les participants devaient associer deux paires de concepts (des mots) ensemble de façon à déterminer, par des processus évaluatifs, des contrastes sémantiques et attitudeux (agréables et désagréables). Les auteurs ont sélectionné les concepts à partir des normes de Bellezza, Greenwald et Banaji (1986) et Battig et Montague (1969) (1969) en plus d'en générer de nouveaux.

Les trois tests utilisaient des catégories reconnues comme socialement sensibles:

- 1- des différences d'évaluation dans les associations quasi universelles (fleurs et insectes, instruments de musique et armes);
- 2- des différences individuelles attendues (par groupes connus) dans les associations d'évaluation entre personnes d'origine ethnique différente (Japonais américains par rapport aux Coréens américains);
- 3- des différences d'évaluation consciemment désavouées par un groupe de participants blancs (nom de Noirs par rapport à des noms de Blancs).

Chacun des tests était suivi d'un questionnaire d'auto-évaluation sur les attitudes explicites comportant une mesure sémantique différentielle (échelle à 7 points dont les extrémités représentaient des paires d'adjectifs polarisés, opposés et spécifiques au concept de chacun des tests) et un « thermomètre » de sentiment (variant de 0 à 99 et marqué aux points 0 : froid ou défavorable – 50 : neutre – 99 : chaud ou favorable).

La validité de l'AIT a été évaluée sous deux formes. La validité convergente a été évaluée sous la forme des modèles de résultats théoriquement attendus (hypotheses quant aux corrélations entre différenciations évaluatives et catégories sémantiques), par exemple les combinaisons attendues avec le différenciateur sémantique agréable à désagréable : fleur - plus agréable, insecte - plus désagréable, arme – plus désagréable. Les hypothèses n'ont pas été infirmées dans les trois versions, démontrant une bonne validité convergente. Les auteurs ont également évalué la validité divergente en examinant les corrélations des mesures IAT des attitudes implicites (attitudes et sentiments négatifs inconscients) avec les mesures d'attitudes

explicites (conscientes et intentionnelles). Les corrélations entre les mesures implicites-explicites ont permis de démontrer que les mesures explicites étaient mieux corrélées entre elles (r moyen = 0,60) qu'avec les mesures d'attitudes implicites (r moyen = 0,25). La divergence des construits représentés par les mesures d'attitudes implicites et explicites est démontrée.

Les auteurs ont comparé l'AIT à une mesure existante d'évaluation automatique connue sous le nom de la méthode d'amorçage cognitif. La méthode d'amorçage cognitif consiste à exposer le participant à un certain stimuli (des mots ou des noms) puis des associés à des catégories (Fazio, 2001). Les auteurs ont sélectionné des études utilisant cette méthode afin de comparer leurs résultats. Les études de Fazio et al. (1986), Perdue et Gurtman (1990), Perdue et al. (1990) et Fazio et al. (1995) comprenaient sept tests utilisant cette méthode. Pour comparer la méthode d'amorçage cognitif à l'AIT, ils ont fait une estimation indépendante des résultats de chaque méthode en les combinant de manière non pondérée. Pour la méthode d'amorçage cognitif, le résultat de l'effet d'amorçage moyen (différence de temps de réponse (latence)) pour les contrastes de catégories évaluatives) est de 64,0 millisecondes (ms), avec une taille d'effet moyenne de $d = 0,62$. Alors que pour l'AIT, les trois tests étaient en moyenne de 153,5 ms, avec des tailles d'effet moyennes $d = 1,21$. Les résultats de cette comparaison suggèrent que l'AIT a presque deux fois la sensibilité de la méthode d'amorçage aux différences d'évaluation.

Les auteurs concluent que le résultat de ces trois tests démontre clairement l'utilité du Test d'association implicite (AIT) pour évaluer les différences d'associations évaluatives entre des paires de catégories sémantiques ou sociales.

2.2 Utilisation de l'AIT pour mesurer les biais envers les Autochtones

Parmi nos recherches, nous avons recensé trois études utilisant l'AIT pour évaluer les biais envers les Autochtones chez les professionnels de santé ou chez les étudiants en santé. Pour évaluer les biais explicites envers les Autochtones, ces études ont utilisé d'autres mesures de type échelle de Likert. Ainsi, ces études, sans mentionner le concept de stigmatisation, visent à mesurer les biais implicites et explicites et utilisent des échelles ou des vignettes de cas en complémentarité à AIT.

Les trois études recensées proviennent des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande : 1- Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children (Sabin et al., 2015); 2- The Role of Bias by Emergency Department Providers in Care for American Indian Children (Puumala et al., 2016); 3- Ethnic bias and clinical decision-making among New Zealand medical students: an observational study (Harris et al., 2018). Les trois études rendent compte de biais implicites et explicites parmi les professionnels de santé dans le domaine de la médecine familiale, la pédiatrie et les soins infirmiers.

2.2.1 L'étude de Sabin et al. (2015)

Les auteurs ont mené une enquête en ligne aux États-Unis qui visait à étudier les attitudes implicites et explicites des cliniciens en soins primaires de longue durée dans des cliniques de santé desservant des populations autochtones urbaines et sur des réserves de l'Indian Health Service (IHS) (n=75, taux de réponse 56%). Pour étudier les biais implicites à l'égard de la « race » et du poids des enfants, les auteurs ont utilisé une version particulière de l'Implicit Association Test (IAT-Weight), qui consiste à mettre en association des images de silhouettes de « personnes surpoids » et de « personnes minces » avec des attitudes polarisées de « bonnes » et « mauvaises ». Avec les auteurs de l'AIT et des cliniciens, ils ont également créé et validé une nouvelle version basée sur l'ethnicité et permet de mesurer les biais à l'endroit des Native American en comparaison des White American, soit le Native American AIT. Toutefois, seule la cohérence interne est rapportée ($\alpha = 0,70$). Dans cette version, les marqueurs ethniques sont des mots (Cherokee, Sioux, Native American, Navajo). À l'aide de mots, les attitudes polarisées sont qualifiées de bonnes (avec les mots : joie, amour, paix, merveilleux, plaisir, glorieux, rire, heureux) ou de mauvaises (avec les mots : agonie, terrible, horrible, méchant, mauvais, affreux, échec, blessé).

Les biais explicites étaient évalués par des énoncés sur une échelle de Likert. Les professionnels de la santé exerçant auprès de la patientèle autochtone devaient répondre aux questions suivantes : mes sentiments envers les Native Americans sont (...); mes sentiments envers les White Americans sont (...); mes sentiments envers les personnes obèses sont (...) et mes sentiments envers les personnes minces sont (...). Ces items étaient évalués sur une échelle allant de 0 « moins chaleureux » (*cold*) à 10 points « très chaleureux » (*warm*) pour qualifier les sentiments des professionnels envers différents types de patients (le point médian étant 5, il est donc neutre).

Les décisions médicales (options de traitement) ont été mesurées avec une échelle composée de 12 items sur les « approches de traitement du surpoids » (Jelalian et al., 2003) à répondre sur échelle de Likert à 5 points (1 = pas du tout probable à 5 = extrêmement probable). Des scores plus élevés indiquaient une probabilité plus élevée de suivre une approche de traitement.

2.2.2 L'étude de Puumala et al. (2016)

L'étude transversale de Puumala et al. (2016) a été effectuée aux États-Unis dans cinq services d'urgence du Midwest (deux grandes villes, une ville moyenne et deux villes rurales) auprès de médecins, médecins prestataires de soins spécialisés et d'infirmières (n=154). Le but de l'étude était d'explorer les préjugés implicites et explicites envers les enfants autochtones et leurs parents/tuteurs.

Les chercheurs ont utilisé trois instruments afin de répondre à leurs objectifs de recherches : le Implicit Association Test (IAT), un questionnaire dont les questions portaient sur les stéréotypes autochtones (attitudes explicites) et des vignettes cliniques pour évaluer les décisions cliniques. Les biais implicites portaient sur les

préjugés à l'endroit des Autochtones comparativement aux Blancs non-Hispaniques (Race-IAT), ils ont été évalués à l'aide de photos d'Autochtones et de Blancs non-Hispaniques qui devaient être associées à des mots jugés « bons » (ex. : joie, plaisir) ou « mauvais » (terrible, vilain). Les biais explicites (attitudes) ont été évalués selon des stéréotypes courants (défi de traitement aux urgences, besoins moins urgents, parents/aides-soignants moins coopératifs) sur une échelle de Likert à cinq points pour les biais explicites (1= fortement en accord et 5 = fortement en désaccord). Les décisions cliniques ont été mesurées par quatre vignettes cliniques inspirées de Sabin et al. (2015), élaborées en fonction du titre professionnel (médecins, infirmières) et portant sur les soins de l'asthme ainsi que la gestion de la douleur. Deux versions de vignettes pour lesquelles seuls les marqueurs ethniques variaient ont été conçues : le nom du patient, la description de l'origine ethnique de l'enfant, soit « Amérindiens » (American Indian children) ou enfants « Blancs » (White children). Dans les deux cas, il y avait deux options de traitement/gestion de la problématique. Les deux options représentaient des soins appropriés, cependant, une option préconisait une approche pouvant être reliée à des biais (ex. : choix d'un analgésique opioïde vs ibuprofène et acétaminophène). L'accord en lien avec les options présentées a été mesuré à l'aide d'une échelle à cinq points de 1 (Je suis fortement en désaccord - Ceci est clairement un mauvais choix de traitement) à 5 (Je suis entièrement d'accord - Ceci est clairement un bon choix de traitement).

Le Projet « Implicit » a été mis sur pied dans une collaboration entre les auteurs de l'IAT et des cliniciens. Ce projet de grande envergure (Native American AIT) visait à créer et valider une nouvelle version basée sur l'ethnicité et permettant de mesurer les biais à l'endroit des Native American en comparaison des White American. Toutefois, les auteurs ne présentent pas le processus de développement ni les propriétés psychométriques de l'outil, mais seulement les résultats de l'étude.

2.2.3 L'étude de Harris et al. (2018)

L'étude transversale de Harris et ses collaborateurs (2018) a été réalisée en ligne auprès d'un échantillon d'étudiants en médecine en Nouvelle-Zélande de dernière année provenant de deux universités (n=888). L'étude visait à : 1- mesurer les préjugés ethniques envers les Māoris comparativement aux Néo-Zélandais de descendance européenne; 2- évaluer les différences dans les réponses de prise de décision clinique aux vignettes de maladies chroniques pour les patients Māoris par rapport aux patients néo-zélandais; 3- examiner les associations entre les préjugés ethniques implicites et explicites et la prise de décision clinique. Afin d'éviter un biais de désirabilité sociale, les informations données par rapport à l'étude ne mettaient pas l'accent sur les préjugés ethniques.

Les chercheurs ont utilisé trois instruments afin de répondre à leurs objectifs : le *Implicit Association Test* (dimension cognitive), un questionnaire visant à mesurer les attitudes explicites (dimension affective) et des vignettes cliniques pour évaluer les décisions médicales (dimension comportementale). Les attitudes implicites ont été mesurées de deux manières : les biais envers les autochtones Māoris versus les Néo-

Zélandais européens (ethnicity preference) et la perception de « patient coopératif » (ethnicity/patient compliant basé sur le Race-IAT) (Harris et al., 2018). Les attitudes explicites ont été mesurées par un questionnaire évaluant si les étudiants finissants en médecine étaient chaleureux envers les autochtones Māoris en comparaison avec les Néo-Zélandais européens sur une échelle de 1 (moins chaleureux) à 7 (très chaleureux). Les décisions médicales ont été évaluées par deux vignettes de cas (portant sur les maladies cardiovasculaires et la dépression) adaptées au contexte néo-zélandais pour examiner les réponses en fonction de l'ethnicité du patient (Néo-Zélandais vs Māoris). Le contexte clinique présenté avait pour marqueurs ethniques du patient: le nom, la description de l'origine ethnique et une photo. Les échelles étaient spécifiques à chaque vignette. Pour la vignette de cas « cardiovasculaire » une échelle à cinq points a été utilisée pour évaluer la probabilité que la douleur soit due à une maladie coronarienne (1= très improbable à 5= très probable), l'approche de gestion avait une échelle à cinq points afin d'évaluer la prise en charge ultérieure si le patient refusait un traitement (1 = Je ne tenterai pas de le persuader davantage à 5 = Je tenterai fortement de le persuader). La vignette de cas « dépression » avait une échelle à quatre points (1= non-léger, 2=doux, 3=modéré, 4=sévère), puis l'approche de gestion une échelle à cinq points (1= très improbable à 5= très probable).

2.3 Synthèse

2.3.1 Mesures

Afin de mesurer les biais existants envers les patients autochtones, les trois études retenues pour cette recension ont utilisé l'une des versions du Test d'Association Implicite (AIT) combinée à échelle ou à un questionnaire. Deux études sur trois ont aussi eu recours à des vignettes de cas pour évaluer les décisions cliniques en lien avec les situations décrites.

2.3.2 Constats

En somme, très peu d'études examinent la présence de biais explicites et implicites par rapport aux Autochtones chez les professionnels de la santé. Les études se sont toutes inspirées des mêmes mesures et elles partagent des similarités. Les outils utilisés, à quelques détails près, sont les mêmes dans les trois études : Test d'association implicite (AIT), questionnaires et vignettes de cas. Le biais est la dimension fondamentale des trois études recensées, démontrant ainsi la façon dont la stigmatisation est opérationnalisée dans la littérature. Un biais implique généralement le fait d'avoir des sentiments négatifs et d'évaluer négativement des individus appartenant à un groupe spécifique (ex.: préjugé), d'avoir des croyances généralisées sur les membres appartenant à un groupe (ex.: préjugés) et de leur porter un traitement inéquitable (ex.: discrimination). On distingue ainsi deux types de biais, ceux qui sont explicites c'est-à-dire « conscients et

intentionnels » et les biais implicites considérés « inconscients et s'activant de façon automatique » (van Ryn et al., 2011).

Les études doivent utiliser plusieurs types d'instruments afin d'atteindre leur objectif, lorsque le sujet de recherche concerne les attitudes, croyances et comportements. D'ailleurs, le biais serait un sous-concept de la stigmatisation. En effet, il renverrait à la dimension cognitive de la stigmatisation. Les auteurs intéressés par cette dimension utilisent l'AIT comme mesure. L'AIT est un instrument valide largement utilisé, et ce, sous diverses versions et dans différents contextes. Il permet de mesurer les biais implicites, il explore les fondements de pensées implicites incontrôlables ou inconscientes (Nosek et al., 2007). Il utilise des images en association avec des caractéristiques polarisées, alors que les biais explicites renvoient aux sentiments conscients. Pour ce qui est des décisions cliniques, les chercheurs utilisent des vignettes de cas adaptées en fonction de leurs objectifs. La combinaison de ces trois éléments se rapproche de la conceptualisation de la stigmatisation. Cependant, le concept de stigmatisation est plus large, il comporte trois dimensions : affective (attitudes et sentiments), cognitive (croyances et étiquetage), comportementale (traitement discriminatoire) (Dieujuste, 2016; Link & Phelan, 2001). Or, la dimension affective n'est pas évaluée dans ces études.

La finalité de la présente s'inscrit dans la volonté de pallier l'absence d'un outil adapté au vécu des communautés autochtones en lien avec la stigmatisation en milieu de soins, en contexte canadien. Elle propose donc de valider, selon un processus exploratoire rigoureux, un nouvel instrument de mesure des attitudes (dimension affective), des préjugés (dimension cognitive) et de la discrimination (dimension comportementale) sous-jacents à la stigmatisation.

Chapitre 3 : Cadre conceptuel

Dans le cadre de cette étude, la conceptualisation de la stigmatisation s'appuie sur les travaux de Link et Phelan (2001) et Dieujuste (2016) qui tirent leurs fondements de la psychologie sociale. Cette conceptualisation de la stigmatisation utilisée dans le domaine de la santé (Bolster-Foucault et al., 2021). Ces travaux permettent de définir le « domaine » de la stigmatisation et d'en opérationnaliser les différentes dimensions. Toutefois, il importe de faire un survol des fondements conceptuels historiques de la stigmatisation afin de bien comprendre son origine, son évolution dans le temps et les subtilités de ses dimensions.

Goffman (1963) est le premier à avoir défini le stigma comme une différence indésirable, une marque visible qui différencie un individu ou un groupe minoritaire (cicatrice, handicap, maladie, déformation, trouble de santé mentale, origine ethnique) considéré comme un attribut profondément discréditant. La stigmatisation est la réprobation sociale associée à cet attribut, c'est-à-dire une caractéristique qui véhicule une identité sociale dévalorisée et permet la construction de stéréotype (Goffman, 1963). Link et Phelan (2001), quant à eux, définissent la stigmatisation selon cinq éléments interdépendants : l'étiquetage des différences humaines, les stéréotypes, la séparation entre « nous » et « eux », la perte de statut et la discrimination. Précisons que les auteurs conceptualisent l'attribut comme une « étiquette » qui résulte de processus sociaux. D'abord, l'étiquetage est considéré comme un processus de catégorisation des différences entre des groupes de personnes en apposant une étiquette. Ensuite, les croyances culturelles dominantes associent les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables. Ce processus nommé « étiquetage négatif » consiste à réduire un individu en utilisant une étiquette négative qui a pour conséquence de véhiculer une identité sociale dévalorisée dans un contexte particulier (Link & Phelan, 2001; Link et al., 1989), par exemple l'étiquette « sauvage » en parlant des Autochtones. Ce genre d'étiquette permet la construction de stéréotypes négatifs, l'exclusion sociale et la discrimination tels qu'avancé dans les travaux de Goffman (1963). La personne subit alors une perte de statut (Cohen, 1982; Driskell & Mullen, 1990; Link & Phelan, 2001) qui, conséquemment, mène au traitement inéquitable et parfois entraîne de lourdes conséquences et ce, à différents niveaux sociaux : "Thus, people are stigmatized when the fact that they are labeled, set apart, and linked to undesirable characteristics leads them to experience status loss and discrimination" (Link & Phelan, 2001, p.371).

Malgré les processus sociaux plus larges influençant la stigmatisation, la perspective individualiste persiste (Holzemer et al., 2007). Les étiquettes négatives varient dans le temps et en fonction de la culture; elles sont liées aux sentiments et vont de pair avec différents jugements de désapprobation de la société (Deacon, 2006; Deacon et al., 2005; Ottati et al., 2005). Le concept de stigmatisation se définit selon trois dimensions : affective (attitudes et sentiments), cognitive (croyances et étiquetage) et comportementale (traitement discriminatoire) (Dieujuste, 2016; Link & Phelan, 2001).

La *composante affective* de la stigmatisation se définit par des attitudes et sentiments négatifs envers les individus appartenant à un certain groupe. Ce sont des dispositions de l'esprit défavorables, envers la

personne/groupe, qui se manifestent par des sentiments hostiles ou négatifs envers celle-ci (Dieujuste, 2016). Prenant la forme de sentiments et d'émotions que les personnes sont pleinement disposées à admettre, cette composante s'exprime par l'hostilité fondée sur des stéréotypes (Allport, 1954).

La *composante cognitive* de la stigmatisation implique des croyances négatives envers la personne, soit l'attribution de caractéristiques négatives envers la personne sur la base de stéréotypes (Link & Phelan, 2001). Les stéréotypes sont des représentations cognitives partagées socialement, généralement des croyances négatives et souvent fausses (Dovidio & al., 2000; Harper, 1987; Saenger & Flowerman, 1954; Sherman & Hamilton, 1994).

La *composante comportementale*, la discrimination, consiste à traiter ou se comporter de façon inéquitable envers les individus de ce groupe. La discrimination se définit comme étant une action ou une décision qui a pour effet de traiter de manière négative une personne pour des motifs discriminatoires, tels que son origine ethnique, et qui par conséquent lui porte préjudice (Allport, 1954; Fiske, 2000; Link & Phelan, 2001; Terum et al., 2018).

En somme, selon la conceptualisation de Link et Phelan (2001) et Dieujuste (2016), les attributs du concept de stigmatisation sont :

- les attitudes et les sentiments négatifs envers les individus appartenant à un certain groupe,
- la « labellisation » ou étiquetage négatif (réduire un individu en utilisant une étiquette négative)
- les croyances généralisées envers des groupes (stéréotypes ou préjugés négatifs),
- la discrimination (traiter ou se comporter de façon inéquitable envers les individus de ce groupe).

Les attributs comme définis par Link & Phelan et Dieujuste serviront de fondement théorique au développement de l'instrument de mesure « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » ainsi qu'à l'interprétation des résultats.

Chapitre 4 : Objectifs

Ce projet de recherche s'inscrit dans un projet plus large, dirigé par la Pr^e Marie-Claude Tremblay, qui s'appuie sur des relations de partenariats respectueuses et réciproques avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et des patients partenaires autochtones. Développé dans la foulée d'un précédent projet sur la sécurisation culturelle des soins (Tremblay et al., 2020), le projet vise à répondre aux préoccupations de partenaires communautaires autochtones qui s'inquiétaient notamment de la stigmatisation dans le système de santé. L'idée du développement de l'outil de mesure découle de ces préoccupations. Le présent projet de maîtrise vise à évaluer les propriétés psychométriques, auprès d'infirmières, de l'instrument mesurant la stigmatisation de la patientèle autochtone du Québec.

De façon plus spécifique, cette étude vise à :

- 1- Évaluer la validité (construit et critériée) de l'instrument.
- 2- Estimer la fiabilité (cohérence interne) de l'instrument total et de chacune de ses composantes.

Chapitre 5 : Méthodologie.

5.1 Processus de développement de l'outil de mesure de la stigmatisation

L'étude utilise un devis transversal descriptif et s'intègre dans un projet de recherche plus large visant à développer et valider un instrument de mesure de la stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins par des professionnels de la santé (Tremblay et al, n.d.). Le développement de cet outil a suivi le cadre de Boateng et al. (2018), qui propose un processus basé sur les meilleures pratiques en termes de développement et de validation de mesures pour les phénomènes complexes. Ce cadre de développement et de validation se compose de 3 phases subdivisées en étapes (Tableau 5.1). La phase 1 et la phase 2 (étapes 1 et 2) ont été menées dans le cadre du projet plus large et seront décrites brièvement. Dans le présent projet d'étude, la fin de la phase 2 (étapes 3 et 4) et la phase 3 ont été menées sur les données qui concernent uniquement les infirmières.

Tableau 5.1. Phases de développement selon Boateng et al. (2018)

Phase 1. Développement d'items Étape 1. Identification du domaine et génération d'items. Étape 2. Validité de contenu	}	Travaux antérieurs, projet plus large. Population infirmières et médecins
Phase 2. Développement de l'échelle Étape 1. Pré-test des questions Étape 2. Échantillonnage et administration de la mesure		
Étape 3. Réduction du nombre d'items Étape 4. Extraction des facteurs	}	Projet de mémoire Sous-population infirmières
Phase 3. Évaluation de l'échelle Étape 1. Test de dimensionnalité Étape 2. Test de fiabilité Étape 3. Test de validité		

Boateng, Neilands, Frongillo, Melgar-Quiñonez, & Young, (2018).

5.1.1 Phase 1. Développement d'items

5.1.1.1 Étape 1. Identification du domaine et génération d'items.

L'identification du domaine permet de définir conceptuellement le phénomène de stigmatisation ainsi que de spécifier ses dimensions de façon à les opérationnaliser. Ainsi, tel que présenté au chapitre « cadre conceptuel », la stigmatisation a été définie comme un ensemble d'attitudes négatives, de sentiments négatifs et de croyances généralisées de la part des membres d'un groupe majoritaire envers les membres d'un groupe minoritaire et qui conduit au traitement inéquitable (discrimination) des membres de ce dernier groupe. Les

personnes stigmatisées sont dévalorisées, discréditées et perçues comme moins importantes dans la société. La dimension affective de la stigmatisation a été définie comme les attitudes et sentiments négatifs envers le patient : des dispositions de l'esprit défavorables envers le patient, qui se manifestent par des sentiments hostiles ou négatifs envers lui (adapté de Dieujuste et al., 2017). La dimension cognitive, comme étant les croyances généralisées envers les individus d'un groupe (stéréotypes ou préjugés négatifs), a été subdivisée en quatre composantes : 1- Stéréotypes généraux touchant les Autochtones 2- Croyances négatives envers la capacité d'autonomie des patients autochtones : croyance que les patients autochtones ne peuvent se prendre en charge par eux-mêmes, prendre des décisions relatives à leurs soins ou être impliqués activement dans leurs soins; 3- Croyances négatives envers la responsabilité du patient autochtone en lien avec sa condition de santé : croyance que les patients autochtones sont les seuls responsables de leur condition de santé, ont fait quelque chose de mal et sont punis pour cette raison; 4- Croyances négatives envers la Coopération/l'observance des patients autochtones : croyance que les patients autochtones sont moins observant des recommandations des professionnels et de leur traitement, ou plus difficiles à traiter que les autres. Finalement, la dimension comportementale de la stigmatisation a été définie comme tout traitement ou recommandation clinique différente pour les patients autochtones.

La génération d'items. Après une revue de littérature, l'équipe de recherche a privilégié l'utilisation de vignettes cliniques afin de saisir les subtilités du concept de stigmatisation dans un contexte de soins de santé (Harris et al., 2018; J. Sabin, A. et al., 2015). Des vignettes cliniques ont donc été élaborées en collaboration avec un médecin travaillant spécifiquement en santé autochtone, avec une infirmière ainsi qu'avec deux patients partenaires autochtones; ces vignettes puisent à la fois dans l'expérience des patients partenaires et des cliniciens de l'équipe. Cette démarche a permis de juger du réalisme des situations cliniques. Elles représentaient des situations et problématiques cliniques réelles et fréquemment rencontrées par les professionnels de la santé dans les milieux de soins. Les vignettes présentaient des situations assez générales afin que les infirmières de tout niveau d'étude (auxiliaires, techniciennes, cliniciennes, praticiennes spécialisées) et les médecins de différentes spécialités puissent les comprendre et y réagir. Dans sa forme initiale, l'instrument comprenait 3 vignettes cliniques différentes : diabète mal contrôlé, douleur lombaire chronique et trouble dépressif caractérisé. Chacune des vignettes a été conçue en deux versions : autochtone (test) et allochtone (contrôle). Les seuls aspects qui différaient entre les deux versions sont le nom de famille du patient (à consonance autochtone ou allochtone) et sa ville de résidence/d'origine (communauté autochtone vs autre).

Pour chaque vignette, une série d'items a été générée par la méthode inductive (revues de littérature, échelles et indicateurs existants) pour décrire le construit. Kline et Schika (1993) recommandaient d'utiliser au moins deux fois plus d'items que le nombre final souhaité dans l'échelle. De plus, les questions devaient refléter

les expériences vécues par la population cible sans ambiguïté et devaient être formulées simplement. La formulation de l'ensemble des items a été le produit d'un effort collectif avec l'équipe de recherche multidisciplinaire du projet plus large comprenant notamment des spécialistes en mesure et évaluation (n=2), des patients partenaires autochtones (n=3), un représentant du Centre d'amitié autochtone de Lanaudière et des cliniciens (n=2). Les items ont été générés en lien avec chacune des dimensions de la stigmatisation (affective, cognitive et comportementale) par l'équipe de recherche, pour un nombre initial d'items de 244.

Pour les choix de réponses, l'échelle de Likert a été privilégiée. Pour ce type d'échelle de réponses, l'ordre des choix de réponse doit être croissant et sans chevauchement (Likert, 1932). Les échelles inférieures à 5 points ont peu de fiabilité, il est plutôt recommandé d'utiliser une échelle de 5 à 7 points. L'échelle à 5 points restreint les nuances tandis que celle à 7 points offre plus de degrés d'accord (totalement en désaccord à totalement d'accord) (Likert, 1932). Une échelle ne doit pas dépasser 7 points, car à ce stade, l'interprétation des points se stabilise et les réponses se chevauchent, ce qui contamine la mesure du construit. Or, dans l'étude, une échelle à 6 points (sans point neutre) a été retenue pour forcer les participants à se commettre.

Voici quelques exemples d'items, en lien avec la dimension affective de la stigmatisation (évalués sur une échelle de Likert de 1 à 6) : « Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins à M. Vollant ». Les items en lien avec la dimension cognitive de la stigmatisation jouent sur les différents stéréotypes et préjugés envers les patients autochtones identifiés dans la littérature, et incluent par exemple : « C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour M. Vollant » (évalués sur une échelle de Likert de 1 à 6). En ce qui concerne la dimension comportementale de la stigmatisation, son évaluation repose principalement sur des questions visant à interroger la priorisation des recommandations que ferait le professionnel et l'évaluation de la sévérité des symptômes du patient.

5.1.1.2 Étape 2. Validité de contenu

Après la génération de la banque d'items, le contenu de ces derniers a été évalué par un comité d'experts (n=9) aux profils variés et différents de l'équipe de recherche. Celui-ci comprenait des chercheurs experts en santé autochtone ou en stigmatisation, incluant un chercheur autochtone, ainsi que des infirmières et médecins autochtones ou pratiquant auprès de cette clientèle. Pour Benson & Clark (1982), la validité de contenu est assurée par l'opinion d'experts sur le reflet des dimensions du construit dans la formulation des items. Le comité d'experts a été invité à évaluer, sur une échelle de Likert de 5 points, la clarté et la pertinence de chacun des items en regard de la définition conceptuelle de la stigmatisation et de ses dimensions. Un Content Validity Index (I-CVI) a été calculé pour chaque item (Polit & Beck, 2006). Les items ayant un I-CVI plus de 0,85 en ce qui concerne leur clarté et leur pertinence ont été sélectionnés pour faire partie de la version initiale de l'instrument. En tout, 28 items ont été retenus pour être administrés dans chacune des trois vignettes

(Tableau 5.2). En plus de ces items, des questions également ont été formulées pour évaluer les comportements cliniques (discrimination) en lien avec chacune des vignettes.

Tableau 5.2. Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins »

Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins » – Version 1

Composante affective de la stigmatisation Attitudes et sentiments négatifs
1. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins au/à la patient/e 2. Les patients comme M. /Mme m'exaspèrent. 3. Je considère important de soigner des patients comme M. /Mme (inversé) 4. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme M. /Mme à un/une collègue. 5. Je suis inconfortable à soigner des patients comme M. /Mme 6. J'aimerais faire davantage pour aider M. /Mme (inversé) 7. Je suis empathique envers M. /Mme (inversé)
Composante cognitive de la stigmatisation Sous-composante : Croyances négatives envers la personne
8. M. /Mme a probablement des problèmes de consommation d'alcool. 9. M. /Mme semble fiable. (inversé) 10. M. /Mme semble être une personne responsable. (inversé) 11. M. /Mme ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé. 12. M. /Mme semble être négligent. 13. M. /Mme fait des efforts pour améliorer sa condition de santé. (inversé) 14. M. /Mme a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.
Composante cognitive de la stigmatisation Sous-composante : Croyances négatives envers les PATIENTS autochtones autonomie du patient
15. M. /Mme est capable de juger ce qui est le mieux pour lui. (inversé) 16. C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour M. /Mme 17. M. /Mme ne peut pas choisir ce qui est préférable pour lui/elle. 18. M. /Mme est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé. (inversé) 19. M. /Mme est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement. (inversé) 20. M. /Mme peut prendre en charge son traitement. (inversé)
Composante cognitive de la stigmatisation Sous-composante : Croyances négatives envers les PATIENTS autochtones responsabilité du patient envers sa condition de santé
21. La condition de santé de M. /Mme résulte de son manque de volonté. 22. M. /Mme est responsable de ce qui lui arrive. 23. L'état de santé de M. /Mme résulte de ses mauvaises habitudes de vie. 24. La condition de M. /Mme est le résultat de plusieurs facteurs complexes sur lesquels il a peu de contrôle. (inversé) 25. M. /Mme mérite probablement ce qui lui arrive. (inversé)
Composante cognitive de la stigmatisation Sous-composante : Croyances négatives envers les PATIENTS autochtones coopération/observance du patient
26. M. /Mme semble être un patient coopératif. (inversé) 27. M. /Mme semble être un patient difficile à soigner. 28. Il est difficile de prodiguer des soins à un patient comme M. /Mme 29. M. /Mme est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée. (inversé)

Suite Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins »

Composante comportementale de la stigmatisation

30. Sur la base des informations dont vous disposez, veuillez évaluer la sévérité des symptômes que M. /Mme présente aujourd'hui. (idem pour les trois vignettes)

Vignette diabète

- L'état de M. est maintenant stabilisé. Sur la base des informations dont vous disposez, quelles recommandations feriez-vous pour l'aider à mieux contrôler son diabète à l'avenir?

Vignette douleur lombaire

- Sur la base des informations dont vous disposez, quelles sont selon vous les approches cliniques à privilégier?

Vignette Trouble dépressif

- Sur la base des informations dont vous disposez, quelles sont vos impressions cliniques concernant Mme?
- Sur la base des informations dont vous disposez, est-ce que l'état de Mme justifie, selon vous, un billet d'absence du travail pour cause de maladie?
- Sur la base des informations dont vous disposez, quelle est la probabilité que vous émettiez un signalement auprès des autorités de protection de la jeunesse?

5.1.2 Phase 2. Développement de l'échelle

5.1.2.1 Étape 1. Prétest des questions

Le prétest des questions auprès d'un échantillon représentatif de la population visée permet de s'assurer de la clarté et de la lisibilité des questions et des réponses ainsi que la réduction des items (s'il y a lieu). Il permet également d'assurer la validité d'apparence. Deux vagues de mise à l'essai des questions ont été effectuées auprès trois infirmières et quatre médecins (vague 1) et de trois infirmières et un médecin (vague 2). À chacune des vagues, la mise à l'essai a permis d'améliorer certains aspects du questionnaire, la mise en forme et la fluidité des questions, ainsi que de s'assurer que les questions permettent de mesurer les concepts visés.

5.1.2.2 Étape 2. Échantillonnage et administration de la mesure

Taille idéale de l'échantillon. Plusieurs critères, parfois contradictoires, existent pour fixer la taille de l'échantillon dans le développement d'instrument de mesure. Pour certains, il est préférable d'utiliser le ratio 1 : 10, ce qui veut dire que pour chaque item de l'échelle, il doit y avoir 10 répondants (Boateng et al., 2018). Clark et Watson (1995) proposent 300, Guadagnoli et Velicer (1988) de 300 à 500 et Comrey et Lee (1992) de 500 à 1000 répondants. En somme, il n'existe pas de ratio unique, par contre tous les auteurs sont d'avis que plus l'échantillon est grand, plus le ratio des items est adéquat et plus la validation de la mesure pourra être robuste. Par conséquent, un échantillon trop petit entraîne des facteurs instables, aléatoires, non reproductibles et des résultats non généralisables.

Population cible. L'administration du questionnaire a été réalisée dans un échantillon plus large d'infirmières (tous niveaux d'étude) et de médecins (toutes spécialités) provenant du Centre intégré universitaire

de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et des Centres hospitaliers universitaires de Québec-Université Laval (CHU-UL). Selon une méthode d'échantillonnage par choix raisonné, le recrutement s'est effectué sur une base volontaire, de façon indirecte, grâce à des invitations relayées par les différentes directions du CIUSSS auprès de leur personnel, ainsi que par les coordonnateurs à la recherche des médecins et infirmières du CHU-UL. Les critères d'inclusion pour la recherche plus vaste étaient de travailler comme professionnelle en soins infirmiers ou comme médecin et de pouvoir répondre à un questionnaire en ligne en français. Par contre, la présente étude porte exclusivement sur les infirmières. Au final, l'étude a rejoint 149 infirmières, ce qui est inférieur à la taille d'échantillon idéale (320 répondants pour 32 items).

Les données ont été collectées selon un mode auto-administré en ligne à l'aide de la plateforme Qualtrics. Cette méthode d'administration a été choisie puisqu'elle offre nombreux avantages : réduction des erreurs liées à la saisie de données, augmentation de l'échantillonnage avec un minimum de frais, augmentation du taux de réponse et préservation de l'anonymat en plus de permettre un traitement confidentiel des données.

L'administration du questionnaire était prévue au printemps 2020; toutefois, le contexte particulier lié à la pandémie de Covid-19 a retardé la collecte de données au printemps 2021 (8 mars 2021). L'administration du questionnaire auprès d'un échantillon représentatif pour validation a misé sur une stratégie de randomisation à 12 bras (Tableau 5.3. Groupes de randomisation). Ce devis permet de considérer tous les croisements entre les paires de 3 vignettes cliniques, les traitements (vignette test vs vignette témoin), et l'ordre de passage (première vs deuxième position) (Tableau 5.3). Chaque participant a reçu aléatoirement deux vignettes différentes, une en version test (patient allochtone) et une en version témoin (patient autochtone) (voir Tableau 5.3). L'objectif réel de l'étude a été révélé à la fin du questionnaire.

Tableau 5.3. Groupes de randomisation

Groupe 1	Vignette 1 test, Vignette 2 témoin	Groupe 7	Vignette 2 témoin, Vignette 1 test
Groupe 2	Vignette 1 test, Vignette 3 témoin	Groupe 8	Vignette 3 témoin, Vignette 1 test
Groupe 3	Vignette 2 test, Vignette 3 témoin	Groupe 9	Vignette 3 témoin, Vignette 2 test
Groupe 4	Vignette 1 témoin, Vignette 2 test	Groupe 10	Vignette 2 test, Vignette 1 témoin
Groupe 5	Vignette 1 témoin, Vignette 3 test	Groupe 11	Vignette 3 test, Vignette 1 témoin
Groupe 6	Vignette 2 témoin, Vignette 3 test	Groupe 12	Vignette 2 témoin, Vignette 3 test

Description du questionnaire. En plus des items et des questions liés aux vignettes, les participants devaient aussi répondre à l'échelle Modern Prejudiced Attitudes Toward Aboriginals Scales (M-PATAS), une échelle validée qui mesure les préjugés modernes envers les Autochtones, voir tableau 5.4. (Moderie et al.,

2018). Cette échelle a été développée et validée dans un contexte académique auprès de 367 étudiants universitaires canadiens de premier cycle en psychologie et sociologie (Morrison et al., 2008). Une traduction française de cette échelle a été réalisée à l'Université de Montréal (Moderie et al., 2018). L'échelle M-PATAS contient 14 items mesurés par la même échelle soit dans un format de réponse de type Likert en 5 points (1- pas du tout d'accord; 5- tout à fait d'accord). Les scores additifs varient de 14 à 70 (point médian 42), les scores plus élevés (43 et +) signifiant des niveaux plus élevés d'attitudes préjudiciables modernes envers les peuples autochtones.

Tableau 5.4. Échelle M-Patas

Échelle M-PATAS
1. Le Canada doit arrêter de s'excuser pour des événements qui sont arrivés aux autochtones il y a de nombreuses années.
2. Les Autochtones doivent encore manifester pour l'égalité de leurs droits (inversé).
3. Les Autochtones devraient arrêter de se plaindre de la façon dont ils sont traités et simplement reprendre une vie normale.
4. Les Autochtones devraient simplement passer l'éponge sur ce que les générations précédentes ont vécu dans les pensionnats.
5. Les Canadiens d'origine autochtone semblent utiliser leurs traditions culturelles pour se faire octroyer des droits spéciaux refusés aux Canadiens non autochtones.
6. Plusieurs des demandes faites au gouvernement fédéral par les Autochtones sont exagérées.
7. Des places spéciales ne devraient pas être réservées pour les étudiants autochtones dans les programmes universitaires.
8. Les Autochtones devraient être satisfaits de ce que le gouvernement leur a donné.
9. Il n'est plus nécessaire d'honorer les traités conclus avec les peuples autochtones.
10. Il ne devrait pas y avoir de places réservées pour les Autochtones dans les universités, à moins qu'ils ne soient qualifiés.
11. Les Autochtones devraient payer des taxes au même titre que tout le monde.
12. Le gouvernement devrait soutenir les programmes qui visent à ce que des postes en position d'autorité soient pourvus par des Autochtones (inversé).
13. Les personnes non autochtones doivent devenir plus sensibles aux besoins des Autochtones (inversé).
14. Les organismes gouvernementaux devraient tout faire pour répondre aux besoins des Autochtones (inversé).

Moderie et al., 2018

Des questions sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études, expérience, origine ethnique) portant sur les caractéristiques des médecins et des infirmières ont été ajoutées. Des caractéristiques de la pratique (région de pratique, discipline professionnelle, années d'expérience, milieu de soins, fréquence des contacts avec des Autochtones, la formation) ont également été documentées. Le questionnaire complet est présenté intégralement à l'Annexe 3.

Le présent mémoire se concentre sur l'évaluation de la validité et de la fiabilité (Tableau 5.1). Compte tenu du devis complexe du projet de recherche plus large ainsi que des délais occasionnés par le contexte de Pandémie Covid-19, la présente étude a une portée plus limitée, elle se concentre sur l'évaluation des propriétés psychométriques de l'outil. Pour ce faire, les données issues des 3 vignettes « autochtones » complétées par les infirmières (n=149) ont été fusionnées et utilisées pour les analyses.

5.1.2.3 Étape 3. Réduction du nombre d'items

Selon DeVellis (2003), l'analyse factorielle permet d'évaluer la validité de construit en explorant la structure sous-jacente d'un ensemble d'items. Elle permet de déterminer le nombre optimal d'items à conserver et donc, de réduire le nombre d'items, afin de proposer une interprétation plus parcimonieuse. Dans un premier temps, il importe d'établir si les données se prêtent bien à l'analyse factorielle. En ce sens, l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mesure la qualité des corrélations inter-items et le Test de sphéricité de Bartlett permet de déterminer si les corrélations inter-items sont de bonne qualité. Pour le KMO, plus il se rapproche de 1, plus l'analyse factorielle est recommandée et le seuil acceptable est de $>0,50$, car une valeur inférieure indique que l'AFE n'est pas pertinente (Kaiser & Rice, 1974). Selon les critères d'appréciations de Kaiser qui sont les suivants 0,90 ou plus = Merveilleux; 0,80 à 0,90 = Méritoire; 0,70 à 0,80 = Moyen; 0,60 à 0,70 = Médiocre; moins de 0,60 = Misérable.

Pour le Test de sphéricité de Bartlett, le seuil est de $p < 0,05$ indiquant ainsi que la matrice de corrélation est significativement différente de la matrice nulle et se prête bien à l'analyse factorielle. La communauté des items doit aussi être évaluée puisqu'elle désigne le degré de variance ou l'unicité d'un item dans la solution factorielle. Pour être conservé dans l'instrument final, les items doivent avoir une communauté supérieure à 0,40 (Stevens, 1992).

5.1.2.4 Étape 4. Extraction des facteurs

L'analyse factorielle exploratoire permet également l'extraction des facteurs, c'est-à-dire qu'elle permet d'explorer le nombre de composantes sous-jacentes au construit dans les données observées et de déterminer le nombre optimal de facteurs (Benson & Clark, 1982; Streiner, Norman & Cairney, 2015). L'analyse factorielle est utilisée pour comprendre la structure interne des items et les relations entre ces derniers. Elle détermine si la structure théorique s'accorde avec les composantes sous-jacentes au construit (Benson & Clark, 1982; Boateng et al., 2018; Streiner et al., 2015). L'objectif est d'identifier la solution la plus parcimonieuse, la plus simple structure (éviter les items qui saturent sur plus d'un facteur).

L'extraction des facteurs permet de réduire le nombre d'items tout en déterminant empiriquement le nombre de facteurs sous-jacents. La méthode d'extraction par composante principale (PCA) permet de comprendre la structure, raffiner l'outil et de condenser l'information à l'intérieur de l'ensemble. Vu l'approche exploratoire de l'étude, la méthode PCA sera privilégiée, car elle permet d'extraire un minimum de facteur tout en maximisant la variance expliquée.

Afin de déterminer le nombre de facteurs à retenir pour la structure finale nous nous référons aux critères suivants: maximiser la proportion de la variance expliquée par l'analyse factorielle (50-60%), eigenvalue (1 ligne horizontale entre les plus petites eigenvalue) et un scree plot (transition abrupte de la verticale, soit la « cassure ») pour déterminer le nombre de facteurs à extraire.

La méthode de rotation vise à établir une structure simple. Plusieurs méthodes existent dont la rotation Varimax qui consiste à augmenter le nombre de saturations fortes et faibles sur chacun des facteurs de façon à minimiser le nombre de saturations moyennes sans égard. La méthode de rotation oblique (Oblimin) sera privilégiée a priori, puisque les facteurs sont pressentis comme étant des composantes en intercorrélation les unes des autres. Cette méthode de rotation permettra d'obtenir des facteurs représentant le construit de stigmatisation.

Pour ce qui est de la constitution des facteurs, chacun devrait comprendre au moins trois items. Hair, Black, Babin, & Anderson (2010) recommandent que la saturation soit analysée en fonction de la taille de l'échantillon. Il est alors indiqué d'utiliser un coefficient de 0,45 pour un échantillon de 150. Les items dont la saturation est supérieure ou égale à 0,45 seront conservés.

Les analyses seront réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 28.

5.2.2 Phase 3. Évaluation de l'instrument

5.2.2.1 Étape 1. Test de dimensionnalité

Les tests de dimensionnalité permettent de répondre aux questions sur la structure latente des items de l'instrument et leurs relations sous-jacentes (Boateng et al., 2018; Fortin & Gagnon, 2016). Ce qui signifie de vérifier si les données correspondent à la structure factorielle hypothétique. Elle requiert des analyses statistiques avancées qui dépassent le cadre du mémoire.

Une fois la structure confirmée, les scores factoriels peuvent être calculés avec une approche pondérée ou non pondérée. L'approche non pondérée est l'addition des scores bruts ou la moyenne des scores bruts des items (Fortin & Gagnon, 2016). L'approche pondérée correspond au calcul des scores factoriels. Chaque item d'un facteur est considéré comme un poids et le score associé à chaque facteur du modèle représente le score de l'échelle. Toutefois, cette approche est peu utilisée dans le processus de développement (Boateng et al., 2018).

Dans la présente étude, bien que les analyses confirmatives n'aient pas été menées, les scores moyens (total et par composantes) non pondérés ont été calculés. Ces scores permettent de procéder à des analyses statistiques descriptives de tendance centrale (moyenne, médiane) et de dispersion (étendue, variance, écart-type).

5.2.2.2 Étape 2. Test de fiabilité

Pour Benson & Clark, (1982), la fiabilité est définie par le degré de cohérence lorsque la mesure est répétée dans des conditions similaires. Différentes formes de fiabilité peuvent être estimées. En plus de la

stabilité temporelle (test-retest) et de l'équivalence (inter-juges ou formes parallèles), la fiabilité peut être estimée en termes de cohérence interne (fidélité moitié-moitié, le coefficient alpha de Cronbach ou les formules de Kuder-Richardson) (Krosnick et al., 2005; Streiner et al., 2015). Pour les études transversales, l'Alpha de Cronbach est l'indice le plus fréquemment utilisé pour estimer la fiabilité (Boateng et al., 2018; Krosnick, 2005; Streiner et al., 2015). L'Alpha de Cronbach permet d'estimer le degré d'homogénéité des items qui constituent l'échelle. Au plan conceptuel, le coefficient Alpha de Cronbach est une pondération de la moyenne des intercorrélations entre les items et il indique le degré auquel les items de l'instrument évaluent le même construit (DeVellis, 2017; Fortin & Gagnon, 2010). Il varie entre 0,00 et 1,00, plus l'indice est élevé, meilleure est la cohérence interne de l'ensemble des items. Un coefficient de 0,70 est considéré comme un seuil acceptable ou adéquat selon les auteurs, mais il est préférable que le coefficient Alpha de Cronbach se situe entre 0,80 et 0,95 (Benson & Clark, 1982; Hogan, 2017). L'alpha de Cronbach sera estimé pour l'instrument total et chacune des composantes (pour chaque dimension).

5.2.2.3 Étape 3. Test de validité

Différents types de validité d'un instrument peuvent être évalués. Selon la théorie classique des tests, les trois types de validité à évaluer sont la validité de contenu, la validité de construit et la validité critériée (Benson & Clark, 1982; DeVellis, 2003; Streiner et al., 2015). Certaines des précédentes étapes de développement et de validation de la mesure visent à assurer la validité de contenu et partiellement la validité de construit (analyse factorielle exploratoire pour la réduction du nombre d'items et l'extraction des facteurs). Par contre, d'autres analyses permettent d'assurer la validité de construit de type convergent et la validité critériée. Dans la présente étude, nous avons mesuré les validités convergente et concomitante, tel que décrit ici-bas.

5.2.2.3.1 Validité de construit - convergente.

La validité convergente renvoie à la capacité d'une mesure de produire des résultats similaires à des mesures préexistantes pour mesurer le même construit (Benson & Clark, 1982; Boateng et al., 2018; Streiner et al., 2015). La validité convergente est étudiée au moyen d'analyses de corrélation entre deux mesures différentes d'un même construit, une corrélation forte (0,40 et plus) indiquant une bonne validité convergente (Dancey & Rowe, 2012; Fortin & Gagnon, 2016; Polit, 2010).

Dans la présente étude, les scores de l'instrument total et de ses composantes de stigmatisation ont été mis en relation avec l'échelle M-Patas (Modern Prejudiced Attitudes toward Aboriginals Scale) (Moderie, 2021; Nesdole et al., 2015), une mesure qui porte sur un construit similaire, tel que mentionné précédemment, par le biais de corrélations de Pearson ou du Rho de Spearman, le cas échéant. Une corrélation forte suggère une validité convergente satisfaisante (Dancey & Rowe, 2012; Fortin & Gagnon, 2016). L'interprétation des

corrélations se fera comme suit : 1,00 = Parfaite; 0,99-0,70 = Forte; 0,40-0,69 = Modérée; 0,01-0,39 = Faible; 0,00 = Aucune (Dancey et al, 2012; Fortin, 2010; Polit, 2010). Dans le cas présent, la corrélation devrait être négative considérant qu'un score élevé sur l'instrument indique un faible niveau de stigmatisation, alors qu'un score élevé sur le M-Patas indique un niveau élevé de stigmatisation.

5.2.2.3.2 Validité liée au critère - concomitante

La validité critériée consiste à vérifier la capacité d'un instrument à distinguer les participants entre eux et à déterminer à quel point les résultats sont associés à une variable indépendante (la variable critère). En d'autres mots, elle porte sur la relation entre le score de la mesure et la « performance » sur un critère. Il est important de choisir un critère fidèle et approprié pour fins de comparaisons avec les scores de l'instrument de mesure. Il y a deux types de validité liée au critère, la première est la concomitante qui établit la validité d'un nouvel outil pris simultanément avec une mesure reconnue comme valide. La seconde est la prédictive qui détermine si le résultat actuel peut être utilisé pour prédire un résultat ultérieur.

Dans la présente étude, la validité critériée évaluée sera de type concomitant et le critère est la discrimination (voir Tableau 5.5). Les questions relatives aux décisions cliniques sont différentes d'une vignette à l'autre et les réponses sont des choix multiples (6 choix pour les vignettes sauf pour la vignette dépression 5 choix). Ainsi, les répondants devaient « ordonner les options de réponses », c'est-à-dire que chaque choix de réponse correspond à un chiffre entre 1 et 6, basé sur la priorité accordée par le répondant à cette option. Lors du développement de l'échelle, une des décisions cliniques pour chaque vignette était considérée comme discriminante par les experts consultés. Ainsi, ces questions ont permis de séparer l'échantillon en deux groupes, selon les comportements considérés comme discriminants. Pour créer le critère « Discrimination », les répondants ont été classés en fonction du rang où ils ont placé l'option stigmatisante : discrimination = « oui » (1^{er}, 2^e ou 3^e rang) ou discrimination = « non » (4^e, 5^e ou 6^e rang).

Afin d'évaluer la validité liée au critère - concomitante une analyse inférentielle de type test-t de Student pour les groupes indépendants ou un test U de Mann-Whitney selon la distribution des données a été menée. Cette analyse permettra de déterminer s'il y a des différences entre les moyennes des deux groupes (discrimination : oui vs. non) pour chaque composante, pour ensuite évaluer la validité.

Tableau 5.5. Items de la dimension comportementale - décisions cliniques*.

<p>Vignette 1. Diabète L'état de M. est maintenant stabilisé. Par ordre de priorité, quelles recommandations feriez-vous pour l'aider à mieux contrôler son diabète à l'avenir? (ordonner par ordre de priorité de 1 à 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bien s'hydrater b. Mesurer sa glycémie de façon plus régulière c. Faire attention à son alimentation et être plus physiquement actif d. Limiter sa consommation d'alcool et d'autres drogues (option stigmatisante) e. Revoir son plan de traitement avec son médecin traitant f. Lui conseiller de discuter avec sa famille pour qu'elle participe à l'atteinte de ses objectifs
<p>Vignette 2. Douleur lombaire Par ordre de priorité, quelles sont selon vous les meilleures approches à privilégier? (Ordonner par ordre de priorité de 1 à 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Poursuivre le traitement initial sans modification (option stigmatisante) b. Montrer des exemples d'exercices qui peuvent être faits à la maison c. Réaliser des examens supplémentaires (ex. prise de sang, scan) d. Poursuivre le traitement initial et référence à un médecin spécialiste e. Prescrire/faire des démarches pour obtenir la prescription d'un analgésique opiacé f. Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie
<p>Vignette 3. Trouble dépressif Par ordre de priorité, quelles sont selon vous les meilleures approches cliniques à privilégier? (ordonner par ordre de priorité de 1 à 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Recommander l'adoption de saines habitudes de vie (option stigmatisante) b. Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie c. Référer à des services d'aide et de soutien communautaire d. Référer à des services de psychologie e. Proposer un traitement d'antidépresseurs / faire des démarches pour obtenir un traitement d'antidépresseurs <p style="text-align: right;">*les énoncés en gras correspondent à des options stigmatisantes.</p>

5.4 Considérations éthiques

Cette étude respecte la Politique institutionnelle de déontologie de la recherche impliquant des êtres humains (1998). En raison de la nature de l'étude et des biais de désirabilité sociale qu'elle peut entraîner, les buts réels de l'étude n'ont été révélés qu'à la fin du questionnaire (stratégie de leurre), avec la possibilité pour le participant de retirer sa participation et ses données aux vues de ces nouvelles informations. Aucun risque physique n'était associé à la participation au projet de recherche. Toutefois, la nature des questions pouvait engendrer chez le participant un sentiment de malaise ou un questionnement. C'est pourquoi une liste de ressources d'aide disponibles dans la région de Québec était incluse au formulaire de consentement. Le projet de recherche plus large a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) (évaluation multicentrique) et par le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche du centre hospitalier universitaire (CRCHU) (évaluation de convenance) (no. 2019-1793, 2019-1793_SPPL). Une exemption pour l'utilisation des données secondaires a été octroyée à l'étudiante par le comité d'éthique de l'Université Laval, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL) via courriel.

Chapitre 6 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats du processus de validation de l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins ». D'abord, nous présenterons les caractéristiques de l'échantillon (données sociodémographiques et conditions de pratique). Ensuite, nous exposerons l'évaluation de la validité de construit (factorielle et convergente) et critériée de la mesure. Enfin, nous présenterons l'estimation de la fiabilité de l'échelle.

6.1 Caractéristiques de l'échantillon.

6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Le nombre de participants est de 149. L'échantillon est composé majoritairement de femmes (n=142). La moyenne d'âge est de 38,3 ans (é.t.=8,2), l'âge variait entre 23,0 et 61,0 ans. Plus précisément, 35,6% des répondants ont moins de 34 ans; 41,6% ont entre 35 et 44 ans; 22,8% ont 45 ans et plus. Seuls 10 répondants rapportent appartenir à une minorité visible et 3, être d'appartenance autochtone. Le tableau 6.1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Tableau 6.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N=149)

Caractéristiques			
Âge		M(é.t.)	38,3(8,2)
	< 34 ans		53 (35,6)
	35- 44	n(%)	62 (41,6)
	45 +		34 (22,8)
Genre	Homme	n(%)	7 (4,7)
	Femme		142 (95,3)
Minorité visible	oui	n(%)	10 (6,7)
	non		139 (93,3)
Autochtone	Oui	n(%)	3 (2,0)
	Non		146 (98,0)

6.1.2 Caractéristiques de la pratique clinique

Les caractéristiques de la pratique clinique des répondantes est présenté au tableau 6.2. La quasi-totalité des participants (98,7 %) exercent dans la région administrative de la Capitale-Nationale et 1,3 % au Centre-du-Québec. L'expérience clinique des répondants varie entre 0,0 et 34,0 ans, avec une moyenne de 13,8 ans (é.t.=7,7). En ce qui concerne les titres professionnels des répondants, 61,7 % sont des infirmières cliniciennes, 15,4 % sont infirmières techniciennes, 8,1% sont infirmières praticiennes spécialisées (IPS), 8,1 %

sont des assistantes infirmières-chefs (AIC), 7,4 % sont des Infirmières-cadre-conseil, 2,0 % sont des conseillères en soins et 2,0 % sont des infirmières auxiliaires.

La profession infirmière offre une diversité de milieux pour exercer. Dans l'échantillon, le milieu de pratique est à parts quasi égales soit un centre local de services communautaires (CLSC) (30,9 %), un centre hospitalier (CH) (26,2 %) ou un groupe de médecine familiale ou de soins infirmiers (GMF, GMFU, autres) (25,5 %). Quelques répondants pratiquaient en centre d'hébergement de longues durées (CHSLD) (9,4 %), en Centre de réadaptation (CR) (3,4 %), et d'autres au sein d'un ministère, d'une direction de santé publique ou d'une association professionnelle (0,7 %).

En ce qui concerne les relations avec les réalités autochtones, les fréquences d'exposition sont faibles. L'exposition clinique (contacts avec la patientèle autochtone en milieu de travail) est rare : 32,9 % des répondants ont déclaré avoir des contacts moins d'une fois par année et 39,6 %, quelques fois par année. Quant à l'exposition personnelle (contacts avec la patientèle autochtone dans la vie personnelle), elle est encore plus rare : 43,6 % des répondants ont déclaré avoir des contacts moins d'une fois par année et 39,6 %, quelques fois par année. Sur le plan de la formation en compétence culturelle, qui renvoie aux cours abordant les cultures et réalités autochtones lors de la formation académique ou formation continue, plus de la moitié (66,2 %) des répondants ont déclaré n'en avoir reçu aucune. Par contre, plusieurs rapportent avoir reçu une formation en compétence culturelle soit dans le cadre d'une ou quelques séances de cours (28,3 %) ou dans le cadre d'un cours complet à l'université (45 heures) (2,76 %). Il est à noter que 4 répondants (2,76 %) ont précisé avoir de l'expérience en dispensaire.

Tableau 6.2. Caractéristiques de la pratique clinique de l'échantillon (N=149*)

Caractéristiques		
Territoire		
Capitale-Nationale	n(%)	147(98,7)
Centre-du-Québec		2(1,3)
Titre professionnel		
Infirmière auxiliaire		3(2,0)
Infirmière technicienne		23(15,4)
Infirmière clinicienne		92(61,7)
Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	n(%)	12(8,1)
Assistante-infirmière-chef (AIC)		11(7,4)
Infirmière-cadre-conseil		1(0,7)
Conseillère/conseiller en soins		3(2,0)
Expérience clinique (ans)*		
5 ans et moins	M(é.t.)	13,8(7,7)
6 - 10 ans		27(18,6)
11 - 15 ans	n(%)	29(20)
16 et plus ans		32(22,1)
Milieu de soins		
CLSC (centre de santé communautaire) ou dispensaire		46(30,9)
CHSLD		14(9,4)
Centre hospitalier		39(26,2)
Centre de réadaptation	n(%)	5(3,4)
Cliniques médicales ou de soins infirmiers (GMF, GMFU, autres)		38(25,5)
Ministère, direction de santé publique ou association professionnelle		1(0,7)
Autres		2(1,3)
Exposition clinique avec la clientèle autochtone en milieu de travail		
À tous les jours		3(2,0)
Quelques fois par semaine	n(%)	11(7,4)
Quelques fois par mois		23(15,4)
Quelques fois par année		59(39,6)
Moins d'une fois par année		49(32,9)
Exposition personnelle avec les Autochtones		
À tous les jours		2(1,3)
Quelques fois par semaine		8(5,4)
Quelques fois par mois	n(%)	11(7,4)
Quelques fois par année		59(39,6)
Moins d'une fois par année		65(43,6)
Formation en compétence culturelle*		
Dans le cadre d'un cours complet à l'université (45 heures)		3+1(2,76)
Dans le cadre d'une ou quelques séances de cours		38+3(28,3)
Non, pas du tout	n(%)	85+11(66,2)
Autres		
Expérience en dispensaire		4(2,76)

* données manquantes pour 4 répondants

6.2 Évaluation de la validité

6.2.1 Validité de construit

6.2.1.1 Validité factorielle

La validité factorielle a été évaluée avec une série d'analyses factorielles réalisées avec la méthode d'analyse en composantes principales (PCA) pour extraire les facteurs (voir tableau 6.3). En ce qui concerne la méthode de rotation, dans un premier temps Oblimin d'abord été choisie, puisque les facteurs des phénomènes psychosociaux sont souvent corrélés. Lors de la 3^e itération d'analyse, une structure relativement parcimonieuse a été atteinte. Les corrélations ont donc été analysées et elles se sont révélées faibles (0,39). Les analyses finales ont donc été menées avec Varimax qui est la méthode de rotation adaptée aux facteurs statistiquement indépendants les uns des autres (non corrélés).

6.2.1.1.1 Réduction du nombre d'items et extraction des facteurs

Selon l'analyse du KMO (0,825) et du test de Bartlett ($p= 0,001$), les données se prêtent bien à l'analyse factorielle. Un seul item a été retiré sur la base des communautés le Q3. Le processus de retrait des items est précisé dans le tableau 6.3.

Tableau 6.3. Méthode de rotation et raison du retrait d'items

Items retirés		Raisons du retrait		
		Communauté	Seul dans un facteur	Sature sur le mauvais facteur théoriquement
Rotation Oblimin				
1	Q24. L'état de santé de M. Vigneault/Vollant résulte de ses mauvaises habitudes de vie. (CCAR)		X	
2	Q13. M. Vollant fait des efforts pour améliorer sa condition de santé. (CCP)			X
3	Q12. M. Vollant semble être négligent. (CCP)	X		
Rotation Varimax				
4	Q23. L'état de santé de M. Vigneault/Vollant résulte de ses mauvaises habitudes de vie. (CCAR)		X	
5	Q15. M.Vollant est capable de juger ce qui est le mieux pour lui. (CCAA)		X	
6	Q9. M.Vollant semble fiable.		X	
7	Q3. Je considère important de soigner des patients comme M. (CA)	X		X
8	Q10. M.Vollant semble être une personne responsable. (CCP)		X	
9	Q6. J'aimerais faire davantage pour aider M. (CA) Q8. M.Vollant a probablement des problèmes de consommation d'alcool. (CCP)			X
10	Q16. C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour M. (CCAA) Q17. M.Vollant ne peut pas choisir ce qui est préférable pour lui. (CCAA)		X	

La solution finale comprend 17 items regroupés en 5 facteurs : la composante cognitive envers les patients autochtones - Coopération (CCAC) (4); la composante affective (CA) (4); la composante cognitive envers la personne (CCP) (3); la composante cognitive envers les patients autochtones - Autonomie (CCAA) (3); la composante cognitive envers les patients autochtones – Responsabilité (CCAR) (3). La solution à 5 facteurs, explique 66,87 % de la variance totale, est présentée au Tableau 6.4.

Les communautés réfèrent à la variance que chaque item a en commun avec les autres et pour être conservé elle devait être supérieur à 0,40. Les communautés sont modérées pour 9 des items (entre 0,498 et 0,679) et élevées (entre 0,702 et 0,797) pour 8 items. Quant aux poids de saturation, ils étaient élevés pour 11 items (entre 0,707 et 0,837) et modérés, pour 6 items (entre 0,587 et 0,694).

Tableau 6.4. Analyse factorielle à 5 facteurs sur les composantes de la stigmatisation - Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins »

Analyse factorielle exploratoire, méthode PCA, Rotation Varimax, 17 items								
Composantes	Items	Saturations*					Communautés	Alpha de Cronbach
		Facteurs						
		1	2	3	4	5		
Composante cognitive envers les patients autochtones (coopération) (CCAC)	Q27. M.Vollant semble être un patient difficile à soigner.	,823					,797	,845
	Q28. Il est difficile de prodiguer des soins à un patient comme M.	,772					,731	
	*Q26. M.Vollant semble être un patient coopératif.	,694					,723	
	*Q29. M.Vollant est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée.	,624					,586	
Composante affective CA	Q1. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins au patient		,790				,764	,671
	Q2. Les patients comme M. Vigneault/Vollant m'exaspèrent.		,726				,626	
	Q4. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme M. Vigneault/Vollant à un/une collègue.		,709				,569	
	Q5. Je suis inconfortable à soigner des patients comme M.		,632				,624	
Composante cognitive envers la personne CCP	Q8. M.Vollant a probablement des problèmes de consommation d'alcool.			,837			,776	,741
	Q14. M.Vollant a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.			,837			,775	
	Q11. M.Vollant ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé.			,587			,498	
Composante cognitive envers les patients autochtones (autonomie) CCAA	*Q20. M.Vollant peut prendre en charge son traitement.				,795		,702	,704
	*Q19. M.Vollant est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement.				,775		,679	
	*Q18. M.Vollant est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé.				,662		,575	
Composante cognitive envers les patients autochtones (responsabilité) CCAR	Q22. M. Vigneault/Vollant est responsable de ce qui lui arrive					,713	,673	,731
	Q25. M.Vollant mérite probablement ce qui lui arrive.					,707	,559	
	Q21. La condition de santé de M. Vigneault/Vollant résulte de son manque de volonté.					,669	,712	
Ensemble de l'échelle								,870
Seules les saturations supérieures à 0,40 sont rapportées								
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage 0,825								
Test de sphéricité de Bartlett p<0,01								
*Items inversés								

6.2.1.1.2 Calcul des scores factoriels

Les statistiques descriptives de chacun des facteurs sont présentées dans le tableau 6.5. La moyenne des scores démontre un faible niveau de stigmatisation et ce, pour les 5 composantes. Le score moyen de l'instrument total est 5,01, indiquant un faible niveau de stigmatisation. La composante affective obtient le score le plus élevé avec une moyenne de 5,49. La composante cognitive envers la personne (CCP) est celle obtenant le plus faible score avec une moyenne de 4,68. Tout comme la composante cognitive envers les patients autochtones-coopération (CCAC) (4,72) et la composante cognitive envers les patients autochtones-autonomie (CCAA) (4,83) les scores sont inférieurs à la moyenne globale (5,01). Vu les scores moyens des composantes, principalement les résultats de l'asymétrie et du Kurtosis pour les composantes Composante cognitive envers les patients autochtones – responsabilité (CCAR), CCAC, CCP, CCAA et le score total de l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins » sont considérés comme normalement distribués.

Toutefois, la Composante affective (CA) est non normalement distribuée, car l'asymétrie (-1,32) et le Kurtosis (1,35) sont supérieurs à 1. Dans ce cas, il y a violation du postulat de normalité, pour ces raisons des tests non paramétriques seront utilisés (ex. corrélation de Spearman).

Tableau 6.5. Scores factoriels pour l'ensemble des répondants/composantes

	Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane	Écart-type	Asymétrie	Kurtosis
Composante cognitive envers les patients autochtones (coopération) (CCAC)	2,25	6,00	4,72	4,75	0,77	-0,57	0,23
Q27. M.Vollant semble être un patient difficile à soigner.	1,00	6,00	4,71	5,00	0,98	-0,74	0,77
Q28. Il est difficile de prodiguer des soins à un patient comme M.	1,00	6,00	4,87	5,00	1,07	-0,94	0,64
Q.26. M.Vollant semble être un patient coopératif.	2,00	6,00	4,70	5,00	0,83	-0,54	0,59
Q29. M.Vollant est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée.	3,00	6,00	4,60	5,00	0,82	-0,04	-0,51
Composante affective (CA)	3,00	6,00	5,49	5,75	0,65	-1,32	1,35
Q1. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins au patient	4,00	6,00	5,81	6,00	0,46	-2,44	5,42
Q2. Les patients comme M. Vigneault/Vollant m'exaspèrent.	2,00	6,00	5,62	6,00	0,69	-2,15	5,66
Q4 Q4. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme M. Vigneault/Vollant à un/une collègue.	1,00	6,00	5,32	6,00	1,09	-2,05	4,28
Q5. Je suis inconfortable à soigner des patients comme M.	1,00	6,00	5,21	6,00	1,21	-1,73	2,38
Composante cognitive envers la personne (CCP)	2,33	6,00	4,68	4,67	0,79	-0,16	-0,45
Q8. M.Vollant a probablement des problèmes de consommation d'alcool.	2,00	6,00	4,69	5,00	0,97	-0,42	-0,20
Q14. M.Vollant a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.	2,00	6,00	4,82	5,00	0,89	-0,38	-0,29
Q11. M.Vollant ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé.	2,00	6,00	4,52	5,00	1,04	-0,47	-0,25
Composante cognitive envers les patients autochtones (autonomie) (CCAA)	3,00	6,00	4,83	5,00	0,68	-0,28	-0,45
Q18. M.Vollant est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé.	2,00	6,00	4,53	5,00	0,87	-0,34	0,25

Q19. M.Vollant est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement.	4,00	6,00	5,30	5,00	0,69	-0,47	-0,81
Q20. M.Vollant peut prendre en charge son traitement.	1,00	6,00	4,65	5,00	0,99	-0,67	0,58
Composante cognitive envers les patients autochtones (responsabilité) (CCAR)	3,00	6,00	5,26	5,33	0,70	-0,89	0,10
Q22. M. Vigneault/Vollant est responsable de ce qui lui arrive	2,00	6,00	4,93	5,00	1,08	-0,89	0,17
Q25. M.Vollant mérite probablement ce qui lui arrive.	3,00	6,00	5,72	6,00	0,56	-2,11	4,69
Q21. La condition de santé de M. Vigneault/Vollant résulte de son manque de volonté.	2,00	6,00	5,12	5,00	0,89	-0,83	0,58
Score total instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins »	3,41	6,00	5,01	5,00	0,52	-0,30	-0,31

6.2.1.2 Validité convergente

Vu la distribution des données, la validité convergente a été évaluée au moyen de corrélations de Pearson et de Spearman (selon la distribution des scores) entre l'instrument total ainsi que les composantes et l'échelle d'attitudes envers les Autochtones (M-Patas) (Tableau 6.6). Des attitudes favorables aux Autochtones donneront des scores élevés pour l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », alors que les scores sur le M-PATAS seront faibles, les coefficients de corrélations entre les deux échelles devraient donc être négatifs. Globalement, il y a plusieurs relations significatives entre l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » et M-Patas. Les coefficients de corrélation des composantes avec le M-Patas montrent des relations faibles : de -0,170 à -0,286. Pour l'instrument total, le coefficient de corrélation avec le M-Patas est de -0,237. La composante avec la corrélation la plus élevée est la CCAA (composante cognitive envers les patients autochtones-autonomie) $r = -0,286$ ($p < 0,001$). Cela signifie qu'il y a une relation statistiquement significative (corrélation positive), mais faible entre la CCAA et l'instrument M-Patas ainsi que les croyances relatives à la composante cognitive envers les patients autochtones – autonomie augmente, plus les attitudes préjudiciables augmentent. Les composantes qui n'ont pas de relation statistiquement significative sont : CCAR et CA, qui était non normalement distribuée (résultat du Rho de Spearman). En bref, il y a des relations statistiquement significatives entre les deux échelles et celles-ci vont dans le sens prévu théoriquement, mais elles sont faibles considérant les balises décrites dans la méthodologie (niveau de corrélation faible = 0,01-0,39). Ainsi, la convergence entre les deux échelles n'est pas démontrée.

Tableau 6.6. Coefficients de corrélation de Pearson entre l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieu de soins » total et ses composantes et l'échelle M-PATAS, et niveau de signification de ces corrélations

Stigma Total	Coefficient de corrélation	-0,237**
	Sig. (bilatérale)	0,004
Composante cognitive envers les patients autochtones - Coopération	Coefficient de corrélation	-0,148*
	Sig. (bilatérale)	0,071***
Composante cognitive envers les patients autochtones – Responsabilité	Coefficient de corrélation	-0,170*
	Sig. (bilatérale)	0,038
Composante cognitive envers la personne	Coefficient de corrélation	-0,183*
	Sig. (bilatérale)	0,025
Composante cognitive envers les patients autochtones - Autonomie	Coefficient de corrélation	-0,286**
	Sig. (bilatérale)	<0,001
Composante affective	Coefficient de corrélation ^a	-0,096
	Sig. (bilatérale)	0,244

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).
 **. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).
 *** Non significative
^a Rho de Spearman

6.2.2 Validité de critère

La fréquence des décisions cliniques par vignette est présentée dans le tableau 6.7. Les répondants (n=149) ont répondu à une seule vignette clinique (puisqu'elles étaient couplées avec une version allochtone) parmi les trois présentées. Pour les trois vignettes, plus de la moitié des répondants (52 %) ont classé au dernier rang l'option de décision clinique considérée comme étant discriminante. Pour les vignettes cliniques de diabète et de trouble dépressif aucun répondant n'a classé l'option discriminante au 1^{er} rang. Pour la vignette de douleur lombaire, un seul répondant a classé au 1^{er} rang l'option discriminante.

Tableau 6.7. Matrice des décisions cliniques

Recommandations	Ordre de priorité					
	1	2	3	4	5	6
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
Vignette clinique Diabète. (n=50)**						
Bien s'hydrater	8	10	10	11	5	6
Mesurer sa glycémie de façon plus régulière	15	15	8	7	3	2
Faire attention à son alimentation et être plus physiquement actif	5	10	12	12	8	3
* Limiter sa consommation d'alcool et d'autres drogues	0	1	7	10	14	18
Revoir son plan de traitement avec son médecin traitant	19	7	6	2	10	6
Lui conseiller de discuter avec sa famille pour qu'elle participe à l'atteinte de ses objectifs	3	7	7	8	10	15
Vignette clinique Douleur lombaire. (n=47)**						
* Poursuivre le traitement initial sans modification	1	3	5	3	5	30
Montrer des exemples d'exercices qui peuvent être faits à la maison	9	11	9	11	5	2
Réaliser des examens supplémentaires (ex. prise de sang, scan)	12	8	11	9	4	3
Poursuivre le traitement initial et référence à un médecin spécialiste	5	9	9	9	13	2
Prescrire/faire des démarches pour obtenir la prescription d'un analgésique opiacé	3	6	8	11	11	8
Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie	17	10	5	4	9	2
Vignette clinique Trouble dépressif. (n= 52)**						
* Recommander l'adoption de saines habitudes de vie	0	3	4	15	30	-
Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie	30	6	5	8	3	-
Référer à des services d'aide et de soutien communautaire	3	10	18	16	5	-
Référer à des services de psychologie	6	18	19	7	2	-
Proposer un traitement d'antidépresseurs / faire des démarches pour obtenir un traitement d'antidépresseurs	13	15	6	6	12	
* Décision clinique discriminante						
** Chaque participant a répondu à une seule vignette clinique (n=149)						

Afin de comparer les différences de moyennes dans les scores de stigmatisation entre les répondants qui priorisent des décisions cliniques discriminantes et ceux qui n'en priorisent pas, des test-t de Student pour les groupes indépendants et des test U de Mann-Whitney ont été menés, encore une fois en fonction de la distribution des données (Tableau 6.8). Parmi les répondants, 24 (16,1 %) priorisaient des décisions cliniques discriminantes comparativement à 125 (83,9 %) qui n'en priorisaient pas. Les résultats du test de différence de moyennes montrent que les groupes ne sont pas différents selon le score total de stigmatisation (discrimination :

oui=4,84 vs. non=5,04; $t(1,73)$; n.s), c'est donc dire que les répondants qui priorisent des décisions cliniques discriminantes n'ont pas plus d'attitudes stigmatisantes. Le constat est le même pour chacune des composantes (voir tableau 6.8), sauf pour la composante cognitive envers la personne (CCP). En effet, ceux qui priorisent des décisions cliniques discriminantes ont un score de CCP significativement plus élevé que ceux qui ne priorisent pas de telles décisions (discrimination : oui=4,73 vs. non=4,36; $t(2,16)$; $p=0,032$). La mesure de l'effet (d de Cohen = 0,78) indique une différence modérée entre les groupes. Donc, les personnes qui priorisent des décisions cliniques discriminantes ont tendance à avoir de moins bonnes attitudes cognitives envers la personne. En somme, la validité de critère est statistiquement significative que pour la composante cognitive envers la personne.

Tableau 6.8. Tableau de différences de moyennes selon les décisions cliniques discriminantes

Variables	Groupe avec décision clinique discriminant M(é.t.)	Groupe sans décision clinique discriminant M(é.t.)	df	t de Student	U de Mann-Whitney (u)	p	d
CCAR	4,97 (0,93)	5,31 (0,63)	27,237	1,711		,098	,68969
CCAC	4,64 (0,69)	4,74 (0,78)	147	,585		,086	,77112
CCP	4,36 (0,81)	4,74 (0,76)	147	2,16		,032*	,77685
CCAA	4,69 (0,60)	4,85 (0,69)	147	1,049		,296	,67938
CA				-	-,833	,405	-
Stigma Total	4,84 (0,54)	5,04 (0,51)	147	1,728		,096	,51517

*Significatif

6.3 Estimation de la fiabilité

Tel que présenté au tableau 6.4, l'Alpha de Cronbach pour l'instrument total est de 0,870, ce qui indique un bon degré d'homogénéité des items. Autrement dit, les items mesurent un même construit, puisque les scores obtenus par l'instrument sont fidèles. Globalement, les Alphas de Cronbach pour les composantes sont considérés comme acceptable : $\alpha_{CCP} = 0,741$; $\alpha_{CA} = 0,671$; $\alpha_{CCAR} = 0,731$; $\alpha_{CCAA} = 0,704$. Pour la composante CCAC, il est donc considéré comme bon, $\alpha_{CCAC} = ,845$. En somme, les Alphas de Cronbach indiquent une bonne homogénéité des items, de satisfaisant à excellent démontrant ainsi la fiabilité de l'instrument et des composantes.

Chapitre 7 : Discussion

Cette étude avait pour but d'évaluer les propriétés psychométriques d'un instrument de mesure « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » portant sur les attitudes, croyances et comportements des professionnels de la santé à l'égard de la patientèle autochtone. L'étude s'inscrit dans la volonté de soutenir l'amélioration des pratiques de première ligne relativement à la patientèle autochtone en permettant d'identifier les comportements, les attitudes et les croyances néfastes que les infirmières entretiennent à son égard. Une telle démarche de validation d'instrument est cruciale pour obtenir des données de qualité, des conclusions plus précises afin d'identifier et quantifier les attitudes, croyances et comportements des professionnels de la santé qui peuvent potentiellement causer des préjudices aux patients autochtones. Cette démarche est une première phase pour éventuellement contribuer à contrer la stigmatisation. Les données ainsi produites permettront d'émettre de meilleures recommandations pour ultimement améliorer les pratiques et contribuer à contrer la stigmatisation. Or, la stigmatisation et ses composantes, dans le contexte des soins de santé, représentent non-seulement un défi de conceptualisation, mais elle comporte d'importants défis quant à la mesure et, plus encore, en ce qui concerne la patientèle spécifique que sont les patients autochtones. Cette étude offre donc une contribution en termes méthodologiques puisqu'elle participe aux efforts d'opérationnalisation du concept de stigmatisation. Sur le plan des retombées sociétales, cette étude contribue aux efforts en cours pour brosser un portrait de la stigmatisation expérimentée par les Autochtones dans le système de soins et ainsi, mieux cibler les interventions pour corriger les attitudes, croyances et comportements stigmatisants des professionnels de santé.

7.1 Validité de l'outil

La validité de construit par l'analyse factorielle a permis d'identifier une structure à 5 facteurs composés de 17 items. La structure théorique est retrouvée dans les résultats empiriques qui découlent de ces analyses factorielles. La composante affective de la stigmatisation (CA) fait référence aux attitudes et sentiments négatifs envers le patient soit une disposition de l'esprit défavorable envers le patient, qui se manifestent par des sentiments hostiles ou négatifs à leur égard. L'opérationnalisation de cette composante est cohérente avec les fondements théoriques (Dieujuste, 2016; Knaak et al., 2017).

La composante cognitive de la stigmatisation (CCP) décrit les croyances négatives qu'entretiennent les professionnels de santé à l'égard des patients autochtones en général tel que défini par Link et Phelan (2001) et Dieujuste (2016). La composante cognitive se subdivise plus spécifiquement par rapport à la coopération et l'observance au traitement (CCAC). Dans la littérature, les auteurs définissent cette composante de façon similaire comme la perception que les patients sont moins observants des recommandations et de leur traitement, et par conséquent plus difficile à traiter (Browne & Varcoe, 2006; Cooper et al., 2012; Edlund et

al., 2002; Puumala et al., 2016). Pour Corrigan (2004), le fait d'être moins observant est une conséquence de l'intériorisation des idées stigmatisantes par la personne et relève davantage de la composante affective.

De même, la responsabilité du patient envers sa condition de santé (CCAR) réfère aux croyances que les patients sont les seuls responsables de leur condition de santé, en raison de différents préjugés et stéréotypes (consommation d'alcool et de tabac, habitudes de vie, culture de la famille, etc.) et vivent ces conséquences pour ces raisons. (Ewen et al., 2015; Haghghat, 2005; Loppie et al., 2014). Dans l'étude qualitative thématique de Rix et al. (2014), la responsabilité du patient est liée au thème de la discrimination et du racisme.

La définition de la composante cognitive de l'autonomie (CCAA) est cohérente avec des études qui ont aussi démontré que les professionnels entretiennent des croyances erronées par rapport à l'autonomie du patient (Cooper & al., 2012; Dieujuste, 2016). Les patients sont considérés comme incapables de prendre en charge par eux-mêmes leur santé, prendre des décisions relatives à leurs soins ou être impliqués activement dans leurs soins.

Les analyses pour évaluer la validité de construit de type convergent ont démontré des corrélations statistiquement significatives entre les échelles « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins » et M-PATAS, celles-ci vont dans le sens prévu théoriquement, mais elles sont faibles. Les deux échelles mesureraient donc des construits sensiblement différents, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le M-Patas mesure les préjugés modernes et non la stigmatisation dans son ensemble (Moderie, 2021). Réitérons qu'il n'existe pas d'échelle de mesure de la stigmatisation spécifique à la patientèle autochtone à ce jour ce qui limite le choix d'échelle pour évaluer la validité convergente.

La validité de critère a démontré que personnes qui priorisent des décisions cliniques discriminantes ont tendance à avoir de moins bonnes attitudes cognitives envers la personne, définies comme des croyances généralisées et l'attribution d'étiquettes négatives. Cette observation est cohérente avec la littérature existante qui présente plusieurs facteurs qui peuvent influencer l'occurrence de la discrimination dans les soins et dont l'objectif de l'instrument de mesure cherche à expliquer (Hunt et al., 2015; Puumala et al., 2016; van Ryn et al., 2011). Pour toutes les autres composantes ainsi que pour le score total, aucune différence n'a été identifiée. Toutefois, les résultats indiquent peut-être que la discrimination, telle que mesurée dans cette étude, n'est pas un critère optimal. Il importe d'ailleurs de reconnaître que très peu de participants ont priorisé (rang 1, 2 ou 3) une décision clinique stigmatisante. Il y aurait lieu d'explorer le recours à un autre critère pour évaluer la validité critériée de l'échelle.

7.2 Fiabilité de l'instrument.

L'alpha de Cronbach permet d'évaluer la cohérence interne de l'instrument pour ainsi démontrer que celle-ci mesure de façon constante le concept de stigmatisation. Cela démontre que les scores obtenus via les

différents items sont cohérents entre eux et que l'instrument total a une bonne cohérence interne, mais nous ne pouvons conclure de façon générale que l'instrument est fiable. Dans le domaine de la mesure de la stigmatisation, Sastre et al., (2019) ont effectué une revue psychométrique systématique sur les instruments qui évaluent la stigmatisation liée à la santé mentale chez les professionnels de la santé et les étudiants en santé. Parmi les 15 instruments recensés, seuls deux instruments avaient un niveau de preuve élevé pour la cohérence interne, tandis que la fiabilité n'a été évaluée que dans cinq études. Or, la littérature démontre que plusieurs instruments sont utilisés malgré le manque de preuve de leur fiabilité. Pour l'instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins », il sera nécessaire d'effectuer davantage d'études psychométriques afin de l'améliorer.

7.3 Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude réside dans l'utilisation d'un cadre rigoureux pour le processus de développement et de validation, celui de Boateng et al. (2018). Le fait de développer l'instrument de mesure sur la base d'un cadre de validation reconnu assure l'adéquation entre le concept de stigmatisation et l'interprétation des résultats qui en découlera. Une autre force de cette étude est l'utilisation des vignettes cliniques représentatives et réalistes puisqu'elles ont été élaborées en collaboration avec des cliniciens en milieu autochtone et des patients partenaires autochtones tout en étant inspirés de leur propre expérience.

7.4 Limites de l'étude.

7.4.1 Limites dues au contexte.

La collecte de données de cette étude a possiblement été influencée par deux éléments contextuels. D'abord, l'étude a été menée dans le contexte extraordinaire de la pandémie de Covid-19. Le contexte sanitaire a probablement limité le nombre de répondants puisque les infirmières pouvaient être moins disposées physiquement et psychologiquement à participer à des études ce qui a influencé négativement le collecte de données. Ensuite, un événement tragique impliquant une patiente autochtone a été largement médiatisé peu de temps avant la collecte de données : le décès de Mme Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette (septembre 2020). Cet événement a fortement ébranlé les différentes sphères de la société, sensibilisant ainsi la population au racisme envers les Autochtones dans les institutions québécoises ainsi qu'aux conditions inéquitables en matière de soins de santé pour ces populations. Bien que des mesures aient été mises en place pour atténuer cette influence, il est possible que les données soient biaisées par la désirabilité sociale. L'administration d'une échelle de désirabilité sociale simultanément aurait permis un contrôle statistique de ce biais, mais cela n'a pas été fait.

7.4.2 Limites liées à la méthodologie.

En plus des influences potentielles du contexte, l'étude compte des limites méthodologiques. Il s'agit d'une analyse secondaire de données. L'étude plus vaste a utilisé un devis beaucoup plus complexe comprenant trois vignettes cliniques en deux versions (Autochtones et Allochtones). Cette complexité, par exemple l'ordre d'administration des vignettes autochtone et allochtone, n'a pas été prise en compte dans la présente étude. En outre, dans notre étude, l'équivalence des vignettes cliniques entre elles n'a pas été évaluée quantitativement. Une autre limite de l'étude fait référence à la difficulté d'évaluer la sensibilité des items, puisque l'échantillon a rapporté peu de comportements stigmatisants. Cela porte à se questionner sur la représentativité de l'échantillon qui n'est peut-être pas représentatif des infirmières qui œuvrent auprès de population autochtone de manière fréquente. De plus, l'échantillon de convenance ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble d'une population et sa taille (n=149) n'est pas optimale pour mener le processus de validation sur le plan statistique. Selon les postulats relatifs à la taille d'échantillon, la proportion d'observation par item lors d'un développement d'outil devrait être de 10 :1 ou minimalement de 200 à 300 observations (Boateng et al., 2018; DeVellis, 2003), alors que la taille de notre échantillon est de 5 :1 (n=149).

7.5 Implications pour la pratique clinique

Les résultats soulèvent certaines pistes de réflexion au niveau de l'intervention. La validation de l'instrument est une première étape pour mesurer les attitudes et croyances stigmatisantes des professionnels de la santé à l'égard de la patientèle autochtone. Éventuellement, elle permettra de monitorer la pratique infirmière en matière de sécurisation culturelle et peut-être ultimement, son évolution. Une pratique sans stigmatisation est indispensable, mais ces pratiques doivent d'abord être évaluées afin de déterminer sur quel aspect il importe d'intervenir en termes de formation, afin de diminuer le risque culturel dans les soins pour la patientèle autochtone. Par exemple, les données de l'étude démontrent que 66,2 % des participantes n'ont jamais eu de formation culturelle abordant les réalités autochtones, alors que 64,4 % d'entre elles ont pourtant des contacts fréquents avec ces groupes dans le cadre de leur pratique clinique. Dans la littérature en santé autochtone, la sécurisation culturelle est conçue comme un concept important pour développer et livrer des politiques sanitaires et sociales, ainsi que pour favoriser une réelle transformation des pratiques et des organisations (Brascoupé & Waters, 2009). Le concept de « sécurisation culturelle » (ou sécurité culturelle) remet en question les relations de pouvoir, d'autorité et de paternalisme établies depuis longtemps entre la société dominante et les peuples autochtones, qui se reflètent dans les soins de santé (Gerlach, 2012). L'importance de la sécurisation culturelle demeure étroitement liée à l'engagement fondamental envers le changement pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé et promulguer des valeurs d'équité et de justice sociale. En somme, la sécurisation culturelle vise à promouvoir l'équité en matière de santé (Gerlach, 2012).

L'Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec a récemment pris position sur la question du racisme systémique envers les Autochtones et la sécurisation culturelle, menant au dépôt d'un avis officiel sur la sécurisation culturelle dans les soins de santé (OIIQ, 2021). Cet avis suggère d'améliorer la formation initiale des infirmières et inclut des exigences relatives aux connaissances en matière de sécurisation culturelle dans l'examen professionnel, des activités de formation continue ainsi que la mise en place d'un groupe de travail afin d'assurer un suivi des objectifs fixés par l'OIIQ. Ainsi, la sécurisation culturelle impose aux infirmières de fournir des soins sécuritaires dans un cadre de la réconciliation et de respecter la différence de tout individu (Brascoupe & Waters, 2009).

7.6 Pistes de recherches futures.

L'instrument validé pourrait être utilisé dans une étude longitudinale. Ceci permettrait de suivre l'évolution de la pratique pour ainsi contribuer au développement d'initiatives visant à transformer les pratiques de soins et de formuler des recommandations en vue de les influencer positivement. De nouveaux programmes de formation obligatoire ont été mis en place par les Universités et des Centres hospitaliers à la suite de l'événement tragique du décès de Joyce Echaquan. Ces mini-programmes de formation sont un premier pas, mais encore faut-il s'assurer d'en faire un suivi en mesurant les effets de ces interventions. Ultérieurement, des études devraient également s'intéresser au développement et l'évaluation d'un curriculum éducationnel en sciences infirmières axé sur le développement de la sécurisation culturelle.

Conclusion

Cette étude constitue une première démarche de validation d'un outil novateur qui pourrait documenter les pratiques et les soins prodigués à la patientèle autochtone. Ces données sont précieuses pour la lutte contre le racisme systémique (OIIQ, 2021). Les étapes de validation réalisées démontrent que l'instrument est fiable et valide sur le plan du construit. D'autres études doivent être réalisées, eu égard au fait que la stigmatisation des Autochtones en milieux de soins est un sujet sensible et hautement politique. Il importe de mesurer la stigmatisation à l'égard des patients autochtones, pour en suivre l'évolution et intervenir sur dans les milieux afin de l'éradiquer.

Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement

TITRE DE LA RECHERCHE :	Attitudes, croyances et pratiques des professionnels de la santé dans différents cas cliniques
CHERCHEUSE PRINCIPALE :	Marie-Claude Tremblay, Faculté de médecine, Université Laval
CONTEXTE DU PROJET :	Projet financé par le CERSSPL-UL

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET

Les professionnels de la santé peuvent réagir de façon différente aux situations de soins auxquelles ils sont confrontés, compte tenu de leurs expériences et de leur formation. Cette étude vise à explorer les perceptions des professionnels en lien avec différentes situations de soins vécues par les patients.

Pour ce faire, notre étude comporte un questionnaire basé sur des vignettes de cas décrivant des situations de soins vécues par des patients. Ce questionnaire ne vise pas à évaluer vos compétences cliniques, mais plutôt vos attitudes, vos perceptions et votre interprétation en lien avec différentes situations cliniques. C'est pourquoi les situations cliniques présentées sont vagues. Les données qui seront obtenues grâce à ce questionnaire soutiendront l'amélioration de la formation de base des professionnels ainsi que la mise en place d'interventions de développement professionnel.

VOTRE PARTICIPATION

Votre participation à cette recherche consistera à répondre aux questions concernant les différentes vignettes de cas vécues par des patients et sera d'une durée approximative de 30 minutes. Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment.

RISQUES POTENTIELS ET INCONVÉNIENTS POSSIBLES

Aucun risque n'est associé à ce projet de recherche. Toutefois, le temps consacré au questionnaire pourrait constituer un inconfort pour certaines personnes.

AVANTAGES POSSIBLES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer au développement des connaissances dans le domaine des pratiques professionnelles.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette recherche est libre et vous pouvez cesser de participer à tout moment, simplement en fermant le questionnaire. Dans cette situation, vos données ne

seront pas enregistrées. Puisqu'aucune donnée permettant de vous identifier (ex. : nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui demanderait de se retirer du projet, après avoir soumis son questionnaire, ne pourront être détruites et retirées des analyses.

ANONYMAT ET CONSERVATION DES DONNÉES

Voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente recherche :

- Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier;
- Seules la chercheuse principale et la professionnelle de recherche auront accès aux questionnaires et au fichier statistique;
- Tout le matériel de la recherche sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé à la Faculté de médecine de l'Université Laval;
- Les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe sur le serveur de l'Université Laval et seules la chercheuse principale et la professionnelle de recherche auront accès;
- Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches concernant les attitudes, croyances et pratiques des professionnels de la santé, sous forme anonyme;
- Les données seront recueillies dans le cadre de ce projet seront conservées pour une durée de 5 ans, puis détruites.

Lors de la diffusion des résultats

- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande au chercheur. Les coordonnées du chercheur seront disponibles à la fin du questionnaire;
- Le comité d'éthique sectoriel Santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui a évalué le projet, peut accéder aux données de recherches à des fins de contrôle et de vérification.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

ATTESTATION DU CONSENTEMENT

Le simple envoi du questionnaire rempli sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer à ce projet, ainsi qu'à ce que vos données anonymes soient utilisées pour d'autres analyses ultérieures, le cas échéant.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation, pour vous retirer du projet ou pour recevoir un résumé des résultats, veuillez communiquer avec la chercheuse principale.

Pour toute question d'ordre éthique, vous veuillez vous adresser au Comité d'éthique de la recherche sectorielle en Santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale – Nationale au (418) 821-1746 ou à l'adresse courriel bgp.recherche.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca.

POUR EXPRIMER UNE INSATISFACTION OU FORMULER UNE PLAINTE

Si vous avez des plaintes ou des critiques relatives à votre participation à cette recherche, vous pouvez vous adresser, en toute confidentialité, au bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval aux coordonnées suivantes :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Également, vous pouvez vous adresser au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale :

2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Par courriel : commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca
Par téléphone : 418 691-0762 ou, sans frais, 1 844 691-0762

Finalement, vous pouvez vous adresser au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec – Université Laval :

11 Côte du Palais
Québec (Québec) G1R 2J6
Par courriel : plaintes@chudequebec.ca
Par téléphone : 418 654-2211

Pour toute question d'ordre éthique, vous veuillez vous adresser au Comité d'éthique de la recherche sectorielle en Santé des populations et première ligne du CIUSSS de la

Capitale –Nationale au (418) 821-1746 ou à l'adresse courriel
bgp.recherche.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca.

Annexe 2. Instrument « Stigmatisation envers les Autochtones en milieux de soins »

Consignes

Veillez, s'il vous plait, lire les vignettes ci-dessous et répondre aux questions qui suivent à l'aide des choix de réponse proposés.

Ce questionnaire ne vise pas à évaluer vos compétences cliniques, mais plutôt vos attitudes, vos perceptions et votre interprétation en lien avec différentes situations cliniques. C'est pourquoi les situations cliniques présentées sont vagues

Veillez, s'il vous plait, répondre le plus honnêtement possible. Ces données seront analysées de façon anonyme par un assistant de recherche indépendant qui ne connaîtra pas votre identité. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

VIGNETTE 1

Description du patient :

- M. Vollant
- Patient de 45 ans, en surpoids
- Travailleur saisonnier
- Habite la communauté Innue de Pessamit
- Marié, père de trois enfants

Situation :

Il y a 2 ans, on a diagnostiqué un diabète de type 2 à M. Vollant, alors qu'il était hospitalisé pour une cellulite. Depuis, M. Vollant se présente fréquemment à l'hôpital pour des hyperglycémies qu'il n'arrive pas à contrôler. Lors de son dernier test, il avait une hémoglobine glyquée (HbA1c) élevée. Aujourd'hui, il se présente à nouveau pour une hyperglycémie. Il manifeste également des signes de déshydratation importante ainsi que de la somnolence. M. Vollant mentionne faire de son mieux pour contrôler sa glycémie, bien se nourrir et faire de l'exercice fréquemment, mais il constate qu'il parvient difficilement à atteindre les cibles de traitement.

1. Sur la base des informations dont vous disposez, veuillez évaluer la sévérité des symptômes que M. Vollant présente aujourd'hui.
 1. (1 = aucunement sévère, 2 = peu sévère, 3 = plus ou moins sévère, 4 = sévère, 5 = très sévère)
2. L'état de M. Vollant est maintenant stabilisé. Sur la base des informations dont vous disposez, quelles recommandations feriez-vous pour l'aider à mieux contrôler son diabète à l'avenir? (Ordonnez par ordre de priorité en plaçant l'option la plus prioritaire en haut, jusqu'à la moins prioritaire en bas)
 - a. Bien s'hydrater

- b. Mesurer sa glycémie de façon plus régulière
- c. Faire attention à son alimentation et être plus physiquement actif
- d. Limiter sa consommation d'alcool et d'autres drogues, le cas échéant
- e. Revoir son plan de traitement avec son médecin traitant
- f. Lui conseiller de discuter avec sa famille pour qu'elle participe à l'atteinte de ses objectifs

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer votre degré d'accord :

(1 = fortement en accord, 2 = en accord, 3 = plutôt en accord, 4 = plutôt en désaccord, 5 = en désaccord, 6 = fortement en désaccord)

3. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins à M. Vollant.
4. Les patients comme M. Vollant m'exaspèrent.
5. Je considère important de soigner des patients comme M. Vollant (inversé).
6. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme M. Vollant à un/une collègue.
7. Je suis inconfortable à soigner des patients comme M. Vollant.
8. J'aimerais faire davantage pour aider M. Vollant (inversé).
9. Je suis empathique envers M. Vollant (inversé).
10. M. Vollant a probablement des problèmes de consommation d'alcool.
11. M. Vollant semble fiable (inversé).
12. M. Vollant semble être une personne responsable (inversé).
13. M. Vollant ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé .
14. M. Vollant semble être négligent.
15. M. Vollant fait des efforts pour améliorer sa condition de santé (inversé).
16. M. Vollant a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.
17. M. Vollant est capable de juger ce qui est le mieux pour lui (inversé).
18. C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour M. Vollant.
19. M. Vollant ne peut pas choisir ce qui est préférable pour lui.
20. M. Vollant est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé (inversé).

21. M. Vollant est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement (inversé).
22. M. Vollant peut prendre en charge son traitement (inversé).
23. La condition de santé de M. Vollant résulte de son manque de volonté.
24. M. Vollant est responsable de ce qui lui arrive.
25. L'état de santé de M. Vollant résulte de ses mauvaises habitudes de vie.
26. La condition de M. Vollant est le résultat de plusieurs facteurs complexes sur lesquels il a peu de contrôle (inversé).
27. M. Vollant mérite probablement ce qui lui arrive.
28. M. Vollant semble être un patient coopératif (inversé).
29. M. Vollant semble être un patient difficile à soigner.
30. Il est difficile de prodiguer des soins à un patient comme M. Vollant.
31. M. Vollant est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée (inversé).

Vignette 2

Description de la patiente :

- Mme Inukpuk
- Patiente de 38 ans d'origine Inuit
- Travaille à temps partiel, occasionnellement
- Originaire de Kuujuaq, habite Montréal depuis 15 ans
- 2 enfants adolescents, dont un qui termine l'école secondaire

Situation :

Récemment, Mme Inukpuk a consulté en raison d'une douleur lombaire. Durant la consultation, elle a mentionné s'être fait mal au bas du dos en déplaçant un objet lourd à la maison. Mme Inukpuk a été mise au repos et on lui a prescrit de la physiothérapie et des anti-inflammatoires (acétaminophène et naproxen). Après 2 semaines, Mme Inukpuk est revenue consulter, car son état ne s'est pas amélioré. Ses activités quotidiennes sont limitées, elle se déplace difficilement, elle ne dort presque plus et sa qualité de vie en est grandement affectée. Sur une échelle de 1 à 10, elle évalue sa douleur à 7 sur 10 au repos, et à 9 sur 10 à la mobilisation. Elle vous indique ne pas avoir les moyens de payer pour la physiothérapie. Elle utilise déjà des médicaments en vente libre pour soulager sa douleur, mais cela ne lui suffit pas. Ayant déjà eu des narcotiques dans le passé, elle souhaiterait en obtenir à nouveau parce qu'elle se souvient que ça l'avait aidé à soulager des symptômes similaires.

1. Sur la base des informations dont vous disposez, veuillez évaluer la sévérité des symptômes de Mme Inukpuk.
(1 = aucunement sévère, 2 = peu sévère, 3 = plus ou moins sévère, 4 = sévère, 5 = très sévère)
2. Sur la base des informations dont vous disposez, quelles sont selon vous les approches cliniques à privilégier? (Ordonnez par ordre de priorité en plaçant l'option la plus prioritaire en haut, jusqu'à la moins prioritaire en bas)
 - a. Poursuivre le traitement initial sans modification
 - b. Montrer des exemples d'exercices qui peuvent être faits à la maison
 - c. Réaliser des examens supplémentaires (ex. prise de sang, scan)
 - d. Poursuivre le traitement initial et référence à un médecin spécialiste
 - e. Prescrire/faire des démarches pour obtenir la prescription d'un analgésique opiacé
 - f. Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer votre degré d'accord :
(1 = fortement en accord, 2 = en accord, 3 = plutôt en accord, 4 = plutôt en désaccord, 5 = en désaccord, 6 = fortement en désaccord)

3. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins à Mme Inukpuk.
4. Les patients comme Mme Inukpuk m'exaspèrent.
5. Je considère important de soigner des patients comme Mme Inukpuk (inversé).
6. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme Mme Inukpuk à un/une collègue.
7. Je suis inconfortable à soigner des patients comme Mme Inukpuk.
8. J'aimerais faire davantage pour aider Mme Inukpuk (inversé).
9. Je suis empathique envers Mme Inukpuk (inversé).
10. Mme Inukpuk a probablement des problèmes de consommation d'alcool.
11. Mme Inukpuk semble fiable (inversé).
12. Mme Inukpuk semble être une personne responsable (inversé).
13. Mme Inukpuk ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé.

14. Mme Inukpuk semble être négligente.
15. Mme Inukpuk fait des efforts pour améliorer sa condition de santé (inversé).
16. Mme Inukpuk a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.
17. Mme Inukpuk est capable de juger ce qui est le mieux pour elle (inversé).
18. C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour Mme Inukpuk.
19. Mme Inukpuk ne peut pas choisir ce qui est préférable pour elle.
20. Mme Inukpuk est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé (inversé).
21. Mme Inukpuk est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement (inversé).
22. Mme Inukpuk peut prendre en charge son traitement (inversé).
23. La condition de santé de Mme Inukpuk résulte de son manque de volonté.
24. Mme Inukpuk est responsable de ce qui lui arrive.
25. L'état de santé de Mme Inukpuk résulte de ses mauvaises habitudes de vie.
26. La condition de Mme Inukpuk est le résultat de plusieurs facteurs complexes sur lesquels elle a peu de contrôle (inversé).
27. Mme Inukpuk mérite probablement ce qui lui arrive.
28. Mme Inukpuk semble être une patiente coopérative (inversé).
29. Mme Inukpuk semble être une patiente difficile à soigner.
30. Il est difficile de prodiguer des soins à une patiente comme Mme Inukpuk.
31. Mme Inukpuk est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée (inversé).

Vignette 3 :Description du patient :

- Mme Awashish
- Patiente de 28 ans, en surpoids
- Travaille à temps plein
- Habite Opitciwan, une communauté Atikamekw éloignée des centres urbains
- Mère monoparentale, trois enfants

Situation :

Mme Awashish se présente à la clinique. Mme Awashish est venue consulter, car elle se sent constamment fatiguée, elle n'arrive plus à faire ses journées comme avant. Elle se plaint également de douleurs musculaires diffuses (pires le matin), de maux de tête, d'insomnie, d'un manque de concentration et présente un antécédent d'épisode dépressif, mais celui-ci date d'il y a 10 ans. Elle a perdu 15 lbs au cours des deux dernières années de façon non volontaire. Elle présente également un antécédent tabagique d'une douzaine d'années, mais a complètement cessé il y a deux ans.

32. Sur la base des informations dont vous disposez, quelles sont vos impressions cliniques concernant Mme Awashish? (Ordonnez par ordre de priorité en plaçant l'option la plus prioritaire en haut, jusqu'à la moins prioritaire en bas, en fonction de ce qui vous paraît le plus probable)
- a. Au diabète?
 - b. À un problème thyroïdien?
 - c. À un cancer du poumon?
 - d. À la fibromyalgie?
 - e. À un trouble d'abus de substance (alcool ou drogue)?
 - f. À la dépression?

[Page différente du questionnaire] Il s'avère que Mme Awashish est en dépression. Elle souffre également des symptômes suivants : elle n'a plus de plaisir dans ses activités et elle a de la difficulté à organiser les activités familiales. Ses enfants arrivent souvent à l'école en retard. Elle se dit constamment triste, mais n'a pas d'idée suicidaire. Elle se dit par contre fréquemment que ses enfants seraient mieux sans elle parce qu'elle vit énormément de culpabilité de ne pas être à la hauteur comme mère. Elle fait souvent des crises de colère.

33. Sur la base des informations dont vous disposez, veuillez évaluer la sévérité des symptômes de Mme Awashish.
(1 = aucunement sévère, 2 = peu sévère, 3 = plus ou moins sévère, 4 = sévère, 5 = très sévère)

34. Sur la base des informations dont vous disposez, quelles sont selon vous les approches cliniques à privilégier? (Ordonnez par ordre de priorité en plaçant l'option la plus prioritaire en haut, jusqu'à la moins prioritaire en bas)
- Recommander l'adoption de saines habitudes de vie
 - Poser davantage de questions sur sa situation familiale et son milieu de vie
 - Référer à des services d'aide et de soutien communautaire
 - Référer à des services de psychologie
 - Proposer un traitement d'antidépresseurs / faire des démarches pour obtenir un traitement d'antidépresseurs
35. Sur la base des informations dont vous disposez, est-ce que l'état de Mme Awashish justifie, selon vous, un billet d'absence du travail pour cause de maladie?
(1 = aucunement enclin(e), 2 = peu enclin(e), 3 = plus ou moins enclin(e), 4 = enclin(e), 5 = très enclin(e))
36. Sur la base des informations dont vous disposez, quelle est la probabilité que vous émettiez un signalement auprès des autorités de protection de la jeunesse?
(1 = Aucunement probable, 2 = peu probable, 3 = plus ou moins probable, 4 = probable, 5 = très probable)

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer votre degré d'accord :
(1 = fortement en accord, 2 = en accord, 3 = plutôt en accord, 4 = plutôt en désaccord, 5 = en désaccord, 6 = fortement en désaccord)

37. Malgré mes obligations professionnelles, je préférerais éviter de donner des soins à Mme Awashish.
38. Les patients comme Mme Awashish m'exaspèrent.
39. Je considère important de soigner des patients comme Mme Awashish (inversé).
40. Lorsque possible, je préfère référer les patients comme Mme Awashish à un/une collègue.
41. Je suis inconfortable à soigner des patients comme Mme Awashish.
42. J'aimerais faire davantage pour aider Mme Awashish (inversé).
43. Je suis empathique envers Mme Awashish (inversé).
44. Mme Awashish a probablement des problèmes de consommation d'alcool.

45. Mme Awashish semble fiable (inversé).
46. Mme Awashish semble être une personne responsable (inversé).
47. Mme Awashish ne dit probablement pas la vérité à son professionnel de santé.
48. Mme Awashish semble être négligente.
49. Mme Awashish fait des efforts pour améliorer sa condition de santé (inversé).
50. Mme Awashish a probablement des problèmes de dépendance à la drogue.
51. Mme Awashish est capable de juger ce qui est le mieux pour elle (inversé).
52. C'est le professionnel de santé qui doit décider des meilleures options de traitement pour Mme Awashish.
53. Mme Awashish ne peut pas choisir ce qui est préférable pour elle.
54. Mme Awashish est en mesure de prendre de bonnes décisions pour sa condition de santé (inversé).
55. Mme Awashish est capable de jouer un rôle actif dans son plan de traitement (inversé).
56. Mme Awashish peut prendre en charge son traitement (inversé).
57. La condition de santé de Mme Awashish résulte de son manque de volonté.
58. Mme Awashish est responsable de ce qui lui arrive.
59. L'état de santé de Mme Awashish résulte de ses mauvaises habitudes de vie.
60. La condition de Mme Awashish est le résultat de plusieurs facteurs complexes sur lesquels elle a peu de contrôle (inversé).
61. Mme Awashish mérite probablement ce qui lui arrive.
62. Mme Awashish semble être une patiente coopérative (inversé).
63. Mme Awashish semble être une patiente difficile à soigner.
64. Il est difficile de prodiguer des soins à une patiente comme Mme Awashish.
65. Mme Awashish est susceptible d'adopter l'approche de traitement proposée (inversé).

Annexe 3. Questions sociodémographiques

En terminant, nous aimerions vous poser quelques questions sur vous et votre pratique professionnelle.

66. Quel âge avez-vous? (variable continue)
67. Vous identifiez-vous comme :
- Un homme
 - Une femme
 - Genre non binaire
68. Vous identifiez-vous comme une minorité visible?
- Oui
 - Non
69. Vous identifiez-vous comme un(e) autochtone (Premières Nations, Métis, Inuits)?
- Oui
 - Non
70. Dans quelle région administrative travaillez-vous principalement ? :
- Bas-Saint-Laurent
 - Saguenay–Lac-Saint-Jean
 - Capitale-Nationale
 - Mauricie
 - Estrie
 - Montréal
 - Outaouais
 - Abitibi-Témiscamingue
 - Côte-Nord
 - Nord-du-Québec
 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
 - Chaudière-Appalaches
 - Laval
 - Lanaudière
 - Laurentides,
 - Montérégie
 - Centre-du-Québec
71. Quelle est votre discipline professionnelle? :
- Médecine.
 - Sous-question (menu déroulant) : Médecine de famille et médecine d'urgence, Anesthésiologie, Cardiologie, Chirurgie, Dermatologie, Endocrinologie, Gastroentérologie, Génétique médicale, Gériatrie, Hématologie, Immunologie, Médecine

interne, Néphrologie, Neurologie, Obstétrique et gynécologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Pathologie générale, Pédiatrie, Pneumologie, Psychiatrie, Radio-oncologie, Radiologie, Rhumatologie, Santé publique et médecine préventive, Urologie médecine spécialisée

- b. Sciences infirmières.
 - a) Sous-question (menu déroulant) : infirmière auxiliaire, infirmière technicienne, infirmière clinicienne, infirmière praticienne spécialisée (IPS), infirmière-conseil (IC), assistante-infirmière-chef (AIC), infirmière-cadre-conseil, conseillère/conseiller en soins infirmiers
- c. Autres

72. Quel est le nombre d'années d'expérience clinique depuis votre diplomation ou la fin de votre résidence? (variable continue)

73. Quel est votre principal milieu de soins? :

- a. CLSC (centre de santé communautaire) ou dispensaire
- b. CHSLD
- c. Centre hospitalier
- d. Centre de réadaptation
- e. Cliniques médicales ou de soins infirmiers (GMF, GMFU, autres)
- f. Ministère, direction de santé publique ou association professionnelle
- g. Autres

74. Dans votre pratique professionnelle, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec des autochtones (Premières Nations, Métis, Inuits)? :

- a. À tous les jours
- b. Quelques fois par semaine
- c. Quelques fois par mois
- d. Quelques fois par année
- e. Moins d'une fois par année

75. Dans votre vie personnelle, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec des autochtones (Premières Nations, Métis, Inuits)? :

- a. À tous les jours
- b. Quelques fois par semaine
- c. Quelques fois par mois
- d. Quelques fois par année
- e. Moins d'une fois par année

76. Au cours de votre formation professionnelle, avez-vous eu des cours qui ont abordé les cultures autochtones et les réalités autochtones?

- a. oui, dans le cadre d'un cours complet à l'université (45 heures)
- b. oui, dans le cadre d'un cours complet au CÉGEP

- c. oui, dans le cadre d'une ou de quelques séances de cours (moins de 45 heures)
- d. non, pas du tout
- e. autres (encadré qui permet de décrire)

Annexe 4. Échelle M-PATAS

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre niveau d'accord vis-à-vis l'énoncé.

(1 = Fortement en désaccord, 5 = Fortement en accord)

77. La plupart des Autochtones ne peuvent pas prendre soin de leurs enfants.
78. La plupart des Autochtones semblent être en état d'ébriété.
79. La plupart des Autochtones reçoivent de l'aide sociale.
80. La plupart des Autochtones ont besoin de cours pour apprendre à être de meilleurs parents.
81. Les Autochtones ont beaucoup trop d'enfants.
82. Les Autochtones n'ont pas la notion du temps.
83. Les normes d'hygiène élevées ne sont pas valorisées dans la culture autochtone.
84. Les maladies qui affectent les Autochtones découlent tout simplement de leur mode de vie.
85. L'abus de drogues est un problème majeur chez les Autochtones.
86. La pauvreté dans les réserves résulte directement de l'abus de drogues chez les Autochtones.
87. Peu d'Autochtones semblent être fiers de leur apparence physique.
88. Le Canada doit arrêter de s'excuser pour des événements qui sont arrivés aux autochtones il y a de nombreuses années.
89. Les Autochtones doivent encore manifester pour l'égalité de leurs droits (inversé).
90. Les Autochtones devraient arrêter de se plaindre de la façon dont ils sont traités et simplement reprendre une vie normale.
91. Les Autochtones devraient simplement passer l'éponge sur ce que les générations précédentes ont vécu dans les pensionnats.
92. Les Canadiens d'origine autochtone semblent utiliser leurs traditions culturelles pour se faire octroyer des droits spéciaux refusés aux Canadiens non autochtones.
93. Plusieurs des demandes faites au gouvernement fédéral par les Autochtones sont exagérées.

94. Des places spéciales ne devraient pas être réservées pour les étudiants autochtones dans les programmes universitaires.
95. Les Autochtones devraient être satisfaits de ce que le gouvernement leur a donné.
96. Il n'est plus nécessaire d'honorer les traités conclus avec les peuples autochtones.
97. Il ne devrait pas y avoir de places réservées pour les Autochtones dans les universités, à moins qu'ils ne soient qualifiés.
98. Les Autochtones devraient payer des taxes au même titre que tout le monde.
99. Le gouvernement devrait soutenir les programmes qui visent à ce que des postes en position d'autorité soient pourvus par des Autochtones (inversé).
100. Les personnes non autochtones doivent devenir plus sensibles aux besoins des Autochtones (inversé).
101. Les organismes gouvernementaux devraient tout faire pour répondre aux besoins des Autochtones (inversé).

Annexe 5. Débriefing

Dernière page du questionnaire, après l'envoi des données

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Merci d'avoir participé à cette étude. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter la chercheuse principale du projet Marie-Claude Tremblay.

[Si vous désirez obtenir les résultats de l'étude \(qui concernent la validité du questionnaire développé\), nous vous invitons à communiquer avec la chercheuse principale, qui vous fera parvenir les résultats suite à la suite de l'analyse des données, au mois d'avril 2020. En communiquant avec la chercheuse, celle-ci ne sera pas en mesure de lier vos réponses à votre identité, puisque les données auront été anonymisées.](#)

**** Nous désirons vous informer que le questionnaire auquel vous venez de participer vise à développer et valider un questionnaire pour évaluer les attitudes, les croyances et les pratiques des professionnels de la santé en relation avec les patients autochtones. L'équipe de recherche ne vous avait pas dévoilé complètement les objectifs de l'étude dès le départ, dans le but d'obtenir des réponses authentiques et ainsi assurer leur validité scientifique.

Le comité d'éthique de la recherche qui a évalué ce projet a approuvé cette procédure d'obtention de consentement des participants de recherche.

Nous vous rappelons que vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Vous avez maintenant la possibilité de retirer votre consentement ainsi que vos données de l'étude aux vues de cette nouvelle information de divulgation tardive des objectifs de l'étude. Pour ce faire, vous n'avez qu'à cliquer sur « Ne pas soumettre » au bas de cette page.

Si vous souhaitez soumettre vos données et participer à l'étude, veuillez cliquer sur « Soumettre ». Vous aurez ensuite la possibilité de participer au concours pour courir la chance de gagner un des trois certificats-cadeaux d'une valeur de 100\$ chez Amazon.

Si vous désirez participer au concours pour courir la chance de gagner un des trois certificats-cadeaux d'une valeur de 100\$ chez Amazon, veuillez cliquer sur le lien suivant : [page web externe – à venir].

Approbaton éthique des comités CIUSSS-CN et CRCHU

Bibliographie

- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity. *Health disparities in aboriginal Canada*, 96(2), S45-S61. <http://librarypdf.catie.ca/PDF/P24/22247.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Agence de la santé publique du Canada. Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national. Infographie : Inégalités relatives à la mortalité infantile au Canada.* (180799). Ottawa Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-mortalite-infantile-infographie.html>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. . <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company. https://faculty.washington.edu/caporaso/courses/203/readings/allport_Nature_of_prejudice.pdf
- Arriagada, P. (2016). *Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-503-x/2015001/article/14313-fra.pdf?st=Yy655F7T>
- Augoustinos, M., Tuffin, K., & Every, D. (2005). New Racism, Meritocracy and Individualism: Constraining Affirmative Action in Education [journal article]. *Discourse & Society: An International Journal for the Study of Discourse and Communication in Their Social, Political and Cultural Contexts*, 16(3), 315-340. <https://doi.org/10.1177/0957926505051168>
- Battersby, M., Lawn, S., Kowanko, I., Bertossa, S., Trowbridge, C., & Liddicoat, R. (2018). Chronic condition self-management support for Aboriginal people: Adapting tools and training [Article]. *Australian Journal of Rural Health*, 26(4), 232-237. <https://doi.org/10.1111/ajr.12413>
- Battig, W. F., & Montague, W. E. (1969). Category norms of verbal items in 56 categories A replication and extension of the Connecticut category norms. *Journal of Experimental Psychology* 80(3p2), 1. <https://doi.org/10.1037/h0027577>
- Bellezza, S. F., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1986). *Words high and low in pleasantness as rated by male and female college students*. https://faculty.washington.edu/agg/pdf/Bellezza_Gwald_Banaji_BRMIC_1986.OCR.pdf
- Benson, J., & Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 789-799.
- Bhattacharyya, O. K., Estey, E. A., Rasooly, I. R., Harris, S., Zwarenstein, M., & Barnsley, J. (2011). Providers' perceptions of barriers to the management of type 2 diabetes in remote Aboriginal settings. *International Journal of Circumpolar Health*, 70(5), 552-563. <https://doi.org/10.3402/ijch.v70i5.17848>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quirñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in public health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bolster-Foucault, C., Ho Mi Fane, B., & Blair, A. (2021). Structural determinants of stigma across health and social conditions: a rapid review and conceptual framework to guide future research and intervention [Déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales : revue rapide et cadre conceptuel visant à guider la recherche et les interventions.]. (2368-738X (Electronic)).
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Decomposing identity: differential relationships between several aspects of ethnic identity and the negative effects of perceived discrimination among First Nations adults in Canada. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16(4), 507-516. <https://doi.org/10.1037/a0021373>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). Appraisals of discriminatory events among adult offspring of Indian residential school survivors: the influences of identity centrality and past perceptions of discrimination. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(1), 75-86. <https://doi.org/10.1037/a0033352>
- Bourque, G. L. (2014). Les inégalités, un choix de société ? *Revue Vie Économique*, 6(1), 7-8. <http://www.eve.coop/?a=222>

- Brown, C. L. (2017). Linking public health nursing competencies and service-learning in a global setting. *Public Health Nursing*, 34(5), 485-492. <https://doi.org/10.1111/phn.12330>
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2010). Access to Primary Care From the Perspective of Aboriginal Patients at an Urban Emergency Department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333-348. <https://doi.org/10.1177/1049732310385824>
- Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 22(2), 155-167. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.22.2.155>
- Brownridge, D. A. (2008). Understanding the Elevated Risk of Partner Violence Against Aboriginal Women: A Comparison of Two Nationally Representative Surveys of Canada [Article]. *Journal of Family Violence*, 23(5), 353-367. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9160-0>
- Bushnik, T., Yang, S., & Kaufman, J. S. (2017). *Incidence des disparités socioéconomiques sur les naissances prématurées et les nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel*. (no 82-003-X au catalogue). Statistique Canada Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017011/article/54885-fra.pdf>
- Cameron, E. (2011). *État des connaissances en matière de santé publique des Inuits*. https://www.ccnsa.ca/525/État_des_connaissances_la_santé_publique_des_Inuits_2011.nccih?id=29
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2012). *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : examen de la santé publique autochtone au Canada*. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-StateKnowledgeReview-FR.pdf>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: basic issues in objective scale development [Article]. *Psychological Assessment*, 7, 309-319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Cohen, E. G. (1982). EXPECTATION STATES AND INTERRACIAL INTERACTION IN SCHOOL SETTINGS [Article]. *Annual Review of Sociology*, 8(1), 209. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.08.080182.001233>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Retrieved from http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*, 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The Associations of Clinicians' Implicit Attitudes About Race With Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care. *American Journal of Public Health*, 102(5), 979-987. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300558>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523. <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106611499&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
- Cranwell, K., Polacsek, M., & McCann, T. V. (2016). Mental health consumers' with medical co-morbidity experience of the transition through tertiary medical services to primary care [Article]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 127-135. <https://doi.org/10.1111/inm.12174>
- Currie, C. L., Wild, T. C., Schopflocher, D. P., Laing, L., Veugelers, P., & Parlee, B. (2013). Racial discrimination, post traumatic stress, and gambling problems among urban Aboriginal adults in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 393-415. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9323-z>
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *INTERNATIONAL INDIGENOUS POLICY JOURNAL*, 2(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- Daly, K. A., Pirie, P. L., Rhodes, K. L., Hunter, L. L., & Davey, C. S. (2007). Early otitis media among Minnesota American Indians: the Little Ears Study. *American Journal of Public Health*, 97(2), 317-322. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.052837>
- Dancey, C., Reidy., & Rowe, R. (2012). *Statistics for the Health Sciences: A Non-Mathematical Introduction*. Sage Publications.

- Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature [Article]. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 418-425. <https://doi.org/10.1002/casp.900>
- Deacon, H., Stepney, I., & Prosalendis, S. (2005). *Understanding HIV/AIDS stigma: a theoretical and methodological analysis*. HSRC Press. <https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=1Giui6V6VfUC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Understanding+HIV/AIDS+stigma:+a+theoretical+and+methodological+analysis.&ots=OOG-yugu8V&sig=K4bMhWlGfBg1dICbgtVWbOd0Fho#v=onepage&q=Understanding%20HIV%2FAIDS%20stigma%3A%20a%20theoretical%20and%20methodological%20analysis.&f=false>
- Déay, M., & Filiatrault, F. (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique; Outils d'aide à la décision*. Institut national de santé publique Retrieved from https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf
- DeVellis, R. (2003). *Scale development Theory and Applications*. Sage Publications. <https://fliphtml5.com/wmkd/bibu/basic>
- Dieujuste, C. (2016). The concept of stigma in mental illness as applied to Haitian Americans. *International Nursing Review*, 63(2), 200-207. <https://doi.org/10.1111/inr.12267>
- Dovidio, J. F., & Fiske, S. T. (2012). Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *American Journal of Public Health*, 102(5), 945-952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300601>
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). *The Social Psychology of Stigma* (2012/03/15 ed., Vol. 102). Guilford Press. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300601>
- Downing, R., Kowal, E., & Paradies, Y. (2011). Indigenous cultural training for health workers in Australia. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care*, 23(3), 247-257. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr008>
- Driskell, J. E., & Mullen, B. (1990). Status, expectations, and behavior: a meta-analytic review and test of the theory [Article]. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 16, 541-553. <https://doi.org/10.1177/0146167290163012>
- Durey, A. (2010). Reducing racism in Aboriginal health care in Australia: where does cultural education fit? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34 Suppl 1, S87-92. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00560.x>
- Durie, M. (1997). Identity, access and Maori achievement. In *New directions in educational leadership: the indigenous future: edited proceedings New Zealand Educational Administration Society Research Conference, July 6-8 July, 1997*. (pp. 15 p.). Auckland: New Zealand Educational Administration Society in association with Auckland Institute of Technology.
- Eckert, H. (2008). Présentation de l'ouvrage « Le système des inégalités ». *Formation emploi*, 104(octobre-décembre), 83-87. <http://journals.openedition.org/formationemploi/1766>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American journal of psychiatry*, 159(5), 845-851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.845>
- Ewen, S. C., Barrett, J., Paul, D., Askew, D., Webb, G., & Wilkin, A. (2015). When a patient's ethnicity is declared, medical students' decision-making processes are affected. *Internal Medicine Journal*, 45(8), 805-812. <https://doi.org/10.1111/imj.12800>
- Fazio, R. H. (2001). On the automatic activation of associated evaluations: An overview [Article]. *Cognition & Emotion*, 15(2), 115-141. <https://doi.org/10.1080/0269993004200024>
- Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., & Williams, C. J. (1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: a bona fide pipeline? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1013-1027. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.6.1013>

- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C., & Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 229-238. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.2.229>
- Fiske, S. T. (2000). Stereotyping, prejudice, and discrimination at the seam between the centuries: evolution, culture, mind, and brain [Article]. *European Journal of Social Psychology*, 30(3), 299-322. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(200005/06\)30:3<299::AID-EJSP2>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(200005/06)30:3<299::AID-EJSP2>3.0.CO;2-F)
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition. ed.). Chenelière éducation.
- Freund, P., & Maguire, M. B. (1999). *Health, illness, and the social body : a critical sociology* (Vol. 3). Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall. <https://archive.org/details/healthillnesssoc0003freu/page/n1/mode/2up>
- Gionet, L., & Roshanafshar, S. (2013). *Coup d'œil sur la santé: Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*. (No 82-624-X au catalogue). Statistique Canada Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2013001/article/11763-fra.pdf?st=wRqX5BQD>
- Giordana, J.-Y. (2011). Lutter contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale. *Soins psychiatrie*, 32(275), 14-18. <https://doi.org/SPSY-07-08-2011-32-275-0241-6972-101019-201103941>
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of spoiled identity. In. Penguin Books. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiprNWurv_gAhvFUK0KHdqVBssQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.freelists.org%2Farchives%2Fsig-dsu%2F11-2012%2FpdfKhTzvDli8n.pdf&usq=AOvVaw1scEF6niaMTcPUCcDdee8w
[https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Goffman,+E.+\(1963\).+Stigma+:+Notes+on+the+management+of+spoiled+identity.+NewYork:+Prentice+Hall.&ots=R91kJI8GOf&sig=oVrYbbaFbe1AG6ZUVNjZ6j9K09A#v=onepage&q=Goffman%2C%20E.%20\(1963\).%20Stigma%20%3A%20Notes%20on%20the%20management%20of%20spoiled%20identity.%20NewYork%3A%20Prentice%20Hall.&f=false](https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Goffman,+E.+(1963).+Stigma+:+Notes+on+the+management+of+spoiled+identity.+NewYork:+Prentice+Hall.&ots=R91kJI8GOf&sig=oVrYbbaFbe1AG6ZUVNjZ6j9K09A#v=onepage&q=Goffman%2C%20E.%20(1963).%20Stigma%20%3A%20Notes%20on%20the%20management%20of%20spoiled%20identity.%20NewYork%3A%20Prentice%20Hall.&f=false)
- Gonzales, K. L., Lambert, W. E., Fu, R., Jacob, M., & Harding, A. K. (2014). Perceived racial discrimination in health care, completion of standard diabetes services, and diabetes control among a sample of American Indian women. *The Diabetes Educator*, 40(6), 747-755. <https://doi.org/10.1177/0145721714551422>
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., & Kerr, T. (2017). Corrigendum to “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city [Soc. Sci. & Med. 178 (2017) 87–94]. *Social Science and Medicine*, 184, 187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.050>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Services aux Autochtones: Plan ministériel 2018-2019*. Canada Retrieved from https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-ROOT/STAGING/texte-text/isc-dp2018-19_pdf_1523898419512_fra.pdf
- Gouvernement du Canada. (2021). *Maladies pouvant affecter les communautés des Premières Nations et les communautés inuites*. Ottawa, Canada Retrieved from <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569960595332/1569960634063>
- Gouvernement du Canada. (2022a). *Portrait des Canadiennes et Canadiens ayant vécu en situation d'itinérance*. Ottawa, Canada Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00002-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2022b). *Tuberculose : Surveillance*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/tuberculose/surveillance.html>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Portail santé mieux-être: Santé mentale (maladie mentale)*. Gouvernement du Québec. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test [Article]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1464>

- Greenwald, A. G., & Nosek, B. A. (2001). Health of the Implicit Association Test at age 3. *Zeitschrift für experimentelle Psychologie : Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 48(2), 85-93. <https://doi.org/10.1026//0949-3946.48.2.85>
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 17-41. <https://doi.org/10.1037/a0015575>
- Grigg, K., & Manderson, L. (2016). The Racism, Acceptance, and Cultural-Ethnocentrism Scale (RACES): Measuring Racism in Australia. In C. Roland-Levy, P. Denoux, B. Voyer, P. Boski, & W. K. Gabrenya Jr. (Eds.). https://scholarworks.gvsu.edu/iaccp_papers/214/
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Haghighat, E. (2005). School Social Capital and Pupils' Academic Performance [Article]. *International Studies in Sociology of Education*, 15(3), 213-235. <https://doi.org/10.1080/09620210500200141>
- Haghighat, R. (2005). *The development of an instrument to measure stigmatization: Factor analysis and origin of stigmatization* [doi:10.4321/S0213-61632005000300002]. *European Journal of Psychiatry*.
- Hair, J., Black, W. C., Black, B., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis: Global Edition, 7th Edition* (7e ed.). Pearson Education.
- Hall, W. (2015). Challenges in minimizing the adverse effects of cannabis use after legalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1013-1015. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1067-5>
- Harding, R. (2006). Historical representations of aboriginal people in the Canadian news media [Abstract]. *Discourse & Society*, 17(2), 205-235. <https://doi.org/10.1177/0957926506058059>
- Harper, D. (1987). Review of Social stigma—The psychology of marked relationships. *Rehabilitation Psychology - REHABIL PSYCHOL*, 32, 62-64. <https://doi.org/10.1037/h0092827>
- Harris, R., Cormack, D., Stanley, J., Curtis, E., Jones, R., & Lacey, C. (2018). Ethnic bias and clinical decision-making among New Zealand medical students: an observational study. *BMC Medical Education*, 18(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1120-7>
- Harris, S., Bhattacharyya, O., Dyck, R., Hayward, M. N., & Toth, E. L. (2013). Le diabète de type 2 chez les Autochtones. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S575-S581. <https://doi.org/10.1016/j.icjd.2013.07.042>
- Hasson-Ohayon, I., Lerer, G., Tuval-Mashiach, R., Shamir, E., & Roe, D. (2016). Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community [Article]. *Psychosis*, 8(3), 250-259. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1145731>
- Hogan, T. P. (2017). Introduction à la psychométrie, 2e édition. In (2 ed., pp. 74). Chenelière Éducation.
- Holzemer, W. L., Uys L Fau - Makoe, L., Makoe L Fau - Stewart, A., Stewart A Fau - Phetthu, R., Phetthu R Fau - Dlamini, P. S., Dlamini Ps Fau - Greeff, M., Greeff M Fau - Kohi, T. W., Kohi Tw Fau - Chirwa, M., Chirwa M Fau - Cuca, Y., Cuca Y Fau - Naidoo, J., & Naidoo, J. (2007). A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries. (0309-2402 (Print)).
- Hunt, L., Ramjan, L., McDonald, G., Koch, J., Baird, D., & Salamonson, Y. (2015). Nursing students' perspectives of the health and healthcare issues of Australian Indigenous people. *Nurse Education Today*, 35(3), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.019>
- Janzen, B., Karunanayake, C., Rennie, D., Katapally, T., Dyck, R., McMullin, K., Fenton, M., Jimmy, L., MacDonald, J., Ramsden, V. R., Dosman, J., Abonyi, S., & Pahwa, P. (2018). Racial discrimination and depression among on-reserve First Nations people in rural Saskatchewan. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 108(5-6), e482-e487. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.6151>
- Jelalian, E., Boergers, J., Alday, C. S., & Frank, R. (2003). Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clinical Pediatrics*, 42(3), 235-245. <https://doi.org/10.1177/000992280304200307>
- Johansson, P., Jacobsen, C., & Buchwald, D. (2006). Perceived discrimination in health care among American Indians/Alaska Natives. *Ethnicity and Disease*, 16(4), 766-771. <https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=23492360&lang=fr&site=ehost-live>

- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111-117. <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. (0840-4704 (Print)).
- Krosnick, J. A., Judd, C. M., & Wittenbrink, B. (2005). The Measurement of Attitudes. In *The handbook of attitudes*. (pp. 21-76). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Krosnick, J. A., Judd, C. M., & Wittenbrink, B. (2005). The measurement of attitudes. <https://web.stanford.edu/dept/communication/faculty/krosnick/docs/The%20Measurement%20of%20Attitudes.pdf>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 55.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). CONCEPTUALIZING STIGMA [Article]. *Annual Review of Sociology*, 27, 363. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Struening, E., Cullen, F. T., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A MODIFIED LABELING THEORY APPROACH TO MENTAL DISORDERS: AN EMPIRICAL ASSESSMENT [Article]. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Livingston, J. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire*. Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf
- Loppie, S., Reading, C., & Leeuw, S. (2014). Déterminants sociaux de la santé: L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*. <https://www.ccsna-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf>
- MacDonald, D., & Wilson, D. (2016). *Harmful neglect: Indigenous child poverty in Canada*. https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2016/05/Indigenous_Child%20Poverty.pdf
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine* (1982), 199, 219-229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Martha Butler, & Tiedemann, M. (2023). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*. Québec: Bibliothèque du Parlement Retrieved from https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201191E#a5
- Martinez, M. M., & Armenta, B. E. (2019). Trajectories of Depressive Symptoms Among North American Indigenous Adolescents: Considering Predictors and Outcomes. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.13268>
- McKinstry, S. (2017). Indigenous oral health inequity: An Indigenous provider perspective. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 108(3), e221-e223. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6243>
- McQuaid, R. J., Bombay, A., McInnis, O. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2015). Childhood adversity, perceived discrimination, and coping strategies in relation to depressive symptoms among First Nations adults in Canada: The moderating role of unsupportive social interactions from ingroup and outgroup members. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 326-336. <https://doi.org/10.1037/a0037541>
- Mill, J. E., Edwards, N., Jackson, R. C., MacLean, L., & Chaw-Kant, J. (2010). Stigmatization as a social control mechanism for persons living with HIV and AIDS. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1469-1483. <https://doi.org/10.1177/1049732310375436>
- Miller, J. (2018). *Pensionnats indiens au Canada*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/pensionnats>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations (Rapport Clair)*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2018). *Système de santé et de services sociaux en bref - Principaux rôles et responsabilités*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>
- Mitchell, A. J., Malone, D., & Doebbeling, C. C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies [10.1192/bjp.bp.107.045732]. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491. <http://bjp.rcpsych.org/content/194/6/491.abstract>
- Moderie, C. (2021). The Mini-Med School and Its Impact on Future Health Care Professionals' Attitudes toward Indigenous People. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(4), 1-13. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0181>
- Morrison, M. A., Morrison, T. G., Harriman, R. L., & Jewell, L. M. (2008). OLD-FASHIONED AND MODERN PREJUDICE TOWARD ABORIGINES IN CANADA
Melanie A. Morrison¹¹, Todd G. Morrison², Rebecca L. Harriman^{3*}
and Lisa M. Jewell^{3*}. In M. A. Morrison & T. G. Morrison (Eds.), *The Psychology of Modern Prejudice* (pp. 277-305). Nova Science Publishers.
- Moskowitz, G. B., Stone, J., & Childs, A. (2012). Implicit stereotyping and medical decisions: unconscious stereotype activation in practitioners' thoughts about African Americans. *American Journal of Public Health*, 102(5), 996-1001. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300591>
- Moyser, m. (2017). *Les Autochtones vivant hors réserve et le marché du travail : estimations de l'Enquête sur la population active, 2007 à 2015*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/71-588-x/71-588-x2017001-fra.pdf?st=QQ5H1_Rg
- Nesdole, R., Lepnum, R., Noonan, B., & Voigts, D. (2015). Psychometric Properties of the Old-Fashioned and Modern Prejudiced Attitudes Toward Aboriginals Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 47(1).
- Nosek, B., Smyth, F., Hansen, J., Devos, T., Lindner, N., Ranganath, K., Smith, C., Olson, K., Chugh, D., Greenwald, A., & Banaji, M. (2007). Pervasiveness and correlates of implicit attitudes and stereotypes [Article]. *European Review of Social Psychology*, 18(1), 36-88. <https://doi.org/10.1080/10463280701489053>
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services [Article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
- O'Keefe, V. M., Cwik, M. F., Haroz, E. E., & Barlow, A. (2019). Increasing culturally responsive care and mental health equity with indigenous community mental health workers. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000358>
- Odile Bergeron. (2022). *Cadres des déterminants de la santé : caractéristiques et spécificités en contexte autochtone* [Synthèse des connaissances]. <https://doi.org/9782550924326>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière; Édition 2010*. OIIQ.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). *Social Psychological Models of Mental Illness Stigma*. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association. <https://psycnet-apa.org/acces.bibl.ulaval.ca/fulltext/2004-20896-004.pdf?sr=1>
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural Safety in Nursing: the New Zealand Experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- Paradies, Y., Truong, M., & Priest, N. (2014). A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 364-387. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2583-1>
- Pedersen, A., Beven, J., Walker, I., & Griffiths, B. (2004). Attitudes toward Indigenous Australians: the role of empathy and guilt [Article]. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(4), 233-249. <https://doi.org/10.1002/casp.771>

- Peiris D, Brown A, & Cass A. (2008). Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *Canadian Medical Association Journal*, 179(10), 985-986. <http://doi.org/10.1503/cmaj.081445>
- Peiris, D., Alex, B., & Alan, C. (2008). Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 179(10), 985-986. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081445>
- Perdue, C. W., Dovidio, J. F., Gurtman, M. B., & Tyler, R. B. (1990). Us and Them: Social Categorization and the Process of Intergroup Bias [Article]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 475-486. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.475>
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26(3), 199-216. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-1031\(90\)90035-K](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-1031(90)90035-K)
- Perreault, M. (2005). Alcool et Amérindiens : au-delà des stéréotypes. *Drogues, santé et société*, 4(1), 5-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/011327ar>
- Phillips, J., & Powe, B. D. (2004). Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in healthcare (book). *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 1019-1019. <https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106615520&lang=fr&site=ehost-live>
- Polit, D. (2010). *Introduction to data analysis in an evidence-based practice environment In Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. Pearson.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29 5, 489-497.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, É. (2015). [The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals]. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 27(1 Suppl), S41-S50. <https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=26168616&lang=fr&site=ehost-live>
- Puumala, S. E., Burgess, K. M., Kharbanda, A. B., Zook, H. G., Castille, D. M., Pickner, W. J., & Payne, N. R. (2016). The Role of Bias by Emergency Department Providers in Care for American Indian Children. *Medical Care*, 54(6), 562-569. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000533>
- Quine, A., Hadjistavropoulos, H. D., & Alberts, N. M. (2012). Cultural Self-Efficacy of Canadian Nursing Students Caring for Aboriginal Patients with Diabetes. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 306-312. <https://doi.org/10.1177/1043659612441023>
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L., & Bonner, A. (2019). Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia [journal article]. *BMC Health Services Research*, 19(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4335-3>
- Riley, S. C. E. (2002). Constructions of equality and discrimination in professional men's talk. *British Journal of Social Psychology*, 41(3), 443-461. <https://doi.org/10.1348/014466602760344304>
- Rix, E. F., Barclay, L., Stirling, J., Tong, A., & Wilson, S. (2014). 'Beats the alternative but it messes up your life': aboriginal people's experience of haemodialysis in rural Australia. *BMJ Open*, 4(9), e005945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005945>
- Rix, E. F., Barclay, L., Wilson, S., Stirling, J., & Tong, A. (2013). Service providers' perspectives, attitudes and beliefs on health services delivery for Aboriginal people receiving haemodialysis in rural Australia: a qualitative study. *BMJ Open*, 3(10), e003581. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003581>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Canada: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada Retrieved from <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Roussel, J.-F. o. (2015). La Commission de vérité et réconciliation du Canada sur les pensionnats autochtones Bilan et prospective. 23(2), 31-58. <https://www.erudit.org/fr/revues/theologi/2015-v23-n2-theologi03341/1042742ar.pdf>
- Sabin, J., A., Moore, K., Noonan, C., Lallemand, O., & Buchwald, D. (2015). Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children. *Childhood Obesity (Print)*, 11(4), 456-465. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0125>

- Sabin, J., Nosek, B. A., Greenwald, A., & Rivara, F. P. (2009). Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 896-913. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0185>
- Sabin, J. A., Moore, K., Noonan, C., Lallemand, O., & Buchwald, D. J. C. O. (2015). Clinicians' implicit and explicit attitudes about weight and race and treatment approaches to overweight for American Indian children. 11(4), 456-465.
- Saenger, G., & Flowerman, S. (1954). Stereotypes and Prejudicial Attitudes. *Human Relations*, 7(2), 217-238. <https://doi.org/10.1177/001872675400700207>
- Saha, S., Arbelaez, J. J., & Cooper, L. A. (2003). Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *American Journal of Public Health*, 93(10), 1713-1719. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.10.1713>
- Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.-T., Tomás-Sábado, J., & Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: a systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9). <https://doi.org/10.1111/jan.13960>
- Secrétariat aux affaires autochtones. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022*. Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/PAS/plan-action-social.pdf
- Sherman, J., & Hamilton, D. (1994). Stereotypes. In.
- Shiels, M. S., Chernyavskiy, P., Anderson, W. F., Best, A. F., Haozous, E. A., Hartge, P., Rosenberg, P. S., Thomas, D., Freedman, N. D., & Berrington de Gonzalez, A. (2017). Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data. *Lancet*, 389(10073), 1043-1054. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30187-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30187-3)
- Smylie, J., O'Brien, K., Xavier, C. G., Anderson, M., McKnight, C., Downey, B., Kelaher, M., De dwa da dehs nye>s Aboriginal Health, C., & O'Brien, K. (2018). Primary care intervention to address cardiovascular disease medication health literacy among Indigenous peoples: Canadian results of a pre-post-design study. *Canadian Journal of Public Health*, 109(1), 117-127. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0034-9>
- Spence, N. D., Wells, S., Graham, K., & George, J. (2016). Racial Discrimination, Cultural Resilience, and Stress. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(5), 298-307. <https://doi.org/10.1177/0706743716638653>
- State services commission Te Kawa Mataaho. (2012). *Creating a Positive Work Environment - Respect and Safety in the Public Service Workplace*. New Zealanda Retrieved from https://ssc.govt.nz/resources/creating-positive-work-environment?e384=action_viewall
- Statistique Canada. (1999). *L'expérience de vie*. (no 82-003 au catalogue). Retrieved from *Espérance de vie [1996]* (format de document portable (PDF), 826.17kB)
- Statistique Canada. (2016). *Tableaux connexes : Santé mentale et bien-être. Santé mentale perçue selon le sexe, par province et territoire (Passable ou mauvaise (nombre))*. (<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health111c-fra.htm>)
- Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2 ed.). Erlbaum.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales A practical guide to their development and use*. Oxford University Press 2015. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=JH30BAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Health+Measurement+Scales+Streiner&ots=tk1DslbNgg&sig=HqiHCuUeKEO8TRc13f63h_bCfNk#v=onepage&q=Health%20Measurement%20Scales%20Streiner&f=false
- Tang, S. Y., & Browne, A. J. (2008). 'Race' matters: racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity and Health*, 13(2), 109-127. <https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105754537&lang=fr&site=ehost-live>

- Tator, C., Henry, F., Smith, C., & Brown, M. (2006). *Racial profiling in Canada : challenging the myth of "a few bad apples"*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442678972>
- Taylor, J. L. (1984). *Politique canadienne relative aux Indiens pendant l'entre-deux-guerres, 1918-1939*. Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/aanc-inac/R5-295-1984-fra.pdf
- Tehee, M., Buchwald, D., Booth-LaForce, C., Omidpanah, A., Manson, S. M., & Goins, R. T. (2019). Traumatic Stress, Social Support, and Health Among Older American Indians: The Native Elder Care Study. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 74(5), 908-917. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx163>
- Terum, L. I., Torsvik, G., & Verbye, E. (2018). Discrimination Against Ethnic Minorities in Activation Programme? Evidence from a Vignette Experiment. *Journal of Social Policy*, 47(1), 39-56. <https://doi.org/10.1017/S0047279417000113>
- Tremblay, M.-C., Bradette-Laplante, M., Witteman, H. O., Dogba, M. J., Breault, P., Paquette, J.-S., Careau, E., & Echaquan, S. (2020). Providing culturally safe care to Indigenous people living with diabetes: Identifying barriers and enablers from different perspectives. *Health Expectations*(First published December 22nd, 2020). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13168>
- Turpel-Lafond, M., & Johnson, H. (2021). In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care. *BC Studies*, 209, 7-17. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
- Vachon, J., Gallant, V., & Siu, W. (2018). La tuberculose au Canada, 2016. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 44(3/4), 85-91.
- Van Herk, K. A., Smith, D., & Tedford Gold, S. (2012). Safe care spaces and places: Exploring urban Aboriginal families' access to preventive care. *Health & Place*, 18(3), 649-656. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.12.004>
- van Ryn, M., Burgess, D. J., Dovidio, J. F., Phelan, S. M., Saha, S., Malat, J., Griffin, J. M., Fu, S. S., & Perry, S. (2011). THE IMPACT OF RACISM ON CLINICIAN COGNITION, BEHAVIOR, AND CLINICAL DECISION MAKING. *Du Bois review : social science research on race*, 8(1), 199-218. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000191>
- van Ryn, M., Hardeman, R., Phelan, S. M., Burgess, D. J., Dovidio, J. F., Herrin, J., Burke, S. E., Nelson, D. B., Perry, S., Yeazel, M., & Przedworski, J. M. (2015). Medical School Experiences Associated with Change in Implicit Racial Bias Among 3547 Students: A Medical Student CHANGES Study Report. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1748-1756. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3447-7>
- van Ryn, M., Hardeman, R., Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Herrin, J., Burke, S. E., Nelson, D. B., Perry, S., Yeazel, M., & Przedworski, J. M. (2015). Medical school experiences associated with change in implicit racial bias among 3547 students: a medical student CHANGES study report. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1748-1756.
- Viens, J. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès: Rapport final*. Gouvernement du Québec
- White-Means, S., Dong, Z., Hufstader, M., & Brown, L. T. (2009). Cultural competency, race, and skin tone bias among pharmacy, nursing, and medical students: implications for addressing health disparities. *Medical Care Research and Review*, 66(4), 436-455.
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017). "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science and Medicine*, 194, 17-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.002>
- Wylie, L., & McConkey, S. (2019). Insiders' Insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the Eyes of Health Care Professionals. *Journal Of Racial And Ethnic Health Disparities*, 6(1), 37-45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9>