

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 32, Issue 3 • Summer 2022
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Note de la rédaction : Le présent article a été préparé à partir d'une conférence à la mémoire de Helene Hudson, donnée en 2021 au congrès annuel de l'ACIO/CANO. Cette conférence a été instituée à la mémoire de Helene Hudson, figure inspirante et dominante au Manitoba en soins infirmiers en oncologie et en soins aux malades.

Vers un accès équitable aux soins oncologiques pour les peuples autochtones du Canada : implications pour la pratique infirmière

par Tara Horrill

RÉSUMÉ

Les peuples autochtones du Canada ne disposent pas d'un accès équitable aux soins de santé et aux soins oncologiques à cause de facteurs sociaux, économiques, historiques et politiques qui se recoupent tous les uns les autres, et auxquels s'ajoutent éventuellement le racisme, les préjugés et la discrimination qu'ils subissent dans le système de santé. Le but du présent article est de faire ressortir certains des obstacles empêchant un accès équitable aux soins oncologiques, de présenter les recherches portant sur ces mêmes obstacles vus selon la perspective des infirmières en oncologie et le rôle qu'elles jouent pour les abolir, et de décrire les implications pour la pratique infirmière. Plus important encore, la question de l'accès aux soins est rarement abordée sous l'angle du rôle des infirmières. Cet article se veut un espace pour souligner le précieux travail des infirmières en oncologie et pour examiner comment et où nous pourrions, comme profession, mieux combattre les inégalités d'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones.

Mots clés : peuples autochtones, services de santé, accessibilité des soins de santé, soins infirmiers, équité en matière de santé, sécurisation culturelle, soins axés sur l'équité

AUTEURE

Tara Horrill, inf. aut., Ph.D., Boursière de recherche postdoctorale, École de soins infirmiers de l'Université de la Colombie-Britannique, T201-2211 Westbrook Mall, Vancouver, Colombie-Britannique V6T 2B5

tara.horrill@ubc.ca

ÉNONCÉ DE POSITION

En tant qu'auteure, je m'identifie comme chercheuse et infirmière de race blanche appartenant à la classe moyenne. Je possède une expérience de travail auprès des peuples autochtones de par mes recherches et ma pratique clinique, mais je ne parle pas en leur nom. Mon travail s'appuie sur des connaissances acquises dans les domaines de l'oncologie, des soins intensifs et de la santé communautaire, de même que sur des travaux de recherche réalisés par des chercheurs autochtones et non autochtones, mais il s'inspire également de ces moments où j'ai constaté des inégalités et des injustices dans les soins de santé; j'essaie donc d'en témoigner dans mon travail et je veux pousser d'autres professionnels, eux aussi témoins de ces inégalités, à faire de même. Je tiens à souligner avec reconnaissance que les terres sur lesquelles je vis, m'adonne à des loisirs, travaille et élève mes enfants font partie du territoire désigné par le Traité n° 1, traditionnellement occupé par les Anishnaabés, les Cris, les Oji-Cris, les Dakotas, les Dénés et la Nation métisse.

L'accès inéquitable aux soins de santé est un problème de taille pour les peuples autochtones¹ et les preuves de ces inégalités systémiques dans l'accès aux soins sont bien documentées, et ce, bien que le système de santé reçoive un financement public et qu'il se doive donc d'offrir un accès universel

1 Au Canada, le terme « peuples autochtones » désigne trois groupes distincts : les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Bien que différents, ces groupes présentent des points communs par leur passé colonial et leurs conditions politiques, sociales et économiques. Dans le présent article, le terme « peuples autochtones » renvoie à ces trois groupes.

aux soins (Browne et al., 2011; Horrill et al., 2018; McGibbon, 2016). Les inégalités en matière d'accès aux soins sont dues à des facteurs sociaux, économiques, historiques et politiques qui se recoupent tous les uns les autres, et auxquels s'ajoutent éventuellement le racisme, les préjugés et la discrimination dans le système de santé. Pour les peuples autochtones, l'accès inéquitable aux soins oncologiques entraîne des retards de diagnostic, une diminution de la qualité des traitements (voire une absence de traitements), ainsi que des écarts dans le soutien et le suivi qu'ils reçoivent comparativement à d'autres groupes. En tant que profession profondément enracinée dans la justice sociale (Anderson et al., 2009; Thorne, 2014), la discipline infirmière doit prendre au sérieux ces inégalités.

Dans le présent article, j'ai synthétisé plusieurs documents de travail ainsi que des données de recherche, dont des études examinées dans le cadre de mon doctorat, pour faire ressortir certains des obstacles nuisant à l'accès équitable aux soins oncologiques. Je m'attache à présenter les recherches sur ces obstacles selon la perspective des infirmières en oncologie et en montrant le rôle joué par la profession pour abolir ces obstacles. Je décris enfin les implications pour la pratique infirmière. La question de l'accès aux soins est rarement abordée sous l'angle du rôle des infirmières. Cet article se veut donc un espace pour souligner le précieux travail des infirmières en oncologie et pour examiner comment et où nous pourrions, comme profession, mieux combattre les inégalités d'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones.

CONTEXTE

Il y a inégalité en matière de santé lorsque les conditions sociales entraînent des différences injustes et systématiques touchant la santé de certaines tranches d'une population seulement (Commission on Social Determinants of Health/Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Les inégalités en matière de santé sont à la fois causées et perpétuées par les déterminants sociaux et structurels de la santé ou, en termes simples, par les circonstances et conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons (Solar et Irwin, 2010). Les déterminants sociaux de la santé correspondant à divers facteurs, notamment les conditions de vie et de travail, le revenu, le milieu social et l'accès aux soins de santé. Ces déterminants sont façonnés par des forces structurelles comme les politiques sociales et publiques, le contexte économique, les valeurs sociales, le contexte politique et différentes philosophies (Solar et Irwin, 2010). Les forces sociales et structurelles que constituent le racisme systémique et le colonialisme ont durement frappé les peuples autochtones du Canada (Smylie et Firestone, 2016). Parmi les exemples les plus terribles de ces conséquences se trouve le système de pensionnats autochtones, dont les fondements racistes clamaient l'infériorité des peuples autochtones pour justifier le retrait, par la force, des enfants de leur famille, ce qui a mené à une perte d'identité et de culture, et causé un traumatisme intergénérationnel (Freeman, 2018; Smylie et Firestone, 2016).

Les conséquences dévastatrices et généralisées de ces forces structurelles continuent de nuire à la santé et au bien-être des peuples autochtones. Par exemple, au Canada, l'espérance de vie est plus faible chez les Autochtones, et le taux de mortalité infantile est plus élevé, de même que l'incidence de certaines maladies chroniques (Public Health Agency of Canada/Agence de santé publique du Canada, 2018; Smylie et Firestone, 2016). Le cancer, de plus en plus considéré comme une maladie chronique, est particulièrement inquiétant dans ce groupe. Au

Canada, on note une incidence accrue de certains types de cancers chez les peuples autochtones, cancers qui sont par ailleurs stables ou en déclin chez la population non autochtone. Les Autochtones reçoivent également des diagnostics de cancer à des stades avancés, qui auraient pu être détectés plus tôt par un dépistage systématique, et affichent un plus fort taux de mortalité à cette maladie (Decker et al., 2016; Horrill et al., 2019a; Mazereeuw et al., 2018; McGahan et al., 2017; Sheppard et al., 2010; Withrow et al., 2017). L'accès aux soins oncologiques est particulièrement problématique pour les Autochtones et contribue vraisemblablement aux inégalités lorsqu'il est question de cancer.

ACCÈS DES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA AUX SOINS ONCOLOGIQUES

Souvent, pour les Autochtones, l'accès aux soins oncologiques est un processus complexe, compliqué par de multiples obstacles qui se superposent (Horrill et al., 2022a). Pour plusieurs communautés autochtones, l'emplacement géographique et le manque de professionnels de la santé et de services de santé à proximité nuisent au dépistage, au diagnostic et au suivi (Horrill et al., 2019b). Nous savons aussi que le transport pour se rendre aux rendez-vous médicaux pose un problème considérable, particulièrement lorsqu'il n'existe aucune solution pratique, fiable ou abordable (Assembly of First Nations [AFN]/Assemblée des Premières Nations, 2009; Horrill et al., 2021; Maar et al., 2013). L'énorme distance séparant les communautés autochtones des centres de cancérologie spécialisés peut sembler insurmontable – les malades doivent souvent s'absenter du travail ou quitter leur famille pendant plusieurs jours, une situation qui les force souvent à se rendre seuls à leurs rendez-vous ou aux cycles de traitement, sans pouvoir bénéficier du soutien de leur famille (AFN/APN, 2009; CancerCare Manitoba [CCMB], 2013; Horrill et al., 2021). De nombreuses infirmières en oncologie

sauront d'expérience que, pour de nombreuses personnes, le système de santé en général, et le système des soins oncologiques en particulier, est souvent fragmenté, complexe et difficile à naviguer. C'est particulièrement vrai pour les patients autochtones, qui doivent composer avec des couches supplémentaires de complexité découlant de politiques ambiguës et des différences d'approche d'un endroit à un autre. Le résultat : des délais dans les diagnostics de cancer, et le refus ou l'abandon des traitements par certains patients (AFN/APN, 2009; Horrill et al., 2022a; Horrill et al., 2021; Lavoie et al., 2016). Plus important encore, la manière dont les services d'oncologie sont conçus et prodigués entraîne un manque de souplesse du système de rendez-vous ainsi que de longs temps d'attente, ce qui réduit également l'accès (Howard et al., 2014; Macdonald et al., 2015; The Saint Elizabeth First Nations Inuit and Metis Program, 2012; Zehbe et al., 2017).

La prestation des soins de santé au point de services, et l'interaction entre les professionnels de la santé et les patients sont aussi des aspects fondamentaux (bien que souvent négligés) de l'accès aux soins qui sont particulièrement importants pour la réalité des peuples autochtones (Horrill et al., 2020a; Horrill et al., 2018; Tang et al., 2015). Les expériences personnelles de traumatismes et de violence, les expériences vécues dans les pensionnats autochtones, et le manque de compréhension par les professionnels de la santé des séquelles laissées par ces expériences constituent des entraves non négligeables à l'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones, et ce, à toutes les étapes de la trajectoire des soins (AFN/APN, 2009; Black, 2009; CCMB, 2013; Minore et al., 2004). Les études indiquent que beaucoup d'Autochtones qui reçoivent des traitements oncologiques vivent des expériences négatives, par exemple lorsque les professionnels de la santé écartent leurs préoccupations ou ne les prennent pas au sérieux, qu'ils sont étiquetés ou jugés ou qu'on fait preuve d'un racisme manifeste à leur endroit (Horrill et al., 2022a; Horrill et al., 2021). L'absence de soins respectueux de la culture bâtis sur la

confiance, la réciprocité et l'établissement d'une bonne relation constitue un autre obstacle majeur à l'accès aux soins (AFN/APN, 2009; Black, 2009; CCMB, 2013; Hammond et al., 2017; Horrill et al., 2022a). Pour bien des Autochtones, les conditions socioéconomiques comme la pauvreté, l'insécurité alimentaire et l'absence de logements stables et abordables, conséquences du colonialisme et du racisme systémique, amplifient les contraintes susnommées à l'accès aux soins oncologiques (AFN/APN, 2009; Black, 2009; Horrill et al., 2021; Saint Elizabeth, 2012).

INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE ET ACCÈS AUX SOINS

Les infirmières forment le plus important bassin de professionnels de la santé au Canada. À toutes les étapes, elles jouent un rôle fondamental dans la prestation des soins oncologiques. Nous connaissons bien l'effet des interactions infirmière-patient et l'approche holistique de la pratique infirmière; les infirmières en oncologie pourraient donc avoir une influence déterminante sur l'équité de l'accès des peuples autochtones aux services de santé. Dans mes travaux, j'ai justement voulu comprendre le rôle que jouent les infirmières en oncologie pour faciliter l'accès aux soins. Les résultats de sondages et d'entrevues réalisés auprès d'infirmières canadiennes en oncologie suggèrent qu'elles se voient majoritairement comme des intermédiaires dans les soins oncologiques : elles aident activement les patients autochtones à en obtenir l'accès. Dans de nombreux cas, les infirmières en oncologie sont des « coordonnatrices » de soins et tentent, au nom des patients, de combler les lacunes et d'assurer la continuité des soins (Horrill et al., 2021), par exemple en les mettant en lien avec les milieux de soins communautaires (postes d'infirmières, professionnels de première ligne, etc.) pour s'assurer qu'ils reçoivent les soins nécessaires près de chez eux et que les intervenants communautaires sont bien au fait de leurs besoins. De nombreuses infirmières en

oncologie – et pas seulement les infirmières pivots dédiées principalement à cette tâche – guident les patients dans le système de soins du cancer en les aidant à surmonter les obstacles et en les mettant en contact avec les bonnes ressources (Horrill et al., 2021). Les infirmières en oncologie se voient également comme des porte-paroles qui revendiquent l'accès aux soins pour les patients et les familles en plus de militer (quoique moins souvent) pour le changement des politiques ou du système (Horrill et al., 2021). Certaines infirmières en oncologie ont aussi souligné que, pour améliorer l'accès aux soins, il faut porter une attention particulière à leur aspect relationnel. Étant donné le contexte historique et culturel de racisme interpersonnel et systémique envers les Autochtones, les traumatismes personnels et collectifs résultant des politiques coloniales du gouvernement et la méfiance envers les institutions gouvernementales (y compris envers les établissements de santé), il est primordial de bâtir une relation de confiance et de réciprocité dans la relation infirmière-patient.

Toutefois, malgré la place centrale qu'occupent les infirmières en oncologie pour faciliter l'accès aux soins des peuples autochtones, elles ne comprennent pas toujours bien les effets des déterminants sociaux et structurels de la santé, le racisme systémique, et l'absence de soins oncologiques respectueux de la culture (Horrill et al., 2019b; Horrill et al., 2021). Dans mes recherches, le racisme a souvent été abordé du point de vue interpersonnel (ex. interactions négatives avec des professionnels de la santé), mais l'influence du racisme systémique sur l'accès aux soins et les autres déterminants de la santé n'est que peu admise (Horrill et al., 2021). Ces résultats cadrent avec la compréhension qu'ont les professionnels de la santé de l'accès aux soins oncologiques, qu'ils tendent à voir au niveau individuel sans porter attention ni aux répercussions sur l'accès aux soins des obstacles qui prennent racine dans les déterminants structurels et le système de santé, ni à la manière de les atténuer (Horrill et al., 2019b, 2021). Et bien que les

infirmières en oncologie se perçoivent comme des porte-paroles, leur plaidoyer ne s'étend que rarement au-delà des difficultés individuelles vécues par les patients (Horrill et al., 2021). Peut-être est-ce dû au fait que les infirmières sont surtout formées à « voir » et à régler les problèmes individuels des patients, de même qu'au fait que de nombreuses solutions pour éliminer les obstacles systémiques et structurels dépassent la portée de l'intervention des infirmières auprès des individus. En même temps, les infirmières en oncologie ont dit se sentir contraintes dans leur pratique. Vu le rythme effréné de travail dans les milieux cliniques, le fort volume de patients, et la difficulté de se faire entendre dans les grands systèmes de politiques et de prise de décisions, il est ardu pour les infirmières en oncologie de donner des soins au-delà de l'essentiel (Horrill et al., 2021, 2022a). Bien qu'il leur arrive de reconnaître l'existence de barrières sociales et structurelles d'accès aux soins et d'aider leurs patients à les surmonter, les infirmières admettent également ne pas avoir la capacité de les faire tomber (Horrill et al., 2022a).

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Que signifient ces résultats de recherche pour les soins infirmiers et sur les soins infirmiers en oncologie en particulier? Comment pouvons-nous assurer un accès équitable aux soins pour les peuples autochtones et les autres groupes victimes d'inégalités?

Il est nécessaire et urgent de mettre pleins feux sur les conditions structurelles qui déterminent la santé et l'accès aux soins pour combattre les inégalités de santé persistantes et poursuivre l'œuvre de justice sociale à la racine des soins infirmiers (Pauly, MacKinnon et Varcoe, 2009). Pour faciliter cette réorientation, il faut porter attention à la pratique infirmière et à son contexte, à la représentation au niveau des politiques, et aux changements dans la formation des infirmières. La discussion qui suit présentera plusieurs points essentiels à l'amélioration et au perfectionnement dans chacun de ces domaines.

Implications pour la formation des infirmières

La formation pourrait constituer un élément décisif pour répondre aux besoins de la profession dans son ensemble afin de mieux comprendre les influences structurelles sur la santé et l'accès aux soins, de même que le rôle joué par les infirmières pour s'adapter à ces déterminants de la santé. La pratique infirmière tend à être surtout axée sur les patients en tant qu'individus, tout en reconnaissant (bien que de façon limitée) l'existence de facteurs sociaux plus généraux pouvant modeler la santé et l'accès aux soins (Pauly et al., 2009; Reutter et Kushner, 2010). Dans la formation des infirmières, l'accent est généralement mis sur l'acquisition de compétences et à la mémorisation de listes de déterminants sociaux de la santé (McGibbon et Lukeman, 2019). Les questions de justice sociale, de racisme, de pouvoir et de privilège sont habituellement soit entièrement absentes, soit couvertes seulement très brièvement dans la formation des infirmières au premier cycle universitaire (Bell, 2020; Blanchet Garneau, Browne et Varcoe, 2018; van Herk, Smith et Andrew, 2011). En outre, la formation continue en soins infirmiers oncologiques est souvent axée sur les avancées thérapeutiques, la physiopathologie ou des aspects des soins ne touchant que des groupes très restreints de patients; elle véhicule rarement une réflexion plus large sur les problèmes sociaux et structurels.

La recherche de solutions globales aux inégalités en matière de santé et d'accès aux soins pour les peuples autochtones devrait être enseignée dès le baccalauréat en soins infirmiers; en outre, la formation clinique devrait mettre l'accent sur les déterminants structurels de la santé (Metzl et Hansen, 2014). La formation de base et la formation continue des infirmières devraient raconter l'histoire de la colonisation des peuples autochtones du Canada en faisant explicitement le lien entre les mesures coloniales, passées comme présentes, et les injustices sociales et inégalités en matière de santé que vivent les Autochtones (Beavis et al., 2015). Plus important encore, le contenu structurel

devrait être abordé dans une perspective longitudinale pendant toute la durée du baccalauréat en soins infirmiers et, pourquoi pas, être conçu et enseigné en collaboration avec les peuples autochtones (Beavis et al., 2015). Cette intégration donnerait aux infirmières non seulement des connaissances théoriques sur les aspects structurels de la santé et de l'accès aux soins, mais également une meilleure compréhension du rôle que la profession et les infirmières elles-mêmes peuvent jouer pour les surmonter. Dans l'intérêt de la profession, il est essentiel que les infirmières reconnaissent le racisme dans leur pratique et le combattent, ce qui passe obligatoirement par une formation (tant universitaire que continue) qui aborde explicitement les questions de pouvoir, de privilège et de « race » (Scammell et Olumide, 2012). Encourager la capacité à voir et à contrer le racisme tout en favorisant une solide compréhension des racines structurelles de la santé et de l'accès aux soins pourrait également permettre aux infirmières de mieux jouer leur rôle de représentation à tous les échelons du système de santé.

Implications pour la représentation infirmière

Bien que le travail des infirmières soit largement axé sur la santé et la maladie, à l'échelle individuelle et collective, il ne peut négliger les *conditions* à l'origine de la santé et de la maladie (Falk-Rafael, 2005). Le travail de représentation des infirmières doit, par conséquent, cibler aussi les politiques de santé et les autres déterminants structurels de la santé (Buck-Mcfadyen et Macdonnell, 2017; Weitzel et al., 2020). Pour Reutter et Kushner (2010), la « représentation politique » constitue *la* meilleure stratégie pour réduire les inégalités » (p. 275). Les politiques sociales et les politiques en matière de santé sont des obstacles avérés de l'accès des peuples autochtones aux soins oncologiques (Lavoie et al., 2016; Sayani, 2019; Tobias et al., 2020); pourtant, les politiques et les plans qui concernent les soins oncologiques tiennent rarement compte des déterminants structurels de la santé ou d'objectifs d'équité clairement définis (Carter, Hooker et Davey,

2009; Lambert et al., 2021; Sayani, 2019). C'est donc une excellente occasion pour les infirmières en oncologie et leurs organisations professionnelles, comme l'ACIO/CANO, de militer pour un changement de politiques.

Les lignes directrices sur les soins infirmiers, les normes de pratique et les codes d'éthiques, notamment celui de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (CNA/AIIC, 2017) comportent des attentes en matière de justice sociale. Au-delà de leur obligation professionnelle, les infirmières doivent également témoigner de l'injustice sociale et des inégalités en matière de santé dans leur pratique quotidienne; elles sont non seulement bien placées pour faire de la représentation politique, mais elles ont également l'obligation morale de le faire (Falk-Rafael, 2005; Falk-Rafael et Betker, 2012; Weitzel et al., 2020). Cette « prise à témoin », ce savoir expérientiel, est justement ce qui alimente le travail de représentation des infirmières (Falk-Rafael et Betker, 2012). Nous possédons une connaissance directe des difficultés que vivent nos patients; nous sommes donc en bonne posture pour être des « porteuses de solutions » dans l'arène politique (Ridenour et Trautman, 2009, p. 360). Les infirmières forment le groupe réglementé de professionnels de la santé le plus important au Canada; leur crédibilité, combinée à la force de leur nombre, en font une voix retentissante en faveur de la justice sociale (Spenceley, Reutter et Allen, 2006; Thorne, 2014; Weitzel et al., 2020). Cette force collective du « nombre » montre combien les organisations professionnelles telles que l'AIIC et l'ACIO/CANO, leur infrastructure et leurs relations déjà établies pour soutenir collectivement la représentation politique sont importantes.

Implications pour la pratique infirmière

L'absence de soins respectueux de la culture constitue un obstacle de taille à l'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones du Canada (Horrill et al., 2019b, 2020b, 2022a). De plus, la recherche montre bien les conséquences dévastatrices du racisme et de la discrimination sur

l'accessibilité aux soins de santé et sur l'expérience des soins vécue par les Autochtones (Browne et al., 2011; Ford-Gilboe et al., 2018; Goodman et al., 2017; Kitching et al., 2020; Monchalin, Smylie et Nowagesic, 2020; Phillips-Beck et al., 2020; Tang et Browne, 2008; Wylie et al., 2019; Wylie et McConkey, 2019). L'un des grands moyens de combattre les inégalités d'accès prévoit l'intégration d'approches ciblant expressément ces obstacles dans la conception et la prestation des soins oncologiques.

Les soins de santé axés sur l'équité ont pour but d'améliorer les soins en atténuant l'effet des inégalités structurelles comme la pauvreté et le racisme ainsi que les écarts persistants entre les approches actuelles des soins de santé et les besoins réels des patients en mettant au jour les changements que devrait apporter l'organisation dans la conception et la prestation des services (Browne et al., 2018, 2016; Horrill, Browne et Stajduhar, 2022b). Browne et collaborateurs ont défini une approche transformative des soins axés sur l'équité, qui se fonde sur trois dimensions clés : 1) des soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence; 2) des soins respectueux de la culture et antiracistes; 3) des philosophies de réduction des risques qui s'efforcent de dissiper les préjugés quant à la consommation d'alcool et de drogues. Soulignons en outre que les soins axés sur l'équité sont adaptables à différents groupes, étant donné qu'ils mettent explicitement l'accent sur la lutte au racisme et à la stigmatisation, sur l'établissement d'une relation de confiance, sur l'importance de la sécurité et sur la création d'un milieu accueillant pour des gens qui, souvent, ne se sentent pas les bienvenus dans les établissements de santé. Ces dimensions essentielles peuvent guider l'intervention infirmière auprès de chaque patient, ainsi que l'évaluation et la refonte des services infirmiers en oncologie, la mise en place d'interventions organisationnelles, et la conception de politiques et de plans stratégiques (Wathen et Varcoe, 2022).

Les soins axés sur l'équité pourraient sûrement permettre de contrer

le racisme, de mieux adapter les soins à la culture et d'attirer l'attention sur les déterminants sociaux de la santé, mais l'intégration de ce modèle à la pratique clinique doit se faire de manière critique et réfléchie. Mes recherches avec des infirmières en oncologie ont montré que les établissements et les systèmes dans lesquels celles-ci travaillent entravent parfois leurs tentatives pour offrir des soins qui respectent la culture et tiennent compte des traumatismes (Horrill et al., 2022a). En effet, l'intégration de modèles de soins axés sur l'équité dépend surtout du contexte sociopolitique et organisationnel; autrement dit, des changements organisationnels sont nécessaires pour mettre l'équité au cœur des services offerts (Ford-Gilboe et al., 2018; Lavoie et al., 2018; Levine, Varcoe et Browne, 2020). Cette question n'a pas encore été étudiée dans le contexte des soins oncologiques; toutefois, les données provenant des domaines de la santé mentale et des soins primaires sont très parlantes et nous renseignent sur les mécanismes et les politiques à mettre en place pour améliorer la capacité des établissements à offrir des soins axés sur l'équité, à commencer par l'évaluation des politiques, procédures, énoncés de mission, indicateurs de rendement et de qualité ainsi que de l'environnement physique afin de comprendre les changements à faire pour favoriser des soins axés sur l'équité, notamment par l'intégration d'approches respectueuses de la culture et antiracistes, la prestation de soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, et l'adoption de philosophies de réduction des risques (Browne et al., 2018; Ford-Gilboe et al., 2018; Levine et al., 2020; Markoff et al., 2005).

Les établissements peuvent aussi améliorer leur capacité à garantir l'accès aux soins et à répondre aux besoins particuliers des peuples autochtones en nouant des alliances avec les organisations communautaires (Baum et al., 2013; Yaphe, Richer et Martin, 2019). Guerra et Kurtz (2017) notent que, bien que la formation en sécurisation culturelle soit intégrée aux programmes de soins infirmiers de premier cycle et aux

programmes de formation continue, elle reste « vaine si elle n'est pas rendue obligatoire dans les organisations de soins, les structures d'autorités et tous les ordres de gouvernement » (p. 140). Par exemple, si l'évaluation des mesures d'équité mises en place dans les établissements de santé devenait la norme pour l'obtention des accréditations, cela encouragerait encore plus le système de santé à poursuivre des objectifs d'équité et à faciliter l'accès aux soins. Dans le domaine de la santé, l'argent va surtout aux services cliniques et aux traitements biomédicaux; les modèles de financement comportent donc leur part de difficultés organisationnelles et structurelles entravant la mise en œuvre de soins qui respectent la culture et tiennent compte des traumatismes et de la violence. Ainsi, des efforts s'imposent pour trouver des modèles mieux adaptés aux soins axés sur l'équité (Lavoie et al., 2018; Levine et al., 2020).

CONCLUSION

Il est urgent, au Canada, de prendre des mesures pour redresser les inégalités d'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones. Le présent article expose certains des obstacles contribuant à cette inégalité, de même que l'influence et le travail des infirmières en oncologie pour combler les écarts de soins, et les implications pour la pratique infirmière. À titre d'infirmières en oncologie, nous jouons un rôle essentiel et apportons d'importantes contributions pour combattre les inégalités d'accès aux soins. Si l'amélioration de l'accès ne réduira pas à elle seule le fossé existant dans les soins du cancer pour les peuples autochtones, elle constitue tout de même un pas en avant vers l'équité et la justice.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

FINANCEMENT

La recherche a été financée par le Centre manitobain pour la recherche en soins infirmiers et en santé (Université du Manitoba, dossier n° 01547).

REMERCIEMENTS

L'auteure aimerait remercier son comité de thèse, formé d'Annette Schultz (Ph.D.), Donna Martin (Ph.D.) et Josée Lavoie (Ph.D.), qui a guidé et

soutenu la présente recherche sur l'accès aux soins oncologiques pour les peuples autochtones du Canada, ainsi que Monica Sinclair (Ph.D.) et Lea Mutch pour leurs conseils sur le devis de l'étude et leurs

commentaires judicieux sur l'analyse des données et leurs implications. Tara Horrill est actuellement boursière postdoctorale de la fondation Michael Smith Health Research BC.

RÉFÉRENCES

- Anderson, J. M., Rodney, P., Reimer-Kirkham, S., Browne, A. J., Khan, K. B. & Lynam, J. (2009). Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice: Contextual knowledge for the global priorities ahead. *Advances in Nursing Science*, 32(4), 282–294. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181bd6955>
- Assembly of First Nations [AFN]. (2009). Access to Cancer Screening and First Nations. https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2018/12/access_to_cancer_screening_first_nations_EN.pdf
- Baum, F. E., Legge, D. G., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R., & Jolley, G. M. (2013). The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: Actions and constraints. *BMC Public Health*, 13(460). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-460>
- Beavis, A. S. W., Hojjati, A., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R., & Nixon, S. A. (2015). What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: Perspectives on postcolonialism and the health of Aboriginal Peoples in Canada. *BMC Medical Education*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0442-y>
- Bell, B. (2020). White dominance in nursing education: A target for anti-racist efforts. *Nursing Inquiry*, e12379. <https://doi.org/10.1111/nin.12379>
- Black, A. T. (2009). Cervical Cancer Screening Strategies for Aboriginal Women. *Pimatisiwin*, 7(2), 157–179. https://journalindigenousewellbeing.com/media/2018/12/1_Black.pdf
- Blanchet Garneau, A., Browne, A. J., & Varcoe, C. (2018). Drawing on antiracist approaches toward a critical antidiscriminatory pedagogy for nursing. *Nursing Inquiry*, 25, e12211. <https://doi.org/10.1111/nin.12211>
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2011). 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., Ford-Gilboe, M., Nadine Wathen, C., Smye, V., Jackson, B. E., ... Blanchet Garneau, A. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17(154). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., ... Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
- Buck-Mcfadyen, E., & Macdonnell, J. (2017). Contested practice: Political activism in nursing and implications for nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2016-0026>
- Canadian Nurses Association (CNA). (2017). *Code of Ethics for Registered Nurses*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Code_of_Ethics_2017_Edition_Secure_Interactive.pdf
- CancerCare Manitoba [CCMB]. (2013). *The cancer story: Canadian Cancer Control in First Nations Populations Living Off-Reserve in Rural, Remote and Isolated Areas*. https://dev.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2018/12/cancer_story_first_nations_off_reserve_EN.pdf
- Carter, S. M., Hooker, L. C., & Davey, H. M. (2009). Writing social determinants into and out of cancer control: An assessment of policy practice. *Social Science & Medicine*, 68, 1448–1455. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.029>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Decker, K. M., Kliewer, E. V., Demers, A. A., Fradette, K., Biswanger, N., Musto, G., ... Turner, D. (2016). Cancer incidence, mortality, and stage at diagnosis in First Nations living in Manitoba. *Current Oncology*, 23(4), 225–232. <https://doi.org/10.3747/co.23.2906>
- Falk-Rafael, A. (2005). Speaking truth to power: Nursing's legacy and moral imperative. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212–223. <https://doi.org/10.1097/00012272-200507000-00004>
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: “The trombone slide” of nursing. *Advances in Nursing Science*, 35(2), 98–112. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31824fe70f>
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., ... Browne, A. J. (2018). How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635–671. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12349>
- Freeman, B. M. (2018). The impact of intergenerational trauma to health: Policies, relocation, reserves, and residential schools. In A. Arya & T. Pigott (Eds.), *Under-served: Health determinants of Indigenous, inner-city, and migrant populations in Canada* (pp.45–56). Canadian Scholars' Press.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., & Kerr, T. (2017). “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. *Social Science and Medicine*, 178, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.050>
- Guerra, O., & Kurtz, D. (2017). Building collaboration: A scoping review of cultural competency and safety education and training for healthcare students and professionals in Canada. *Teaching and Learning in Medicine*, 29(2), 129–142. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1234960>
- Hammond, C., Thomas, R., Gifford, W., Poudrier, J., Hamilton, R., Brooks, C., ... Warner, D. (2017). Cycles of silence: First Nations women overcoming social and historical barriers in supportive cancer care. *Psycho-Oncology*, 26(2), 191–198. <https://doi.org/10.1002/pon.4335>

- Horrill, T. C., Dahl, L., Sanderson, E., Munro, G., Garson, C., Fransoo, R., ... Schultz, A. S. H. (2019a). Comparing cancer incidence, stage at diagnosis and outcomes of First Nations and all other Manitobans: A retrospective analysis. *BMC Cancer*, *19*(1055). <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6296-7>
- Horrill, T. C., Linton, J., Lavoie, J. G., Martin, D., Wiens, A., & Schultz, A. S. H. (2019b). Access to cancer care among Indigenous Peoples in Canada: A scoping review. *Social Science and Medicine*, *238*(112495). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112495>
- Horrill, T. C., Martin, D. E., Lavoie, J. G., & Schultz, A. S. H. (2022a). Access denied: Nurses' perspectives of access to oncology care among Indigenous Peoples in Canada. *Advances in Nursing Science* (in press).
- Horrill, T. C., Martin, D., Lavoie, J. G., & Schultz, A. S. H. (2020a). Nurses as agents of disruption: Operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among Indigenous Peoples. *Nursing Inquiry*, *00*(12394). <https://doi.org/10.1111/nin.12394>
- Horrill, T., Mcmillan, D. E., Schultz, A. S. H., & Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, *25*(3), 12237. <https://doi.org/10.1111/nin.12237>
- Horrill, T. C., Lavoie, J. G., Martin, D., & Schultz, A. S. H. (2020b). Places & spaces: A critical analysis of cancer disparities and access to cancer care among First Nations Peoples in Canada. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, *2*(2), 104–123. <https://doi.org/doi.10.25071/2291-5796.62>
- Horrill, T. C., Browne, A. J., & Stajduhar, K. I. (2022b). Equity-oriented healthcare: What it is and why we need it in oncology. *Current Oncology*, *29*, 186–192. <https://doi.org/10.3390/curroncol29010018>
- Horrill, T. C., Martin, D. E., Lavoie, J. G., & Schultz, A. S. H. (2021). A critical exploration of nurses' perceptions of access to oncology care among Indigenous peoples: Results of a national survey. *Nursing Inquiry*, e446. <https://doi.org/10.1111/nin.12446>
- Howard, A. F., Smillie, K., Turnbull, K., Zirul, C., Munroe, D., Ward, A., ... Olson, R. (2014). Access to medical and supportive care for rural and remote cancer survivors in northern British Columbia. *Journal of Rural Health*, *30*(3), 311–321. <https://doi.org/10.1111/jrh.12064>
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., ... Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, *111*(1), 40–49. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00242-z>
- Lambert, L., Cheng, S., & Horrill, T. C. (2021). Conceptualization of health and healthcare equity within the Canadian cancer care sector: A rapid scoping review protocol. *Open Science Framework*. <https://doi.org/https://doi.org/10.17605/OSF.IO/E954Y>
- Lavoie, J. G., Kaufert, J., Browne, A. J., & O'Neil, J. D. (2016). Managing Matajoosh: Determinants of First Nations' cancer care decisions. *BMC Health Services Research*, *16*(402). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1665-2>
- Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M., & Browne, A. J. (2018). Sentinels of inequity: Examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research*, *18*(705). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3501-3>
- Levine, S., Varcoe, C., & Browne, A. J. (2020). "We went as a team closer to the truth": Impacts of interprofessional education on trauma- and violence-informed care for staff in primary care settings. *Journal of Interprofessional Care*, *35*(1), 46–54. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1708871>
- Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J. M., & Zehbe, I. (2013). A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among First Nations women. *Women's Health Issues*, *23*(5), e319–e325. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.06.005>
- Macdonald, C., Martin-misener, R., Steenbeek, A., & Browne, A. (2015). Honouring stories: Mi'kmaq women's experiences with pap screening in Eastern Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, *47*(1), 72–96.
- Markoff, L. S., Reed, B. G., Fallot, R. D., Elliott, D. E., & Bjelajac, P. (2005). Implementing trauma-informed alcohol and other drug and mental health services for women: Lessons from a multisite demonstration project. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(4), 525–539. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.525>
- Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., & Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence among First Nations adults in Canada: Follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort (1992–2009). *Canadian Journal of Public Health*, *109*, 700–709. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0091-0>
- McGahan, C. E., Linn, K., Guno, P., Johnson, H., Coldman, A. J., Spinelli, J. J., & Caron, N. R. (2017). Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: An analysis of incidence and survival from 1993 to 2010. *Cancer Causes and Control*, *28*(10), 1105–1116. <https://doi.org/10.1007/s10552-017-0950-7>
- McGibbon, E. (2016). Oppressions and access to health care: Deepening the conversation. In Dennis Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3rd ed., pp. 491–520). Canadian Scholars' Press.
- McGibbon, E., & Lukeman, S. (2019). Critical social justice: The moral imperative for critical perspectives in nursing. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, *1*(1), 3–12. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.21>
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, *103*, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Minore, B., Boone, M., Katt, M., Kinch, P., & Cromarty, H. (2004). How clients choices influence cancer care in northern Aboriginal communities. *International Journal of Circumpolar Health*, *63*(Suppl 2), 129–132. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i0.17872>
- Monchalin, R., Smylie, J., & Nowagesic, E. (2020). "I guess I shouldn't come back here": Racism and discrimination as a barrier to accessing health and social services for urban Métis women in Toronto, Canada. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *7*, 251–261. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00653-1>
- Pauly, B. M., MacKinnon, K., & Varcoe, C. (2009). Revisiting "who gets care?": Health equity as an arena for nursing action. *Advances in Nursing Science*, *32*(2), 118–127. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181a3afaf>
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Kinew, K. A., Achan, G. K., & Katz, A. (2020). Confronting racism within the Canadian healthcare system: Systemic exclusion of First Nations from quality and consistent care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228343>

- Public Health Agency of Canada. (2018). *Key health inequalities in Canada: A national portrait*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-eng.pdf>
- Reutter, L., & Kushner, K. E. (2010). "Health equity through action on the social determinants of health": Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269–280. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00500.x>
- Ridenour, N., & Trautman, D. (2009). A primer for nurses on advancing health reform policy. *Journal of Professional Nursing*, 25(6), 358–362. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.10.003>
- Sayani, A. (2019). Health equity in national cancer control plans: An analysis of the Ontario cancer plan. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(9), 550–556. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.40>
- Scammell, J. M. E., & Olumide, G. (2012). Racism and the mentor-student relationship: Nurse education through a white lens. *Nurse Education Today*, 32(5), 545–550. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.06.012>
- Sheppard, A. J., Chiarelli, A. M., Marrett, L. D., Mirea, L., Diane Nishri, E., & Trudeau, M. E. (2010). Detection of later stage breast cancer in first nations women in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(1), 101–105. <https://doi.org/10.1007/BF03405573>
- Smylie, J., & Firestone, M. (2016). The Health of Indigenous Peoples. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3rd ed., pp. 434–466). Canadian Scholars' Press.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Spenceley, S. M., Reutter, L., & Allen, M. N. (2006). The road less traveled: Nursing advocacy at the policy level. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 7(3), 180–194. <https://doi.org/10.1177/1527154406293683>
- 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://doi.org/10.1080/13557850701830307>
- Tang, S. Y., Browne, A. J., Mussell, B., Smye, V. L., & Rodney, P. (2015). "Underclassism" and access to healthcare in urban centres. *Sociology of Health and Illness*, 37(5), 698–714. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12236>
- The Saint Elizabeth First Nations Inuit and Metis Program. (2012). "Walk a Mile in My Moccasins": *Foundations For Action in First Nations Cancer Control*. <https://www.saintelizabeth.com/getmedia/60380147-c3b4-492c-a437-395e967ac4f0/Walk-a-Mile-in-My-Moccasins-Foundations-For-Action-in-First-Nations-Cancer-Control.pdf.aspx>
- Thorne, S. (2014). Nursing as social justice: A case for emancipatory disciplinary theorizing. In P. N. Kagan, M. C. Smith, & P. L. Chinn (Eds.), *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing: Social Justice as Praxis* (pp. 79–90). Routledge.
- Tobias, J., Tinmouth, J., Senese, L. C., Jumah, N., Llovet, D., Kewayosh, A., ... Dobrow, M. (2020). Health policy as a barrier to First Nations Peoples' access to cancer screening. *Healthcare Policy*, 15(3), 28–46. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26132>
- van Herk, K. A., Smith, D., & Andrew, C. (2011). Examining our privileges and oppressions: Incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*, 18(1), 29–39. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00539.x>
- Wathen, C. N., & Varcoe, C. (2022). *Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook for Health & Social Services*. University of Toronto Press.
- Weitzel, J., Luebke, J., Wesp, L., Graf, M. D. C., Ruiz, A., Dressel, A., & Mkandawire-Valhmu, L. (2020). The role of nurses as allies against racism and discrimination: An analysis of key resistance movements of our time. *Advances in Nursing Science*, 43(2), 102–113. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000290>
- Withrow, D. R., Pole, J. D., Diane Nishri, E., Tjepkema, M., & Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: Follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 26(1), 145–151. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0706>
- Wylie, L., McConkey, S., & Corrado, A. M. (2019). Colonial legacies and collaborative action: Improving Indigenous Peoples' health care in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 10(5). <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.5.9340>
- Wylie, Lloy, & McConkey, S. (2019). Insiders' insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37–45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9>
- Yaphe, S., Richer, F., & Martin, C. (2019). Cultural safety training for health professionals working in with Indigenous populations in Montreal, Quebec. *International Journal of Indigenous Health*, 14(1), 60–76. <https://doi.org/10.32799/ijih.v14i1.30861>
- Zehbe, I., Wakewich, P., King, A. D., Morrisseau, K., & Tuck, C. (2017). Self-administered versus provider-directed sampling in the Anishinaabek Cervical Cancer Screening Study (ACCSS): A qualitative investigation with Canadian First Nations women. *BMJ Open*, 7(8), e017384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017384>