

An Interview With Dr. Nancy Edwards on the Art and Science of
Global Public Health Promotion Through Nursing Education and
Research | Entretien avec la professeure émérite Nancy Edwards,
Ph. D. sur l'art et la science de promouvoir la santé publique
mondiale par la formation et la recherche en sciences infirmières

Susan M. Duncan, University of Victoria

Jacinthe Pepin, Université de Montréal



Le français suit.

Susan Duncan: Dr. Edwards, thank you for joining us for this interview. You have had a remarkable career in nursing and public health, leading and shaping research units and organizations in your roles as Scientific Director of the Canadian Institute of Population and Public Health (from 2008 to 2016) and a CHSRF/CIHR Chair Award in Nursing, to name a few. You have been awarded three honorary doctorates as well as top public health and nursing organization awards, including CASN's distinguished Ethel Johns Award for your vision and influence on nursing education, research, and global health.

Since retiring, you have written your memoir on your early-career public health nursing experience as a Cuso volunteer in the late 1970s and early 1980s, titled [*Not One, Not Even One: A Memoir of Life-Altering Experiences in Sierra Leone, West Africa*](#). And, remarkably, you have also developed a solo play with the title *Rethinking Good Intentions*. You have performed this play for nursing organizations, schools, and faculties of nursing and public health, as well as for public audiences at fringe festivals to wide acclaim. I have had the privilege of reading your memoir and seeing your performance, both of which inspire a depth of reflection and understanding of health and community.

What do you hope that people mainly take away from reading your memoir and from attending your performance?

Nancy Edwards: The overarching theme of both the memoir and the play is about feeling, experiencing, and reflecting on our common humanity. Both are written through my public health lens, using real-life examples from my experiences in Sierra Leone. Several themes stand out: the importance of cultural humility, understanding your role as a cultural outsider, engaging with community, confronting ethical challenges, and working as an ally.

I decided to write the play nearly 2 years after I published the memoir. I wanted to reach more people in a more intimate way. I use a storytelling genre and perform the play as a monologue. I thought a live play would reach people's hearts and minds. Preparing to write a play was a steep learning curve for me. I joined a number of storytelling groups and took a storytelling course to try to learn the craft. I worked with a mentor and a couple of dramaturgs. Although I've written as an academic researcher for years, that writing was all about the evidence and reaching an audience through their intellect. My play provides for a much more intimate experience and helps me and the audience to connect more deeply at an emotional level.

I try to bring the audience along with me as I relay some of my community health experiences in rural Sierra Leone. I love experiencing the immediate reactions of a live audience. It's so different from having somebody read and then cite your research article, different again from someone who has read and reviewed my memoir. For me, it's profoundly moving when, as an actor, I hear the audience laugh, and then as the play progresses, I see audience members crying during the more emotional scenes. Despite the tears, I hope to leave the audience with a sense of hope and optimism.

Both the play and memoir delve into the fundamentals of doing public health and global health work. My dream would be to have the memoir and/or the play become part of nursing and public health curricula. The story provides real-life examples of social and structural determinants of health, the roots of poverty and its pervasive impact on people's lives, and facilitators and barriers to providing public health services. The memoir and play profile the critical role of lay health workers and provide examples of community engagement. It's one person's experience, but many people have told me that they can easily relate to my experiences despite the play's setting being different from the ones where they have lived and worked. I think both the memoir and the play can be used to jump into discussions with students about

fundamental public health issues. I have prepared a [set of questions](#) that can be used as a discussion guide.

SD: There are many insights and take-aways pertaining to nursing influence, culture, humility, and how we understand equity and justice in our world. Nursing and health organizations are focusing on cultural humility, anti-racism, inclusion, and diversity through a variety of actions and policies. From your perspective, how are we doing in educating nurses for impact regarding the Sustainable Development Goals (SDGs)? Where do we need to focus in nursing education, in nursing research?

NE: It's great to see the deliberate integration of SDGs in curricula with new courses and promising areas of research tackling planetary health, inequities, anti-racism, homelessness, and Indigenous health, among others. I was reflecting back on when I went to Sierra Leone. It was the year of the Alma-Ata Declaration, 1978. I attended a Canadian Public Health Association conference in Halifax a few months before my departure. At the conference, I learned about primary health care principles and what the signatories of the Declaration were trying to achieve. Then I arrived in Sierra Leone, and there it was—the principles were being enacted around me. I was in a primary health care program that was training village health workers. I sat on a committee that involved professionals from many different sectors; they discussed how they could work together to achieve the goals in the Alma-Ata Declaration. I was seeing interdisciplinary work firsthand. So, the Declaration was very real for me, as opposed to being something “out there” that you just hear about. For some nurses, I'm sure the SDGs must seem intangible, with no clear sense of how they can contribute. That's a hard gap to close. Perhaps there needs to be more focus and attention on making those SDGs real for nurses. Even though they're high-level aspirational goals that are intended to be transformative, helping nurses consider what their role might be and how we each have a contribution to make is important.

Nurses' contributions can help realize progress towards the SDGs within our own communities, our own country, and globally. One of the problems with the Alma-Ata Declaration was the perception that it was primarily aimed at people living in low-income countries. When I came back to Canada, many colleagues would say, “Well, you've had a really interesting experience, but what does it have to do with health care in Canada?” There was this view that primary health care in low-income countries was second-rate care and there was nothing to be learned from those countries. Overall, I think that perspective has shifted, but not to a full extent. It's still rather pervasive and was a limitation of the Millennium Development Goals as well. The SDGs more clearly put the responsibility on all countries to contribute to those goals as reflected in the impact-reporting mechanisms. Of course, the inequities that exist between low-income and high-income countries are something that the SDGs address. But we are expected to think about these goals as they pertain to the communities where we work, wherever they may be. So, I think all of us need to understand the SDGs deeply and in a way that will help us strengthen our approaches to working in the communities that we serve. Our country-specific efforts need to link up as drivers of change at the global level, which then influence what we can achieve at the local community level.

SD: So, we could be much more intentional in the design of our curricula and practice experiences?

NE: I think so. And just to expand, I believe that all students should learn about global public health work. There is so much rich learning in this arena. It can inform what we're doing both locally and overseas or wherever we happen to live and work.

SD: This sounds like really living primary health care, which is so foundational but at times seems so elusive in a way, in terms of grasping it. You have mentioned your work with graduate students. What are your thoughts on how we can be more influential in nursing research directions and priorities?

NE: In my career, and as a mentor, I've often encouraged colleagues to think about how to forge together the work that they're doing as an educator and as a researcher so that each brings strength to the other. We rely on our funders to support our research. Nurses need to get more involved in helping to set research agendas. We can do this within our educational institutions and as contributors to funding agencies. There is no shortage of opportunities to participate in peer review, join advisory and ethics committees, and contribute to calls for input on emerging research agendas.

SD: The interdisciplinarity of that work, I suppose, is something that we also need to balance with nursing research.

NE: Absolutely. And interdisciplinarity needs to extend well beyond the allied health professions. It needs to be intersectoral, too—not to answer every research question, but at least to give these perspectives consideration. Be prepared to move outside your comfort zones, to consider research questions and innovative approaches that require the input of other disciplines and sectors.

Another aspect of this—which has been part of my program of research, so it's obviously my bias—is to look at multiple layers of systems that are creating or perpetuating a health issue. There's been a real shift from a focus on social determinants to a focus that is inclusive of structural and systemic determinants (both contemporary and historical). These are not easy to understand and often require a long-term approach to change. But if we don't succeed with structural change, social determinants may revert to their status quo. We have to identify and address structural drivers of health.

SD: Right. And your work in fall prevention comes to mind, the ways in which you, as a nurse, were able to work with many other sectors, including building codes and other areas of public policy influence.

NE: Yes; it can take you into spaces where your comfort level is shaky and you question whether or not you have anything to add. With fall prevention, it's been quite a ride, and I'm still tackling this issue in my retirement. It's been nearly 20 years since I got involved as a member of technical and then a standing committee for the national building codes with the National Research Council and the Canadian Commission on Building and Fire Codes. I learned a whole lot that I didn't necessarily *want* to learn but I *needed* to learn in order to contribute my health knowledge in areas that were predominantly led by those in the building construction sector, including engineers, architects, plumbers, building inspectors, et cetera.

SD: It must feel different to be at the policy table with engineers and bring a nursing perspective.

NE: Well, a funny story—one of the first meetings I attended was a room full of men and just two women, including myself. Others at the meeting had backgrounds in construction, housing, architecture, ergonomics, and engineering. They had been in their fields forever. I was a newbie. I pondered how to introduce myself. My credential as a *nurse epidemiologist* had no cachet. So, I said, "I'm a nurse epidemiologist, but my father was a mechanical engineer." The chair of the meeting responded, "Well, we won't hold that against you." In that moment, I realized that I had a long way to go to understand the culture of the group.

SD: Your introduction probably broke the ice a little bit?

NE: Oh, yeah. There was a good laugh and my face flushed red.

SD: It takes courage to do that, the work that you did in with different policy sectors and really believing in what you had to offer in terms of health.

NE: It's important to have confidence that you do have something to offer. You learn to listen well in order to contribute to the extent you can.

SD: Right. So, that's that learning stance, that humility, and all those things you learned so early in your career. Thinking about poverty in our world, your memoir brings the experience of poverty in Sierra Leone to us in a way that we often don't fully understand in North America. How do we work with our nursing students to facilitate a deeper understanding of poverty and also work as nurses within society to help people understand, as you said, common humanity and the experience of inequity and poverty?

NE: I think we have to constantly question our assumptions about poverty and listen to people's stories to try to understand where they're coming from. I sometimes use the metaphor of Pandora's box and a tendency to avoid asking people who are living in poverty the obvious questions, like, "Do you have food in your fridge?" or "Do you have money to pay your rent at the end of the month?" The answers to those types of questions are in their Pandora's box. Once you invite them to open the box, you start to hear the story and you have to react to it and act on it. Some providers choose to leave the box shut by not asking the questions. But I believe that opening Pandora's box is a professional responsibility. We need to be ready to address the ethical challenges that may arise. Too often the questions don't even get asked, so we don't get anywhere close to understanding the reasons for poverty and the way in which it plays out in people's lives. We're afraid of opening Pandora's box because once it's open, you can't just close the lid. And it's uncomfortable. If you have never really experienced poverty, it's hard to understand its pervasiveness and how it seeps into decisions.

In our educational programs, I hope there is time given to help students and faculty members understand what poverty is really about and not come in with a set of poorly informed assumptions like "poor people don't know how to put together a budget" or "poor people don't know how to cook economically." Those with the lived experience have a whole lot to teach others about what it's like to live in poverty and the systemic barriers to getting ahead.

SD: Does poverty look different in Africa and some of the Global South countries as opposed to poverty we experience here?

NE: Yes, I think it does. I mean, some of the drivers of that poverty—whether it be the remnants of post-colonialism, or the fact that local industries are still owned by international companies, or the lack of basic infrastructure like transportation, electricity, and water—do look different. We must seek to understand but also look beyond the poverty. What are the hopes and strengths of people and what reinforces their resilience? We have to avoid thinking "poor them" and "I can bring resources and help and solutions." These come with a saviour mentality. Rather, we need to learn to work as true allies and partners. There's a set of assumptions that comes with a view of poverty as being a terrible thing that leaves people with limited agency, few strengths, and little confidence. When families are navigating poverty, it's amazing what resilience and strengths they do have.

SD: As you're an epidemiologist and a scientist, most of your career has focused on research, evidence, and outcomes, including implementation science. Now, you've turned to the arts as a way of influencing or expressing your experience and what's important to you. What should we think about the role of the arts in advancing our research agendas and teaching?

NE: There are some good examples of arts-based approaches in health sciences curricula, but overall I think we need to boost the use of the arts for research translation in our educational programs. We've paid a lot of attention to the sciences but much less so, I would say, to the humanities. We're starting to see some changes around that. The World Health Organization is now supporting work on the arts and storytelling. Its website provides examples of these from different parts of the world.

I believe that we can and should merge the strengths of evidence and storytelling for knowledge translation. They need not be in opposition to each other. Perhaps because we all learned fictional tales, somehow when we hear about *storytelling*, we're thinking, "That's like fake news. Alongside evidence, how does that work?" But storytelling is about sharing the stories of people's lives. Qualitative researchers have been doing this for a long time, but that's a different kind of storytelling because you're being true to the words spoken by study participants and trying to summarize it, anonymize it, and identify themes often while bracketing your personal perspectives. Methodologically, that is good qualitative research, but storytelling is something different. It follows an arc, it has characters, and it includes surprises that drive suspense. Journalists often use storytelling. You rarely read an article written by a journalist that does not have a story in it. We can learn from them.

I think that scientific evidence is a necessary but not a sufficient condition for change. I think storytelling provides one of those conditions for change. We have to figure out how to reconcile our evidence-based recommendations with what I call *the sharp and jagged realities of practice*. It's easier to keep them in separate silos, but we've got to figure out how to join them, recognizing that storytelling may be a way to break down the silos.

We're all hardwired for storytelling and have been for generations. It cuts across all cultures. Every culture uses storytelling, in part because kids can't read in their early years. Stories are how we've all learned to communicate from a very young age. And stories are powerful. They can disrupt the stigma of HIV/AIDS, of mental illness, of physical disability, of ageism. Stories can address privilege, power relationships, and paternalism and open up dialogue about these experiences. Storytelling can shift expectations of who gets to speak, which dominant worldviews are present in the conversation and which are not, and who gets to set priorities. I think storytelling can dislodge inertia and a sense of hopelessness.

A lot is known about the neuroscience of storytelling. But I would be surprised if that is taught in nursing schools. Perhaps it is. We know what hormones help to grab people's attention, build trust, and enhance coupling between the storyteller and the listener. I don't think I have ever published research evidence that has done that for anybody. But after the play, audience members I don't know will tell me, "I was right there with you in the villages." That's the coupling. And then they'll share an experience they've had. So, they're adding images from their own experiences and emotions to the narrative they've just heard. That's pretty powerful stuff to work with. I guess the power of storytelling is one of the main things I've learned in my retirement.

SD: That's powerful—you take storytelling to a new level through the use of the dramatic arts.

NE: I suppose that's one way of describing it. It is another level. It's also another delivery approach. There are many storytelling groups in Canada. I've attended sessions led by Storytellers of Canada and a storytelling group here in Ottawa. I have taken a course from the storytellers group in Toronto. Telling some of the stories from my memoir was part of my learning curve as I considered writing a play.

SD: Your play has probably exceeded your wildest expectations with the uptake and widespread interest among diverse audiences. Over 50 performances, and more on the horizon, I'm sure.

NE: Yes, it's about 50 performances now. It's been fun. I'll be in the Kingston Fringe Festival this summer, with eight more performances there. I have a couple of Probus groups that I'm going to be performing for early next year. There always seem to be new performance opportunities popping up.

SD: It is great to see this uptake among so many, including nursing students and faculty. I imagine these performances and creativity take considerable energy.

NE: It takes a fair bit. The script is implanted in my brain now, but I always start rehearsing a week ahead. Every day leading up to a performance I practise a couple of scenes during walks and aquafit classes. There are some sections of the play where I tend to stumble over words or forget something. I don't think I've ever gotten the full script entirely right in any one performance, but nobody knows except the tech person who's changing the slides I use in the play as they read my script. They don't groan at me or anything, so I don't feel awkward about the omissions.

SD: It's remarkable work. I was moved by reading your memoir and the emotional experience of the play that stays with me.

NE: Thank you.

SD: So, I suppose one question we could ask is, as you reflect on your work now, where do you feel you have had the most influence? What are you most proud of? Perhaps you could start by describing your recent award.

NE: Yes—it came as a total surprise. I was invited to attend the first trade show between Sierra Leone and Canada last September in Vaughan, Ontario. There were some very high-level government people present from Sierra Leone because their delegation was going to a meeting of the UN Security Council afterwards. The First Lady was in attendance along with the Chief Minister of Sierra Leone. He happens to be the son of the counterpart I worked with in the country between 1983 and 1984. I was awarded the title of Honorary Paramount Chief for Nongowa Chieftdom in Kenema District. I was really, really touched by the award.

Looking back, there are a few areas of influence. One is around capacity building. Having had the opportunity to provoke and shape programs of research was something I really enjoyed. My research internship started with a plan in my chair award application to mentor 20 interns over a few years. I started the internship in Canada and then internationalized it to Kenya, South Africa, and Jamaica. It went on for a number of years after my chair award was finished, with over 300 interns completing the program. I also had the opportunity to work with over 30 postdoctoral fellows; that was also very rewarding. My take-home message from those experiences is to work with mentors, understand the roles of mentors and mentees, and recognize that we can all provide some form of mentorship no matter where we are at in our education and in our work experience.

The second area concerns being able to influence research directions. We can each do this in our own ways. You mentioned my focus on implementation science when I was a Scientific Director for CIHR. We successfully got implementation science adopted as the underlying framework for research funding by the Global Alliance for Chronic Diseases. That was particularly rewarding because the Alliance was made up of funding partners from nearly a dozen countries. Many of us have opportunities to take on leadership positions. Sometimes we deflect them because we feel that new administrative responsibilities will slow our personal research engagement. But I would urge colleagues to consider how a leadership position may afford you opportunities for influence.

My last point concerns career trajectories. I wanted to do global health right from the get-go. It wasn't always an easy path, but I managed to retain and follow that core value and principle. Things take time. You've got to find ways to refuel your optimism as you go. But there is a way. Stick to your values and principles and keep at it. I think every nurse knows this, but maybe we know it in a special way in the field of community health.

SD: We feature articles on mentorship in this issue. In your memoir, you reflect on your relationship with your early mentor, Sister Hilary, and how her mentorship was lifelong.

NE: Absolutely. Sister Hilary was a mentor for me before I even understood the word. We talked about mentorship indirectly, but looking back, Sister Hilary embraced it fully. I was very lucky to have additional mentors along the way, each contributing to my learning and maturation. Sister Hilary was my most powerful mentor. It was a lifelong relationship, as I describe in the memoir.

SD: And you have mentored and facilitated networks of mentorship, including the research internship?

NE: That's right. I used to talk about the scaffolding approach to mentorship. I thought that everyone was part of that scaffold no matter where you were in your research career. Some colleagues were just getting started, and others had been in the research world for many decades, like myself. But I saw that each of us had a mentee and a mentor role to play and that we could hold each other up in this scaffold and all do better as a result of working as co-mentors/mentees.

SD: Thank you for this reflection on mentorship and the image of scaffolding—so relevant and needed in nursing.

Nancy, as always, I am inspired by your vision, creativity, and deep commitment to community and public health in the broadest understanding that really comes full circle to your early career experience in Sierra Leone. This interview and all that you have shared is a gift to our readership. It has been a privilege to share this time with you.

NE: Thank you.

Readers can [watch Dr. Edwards's play](#) performed in 2024 at York University. The production is followed by a panel discussion.

Susan Duncan : Professeure Edwards, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Vous avez mené une carrière remarquable en sciences infirmières et en santé publique, en dirigeant et en façonnant de nombreuses unités et organisations de recherche, notamment à titre de directrice scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations (de 2008 à 2016) et de titulaire d'une Chaire de recherche en sciences infirmières de la FCRSS et des IRSC, pour ne nommer que celles-ci. Vous vous êtes vu décerner trois doctorats honorifiques ainsi que plusieurs grandes distinctions par des organisations de santé publique et de sciences infirmières, incluant le prestigieux Prix Ethel Johns de l'ACESI pour votre vision et votre influence sur la formation en sciences infirmières, la recherche et la santé mondiale.

Durant votre retraite, vous avez publié vos mémoires, [*Not One, Not Even One: A Memoir of Life-Altering Experiences in Sierra Leone, West Africa*](#), où vous racontez votre expérience de début de carrière en santé publique à titre d'infirmière volontaire du CUSO à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Plus récemment, vous avez également créé une pièce de théâtre solo intitulé *Rethinking Good Intentions*. Votre pièce a été jouée pour des organisations d'infirmières et d'infirmiers, des écoles et des facultés de sciences infirmières et de santé publique, ainsi qu'auprès du grand public dans le cadre de festivals des arts indépendants, où elle a été très bien accueillie. J'ai eu le privilège de lire vos mémoires et d'assister à une de vos représentations. Les deux œuvres inspirent une réflexion et une compréhension profondes de la santé et de la communauté.

Quel message souhaitez-vous que retiennent les personnes qui lisent votre livre ou assistent à votre pièce ?

Nancy Edwards : Le thème central des deux œuvres est notre humanité commune, et porte sur notre manière de la ressentir, de l'expérimenter et d'y réfléchir. Les deux sont rédigées selon ma perspective de la santé publique et basés sur mes expériences vécues en Sierra Leone. Plusieurs thèmes s'en dégagent : l'importance de l'humilité culturelle, la compréhension de son rôle en tant que personne extérieure à une culture, l'engagement auprès de la communauté, la confrontation aux enjeux éthiques ainsi que le travail en tant qu'alliée.

J'ai décidé d'écrire la pièce de théâtre environ 2 ans après avoir publié mon livre. Je souhaitais rejoindre davantage de personnes d'une façon plus intime. J'ai choisi le récit comme forme d'expression et j'interprète la pièce comme un monologue. Je croyais qu'une représentation en direct pourrait toucher à la fois le cœur et l'esprit des gens. L'écriture de la pièce fut pour moi un important apprentissage. J'ai participé à plusieurs groupes de narration et suivi une formation en narration afin d'apprendre les bases de cet art. J'ai également travaillé avec une mentore et deux dramaturges. Bien que j'aie rédigé des textes comme chercheuse universitaire pendant de nombreuses années, ce type d'écriture visait avant tout à présenter des résultats probants et à rejoindre un public sur le plan intellectuel. La pièce offre une expérience beaucoup plus intime. Elle nous amène, l'auditoire et moi, à nous rejoindre plus profondément, sur le plan émotionnel.

J'essaie de toucher le public quand je raconte certaines expériences vécues en santé communautaire dans les villages ruraux de Sierra Leone. J'aime observer les réactions spontanées de l'auditoire. C'est très différent de recevoir la réaction de quelqu'un qui a lu et qui cite un article scientifique, ou encore qui commente mes mémoires. Comme actrice, je trouve profondément émouvant d'entendre les gens rire à certains moments, puis de les voir s'émouvoir aux larmes lors des scènes plus poignantes. Malgré ces larmes, j'espère que les gens repartent avec un sentiment d'espoir et d'optimisme.

La pièce de théâtre, tout comme le livre, explorent les principes fondamentaux du travail en santé publique et en santé mondiale. Mon rêve serait qu'un jour l'un et/ou l'autre soient intégrés aux programmes d'études en sciences infirmières et en santé publique. Le récit offre des exemples réels de déterminants sociaux et structurels de la santé, des origines de la pauvreté et de leurs répercussions insidieuses sur la vie des personnes, de même que des facteurs qui facilitent ou entravent la prestation des services de santé publique. Les deux œuvres illustrent aussi le rôle essentiel des agentes et agents de santé communautaire non-professionnels et présentent des exemples d'engagement communautaire. Bien entendu, il s'agit de mon expérience personnelle, mais plusieurs personnes m'ont confié qu'elles s'y reconnaissent, même si elles ont vécu et travaillé dans des contextes très différents. Je crois que le livre et la pièce peuvent servir de point de départ à des discussions riches avec les étudiantes et étudiants sur des enjeux fondamentaux de santé publique. J'ai rédigé une [série de questions](#) [en anglais seulement] qui pourraient servir de guide de discussion.

SD : Vos mémoires et votre pièce de théâtre sont remplis de réflexions et d'enseignements sur l'influence de la profession infirmière, la culture, l'humilité ainsi que de notre compréhension de l'équité et de la justice dans le monde. Les organisations infirmières et de santé et mettent en œuvre diverses initiatives et politiques visant à promouvoir l'humilité culturelle, la lutte contre le racisme, l'inclusion et la diversité. Selon vous, dans quelle mesure réussissons-nous à former les infirmières et infirmiers afin qu'ils puissent contribuer concrètement à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) ? Sur quels aspects devrions-nous concentrer nos efforts de formation en sciences infirmières et de recherche infirmière ?

NE : Il est encourageant de constater l'intégration délibérée des ODD dans les programmes d'études, notamment par l'ajout de nouveaux cours et l'émergence d'axes de recherche prometteuses portant sur des enjeux tels que la santé planétaire, les inégalités, la lutte contre le racisme, l'itinérance et la santé autochtone. Cela m'a amenée à repenser à l'époque où je suis partie en Sierra Leone. C'était en 1978, l'année de la Déclaration d'Alma-Ata. Quelques mois avant mon départ, j'avais participé à un congrès de l'Association canadienne de santé publique à Halifax.

Lors de cette conférence, j'ai découvert les principes des soins de santé primaires et les objectifs que les signataires de la Déclaration d'Alma-Ata cherchaient à atteindre. Puis, à mon arrivée en Sierra Leone, j'ai vu ces principes prendre vie sous mes yeux. Je travaillais au sein d'un programme de soins de santé primaires qui formait des agentes et des agents de santé communautaires dans les villages. Je participais à un comité réunissant des professionnels de nombreux secteurs, qui discutaient des façons de collaborer afin de réaliser les objectifs de la Déclaration d'Alma-Ata. J'étais ainsi témoin, de manière concrète, du travail interdisciplinaire. Ainsi, la Déclaration d'Alma-Ata était pour moi quelque chose de très concret et non seulement quelque chose dont on entend parler. J'imagine que pour certaines infirmières et certains infirmiers, les ODD peuvent sembler abstraits, sans qu'il ne soit évident de voir comment ils peuvent y contribuer. C'est un écart difficile à combler.

Il faudrait peut-être accorder davantage d'attention à la manière de rendre ces objectifs concrets et pertinents pour les infirmières et infirmiers. Bien qu'il s'agisse d'objectifs ambitieux de haut niveau visant à transformer nos sociétés, il est important d'aider les professionnels à réfléchir au rôle qu'ils peuvent jouer et à la contribution que chacun peut apporter.

Les infirmières et infirmiers peuvent contribuer à faire des progrès vers la réalisation des ODD au sein de leurs communautés, de leur pays et à l'échelle mondiale. L'un des problèmes associés à la Déclaration d'Alma-Ata était la perception qu'elle s'adressait principalement aux personnes vivant dans des pays à faible revenu. À mon retour au Canada, plusieurs collègues me disaient : « Tu as certainement vécu une expérience fascinante, mais quel est le lien avec les soins de santé au Canada? » Il existait alors une perception selon laquelle les soins de santé primaires dans les pays à faible revenu étaient des soins de moindre qualité et qu'il n'y avait rien à apprendre d'eux. Dans l'ensemble, je crois que cette façon de voir a évolué, mais pas totalement. Elle demeure encore relativement répandue et a également constitué l'une des limites des objectifs du Millénaire pour le développement. Les objectifs de développement durable, quant à eux, attribuent plus clairement à tous les pays la responsabilité de contribuer à l'atteinte de ces objectifs, comme en témoignent les mécanismes de suivi des actions réalisées.

Bien sûr, les inégalités qui persistent entre les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé font partie des enjeux que les objectifs de développement durable cherchent à résoudre. Toutefois, ces objectifs doivent être envisagés à la lumière des réalités des communautés où nous vivons et travaillons, où qu'elles se trouvent.

Je crois donc qu'il est essentiel que nous développions une compréhension approfondie des ODD et de la façon dont ils peuvent orienter et renforcer nos interventions auprès des communautés que nous servons. Les efforts déployés à l'échelle de chaque pays doivent s'inscrire dans un mouvement plus vaste de transformation mondiale. À leur tour, ces avancées à l'échelle internationale influencent ce qu'il est possible d'accomplir au sein des communautés locales.

SD : Nous pourrions donc faire des choix beaucoup plus délibérés lors de la conception de nos programmes d'études et des expériences de pratique.

NE : Je pense que oui. D'ailleurs, je crois que tous les étudiantes et étudiants devraient avoir une certaine connaissance du travail de santé publique à l'échelle mondiale. Il y a énormément d'apprentissages riches dans ce domaine. Cela peut éclairer et orienter ce que nous faisons autant localement qu'à l'international, ou encore partout où nous vivons et travaillons.

SD : Cela ressemble vraiment à l'essence des soins de santé primaires, qui sont fondamentaux, mais parfois difficiles à saisir dans toute leur portée. Vous avez mentionné votre travail auprès des étudiantes et étudiants des cycles supérieurs. Selon vous, comment pouvons-nous exercer une plus grande influence sur les orientations et les priorités en recherche infirmière?

NE : Dans ma carrière, et en tant que mentore, j'ai souvent encouragé mes collègues à réfléchir à la manière de faire converger leurs activités d'enseignement et de recherche, afin que chacun de ces domaines renforce l'autre. Nous comptons sur nos financements pour mener nos projets de recherche. Les infirmières et infirmiers doivent s'impliquer davantage pour contribuer à l'orientation des priorités de recherche. Nous pouvons le faire au sein de nos établissements d'enseignement et en nous impliquant auprès des organismes subventionnaires. Il existe une vaste gamme de possibilités, par exemple, en prenant part au processus d'évaluation par les pairs, en devenant membre de comités consultatifs ou d'éthique de la recherche, et en répondant aux appels à contributions sur les priorités de recherche émergente.

SD : L'interdisciplinarité de ce travail, je suppose, est également quelque chose que nous devons équilibrer avec la recherche en sciences infirmières.

NE : Absolument. L'interdisciplinarité doit aussi aller bien au-delà des professions de la santé. Elle doit également être intersectorielle, non pas pour répondre à toutes les questions de recherche, mais au moins pour considérer ces différentes perspectives. Il faut être prêt à sortir de sa zone de confort et envisager des questions de recherche ainsi que des approches novatrices qui nécessitent l'apport d'autres disciplines et d'autres secteurs.

Un autre aspect, qui a fait partie de mon programme de recherche et qui reflète mon positionnement, consiste à examiner les divers niveaux des systèmes qui contribuent à créer ou à maintenir des problèmes de santé. La concentration sur les déterminants sociaux s'est concrètement tournée vers une perspective qui comprend les déterminants structurels et systémiques (à la fois contemporains et historiques). Ces dynamiques ne sont pas faciles à appréhender et exigent souvent une vision à long terme du changement. Toutefois, si nous ne parvenons pas à obtenir des transformations structurelles, les déterminants sociaux de la santé risquent de revenir à leur état initial. Nous devons circonscrire et aborder les facteurs structurels de la santé.

SD : Tout à fait. Ce qui me fait penser à vos initiatives en matière de prévention des chutes, les façons dont vous, en tant qu'infirmière, avez pu collaborer avec de nombreux autres secteurs, notamment celui des codes du bâtiment et d'autres domaines d'influence des politiques publiques.

NE : Oui, cela peut vous mener vers des situations où vous êtes inconfortable et où vous vous demandez parfois si vous avez réellement quelque chose à apporter. En ce qui concerne la prévention des chutes, ce fut difficile, et je continue à travailler sur cette question, même à la retraite. Cela fait plus de 20 ans que suis membre d'un comité technique puis d'un comité permanent sur le Code national du bâtiment, en collaboration avec le Conseil national de recherches et la Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies. J'ai appris énormément de choses que je n'avais pas nécessairement *voulu* apprendre, mais que je *devais* maîtriser afin de pouvoir apporter mon expertise en santé dans des

domaines principalement dirigés par des acteurs issus du secteur de la construction, notamment en ingénierie, architecture, plomberie et inspection en bâtiment.

SD : Cela doit être différent de se retrouver à discuter avec des ingénieurs et d’y apporter une perspective infirmière.

NE : Je vous raconte une anecdote amusante : lors d’une de mes premières réunions, je me suis retrouvée dans une salle remplie d’hommes, avec seulement deux femmes, dont moi. Les autres participants provenaient des domaines de la construction, de l’habitation, de l’architecture, de l’ergonomie et de l’ingénierie. Toutes ces personnes avaient une grande expérience. Moi, j’étais toute nouvelle. J’ai songé à la façon dont je devrais me présenter. Mon statut d’infirmière épidémiologiste n’était pas prestigieux dans cette salle. J’ai donc dit : « Je suis infirmière épidémiologiste, mais mon père était ingénieur en mécanique. » Le président de la réunion a répondu : « Eh bien, nous ne vous en tiendrons pas rigueur. » À ce moment-là, j’ai réalisé qu’il me restait beaucoup à apprendre pour comprendre la culture de ce groupe.

SD : Votre présentation a probablement permis de briser la glace?

NE : Oh oui. Il y a eu un fou rire, et j’ai rougi.

SD : Il faut du courage pour faire ce type de travail, en collaboration avec différents secteurs politiques et surtout, en croyant réellement en ce que vous pouvez apporter en matière de santé.

NE : Il est important d’avoir confiance dans le fait que l’on a quelque chose à apporter. On apprend à bien écouter afin de contribuer du mieux possible, dans la mesure de ses compétences.

SD : Oui, cette position d’apprentissage, cette humilité, et tout ce que vous avez appris très tôt dans votre carrière. En pensant à la pauvreté dans le monde, votre récit nous amène à la pauvreté en Sierra Leone d’une manière que nous comprenons difficilement en Amérique du Nord. Comment pouvons-nous interagir avec nos étudiantes et étudiants en sciences infirmières afin de promouvoir une meilleure compréhension de la pauvreté, mais aussi exercer notre rôle d’infirmières et d’infirmiers au sein de la société afin d’aider les gens à comprendre, comme vous l’avez dit, notre humanité commune ainsi que l’expérience des inégalités et de la pauvreté?

NE : Je suis d’avis que nous devons sans cesse questionner nos présomptions au niveau de la pauvreté et écouter les histoires des gens pour mieux comprendre d’où ils viennent. J’utilise parfois la métaphore de la boîte de Pandore pour décrire une tendance à éviter de poser aux personnes vivant dans la pauvreté des questions pourtant évidentes, comme : « Avez-vous de la nourriture dans votre réfrigérateur? » ou « Avez-vous les moyens de payer votre loyer ce mois-ci? ». Les réponses à ce type de questions se trouvent dans leur boîte de Pandore. Lorsque vous incitez quelqu’un à ouvrir cette boîte, vous allez inévitablement entendre leur histoire et vous n’aurez d’autre choix que d’y réagir et d’agir. Certains intervenants évitent ces questions, ils préfèrent garder cette boîte fermée. À mon avis, ouvrir la boîte de Pandore s’avère une responsabilité professionnelle. Nous devons être prêts à faire face aux enjeux éthiques qui peuvent émerger. Trop souvent, ces questions ne sont même pas posées, ce qui nous empêche de comprendre les causes de la pauvreté et la manière dont elle se manifeste dans la vie des personnes. Nous craignons d’ouvrir cette boîte, car une fois ouverte, il est impossible de la refermer. C’est malaisant. Lorsqu’on n’a pas soi-même vécu dans la pauvreté, il est difficile d’en saisir l’omniprésence et la manière dont elle s’infiltré dans les décisions.

J’espère que nos programmes de formation prévoient du temps pour aider les étudiantes et étudiants ainsi que les membres du corps professoral à comprendre ce qu’est vraiment la pauvreté, de ne pas arriver avec des préjugés, comme « les personnes en situation de pauvreté ne savent pas gérer un budget » ou

« elles ne savent pas cuisiner de façon économique ». Les personnes ayant une expérience vécue ont énormément à enseigner sur ce que signifie vivre dans la pauvreté, ainsi que sur les obstacles systémiques qui entravent les possibilités de s'en sortir.

SD : La pauvreté est-elle différente en Afrique et dans d'autres pays du Sud de la planète de celle que certaines personnes vivent au Canada ?

NE : Je crois que oui. Certains des facteurs qui alimentent cette pauvreté, qu'il s'agisse des vestiges du post-colonialisme, du fait que des industries locales demeurent contrôlées par des entreprises internationales, ou encore du manque d'infrastructures essentielles comme le transport, l'électricité et l'accès à l'eau prennent effectivement des formes différentes. Nous devons chercher à comprendre, mais aussi à aller au-delà de la pauvreté. À quoi rêvent les gens ? Quelles sont leurs forces ? Qu'est-ce qui renforce leur résilience ? Il faut éviter de tomber dans une logique de type « pauvres eux » ou de se dire « je vais apporter des ressources, de l'aide et des solutions », car cette manière de voir vient d'une mentalité de sauveur. Il est essentiel d'apprendre à travailler en véritables alliés et partenaires. Trop souvent, la pauvreté est perçue comme une situation qui prive les gens de leur capacité d'agir, de leurs forces et de leur confiance en eux. Or, les familles qui vivent dans la pauvreté font preuve d'une résilience et de forces extraordinaires.

SD : En tant qu'épidémiologiste et scientifique, votre carrière a principalement été centrée sur la recherche et les résultats probants, y compris la science de la mise en œuvre. Vous vous êtes maintenant tournée vers les arts comme moyen d'influence ou d'expression de ce qui est important pour vous. Comment devrions-nous réfléchir au rôle des arts dans l'avancement de nos priorités de recherche et d'enseignement ?

NE : Il existe de bons exemples d'approches fondées sur les arts dans les programmes d'études en sciences de la santé, mais de façon générale, je pense que nous devons renforcer le recours aux arts pour mobiliser la recherche dans nos programmes de formation. Nous avons beaucoup mis l'accent sur les sciences, mais beaucoup moins, selon moi, sur les humanités. Le vent commence à tourner à cet égard. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) donne maintenant son appui aux travaux impliquant les arts et les récits. On peut trouver sur le site Web de l'OMS des exemples d'initiatives de ce genre de partout au monde.

Je crois que nous pouvons et devrions combiner les forces des résultats probants et celles des récits pour la mobilisation des connaissances. Ces deux approches ne sont pas nécessairement opposées. Peut-être parce que nous avons tous été exposés, dès l'enfance, à des contes ou histoires fictives, lorsque nous entendons les mots *récits ou narration*, nous pensons immédiatement aux « fausses nouvelles ». « En plus des résultats probants, comment ça fonctionne ? » Les récits consistent à partager des histoires de vie des personnes. Les personnes adoptant des méthodes de recherche qualitatives le font depuis longtemps, mais il s'agit d'une forme différente de narration : on cherche à rester fidèle aux propos des participants, à les résumer, à les anonymiser et à en dégager les idées, souvent en faisant abstraction de son propre point de vue.

Sur le plan méthodologique, cela correspond à une bonne recherche qualitative, mais le récit est différent. Il suit une trame narrative, il met en scène des personnages et comporte des éléments de surprise qui créent une forme de suspense. Les journalistes utilisent souvent le récit. Il est rare de lire un article journalistique qui ne repose pas sur cette forme de narration. Nous pouvons nous en inspirer.

Je pense que les résultats scientifiques constituent une condition nécessaire, mais insuffisante, au changement. Le récit représente, à mon avis, l'une des conditions complémentaires du changement. Nous devons trouver comment concilier nos recommandations fondées sur les résultats probants avec ce que

j'appelle *les réalités complexes et souvent difficiles de la pratique*. Il est plus facile de les traiter séparément, mais nous devons apprendre à les relier, en reconnaissant que le récit peut contribuer à créer des ponts entre ces univers.

Nous sommes tous prédisposés au récit, et ce depuis des générations. Le récit est présent dans toutes les cultures. Chaque culture y a recours, notamment parce que les enfants ne savent pas lire durant leurs premières années de vie. Nous avons appris à communiquer dès un jeune âge grâce aux histoires qui nous ont été transmises. Ces histoires sont souvent percutantes. Elles peuvent bouleverser la stigmatisation par exemple liée au VIH/SIDA, aux maladies mentales, aux incapacités physiques et à l'âgisme.

Les récits peuvent permettre d'aborder des enjeux liés aux privilèges, aux rapports de pouvoir et au paternalisme, et d'ouvrir le dialogue autour de ces expériences. Le récit peut aussi transformer les attentes quant aux personnes qui ont le droit de prendre la parole, quelles perspectives dominantes sont présentes ou absentes des échanges, et quels groupes définissent les priorités. Il peut contribuer à dénouer l'inertie et dissiper le sentiment de découragement.

On connaît déjà beaucoup de choses sur les bases neuroscientifiques du récit. Je serais toutefois surprise que cela soit enseigné de façon systématique dans les écoles de sciences infirmières, même si cela pourrait l'être. Nous connaissons les hormones qui favorisent d'attirer l'attention, de gagner la confiance et d'améliorer la synchronisation entre la personne qui raconte et celle qui écoute.

Je ne crois pas avoir jamais publié de résultats de recherche qui aient produit un tel effet chez les gens. Mais après la pièce, des membres du public me disent : « J'étais avec vous dans les villages. » C'est l'effet de connexion. Ensuite, ils partagent à leur tour une expérience personnelle. Ils ajoutent ainsi des images et des émotions issues de leurs propres expériences au récit qu'ils viennent d'entendre. C'est un outil extrêmement puissant à mobiliser. Je pense que le pouvoir du récit est l'un des principaux apprentissages que j'ai faits durant ma retraite.

SD : C'est impressionnant : grâce aux arts dramatiques, vous donnez une nouvelle dimension au récit.

NE : Je suppose qu'on peut effectivement le voir de cette façon. C'est un autre niveau, une autre modalité de diffusion. Il existe de nombreux groupes sur le conte au Canada. J'ai assisté à des activités organisées par les conteurs du Canada ainsi que par un groupe de narration à Ottawa. J'ai également suivi une formation avec un groupe de conteurs à Toronto. Le fait de raconter certaines histoires tirées de mes mémoires a fait partie de mon processus d'apprentissage, notamment lorsque j'ai commencé à envisager l'écriture d'une pièce de théâtre.

SD : Votre pièce a sans doute dépassé vos attentes quant à l'intérêt qu'elle a suscité auprès d'un public aussi diversifié. Plus de 50 représentations, et j'imagine que ce n'est pas terminé.

NE : Exact — environ 50 représentations. C'était vraiment bien. Je serai au Kingston Fringe Festival cet été, ou j'offrirai huit autres représentations. J'ai également été invitée à présenter la pièce à quelques groupes Probus au début de l'année prochaine. Il semble toujours y avoir de nouvelles occasions de représentations qui se présentent.

SD : C'est encourageant de voir un tel engouement, notamment auprès des étudiantes et étudiants en sciences infirmières ainsi que des membres du corps professoral. J'imagine que ces représentations et ce travail créatif demandent beaucoup d'énergie.

NE : Oui, passablement. Le texte est maintenant bien ancré dans ma mémoire, mais je commence toujours à répéter environ une semaine avant une représentation. Dans les jours qui précèdent, je révise quelques scènes pendant mes marches ou mes séances d'aquaforme. Il y a certains passages du texte où j'ai

tendance à trébucher ou à oublier quelque chose. Je ne crois pas avoir livré l'ensemble du script parfaitement dans aucune des représentations, mais personne ne s'en rend compte, sauf la personne à la technique qui fait défiler les diapositives en lisant mon texte. Elles ne se plaignent pas, donc je ne suis pas mal à l'aise de ces oublis.

SD : C'est vraiment un travail extraordinaire. J'ai été touchée en lisant votre livre, et l'expérience émotionnelle de la pièce continue de m'habiter.

NE : Merci.

SD : Je suppose qu'une question que l'on peut se poser maintenant, avec le recul : où pensez-vous avoir eu le plus d'influence dans votre travail ? De quoi êtes-vous le plus fière ? Peut-être pourriez-vous commencer par décrire la récente distinction que vous avez reçue.

NE : Oui, j'ai été vraiment surprise. J'ai été invitée à participer au premier salon commercial du Sierra Leone avec le Canada en septembre dernier, à Vaughan, en Ontario. Il y avait plusieurs représentants gouvernementaux de haut niveau de la Sierra Leone, car leur délégation devait ensuite se rendre à une réunion du Conseil de sécurité des Nations Unies. La Première dame était présente, de même que le ministre en chef de la Sierra Leone. En fait, c'est le fils de mon homologue avec qui j'ai travaillé entre 1983 et 1984. J'ai reçu le titre de Chef suprême honoraire de la chefferie de Nongowa, dans le district de Kenema. Cette reconnaissance m'a profondément touchée.

Avec le recul, il y a plusieurs domaines où j'ai exercé une influence. L'un d'eux concerne le renforcement des capacités. Avoir eu l'occasion de susciter et de façonner des programmes de recherche a été quelque chose que j'ai particulièrement apprécié. Mon programme de stage de recherche a d'abord été conçu dans le cadre de ma demande de chaire, avec l'objectif de mentorer 20 stagiaires sur quelques années. J'ai lancé ce programme au Canada, puis je l'ai internationalisé au Kenya, en Afrique du Sud et en Jamaïque. Il s'est poursuivi plusieurs années après la fin de ma Chaire, avec plus de 300 stagiaires ayant complété le programme. J'ai également eu l'occasion de collaborer avec plus de 30 boursiers postdoctoraux, ce qui s'est avéré très valorisant. La leçon principale que je retire de ces expériences est l'importance de travailler avec des mentores et mentors, de bien comprendre les rôles respectifs des personnes mentores et des personnes mentorées, et de reconnaître que nous pouvons tous exercer une forme de mentorat, peu importe notre niveau de formation ou d'expérience professionnelle.

Le deuxième aspect concerne la capacité d'influencer les orientations de la recherche. Chacune et chacun peut y contribuer, à sa manière. Vous avez parlé de mon intérêt pour la science de la mise en œuvre lorsque j'étais la directrice scientifique pour les IRSC. Grâce à nos efforts, la science de la mise en œuvre a été adoptée comme cadre de base pour le financement de la recherche par l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques. Cela a été particulièrement gratifiant, car l'Alliance regroupait des partenaires de financement provenant de près d'une douzaine de pays. Plusieurs d'entre nous ont l'occasion d'assumer des rôles de leadership. Parfois, nous les évitons, car nous craignons que de nouvelles responsabilités administratives ralentissent notre engagement en recherche. Pourtant, j'encourage mes collègues à réfléchir à la manière dont un poste de leadership peut aussi ouvrir des occasions d'influencer.

Mon dernier point concerne les cheminements de carrière. J'ai toujours voulu travailler en santé mondiale. Ce n'a pas toujours été un parcours facile, mais j'ai réussi à maintenir et à suivre cette valeur centrale et ce principe. Les choses prennent du temps, et il faut trouver des moyens de renouveler son optimisme au fil du parcours. Mais tout est possible. Restez fidèles à vos valeurs et vos principes et persévérez. Je pense que toutes les infirmières et tous les infirmiers le savent, mais peut-être que nous le percevons d'une manière particulière dans le domaine de la santé communautaire.

SD : Nous publions des articles sur le mentorat dans ce numéro. Dans vos mémoires, vous revenez sur votre relation avec votre première mentore, sœur Hilary, et sur le fait que ce mentorat a perpétué dans le temps.

NE : Absolument. Sœur Hilary était ma mentore même avant que je sache ce que ce mot représentait. Nous discussions de mentorat de façon indirecte, mais avec le recul, Sœur Hilary était entièrement investie. J'ai eu beaucoup de chance de bénéficier d'autres mentores et mentors au fil du temps, chacun ayant contribué à mon apprentissage et à ma maturation professionnelle. Mais Sœur Hilary était la mentore qui m'a le plus inspirée. C'était une relation qui a perduré, comme je le décris dans le livre.

SD : Vous avez vous-même encadré et facilité des réseaux de mentorat, notamment à travers le programme de stage de recherche ?

NE : C'est exact. Je parlais souvent d'une approche de mentorat en « échafaudage ». Pour moi, chacun faisait partie de cet échafaud, peu importe son stade dans la carrière de recherche. Certaines personnes débutaient, tandis que d'autres évoluaient dans le milieu de la recherche depuis plusieurs décennies, comme moi. Cependant, je considérais que chacun jouait à la fois un rôle de personne mentore et de personne mentorée, et que nous pouvions nous soutenir mutuellement au sein de cet échafaudage, en fonctionnant mieux comme personnes co-mentores/mentorées.

SD : Je vous remercie pour cette réflexion sur le mentorat et sur l'image de l'échafaudage qui est tellement pertinente et nécessaire en sciences infirmières.

Nancy, comme toujours, je suis inspirée par votre vision, votre créativité et votre profond engagement envers la communauté et la santé publique dans son sens le plus large, qui fait véritablement écho à vos débuts de carrière en Sierra Leone. Cet entretien, ainsi que tout ce que vous avez partagé, est un véritable cadeau pour nos lectrices et lecteurs. C'est un privilège d'avoir partagé ce moment avec vous.

NE : Merci.

Vous pouvez [visionner la pièce de la professeure Edwards](#) (en anglais seulement) à la York University en 2024. La représentation est suivie d'une discussion en panel.