

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES SENSIBLES AUPRÈS DE FEMMES DES
PREMIÈRES NATIONS : L'EXPÉRIENCE PRÉNATALE EN MILIEU URBAIN

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
JUSTINE TREMBLAY

DÉCEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Sommaire

Lors de leur grossesse, les femmes des Premières Nations du Canada sont exposées à certains facteurs de risque, notamment une plus grande prévalence de diabète (Chen et al., 2019; Oster et al., 2014; Poirier et al., 2020) et un taux d'exposition au stress plus élevé, comme la violence ou les inquiétudes financières, comparativement aux femmes allochtones (Nelson et al., 2018). De plus, la méfiance face aux services de santé et services sociaux et les expériences de discrimination augmentent la vulnérabilité de ces femmes en contexte prénatal (CERP, 2019). Les objectifs de l'étude sont de décrire l'expérience prénatale de femmes des Premières Nations du Québec et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période. Pour ce faire, une étude phénoménologique descriptive a été menée auprès de 10 femmes issues des Premières Nations vivant ou transitant en milieu urbain. Des entretiens individuels ont été menés et analysés selon la méthode de Giorgi (1997). L'adoption de l'approche sensible aux traumatismes a permis de recueillir leurs propos de manière à réduire les risques d'une réexposition potentielle à des traumatismes lors du partage de leur expérience. L'analyse des données a permis de constater que la totalité des femmes interrogées souligne que l'attente d'un enfant a eu un impact positif dans leur cheminement personnel. Les participantes de l'étude ont apprécié la disponibilité, l'accueil chaleureux, le sourire, les soins personnalisés et l'écoute des professionnels de la santé. Toutefois, la majorité d'entre elles rapportent avoir vécu des expériences négatives avec les professionnels de la santé lors de leur suivi périnatal. La plupart d'entre elles souhaitent une approche plus humaine, exempte de discrimination et un accompagnement inclusif de la culture

autochtone. La création d'un climat de confiance et de sécurisation culturelle auprès des femmes des Premières Nations en contexte périnatal est souhaitée. Le rôle de proximité joué par les infirmières dans l'accompagnement des parturientes des Premières Nations est à même d'influencer positivement l'expérience des femmes.

Mots clés : expérience prénatale, accompagnement prénatal, femmes enceintes, Premières Nations/Autochtones, suivi prénatal, sécurisation culturelle.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Liste des sigles et des abréviations	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Chapitre 1. Problématique.....	5
1.1 Contexte sociohistorique des femmes autochtones.....	6
1.1.1 Colonisation	6
1.1.2 Médicalisation de la grossesse et de l'accouchement	8
1.1.3 Discrimination et racisme.....	11
1.2 État de santé des femmes autochtones en contexte de périnatalité.....	14
Chapitre 2. Recension des écrits	19
2.1 Expérience prénatale des femmes autochtones	23
2.1.1 Étude 1.....	23
2.1.2 Étude 2.....	24
2.1.3 Étude 3.....	25
2.1.4 Étude 4.....	27
2.2 Accompagnement souhaité par les femmes autochtones enceintes	29

2.2.1 Étude 5.....	29
2.2.2 Étude 6.....	30
2.2.3 Étude 7.....	31
2.2.4 Étude 8.....	33
2.2.5 Étude 9.....	34
2.2.6 Étude 10.....	36
2.3 Constats de la recension des écrits.....	38
Chapitre 3. Cadre de référence.....	41
3.1 Approche sensible aux traumatismes	42
3.1.1 Définition d'un trauma psychologique et de ses répercussions	43
3.1.2 Approche sensible aux traumatismes	44
3.1.3 Critères d'une approche sensible aux traumatismes	44
3.1.4 Principes de résistance à la re-traumatisation	46
3.1.5 Justification du cadre de référence	48
3.2 Objectifs et questions de recherche de l'étude.....	51
Chapitre 4. Méthode.....	53
4.1 Devis de l'étude	54
4.2 Population cible et échantillon.....	58
4.2.1 Critères d'inclusion	58
4.2.2 Méthode d'échantillonnage	59
4.2.2.1 Collaboratrices autochtones.....	59
4.3 Définition des concepts.....	60

4.4 Outils de collecte de données.....	60
4.4.1 Guide d'entretien.....	61
4.4.2 Questionnaire sociodémographique	64
4.5 Déroulement de l'étude.....	65
4.5.1 Recrutement	65
4.5.2 Collecte de données.....	66
4.5.2.1 Entretien	67
4.5.2.2 Transcription des données	70
4.6 Analyse des données	70
4.7 Considérations éthiques	71
4.7.1 Recherches menées en contexte autochtone.....	72
4.7.2 Principes éthiques propres à l'étude.....	73
4.7.2.1 Risques, inconvénients et stratégies pour les minimiser	73
4.7.2.2 Bénéfices	74
4.7.2.3 Aspects relatifs à la confidentialité.....	74
4.8 Biais possibles de l'étude.....	75
4.8.1 Biais intrinsèques	75
4.8.2 Biais extrinsèques.....	75
Chapitre 5. Résultats	77
5.1 Portrait des participantes.....	78
5.2 Expérience périnatale des femmes des Premières Nations	83

5.2.1 État de santé pendant la grossesse	83
5.2.1.1 Physique	84
5.2.1.2 Psychologique	85
5.2.1.3 Émotionnel	88
5.2.1.4 Spirituel	89
5.3 Accompagnement périnatal	90
5.3.1 Suivi périnatal	90
5.3.1.1 Éléments appréciés	91
5.3.1.2 Éléments non appréciés	92
5.3.2 Besoins d'informations	96
5.3.2.1 Besoin d'informations sur les soins et services périnataux	96
5.3.2.2 Besoin d'informations culturelles	97
5.3.3 Attentes et souhaits à l'égard des professionnels de la santé	98
5.3.3.1 Connaissances et compétences culturelles	98
5.3.3.2 Inclusion et adaptation.....	102
5.4 Conseils destinés aux femmes enceintes des Premières Nations	104
Chapitre 6. Discussion	105
6.1 Expérience périnatale des femmes des Premières Nations	106
6.2 Accompagnement souhaité par les professionnels de la santé lors de la période périnatale.....	108
6.3 Recommandations.....	114
6.3.1 Pratique clinique.....	115

6.3.2 Formation en sciences infirmières.....	117
6.3.3 Gestion	119
6.3.4 Recherche.....	121
6.4 Limites de l'étude	122
Conclusion	127
Références.....	131
Appendice A. Carte des nations du Québec.....	147
Appendice B. Guide d'entretien.....	149
Appendice C. Questionnaire sociodémographique	154
Appendice D. Lettre d'appui du CAATR	156
Appendice E. Affiche.....	158
Appendice F. Formulaire d'informations et de consentement (FIC)	160
Appendice G. Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains	165

Liste des tableaux

Tableau

1	Définitions des concepts à l'étude.....	61
2	Portrait sociodémographique des participantes ($n = 10$).....	79
3	Synthèse des recommandations.....	123

Liste des figures

Figure

1	Arbre décisionnel des études sélectionnées	21
2	Schématisation des résultats	82

Liste des sigles et des abréviations

CAATR :	Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières
CCNSA :	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
CERP :	Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics
CIFI :	Centre d'innovation en formation infirmière
CSSSPNQL :	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CVR :	Commission de vérité et réconciliation du Canada
ENFFADA :	Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées
FIC :	Formulaire d'information et de consentement
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
PCAP® :	Propriété, contrôle, accès et possession
RCAAQ :	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
SAMHSA:	Substance Abuse and Mental Health Services Association
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

J'aimerais débiter en remerciant mes directrices Anne-Marie Leclerc et Roxanne Lemieux pour votre soutien, votre disponibilité, vos judicieux conseils ainsi que pour votre manière de susciter des réflexions. Merci d'avoir mis à ma disposition tous les outils nécessaires pour faciliter mon parcours et plus encore. Merci pour tous ces apprentissages et ces opportunités.

Merci au Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières (CAATR) pour votre confiance, votre précieuse collaboration et votre chaleureux accueil. Sincère merci à ses membres qui ont inspiré ce projet.

Des remerciements bien spéciaux pour Édén Weizineau et Jessica Cleary, nos précieuses collaboratrices. Merci pour votre dévouement et votre grande implication dans le processus de recherche. Votre patience et votre flexibilité face à l'adversité induite par la pandémie ont grandement facilité mon travail. Merci pour votre transparence, vos rétroactions plus que pertinentes, votre apport culturel, vos idées et vos pistes de réflexion nécessaires.

Un énorme *mikwetc, wliwni*, merci à toutes les femmes qui ont participé au projet qui, à travers leurs témoignages, m'ont donné accès à leur intimité, à leur résilience et surtout à leurs forces. Merci pour votre confiance, vos partages, vos enseignements, vos réflexions et vos rires contagieux. Je remercie le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement

supérieur (MEES), l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui ont soutenu financièrement le projet.

Je termine en remerciant mon conjoint, mon pilier, ainsi que ma famille et mes amis qui m'ont encouragée à persévérer dans ce projet qui me rend si fière.

« Je veux que tu saches qu'ici, devenir mère est une chose très simple. Ça arrive quelques mois après le début d'une relation amoureuse. La grossesse scelle en quelque sorte l'amour naissant, intense, fusionnel. [...] Le fait de donner la vie est une chose naturelle. On n'en fait pas toute une histoire. Au contraire, on accueille la nouvelle comme s'il s'agissait d'une continuité au fait de devenir femme. L'enfant fait partie du quotidien, il ne le bouscule pas, il s'y intègre, comme s'il avait été prédestiné. »

(Naomi Fontaine, 2019, p. 115)

Introduction

La Loi constitutionnelle du Canada (1982) a défini le terme « Autochtone » en référant aux Premières Nations, aux Métis¹ et aux Inuit². Au Québec, on retrouve la nation inuit et les Premières Nations qui sont composées de dix Nations distinctes (voir Appendice A) : *Waban-Aki* (Abénakis), *Anicinapek* (Algonquins), *Nerohirowisiwok* (Atikamekw), *Eeyou* (Cris), *Innus/Ilnu*, *Wolastoqiyik Wahsipekuk* (Malécites), *Mi'gmaq* (Micmacs), *Naskapi*, *Hurons-Wendat* et *Kanien'kehá:ka* (Mohawks) (Lévesque et al., 2019). Un peu moins de la moitié des membres des Premières Nations vivent sur l'une des 42 communautés territoriales³ (Lévesque et al., 2019).

En 2011, les femmes autochtones⁴ du Québec représentaient 1,8 % de la population féminine (Larivière et al., 2016). Elles se retrouvent principalement en milieu urbain (hors communautés territoriales) comparativement aux hommes des Premières Nations (Arriagada, 2016). La présence croissante de femmes autochtones en milieu urbain s'explique parfois comme un lieu d'exil, mais aussi comme une destination pour le

¹ Il n'y a pas de reconnaissance des Métis sur le territoire du Québec, malgré une auto-identification à la hausse dans les recensements (Lévesque et al., 2019).

² Le terme « Inuit » est le pluriel du terme « Inuk ». Il restera invariable en genre et en nombre dans ce mémoire en respect de la langue inuktitut (Office québécois de la langue française, 2021).

³ Le terme « communauté territoriale » sera utilisé plutôt que celui de « réserve ». Il réfère aux terres de compétences fédérales réservées à l'usage exclusif des nations autochtones (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018; Lévesque et al., 2019).

⁴ Le terme « Autochtone » sera employé dans ce mémoire afin de renvoyer à l'identité autochtone en général. Lorsque possible, une spécification face au groupe d'appartenance (Premières Nations ou Inuit) sera faite.

parcours professionnel, le cheminement scolaire ou encore pour accéder à des services de soins de santé pour elles ou pour leurs enfants (Lévesque, 2016; Place, 2012).

Les femmes des Premières Nations ont en moyenne 2,4 enfants comparativement à 1,6 chez les femmes allochtones¹ (Arriagada, 2016). En contexte prénatal, elles présentent un taux plus élevé de diabète (Chen et al., 2019; Oster et al., 2014) et elles sont davantage exposées à des situations stressantes, telles que la violence ou les inquiétudes financières comparativement aux femmes allochtones (Nelson et al., 2018). Par ailleurs, leur vulnérabilité est susceptible d'être augmentée lors de cette période en raison de la méfiance ressentie envers les services de santé et services sociaux et des expériences de discrimination vécues (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics [CERP], 2019).

La littérature québécoise semble limitée en regard à l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations, alors qu'il existe plusieurs besoins non répondus chez cette population (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [RCAAQ], 2018). Cette étude vise donc à décrire l'expérience prénatale de femmes des Premières Nations transitant en milieu urbain et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période.

¹ Le terme « Allochtones » réfère aux non Autochtones (Usito, 2022).

Dans le premier chapitre, la problématique sera abordée, d'une part en s'intéressant au contexte historique complexe afin de saisir les réalités sociales et familiales actuelles des femmes autochtones et d'autre part, l'état de santé des femmes autochtones en période périnatale sera approfondi. Par la suite, au chapitre 2, une recension des écrits fera état de la littérature existante permettant de mieux comprendre l'expérience des femmes autochtones enceintes et l'accompagnement qu'elles souhaitent par les professionnels de la santé lors de cette période. Le troisième chapitre présentera le cadre de référence, soit l'approche sensible aux traumatismes ainsi que sa pertinence pour le projet de recherche. Le quatrième chapitre détaillera les aspects méthodologiques de la phénoménologie en incorporant les spécificités du déroulement de l'étude. Les résultats seront ensuite présentés dans le cinquième chapitre. Finalement, au dernier chapitre, la discussion, les pistes de recommandation pour la pratique infirmière et les limites de l'étude seront décrites.

Chapitre 1
Problématique

Ce premier chapitre vise à approfondir les réalités périnatales susceptibles de teinter l'expérience des femmes autochtones du Canada. Dans le but de comprendre l'accompagnement souhaité, le contexte sociohistorique duquel découlent certains besoins non comblés sera décrit. Par la suite, un bref survol des caractéristiques les plus fréquemment documentées dans la littérature quant à l'état de santé des femmes autochtones en période périnatale sera fait.

1.1 Contexte sociohistorique des femmes autochtones

Plusieurs particularités sociohistoriques sont susceptibles d'influencer l'expérience prénatale des femmes autochtones. La colonisation, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la discrimination seront approfondies dans la présente section dans le but de contextualiser les relations des femmes autochtones en contexte prénatal avec les services publics de santé et de services sociaux.

1.1.1 Colonisation

La colonisation réfère à l'arrivée des colons européens en Amérique dans l'objectif de peupler le territoire (Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR], 2015). Celle-ci a contribué à la création de réalités complexes pour les Autochtones : relégation vers des communautés territoriales, appropriation de leurs terres et leurs ressources sans leur consentement, et abolition de leurs pouvoirs politiques ainsi que de leurs droits

relatifs à leur identité et à leurs pratiques culturelles (CVR, 2015). Pendant plus de 100 ans, dans l'optique de « civiliser, christianiser et assimiler » les communautés autochtones, les gouvernements fédéral et provincial ont mis en place des politiques discriminatoires visant à intégrer de force les Autochtones à la société dominante. Ces dernières se sont traduites notamment par l'apparition des pensionnats autochtones¹ et la rafle des années 60² (CVR, 2015). En plus de priver les mères autochtones de jouer leur rôle maternel, la colonisation a eu pour conséquences de profonds traumatismes transgénérationnels (Kirmayer et al., 2014). Ces derniers réfèrent à la transmission d'éléments issus d'expériences traumatiques parentales (p. ex., altération de la réponse au stress ou des habiletés parentales, faible estime de soi, ambivalence face à l'identité culturelle, etc.) aux générations subséquentes (Isobel et al., 2019; Kirmayer et al., 2014).

Les structures et les institutions de colonisation, par exemple la *Loi sur les Indiens*³, ont contribué à créer une altération de l'autonomie des femmes autochtones. Une inégalité quant à la notion de genre s'est installée, augmentant leur exposition à la violence et au sexisme (CVR, 2015; Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues

¹ Établissements scolaires en partenariat avec les Églises catholique et anglicane ne visant pas l'éducation des enfants, mais bien une coupure permanente avec leur culture autochtone (CVR, 2015). Six écoles résidentielles subventionnées par le Gouvernement fédéral ont vu le jour au Québec (de 1931 à 1991) où près de 13 000 enfants autochtones âgés de 5 à 17 ans ont dû se développer en voyant leurs liens coupés avec leur famille (CVR, 2015; ENFFADA, 2019).

² De la fin des années 1950 et jusqu'au début des années 1990, près de 20 000 enfants autochtones canadiens ont été retirés de leur famille pour être placés, majoritairement dans des familles allochtones. La majorité des adoptions et de la prise en charge par des familles d'accueil se faisaient en dehors de la province, voire à l'extérieur du Canada afin de favoriser l'assimilation culturelle (ENFFADA, 2019).

³ La *Loi sur les Indiens* est toujours en vigueur et porte encore cette même appellation. Elle est décrite comme étant discriminatoire à l'égard des femmes des Premières Nations et de leur progéniture, car jusqu'en 1985, il était impossible de transmettre leur statut d'Indien et leur appartenance aux Premières Nations lors d'un mariage avec un homme allochtone (ENFFADA, 2019).

et assassinées [ENFFADA], 2019; Kollahdooz et al., 2016). En guise d'exemple, les violences faites aux femmes autochtones réalisées en contexte de périnatalité sont documentées depuis les années 1930, période à laquelle certaines provinces canadiennes autorisaient la stérilisation forcée de certains groupes marginalisés (Stote, 2012). Les femmes autochtones étaient victimes de chantage, menaçant de se faire retirer leurs enfants si elles ne consentaient pas à une chirurgie de stérilisation. Certaines ont témoigné avoir été informées que la ligature des trompes était une intervention réversible ne visant pas à les rendre infertiles, révélant ainsi la mise en place d'interventions réalisées à la suite de l'obtention d'un consentement non éclairé. Dans d'autres cas, des femmes autochtones ont refusé catégoriquement l'intervention chirurgicale : elles se sont donc vues opérées de force. Alors que les lois visant l'infertilité des femmes autochtones ont été abolies dans les années 1970, Stote (2012) dénonce que cette pratique s'est poursuivie malgré son interdiction. Ces pratiques orchestrées par les institutions gouvernementales canadiennes ne sont qu'un exemple de la remise en doute de la capacité des femmes autochtones à prendre des décisions les concernant tout en favorisant leur assimilation par l'entremise de la médecine occidentale (Stote, 2012).

1.1.2 Médicalisation de la grossesse et de l'accouchement

La colonisation a aussi eu des répercussions sur les pratiques entourant la grossesse. Autrefois, les femmes autochtones agissaient à titre de sages-femmes dans les communautés territoriales. C'est ce qu'affirme Routhier (1984), auteure qui s'est intéressée aux sages-femmes de Manawan (communauté atikamekw dans la région de

Lanaudière) sous une perspective anthropologique. Or, ces pratiques traditionnelles ont été délaissées en raison de l'apparition de la médicalisation de la grossesse, c'est-à-dire de considérer la grossesse comme un état pathologique nécessitant une prise en charge médicale. Le transfert des femmes enceintes de la communauté territoriale vers les hôpitaux pour donner naissance s'est intensifié avec les années et est devenu obligatoire (Routhier, 1984). Bien que les soins dispensés étaient considérés « professionnels », les barrières linguistiques et culturelles combinées à l'éloignement géographique et à l'environnement physique inconnu créaient de l'insécurité chez les femmes atikamekw (Routier, 1984). Cette nouvelle conception de la santé bien différente de celle véhiculée par la discipline infirmière a également eu impact sur la nature des soins infirmiers dispensés (Dallaire, 2008).

Encore aujourd'hui, l'éloignement géographique entre les communautés territoriales autochtones et les hôpitaux constituent un obstacle à la sécurisation culturelle, notamment en contexte périnatal. La sécurisation culturelle réfère au respect de l'identité culturelle ainsi qu'à l'équité dans le système de santé et vise la dispensation de soins exempts de racisme et de discrimination (First Nations Health Authority, 2016). En effet, certaines femmes autochtones transitent par les services de santé périnataux en milieu urbain alors qu'elles demeurent en communauté territoriale. Cet éloignement limite l'accès à des soins spécialisés, particulièrement lorsque les femmes autochtones ont une grossesse à risque (Kolahdooz et al., 2016). Les frais de déplacement nécessaires à l'accès aux soins et services, conjugués aux faibles revenus et aux mauvaises conditions climatiques, sont des

exemples de barrières pouvant réduire la qualité du suivi et retardant le diagnostic et la prise en charge (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA], 2019). La difficulté d'accès aux services de santé se traduit par des risques plus élevés de diagnostics tardifs pour les Autochtones comparativement aux Allochtones. Ceux-ci sont susceptibles d'entraîner un taux de mortalité supérieur malgré la prise en charge par les professionnels de la santé (Lavoie et al., 2016). L'absence de services ou une difficulté d'accès à un suivi obstétrical représente un obstacle à la prévention de possibles complications auxquelles les femmes autochtones et leurs nourrissons sont plus susceptibles : un syndrome d'alcoolisme fœtal, des décès infantiles induits par un syndrome de mort subite du nouveau-né ou des infections non traitées (Shah et al., 2011; van Herk et al., 2011). De plus, le fait de devoir quitter sa famille et sa communauté pour avoir accès à des suivis périnataux peut entraîner des stress additionnels chez les femmes autochtones (Kolahdooz et al., 2016; Varcoe et al., 2013). L'éloignement géographique est susceptible d'influencer l'expérience de grossesse des femmes autochtones transitant en milieu urbain pour recourir aux services de santé.

En bref, bien que la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ait permis de sauver la vie de nombreux enfants, elle a teinté l'expérience périnatale des femmes atikamekw du Québec (Routhier, 1984). L'abus de pouvoir qu'elle a entraîné, combiné au génocide culturel causé par la colonisation, ont grandement contribué à générer de la méfiance de la part des femmes autochtones face au système de santé. Ces contextes

politiques et sociaux ont favorisé un climat hostile face aux femmes et aux enfants autochtones, encourageant la violence et nuisant à leur bien-être (ENFFADA, 2019).

1.1.3 Discrimination et racisme

Tout d'abord, la discrimination est un concept qui se divise en trois catégories : la discrimination directe (manière dont une personne est traitée en fonction de son appartenance à un groupe : préjugés ou stéréotypes), la discrimination indirecte (normes, lois, politiques ou pratiques) et la discrimination systémique¹, qui est la combinaison de ces deux types (CERP, 2019). Cette dernière est ancrée dans une société, créant des obstacles se répercutant sur les générations futures. Elle transparait sur les droits des communautés autochtones, car elle les place face à des conditions de vie incompatibles avec leur culture, entravant leur possibilité d'agir (CERP, 2019). La *Loi sur les Indiens* en est un exemple concret pour les communautés autochtones.

Pour sa part, le racisme est une catégorisation sociale qui consiste à identifier les individus en fonction de l'idéologie des races. Cette classification est utilisée pour faire valoir la supériorité d'un groupe par rapport à une autre. En contexte autochtone, le racisme représente les assises de la colonisation et de ses répercussions (Allan & Smylie, 2015).

¹ Le concept de discrimination systémique n'est pas reconnu actuellement par le gouvernement provincial québécois, bien que cet enjeu dans les services publics ait été dénoncé, notamment dans le rapport d'enquête de la Commission Viens (CERP, 2019) et que le gouvernement fédéral en reconnaisse l'existence.

En 2019, la Commission Viens [CERP]¹ a fait état des nombreux obstacles que vivent les Autochtones lorsqu'ils tentent d'avoir accès aux soins et services dans la province de Québec. Les multiples témoignages recueillis auprès d'Autochtones au cours de celle-ci font état des répercussions de la discrimination sur leur sécurité et leur santé. Pour leur part, dans leur étude empirique portant sur la compréhension de l'expérience des Autochtones face à l'accès aux soins de santé, Nelson et Wilson (2018) démontrent que le racisme se ressent et se perçoit dans les comportements non verbaux. En effet, les participants font état de leur inconfort face à certains professionnels de la santé en raison des sentiments de déni et de rejet ressentis lors de la dispensation de soins. Ceux-ci avaient pour conséquence d'accentuer les inégalités de pouvoir (Autochtone/Allochtone et professionnel/patient) et d'entraver leur sentiment de sécurisation culturelle. Sans pouvoir généraliser, un constat demeure : ces expériences ne font qu'accroître la méfiance et la fragilité des liens qui existent entre les Autochtones et les services dispensés par les Allochtones.

Dans son rapport sur les réalités urbaines des Autochtones, le RCAAQ (2018) estime que 57 % des participants (62,7 % sont des participantes féminines) ont vécu du racisme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cette perception a été recueillie auprès de 912 répondants dont 58 % d'entre eux ont des enfants à leur charge.

¹ Cette commission a été mise en place en 2016 à la suite de la dénonciation de dizaine de femmes autochtones de Val-d'Or quant à l'abus de pouvoir et les violences (physique, psychologique et sexuelle) perpétrés par certains policiers en poste de 2002 à 2015. Le juge retraité de la Cour suprême, Jacques Viens, a été désigné pour agir à titre de commissaire, d'où l'appellation « Commission Viens ».

Certains témoignages évoquent qu'ils omettent volontairement de mentionner être Autochtones par peur d'être étiquetés et mal perçus par les professionnels de la santé. Cette perception a également été soulevée par l'étude qualitative descriptive ontarienne de VanEvery et Wright (2021) menée en milieu urbain dans laquelle les femmes autochtones ont perçu que leur identité a teinté négativement les soins qu'elles et leurs enfants ont reçus, notamment lorsqu'elles avaient déjà eu recours aux services de la protection de la jeunesse. En effet, certaines mères autochtones ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de santé par peur d'être considérées comme une mauvaise mère (van Herk et al., 2011). Cette affirmation découle de l'étude participative ontarienne de van Herk et ses collaborateurs (2011) dans laquelle des mères autochtones ont témoigné avoir vécu de la discrimination en raison de leur statut d'autochtone et de leurs faibles revenus. Ces associations erronées, s'inscrivant dans une approche discriminatoire (commentaires empreints de préjugés, mépris, indifférence, qualificatifs dégradants, stéréotypes négatifs) à l'égard des femmes autochtones, sont identifiées comme étant un manque de connaissances des professionnels de la santé face au contexte sociohistorique et culturel autochtone (Browne et al., 2016; van Herk et al., 2011).

De plus, la discrimination vécue par les femmes autochtones brime leur accès à des soins adéquats en réduisant leur observance aux traitements; ce qui peut se traduire par de graves conséquences pour elles et leur enfant à naître (Nelson & Wilson, 2018). La sécurité ainsi que la vie de celles-ci peuvent être mises en péril en raison d'un refus de

recevoir des soins dans des conditions oppressantes (CERP, 2019). De ce fait, une sous-utilisation des services peut se traduire par une aggravation des situations de crise ainsi qu'à un retard dans le dépistage de complications et la prise en charge (CERP, 2019).

Le rôle infirmier étant omniprésent dans l'expérience de soins, il importe que la pratique infirmière se sensibilise à ces enjeux. Le mandat social au cœur de la profession infirmière (Pepin et al., 2017) se doit d'être remis de l'avant. Bien que les études citées précédemment indiquent des dynamiques à proscrire dans le cadre de la dispensation des soins, peu d'études informent sur les pratiques spécifiques qui sont désirées par ces femmes en contexte périnatal. Cela renforce l'importance de se pencher sur l'expérience des femmes autochtones en contexte prénatal et sur le type d'accompagnement infirmier souhaité.

1.2 État de santé des femmes autochtones en contexte de périnatalité

Les femmes autochtones sont plus à risque que les femmes allochtones de vivre des conditions de santé physique et psychologique susceptibles d'influencer leur expérience de la grossesse et d'augmenter leur besoin de consulter. La littérature existante fait état des conditions de santé les plus récurrentes contextualisant la grossesse de plusieurs femmes autochtones, c'est-à-dire le diabète, la consommation de substances psychoactives et les troubles de santé mentale. En effet, au Canada, la prévalence du diabète (prégestationnel et gestationnel) est supérieure chez les femmes autochtones que chez leurs homologues allochtones (Chen et al., 2019; Oster et al., 2014; Poirier et

al., 2020). L'environnement périnatal influe sur la propension à développer le diabète de type 2 et l'obésité (Oliveira et al., 2013). En effet, certains auteurs associent ces phénomènes à la possible exposition environnementale aux polluants qui serait plus élevée en région éloignée (p. ex., au mercure, à l'arsenic, au biphényle polychloré [BPC] et aux pesticides chlorés), aux stress cumulatifs induits par les contextes socioéconomiques difficiles (p. ex., pauvreté, conditions de vie, accès à une saine alimentation), aux traumatismes transgénérationnels et à l'accès restreint aux soins et services qui ajoutent une complexité additionnelle quant à la gestion de la maladie (Crowshoe et al., 2018; Shah et al., 2011). Les complications du diabète représentent un facteur de risque se répercutant sur l'enfant à naître. L'augmentation de la tolérance maternelle au glucose crée une hausse de la consommation de glucose par le fœtus, prédisposant les bébés autochtones à une macrosomie (Shah et al., 2011) et à des risques de développer de l'obésité et un diabète de type 2 (Crowshoe et al., 2018). Un poids à la naissance faible ou élevé, une prématurité, des malformations congénitales allant même jusqu'au décès périnatal sont aussi associés à des complications du diabète gestationnel chez les femmes autochtones (Oster et al., 2014; Sheppard et al., 2017; Toth et al., 2016). Les études québécoises de Chen et ses collaborateurs (2015, 2019) abondent également dans ce sens. Ces risques sont augmentés de manière considérable lorsqu'il s'agit d'une mère d'origine autochtone, et ce, même si les caractéristiques maternelles (p. ex., âge, nombre d'enfants, état de santé, milieu de vie urbain ou rural, statut social, etc.) ont été prises en considération. Les complications plus nombreuses chez cette clientèle sont alarmantes. Bref, le diabète est susceptible d'influencer l'expérience prénatale et l'accompagnement reçu lors de cette période,

puisque un suivi médical plus étroit est recommandé. Bien que les études s'intéressent à l'incidence du diabète et ses complications chez cette clientèle, il importe d'approfondir la perception des femmes enceintes quant à leur état de santé lors de la grossesse.

De plus, le tabagisme chez les femmes autochtones est présent à des taux supérieurs que chez les femmes allochtones durant leur grossesse (Oliveira et al., 2013). La consommation de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues) durant la grossesse serait considérée comme un symptôme du contexte sociohistorique et perçue tel un mécanisme d'adaptation (Oliveira et al., 2013; Roy et al., 2015; Shahram et al., 2017). Le manque de mécanismes d'adaptation positifs (p. ex., estime de soi, soutien social, espoir, identité) ne ferait que renforcer le recours à la consommation en période de stress (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022a; Roy et al., 2015). Toutefois, Roy et ses collaborateurs (2015), ayant mené une étude en Alberta visant à comprendre les facteurs de risque et de protection des femmes autochtones enceintes face à la dépression prénatale, estiment que la grossesse semble avoir un impact positif sur l'arrêt de la consommation de substances psychoactives, identifiant cependant le tabagisme comme le comportement le plus difficile à cesser. Somme toute, le recours à ces mécanismes d'adaptation est susceptible d'influencer l'expérience de grossesse de certaines femmes autochtones.

Par ailleurs, davantage de femmes autochtones présentent des troubles de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété) pendant la grossesse et après l'accouchement

comparativement aux Allochtones (Black et al., 2019; Bowen et al., 2014; Roy, 2014). Elles sont davantage victimes de maltraitance, de violence et d'évènements stressants durant la grossesse que les Allochtones (Nelson et al., 2018). Les divers facteurs de stress associés à leurs réalités sociales (p. ex., problèmes de santé, décès dans l'entourage, toxicomanie, incarcérations, etc.) amènent certaines femmes à se sentir dépassées et épuisées lors de la grossesse. Certains auteurs identifient un lien entre les abus (violences) et le fait que les femmes autochtones aient une plus grande prévalence de dépression post-partum que les Allochtones (Black et al., 2019; Leason, 2021). D'autres auteurs considèrent que les traumatismes transgénérationnels, le racisme et le sexisme ont un impact négatif sur leur santé mentale (Nelson et al., 2018; Roy, 2014; Roy et al., 2015). De ces traumatismes émergent des troubles de santé mentale, dont la dépression prénatale, qui peuvent entraîner des conséquences notables chez la mère et le fœtus. Par exemple, une dépression prénatale non traitée est associée à un faible poids de naissance ainsi qu'à une prématurité chez le bébé (Szegda et al., 2014), un risque plus élevé de dépression post-partum chez la mère (Nelson et al., 2018) et une atteinte négative au développement cognitif et comportemental induite par des interactions mère-enfant inadéquates ou insuffisantes (Letourneau et al., 2013).

En terminant, considérant l'existence des facteurs de risque présentés (diabète, consommation de substances psychoactives et troubles de santé mentale), les besoins en matière de santé physique et psychologique susceptibles d'être développés coexistent avec la méfiance envers le système de santé et de services sociaux où les soins sont dispensés

majoritairement par des Allochtones (RCAAQ, 2018). Alors que les infirmières assurent des soins de proximité en périnatalité, tels que la promotion de la santé et la prévention de la maladie (OIIQ, 2015), elles doivent être sensibles à ces facteurs de risque auxquels les femmes autochtones sont exposées. De plus, elles doivent contribuer activement à rendre l'expérience périnatale saine et sereine, de manière à créer une relation de confiance (OIIQ, 2015). Or, dans le but de mieux saisir l'ambivalence existante entre les besoins de santé et la méfiance vécue, le prochain chapitre réalisera une exploration de la littérature scientifique qui s'est intéressée à la compréhension du vécu et de la façon dont ces femmes autochtones désirent être accompagnées.

Chapitre 2
Recension des écrits

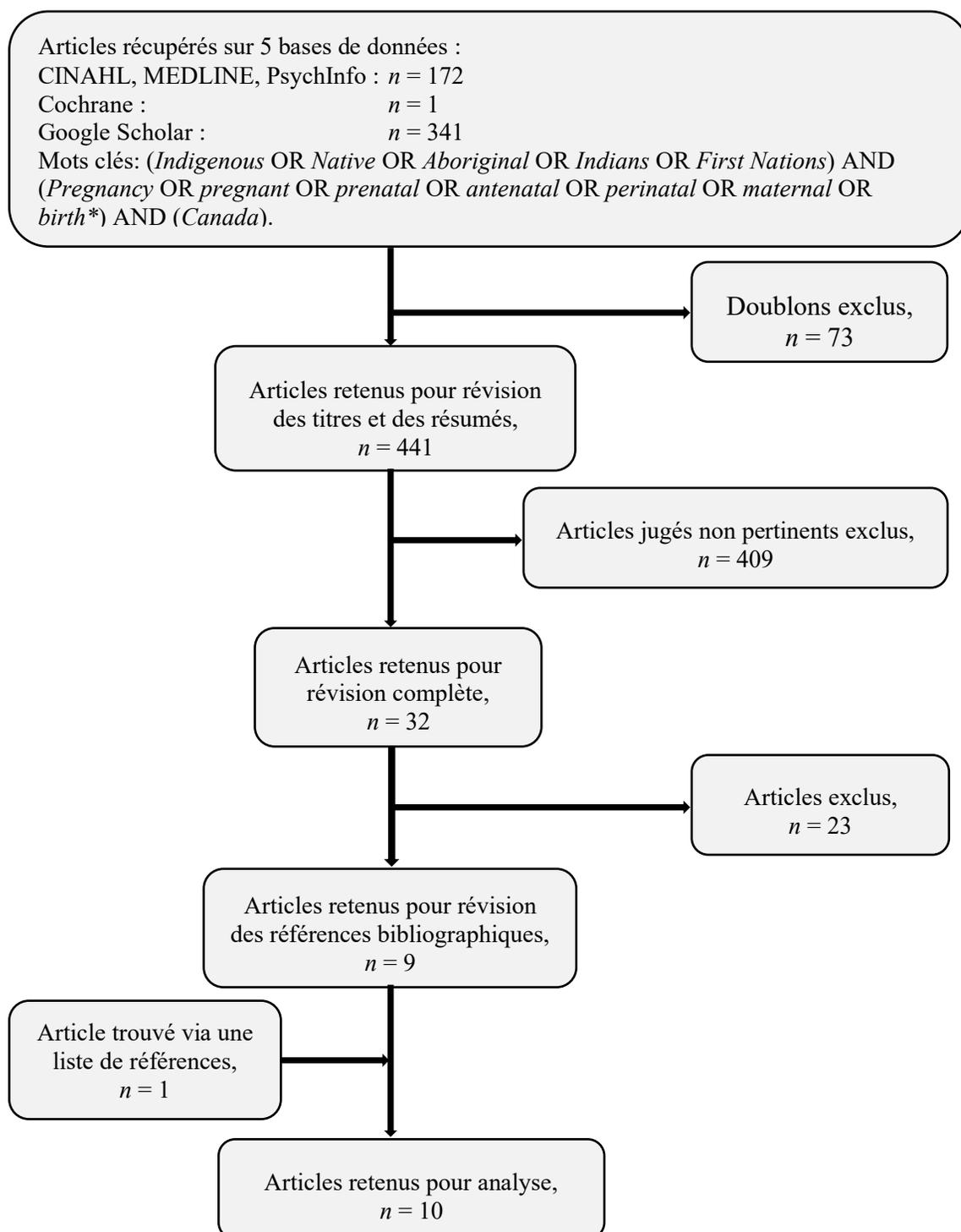
Le présent chapitre abordera la littérature scientifique existante en regard à l'expérience prénatale et à l'accompagnement désiré par les femmes autochtones du Canada. Une recension des écrits a été réalisée dans les bases de données *CINHAL*, *MEDLINE*, *PsychInfo*, *Cochrane* et *Google Scholar* afin d'identifier les études les plus récentes dans le domaine, publiées en français et en anglais entre 1990¹ et 2021 au Canada. Une étude a été trouvée par l'entremise d'une liste de références. Cette recension a révélé un total de 10 études publiées de 2005 à 2021 obtenues à l'aide des mots clés suivants : *Indigenous, Native, Aboriginal, Indians, First Nations; Pregnancy, pregnant, prenatal, antenatal, perinatal, maternal, birth**; *Canada* (voir Figure 1).

La sélection des écrits s'est faite en se concentrant sur la période prénatale, soit de la fécondation à la naissance (INSPQ, 2015; Larousse, 2021). Ainsi, les études abordant l'accouchement et/ou la période post-partum uniquement ont été retirées. Celles qui abordaient aussi la grossesse ont été conservées, mais l'analyse s'est concentrée sur les résultats en lien avec l'expérience prénatale.

¹ Dans le cadre de cette étude, le choix d'inclure des références de plus de cinq ans a été fait, puisque la thématique s'est avérée peu documentée en-deçà de cette période au Canada. Ainsi, un recul jusqu'en 1990 a été réalisé dans le but de recueillir la littérature scientifique contemporaine.

Figure 1

Arbre décisionnel des études sélectionnées



Les écrits portant sur l'état de santé global des femmes autochtones enceintes et de leur nourrisson, sur la grossesse à l'adolescence, sur la politique d'évacuation des femmes enceintes et sur les troubles de consommation des femmes autochtones enceintes ont été exclus de cette recension des écrits, mais ont toutefois été consultés afin de comprendre les différentes réalités entourant la période prénatale.

Le choix des études a donc été effectué de manière à s'intéresser précisément à l'expérience prénatale des femmes, dont celle vécue à travers la dispensation de soins prénataux dans le système de santé canadien. Bien que l'étude actuelle s'intéresse à l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations en milieu urbain, le choix d'inclure les particularités rurales¹ de manière à englober les communautés territoriales plus éloignées a été fait en raison de la grande mobilité des Autochtones. Le fait de demeurer dans ou hors communauté territoriale, en milieux urbain ou rural, influe sur l'accès aux ressources et aux soins et services de santé. Finalement, bien que plusieurs études consultées reconnaissent l'apport bénéfique des sages-femmes en période prénatale et en contexte autochtone, elles ne correspondaient pas aux critères de sélection des études. La présente section examinera en profondeur les dix études sélectionnées dans le but de dresser un portrait de la littérature canadienne existante face au sujet d'intérêt. Pour faciliter leur exploration, les études ont été organisées de manière à approfondir

¹ Une région rurale réfère à un lieu situé : « entre 50 et 350 kilomètres d'un centre de services relié par une route » (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2018, p. 10).

l'expérience prénatale des femmes autochtones, puis l'accompagnement souhaité par celles-ci.

2.1 Expérience prénatale des femmes autochtones

Dans cette section, quatre études seront présentées et permettront d'explorer l'expérience des femmes autochtones du Canada en contexte prénatal.

2.1.1 Étude 1

Une recherche collaborative menée en Ontario en 2017 visait à décrire les croyances en matière de santé périnatale en s'intéressant au point de vue des Aînées¹ des Premières Nations de la communauté *Six Nations Grand River* (Kandasamy et al., 2017). Un total de 18 Aînées a participé à l'étude. Leurs réflexions, leurs recommandations et leur compréhension de la santé et du bien-être en regard à la périnatalité ont été questionnées à l'aide d'entretiens individuels et de groupes de discussion focalisée. D'une part, les participantes ont réitéré le caractère naturel de la grossesse dans le parcours de vie et qu'elle n'est pas une condition médicale ni une maladie. D'autre part, les femmes ont abordé l'aspect sacré de cette période durant laquelle un état d'équilibre est primordial. Finalement, elles ont témoigné leur désir que les nouveau-nés aient la chance d'avoir accès à la sécurité et au confort. Elles ont nommé la responsabilité des communautés face au développement sain de l'enfant, notamment l'accès à une alimentation saine, le soutien, l'amélioration des soins basés sur la famille, l'enseignement de la spiritualité, la pensée

¹ Terme désignant les détenteurs du savoir traditionnel autochtone (Gouvernement du Canada, 2020).

positive et les impacts des comportements parentaux. Les auteurs ont révélé que les Aînées trouvaient utiles d'utiliser diverses sources de connaissances (médecine occidentale et médecine traditionnelle autochtone) et une écoute approfondie des besoins des communautés. L'adoption d'une méthode de recherche collaborative représente la force principale de cette étude empirique. En effet, les auteurs réitèrent l'importance de la mise en place d'une équipe de recherche qui permet aux populations des Premiers Peuples de développer, créer et diffuser les résultats de recherche qui les concernent afin de mettre de l'avant une relation chercheur-communauté fondée sur le respect mutuel, sur des objectifs pertinents et sur la réciprocité. Or, cette étude s'intéressant aux croyances périnatales a intégré seulement des Aînées. La présente étude s'intéressera plutôt à l'expérience des femmes ayant accouché récemment et ajoutera la manière dont elles aimeraient être accompagnées.

2.1.2 Étude 2

L'étude empirique de van Herk et al. publiée en 2011 en Ontario a examiné comment les perceptions des prestataires de services face à l'identité autochtone influent sur l'expérience des soins préventifs durant la grossesse et la parentalité des familles autochtones en milieu urbain. Cette recherche participative a inclus des hommes autochtones ($n = 2$ Premières Nations, $n = 2$ Inuit), des femmes autochtones ($n = 7$ Premières Nations, $n = 2$ Inuit) et des femmes allochtones ($n = 8$). Les résultats de cette étude ont mis de l'avant le fait que les femmes autochtones ne se sentent pas en sécurité lors du recours aux services de santé périnataux offerts par des professionnels allochtones,

notamment en raison de la discrimination et de l'oppression vécues ainsi que des valeurs des professionnels qui sont discordantes avec leur culture. Également, les femmes rapportent l'importance qu'elles accordent au fait que les professionnels de la santé prennent conscience de la complexité associée à la quête identitaire que représente celle d'être une mère autochtone. Cette quête s'ajoute à celle de la réappropriation culturelle autochtone. Finalement, les auteurs soulignent la nécessité que les infirmières examinent comment leurs perceptions de l'identité autochtone façonnent les problèmes d'oppression et de discrimination à travers les relations thérapeutiques. Plusieurs éléments de cette étude convergent avec les résultats de l'étude actuelle, particulièrement la description de l'expérience prénatale d'accès aux soins de santé influencée par l'identité autochtone ainsi que la nécessité d'une introspection du personnel infirmier pour favoriser une relation de confiance. Bien que cette étude aborde l'expérience des femmes autochtones en contexte prénatal de manière holistique, elle n'explore pas le type d'accompagnement souhaité.

2.1.3 Étude 3

Cette étude ethnographique de la Colombie-Britannique vise à décrire les expériences des soins périnataux vécus par des femmes des Premières Nations demeurant en communautés territoriales (en zone rurale) ainsi que les facteurs qui façonnent ces expériences (Varcoe et al., 2013). Pour parvenir à cet objectif, des entretiens individuels ont été réalisés auprès de mères membres des Premières Nations ($n = 66$), d'un père membre des Premières Nations ($n = 1$) et des professionnels de la santé allochtones ($n = 9$). Des groupes de discussion focalisée ont également été faits auprès de mères

($n = 42$), de pères ($n = 2$), d'Aînés ($n = 11$) et d'adolescents ($n = 5$), tous membres des Premières Nations. Plus de mille heures consacrées à l'observation des familles lors de célébrations familiales dans la communauté ont aussi été réalisées. Les participantes ont rapporté avoir vécu des expériences négatives lors de leur grossesse et de leur accouchement. Elles ont souligné avoir perçu n'avoir aucun choix, aucun pouvoir et aucun contrôle sur leur expérience périnatale. De plus, celles-ci indiquent que les stress façonnant l'expérience de grossesse seraient induits par le racisme, la pauvreté (p. ex., logement, insécurité alimentaire) et par la prestation de soins loin de leur domicile (p. ex., isolement, sentiment de déconnexion avec la culture, etc.). Les participants expriment vouloir renverser ces stressors pour mettre de l'avant la célébration de la vie et la mise en place de relations respectueuses (p. ex., approche naturelle et traditionnelle de la grossesse, recours à des sages-femmes, accès à des suivis médicaux dans la communauté territoriale autochtone, etc.). Les participants recommandent le retour des naissances dans les communautés territoriales autochtones en zone rurale dans la mesure où des services sécuritaires sont mis en place. Ils misent sur la collaboration et sur la sécurisation culturelle qui s'expriment à travers les connaissances, les compétences et les actions. Bref, cette étude qualitative intégrant une diversité de participants (genre, âge) offre des pistes de recommandation concrètes pour favoriser une expérience périnatale positive exempte de violences obstétricales. Les diverses méthodes de collectes de données représentent une force de cette étude empirique. Toutefois, cette étude ethnographique s'intéresse davantage aux expériences et aux recommandations collectives entourant la périnatalité. La présente étude approfondira les besoins des femmes des Premières Nations en

s'intéressant à leur expérience prénatale individuelle et aux recommandations propres à la pratique infirmière.

2.1.4 Étude 4

Nonobstant le fait que l'étude de Heaman et al. (2005) date de plusieurs années, elle a toujours sa pertinence considérant que les expériences négatives vécues par les femmes autochtones en contexte de périnatalité sont toujours d'actualité dans la littérature scientifique. De plus, il s'agit de la seule étude quantitative de type cas-témoin à avoir été retenue. Les auteurs se sont intéressés à la description et à la comparaison de la prévalence et des prédicteurs de soins prénataux jugés comme inadéquats chez les femmes autochtones et allochtones qui ont accouché au Manitoba. Les femmes âgées de 14 à 45 ans ayant accouché d'un enfant, dans deux hôpitaux de Winnipeg entre octobre 1999 et décembre 2000, ont été sollicitées pour participer à cette étude. L'échantillon est composé de femmes allochtones ($n = 417$), de femmes issues des Premières Nations ($n = 187$), de femmes Métis ($n = 42$) et Inuit ($n = 6$). Le *Kessner Adequacy of Prenatal Care Index* (Delgado-Rodriguez et al., 1996) a été utilisé pour évaluer l'adéquation perçue des soins prénataux, outil fréquemment employé dans des études épidémiologiques. D'autres outils psychométriques validés ont également été utilisés afin de pouvoir identifier des variables psychosociales pouvant agir comme prédicteurs de l'inadéquation perçue. Le test de khi-carré (χ^2) a été utilisé pour illustrer les différences statistiquement significatives dans les distributions des caractéristiques des femmes questionnées. Le recours au test de Fisher a aussi été fait et une signification statistique de 5 % ($p > 0,05$) a

été utilisée. Les résultats de cette étude empirique indiquent qu'environ 15,7 % des femmes autochtones estiment avoir reçu des soins prénataux inadéquats comparativement à 3,6 % de leurs homologues allochtones ($\chi^2 = 30,22, p < 0,001$). Les femmes autochtones de cette étude ont eu moins de visites prénatales (moyenne $[\bar{\chi}] = 9,1$ visites, écart-type $[\sigma] = 6,5$ visites) que leurs homologues allochtones ($\bar{\chi} = 10,1$ visites, $\sigma = 3,6$ visites) (Test $t = 3,01, p = 0,003$). La majorité des femmes autochtones ont eu leur première visite plus tard dans la grossesse ($\bar{\chi} = 11,0$ semaines, $\sigma = 6,5$ semaines) que les femmes allochtones ($\bar{\chi} = 9,4$ semaines, $\sigma = 4,3$ semaines) ($t = -3,42, p = 0,001$). Cette étude a permis d'établir des prédicteurs qui ont été associés négativement à la qualité des soins prénataux reçus (intervalle de confiance [IC] 95%). En effet, une fois les caractéristiques des femmes ajustées, celles qui ont estimé ne pas avoir bénéficié de soins prénataux adéquats avaient plus tendance à vivre dans la pauvreté (rapport des cotes [RC] = 4,08 [1,59-10,46]), à mener une vie dont le niveau de stress était extrêmement élevé (RC = 3,44 [1,18-10,02]), à présenter une faible estime de soi (RC = 3,57 [1,21-10,55]) et à être d'origine autochtone (RC = 2,83 [1,07-7,43]). Cette étude a permis d'identifier que les femmes autochtones sont susceptibles d'être insatisfaites de la qualité des soins prénataux reçus alors qu'elles sont dans une période durant laquelle la réponse aux besoins des femmes en matière de santé est déterminante. Or, une limite de cette étude est qu'elle a intégré uniquement des femmes ayant accouché de manière spontanée (excluant les accouchements provoqués, les césariennes, etc.). Elle justifie toutefois la pertinence d'approfondir l'accompagnement souhaité par ces femmes afin d'identifier des pistes d'intervention favorisant une expérience périnatale positive.

Les études présentées ont abordé des éléments distincts relatifs à l'expérience périnatale des femmes autochtones, notamment les croyances entourant la maternité, l'importance de tenir compte de l'identité autochtone et de l'autodétermination, puis les prédicteurs de l'insatisfaction face aux soins en contexte de périnatalité. Pour contrer les insatisfactions et les expériences négatives rapportées dans les études précédentes, la prochaine section abordera l'accompagnement souhaité.

2.2 Accompagnement souhaité par les femmes autochtones enceintes

Les six prochaines études s'intéresseront à la manière dont les femmes autochtones du Canada souhaitent être accompagnées par les professionnels de la santé, particulièrement en approfondissant les approches et les programmes périnataux documentés dans la littérature scientifique.

2.2.1 Étude 5

C'est par l'entremise du point de vue des prestataires de soins prénataux que Oster et ses collaborateurs (2016) ont voulu explorer les caractéristiques des soins adéquats dispensés aux femmes des Premières Nations de l'Alberta. Des entretiens individuels ont été réalisés auprès d'infirmières ($n = 7$), de médecins ($n = 2$), de diététistes ($n = 2$) et d'un thérapeute en santé mentale (Oster et al., 2016). Parmi ces 12 professionnels de la santé recrutés dans la communauté de *Maskwacis*, trois étaient d'origine autochtone. Les participants s'entendent pour dire que la clé des soins adéquats s'inscrit dans la confiance dans les relations, la compréhension culturelle et dans les soins spécifiques au contexte

unique autochtone, c'est-à-dire de tenir compte de leur réalité. Les professionnels de la santé adoptant une approche sincère, sans jugement et dont les interactions sont agréables peuvent être plus adéquats dans les soins dispensés. Le fait d'être en mesure d'exprimer de l'empathie et de la compréhension figure parmi une attitude favorable. L'adoption d'une approche flexible, inclusive et accessible qui satisfait les besoins spécifiques des femmes est également à préconiser. Nonobstant le fait que cette étude fournisse des caractéristiques d'une approche à adopter par les professionnels de la santé en contexte prénatal, elle ne tient pas compte du point de vue des femmes autochtones face à l'accompagnement souhaité.

2.2.2 Étude 6

C'est en Ontario que Smith et ses collègues (2007) ont réalisé une étude participative et une étude de cas décrivant les perceptions des intervenants communautaires sur les pratiques visant l'amélioration des soins destinés aux femmes enceintes, aux mères et aux familles autochtones. Cette recherche en deux phases a été réalisée dans deux milieux (rural et urbain) et a inclus un échantillon majoritairement féminin (90,4 %), dont 44 Autochtones et 29 Allochtones travaillant auprès de familles autochtones (Smith et al., 2007). Des professionnels de la santé (infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.) et d'autres intervenants (conseillers en nutrition, agents de soutien familial, Aînés, chefs de bande, etc.) ont pris part à l'étude. Les résultats indiquent que la dispensation des soins doit s'effectuer dans un contexte de compréhension des relations coloniales et néocoloniales en tenant compte de l'impact des pensionnats autochtones sur la transition

à la parentalité, de la sécurité culturelle dans les relations et dans les milieux de soins de santé, de la réactivité des intervenants aux expériences, aux priorités et aux capacités des Autochtones. Les auteurs estiment qu'une plus grande participation des intervenants à la conception, l'évaluation et à la gouvernance de modèles de changement dans les soins de santé est nécessaire pour soutenir les efforts des organisations autochtones dans l'élaboration de soins sécuritaires et adaptés pour les femmes autochtones enceintes, les mères et les familles autochtones. Ils soutiennent que le fait de tenir compte des particularités culturelles (valeurs, priorités de la communauté) et d'employer une approche fondée sur les forces pourrait permettre une meilleure observance aux soins périnataux. Malgré la diversification de l'échantillon et les différents milieux étudiés, la perspective des femmes autochtones face à leurs soins prénataux n'a pas été explorée dans cette étude empirique.

2.2.3 Étude 7

L'étude de Brown et ses collaborateurs (2011) visait à décrire les expériences que vivent les femmes autochtones demeurant en communauté territoriale (en zone rurale) de la Colombie-Britannique en ce qui a trait aux soins périnataux et à leur désir d'accoucher dans des milieux soutenant. Un devis ethnographique combiné à une recherche participative a permis aux auteurs d'explorer cette thématique par le biais d'entretiens individuels, de groupes de discussion focalisée, d'observations et de notes de terrain réalisés auprès de membres de quatre communautés autochtones distinctes. Ils ont interrogé des mères ($n = 102$), des pères ($n = 3$), des adolescents ($n = 5$) et des Aînés

($n = 11$) autochtones (nations d'appartenance non identifiées) ainsi que des professionnels de la santé et des leaders en santé œuvrant auprès de ceux-ci ($n = 4$). Dans les résultats, la perte des savoirs traditionnels entourant la maternité et l'accouchement a été identifiée comme un élément central à prendre en considération comme conséquence de la colonisation. De ce fait, des stratégies pour mieux guider les infirmières ont été identifiées. Parmi celles-ci, la nécessité de tenir compte des réalités complexes des femmes autochtones (p. ex., éliminer les inégalités et favoriser le pouvoir des femmes à travers les choix, le contrôle et le respect) et l'engagement des infirmières dans des pratiques culturellement sécuritaires figurent en priorité. Cette étude offre des pistes de réflexion quant aux pratiques infirmières face au contexte sociohistorique autochtone et aux réels besoins des femmes autochtones (p. ex., adopter une pratique réflexive, tenir compte des enseignements traditionnels dans les soins dispensés, etc.). Selon les auteurs, les infirmières doivent faire preuve d'ouverture face à la culture et comprendre comment les pratiques traditionnelles autochtones peuvent bonifier leur pratique afin de mieux répondre aux besoins holistiques des femmes autochtones en contexte de périnatalité. Une force de cette étude est qu'elle traite de pistes d'amélioration concrètes pour la pratique infirmière dans le but de rendre les soins périnataux dispensés culturellement sécurisants. Malgré la reconnaissance des impacts intergénérationnels de la colonisation sur la maternité, cette étude ne traite pas de la pertinence d'adopter une approche sensible aux traumatismes et n'inclut pas les réalités urbaines.

2.2.4 Étude 8

Pour leur part, une équipe de chercheurs (Lang et al., 2010) a voulu élaborer et mettre en œuvre un programme prénatal dans la communauté algonquine de *Rapid Lake* au Québec en identifiant les barrières et les facilitateurs à la promotion de la participation de la communauté aux services de santé périnataux et en identifiant les besoins périnataux des femmes. Un devis ethnographique a été utilisé et réalisé à l'aide d'entrevues semi-dirigés, de groupes de discussion focalisée, d'observations et de notes de terrain. Les participants ayant pris part au projet pilote sont les suivants : des infirmières allochtones ($n = 3$) et des professionnels de la santé autochtones œuvrant en santé communautaire ($n = 4$), des femmes en âge de procréer ($n = 90$), des pères ($n = 3$) et des Aînés de la communauté ($n = 3$). Parmi les résultats, les barrières soulevées à la promotion de la participation à l'élaboration du programme sont : les tensions politiques au sein de la communauté, les relations historiques avec les institutions gouvernementales (p. ex., conséquences des pensionnats autochtones), le manque de connaissances culturelles des Allochtones qui élaborent des programmes destinés aux Autochtones (p. ex., discordances entre les enseignements médicaux et traditionnels), la langue et le faible niveau de littératie puis le recours exclusif à la clinique pour des traitements ponctuels et non pour promouvoir la santé. De l'autre côté, les facilitateurs face à l'implication de la communauté dans le processus d'implantation du programme sont : les incitatifs (p. ex., nourriture, jeux et prix), l'implication des *leaders* de confiance, le capital social (p. ex., relations, créer des liens et partages), la régularité dans l'horaire des activités et l'importance du sens de la communauté (p. ex., valeurs de respect et partage). De plus, quatre grandes thématiques

ont été nommées à des fins d'enseignement prénatal : (1) les effets de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse; (2) la saine alimentation; (3) la pratique d'activités physiques; et (4) le soutien social. Afin de mieux répondre à ces besoins, les auteurs décrivent trois recommandations : (1) le partage des connaissances et des expériences des membres de la communauté; (2) la participation des familles; et (3) l'intégration des enseignements traditionnels dans les programmes. Cette étude fait ressortir l'importance de combiner les savoirs traditionnels aux connaissances médicales occidentales et suggère d'encourager le partage d'expériences périnatales entre membres de la communauté. Bien que cette étude empirique fournisse des pistes sur le contenu désiré dans les cours prénataux, celle-ci n'a pas exploré l'expérience prénatale des femmes contextualisant le recours aux cours prénataux et l'identification des barrières et facilitateurs.

2.2.5 Étude 9

L'étude quantitative descriptive de Di Lallo (2014) réalisée en Alberta visait à décrire le « Aboriginal Prenatal Wellness Program » (APWP) et à évaluer son appréciation auprès des femmes des Premières Nations. Celui-ci consiste en une approche se voulant culturellement sécurisante centrée sur la cliente et sur les soins prénataux qui aspirent à l'autonomisation des femmes autochtones, de leur famille et de leur communauté. Brièvement, ce programme privilégie une vision holistique inspirée de la roue de la médecine (équilibre dans le bien-être physique, psychologique, émotionnel et spirituel) et inclus les Aînés dans l'enseignement traditionnel destiné aux femmes autochtones

enceintes. Il permet de mettre de l'avant les divergences de croyances et les inégalités associées à l'accès à un suivi prénatal, à la méfiance face aux soins et aux vulnérabilités en termes de facteurs de risque lors de la grossesse chez les femmes des Premières Nations. L'évaluation de ce programme par l'entremise d'un questionnaire s'est déroulée de 2005 à 2009 auprès de femmes issues des Premières Nations de *Wetaskiwin*, situé à 70 km d'Edmonton lors de leurs visites prénatales et postnatales ($n = 281$). Les résultats indiquent que 23 % des femmes n'auraient eu aucun suivi prénatal si le programme APWP n'avait pas existé pas à la clinique et 47 % des femmes ont affirmé que cette clinique leur a permis d'accéder plus tôt à un suivi prénatal. Ce programme a répondu aux besoins des femmes des Premières Nations à un taux de 98 %. En bref, ce programme plaçant les infirmières au centre du suivi périnatal est susceptible de contribuer à améliorer l'accès aux soins prénataux pour ces femmes en agissant sur les compétences culturelles des professionnels en soins. Cette étude met de l'avant l'importance que les infirmières et autres professionnels de la santé adoptent une approche visant la collaboration, la sécurisation culturelle et soutiennent les pratiques traditionnelles associées aux soins prénataux. En effet, les femmes des Premières Nations consultées souhaitent avoir accès à des pratiques offertes dans un environnement chaleureux et sécurisant au sein duquel les procédures sont expliquées, les besoins d'informations sont répondus en encourageant les femmes à poser leurs questions et où les soins sont dispensés dans le respect et dans l'absence de jugement. Par ailleurs, les auteurs de cette étude recommandent l'embauche de professionnels de la santé issue des peuples autochtones pour dispenser des soins aux femmes autochtones pour améliorer la prestation du programme en raison d'une meilleure

compréhension des pratiques culturelles. Le APWP offre une approche de même que des recommandations claires sur le type d'accompagnement à favoriser en contexte périnatal auprès des femmes des Premières Nations. Bien que celui-ci n'inclut pas une approche sensible aux traumatismes, il soutient l'apport de la pratique infirmière tout en offrant des suggestions pertinentes pour la bonifier en contexte périnatal. Toutefois, peu de précisions sont disponibles sur la méthode d'administration du questionnaire, sur son contenu, de même que sur les analyses statistiques réalisées. Considérant ces facteurs, la portée des résultats est limitée. Ainsi, le recours à un devis qualitatif tel que la phénoménologie permettra de mieux documenter l'expérience des femmes face à l'appréciation du programme tout en privilégiant la tradition orale.

2.2.6 Étude 10

L'étude de Blanchet-Cohen et ses collaborateurs (2021), réalisée aussi au Québec, se penche sur l'initiative *Abinodjic*. Cette dernière a été développée par le Centre d'amitié autochtone de Val d'Or dans le but d'évoluer vers des soins périnataux centrés sur les familles autochtones (Blanchet-Cohen et al., 2021). S'appuyant sur les résultats d'une étude longitudinale collaborative sur trois ans, cette étude décrit l'émergence et évalue la pertinence d'un modèle de soins périnataux dans lequel *Mino Pimatisiwin* (qui signifie une vision holistique du bien-être en langue anicinapek) est l'objectif principal et où les expériences prénatales sont saines. Ce modèle a été conçu à la suite d'une collecte de données incluant : 9 groupes de discussion focalisée et 15 entretiens réalisés avec des membres de la communauté anicinapek ($n = 8$ mères, $n = 1$ père et $n = 3$ couples). Le

modèle propose une approche holistique de soins périnataux, incluant une vision du bien-être similaire à la roue de la médecine. Les membres de la communauté ont souligné l'importance d'inclure la famille élargie et l'identité autochtone dans le programme de soins périnataux afin de mieux assurer le bien-être de l'enfant. Certains membres ont aimé avoir la possibilité de prendre des décisions en ayant les connaissances traditionnelles autochtones combinées à celles liées à la médecine occidentale. Par exemple, ils trouvaient pertinent d'apprendre que l'usage prolongé d'un *Tikinagan*¹ peut être nuisible pour le développement de la colonne vertébrale de l'enfant. Les membres ont donc trouvé que les deux types de connaissances pouvaient se compléter et cohabiter. De plus, les auteurs soutiennent que les activités de soutien en groupe intégrées dans le programme ont été au cœur du renforcement du réseau de soutien en misant sur la socialisation et le partage de la parentalité. Le fait de vivre en milieu urbain et de se sentir isolé se voyait contré par le fait de rencontrer d'autres parents vivant des situations similaires. L'identification des ressources disponibles pour les familles urbaines et l'aide dans la formulation des demandes de services représentent des facilitateurs pour les familles. Cette étude met de l'avant l'importance de la collaboration avec les communautés autochtones pour créer des programmes qui répondent à leurs besoins. Elle fournit des recommandations utiles pour documenter le type de services souhaités en contexte périnatal pour une clientèle urbaine. Or, le type d'accompagnement ainsi que l'approche à adopter par les professionnels de la santé n'est pas approfondie dans cette étude.

¹ Le *Tikinagan* est un porte-bébé autochtone. Il est conçu par les Autochtones et représente un objet sacré (Gouvernement du Québec, 2013).

Les études présentées ont mis de l'avant l'accompagnement souhaité de la part des professionnels de la santé ainsi que les divers programmes mis en place pour favoriser une expérience prénatale positive. En effet, les caractéristiques des soins prénataux adéquats, les recommandations émises afin de les améliorer ainsi qu'une exploration des modèles de soins prénataux et des initiatives pour mieux accompagner les femmes autochtones enceintes ont été approfondies.

2.3 Constats de la recension des écrits

En résumé, la majorité des différentes études consultées proviennent de l'Ontario (Kandasamy et al., 2017; Smith et al., 2007; van Herk et al., 2011) et sont qualitatives (Blanchet-Cohen et al., 2021; Brown et al., 2011; Kandasamy et al., 2017; Lang et al., 2010; Oster et al., 2016; Smith et al., 2007; van Herk et al., 2011; Varcoe et al., 2013). De ces huit études qualitatives, aucune d'entre elles n'adopte un devis qualitatif phénoménologique malgré qu'elles s'intéressent à l'expérience et aux besoins des femmes autochtones en contexte périnatal. Seulement deux études se penchent sur les réalités québécoises (Blanchet-Cohen et al., 2021; Lang et al., 2010). Néanmoins, une d'entre elles s'intéresse aux particularités urbaines tout en étant réalisée en collaboration avec un partenaire de la communauté autochtone, soit le Centre d'amitié autochtone de Val d'Or (Blanchet-Cohen et al., 2021).

Bien que l'ensemble des études abordent des réalités distinctes (urbaines ou rurales; Premières Nations ou Inuit) et des perspectives complémentaires (mères, pères, familles,

Ainés, professionnels de la santé et autres intervenants), la littérature scientifique du Québec semble limitée en regard au sujet d'intérêt de ce mémoire. Malgré la nécessité de comprendre les valeurs et la culture des femmes des Premières Nations soulignées dans les études, aucune d'entre elles ne s'est penchée sur l'expérience de la grossesse (le contexte dans lequel elle s'est déroulée, les besoins ressentis, etc.), au-delà des soins et services reçus. De plus, une seule étude s'est intéressée exclusivement aux femmes autochtones qui sont devenues mères (Di Lallo, 2014). Ainsi, les résultats obtenus quant aux perceptions du vécu et aux besoins recueillis dans le cadre des autres études peuvent s'être dilués dans les propos de personnes non issues de leur communauté ou n'ayant jamais porté d'enfant. Peu d'études ont cherché à identifier ce qui a ou aurait pu favoriser un meilleur bien-être chez les femmes des Premières Nations enceintes lors de leur accompagnement par les professionnels de la santé. Malgré la reconnaissance de l'influence du contexte sociohistorique traumatique sur l'expérience périnatale documentée dans la littérature consultée, aucune étude ne semble avoir intégré une approche sensible aux traumatismes, c'est-à-dire une approche qui s'adapte au vécu des femmes, indépendamment du fait qu'elles aient vécu ou non un trauma, dans sa méthode de recherche.

À la lumière de ces constats, cela renforce la pertinence de réaliser une étude adoptant un devis phénoménologique qui permettra d'offrir un portrait québécois de l'expérience vécue par les femmes des Premières Nations enceintes transitant par les services de santé urbains et de l'accompagnement souhaité par les professionnels de la santé lors de cette

période. La contribution du savoir infirmier et l'avancement des connaissances sont essentiels pour l'humanisation des soins et des services infirmiers (Pepin et al., 2017). L'intégration d'une approche sensible aux traumatismes ainsi que le recours à une méthode de recherche collaborative avec un partenaire de la communauté autochtone (Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières [CAATR]) sont également à considérer dans l'élaboration de la présente étude.

Chapitre 3
Cadre de référence

Dans le présent chapitre, une présentation de l'approche sensible aux traumatismes et de sa pertinence comme cadre conceptuel à la présente étude sera réalisée. Ce cadre de référence a servi dans la manière de mener l'étude, autant lors de la collaboration avec le partenaire de recherche pour le recrutement des participantes à l'étude que dans la formulation du guide d'entretien et l'approche adoptée lors de la collecte de données avec les participantes de l'étude. Il a également été utilisé lors de la diffusion des résultats de l'étude aux participantes ainsi qu'aux membres du CAATR le 30 juin 2022.

3.1 Approche sensible aux traumatismes

Le cadre de référence choisi est une approche sensible aux traumatismes telle que celle développée par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, une agence du U.S. Department of Health and Human Services qui fait autorité aux États-Unis en matière de santé publique (Substance Abuse and Mental Health Services Association [SAMHSA], 2014). Ce cadre appartient au domaine de la santé publique et a été implanté par certains organismes dispensant des soins et services de santé aux États-Unis au début des années 2000 (Milot et al., 2018). Tout d'abord, une définition de ce que sont les traumatismes psychologiques et de leurs conséquences sur la santé sera abordée. Par la suite, une explication détaillée des composantes de ce cadre de référence et de la pertinence de celui-ci en regard à l'étude sera réalisée.

3.1.1 Définition d'un trauma psychologique et de ses répercussions

Un trauma se définit comme un évènement ponctuel ou répété ou des circonstances nuisibles au niveau physique ou émotionnel ou qui met un individu en danger. Un trauma a des répercussions négatives et durables sur le fonctionnement psychologique, physique, social, émotionnel ou spirituel (SAMHSA, 2019). Les traumas psychologiques résultent de la violence (physique, psychologique, sexuelle), des abus, de la négligence, de pertes (décès d'êtres chers), de désastres et de guerre (SAMHSA, 2014). L'exposition à des évènements traumatiques est liée à un éventail de répercussions au plan de la santé mentale et physique des individus. Néanmoins, ce ne sont pas tous les individus ayant vécu un trauma qui développeront des difficultés. Des interventions précoces et appropriées ont démontré leur efficacité à contrer les effets néfastes des traumas (Cohen et al., 2012; Lanktree et al., 2012). Plus récemment, des chercheurs ont fait ressortir neuf catégories distinctes de répercussions possibles des traumas des écrits empiriques (Godbout et al., 2018). Ces catégories sont : (1) dissociation et évitement; (2) problèmes relationnels et d'attachement; (3) identité et conception de soi altérés; (4) somatisation et (altération) physiologie et biologie (p. ex., altération du système de réponse au stress, lacunes face aux capacités de conscience de soi); (5) problèmes cognitifs et d'apprentissage; (6) régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie (p. ex., perturbations de l'humeur durables, compréhension des émotions plus difficile); (7) compréhension du monde; (8) comportements dysfonctionnels; et (9) mentalisation. En d'autres mots, les traumas peuvent se traduire notamment par le développement de comportements à risque (p. ex., consommation de substances psychoactives, délinquance) affectant la santé physique

(p. ex., maladies chroniques, rapport à la douleur) et psychologique (p. ex., dysphorie, dépression, anxiété). Par ailleurs, la SAMHSA (2019) souligne que les traumatismes peuvent être vécus sur le plan individuel, familial et communautaire.

3.1.2 Approche sensible aux traumatismes

L'approche sensible aux traumatismes vise une meilleure compréhension des liens entre les traumatismes et les comportements à risque pour la santé tout en favorisant une approche sensible aux expériences traumatiques dans les services publics (SAMHSA, 2014). Celle-ci ne vise pas le traitement des traumatismes, mais constitue une façon de réfléchir et structurer les institutions sociales telles que les services en santé, les services sociaux et l'éducation (Milot et al., 2018). Elle s'adresse à ceux qui dispensent des soins et services aux individus, familles et communautés (ayant vécu ou pas des traumatismes) et intervient de manière à réduire les risques d'une (ré)exposition à un traumatisme et ses conséquences (Santé publique Ontario, 2020). L'élaboration du cadre de la SAMHSA (2014) s'est faite conjointement avec des partenaires en recherche, de la pratique clinique et de l'expérience de partenaires ayant survécu aux traumatismes. Cette approche est universelle et est bénéfique pour tous. Elle ne nécessite pas de savoir si une personne a vécu un traumatisme afin de pouvoir l'appliquer dans les soins et services qui lui sont offerts.

3.1.3 Critères d'une approche sensible aux traumatismes

L'approche sensible aux traumatismes se base sur quatre grandes conditions (les quatre « R ») qui dirigent la manière dont les soins et services devraient être dispensés au sein

des institutions sociales : « (1) réaliser; (2) reconnaître; (3) répondre; et (4) résister à la re-traumatisation » (SAMHSA, 2014) [traduction libre].

Tout d'abord, le fait de réaliser implique que les institutions et les professionnels devraient prendre conscience de l'importance des répercussions que les traumatismes psychologiques peuvent avoir sur les individus, leur famille, leur communauté et les institutions. Bien que le dévoilement d'un trauma ne soit pas requis dans cette approche, le fait de réaliser qu'un individu a peut-être vécu un événement traumatique permet de prendre conscience que les difficultés qu'il a développées peuvent être dues à la mise en place possible de stratégies d'adaptation face à un trauma. Cette compréhension doit transparaître à travers la prévention, le traitement et le rétablissement des individus concernés.

Par la suite, pour être reconnue comme étant sensible aux traumatismes, une institution et ses professionnels doivent être en mesure de reconnaître les signes et symptômes directs ou indirects induits par les traumatismes. Le sexe, le genre, la culture et l'âge de la clientèle ainsi que le milieu organisationnel consulté sont des facteurs influant la façon dont ces signes et symptômes peuvent se manifester. De ce fait, la reconnaissance et l'évaluation des traumatismes, si nécessaire, permet de mettre en place un filet de sécurité. La mise en place d'un tel filet de sécurité rejoint le troisième critère de l'approche sensible aux traumatismes, soit répondre. En étant sensibles aux traumatismes, une institution et ses professionnels s'assurent de mettre en place des actions concrètes pour répondre aux besoins des

personnes qui auraient pu être exposées à un trauma. Deux options sont possibles : soit d'offrir des services qui permettent de tenir compte des traumatismes vécus, soit de référer les personnes traumatisées vers les services appropriés.

Finalement, le fait de résister à la re-traumatisation tient compte du concept de bienveillance visant à ne pas nuire et à ne pas aller à l'encontre du rétablissement des individus. Il intègre la reconnaissance et la conscientisation face aux actes posés vis-à-vis la clientèle en s'assurant de ne pas re-traumatiser celle-ci. Tant les professionnels que l'institution s'assurent de reconnaître les conditions nuisant à la qualité et à la sécurité des soins dispensés à la clientèle.

3.1.4 Principes de résistance à la re-traumatisation

En lien avec le quatrième critère, cette approche s'appuie sur six principes clés dans la dispensation des soins et services qui visent à résister à la re-traumatisation (SAMHSA, 2014). Ces principes la rendent généralisable à diverses situations, contextes et secteurs : « (1) la sécurité; (2) la confiance et la transparence; (3) le soutien par les pairs; (4) la collaboration et la mutualité; (5) l'autonomisation et liberté de choix; et (6) la reconnaissance des problématiques culturelles, historiques et de genre » (SAMHSA, 2014) [traduction libre].

Premièrement, le principe de sécurité s'exprime à travers une institution de soins et de services et des relations interpersonnelles saines entre collègues et avec la clientèle. La

sécurité possède une dimension physique (p. ex., lieux dans lesquels les soins sont dispensés) et psychologique (p. ex., relations interpersonnelles). Deuxièmement, la transparence caractérise les actions et décisions prises par les institutions offrant des soins et services. Ceci permet de construire la confiance entre l'institution, les professionnels qui y exercent et les bénéficiaires de soins. Troisièmement, les institutions qui adoptent une approche sensible aux traumatismes favorisent le rétablissement et la guérison des personnes en permettant de développer leur réseau de soutien. La collaboration et l'entraide sont au cœur de ce concept. Ils contribuent à bâtir un sentiment de sécurité pour les bénéficiaires de soins, de l'espoir et de la confiance entre les individus. Il réfère également aux personnes ayant vécu des expériences difficiles qui, en partageant leurs expériences, s'aident dans leur processus de guérison. Quatrièmement, en adoptant une approche sensible aux traumatismes, une institution partage le pouvoir qu'elle détient avec ses bénéficiaires et implique ces derniers dans les processus de décisions. La collaboration et la mutualité font en sorte que l'institution reconnaît que chaque personne (les professionnels, les bénéficiaires et leur famille) a un rôle à jouer dans le processus de rétablissement. Cinquièmement, le principe de l'autonomisation et la liberté de choix met de l'avant la reconnaissance des forces, des habiletés, des expériences et de la résilience des individus. Il insiste sur le rôle de soutien et d'accompagnement des professionnels qui les guide dans les processus décisionnels les concernant ainsi que dans l'élaboration de leur plan d'action (objectifs). Le professionnel agit donc comme un facilitateur de bien-être en outillant les individus à s'affirmer et à s'exprimer face à leur situation. Finalement, la reconnaissance des problématiques culturelle, historique et de genre s'inscrit dans

l'adoption d'une ouverture d'esprit. Exempte de stéréotypes et de biais culturels ou de genre tout en incorporant des politiques et procédures inclusives, elle est prônée au sein des institutions adoptant des pratiques sensibles aux traumatismes. Ces politiques et procédures reconnaissent et adressent les traumatismes historiques, en plus de prendre en compte les besoins spécifiques des individus selon leur culture, leur âge, leur religion et leur genre.

3.1.5 Justification du cadre de référence

En contexte autochtone, le concept de trauma s'exprime notamment à travers les traumatismes transgénérationnels dans lesquels il y a transmission des éléments traumatiques parentaux à la génération subséquente (Bradfield, 2011; Kirmayer et al., 2014). Bien que tous les Autochtones n'aient pas nécessairement vécu de traumatismes directement, ce cadre vise une meilleure compréhension des liens entre les traumatismes pouvant avoir été vécus par les communautés autochtones et la nature de l'expérience prénatale des femmes autochtones. Son application prend tout son sens en contexte infirmier en raison de l'accompagnement thérapeutique offert par les professionnels dans le domaine.

En contexte prénatal autochtone, il importe de réaliser les possibles impacts du contexte sociohistorique du colonialisme sur les réactions, comportements et stratégies d'adaptation des femmes et de leurs familles adoptées au quotidien, et plus particulièrement face à des situations potentiellement traumatisantes ou re-traumatisantes. Les femmes autochtones enceintes ont été exposées, au niveau de leur communauté, à de multiples traumatismes pouvant s'inscrire dans leur identité. Comme plusieurs changements

surviennent dans un court laps de temps durant la grossesse et que les stratégies d'adaptation habituellement adoptées par les femmes pour gérer le stress (p. ex., fumer, consommer de l'alcool) peuvent être proscrites durant celle-ci, cette période en est une de grands bouleversements. Certains auteurs suggèrent que les traumatismes vécus antérieurement par les femmes sont susceptibles d'être réactivés durant la grossesse (Moskowitz, 2011; Pines, 1972; Slade et al., 2009). La vulnérabilité associée à la période prénatale ajoute de l'importance quant à l'application des principes décrits précédemment, spécialement lorsque des traumatismes ont été vécus. Bien que non spécifiques à la réalité autochtone, ils doivent être intégrés auprès des femmes autochtones enceintes afin de maximiser leur sentiment de contrôle et de bien-être lorsqu'elles transitent dans les services de santé.

Tel que rapporté dans certaines études empiriques (van Herk et al., 2011; Varcoe et al., 2013) et dans le rapport de la Commission Viens (CERP, 2019), le système public de santé et de services sociaux destinés à prodiguer de l'aide aux individus peut néanmoins être la source de traumatismes ou être re-traumatisant en raison du climat institutionnel et des conditions dans lesquelles les services sont dispensés. Une atteinte à la santé et au bien-être peut en résulter.

Le cadre conceptuel proposé a été intégré de plusieurs manières dans l'étude, d'abord dans la façon de mener l'étude indépendamment du fait que les participantes aient vécu ou non un traumatisme, puisqu'il constitue une approche universelle. Plus précisément, les principes clés ont été intégrés dans l'approche adoptée avec les collaboratrices

autochtones ainsi qu'avec les participantes, dans la formulation des questions contenues dans le guide d'entretien et dans la manière de diffuser les résultats auprès des participantes et du CAATR.

En adoptant les principes de l'approche sensible aux traumatismes, l'équipe de recherche s'est intéressée à la façon de concevoir les soins de santé du point de vue autochtone. En effet, une approche sensible tient compte de l'importance de personnaliser les soins à la culture. De ce fait, le bien-être physique des femmes des Premières Nations est indissociable de leur bien-être psychologique, émotionnel et spirituel. La notion de bien-être, qui se traduit notamment par la présence de liens sociaux positifs (Graham & Martin, 2016), s'exprime par l'équilibre de ces quatre aspects (Douglas, 2022), et ce, en connexion avec la nature (Jubinvill et al., 2022). Le concept de roue de la médecine (aspects physique, psychologique, émotionnel et spirituel) est omniprésent dans la conception holistique de la santé des Autochtones (Douglas, 2022; Tremblay & Leclerc, 2019). Bien qu'elle diffère en fonction des différentes communautés et qu'elle ne soit pas utilisée par toutes, la roue de la médecine a plusieurs significations : ses quatre quadrants colorés (couleurs sacrées : jaune, rouge, noir, blanc) peuvent signifier les quatre points cardinaux, les quatre saisons, les quatre éléments (feu, air, eau et terre), les quatre étapes de la vie (naissance, jeunesse, âge adulte et mort), etc. (Douglas, 2022; Guay, 2017). Cet exemple spécifique de personnalisation des soins à la culture autochtone permet de tenir compte de l'approche sensible aux traumatismes pour favoriser une expérience prénatale positive.

Enfin, le cadre conceptuel pourra guider la formulation de recommandations aux professionnels de la santé, en intégrant les propos recueillis chez les participantes lorsqu'elles verbalisent leurs besoins. Même lorsque les services sont offerts de manière bienveillante, les professionnels peuvent, à leur insu, créer de la détresse psychologique chez les femmes. Certains actes médicaux intrusifs sont réalisés lors du suivi de grossesse (examens gynécologiques, pluralité des intervenants, etc.) et peuvent provoquer des symptômes de stress post-traumatique (Logiudice & Beck, 2016; Montgomery et al., 2015). À cet effet, l'adoption d'une approche sensible aux traumatismes dans l'offre de services et de soins de santé apparaît plus que pertinente spécialement en contexte prénatal. Elle est susceptible de favoriser le recours aux services de santé offerts en soutenant le bien-être des femmes autochtones et leur besoin de sécurité.

3.2 Objectifs et questions de recherche de l'étude

En mars 2019, lors d'une consultation des membres du CAATR quant à l'appréciation des services de santé et services sociaux reçus, il a notamment été mentionné que les examens de suivi ainsi que la médicalisation des soins périnataux peuvent être vécus comme étant traumatisants au plan psychologique par la communauté autochtone (Leclerc, 2020). En réponse à ce constat, un projet réalisé en partenariat avec le CAATR a émergé. Conformément à l'approche sensible aux traumatismes (SAMHSA, 2014), celui-ci consiste à reconnaître les possibles traumatismes vécus lors de cette période dans le but de résister à la re-traumatisation. Ainsi, l'étude vise à documenter l'expérience prénatale des femmes autochtones en adoptant une méthodologie de recherche tenant compte de

traumas qu'elles ou leur communauté auraient pu vivre. À l'aide d'un devis qualitatif phénoménologique descriptif, ce projet aspire à faire des recommandations quant à la mise en place de pratiques sensibles au vécu de ces femmes.

Deux principaux objectifs sont visés par ce projet : décrire l'expérience prénatale de femmes des Premières Nations et décrire la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période. Les questions de recherche qui leur sont associées sont les suivantes : (1) Quelle est l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations?; et (2) De quelle manière les femmes des Premières Nations désirent-elles être accompagnées par les professionnels de la santé lors de la période prénatale?

Chapitre 4

Méthode

Ce chapitre aborde la méthode, soit les moyens utilisés pour réaliser l'étude. Plus précisément, le devis de l'étude, la population cible et l'échantillon, la définition des concepts à l'étude, le développement des outils de la collecte de données, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les considérations éthiques, les critères de rigueur scientifiques et les biais possibles seront explorés.

4.1 Devis de l'étude

En lien avec les objectifs de l'étude, qui sont de décrire l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période, il importe de choisir un devis permettant d'explorer le vécu prénatal. Le fait de vouloir circonscrire un phénomène par l'expérience du point de vue des participantes cadre avec un devis qualitatif phénoménologique descriptif (Fortin & Gagnon, 2022; Holloway & Galvin, 2017). Celui-ci est une méthode qualifiée de rigoureuse, critique et qui offre un approfondissement systématique de l'expérience étudiée (Holloway & Galvin, 2017; Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011).

La phénoménologie tient ses origines de la philosophie (Dowling, 2007). Plusieurs interprétations de celle-ci existent et s'inscrivent dans des paradigmes distincts : positiviste (Husserl, 1859-1938), post-positiviste (Merleau-Ponty, 1908-1961), interprétiviste (Heidegger, 1889-1976) et constructiviste (Gadamer, 1900-2002)

(Dowling, 2007). Elles sont encadrées par diverses approches et leur choix s'effectue en fonction des objectifs liés aux phénomènes étudiés. Il importe donc de choisir celle qui offrira une meilleure rigueur et une description la plus juste du phénomène (Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011). Puisque la présente étude intègre la phénoménologie descriptive (husserlienne), ses grands principes seront explorés.

Husserl est considéré comme le père de la phénoménologie descriptive (Nelms, 2014). Il s'est inspiré des travaux de Franz Brentano (1838-1917) qui a contribué à la mise en place de ce mouvement. Husserl et ses successeurs désiraient créer une science rigoureuse destinée à la compréhension humaine (Nelms, 2014). Pour y parvenir, les trois grandes étapes de la phénoménologie husserlienne seront décrites : la réduction phénoménologique, l'intentionnalité et la recherche d'essence.

Tout d'abord, la réduction phénoménologique (*epochè*) réfère à deux éléments distincts et complémentaires : la réduction eidétique ou descriptive et le *bracketing* (Nelms, 2014). Plus précisément, la réduction eidétique s'intéresse à la façon dont l'expérience est interprétée par la conscience des participantes en se rapportant aux essences de celle-ci (Nelms, 2014). Les essences sont décrites comme étant les concepts qui permettent une compréhension du phénomène étudié (Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011). Ainsi, la réduction eidétique implique de faire abstraction du processus naturel de la conscience (représentations, perceptions, etc.). Le *bracketing*, quant à lui, correspond à la quête d'objectivité du chercheur qui doit faire abstraction de sa subjectivité (valeurs,

croyances, émotions, etc.) afin de s'assurer que celle-ci n'interfère pas dans la description du phénomène réalisée par les participantes (Porter, 1998). Ainsi, la phénoménologie descriptive requiert de prendre en compte la subjectivité du chercheur qui sera utilisée dans la description finale de l'expérience (Nelms, 2014).

L'intentionnalité est la deuxième étape de la phénoménologie de Husserl. Aussi appelée intuition, elle réfère à l'interprétation de la description faite du phénomène (Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011). Elle tient compte du fait que « la conscience est toujours consciente de quelque chose » (Holloway & Galvin, 2017, p. 221) [traduction libre]. Plus précisément, ce procédé philosophique réfère à l'association de la conscience à un objet donné, c'est-à-dire au fait d'être conscient du phénomène dans le but de lui donner un sens. Elle est décrite comme étant l'objet menant à la description de l'essence de la conscience. Ainsi, elle se met en pratique lorsqu'il y a description de cet acte de conscience (Langridge, 2007).

Finalement, la recherche d'essence est la dernière étape de la phénoménologie husserlienne. Elle vise une mise en relation des connexions entre une ou plusieurs essences afin de voir si elles lui sont essentielles (Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011). Pour y parvenir, Husserl a développé la méthode de variation libre et imaginaire. « L'examen des relations essentielles entre plusieurs essences demande aussi une variation imaginative en utilisant les mêmes processus d'ajout et de suppression d'essences pour révéler leur degré de parenté » (Streubert & Rinaldi Carpenter, 2011, p. 7). Autrement dit, cette méthode

permet de faire des associations entre les essences pour clarifier l'impact de ces modifications sur la nature du phénomène dans le but de le décrire.

De manière plus concrète, la phénoménologie descriptive constitue une étude qui vise à comprendre les structures et les significations associées à une expérience donnée (Holloway & Galvin, 2017). Elle s'intéresse aux événements du quotidien : elle explore des perspectives, des émotions, des réflexions et des pensées découlant d'un phénomène vécu pour le traduire en expérience. Elle prend en considération le contexte dans lequel elle se déroule. La phénoménologie tient compte de la subjectivité dans l'expérience, c'est-à-dire qu'elle considère que chacun possède sa propre perspective d'une situation (Gray et al., 2017).

Ce type de devis permet d'avoir une voix face à une problématique qui concerne les participantes et semble s'inscrire, en même temps, dans les principes de l'approche sensible aux traumatismes : les participantes agissent à titre d'expertes de leur situation (Fortin & Gagnon, 2022; Holloway & Galvin, 2017). Vu la complexité et l'aspect unique du contexte sociohistorique et culturel autochtone, un devis dans lequel l'expérience est indissociable de son contexte social devait être privilégié. Il a été mené de manière rétrospective et transversale afin de dégager le sens accordé au phénomène, d'en faciliter sa description et sa compréhension (Fortin & Gagnon, 2022). Le désir de placer les femmes au cœur de leur vécu en favorisant la tradition orale justifie le choix de ce devis.

4.2 Population cible et échantillon

L'étude a été réalisée auprès de femmes autochtones ayant reçu des soins périnataux ou ayant accouché dans la région de la Mauricie (milieu urbain), au Québec. Elles devaient résider ou transiter régulièrement en milieu urbain. En général, selon Boutin (2018), un nombre entre 10 et 15 participantes permet de tendre vers la saturation empirique. Il estime également qu'un échantillon trop nombreux pourrait occasionner une collecte de données « superficielle ». Ainsi, des entretiens de 1 h 30 avec un total de 10 participantes ($n = 10$) a permis de parvenir aux objectifs et d'atteindre une saturation des données.

4.2.1 Critères d'inclusion

Afin d'exclure la spécificité des grossesses à l'adolescence, les femmes autochtones devaient être âgées de 18 ans et plus. Leur dernier accouchement devait s'être déroulé entre mars 2016 et mars 2020. Le choix de limiter l'échantillon à mars 2016 a été fait afin d'éviter un biais cognitif (relatif à la mémoire) quant au rappel de leur vécu. Le second barème associé au temps, soit avant mars 2020, réfère au désir de ne pas tenir compte de la complexité sanitaire induite par la pandémie de SRAS-CoV-2 (COVID-19). Afin de pouvoir recueillir leur expérience, les femmes devaient avoir accès à une connexion Internet fiable pour se joindre à l'entretien virtuel (en respect des normes sanitaires du moment contre la COVID-19). Au besoin, une salle munie de matériel multimédia garantissant la confidentialité était disponible au CAATR afin de maximiser l'accès à l'étude aux femmes désirant prendre part au projet. Toutefois, aucune participante n'a

utilisé cette salle. Tous les entretiens ont eu lieu à distance à partir du domicile ou du milieu de travail des participantes.

4.2.2 Méthode d'échantillonnage

La population à l'étude étant homogène, le choix d'un échantillon non probabiliste par réseau a été convenu. Il s'agit de la méthode favorisée pour décrire une situation particulière, sans généralisation (Fortin & Gagnon, 2022).

4.2.2.1 Collaboratrices autochtones

Inspiré d'une approche collaborative similaire aux patients-partenaires, le projet a intégré deux collaboratrices autochtones dans le processus de recherche. Membres à part entière du projet, elles ont agi à titre d'expertes culturelles. Cette collaboration a permis d'anticiper des obstacles potentiels au processus de recherche et d'assurer une sécurisation culturelle aux futures participantes tout en incluant le principe de collaboration et mutualité issu d'une approche sensible aux traumatismes. Par exemple, elles ont orienté les réflexions entourant la méthode de la recherche en spécifiant les manières optimales de recruter les participantes à l'étude malgré le contexte sanitaire de la pandémie de COVID-19. Elles ont énoncé l'importance de nommer les ressources disponibles en cas de besoin et de favoriser un contexte de discussion informelle (détendu et fluide) lors des entretiens. Bref, elles ont joué un rôle non négligeable dans le recrutement et l'explication de références culturelles utiles à l'analyse des données. Elles ont également été impliquées dans la diffusion des données de recherche lors de diverses communications orales

(Tremblay, Cleary, Weizineau, Lemieux et al., 2022; Tremblay, Lemieux et al., 2021; Tremblay, Weizineau et al., 2021) et de la présentation aux participantes du projet ainsi qu'aux membres du CAATR (Tremblay Cleary, Weizineau, Leclerc et al., 2022).

4.3 Définition des concepts

Une définition conceptuelle « comporte généralement la signification théorique d'un concept ou d'une variable et elle peut provenir de la théorie ou d'une définition émanant d'écrits théoriques » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 41). À cet effet, les trois principaux concepts explorés seront définis dans le Tableau 1 : « Expérience », « Prénatale » et « Accompagnement ».

4.4 Outils de collecte de données

L'opérationnalisation des trois concepts précédents a été réalisée au travers du guide d'entretien lors d'entretiens individuels semi-dirigés. De plus amples détails seront fournis sur ces éléments ainsi que sur le questionnaire sociodémographique administré.

Tableau 1*Définitions des concepts à l'étude*

Concepts	Définitions
Expérience	– Connaissance subjective issue d'une situation vécue (Gray et al., 2017)
Prénatale	– Période qui précède la naissance (INSPQ, 2015; Larousse, 2021) – Indissociable du suivi/soin prénatal lors de la grossesse (Organisation mondiale de la santé, 2017)
Accompagnement	– Aspect thérapeutique omniprésent dans la relation d'aide en sciences infirmières (Phaneuf, 2016) – Totalité des actions professionnelles posées lors d'un soin prénatal qui visent la compréhension et le soutien de la parturiente (Phaneuf, 2016)

4.4.1 Guide d'entretien

L'entretien semi-dirigé est une méthode de collecte de données favorisée pour recueillir les sentiments, les pensées et les expériences des participants (Fortin & Gagnon, 2022). La complexité des réalités et l'aspect unique du contexte autochtone justifient l'importance d'utiliser l'entretien afin de collecter les données, car il respecte la tradition orale préconisée par les communautés autochtones. C'est d'ailleurs ce qu'on fait les auteurs des huit études qualitatives citées dans la recension des écrits lorsqu'ils ont choisi d'opter pour des entretiens semi-dirigés et/ou des groupes de discussion focalisée pour collecter leurs données (Blanchet-Cohen et al., 2021; Brown et al., 2011; Kandasamy et al., 2017; Lang et al., 2010; Oster et al., 2016; Smith et al., 2007; van Herk et al., 2011; Varcoe et al., 2013).

Aucun questionnaire ou guide d'entretien validé abordant le sujet à l'étude n'a été trouvé et les articles recensés ne traitaient pas de l'application de l'approche sensible aux traumatismes dans un guide d'entretien. Inspiré de la roue de la médecine et composé de questions ouvertes basées sur les principes d'une approche sensible aux traumatismes, un guide d'entretien a donc été conçu de manière à aborder les aspects physiques, psychologiques, émotionnels et spirituels de l'expérience prénatale propres au contexte autochtone (voir Appendice B).

La conception du guide d'entretien s'est déroulée en trois temps : la conception, l'actualisation des questions de recherche et la révision conjointe. Une chercheuse spécialisée sur la santé autochtone et une experte des traumatismes y ont participé.

La première étape de la conception a été réalisée à l'hiver 2020 dans le cadre du cours de maîtrise « Analyse des données qualitatives appliquée en sciences infirmières ». Pour ce faire, les quatre étapes de conception d'un guide d'entretien, telles que décrites par Waltz et ses collègues (2016), ont été suivies. Premièrement, il y a eu détermination de l'information désirant être obtenue. Cette étape était inspirée des objectifs et des questions de la recherche (p. ex., état de santé lors de la grossesse, accompagnement reçu, etc.). Deuxièmement, les thèmes à aborder ont été traduits sous forme de questions ouvertes. Dans cette étape, un souci de guider les participantes, sans toutefois biaiser leur réponse, était primordial tout comme le respect des principes de l'approche sensible aux traumatismes. Troisièmement, l'ordre des questions a été déterminé de manière logique (regroupement

des sujets similaires) et en prenant soin de débiter par des questions générales et positives avant d'aborder des sujets délicats. Quatrièmement, la chronologie liée à l'entretien a été structurée : informations relatives à l'étude (p. ex., objectifs, utilisation des données, risques et bénéfiques, etc.), instructions relatives à l'entretien (participation volontaire, droit de ne pas répondre ou de terminer l'entretien à tout moment, etc.), introduction de chaque sujet à venir et remerciements. Le guide d'entretien a été testé auprès d'une mère atikamekw¹. La passation de cet entretien a permis de tester les questions et leur organisation et de confirmer le temps requis pour réaliser l'entretien.

Dans un deuxième temps, une actualisation des questions a été faite à partir de l'expérimentation du guide et de la recension des écrits. Plus précisément, certaines questions ont été reformulées dans le but de mieux répondre aux objectifs de recherche. Une modification de l'ordre de quelques questions, de même que l'ajout d'une introduction aux questions plus sensibles, ont été réalisés. Des questions ouvertes plus générales ont également été ajoutées de manière à permettre aux participantes de partager leur expérience unique avec davantage de latitude.

Finalement, la dernière étape de révision du guide d'entretien a été réalisée conjointement avec les collaboratrices autochtones afin de voir à la pertinence du contenu et à la formulation claire, concise et simple des questions ouvertes. Deux rencontres

¹ Il est à noter que cet entretien n'a pas été inclus dans l'échantillon. L'importante modification du canevas d'entretien et l'établissement de critères d'éligibilité à l'étude ne permettaient pas d'en utiliser le contenu.

virtuelles avec l'équipe de recherche ont mené à une version finale au début du mois de novembre 2020. Composé de 15 questions ouvertes, il abordait trois grands thèmes : (1) contexte autochtone et besoins (rôle de la culture en période prénatale); (2) soutien (type et qualité); et (3) suivi prénatal (type de suivi, appréciation et recommandations). Dans sa version finale, l'entretien a été réalisé une fois avec chacune des participantes et le lieu de passation était virtuel, par vidéoconférence (plateforme Zoom) ou par téléphone. La durée de la passation était entre 60 et 90 minutes.

4.4.2 Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique conçu pour le projet a permis de recueillir de l'information sur l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, le revenu familial annuel brut, l'occupation, le nombre d'année(s) en milieu urbain et la communauté d'appartenance des participantes (voir Appendice C). Il représente une version adaptée du questionnaire sociodémographique utilisé dans un projet autochtone antérieur (Leclerc, 2020). Les questions adressées ont également été inspirées des informations sociodémographiques recueillies dans l'étude qualitative descriptive de Wright et ses collaborateurs (2019) ayant réalisé des entretiens individuels semi-dirigés de 60 à 90 minutes auprès de mères des Premières Nations (en contexte de soins intensifs néonataux). Le questionnaire construit a ensuite été révisé auprès des collaboratrices autochtones afin de voir à la formulation claire des questions. Le temps requis pour la passation était estimé à deux minutes et a été complété verbalement après l'entretien. Puisque certaines questions étaient plus personnelles (p. ex., année de naissance, revenu), le choix de passer le questionnaire en

fin d'entretien a été fait afin d'établir préalablement une relation de confiance avec la participante.

4.5 Déroulement de l'étude

Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche s'est déroulé en collaboration avec le CAATR avec lequel un partenariat est établi depuis quelques années. Ce projet s'inscrit dans une stratégie du CAATR d'améliorer les services de santé et de services sociaux offerts à ses membres. À cet effet, une rencontre avec la direction du CAATR a été réalisée en septembre 2019 afin de discuter des possibilités de projets collaboratifs portant sur le contexte périnatal des femmes autochtones. La lettre d'appui du CAATR est en Appendice D. Un financement des Instituts de recherche en santé du Canada a été obtenu par les directrices de recherche, en collaboration avec le CAATR. La première étape de ce financement constituait les assises du projet de mémoire actuel.

La présente étude s'est déroulée en plusieurs étapes qui seront explorées dans les sous-sections suivantes, notamment en s'intéressant au recrutement et à la collecte de données.

4.5.1 Recrutement

Le recrutement s'est déroulé de novembre à décembre 2020. Le CAATR a été l'intermédiaire pour le recrutement : les publicités (sous la forme d'une affiche, voir Appendice E) ont été présentées via sa page Facebook. Une employée du CAATR a

sollicité les membres répondant aux critères de sélection en transmettant verbalement les informations de l'étude. Ce choix méthodologique a été fait en vue de respecter la tradition orale autochtone (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018) et en congruence avec les principes d'une approche sensible aux traumatismes. Les participantes intéressées devaient contacter l'étudiante responsable; ce qui a permis d'éviter qu'une pression puisse être induite vis-à-vis les participantes potentielles. Cette étudiante les a informées des particularités de l'étude, s'est assurée de leur consentement libre et éclairé et a répondu à leurs questions. Par la suite, un moment et un moyen de communication (Zoom ou téléphone) étaient déterminés selon les disponibilités de chacune. À chacun des entretiens, une collaboratrice autochtone était disponible en cas de besoin (détresse psychologique, traduction, etc.), conformément aux principes d'une approche sensible aux traumatismes (sécurité, soutien par les pairs et reconnaissance des problématiques culturelle, historique et de genre). Pour celles ayant choisi la vidéoconférence, un lien Zoom sécurisé leur était transmis.

4.5.2 Collecte de données

Pour sa part, la collecte de données regroupe l'entretien ainsi que la transcription des données. Ces thématiques seront abordées dans le but de clarifier le déroulement de l'étude.

4.5.2.1 Entretien

Considérant que la vidéoconférence n'était pas la meilleure façon de procéder avec les femmes autochtones, une rencontre en personne aurait été souhaitée. Or, les mesures sanitaires obligeaient à procéder autrement pour collecter les données. Selon Boutin (2018), l'usage de la vidéoconférence permet de réaliser des entretiens « face-à-face », d'économiser du temps (déplacements) et d'intégrer plus de participantes. Son fréquent usage dans des contextes personnels, professionnels ou scolaires lors de la pandémie de COVID-19 a pu contribuer à rendre l'adaptation facilitante quant au fait de se livrer à un écran. Néanmoins, un malaise peut subsister, nuisant à l'approfondissement des discussions (Boutin, 2018). La privation de la communication non verbale (caméra fermée ou téléphone) et des problématiques techniques constituent des désavantages (Boutin, 2018).

Ainsi, les entretiens ont été réalisés avec la plateforme Zoom. Afin d'y accéder, le lien Web était protégé par un mot de passe. L'enregistrement des rencontres s'est fait sur un serveur sécurisé de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (aucun nuage numérique). L'étudiante responsable les a menées à partir de son bureau personnel lorsqu'elle était seule à son domicile. Dans le cadre du projet, l'utilisation de la caméra était à la discrétion des femmes. Une seule participante a choisi de fermer sa caméra, puisqu'elle était sur son heure de dîner au travail. Finalement, un seul entretien s'est déroulé par téléphone, car une participante ne se sentait pas à l'aise avec le fonctionnement de Zoom.

Pour la préparation de la collecte de données, l'étudiante responsable a fait la lecture attentive des chapitres du livre « L'entretien de recherche qualitatif » de Boutin (2018) portant sur la préparation et les spécificités de l'entretien. Des discussions sous forme de *coaching* par les directrices ont également permis à l'étudiante de mieux se préparer, notamment en fournissant de la rétroaction sur l'entretien-pilote réalisé précédemment auprès d'une mère atikamekw. Pour veiller au bon déroulement des entretiens, l'étudiante responsable s'est assurée de posséder tout le matériel nécessaire (dictaphone, piles, etc.) et qu'il soit fonctionnel. De plus, une familiarisation au contenu du guide d'entretien de manière à être en mesure de s'adapter au discours des futures participantes a été réalisé. Finalement, une confirmation (date, heure, lien Zoom) de la rencontre virtuelle à la participante ainsi qu'à la collaboratrice autochtone a été transmis préalablement.

Les entretiens se sont déroulés de novembre à décembre 2020. Un maximum de trois entretiens par jour a été réalisé. La création d'un climat de confiance a été assurée en accueillant les participantes avec un sourire ainsi qu'avec ouverture et écoute. L'usage d'un vocabulaire simple et clair, le recours aux présentations mutuelles et l'usage de questions ouvertes ont permis d'établir une relation favorable dès le départ basé sur la confiance et la transparence. Tel que suggéré par Gray et al. (2017), l'étudiante responsable est demeurée neutre dans ses propos et a conservé un contact visuel, communicateur et empathique afin de permettre aux participantes de partager leur expérience sans contrainte.

Au cours de chacun des entretiens, la même chronologie était respectée : présentations de l'étudiante et de la participante, rappel des objectifs de l'étude, explication du déroulement de l'entretien à l'aide du formulaire d'information et de consentement (FIC) (voir Appendice F), période de questions au besoin, obtention du consentement verbal, début de l'enregistrement, entretien selon le guide, complétion verbale du questionnaire sociodémographique, retour sur l'entretien, présentation des suites du projet, remerciements et fin de la collecte de données. Finalement, un journal de recherche a été tenu dans le but de conserver une trace des notes méthodologiques (p. ex., événements survenus lors de l'entretien, éléments relatifs au recrutement), théoriques (p. ex., interprétation, connaissances, questionnements) et personnelles (p. ex., sentiments, impressions) tel que favorisé en recherche qualitative (Fortin & Gagnon, 2022). Son utilisation visait à aider à analyser les données en fournissant une compréhension approfondie de l'expérience prénatale vulgarisée par les participantes.

En ce qui concerne l'obtention du consentement libre et éclairé, l'équipe de recherche s'est engagée à respecter ce qui a été convenu dans le FIC et à être disponible pour répondre à tout questionnement pouvant émerger au cours du processus de recherche. Les participantes ont pu donner leur consentement verbal en affirmant avoir été informées du contenu du FIC et l'avoir compris, en ayant eu réponses à leurs questions, à leur entière satisfaction et en ayant eu assez de temps pour réfléchir à leur participation. Cette étape se voulait congruente avec le principe d'autonomisation et de liberté de choix inclus dans une approche sensible aux traumatismes. Il y a eu validation à l'oral qu'elles possèdent les

critères d'éligibilité demandées pour participer à l'étude. Le consentement donné était donc valide pour la participation à la présente étude et à l'enregistrement vocal de l'entretien.

4.5.2.2 Transcription des données

Une transcription intégrale des enregistrements audio sous forme de verbatim a été faite à l'aide du logiciel *Express Scribe*. La transcription s'est déroulée au fur et à mesure que la collecte de données progressait. Chacun des entretiens a été transcrit mot à mot, en prenant soin d'y inclure les particularités sonores présentes (rires, silences, etc.). La transcription complète des entretiens a été réalisée par trois assistants de recherche formés, ayant préalablement signé un engagement à la confidentialité. Les informations pouvant mener à l'identification des participantes (p. ex., noms des enfants, dates d'accouchement, etc.) étaient retirées du verbatim.

4.6 Analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée de décembre 2020 à juin 2021. D'abord, une analyse descriptive de l'échantillon a été réalisée. Par la suite, l'analyse des données qualitatives a été menée à partir des verbatim issus des entretiens réalisés. Le processus itératif de l'analyse de contenu a été réalisé selon la méthode de Giorgi (1997). La procédure associée à l'analyse des données issue de cette méthode est résumée comme suit : (1) lire l'entièreté des données de manière répétée; (2) identifier des unités de signification; (3) clarifier le sens de ces unités en créant des liens entre elles et réfléchir à

celles-ci en s'appuyant sur les propos des participantes; (4) transformer leurs propos en concepts scientifiques; et (5) intégrer et résumer les informations permettant de décrire l'expérience (Giorgi, 1997).

En suivant les cinq étapes du processus d'analyse de données de Giorgi (1997), premièrement, l'étudiante responsable s'est approprié les résultats en effectuant des lectures répétées des verbatim. Deuxièmement, la réalisation d'un codage ouvert à l'aide du logiciel *NVivo 11 (version Pro)* a permis de diviser les données en unités de signification. Afin d'éviter les biais personnels de la part de l'étudiante responsable, un codage en parallèle a été réalisé en collaboration avec un étudiant de troisième cycle et les directrices du mémoire. Troisièmement, les thèmes créés dans le langage des participantes ont ensuite été mis en relation. Quatrièmement, l'analyse des données a été centrée sur les objectifs de recherche, permettant de regrouper certains thèmes pour les reformuler en fonction de la terminologie associée aux sciences infirmières. Cinquièmement, une description globale et structurée des expériences a été réalisée.

4.7 Considérations éthiques

L'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR a été obtenue le 13 octobre 2020 (CER-20-269-07.11, voir Appendice G). Afin de comprendre les considérations éthiques entourant ce projet, il importe d'aborder brièvement les lignes de conduite des recherches menées avec les communautés autochtones. Ensuite, une description des principes éthiques propres à l'étude sera faite.

4.7.1 Recherches menées en contexte autochtone

Historiquement, certaines recherches en milieu autochtone se sont avérées non adéquates pour les communautés. Ce type de recherches menées par des Allochtones étaient décrites comme étant « coloniales », basées sur une relation de pouvoir : les communautés étaient non consultées et l'interprétation des résultats n'était pas représentative, voire stigmatisante (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2014). De plus, les femmes autochtones étaient parfois exclues des recherches et le contenu les concernant provenait d'une généralisation à la suite d'une collecte de données réalisée auprès d'hommes autochtones (Femmes autochtones du Québec Inc., 2012). Outre la Politique canadienne des trois Conseils (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018) qui promeut l'éthique dans les recherches menées auprès des êtres humains, il existe au Québec des protocoles pour encadrer la recherche en termes de lignes directrices spécifiquement auprès des Autochtones. Il s'agit notamment du Protocole de recherche auprès des Premières Nations au Québec et au Labrador (CSSSPNQL, 2014) ainsi que des Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones (Femmes autochtones du Québec Inc., 2012).

D'abord, l'étude a été menée en se basant sur les recommandations éthiques de la Politique canadienne des trois Conseils, plus précisément sur celles impliquant les Premières Nations. Ces lignes directrices s'intéressent à l'importance du dialogue et d'une collaboration réciproque entre les chercheurs allochtones et les Autochtones (Conseil de

recherches en sciences humaines et al., 2018). Pour sa part, le Protocole de recherche auprès des Premières Nations au Québec et au Labrador (CSSSPNQL, 2014) promeut de tenir compte des quatre principes d'action (PCAP^{MD}: propriété, contrôle, accès et possession) qui sous-entendent que les Premières Nations : « sont les seules à contrôler les processus de collecte de données dans leurs communautés, et qu'elles possèdent et contrôlent la manière dont ces informations peuvent être stockées, interprétées, utilisées ou partagées » (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2021, en ligne). Puis, les Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones (Femmes autochtones du Québec Inc., 2012) ont également teinté la méthode de l'étude en s'inspirant de la représentation des savoirs des femmes autochtones de manière égalitaire aux hommes.

4.7.2 Principes éthiques propres à l'étude

Les principes éthiques propres à l'étude seront décrits en s'intéressant aux risques, inconvénients et stratégies pour les minimiser, aux bénéfiques et aux aspects relatifs à la confidentialité.

4.7.2.1 Risques, inconvénients et stratégies pour les minimiser

Il n'y avait pas de risque lié à ce projet de recherche. Parmi les inconvénients, notons d'abord que le fait d'évoquer certaines opinions ou événements de vie peuvent susciter du stress, des questionnements ou des souvenirs désagréables. Afin de répondre et de résister à la re-traumatisation, l'étudiante responsable a offert du soutien lors des entretiens et

pouvait référer les participantes vers une ressource en mesure de les aider, au besoin (p. ex., intervenants psychosociaux du CAATR, ligne info-sociale, programme d'aide aux employés). Malgré la mise en place de cette stratégie, aucune femme ne s'est prévalu de ce soutien. De plus, le temps consacré au projet, soit environ 90 minutes, figurait également parmi les inconvénients. Pour dédommager les participantes du temps accordé au projet, une compensation monétaire de 30 \$ a été remise.

4.7.2.2 Bénéfices

Le fait de participer à ce projet de recherche offrait une occasion de discuter en toute confidentialité de leur(s) expérience(s) et de leurs besoins en matière d'accompagnement prénatal. Ce partage d'expérience peut favoriser le développement d'un sentiment de pouvoir d'agir. De plus, la contribution à l'avancement des connaissances sur la santé des populations autochtones figurait parmi les bénéfices.

4.7.2.3 Aspects relatifs à la confidentialité

Les données recueillies étaient entièrement anonymes et le nom complet des participantes n'a jamais été demandé. La confidentialité a été assurée par une dénominalisation des données. Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous forme d'articles, de communications et d'un mémoire de maîtrise, ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participantes. Les données recueillies sont conservées dans un dossier virtuel sécurisé par l'UQTR. Les seules personnes qui y ont accès sont les membres de l'équipe de recherche ayant préalablement signé un engagement à la confidentialité. Les

données seront détruites deux ans suivant la dernière collecte de données (février 2023) et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le FIC.

4.8 Biais possibles de l'étude

La possible présence de biais de l'étude sera expliquée en détaillant les biais intrinsèques et les biais extrinsèques.

4.8.1 Biais intrinsèques

En plus du biais cognitif (relatif à la mémoire) énoncé précédemment, un biais culturel associé à la langue et aux traditions autochtones a pu survenir (Boutin, 2018). Pour en minimiser les impacts, une demande d'explications a été faite aux participantes lors des entretiens lorsqu'elles évoquaient des références culturelles. Le recours à un interprète, bien que disponible au besoin, n'a toutefois pas été nécessaire. De plus, un biais lié à l'intervieweur était possible en raison de la formulation des questions, l'usage de transitions et les biais personnels de l'étudiante responsable (Fortin & Gagnon, 2022). Tous les entretiens ont été réalisés par l'étudiante responsable. L'usage d'un guide d'entretien testé et détaillé ainsi que le recours au soutien des expertes culturelles (les collaboratrices autochtones) représentaient des stratégies pour pallier ces biais.

4.8.2 Biais extrinsèques

Un biais méthodologique associé au lieu de passation virtuel a été contré par le recrutement réalisé par le biais du CAATR. En effet, une passation en personne, dans un

lieu sécurisant (CAATR), aurait été préférable. Or, tel que mentionné précédemment, les exigences sanitaires ont restreint les possibilités liées à la collecte des données. Dans le but de rendre le contexte d'entretien confortable pour la participante, les choix relatifs au moment et au lieu de passation (domicile, CAATR ou lieu de travail) étaient à leur discrétion. Finalement, quelques problématiques techniques mineures (p. ex., coupure de son momentanée en raison d'une connexion Internet instable) ont contribué à nuire à la qualité de l'audio de certains entretiens. Pour contrer ces impondérables, l'étudiante responsable demandait simplement aux participantes de répéter leur propos. Or, cette répétition pouvait toutefois nuire à la spontanéité des idées verbalisées.

En conclusion, ce chapitre a fait état du processus méthodologique détaillé entourant la présente étude. Il permet de mieux saisir le contexte subjacent aux résultats qui seront rapportés dans le prochain chapitre.

Chapitre 5
Résultats

Cette étude visait à répondre aux deux objectifs de recherche : (1) décrire l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations; et (2) décrire la façon dont ces femmes aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période. À travers ce chapitre, deux thématiques seront présentées. L'expérience périnatale des femmes sera décrite dans un premier temps, suivie de l'accompagnement périnatal reçu et désiré. Afin de contextualiser les résultats, il importe de dresser, dans un premier temps, le portrait des participantes et leurs motivations à participer à l'étude.

5.1 Portrait des participantes

Un total de dix femmes des Premières Nations a participé à l'étude (voir Tableau 2). L'âge moyen des participantes au moment de l'entretien était de 29,3 ans, soit des âges variant entre 23 et 36 ans. Au moment de la collecte de données, les femmes avaient en moyenne 1,9 enfant. De plus, elles avaient en moyenne 23,1 ans lors de leur première grossesse et elles ont toutes donné naissance en milieu urbain. Toutes les participantes étaient en couple au moment de leur participation à l'étude (conjointe de fait ou mariée). Le plus haut niveau d'études atteint était majoritairement un diplôme d'études collégiales ($n = 7$). La majorité des participantes étaient salariées et avaient un revenu familial annuel brut au-dessus de 40 000 \$. Finalement, parmi les participantes, neuf sont Atikamekw et une est Abénakise.

Tableau 2*Portrait sociodémographique des participantes (n = 10)*

Variables	Catégories	n (%)
Âge lors de l'entretien	≤ 25 ans	1 (10)
	26-30 ans	6 (60)
	> 31 ans	3 (30)
Âge à la première grossesse	≤ 20 ans	4 (40)
	21-25 ans	3 (30)
	> 25 ans	3 (30)
État civil	Conjointe de fait	9 (90)
	Mariée	1 (10)
Plus haut niveau d'études suivi	Diplôme d'études secondaires / DEP	2 (20)
	Diplôme d'études collégiales	7 (70)
	Diplôme d'études universitaires	1 (10)
Revenu familial annuel brut	20 000 à 39 999 \$	3 (30)
	40 000 à 59 999 \$	4 (40)
	60 000 à 79 999 \$	1 (10)
	≥ 80 000 \$	2 (20)
Occupation	Salariée	7 (70)
	Étudiante	2 (20)
	Sans emploi	1 (10)
Nombre d'années vécues en milieu urbain	≤ 3 ans	2 (20)
	4 à 6 ans	4 (40)
	≥ 7 ans	4 (40)
Nations d'appartenance	Atikamekw	9 (90)
	Abénakis	1 (10)

Au moment des entretiens, huit participantes demeuraient en milieu urbain, tandis que deux demeuraient en communauté territoriale autochtone, mais avaient recours régulièrement aux services de santé et de services sociaux urbains de la Mauricie. Finalement, le nombre moyen d'années vécues en milieu urbain par l'ensemble des participantes était de 10,5 ans.

Les participantes ont été questionnées à savoir quelles étaient leurs motivations à participer à l'étude. De manière générale, elles désiraient partager leur vécu par le biais de la recherche afin de faire « avancer les choses » en matière de qualité des soins dispensés aux femmes des Premières Nations tout en faisant valoir la culture autochtone.

« J'aimais l'approche que vous vouliez entreprendre avec nous et les services de l'hôpital. La recherche m'interpellait beaucoup parce que j'ai accouché deux fois ici [en milieu urbain]. Il y a pas mal de ... pas je dirais des lacunes, mais ... une [in]compréhension de notre culture. [...] C'est pour cela que je veux vous montrer notre culture... Il y a des différences... On ne vit plus dans des tipis [rires]. On vit à une époque différente. »
(Participante 7)

Une participante a énoncé l'importance du dialogue entre Autochtones et Allochtones et que celui-ci lui a amené des réflexions pertinentes, surtout en lien avec l'apport de la culture en contexte de maternité. Cette dernière a aussi vu une opportunité de partager l'expérience particulière qu'elle a vécue en ayant recours à une accompagnatrice à la naissance. Une autre femme a exprimé son désir de participer, car elle observe quotidiennement une différence d'approche dans les soins dispensés aux Autochtones comparativement aux Allochtones. Elle désirait saisir l'opportunité d'aborder les injustices vécues par les femmes des Premières Nations afin de les enrayer.

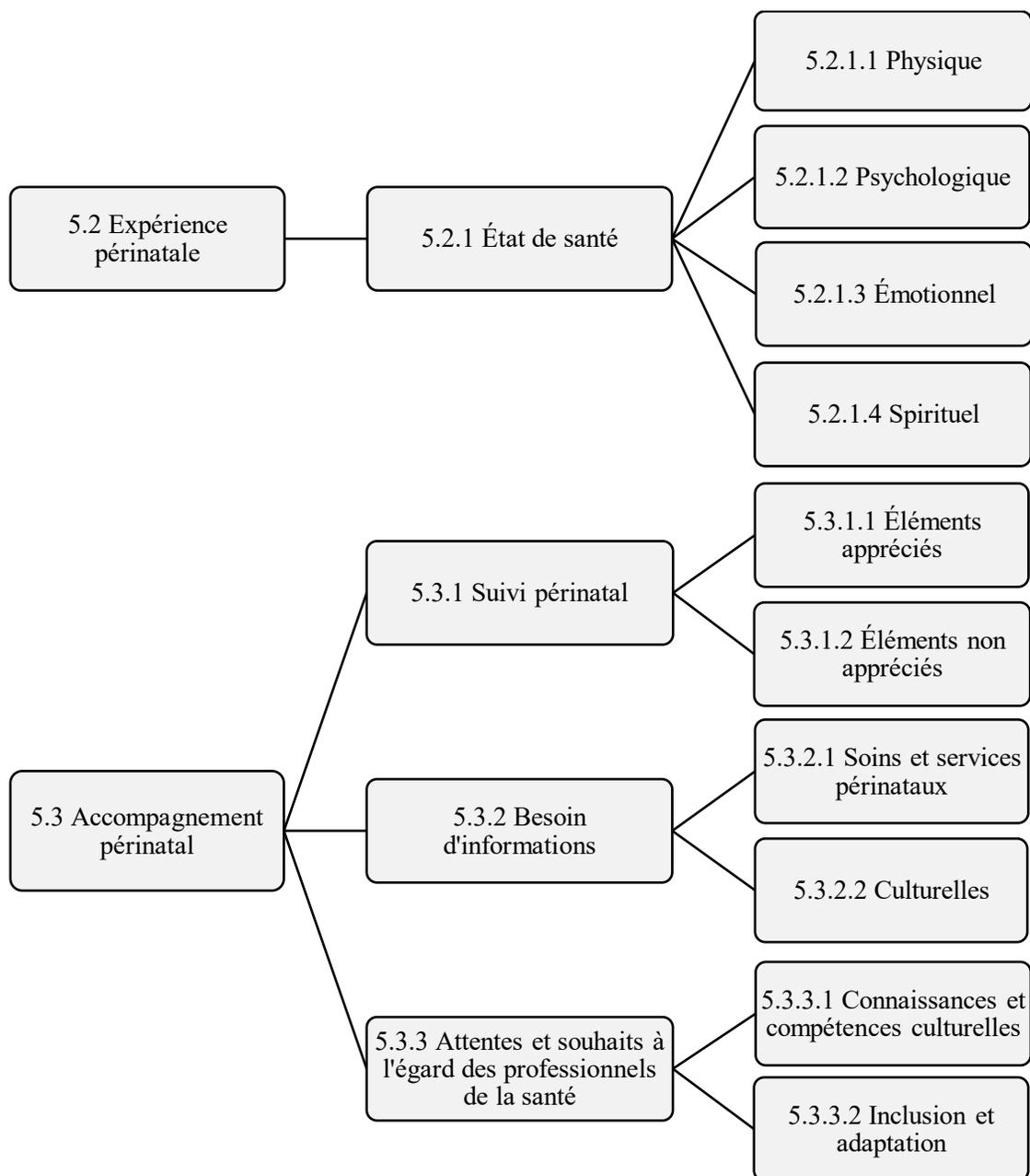
Finalement, une femme a énoncé sa motivation à participer en référant au drame entourant le décès de Joyce Echaquan¹. Elle désirait participer afin que des situations similaires ne surviennent plus. Elle souhaitait que la profession infirmière soit sensibilisée aux réalités des femmes des Premières Nations :

« Après ce qui s'est passé avec Joyce [Echaquan], j'ai eu des craintes par rapport à la relation qu'on aurait dans le futur [...] Grâce à Joyce, ça a changé leur vision envers les femmes autochtones ou en général sur les Autochtones. Ça m'a fait du bien de savoir qu'il y a beaucoup de gens qui nous supportent, qui nous soutiennent et ce n'est pas tout le monde qui est comme ça, ce n'est pas tous les médecins et toutes les infirmières qui sont comme ça. »
(Participante 9)

Certaines femmes ont énoncé leur hésitation face à leur participation à l'entretien, puisqu'elles ne connaissaient pas l'étudiante responsable. Toutefois, le fait de connaître des membres de l'équipe de recherche et d'avoir eu la chance de poser leurs questions sur la nature de l'étude leur a permis de comprendre la rigueur et la pertinence de l'étude.

Maintenant que le portrait des participantes et leurs motivations ont été présentés, une exploration des résultats sera faite. Dans le but de mieux saisir les composantes de chacun des thèmes découlant de l'analyse des données, un schéma a été créé (voir Figure 2).

¹ Joyce Echaquan est une mère atikamekw de Manawan décédée en septembre 2020 au Centre hospitalier régional de Lanaudière après avoir filmé et diffusé en direct sur les réseaux sociaux les mauvais traitements reçus par des professionnels en soins. Selon le rapport d'enquête du coroner ayant analysé les circonstances entourant son décès, l'insensibilité, le racisme et le manque de bienveillance du personnel soignant a été soulevé (Bureau du coroner, 2021).

Figure 2*Schématisation des résultats*

5.2 Expérience périnatale des femmes des Premières Nations

Avant de débiter, il importe de spécifier que le guide d'entretien contenait des questions relatives à la période prénatale exclusivement. Or, lors de la collecte de données, la totalité des participantes ont partagé leur expérience en incluant l'accouchement et la période post-partum. Ainsi, les résultats présentés traitent de l'expérience telle qu'elle a été décrite par les femmes.

5.2.1 État de santé pendant la grossesse

Ce sous-thème fait référence au contexte de grossesse des participantes en lien avec leur état de santé. À la suite de l'analyse des réponses des participantes, une structure est apparue et cette dernière s'inscrit véritablement dans une perspective holistique de la santé (roue de la médecine). Ainsi, les résultats de cette section seront présentés selon les quatre dimensions de la conception holistique de la santé des Autochtones : aspects physique, psychologique, émotionnel et spirituel. Afin d'introduire ces résultats, un bref survol du contexte de grossesse sera réalisé dans un premier temps.

Tout d'abord, la majorité des femmes questionnées ont été surprises par le fait d'apprendre qu'elles étaient enceintes. Certaines amorçaient une nouvelle relation, d'autres étaient en période de déménagement ou en changement d'emploi.

« Je suis tombée enceinte, je suis venue voir mon chum que j'ai en ce moment pour la première fois en début août. [...] On a appris à se connaître durant l'été [...] J'étais supposée venir passer une fin de semaine ici au départ. Sauf que finalement, je ne suis jamais partie de ma fin de semaine encore! »
(Participante 2)

La plupart d'entre elles étaient aux études lorsqu'elles ont appris leur grossesse. La combinaison de rendez-vous de suivi prénatal et d'exigences scolaires était décrite par certaines comme étant stressante et nécessitant davantage d'organisation malgré la flexibilité des enseignants. Or, elles ont exprimé le caractère positif qu'a eu la grossesse sur leur motivation à terminer leurs études :

« J'aimais ça aller à l'école. Ça me permettait de me changer les idées [...] J'avais choisi de pas abandonner l'école parce que de toute façon, je me disais "il me reste un an puis après je vais avoir mon diplôme". Je me disais à quelque part, tu sais, c'est un sacrifice à faire aussi pour avoir, accéder à une meilleure vie avec mon enfant. »

(Participante 1)

5.2.1.1 Physique

Cet aspect correspond à l'état de santé physique des femmes avant et lors de la grossesse. Cela inclut les « symptômes normaux » de la grossesse. Une minorité de participantes avait des problèmes de santé physique préexistants avant la grossesse, par exemple le diabète de type 2, des problèmes cardiaques et des maladies auto-immunes. En raison de ces diagnostics, des suivis en clinique de grossesse à risque élevé (GARE) étaient nécessaires pour certaines d'entre elles. Le diabète de type 2 insulino-dépendant, le diabète gestationnel, l'anémie, la migraine et la pré-éclampsie ont été des problèmes de santé situationnels engendrés par la grossesse pour quelques participantes. Une participante a partagé l'impact de la grossesse sur la gestion de sa médication :

« J'ai un TDAH [trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité] et je prends beaucoup de médication [...] alors, quand je suis tombée enceinte, [mon médecin et moi] avons décidé d'enlever la médication le plus possible au début [de la grossesse] parce que c'est là que ça peut jouer sur l'enfant. On ne voulait vraiment

pas jouer avec ça alors j'ai arrêté ma médication [...] je suis tombée pas tellement fonctionnelle [au travail]. Alors, j'avais eu un papier pour me retirer [du travail] »
(Participante 4)

Outre ces problématiques spécifiques, certaines femmes ont exprimé avoir ressenti des symptômes dits « normaux » de la grossesse, passant par les nausées et vomissements, la fatigue et les reflux gastriques. Pour d'autres, la grossesse n'a engendré aucun inconfort :

« Avec ma plus grande, ça s'est super bien passé [...]. Je n'ai eu aucun symptôme de grossesse, ça s'est vraiment très, très bien passé. »
(Participante 6)

5.2.1.2 Psychologique

L'aspect psychologique représente l'état de santé mentale avant et lors de la grossesse et les facteurs y influant. En effet, quelques participantes étaient affectées par des troubles de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété, ainsi que des problématiques de toxicomanie, avant d'être enceinte.

Pour certaine, la hausse des hormones a engendré une récurrence d'épisode dépressif ou de troubles anxieux augmentant la détresse ressentie. À l'inverse, une femme a décrit l'impact positif qu'a eu la grossesse sur son anxiété :

« J'étais super en forme, puis j'ai remarqué que je n'étais pas anxieuse parce que je suis de nature anxieuse. Je suis quelqu'un de très stressée, puis durant ma grossesse, j'étais super calme. Tu sais, je vivais vraiment au moment présent. J'avais aucune inquiétude par rapport à ma grossesse. J'ai comme eu une intuition que tout va bien aller. Je n'ai même pas eu peur à l'accouchement. J'ai même accepté [...] que j'allais avoir des douleurs. »
(Participante 10)

L'état psychologique des participantes s'est vu affecté par la peur et l'insécurité financière. D'une part, certaines vivaient de la peur causée par des épisodes de violence conjugale. D'autres avaient peur du jugement des proches, de la perte du bébé due à une fausse couche antérieure, de s'affirmer face aux professionnels de la santé, de ne pas être un bon parent et la peur de manquer de quelque chose. C'est ce que la participante suivante a expliqué :

« On dirait qu'au début, j'avais peur envers le jugement des autres, que ma famille s'inquiète trop parce qu'il va manquer de quelque chose ou comme un peu les préjugés sur les mamans autochtones. »
(Participante 2)

Une participante explique comment la peur de revivre des mauvais traitements médicaux l'a habitée lors de sa seconde grossesse. Elle a rapporté avoir fait une fausse couche et s'être rendue à l'urgence où une infirmière a disposé du fœtus directement dans la toilette sous ses yeux. L'infirmière en question a tenté de la rassurer en lui disant qu'elle était jeune, qu'elle avait la vie devant elle et qu'elle pourrait en avoir un autre. Une autre participante a raconté avoir perdu beaucoup de sang alors qu'elle était en visite chez sa parenté loin de chez elle. Elle a décrit la peur qui l'a habitée lorsqu'elle s'est rendue seule au centre hospitalier le plus près pour recevoir des soins d'urgence :

« Puis là, j'ai paniqué. J'ai presque perdu connaissance parce que j'avais peur de perdre mon bébé, je n'arrêtais pas de pleurer [...] Moi, j'étais toute désemparée, je paniquais. Je voulais juste avoir mon conjoint ou ma mère ou mon amie qui vienne me voir parce que j'étais en panique! Puis j'étais loin de mon chum et de mes enfants ici. C'était comme trois heures de route [...] je m'en voulais, je dirais que je me sentais vraiment coupable de vivre ça, surtout loin de mon chum. Je me sentais vraiment insécure. »
(Participante 9)

D'autre part, l'insécurité financière est une préoccupation omniprésente dans l'expérience de grossesse des participantes. Ces dernières ont expliqué comment leur réalité financière précaire a teinté leur état psychologique lors de la grossesse. Une participante a partagé l'incertitude qu'elle et son conjoint ont vécu, à savoir s'ils poursuivaient la grossesse en raison des besoins financiers qu'elle entraînait.

Malgré les défis financiers rencontrés, les femmes ont démontré une force et une résilience face à leur situation. Elles ont expliqué comment elles ont trouvé des solutions : recours à l'aide sociale, aux prêts et bourses et recherche d'aide auprès d'organismes communautaires.

Finalement, l'analyse des données a permis de constater que la totalité des femmes interrogées soulignent que l'attente d'un enfant a eu un impact positif dans leur cheminement personnel.

« À ma première [grossesse], c'était une belle surprise parce que j'étais adolescente, [...] j'aimais ça aller dans les bars [...]. Alors pour moi, ça été une belle révélation. Je sais que j'étais jeune, mais je savais que c'était pour le mieux pour moi. Parce que pour moi, un bébé, c'est très précieux, même sacré. Je me suis dit que c'était juste bon pour moi. Alors, j'ai tout changé ma vie tout pour le mieux. »
(Participante 6)

D'autres admirent la confiance et l'affirmation de soi qu'elles avaient durant cette période.

« Ça été plus facile de m'affirmer durant ma grossesse, [...], on dirait que t'es plus forte durant ta grossesse [...] on dirait qu'on est des superhumains quand on est enceinte. Tout est beau aussi, les cheveux sont tout soyeux, [...], c'est bizarre, [ce

que] le corps humain peut faire quand on est enceinte [...]. Je me sentais belle aussi [...] puis je m'acceptais [...] la paix totale, le nirvana. »
(Participante 10)

Finalement, les femmes soulignent la fierté, tout comme le développement de la capacité d'adaptation que devenir mère leur a permis de réaliser.

5.2.1.3 Émotionnel

L'aspect émotionnel lors de la grossesse inclut le soutien des proches (conjoint, amis, famille et communauté), les enseignements reçus, l'accompagnement aux rendez-vous ainsi que le soutien financier et matériel.

« Le soutien, je l'ai beaucoup eu de mon conjoint. Mon conjoint a beaucoup été là pendant ma grossesse puis ironiquement, c'est la personne qui m'a informée le plus sur des choses de la grossesse. »
(Participante 1)

Le soutien a également été décrit par l'offre d'hébergement en milieu urbain, offert par des proches afin d'assurer une proximité lors de rendez-vous de suivi médicaux.

Quelques femmes ont énoncé avoir apprécié avoir une amie enceinte en même temps qu'elles afin de pouvoir échanger sur leur réalité. C'est ce qu'a fait une participante en décrivant avoir cohabité en milieu urbain avec une amie enceinte alors que leurs conjoints travaillaient à l'extérieur de la ville.

« Pour mon premier, j'ai une amie qui a été enceinte en même temps que moi. Puis, elle, c'était son deuxième. Ça fait qu'on pouvait parler de trucs de bébé puis de, mettons, les maux de femmes enceintes. Par exemple, les pieds enflés, les maux de tête, les conjoints [rires]. »
(Participante 5)

Bien que le soutien soit qualifié de bénéfique et suffisant pour la majorité des femmes, certaines ont exprimé que la grossesse a entraîné une perte d'amis induite par des changements de mode de vie. Une autre participante exprime aussi avoir vécu de la solitude lors de sa grossesse en raison d'un retrait préventif de son milieu de travail.

5.2.1.4 Spirituel

L'aspect spirituel lors de la grossesse inclut les croyances et les valeurs et il s'explique de manière différente pour chacune des femmes. Il s'exprime notamment par le désir de participer à des cérémonies traditionnelles (placenta, nouveau-né, premiers pas).

« J'aurais voulu aussi garder le placenta pour faire la cérémonie [...] c'est beaucoup dans le traditionalisme, dans la spiritualité autochtone qu'on fait ça. Nous, on a comme croyance que le placenta, c'est comme un arbre, ce qui nourrit l'enfant. Puis c'est ce qui l'a aidée à faire grandir dans le ventre de sa mère. Fait que quand l'enfant naît, il redonne à la Terre ce qu'on lui a donné. Quand l'enfant est plus grand, il va aller lui-même enterrer son placenta pour le redonner à la Terre. »
(Participante 1)

Certaines ont ressenti le besoin de renouer avec leur culture, ce que le CAATR leur a permis de faire :

« Surtout depuis que j'ai découvert le Centre d'amitié [autochtone] puis que j'en apprends un petit peu plus à tous les jours puis que je démontre plus d'intérêt [envers la culture autochtone]. [...] c'est devenu un point de repère pour moi. Ils m'aidaient dans les démarches, j'allais là-bas pour passer mes journées, à jaser [...] C'est vraiment un peu grâce à eux que je m'intéresse plus aux trucs autochtones. »
(Participante 2)

Une participante ayant été élevée par une famille allochtone a exprimé son désir de renouer avec sa famille biologique autochtone lorsqu'elle a appris sa grossesse. Elle

désirait connaître sa culture et renforcer ses relations avec sa famille biologique. Ainsi, l'analyse des résultats a permis de faire ressortir l'expérience périnatale décrite sous une perspective holistique de la santé. La prochaine section examinera l'accompagnement souhaité par les participantes lors de cette période.

5.3 Accompagnement périnatal

Le deuxième thème concerne l'accompagnement périnatal qui se divise en trois sous-thèmes : le suivi périnatal, le besoin d'informations, puis les attentes et les souhaits à l'égard des professionnels de la santé.

5.3.1 Suivi périnatal

Bien que l'approfondissement de chacun des services utilisés ne fût pas visé, les participantes ont élaboré sur les particularités du suivi périnatal reçu. Par conséquent, ce dernier fait référence aux différents types de suivi (p. ex., médical, accompagnatrice à la naissance), aux services reçus (p. ex., cours prénataux) ou aux professionnels consultés (p. ex., médecin, infirmière, nutritionniste, travailleur social, intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse [DPJ]). Il inclut le recours à des programmes tels que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), programme Œuf-lait-orange (OLO) et des organismes communautaires (p. ex., Allaitement soleil). La présente section sera divisée de manière à aborder les éléments appréciés et non appréciés issus du suivi périnatal reçu.

5.3.1.1 *Éléments appréciés*

Les éléments appréciés réfèrent à une approche et à des propos sensibles ayant exercé une influence bénéfique sur l'expérience de grossesse des participantes. Un accueil chaleureux et rassurant est décrit comme étant partie intégrante d'un bon suivi professionnel. Une participante a partagé avoir apprécié que les infirmières soient à l'écoute de ses inquiétudes et qu'elles lui disent qu'elle n'avait qu'à appeler si elle en ressentait le besoin.

De plus, l'importance d'être considérée par les professionnels de la santé a été rapportée par la majorité des femmes. Plusieurs participantes ont énoncé avoir apprécié une communication bidirectionnelle et une attitude positive. Le fait d'avoir un suivi personnalisé, c'est-à-dire d'être considérée comme un individu à part entière et non comme un dossier médical, était aussi mentionné par plusieurs femmes.

« Ce n'est pas les patients qui se moulent aux infirmières ou aux médecins, mais sont bien à l'écoute aussi. S'il y a un petit tracas, ils vont tout faire pour t'arranger quelque chose. Même le médecin, c'est une jeune, je pense que ça ne fait pas cinq ans qu'elle pratiquait. Puis, elle était bien contente. Elle disait "C'est la première fois que je vais accoucher une [femme] Autochtone". Elle s'est arrangée pour être là à mon accouchement. Puis, elle m'a, quand on a fait le plan de naissance, elle m'a écoutée. On a fait vraiment ce que j'avais demandé. [rires] [...] elle s'intéressait beaucoup à la culture. »
(Participante 3)

À ces éléments s'ajoute le respect s'exprimant par l'absence de préjugés envers les Autochtones. Dans ce même ordre d'idée, elles ont exprimé leur appréciation lorsque les professionnels de la santé démontraient de l'ouverture envers la culture autochtone :

« [La nutritionniste] je dirais que ça l'a été mon meilleur suivi de toute ma grossesse. [...] J'avais été lui présenter ma fille. [...] Puis surtout, je rajouterais, [que la nutritionniste] considérait nos réalités, notre culture. [...] elle le savait que j'avais une alimentation différente puis elle le savait qu'on ne mangeait pas nécessairement les mêmes choses. [...] Elle s'ajustait puis je trouvais ça correct. Pas obligé d'avoir un doctorat en nourriture autochtone non plus, mais juste de prendre conscience qu'on a une réalité différente. »
(Participante 1)

Enfin, les participantes étaient conscientes et compréhensives de la surcharge de travail qui teinte la pratique professionnelle. Malgré ce contexte, elles étaient unanimes sur l'influence positive du sourire et de l'écoute sur leur appréciation des suivis prénataux.

5.3.1.2 Éléments non appréciés

Les éléments non appréciés réfèrent à une approche et à des propos jugés comme inadéquats et ayant exercé une influence néfaste sur l'expérience de grossesse des participantes. Bien que les femmes aient été questionnées sur leurs expériences négatives dans un but d'amélioration, il importe néanmoins de préciser que certaines ont mentionné leur désir de ne pas se victimiser.

La majorité des participantes rapportent avoir vécu des expériences négatives avec les professionnels de la santé lors de leur suivi périnatal. Parmi ces expériences, une approche discriminatoire, des propos stéréotypés et des micro-agressions sont mentionnés.

« [Dans les cours prénataux, l'infirmière] a sorti une mauvaise information : “le placenta, il est fait comme ça puis là, y en a qui le mange ou je ne sais pas, ils font des cérémonies...”. Tu sais, c'était tellement inapproprié, la manière qu'elle l'a dit. Comme si elle se moquait ou qu'elle trouvait ça dégueulasse. [...] Ça l'a déclenché le dégoût chez les autres parents. [...] Mais, elle n'avait même pas la bonne

information, puis je pense, c'est là que j'ai décidé que j'irais plus aux cours [prénataux]. »
(Participante 1)

Cet extrait illustre les micro-agressions vécues :

« C'est des petites choses anodines, [...] c'est des soupirs... ce n'est pas nécessairement attaquant [...] Mais ils ne le disent pas... mais ils vont nous faire sentir qu'on est de trop... »
(Participante 7)

Deux participantes expliquent comment les préjugés face aux Autochtones et à la consommation de drogues et d'alcool ont teinté négativement leur expérience. Une participante explique qu'elle a dû se rendre à l'urgence pour des saignements. Après avoir passé plusieurs examens, le cœur du bébé battait toujours malgré la persistance des saignements. L'équipe médicale ne parvenait pas à trouver d'explications. Celle-ci a donc mentionné à la femme que si l'hémorragie ne s'arrêtait pas, ils devraient procéder à un curetage, c'est-à-dire à retirer le fœtus. Les professionnels de la santé l'ont questionnée de manière insistante sur sa consommation de drogues et d'alcool; la participante a avoué avoir consommé avant d'apprendre sa grossesse. Ils lui ont dit à plusieurs reprises que c'était sûrement en raison de sa consommation qu'elle allait perdre son bébé. Elle explique comment elle s'est sentie coupable et insécurisée, puisqu'elle était loin de son conjoint au moment des événements. Elle raconte comment elle a perçu que les professionnels ont tenté de la convaincre que la situation était planifiée et intentionnelle.

Une autre femme a rapporté qu'une étudiante en soins infirmiers l'avait questionnée sur ses choix relatifs à l'allaitement à la suite de son accouchement. La participante lui

avait dit qu'elle avait choisi de donner le biberon à son enfant. L'étudiante lui aurait ensuite partagé sa pensée selon laquelle les femmes autochtones n'allaitaient pas afin de pouvoir continuer à consommer de l'alcool. La participante dit avoir été prise par surprise par ces propos.

Une autre participante explique avoir été jugée en regard à son état de santé lors de sa grossesse. En effet, elle a mentionné qu'un médecin était convaincu qu'elle faisait du diabète gestationnel. Celui-ci a procédé au test d'hyperglycémie provoquée à trois reprises, car il soutenait qu'il serait très surprenant qu'elle ne fasse pas de diabète. Elle explique que le médecin avait mentionné que presque toutes les Autochtones en font. La participante mentionne qu'elle était consciente de la réalité entourant le diabète et les femmes autochtones enceintes. Toutefois, elle sentait que le médecin lui mettait de la pression, comme si elle devait se conformer aux stéréotypes. Tout au long de son suivi, ce médecin lui rappelait qu'elle était Autochtone et commentait que les grossesses des femmes autochtones sont différentes de celles des Allochtones.

Lors des entretiens, la majorité des femmes ont partagé des expériences traumatiques passées (traumas durant l'enfance ou périnataux) et ont expliqué le rôle que celles-ci ont joué sur leur expérience périnatale actuelle. Quelques femmes ont expliqué s'être senties inconfortables et non consultées, voire agressées lors de la réalisation d'intervention sans explication ni consentement.

« Il y a un médecin qui a pratiqué le stripping [décollement des membranes] sans me demander mon avis. J'aurais aimé qu'on me demande si je le voulais. »
(Participante 5)

Une femme explique comment un homme médecin lui a baissé les pantalons brusquement alors qu'elle était allongée, seule, sur la table d'examen avant un toucher vaginal. Une autre explique qu'à la suite de son accouchement, une infirmière est venue vérifier ses points de suture au niveau génital alors qu'elle dormait. Cette dernière aurait soulevé la couverture pour visualiser la plaie, sans expliquer ce qu'elle s'apprêtait à faire. Dans les deux cas, ces femmes ont expliqué que des traumatismes passés d'abus sexuels ont été revécus en raison de l'approche inadéquate de ces professionnels.

Plusieurs mères ont partagé leur crainte d'affirmation face aux professionnels de la santé lorsque ces derniers adoptaient un comportement inadéquat. En effet, la fatigue, la surcharge de travail, le manque de temps ou la maladresse ont été énoncés par quelques participantes comme étant des justifications aux comportements inadmissibles de certains professionnels de la santé. Pour d'autres participantes, aucune justification n'accompagnait leur partage. Toutefois, quelques femmes ont expliqué leur désir de dénoncer pour que cette situation ne survienne pas à nouveau. La complexité des processus de plainte, la peur de ne pas être crues (crédibilité hiérarchique), la mise en doute de l'objectivité du comité responsable des plaintes (p. ex., lorsque le médecin concerné y siège), la peur de représailles et l'idée que cela ne changera rien était au cœur de leur décision de ne pas porter plainte.

Finalement, le fait de se sentir pressée dans le temps lors des rendez-vous et la rigidité de l'horaire des rendez-vous sont des exemples de contraintes issues de l'organisation du système de la santé ayant nui à l'expérience prénatale.

5.3.2 Besoins d'informations

Ce sous-thème se rapporte aux besoins informationnels exprimés par les participantes. Pour les aborder, les besoins d'informations sur les soins et services périnataux seront expliqués d'une part et d'autre part, les besoins d'informations culturelles seront détaillés.

5.3.2.1 Besoin d'informations sur les soins et services périnataux

Quelques participantes ont partagé leur besoin de connaître les options en lien avec l'accouchement, notamment lié à leur état de santé et ses répercussions sur la suite de leur grossesse, au lieu d'accouchement (centre hospitalier, maison de naissance, domicile) ou aux étapes à suivre lors d'un déclenchement ou d'une césarienne.

« C'est une chose que j'aurais aimé savoir, les options d'accouchement. [...] Moi, je ne le savais pas que je ne pouvais pas accoucher naturellement à cause de mes conditions de santé. J'aurais aimé ça, le savoir. [...] j'aurais aimé ça savoir c'était quoi un déclenchement. J'aurais aimé ça savoir les étapes, pas les savoir sur le coup. »

(Participante 1)

Certaines femmes expliquent qu'elles auraient aimé connaître les ressources et les services disponibles en centre hospitalier afin de pouvoir mieux planifier leur accouchement.

« Tu t'en vas là, puis tu ne connais pas les ressources. J'ai su par après que je pouvais demander un ballon ou un bain. Mais non, on me laissait ... couchée... [...] Non, je n'avais pas eu d'information puis j'ai pas demandé parce que je savais pas non plus c'était quoi les ressources ... [silence] Puis c'était... Ça été vite, j'ai accouché, ils m'ont donné mon bébé puis je suis retournée chez nous dans ma communauté. »
(Participante 7)

5.3.2.2 Besoin d'informations culturelles

En ce qui concerne le second aspect du sous-thème sur le besoin d'informations, la culture a été mentionnée comme un élément que les participantes désiraient approfondir durant la grossesse. À cet effet, le CAATR a été nommé à maintes reprises par les participantes comme étant une ressource d'informations culturelles aidante dans un environnement sécurisant. Plusieurs participantes ont nommé cet apport culturel nécessaire en contexte périnatal.

« Il n'y avait personne d'autre pour me montrer ma culture, personne d'autre pour m'apprendre à parler [ma langue]. [...] Au début, on m'avait parlé un peu des cérémonies des nouveau-nés, ou je le sais pas trop, la cérémonie du premier pas... moi, je n'avais aucune idée c'était quoi [...] lorsque je [vais tomber] enceinte [à nouveau], je vais poser des questions voir qu'est-ce que je veux faire, qui peut m'aider durant la grossesse, apprendre la culture. Je suis curieuse de le savoir. »
(Participante 2)

« [Au CAATR], ils sont en train de nous apprendre des choses sur la culture puis ça, c'est sûr que je trouve que c'est très important autant quand tu es en période de grossesse parce que ça fait partie de nous puis des traditions. »
(Participante 4)

Par ailleurs, ce besoin d'informations est exprimé par les participantes, surtout en lien avec la récupération du placenta après l'accouchement. Plusieurs se sont senties mal informées, voire mal à l'aise d'avoir à le demander. À cela s'ajoute le besoin d'informations sur le fonctionnement des centres hospitaliers en regard aux services

disponibles et à la couverture des assurances médicales autochtones (officiellement nommé Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit [SSNA]).

« J'aurais voulu aussi garder le placenta pour faire la cérémonie, mais tu vois ça, quand je l'ai demandé, je ne savais pas qu'il fallait appeler pour savoir s'il était prêt. Moi, on m'avait juste dit, on va t'aviser. [...] J'aurais aimé ça prendre un bain avant d'accoucher, de relaxer. Je ne savais même pas qu'il fallait réserver. Chambre privée, chambre avec double occupation, je ne savais même pas ce que c'était. Puis là, je lui demande : "Est-ce couvert par les assurances autochtones?" Ils ne savaient même pas eux autres non plus. »
(Participante 1)

5.3.3 Attentes et souhaits à l'égard des professionnels de la santé

Ce dernier sous-thème se rapporte aux attentes et aux souhaits verbalisés par les participantes et qui étaient destinés aux professionnels de la santé. La plupart des participantes aspirent à un accompagnement inclusif de la culture des Premières Nations et à une approche plus humaine, exempte de discrimination. Les résultats seront explorés en détail en passant par le désir que les professionnels de la santé acquièrent des connaissances et des compétences culturelles ainsi que par le désir d'inclusion et d'adaptation.

5.3.3.1 Connaissances et compétences culturelles

Les mères des Premières Nations ayant participé à l'étude souhaitent des soins et des suivis inclusifs de leur culture. Plus précisément, elles désirent que de la formation soit offerte aux professionnels de la santé en lien avec les particularités de santé des Premières Nations afin d'enrayer les préjugés.

« Ça serait bon aussi que les médecins s'informent plus sur les Autochtones en général. Parce que j'ai eu peur, par après, là. [Mon enfant] est né avec des taches

mongoloïdes. [...] J'ai eu peur que les gens pensent que je [le] maltraçais. Parce qu'il y a des médecins qui ne connaissent pas ça, des infirmières... »
(Participante 1)

Certaines femmes désirent que les professionnels de la santé soient conscientisés à la notion de temps des Premières Nations. Notamment, en assurant un horaire plus flexible pour les rendez-vous prénataux laissant place au dialogue pour permettre d'établir une relation de confiance et mieux cibler les besoins.

« Il y en a qui n'en revenaient pas parce que chez nous [chez les Premières Nations], l'heure ne compte pas. On te dit que le travail commence à 8 h, mais il y en a qui arrivent à 8 h 20, à 8 h 10, à 8 h 25. Ton rendez-vous est à telle heure, mais t'arrives dix, quinze minutes en retard. [Il faudrait] qu'ils soient plus au courant des habitudes de vie des Autochtones. »
(Participante 3)

« [Les rendez-vous prénataux devraient durer plus longtemps], ça pourrait être pas pire! Tu sais, aussi, jaser... Oui, c'est important ce qui se passe avec le col, l'utérus, le bébé, ma pression es-tu belle? Mon état psychologique aussi, c'est important! [...]. Alors, ça serait le fun que le médecin prenne le temps de vérifier ça avec elles aussi. Pas attendre que la mère fasse les premiers pas, mais lui tendre une perche. Demander si elle a besoin d'un suivi avec un psychologue, un travailleur social. »
(Participante 8)

Elles désirent que de l'enseignement soit dispensé en y incluant les particularités culturelles des Premières Nations. Par exemple, l'extrait suivant traite de l'adaptation des enseignements afin d'y inclure l'alimentation traditionnelle dans laquelle des viandes sauvages sont habituellement consommés.

« Je ne sais pas si les infirmières peuvent apprendre davantage sur la nourriture autochtone. [...] Comme ça, les femmes qui font de l'anémie, les infirmières pourraient leur conseiller de manger plus de viande d'original ou d'autres animaux. »
(Participante 5)

La majorité d'entre elles désirent recevoir des soins qui combinent la médecine occidentale et la médecine traditionnelle des Premières Nations.

« C'est sûr que quand on accouche [...] j'aurais aimé sentir [la sauge] pour me calmer, mais on ne peut pas dans les hôpitaux... J'aurais aimé ça me purifier avant d'accoucher. [...] il y aurait des chants, pas trop forts, pendant l'accouchement [rires]. Mais au moins de bien accueillir mon bébé, dans mes valeurs. [...] Le Tikinagan [porte-bébé autochtone], j'aurais aimé le sortir dans l'hôpital [...], le placenta [...] qu'on me le propose. »
(Participante 7)

Dans ce même ordre d'idée, elles aimeraient avoir la possibilité de recourir à l'accompagnement d'une Aînée dans les hôpitaux. En effet, les Aînés représentent la sagesse, le savoir ainsi que la culture, et jouent un rôle central associé au bien-être des communautés.

« C'est une Aînée que ça prend pour nous calmer, pour nous rassurer. »
(Participante 7)

« [Avoir accès à] ce genre de femme sage dans des hôpitaux, [qu'elle] puisse parler aussi en Atikamekw, qu'elle puisse aussi nous dire tout ce qui pourrait avoir après et durant aussi. Une femme sage, une attitude de kokom [grand-mère], mais qui a du caractère, mais douce [...] Ce serait le fun qui en aille dans les hôpitaux, des femmes sages autochtones. Oui, qu'elles puissent aider aux femmes plus vulnérables, je pourrais dire. »
(Participante 10)

Elles désirent également avoir des cours prénataux inclusifs de la culture des Premières Nations.

« Qu'ils refassent leurs cours prénataux. [...] C'est sûr que je ne voudrais pas que tout le cours prénatal soit juste basé sur la culture, mais qu'on en parle au moins. On est là, puis on les côtoie [...] puis on n'en parle même pas. Moi, ça, c'est quelque chose qui me dérange. »
(Participante 1)

Elles désirent avoir de l'information sur les tabous liés à la maternité tels que la possibilité que le lien d'attachement soit difficile à créer et la possibilité de souffrir d'un baby blues ou d'une dépression post-partum.

« Ce n'est pas nécessairement toutes les mères qui ressentent le grand amour, le coup de foudre à la naissance de leur enfant. [...] Tous les livres, tous les ateliers prénataux parlent tout le temps du plus beau, mais il n'y a jamais personne qui parle des tabous. »
(Participante 1)

Elles aimeraient avoir la possibilité de participer à des rencontres prénatales et postnatales individuelles ou en groupe destinées aux femmes des Premières Nations afin de partager leurs expériences et de créer un réseau de soutien.

« Des rencontres prénatales pour les femmes autochtones [...] peut-être partager nos expériences de nos grossesses. Juste des rencontres, ça fait du bien, ça fait sortir de la routine et on se fait des amies en plus. »
(Participante 6)

« J'aurais voulu parler avec des femmes qui ont eu la même expérience que moi au lieu de parler avec des gens qui ont eu une mauvaise expérience. De ne pas me sentir à part, de me sentir comme ces femmes-là. Des femmes qui comprennent ce que j'ai vécu, que ça été super tout le long, qu'on discute, j'aurais aimé discuter des choses plus positives. »
(Participante 10)

À cet effet, une participante recommande aux futures mères des Premières Nations de se regrouper et d'aller aux cours prénataux ensemble.

Les participantes désirent pouvoir prendre davantage de décisions face au déroulement de leur accouchement. Plus précisément, elles souhaitent pouvoir décider du moment de la coupure du cordon ombilical. En effet, certaines femmes ont expliqué

désirent attendre plus longtemps pour le couper afin qu'il y ait plus de bonnes choses transmises à l'enfant. Autrement dit, elles souhaitent laisser la nature agir. De plus, elles désirent avoir accès plus facilement à leur placenta.

« Moi, j'ai toujours voulu demander mon placenta, mais j'oubliais tout le temps de le demander. On l'utilise pour de la médecine. On peut faire des genres de pommades. [...] [Il serait pertinent] qu'on mette ce choix dans le plan de naissance qu'ils offrent à la clinique. »
(Participante 5)

5.3.3.2 Inclusion et adaptation

Dans ce sous-thème, une approche inclusive et adaptée à la culture est souhaitée. Les femmes des Premières Nations consultées aspirent à une approche positive et sécurisante. Notamment, elles désirent être accompagnées dans le respect.

« Moi, j'aime ça quand on me pose des questions sur mes origines, sur ma culture, qu'on essaie de me connaître. [...] Une belle attention, d'être plus attentive... [silence] surtout pas se faire regarder bizarrement parce que nous autres, on est différent. Des fois, on reçoit des regards comme si [les gens] n'avaient jamais vu un Autochtone, on ne sait pas trop comment agir, on est souvent gêné [...] L'ouverture d'esprit et le respect, je pense, c'est ça qui est le plus important. On n'a pas besoin de lancer des fleurs, mais au moins juste de respecter la personne, mais tout le monde en fait. »
(Participante 6)

Elles demandent aux professionnels d'offrir un accueil positif, accueillant, ouvert, personnalisé et exempt de discrimination.

« Ça serait bien qu'à chaque fois, ils m'accueillent de façon positive [...]. On est tous des humains. [...] Et d'avoir aussi une attitude qui est juste [...]. De démontrer une ouverture envers nous [...]. D'être acceptée en fait, de ne pas être jugée, de pas être stéréotypée, d'être respectée. Dans un monde idéal, ce serait ça, de pas subir de violence. [silence] Je n'ai pas envie de voir quelqu'un d'autre vivre comme ce que Joyce [Echaquan] a vécu, ça été vraiment trop noir. [silence] J'ai pas envie de

voir ça, puis je n'ai pas non plus envie de vivre ça. Oui, c'est ça, dans un monde idéal, ça serait qu'il n'y ait pas de racisme. [pleure] »
(Participante 9)

Elles désirent avoir accès à un environnement confortable, chaleureux et favorable à la sécurisation culturelle.

« J'aurais aimé ça voir les suivis sages-femmes et les chambres comment ça l'air tellement apaisant... les bains aussi dans la chambre. C'est l'hôtel quasiment. Ils te servent un plateau de fruits après le travail quand tu as accouché. C'est quelque chose dans ce genre-là que j'aurais aimée. À l'hôpital, ils ne te servent pas grand-chose de plus ... trois repas par jour... c'est vraiment de base. Ça manque un peu de chaleur à l'hôpital... Je sais bien qu'on n'a pas les budgets pour décorer les chambres, mais ça serait le fun une autre couleur que beige ou jaune... Alors c'est ça, l'environnement, se sentir un peu plus chez nous. »
(Participante 8)

La majorité des participantes aimeraient avoir accès à un service de suivi infirmier au CAATR. Celui-ci inclurait des services d'accompagnement à des fins d'interprétation et de sécurisation culturelle ainsi que des ateliers d'enseignement culturels liés à la maternité.

« Une mise en place aussi au Centre d'amitié [autochtone] d'un espace pour que l'infirmière vienne faire le suivi. Au lieu d'aller à l'hôpital, au lieu d'aller à la clinique [...]. Pour [que les patients] se sentent un peu chez eux ou même demander aux patients s'ils ont besoin de traducteurs qui pourraient les accompagner à leurs rendez-vous parce qu'il y en a beaucoup qui ne comprennent pas les termes médicaux. »
(Participante 3)

« Je me dis que ça aurait peut-être été le fun d'avoir des enseignements sur [...] des recettes que les kokom (grand-mère) faisaient pour les femmes enceintes... Est-ce qu'il y a des cérémonies justement pour femmes enceintes? Je ne sais pas. [...] Le Centre d'amitié [autochtone] pourrait peut-être mettre en place un atelier là-dessus, ça serait vraiment le fun. [...] Puis... soyons fou : une doula atikamekw, exemple. Ça serait le fun ça [rires]. »
(Participante 8)

5.4 Conseils destinés aux femmes enceintes des Premières Nations

Pour terminer, certaines femmes ont partagé leurs conseils qu'elles aimeraient donner aux femmes des Premières Nations en attente d'un enfant. Parmi ceux-ci, deux participantes recommandent de pratiquer le lâcher prise, de ne pas hésiter à demander de l'aide et de ne pas avoir peur de s'affirmer.

« C'est juste que ça va aller comme ça va aller là. On ne peut pas, même si on prévoit des choses, il y a toujours quelque chose qui va changer en cours de route. Ça serait juste d'essayer de les affronter, de passer au travers, peu importe ce qui va arriver. [...] C'est d'en parler s'il y a quelque chose qui ne va pas. »
(Participante 2)

« J'aimerais dire qu'on devrait, aux moindres inquiétudes, aller consulter, même si c'est une amie ou une maman ou une infirmière, d'aller leur parler. [...] Fait que ça serait vraiment de recommander aux femmes de ne pas hésiter. »
(Participante 5)

Le présent chapitre a permis de présenter les résultats de l'étude recueillis auprès des participantes. Ceux-ci ont mis en lumière leur expérience périnatale décrite en abordant leur état de santé ainsi que l'accompagnement souhaité, notamment par l'entremise du suivi prénatal, des besoins d'informations et des attentes et des souhaits à l'égard des professionnels de la santé. Au chapitre suivant, l'expérience périnatale et l'accompagnement souhaité par les femmes des Premières Nations seront discutés en fonction de la littérature existante.

Chapitre 6
Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'expérience périnatale des femmes des Premières Nations ainsi que la manière dont elles désirent être accompagnées durant cette période par les professionnels de la santé. Ces résultats ont été obtenus en intégrant les grands principes de l'approche sensible aux traumatismes de la SAMHSA (2014). Le présent chapitre discutera des résultats en fonction de la littérature, soulèvera des pistes de recommandation et présentera les limites de l'étude.

6.1 Expérience périnatale des femmes des Premières Nations

Les résultats ont permis de soulever la complémentarité et l'interdépendance des aspects physique, psychologique, émotionnel et spirituel dans l'expérience des femmes des Premières Nations. Premièrement, en regard de l'aspect physique, les résultats soutiennent que certaines femmes des Premières Nations consultées avaient des prédispositions à développer des problèmes de santé physique lors de leur grossesse (p. ex., diabète et problématiques cardiaques). Cela correspond effectivement au portrait actuel des Premières Nations du Québec (Chen et al., 2015, 2019). Deuxièmement, pour le volet psychologique, un sentiment récurrent identifié dans les partages des participantes est la peur : peur du jugement des proches et ne pas être un bon parent, peur de manquer d'argent, peur de s'affirmer face aux professionnels de la santé et peur induite par l'éloignement géographique lors d'hospitalisations. Ces peurs pourraient être influencées par les impacts non négligeables de la colonisation sur la perception des mères

autochtones décrites selon les stéréotypes colonialistes comme étant inaptés (CVR, 2015). Troisièmement, l'expérience prénatale semble teintée, au niveau émotionnel, par le soutien aidant du conjoint et de la communauté. Cette force et cette union représentent des particularités des communautés des Premières Nations dans lesquelles le concept de maternage s'étend au-delà du lien entre la mère et son enfant biologique (First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021). Quatrièmement, la grossesse semble être au niveau spirituel une période de reconnexion avec la culture pour plusieurs femmes des Premières Nations. C'est ce que plusieurs auteurs avancent en soulignant que la naissance d'un enfant est un événement sacré (CCNSA, 2012; First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021; Kandasamy et al., 2017). Ces résultats suggèrent que l'expérience des participantes s'inscrit dans une perspective holistique, c'est-à-dire dans une approche globale de l'individu (Douglas, 2022). Ces résultats sont cohérents avec la profession infirmière qui place l'expérience holistique de l'individu au cœur du soin (Pepin et al., 2017). Cette vision a d'ailleurs été intégrée par Blanchet-Cohen et ses collaborateurs (2021) dans leur étude québécoise dans laquelle ils proposent un modèle holistique de soins périnataux qui tient compte de l'aspect multidimensionnel que requiert l'approche de soins auprès de cette clientèle. Cela permet de souligner l'importance de tenir compte des différentes sphères liées à la roue médicinale (santé physique, psychologique, émotionnelle et spirituelle) et des interactions entre celles-ci, puisque la période prénatale peut entraîner des changements en regard de ces quatre aspects (First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021).

6.2 Accompagnement souhaité par les professionnels de la santé lors de la période périnatale

La description réalisée par les participantes face à l'accompagnement souhaité par les professionnels de la santé a permis de soulever les éléments appréciés et moins appréciés lors de leur suivi prénatal. Ceux-ci concordent avec ceux décrits dans la revue de littérature de Kolahdooz et ses collaborateurs (2016) synthétisant les expériences obstétricales vécues par les femmes autochtones du Canada. Conformément aux propos recueillis dans la présente étude, les auteurs ont soulevé les éléments appréciés, soit une relation professionnel-parturiente basée sur le respect, absente de jugement, holistique et compréhensive de la culture (Oster et al., 2016; Smith et al., 2007). En contrepartie, le racisme, l'insensibilité culturelle et le contrôle limité face aux soins sont quant à eux associés à des éléments non appréciés (O'Driscoll et al., 2011). Bien que cette revue de la littérature ait intégré 16 études réalisées dans l'ensemble du Canada auprès de populations distinctes (Premières Nations, Inuit, mères, pères, Aînés, Allochtones, professionnels de la santé, membre de la communauté, etc.) et portant sur divers sujets entourant la maternité (politique d'évacuation, diabète gestationnel, gain pondéral, allaitement, etc.), les expériences de soins ainsi que les désirs d'accompagnement demeurent similaires. La notion de sécurisation culturelle demeure au centre des préoccupations. Malgré les appels à l'action émis dans le rapport de la CVR (2015), il appert que la majorité des programmes de baccalauréat en sciences infirmières n'incluent pas tous les principes de sécurisation culturelle dans leur enseignement selon un scan environnemental ayant inclus 101 programmes canadiens en sciences infirmières et pratique sage-femme (Metheny & Dion Fletcher, 2021). Parmi les neuf programmes québécois en sciences infirmières

explorés, aucun ne rencontrait les trois critères associés à la sécurisation culturelle, soit (1) de créer des espaces pour les étudiants autochtones; (2) d'inclure de l'enseignement portant sur le développement de compétences culturelles; et (3) d'intégrer les connaissances autochtones dans le contenu des cours (Metheny & Dion Fletcher, 2021). L'application de ces trois critères fondés sur les appels à l'action de la CVR (2015) est une piste concrète de solutions pour instaurer une sécurisation culturelle et miser sur une appréciation de l'accompagnement reçu par les professionnels en soins infirmiers.

Lors des entretiens, la re-traumatisation par les services publics de santé a été décrite, notamment en lien avec les violences obstétricales vécues. Teintées par le racisme, la discrimination et les préjugés, ces expériences négatives ne sont pas isolées : le rapport de la Commission Viens (CERP, 2019) et plusieurs études font état de nombreuses autres expériences similaires vécues par des membres des Premières Nations ayant eu recours aux services publics de santé (ENFFADA, 2019; Kolahdooz et al., 2016; van Herk et al., 2011; Varcoe et al., 2013; Wright et al., 2019). La récurrence des expériences traumatiques induites par les systèmes de la santé et des services sociaux, particulièrement en contexte périnatal, est préoccupante. Alors que le Québec demeure la seule province à refuser de collaborer aux travaux canadiens portant sur la stérilisation imposée des femmes des Premières Nations, des travaux de recherche menés par la professeure Suzy Basile à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) sont en cours pour éclaircir ces situations lors desquelles aucun consentement libre et éclairé n'a été obtenu préalablement (CSSSPNQL, 2021). Considérant que la grossesse est une période de

fragilité où l'exacerbation de traumatismes est possible et peut se transmettre par la suite à l'enfant (Roy, 2014), cela soutient le besoin criant de recourir à une approche sensible aux traumatismes afin d'éviter de créer des traumatismes ou d'en revisiter (First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021; Wright et al., 2019). Cette approche universelle utile, tant pour les femmes autochtones que l'ensemble des usagères, combinée à une approche de réduction des méfaits¹ et à la sécurisation culturelle, contribue à promouvoir l'équité dans les soins de santé. C'est effectivement ce qu'a démontré l'étude de Browne et ses collaborateurs (2018) qui ont implanté le modèle « Equipping Primary Health Care for Equity » (EQUIP) dans quatre cliniques de soins de santé primaires au Canada. En effet, ce modèle combine ces trois approches et vise à diminuer les inégalités en santé, les impacts des diverses formes de discrimination, de racisme et de préjugés ainsi que les divergences entre le modèle de santé dominant et les besoins de la clientèle (Browne et al., 2018). Le recours à une telle approche est une avenue pertinente favorisant la prise de conscience et la confiance du personnel soignant, permettant de soulever les iniquités et de les adresser tout en favorisant le changement et la flexibilité dans les pratiques, politiques et procédures (Browne et al., 2018).

Par ailleurs, les participantes ont énoncé le besoin de connaître les ressources et les services de santé disponibles en milieu urbain. Le choc culturel et la méconnaissance du fonctionnement lié à l'accès aux soins et services sont des réalités qui accompagnent

¹ L'approche de réduction des méfaits vise à minimiser les conséquences potentielles associées à l'usage de drogues tout en respectant le rythme de l'individu (SAMHSA, 2022).

souvent l'arrivée en milieu urbain (CERP, 2019). Cette méconnaissance a également été soulevée par l'enquête réalisée par le RCAAQ en 2018 ainsi que par l'étude québécoise de Blanchet-Cohen et ses collaborateurs (2021). Pour adresser ce type de préoccupation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a annoncé tout récemment (mars 2022) le déploiement d'un service disponible en ligne, « Ma Grossesse », ayant pour objectif de mieux répondre aux besoins des femmes enceintes. Cette plateforme offre de l'information sur les services disponibles en contexte de périnatalité et vise à cibler les besoins additionnels que certaines femmes en contexte de vulnérabilité pourraient avoir (MSSS, 2022). Cette initiative est intéressante afin de faire connaître les ressources disponibles en milieu urbain. Une meilleure connaissance des services offerts pourrait être facilitatrice pour diminuer la méfiance envers le réseau québécois de la santé et plus particulièrement en situation de fragilité telle que lors de la grossesse.

À la lumière des résultats, il semble avoir plusieurs besoins d'informations non répondus lors de la période prénatale. Parmi ceux-ci, le désir d'aborder les différentes modalités d'accouchement et les tabous reliés à la périnatalité ont été nommés (p. ex., baby blues, dépression post-partum et difficulté de créer un lien d'attachement). Ces éléments sont habituellement abordés dans les cours prénataux (Naître et Grandir, 2014), mais encore faut-il avoir accès à ces formations. Par exemple, lors de la pandémie, plusieurs initiatives et alternatives ont été mises sur pied afin de faciliter l'accès aux cours prénataux. C'est le cas des ateliers prénataux virtuels offerts par plusieurs établissements de santé, notamment le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie et du

Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). À travers des capsules vidéo en mode asynchrone, des infirmières du CIUSSS MCQ abordent divers sujets relatifs à la périnatalité (Gouvernement du Québec, 2022). Dans leur programmation disponible en ligne, une place est accordée aux tabous liés à la maternité tels que le baby blues, la dépression post-natale et la possibilité que le lien d'attachement prenne plus de temps à se créer. Or, certaines femmes interrogées dans le cadre de l'étude ne semblent pas avoir eu accès à cette information lors de leur suivi prénatal (avant la pandémie). Alors que les enseignements liés à la périnatalité (p. ex., pratiques traditionnelles, remèdes contre les maux liés à la grossesse, etc.) et à la parentalité (p. ex., démonstrations d'affection, importance de la routine, modèle de rôle, etc.) étaient anciennement dispensés par une mère ou une grand-mère (*kukum*) de la communauté (Roy et al., 2015), il semble que l'adaptation des contenus des cours prénataux adaptés à la culture des Premières Nations reste à la discrétion de la personne formatrice. Par conséquent, il importe que les services mis en place tiennent compte des besoins d'informations énoncés en prenant en considération les valeurs et les différentes sources de connaissances de manière à inclure les questionnements de toutes les femmes enceintes.

Lors des entretiens, les participantes ont énoncé qu'elles auraient aimé se regrouper entre femmes au CAATR pour échanger sur la maternité et contrer l'isolement. Ce lieu culturellement sécurisant est un point d'ancrage pour les familles habitant ou transitant en milieu urbain. Puisque leur mission est de répondre aux besoins de leurs membres (RCCAQ, 2018), les centres d'amitié autochtones représentent des ressources

communautaires non négligeables, agissant comme allié pour adresser les besoins particuliers des familles autochtones. Conformément à l'initiative *Abinodjic* (clinique *Minowé*) de Val-d'Or, l'implication des communautés concernant notamment l'identité autochtone, les enseignements et savoirs autochtones, dans l'élaboration de programmes et services périnataux est primordiale (Blanchet-Cohen et al., 2021; Smylie & Firestone, 2016; Kolahtooz et al., 2016; Lang et al., 2016). Cette collaboration entre les services de santé et les instances autochtones est une avenue prometteuse recommandée lors de la Commission Viens (CERP, 2019; MSSS, 2021). Considérant les besoins informationnels et sociaux partiellement répondus lors de la période périnatale, le CAATR serait l'organisme de choix pour initier des pratiques inspirées de cette clinique de proximité. Par exemple, le visionnement en groupe des capsules prénatales offertes par le CIUSSS MCQ, combiné à un moment d'échange soutenu par une Aînée, pourrait être une avenue intéressante pour favoriser l'accès à de l'information médicale et culturelle dans un lieu sécurisant. Les bénéfices d'une combinaison de différentes sources d'informations (médicales et traditionnelles) ont d'ailleurs été démontrés dans plusieurs études (Blanchet-Cohen et al., 2021; Kandasamy et al., 2017). De plus, le CAATR pourrait également être un partenaire pour accueillir une infirmière pour dispenser des cours prénataux adaptés à la culture des Premières Nations.

Par ailleurs, la procédure pour récupérer le placenta semble être un besoin prédominant et en lien direct avec la spiritualité des Premières Nations. En contexte hospitalier, le placenta est considéré comme un déchet biomédical à partir duquel peuvent

être réalisées diverses analyses (Collège des médecins, 2019). Les divergences de signification créent des obstacles pour les mères désirant le récupérer, puisqu'il faut en faire la demande (CSSSPNQL, 2018). Bien que les établissements de santé soient responsables de transmettre les informations relatives au congé après l'accouchement et d'établir des procédures encadrant la récupération du placenta (Collège des médecins, 2019), il semble que cette information ne soit pas offerte de manière systématique. Afin de favoriser le bien-être des femmes des Premières Nations et la transmission de la culture par l'entremise de cérémonies, il est souhaité que le système de santé québécois soutienne et respecte les pratiques traditionnelles (CSSSPNQL, 2018; First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021). Un exemple a été soulevé lors des entretiens où une participante a suggéré d'intégrer la récupération du placenta à même le plan de naissance. Il existe d'ailleurs au CIUSS MCQ une procédure de récupération du placenta, un formulaire de consentement spécifique et un guide d'enseignement pour les parturientes (CIUSSS MCQ, 2017, 2018a, 2018b). Nonobstant leur existence, il semble que cette documentation soit peu connue. Par ailleurs, considérant que la programmation de capsules périnatales offerte par le CIUSSS MCQ n'inclut pas ces informations ni les particularités culturelles (Gouvernement du Québec, 2022), de l'information en ce sens pourrait y être ajoutée.

6.3 Recommandations

Les recommandations présentées s'ajoutent à celles énoncées dans le chapitre des résultats et découlent des besoins identifiés par les participantes. Pour mieux les

comprendre, une division de cette section a été réalisée en fonction des quatre sphères de la pratique infirmière : (1) la pratique clinique; (2) la formation en sciences infirmières; (3) la gestion; et (4) la recherche.

6.3.1 Pratique clinique

En novembre 2021, l'OIIQ a émis un énoncé de position et de pistes d'action infirmières intitulé : « Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique » dans lequel il s'engage à soutenir les professionnels en soins infirmiers ainsi que les gestionnaires dans l'harmonisation de la qualité des soins et services donnés aux Premières Nations et Inuit (OIIQ, 2021). Concrètement, il est souhaité que les infirmières exercent une pratique réflexive en s'appuyant par exemple sur les meilleures pratiques en matière de sécurisation culturelle. Il est fortement recommandé qu'elles agissent comme avocates et *leaders* pour faire valoir les besoins identifiés par les femmes des Premières Nations afin de diminuer leurs inégalités en santé (Horrill et al., 2020; Waschuk, 2018). À la lumière du référentiel de compétences infirmières (Centre d'innovation en formation infirmière [CIFI], 2017), ces professionnelles sont tenues de faire preuve d'ouverture d'esprit, de bonifier leur pratique conformément aux besoins traditionnels identifiés par les femmes et de contribuer à la diminution des inégalités en santé (Brown et al., 2011). La compétence obligeant les infirmières à agir avec humanisme en respectant l'unicité de la personne (famille, communauté) s'inscrit dans la nécessité de développer une culture de sécurité (Boyer et al., 2016), spécialement pour les femmes des Premières Nations en contexte périnatal. Il importe que les infirmières soient sensibles à

l'importance de l'identité culturelle et de la communauté dans la dispensation des soins périnataux (Kolahdooz et al., 2016; VanEvery & Wright, 2021).

En raison des écarts documentés entre la perspective de santé basée sur un modèle biomédical et la vision holistique visant l'atteinte de l'équilibre des Autochtones, une approche culturellement sécurisante est recommandée (Brown et al., 2011; CERP, 2019; CIFI, 2017; Di Lallo, 2014; Kandasamy et al., 2017; Kolahdooz et al., 2016). Pourtant, à l'opposé du modèle biomédical, les modèles, théories et approches infirmières reconnaissent l'importance de prendre en considération l'expérience et l'environnement entourant le soin (Pepin et al., 2017). Or, la pratique clinique infirmière est contrainte à servir les intérêts de la profession médicale; ce qui influence la nature thérapeutique et les objectifs visés des soins dispensés (Dallaire, 2008). Considérant les mauvaises expériences vécues en contexte hospitalier (ENFFADA, 2019; Kolahdooz et al., 2016; van Herk et al., 2011; Varcoe et al., 2013; Wright et al., 2019) et les appels à l'action 96 et 97 du rapport issu de la Commission Viens, le recours à une clinique de proximité en santé offrant un environnement culturellement sécurisant, inspirée des cliniques *Minowé* (Val-d'Or) et *Acokan* (La Tuque) (CERP, 2019) à Trois-Rivières, est souhaité. L'intégration d'une infirmière dans cette clinique serait bénéfique afin qu'elle exerce son rôle d'*advocacy* pour mettre de l'avant les besoins et les désirs des femmes enceintes issues des Premières Nations. La dispensation d'enseignements relatifs à la périnatalité serait également favorisée dans un environnement sécurisant. La présence d'une infirmière encouragerait la combinaison de soins issus du modèle biomédical et des soins

traditionnels autochtones tel que recommandé dans la littérature (Blanchet-Cohen et al., 2021; Bruyere, 2012; Corcoran et al., 2017; Kandasamy et al., 2017; Kolahdooz et al., 2016; Lang et al., 2010; Larivière et al., 2016; Mann, 2018). Cette complémentarité des savoirs doit être prise en compte dans la pratique clinique en soins infirmiers (OIIQ, 2021). L'apport pertinent et sécurisant des infirmières praticiennes spécialisées de même que de la pratique sage-femme a été démontré (Corcoran et al., 2017; Loewen, 2011; Skye, 2010). L'importance documentée de recourir à une diversification des savoirs s'étend également à la collaboration interdisciplinaire.

Considérant que le fait de pouvoir recourir à des pratiques culturelles traditionnelles contribue à l'autodétermination des femmes des Premières Nations (First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021), il est recommandé que le CAATR offre des services liés à la périnatalité, notamment en favorisant le partage d'expériences pour contrer l'isolement des familles des Premières Nations en milieu urbain (Blanchet-Cohen et al., 2021; Lang et al., 2010; VanEvery & Wright, 2021). L'accès à un suivi infirmier dans ses installations est également souhaité afin d'offrir une approche personnalisée et permettant d'adresser les besoins d'informations médicales dans un environnement familial.

6.3.2 Formation en sciences infirmières

Dans le contexte actuel de formation des infirmières au Québec, un arrimage et une continuité des apprentissages en matière de sensibilisation aux particularités culturelles et

identitaires des Autochtones est nécessaire entre les établissements d'enseignement collégial et universitaire. En ce sens, au-delà de la sensibilisation, il importe d'offrir la possibilité aux futurs professionnels en soins infirmiers de faire des stages en contexte autochtone (MSSS, 2021) afin de mettre en action leur savoir-faire et savoir-être. De plus, il est souhaité qu'une approche centrée sur la parturiente et sa famille (Kolahdooz et al., 2016) soit enseignée aux étudiants. Il importe de tenir compte des possibles traumatismes transgénérationnels et obstétricaux vécus en appliquant une approche sensible aux traumatismes auprès des femmes en contexte de périnatalité afin de favoriser une expérience positive tel qu'il a été choisi dans cette présente étude (First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer, 2021; Roy, 2014). Les soins centrés sur la personne sont pertinents pour tous, tout comme l'approche sensible aux traumatismes. À cette base, il faut être sensible aux particularités culturelles. La formation doit s'inspirer de la pensée infirmière misant sur l'élaboration de soins qui répondent aux besoins de santé complexes et changeants des personnes et des communautés (Pepin et al., 2017). Considérant la complémentarité des savoirs professionnels, des cours et des formations visant la collaboration interprofessionnelle sont essentiels pour mieux connaître le rôle des autres professionnels (p. ex., sages-femmes) et travailler conjointement pour et avec l'utilisateur (Pepin et al., 2017).

Conformément aux appels à l'action 25 et 26 émis dans le rapport issu de la Commission Viens, de la formation doit être dispensée aux professionnels et aux futurs professionnels en soins infirmiers afin de veiller à inclure le développement de

compétences en matière de sécurisation culturelle (CERP, 2019). Celle-ci doit inclure le contexte sociohistorique, les réalités et les valeurs des Premières Nations (Corcoran et al., 2017; Kolahdooz et al., 2016). Il est fortement recommandé que la formation soit développée par des Autochtones ou en partenariat étroit avec ceux-ci (OIIQ, 2021). Par exemple, en avril 2021, une formation obligatoire de sensibilisation aux réalités autochtones, disponible en ligne et destinée aux professionnels de la santé pour donner suite aux événements de Joyce Echaquan, a été développée (Secrétariat aux affaires autochtones & Ministère de la Justice du Québec, 2021). Ces initiatives en collaboration avec les communautés autochtones visent à adresser la méconnaissance des professionnels de la santé face aux réalités des Autochtones. Bien que ces formations aient été déployées, il importe que les professionnels de la santé et les non-professionnels assistent à ces formations et mettent en application leurs apprentissages, notamment en contexte périnatal. Le recours aux formations doit être accompagné par d'autres stratégies complémentaires, notamment la pratique de la pensée réflexive et l'engagement organisationnel en termes de sécurisation culturelle (INSPQ, 2022b).

6.3.3 Gestion

L'embauche de professionnels issus des Premières Nations est souhaitée (MSSS, 2021) afin de favoriser une représentation des Autochtones au sein des établissements de santé. Découlant du concept de sécurisation culturelle, le recours à des professionnels de la santé autochtone en contexte périnatal est une avenue envisageable pour soutenir la compréhension des pratiques culturelles (Di Lallo, 2014). En ce sens, il importe que ces

employés autochtones occupent également un siège dédié au conseil d'administration et au comité des usagers (MSSS, 2021). Il est essentiel d'impliquer les instances autochtones dans les processus décisionnels influant sur leur bien-être afin d'adresser leurs besoins et d'organiser les soins de manière congruente (MSSS, 2021).

Conformément au document développé par le MSSS (2021), intitulé : « La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisant pour les Premières Nations et les Inuit », les institutions de soins et de services sociaux doivent adapter leur offre de services aux clientèles qu'ils desservent, notamment aux Premières Nations et aux Inuit. Ainsi, un engagement organisationnel doit être assuré afin d'inclure un contexte de sécurisation dans les politiques et procédures des établissements de santé, spécialement en matière de soins périnataux.

Le « Cultural safety and trauma-and violence-informed care framework for redressing inequities in healthcare access », tel que développé par Horrill et al. (2020) au Manitoba, est un exemple de document de référence pour les gestionnaires afin de favoriser le développement de soins basés sur l'équité. Celui-ci tient compte à la fois des principes de sécurisation culturelle et d'une approche sensible aux traumatismes. Les auteurs placent les infirmières comme étant des intervenantes clés dans la lutte contre les inégalités en santé vécues par les Premières Nations et les Inuit. De par leur rôle d'*advocacy* et leur proximité avec les parturientes, les infirmières sont dans une position privilégiée pour influencer les orientations du réseau de la santé vers une justice sociale

(Horrill et al., 2020; Pepin et al., 2017). La traduction et l'utilisation de cet outil, notamment en contexte périnatal, est souhaitée.

6.3.4 Recherche

Conformément aux politiques entourant les recherches menées auprès des femmes des Premières Nations (principes de PCAP®) ainsi qu'aux données probantes, il importe que les communautés des Premières Nations soient impliquées et consultées dans les processus de recherche qui les concernent (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2021; Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018; Femmes autochtones du Québec Inc., 2012; Kandasamy et al., 2017; OIIQ, 2021). Les recherches doivent être menées de manière à répondre aux besoins identifiés par les communautés autochtones et à favoriser leur autonomisation (OIIQ, 2021). Elles doivent générer de nouvelles connaissances, être bénéfiques et doivent veiller à rétablir la confiance envers le monde scientifique (OIIQ, 2021). Dans le cadre de ce projet de mémoire, le partenariat créé avec le CAATR a permis dès le départ de partir des besoins des membres et de créer un projet visant à décrire leur expérience dans le but d'émettre des pistes d'action pour mieux répondre à leur désir d'accompagnement par les professionnels de la santé.

En guise d'avenues de recherche en sciences infirmières, il serait intéressant d'approfondir les barrières et les facilitateurs à assister aux cours prénataux tels que décrits par les femmes des Premières Nations. Aussi, une clarification des services périnataux et

des besoins des femmes enceintes vivant en communauté territoriale serait pertinente. Une étude visant à explorer les difficultés auxquelles les infirmiers et infirmières œuvrant sur les unités mère-enfant sont confrontés permettrait de cibler leurs besoins de formation et de soutien clinique face à la culture des Premières Nations. Finalement, il serait intéressant de se pencher davantage sur l'expérience des pères dans d'éventuelles études. À la lumière des études recensées, aucune n'a pris en compte spécifiquement l'expérience des pères des Premières Nations. En effet, il serait enrichissant de faire valoir l'expérience de ceux-ci en contexte périnatal en complémentarité à la présente étude. Cela pourrait permettre d'émettre des pistes d'intervention en vue de l'élaboration de programmes d'accompagnement destinés aux parents des Premières Nations. Le Tableau 3 présente une synthèse de l'ensemble des recommandations émises dans ce mémoire.

6.4 Limites de l'étude

La présente étude se veut originale et collaborative par la composition de son équipe de recherche ainsi que par son partenariat avec une instance autochtone. Elle se démarque par l'importance accordée à l'expérience périnatale telle que vécue par les femmes des Premières Nations du Québec dans le but de favoriser un meilleur bien-être et un accompagnement infirmier sensible à leurs besoins lors de cette période. Malgré son côté novateur et d'actualité pour les sciences infirmières, l'étude présente quelques limites. Une première d'entre elles concerne la généralisation des résultats. En effet, les participantes ont été recrutées par l'entremise du CAATR, c'est-à-dire que l'étude s'est limitée aux femmes des Premières Nations transigeant par ses services.

Tableau 3*Synthèse des recommandations*

Recommandations	
4.1 Pratique clinique	<ul style="list-style-type: none"> – Adopter une approche infirmière holistique, culturellement sécurisante, sensible aux traumatismes et visant l'autonomisation des femmes des Premières Nations en contexte de périnatalité – Encourager la mise en place d'une clinique de proximité en santé intégrant la pratique infirmière et inspirée des cliniques <i>Minowé</i> (Val-d'Or) et <i>Acokan</i> en milieu urbain – Dispenser des soins infirmiers qui combinent la médecine occidentale et la médecine traditionnelle des Premières Nations – Offrir des services liés à la périnatalité au CAATR, notamment en favorisant le partage d'expériences et l'accès à un suivi infirmier dans ses installations
4.2 Formation en sciences infirmières	<ul style="list-style-type: none"> – Donner de la formation aux professionnels de la santé quant au contexte sociohistorique, aux réalités, aux particularités de santé et aux valeurs des Premières Nations – Enseigner l'approche sensible aux traumatismes et la sécurisation culturelle – Développer le <i>leadership</i>, l'<i>advocacy</i> et la pratique réflexive des infirmières pour faire valoir les besoins identifiés par les femmes des Premières Nations et de diminuer les inégalités en santé – Offrir la possibilité de faire des stages en contexte autochtone

Tableau 3*Synthèse des recommandations (suite)*

	Recommandations
4.3 Gestion	<ul style="list-style-type: none"> – Assurer un engagement organisationnel afin d’inclure un contexte de sécurisation et d’équité dans les politiques et procédures des établissements de santé – Adapter les offres de service aux clientèles desservies par les institutions de soins et de services sociaux, notamment en offrant des soins et services périnataux culturellement sécurisants – Impliquer les instances autochtones dans les processus décisionnels influant sur leur bien-être afin d’adresser leurs besoins et d’organiser les soins de manière congruente – Embaucher des professionnels issus des Premières Nations, réserver des sièges au conseil d’administration et au comité des usagers aux membres des Premières Nations
4.4 Recherche	<ul style="list-style-type: none"> – Mener des études en impliquant et en consultant les communautés des Premières Nations de manière à répondre à leurs besoins et à favoriser leur autonomisation – Approfondir les barrières et les facilitateurs à assister aux cours prénataux tels que décrits par les femmes des Premières Nations – Explorer les difficultés auxquelles les infirmiers et infirmières œuvrant sur les unités mère-enfant sont confrontées – S’intéresser à la notion de genre dans l’expérience périnatale de manière à inclure la perspective des pères des Premières Nations

Cela ne permet pas une généralisation des données à l'ensemble des femmes des Premières Nations habitant ou transigeant en milieu urbain. Aussi, l'étude a inclus un petit échantillon ($n = 10$ participantes) composé à 90 % de femmes atikamekw. Néanmoins, la phénoménologie ne vise pas à généraliser ni à obtenir de grands échantillons, mais plutôt à décrire un phénomène donné.

Une deuxième limite concerne le contexte sociosanitaire induit par la pandémie de COVID-19 qui a eu un impact sur le déroulement de l'étude. En effet, ce projet avait une visée davantage participative (p. ex., présence au CAATR, entretiens face-à-face, etc.). Or, il a été limité par ce contexte qui a engendré des inconvénients, notamment l'absence de rencontres en personne de l'équipe de recherche et l'état des femmes lors des entretiens qui était teinté par le confinement (p. ex., perte d'emploi temporaire entraînant des inquiétudes financières). En effet, des données collectées au cours de la pandémie auprès d'Atikamekw et d'Innu ($n = 11$ femmes, $n = 2$ hommes) vivant en milieu urbain au Saguenay-Lac-Saint-Jean indiquent que de la détresse psychologique de même que de l'anxiété ont été vécues. Les inquiétudes et la peur face aux services de santé se sont ajoutées aux inégalités sociales accentuées par ce contexte (p. ex., isolement de leur communauté territoriale, impossibilité de pratiquer des cérémonies traditionnelles, etc.) (Poitras et al., 2022). En somme, la pandémie a limité nos critères d'inclusion pour le recrutement des participantes. Ainsi, l'expérience des femmes des Premières Nations ayant accouché après mars 2020 n'a pas pu être prise en compte, puisque les propos recueillis auraient pu être mitigés par les effets de la pandémie.

En conclusion, ce chapitre a permis d'interpréter les résultats de l'étude (expérience périnatale et accompagnement périnatal) en fonction de la littérature existante, d'émettre des recommandations en fonction de la pratique clinique, de la formation en sciences infirmières, de la gestion et de la recherche et d'explorer les limites de l'étude. La prochaine et dernière section conclura la présente étude.

Conclusion

En résumé, la présente étude a permis de répondre aux objectifs visant à décrire l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations ainsi qu'à décrire la manière dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé lors de cette période. Un cadre de référence intégrant une approche sensible aux traumatismes, tel que recommandé par la SAMHSA (2014), a été utilisé afin de tenir compte du contexte sociohistorique des Premières Nations. Cela a permis de brosser un portrait plus global de l'accompagnement souhaité conformément aux éléments partagés. Les résultats présentent l'expérience périnatale qui se voit teintée par l'état de santé physique, psychologique, émotionnel et spirituel des femmes lors de cette période. L'accompagnement périnatal est quant à lui décrit en fonction du suivi reçu, incluant les éléments appréciés et non appréciés de celui-ci, des besoins d'informations identifiés portant sur les soins et services périnataux et sur la culture et des attentes émises à l'égard des professionnels de la santé, notamment face aux connaissances et compétences culturelles ainsi qu'à l'inclusion et à l'adaptation.

Il importe de rappeler que la totalité des femmes interrogées soulignent que l'attente d'un enfant a eu un impact positif dans leur cheminement personnel. Toutefois, la majorité d'entre elles rapportent avoir vécu des expériences négatives avec les professionnels de la santé lors de leur suivi périnatal. Ainsi, l'aspect naturel et sacré entourant la maternité renforce le désir de plusieurs femmes des Premières Nations de recourir à un suivi

périnatal moins médicalisé et concordant davantage avec leurs valeurs traditionnelles. Néanmoins, le besoin criant d'inclure les réalités et particularités culturelles des femmes des Premières Nations dans les approches de soins (formations, enseignements, procédures, protocoles, etc.) dispensées par les professionnels de la santé a été identifié.

Une meilleure compréhension de l'expérience prénatale des femmes des Premières Nations au sein des services publics de santé québécois permet de mieux comprendre les réalités et les besoins entourant cette période ainsi que l'accompagnement désiré. Des interventions directes pour adresser les éléments soulevés par les participantes ainsi que des changements transversaux pour faciliter leur expérience périnatale sont souhaités. Le rôle pivot joué par les infirmières dans l'accompagnement des parturientes des Premières Nations est à même d'influencer positivement l'expérience des femmes en adoptant une ouverture d'esprit et une attitude bienveillante. L'intégration de professionnels de la santé issus des Premières Nations est souhaitée pour mieux soutenir une approche culturellement sécurisante. Les résultats de cette étude permettent de brosser un premier portrait québécois de l'expérience prénatale et de l'accompagnement désiré par les femmes des Premières Nations transitant par les services publics de santé urbains. Or, d'autres études sont requises afin de mieux comprendre l'expérience des femmes des Premières Nations. En guise d'exemple, une description de l'expérience des femmes vivant en communauté territoriale et ne transitant pas par les services urbains serait intéressante dans le but de comparer les besoins avec ceux identifiés dans ce mémoire. Plusieurs infirmières travaillent dans les communautés territoriales et accompagnent les

parturientes autochtones. Ainsi, une meilleure connaissance des besoins et de l'expérience de ces femmes permettrait aux infirmières d'intervenir de manière congruente avec les souhaits de ces femmes tout en tenant compte des réalités des communautés territoriales autochtones. De plus, plusieurs pistes d'amélioration pour les cours prénataux ont été énoncées dans le cadre de cette étude. Par conséquent, un approfondissement des barrières et des facilitateurs à assister aux cours prénataux serait une avenue de recherche en sciences infirmières intéressante, puisque cela permettrait de mieux contextualiser les besoins d'informations soulevés dans ce mémoire. Finalement, en plus de l'intérêt scientifique grandissant pour mieux comprendre les besoins et les perspectives autochtones, plusieurs efforts sont déployés pour améliorer la qualité des soins et services dispensés à cette clientèle. Les infirmières sont mobilisées et dévouées à dispenser des soins de santé équitables et répondant aux véritables besoins des Autochtones.

Le mot de la fin de ce mémoire est accordé à une participante :

« Un enfant, ça transforme tout. Ça change tout. En même temps, autant que ça peut être difficile, autant que ça peut être imprévisible, c'est le fun de découvrir à chaque jour, de le voir grandir. Puis le fait qu'on grandisse avec lui aussi. »

(Participante 1)

Références

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First people, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of indigenous peoples in Canada*. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>
- Arriagada, P. (2016). *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe / Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites* [rapport n° 89-503-X]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-503-x/2015001/article/14313-fra.pdf?st=sV1DJBmY>
- Black, K. A., MacDonald, I., Chambers, T., & Ospina, M. B. (2019). Postpartum mental health disorders in indigenous women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(10), 1470-1478. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.009>
- Blanchet-Cohen, N., Cloutier, E., Laroche, S., Lévesque, C., & Wawanoloath, M.-A. (2021). Moving toward Indigenous-centred perinatal care in urban Quebec. *International Journal of Indigenous Health*, 16(2), 54-69. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i2.33211>
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Bowen, A., Duncan, V., Peacock, S., Bowen, R., Schwartz, L., Campbell, D., & Muhajarine, N. (2014). Mood and anxiety problems in perinatal indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. *Transcultural Psychiatry*, 51(1), 93-111. <https://doi.org/10.1177/1363461513501712>
- Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L., & Déry, J. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte*. https://cifi.umontreal.ca/fileadmin/cifi/Documents/CIFI_Referentiel_Comptence_Hospitalier_190125_HR.pdf
- Bradfield, B. (2011). The dissociation of lived experience: A relational psychoanalytic analysis of the intergenerational transmission of trauma. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 6(1), 531-550. <https://doi.org/10.1080/15551024.2011.60695>

- Brown, H., Varcoe, C., & Calam, B. (2011). The birthing experiences of rural aboriginal women in context: implications for nursing. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 43(4), 100-117.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C., Lavoie, J., Wong, S. T., & 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(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K. & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-1707-9>
- Bruyere, M. (2012). Cultural birthing traditions in the first nations peoples of Canada: Are traditions being displaced by modern medicine? *International Journal of Childbirth Education*, 27(1), 39+. <https://link.gale.com/apps/doc/A302298439/AONE?u=anon~e76e3f13&sid=googleScholar&xid=4bb28153>
- Bureau du coroner. (2021). *Rapport d'enquête : loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Joyce Echaquan. 2020-00275*. https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00275-9.pdf
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (CCNSA, 2012). *L'espace sacré de la féminité / Le maternage à travers les générations*. CCNSA.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (CCNSA, 2019). *Les déterminants sociaux de la santé : l'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2021). *Les principes de PCAP ® des Premières Nations*. <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/#:~:text=Ces%20principes%2C%20dont%20le%20sigle,Nations%20en%20mati%C3%A8re%20de%20donn%C3%A9es>
- Centre d'innovation en formation infirmière. (CIFI, 2017). *Référentiel de compétences des infirmières des communautés Premières Nations du Québec*. https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI_Nou_Brochure_Refere ntiel_Compete nce_2019_web.pdf

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ, 2017). *Demande et prise de possession du placenta* [document inédit]. CIUSSS MCQ.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ, 2018a). *Remise du placenta au parent requérant* [document inédit]. CIUSSS MCQ.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ, 2018b). *Vous désirez prendre possession de votre placenta? Voici ce que vous devez savoir* [document inédit]. CIUSSS MCQ.
- Chen, L., Wang, W.-J., Auger, N., Xiao, L., Torrie, J., McHugh, N. G.-L., & Luo, Z.-C. (2019). Diabetes in pregnancy in associations with perinatal and postneonatal mortality in First Nations and non-indigenous populations in Quebec, Canada: Population-based linked birth cohort study. *BMJ Open*, 9(4), Article e025084. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025084>
- Chen, L., Xiao, L., Auger, N., Torrie, J., McHugh, N. G.-L., Zoungrana, H., & Luo, Z.-C. (2015). Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in aboriginal vs. non-aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996-2010. *Plos One*, 10(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138562>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Collège des médecins. (2019). *La récupération du placenta à des fins personnelles*. <http://www.cmq.org/page/fr/la-recuperation-du-placenta-a-des-fins-personnelles.aspx>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. https://grimes.uqtr.ca/HTCOMNET/Handlers/Download.ashx/Protocole_recherche_CSSSPNQL.pdf?action=view&file=Dossiers%20partag%C3%A9s%2FProjet_Autochtone%2F%C3%89thique%2FDocuments%20%C3%A9thique%20autochtone/Protocole_recherche_CSSSPNQL.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : Méthodologie*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/HWRKr1P8r5Ty0Gy#pdfviewer>

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018). *Périnatalité et petite enfance chez les Premières Nations : la culture un cadeau pour les générations à venir*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/jZcuu7SmbIrLfaC>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2021). *Stérilisations imposées*. <https://sterilisationsimposees.cssspnql.com/>
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (CERP, 2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?i dn=97224
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (CVR, 2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada & Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils: éthique de la recherche avec des êtres humains*. Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche.
- Corcoran, P. M., Catling, C., & Homer, C. S. E. (2017). Models of midwifery care for indigenous women and babies: A meta-synthesis. *Women and Birth*, 30(1), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.003>
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Hayward, M. N., & Toth, E. (2018). Le diabète de type 2 chez les Autochtones. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(1), S296-S306. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.022>
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Chenelière Éducation.
- Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Olmedo, M., Bueno-Cavanillas, A., & Gálvez-Vargas, R. (1996). A comparison of two indices of adequacy of prenatal care utilization. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 7(6), 648-650. <https://doi.org/10.1097/00001648-199611000-00016>
- Di Lallo, S. (2014). Prenatal care through the eyes of Canadian aboriginal women. *Nursing for Women's Health*, 18(1), 38-46. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12092>

- Douglas, V. K. (2022). *Introduction to aboriginal health and health care in Canada: Bridging health and healing* (2^e éd.). Springer Publishing Company.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131–142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (ENFFADA, 2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place / Un rapport complémentaire (Québec)* (Vol. 2). https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf
- Femmes autochtones du Québec Inc. (2012). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. <https://www.etsmtl.ca/docs/recherche/soutien-aux-chercheurs/equite-diversite-et-inclusion-recherche-ets/Documents/Lignes-directrices-femmes-autochtones>
- First Nations Health Authority. (2016). *Creating a climate for change*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
- First National Health Authority & Office of the Provincial Health Officer. (2021). *Sacred and strong - upholding our matriarchal roles: The Health and Wellness Journeys of First Nations Women and Girls Living in BC*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-Sacred-and-Strong.pdf>
- Fontaine, N. (2019). *Shuni*. Mémoire d'encrier.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Éds), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 58-90). Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Canada. (2020). *Pavillon kumik des Aînés*. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013748/1594319789915>

- Gouvernement du Canada. (2021). *Les communautés autochtones au Québec*. https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1634312499368/1634312554965?utm_source=NationsAltMap-fra.html&utm_medium=url
- Gouvernement du Québec. (2013). *Tikinagan : porte-bébé autochtone*. <https://www.patrimoine-culturel.gouv.qc.ca/rpcq/detail.do?methode=consulter&id=23&type=imma>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Services avant et après la naissance*. <https://ciusssmq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/grossesse-et-nouveau-ne/services-avant-et-apres-la-naissance>
- Graham, H., & Martin, S. (2016). Narrative description of Miyo-Mahcihoyan (physical, emotional, mental, and spiritual well-being) from a contemporary Nehiyawak (Plains Cree) perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(58), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0086-2>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research* (8^e éd). Elsevier.
- Guay, C. (2017). *Le savoir autochtone dans tous ses états : regards sur la pratique singulière des intervenants sociaux innus d'Uashat mak Mani-Utenam*. Presses de l'Université du Québec.
- Heaman, M. I., Gupton, A. L., & Moffatt, M. E. (2005). Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: A comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(3), 237-246. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30516-3](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30516-3)
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4^e éd.). Wiley Blackwell.
- Horrill, T. C., Martin, D. E., Lavoie, J. G., & Schultz, A. S. H. (2020). Nurses as agents of disruption: Operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among indigenous Peoples. *Nursing Inquiry*, 28(3), 1-14. <https://doi.org/10.1111/nin.12394>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2060_effets_rencontres_prenatales_groupe.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2022a). *Consommation de substances psychoactives en période périnatale chez les femmes autochtones : déterminants sociaux*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2853>

- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2022b). *Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2870>
- Isobel, S., Goodyear, M., & Foster, K. (2019). Psychological trauma in the context of familial relationships: A concept analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 20*(4), 549-559. <https://doi.org/10.1177/1524838017726424>
- Jubenville, D., Smylie, J., Wolfe, S., Bourgeois, C., Berry, N. S., Rotondi, M., O'Brien, K., & Venners, S. (2022). Relationships to land as a determinant of wellness for Indigenous women, two-spirit, trans, and gender diverse people of reproductive age in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health, (2022)*. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00678-w>
- Kandasamy, S., Vanstone, M., Oremus, M., Hill, T., Wahi, G., Wilson, J., Darlene Davis, A., Jacobs, R., Anglin, R., & Anand, S. S. (2017). A case study of a methodological approach to cocreating perinatal health knowledge between western and indigenous communities. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1), 1. <https://doi.org/10.1177/1609406917696742>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry, 52*(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Kolahdooz, F., Launier, K., Nader, F., Yi, K.J., McHugh, T.-L., Vallianatos, H., & Sharma, S. (2016). Canadian indigenous women's perspectives of mental health and health care services: A systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care, 13*(5), 334-348. <https://doi.org/10.21767/2049-5471.100073>
- Lang, C., Macdonald, M. E., Carnevale, F., Josée Lévesque, M., & Decoursay, A. (2010). Kadiminekak Kiwabigonem: Barriers and facilitators to fostering community involvement in a prenatal program in an Algonquin community. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal & Indigenous Community Health, 8*(1), 55-81.
- Langridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research, and method*. Pearson Education.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., Adams, B., Maida, C. A., & Freed, W. (2012). Treating multi-traumatized, socially-marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(1), 813-828. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Larivière, W., Boulanger, S., Champagne, J., Dubois, C., & Bouchard, S. (2016). *À la rencontre des femmes autochtones du Québec*. Conseil du statut de la femme. https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes_autochtones_web.pdf

- Larousse. (2021). *Prénatal, prénatale, prénatals ou prénataux*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9natal/63571>
- Larousse. (2022). *Alexithymie*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alexithymie/2201>
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A. J., & O'Neil, J. (2016). Managing Matajoosh: Determinants of First Nations' cancer care decisions. *BMC Health Services Research*, 16(402), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1665-2>
- Leason, J. (2021). Indigenous women's stress and postpartum depression: Discussions from the Canadian maternity experiences survey and indigenous maternity narratives. *International Journal of Indigenous Health*, 16(2), 225-243. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i2.33180>
- Leclerc, A.-M. (2020). *Stratégie holistique | Rapport de projet 2018-2020*. Université du Québec à Trois-Rivières, 66p.
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 223-234. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.07.014>
- Lévesque, C. (2016). *La présence autochtone dans les villes du Québec : actions, tendance et enjeux* (n° 2016-01). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et Institut national de la recherche scientifique. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-117.pdf
- Lévesque, C., Gagnon, M., Desbiens, C., Apparicio, P., Cloutier, E., & Sirois, T. (2019). *Profil démographique de la population des Premières Nations et du peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001 à 2016* (n° 2019-03). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et Institut national de la recherche scientifique. <https://reseaudialog.ca/wp-content/uploads/2020/07/CahierODENA-2019-03-Profildepopulation-VF.pdf>
- Loewen, R. (2011). *The role of the nurse practitioner in the implementation of group prenatal visits for aboriginal women: Exploring a new type of care* [Thèse de doctorat inédite]. University of Northern British Columbia, Colombie-Britannique, Canada. <https://doi.org/10.24124/2011/bpgub1514>

- Logiudice, J. A., & Beck, C. T. (2016). The lived experience of childbearing from survivors of sexual abuse: “It was the best of times, it was the worst of times”. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(4), 474-481. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12421>
- Loi constitutionnelle. (1982). https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/CONST_TRD.pdf
- Mann, J. (2018). *Canadian maternal healthcare policies and indigenous women: The systemic, symbolic and individual oppression of indigenous women in Canada* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université d’Ottawa, Ontario, Canada.
- Metheny, N., & Dion Fletcher, C. (2021). An environmental scan of indigenous cultural safety in Canadian baccalaureate nursing and midwifery programs. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(4), 417-425. <https://doi.org/10.1177/08445621211016143>
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N., & Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles aux traumatismes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Éds), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 251-271). Presses de l’Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2021). *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2022). *Ma grossesse – Un nouveau service pour répondre aux besoins des femmes enceintes dès les premiers mois*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu%C3%A9-3474/#:~:text=Ministre%20d%C3%A9gu%20-,Ma%20grossesse%20%2D%20Un%20nouveau%20service%20pour%20r%C3%A9pondre%20aux%20besoins%20des%20enceintes%20d%C3%A8s%20les%20premiers%20mois&text=Le%20ministre%20d%C3%A9gu%20%20%20la%20des%20femmes%20enceintes%20du%20Qu%20bec>
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Moskowitz, S. (2011). Primary maternal preoccupation disrupted by trauma and loss: Early years of the project. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(2-3), 229-237. <https://doi.org/10.1080/15289168.2011.600117>

- Naître et Grandir. (2014). *Grossesse : les cours prénataux*. https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre2/grossesse-cours-prenataux/?gclid=CjwKCAjw77WVBhBuEiwAJ-YoJEPa04yxx04krTyQNWK_rrR6BYWJQkpTDP0ojYJ4YwIyk0ZfJMmkMB_oCUB4QAvD_BwE
- Nelms, T. (2014). Phenomenological philosophy and research. Dans M. De Chesnay (Éd.), *Nursing research using phenomenology: Qualitative designs and methods in nursing*. (pp. 1-23). Springer Publishing Company, LLC.
- Nelson, C., Lawford, K. M., Otterman, V., & Darling, E. K. (2018). Mental health indicators among pregnant aboriginal women in Canada: Results from the Maternity Experiences Survey. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 38(7-8), 269-276. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.7/8.01>
- Nelson, S. E., & Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, 218(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.017>
- O'Driscoll, T., Kelly, L., & Payne, L. (2011) Delivering away from home: The perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16(4), 126-130.
- Office québécois de la langue française. (2021). *Fiche terminologique : Inuit*. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1299275
- Oliveira, A. P., Kalra, S., Wahi, G., McDonald, S., Desai, D., Wilson, J., Jacobs, L., Smoke, S., Hill, P., Hill, K., Kandasamy, S., Morrison, K., Teo, K., Miller, R., & Anand, S. S. (2013). Maternal and newborn health profile in a first nation's community in Canada. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 35(10), 905-913. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30812-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30812-4)
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (OIIQ, 2015). *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (OIIQ, 2021). *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5537-enonce-position-premieres-nations-inuit-web.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>

- Oster, R. T., Bruno, G., Montour, M., Roasting, M., Lightning, R., Rain, P., Graham, B., Mayan, M. J., Toth, E. L., & Bell, R. C. (2016). Kikiskawâwasow - prenatal healthcare provider perceptions of effective care for First Nations women: An ethnographic community-based participatory research study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *16*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1013-x>
- Oster, R. T., King, M., Morrish, D. W., Mayan, M. J., & Toth, E. L. (2014). Diabetes in pregnancy among First Nations women in Alberta, Canada: A retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 136. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18791>
- Pepin, J., Ducharme, F., & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4     d.). Chenelière   ducation.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soign  * (2     d.). Chenelière   ducation.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, *45*(4), 333-343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>
- Place, J. (2012). *La santé des Autochtones en milieu urbain*. Centre de collaboration national de la santé autochtone. <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthUrbanAboriginal-Place-FR.pdf>
- Poirier, J., Kattini, R., Kelly, L., Madden, S., Voth, B., Dooley, J., Marazan, B., & Hummelen, R. (2020). Screening for gestational diabetes in pregnancy in Northwestern Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, *25*(2), 61-66. https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_51_19
- Poitra, M.-E., Canap  , A., Bacon, K., Vaillancourt, V. T., Hatcher, S., & Boudreault, A. (2022). The COVID-19 pandemic: Challenges and needs experienced by Indigenous people in urban areas. *International Journal of Indigenous Health*, *17*(1), 87-101. <https://doi.org/10.32799/ijih.v17i1.36676>
- Porter, E. (1998). On "being inspired" by Husserl's phenomenology: Reflections on Omery's exposition of phenomenology as a method of nursing research. *Advances in Nursing Science*, *21*(1), 16-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-199809000-00003>
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2018). *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics – Portrait de la situation au Québec*. https://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Montreal_FR.pdf

- Routhier, M. J. (1984). Que sont devenues les sages-femmes d'antan? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane. *Recherches amérindiennes au Québec*, 14(3), 26-36.
- Roy, A. (2014). Intergenerational trauma and Aboriginal women: Implications for mental health during pregnancy. *First Peoples Child & Family Review*, 14(1), 211-224. <https://doi.org/10.7202/1071790ar>
- Roy, A., Thurston, W. E., & the Voices and PHACES Study Team. (2015). *Depression and mental health in pregnant aboriginal women: Key results and recommendations from the Voices and PHACES study* [Rapport final]. University of Calgary, Alberta, Canada. <https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2020/01/voices-phaces-study-finalreport.pdf>
- Santé publique Ontario. (2020). *Les pratiques sensibles au traumatisme pour les enfants et les familles durant la pandémie de COVID-19*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/08/covid-19-trauma-informed-practices-children-families.pdf?la=fr>
- Secrétariat aux affaires autochtones & Ministère de la Justice du Québec. (2021). *Sensibilisation aux réalités autochtones* [Formation en ligne]. Environnement numérique d'apprentissage. <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/zone-professionnelle/formations-conferences/formation-sur-la-sensibilisation-aux-realites-autochtones>
- Shah, P. S., Zao, J., Al-Wassia, H., & Shah, V. (2011). Pregnancy and neonatal outcomes of aboriginal women: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health Issues*, 21(1), 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.08.005>
- Shahram, S. Z., Bottorff, J. L., Kurtz, D. L. M., Oelke, N. D., Thomas, V., & Spittal, P. M. (2017). Understanding the life histories of pregnant-involved young aboriginal women with substance use experiences in three Canadian cities. *Qualitative Health Research*, 27(2), 249-259. <https://doi.org/10.1177/1049732316657812>
- Sheppard, A. J., Shapiro, G. D., Bushnik, T., Wilkins, R., Perry, S., Kaufman, J. S., Kramer, M. S., & Yang, S. (2017). Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. *Rapports sur la santé*, 28(11), 12-18. <https://www.nunivaat.org/doc/publication/Issues-de-grossesses.pdf?v=1511990565>
- Skye, A. D. (2010). Aboriginal midwifery: A model of change. *International Journal of Indigenous Health*, 6(1), 28-37. <https://doi.org/10.18357/ijih61201012343>

- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. Dans C. H. Zeanah, Jr. (Éd.), *Handbook of infant mental health* (3^e éd., pp. 22-39.). Guilford Press.
- Smith, D. A., Edwards, N. C., Martens, P. J., & Varcoe, C. (2007). Making a difference: A new care paradigm for pregnant and parenting aboriginal people. *Revue canadienne de sante publique*, 98(4), 321-325. <https://doi.org/10.1007/BF03405411>
- Smylie, J., & Firestone, M. (2016). The health of indigenous peoples. Dans D. Raphael (Éd.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3^e éd., pp. 434-466). Canadian Scholars'Press.
- Stote, K. (2012). The coercive sterilization of aboriginal women in Canada. *American Indian Culture and Research Journal*, 36(3), 117-150. <https://doi.org/10.17953/AICR.36.3.7280728R6479J650>
- Streubert, J. H., & Rinaldi Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5^e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA, 2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. HHS Publication.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA, 2019). *Trauma and violence*. <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA, 2022). *Harm reduction*. <https://www.samhsa.gov/find-help/harm-reduction>
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R., & Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: A risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(9), 960-967. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.845157>
- Toth, E. L., Keith, K.-L., Littlechild, R., Myskiw, J., Meneen, K., Buckreus, K., & Oster, R. T. (2016). High frequency of pre-existing type 2 diabetes in a series of pregnant women referred for "gestational diabetes" in a large Canadian indigenous community. *Canadian Journal of Diabetes*, 40(6), 487-489. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.04.012>

- Tremblay, J., Cleary, J., Weizineau, E., Lemieux, R., & Leclerc, A. M. (2022, 9-13 mai). *L'expérience prénatale de femmes des Premières Nations transigeant vers la parentalité : le développement de pratiques sensibles*. 89^e Congrès de l'ACFAS, en mode virtuel.
- Tremblay, J., Cleary, J., Weizineau, E., Leclerc, A.-M. & Lemieux, R. (2022, 30 juin). *L'expérience prénatale de femmes des Premières Nations transigeant vers la parentalité : le développement de pratiques sensibles*. Présentation au Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Tremblay, J. & Leclerc, A.-M. (2019). Perspective contemporaine de la santé des Autochtones : une revue de littérature. *Cyberjourn@l de l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 8(1). <http://oriimcq.oiq.org/volume-08-numero-01/cliniquement-votre>
- Tremblay, J., Lemieux, R., Weizineau, E., Cleary, J., & Leclerc, A. M. (2021, 12 mai). *L'expérience prénatale des femmes des Premières Nations au sein des services publics de santé : résultats préliminaires*. Colloque de la maîtrise en sciences infirmières du réseau de l'Université du Québec, en mode virtuel.
- Tremblay, J., Weizineau, E., Cleary, J., Leclerc, A. M., & Lemieux, R. (2021, 24 septembre). *L'expérience prénatale des femmes des Premières Nations au sein des services publics de santé*. Colloque de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière, en mode virtuel.
- Usito. (2022). *Allochtone*. <https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/allochtone>
- VanEvery, R., & Wright, E. (2021). Mother's experiences of supporting the healthy development of their infants' indigenous identities. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 6(3), 82-95.
- van Herk, K. A., Smith, D., & Andrew, C. (2011). Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care. *Contemporary Nurse*, 37(1), 57-68. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.1.057>
- Varcoe, C., Brown, H., Calam, B., Harvey, T., & Tallio, M. (2013). Help bring back the celebration of life: A community-based participatory study of rural aboriginal women's maternity experiences and outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-26>
- Waltz, C. F., Strickland, O., & Lenz, E. R. (2016). *Measurement in nursing and health research* (5^e éd.). Springer Publishing Company.

- Waschuk, K. (2018). Inequities Within Indigenous Maternal Health: A Prevailing Issue. *International Journal for Human Caring*, 22(1), 14-20. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.22.2.14>
- Wright, A. L., Ballantyne, M., & Wahoush, O. (2019). Caring for indigenous families in the neonatal intensive care unit. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1-12. <https://doi.org/10.1111/nin.12338>

Appendice A
Carte des nations du Québec

Carte des nations du Québec



Gouvernement du Canada. (2021). *Les communautés autochtones au Québec*.
https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1634312499368/1634312554965?utm_source=NationsAltMap-fra.html&utm_medium=url

Appendice B
Guide d'entretien



Développement de pratiques sensibles auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité

Guide d'entretien

Lecture du FIC

Obtention du consentement verbal (étude + enregistrement)

Consignes :

La grossesse peut être un moment d'une grande intensité, autant au plan physique, psychologique et spirituel. Elle peut susciter un lot d'émotions plus désagréables, mais aussi d'émotions agréables.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : nous sommes intéressés par votre vécu et vos perceptions. N'hésitez pas à me demander des clarifications si vous ne comprenez pas le sens de la question, je comprends que certains termes sont plus difficiles à traduire. Si une réponse vous vient spontanément dans votre langue maternelle, dite-là et nous tenterons de trouver les mots ensemble.

Avez-vous des questions avant de commencer?

Débuter l'enregistrement

Introduction

1. Avant de commencer, pouvez-vous me dire ce qui vous motive à participer à cette recherche?
2. Pour débiter, j'aimerais savoir depuis quand êtes-vous devenu maman ?
 - Nombre d'enfant(s) et âge
 - Âge de la/des grossesse(s)

3. Comment s'est passée votre/vos grossesse(s) ?
 - Problèmes physiques (diabète, HTA, infections, etc.)
 - Difficultés psychologiques (anxiété, dépression, stress, etc.)
 - Difficultés rencontrées (financières, affectives, etc.)
 - Éléments facilitants (soutien, ressources, etc.).

Contexte autochtone et besoins

Maintenant, si vous le voulez bien, les prochaines questions porteront sur votre vécu et sur vos besoins durant votre/vos grossesse(s)

4. Comment c'était, pour vous, d'être enceinte ?
5. Quels étaient vos besoins au moment de votre/vos grossesse(s) ?
 - Personne en particulier
 - Rituels particuliers
6. Dans un monde idéal, comment auriez-vous aimé vivre votre/vos grossesse(s) en lien avec votre culture autochtone ?
 - Pratiques/cérémonies ;
 - Enseignement relié à la spiritualité (signification de la grossesse) ;
 - Ateliers aux mères autochtones, etc.

Soutien

7. À partir du moment que vous avez appris que vous étiez enceinte jusqu'à votre/vos accouchement(s), quel(s) type(s) d'accompagnement avez-vous eu de la part de votre entourage ?
8. Comment qualifiez-vous le soutien que vous avez reçu ?
 - Nuisible ou aidant ;
 - Insuffisant, suffisant ou trop ;
 - Réponse aux besoins ?

Suivi prénatal

Pour la prochaine section, j'aimerais que vous me parliez plus en profondeur de votre suivi prénatal. Les prochaines questions visent à documenter en quoi le suivi prénatal (avant l'accouchement) que vous avez reçu n'était pas ou était approprié afin d'orienter la nature du suivi des professionnels de la santé.

9. Quel(s) type(s) de suivi de grossesse avez-vous eu (s'il y a lieu) ?
 - Type de professionnel ;
 - Milieu.

10. Comment vous sentiez-vous quand vous alliez voir votre (*nommer le professionnel*) chargé de votre/vos suivi(s) ?
 - Lien de confiance ;
 - Soins culturellement adaptés
 - Disponibilité,
 - Écoute, etc.

11. Y a-t-il des choses qui vous dont déplus en lien avec votre/vos suivi(s) ?
 - (Approche, prise de décisions, identité autochtone)

12. Y a-t-il des choses que vous avez aimé de votre/vos suivi(s) ?

13. Dans un monde idéal, comment auriez-vous aimé être accueillie et suivie durant votre/vos grossesse(s) ?

Conclusion

Pour conclure l'entretien, je termine avec des questions plus générales en lien avec votre expérience de grossesse.

14. Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que vous avez vécu durant votre/vos grossesse(s) que vous désirez me partager ?
 - Expériences ;
 - Recommandations.

15. En lien avec votre/vos grossesse(s), pensez-vous avoir grandi par rapport à ce que vous avez vécu ?
- Prise de conscience,
 - Découverte de quelque chose de positif par rapport à vous ou par rapport à votre identité autochtone, etc.

Questionnaire sociodémographique

Comme mentionné au début de l'entretien, il est possible que certaines questions posées sur votre expérience de grossesse aient pu vous faire revivre des émotions, des souvenirs ou des questionnements sensibles. Je me permets donc de vous mentionner à nouveau les possibilités qui s'offrent à vous si vous désirez faire un retour sur ces éléments : nous pouvons prendre le temps d'en discuter ensemble, vous pouvez discuter avec Eden Weizineau (intervenante psychosociale au CAATR), consulter le programme d'aide aux employés offert par votre employeur, vous référer à la ligne info-sociale (811) ou au bottin des ressources autochtones de la Mauricie-Centre-du-Québec.

Merci pour votre participation, *Mikwec* !

Appendice C
Questionnaire sociodémographique

Développement de pratiques sensibles auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de mieux connaître les participantes ayant pris part au projet de recherche. Les données recueillies demeureront anonymes.

- 1) Quelle est votre année de naissance ? _____
- 2) Quel est votre état civil ? :
 - Célibataire
 - Conjointe de fait
 - Mariée
 - Séparée
 - Divorcée
 - Veuve
- 3) Quel est votre plus haut niveau d'études atteint?
 - Moins qu'un diplôme d'études secondaires
 - Diplôme d'études secondaires / DEP
 - Diplôme d'études collégiales
 - Diplôme d'études universitaires
- 4) Où se situe votre revenu familial brut annuel?
 - < 20 000\$
 - 20 000\$ à 39 999\$ /année
 - 40 000\$ à 59 999\$/année
 - 60 000\$ à 79 999\$
 - 80 000\$ et plus
- 5) Quelle est votre occupation actuelle? _____
- 6) Quel est votre lieu (ville) de résidence? _____
- 7) Depuis combien de temps êtes-vous en milieu urbain ? _____ ans.
- 8) Quelle est votre communauté d'appartenance (ex. Atikamekw de Manawan) ?

Appendice D
Lettre d'appui du CAATR



Trois-Rivières, le 7 octobre 2019

Objet : Lettre d'appui au projet *Développement de pratiques sensibles aux traumas auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité*

Bonjour,

Par la présente, nous souhaitons officialiser notre collaboration au projet *Développement de pratiques sensibles aux traumas auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité*. Il s'inscrit dans notre projet de Stratégie holistique avec lequel la professeure Leclerc collabore déjà depuis plus d'un an.

Cordialement,

Claudia Petiquay
Directrice intérimaire
Centre d'amitié autochtone Trois-Rivières
1000 boul. du St-Maurice,
Trois-Rivières (QC) G9A 3R3
(819) 840-6155 | claudia.petiquay@caalt.qc.ca

Appendice E
Affiche



L'EXPÉRIENCE PRÉNATALE DES FEMMES AUTOCHTONES

Nous désirons comprendre le vécu des femmes autochtones pendant la grossesse et la façon dont elles aimeraient être accompagnées.

Nous recherchons des mères autochtones :

- dont le dernier accouchement s'est déroulé entre mars 2016 et mars 2020;
- ayant eu des soins périnataux dans la région de la Mauricie ;
- ayant accès à un ordinateur ou à un téléphone ;

afin de prendre part à un entretien individuel.



Une compensation financière sera remise pour la participation à l'étude.

Eden Weizineau,
Intervenante psychosociale au Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières
819-840-6155 poste 8407



Justine Tremblay,
étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières
justine.tremblay@uqtr.ca
819-376-5011 poste 3448



Appendice F
Formulaire d'informations et de consentement (FIC)



LETTRE D'INFORMATION

Développement de pratiques sensibles auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité

Justine Tremblay, étudiante responsable
Département des sciences infirmières

Anne-Marie Leclerc, chercheuse responsable
Département des sciences infirmières

Roxanne Lemieux, chercheuse responsable
Département des sciences infirmières

Source de financement : Instituts de recherche en santé du Canada

Déclaration d'apparence de conflit d'intérêt : La professeure Leclerc est membre du conseil d'administration du Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières (notre partenaire de recherche). Il est à noter que cette implication est indépendante du projet de recherche actuel.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de mieux comprendre l'expérience des femmes autochtones pendant la grossesse et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnels de la santé. Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Déroulement de l'étude

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à un entretien individuel portant sur votre expérience de grossesse ainsi que votre perspective face aux soins de santé reçus. Environ une heure et demie est prévue pour l'entretien. Un bref questionnaire portant sur vos renseignements personnels sera également complété. L'entretien sera enregistré. Cette rencontre aura lieu par l'entremise d'une vidéoconférence (ex : *Zoom*) ou d'un appel téléphonique.

Description verbale et détaillée des éléments suivants faite par l'étudiante responsable, suivie d'une période de questions au besoin.
--

Risques, inconvénients, inconforts

Il n'y a pas de risque lié à ce projet de recherche. Parmi les inconvénients, notons d'abord que le fait d'évoquer certaines opinions ou événements de votre vie pourrait susciter du stress, des questionnements ou des souvenirs désagréables. Le cas échéant, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante responsable de la recherche. Celle-ci pourra vous offrir du support et vous guider vers une ressource en mesure de vous aider. Le temps consacré au



projet, soit environ 90 minutes, figure également parmi les inconvénients. Pour vous dédommager du temps que vous accorderez à ce projet et des déplacements que vous aurez à effectuer pour participer au projet, une compensation d'ordre monétaire de 30 \$ vous sera remise.

Bénéfices

Participer à ce projet de recherche vous offrira une occasion de discuter en toute confidentialité de votre expérience et de vos besoins en matière d'accompagnement durant la période prénatale. Vous contribuez ainsi à l'avancement des connaissances sur la santé des populations autochtones.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement anonymes, c'est-à-dire qu'elles ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une dénominalisation des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de communications et d'un mémoire de maîtrise ne permettront pas d'identifier les participantes.

Les données recueillies seront conservées dans un dossier virtuel sécurisé par l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites deux ans suivant la dernière collecte de données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Étudiante responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Justine Tremblay par courriel à l'adresse suivante : justine.tremblay@uqtr.ca ou par téléphone au bureau d'Anne-Marie Leclerc au 819-376-5011 poste 3448.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-20-269-07.11 a été émis le 13 octobre 2020. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

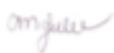
Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions!



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement des chercheuses

Nous nous engageons à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.



 Anne-Marie Leclerc

2020-09-04

Date



 Roxanne Lemieux

2020-09-05

Date

Engagement de l'étudiante responsable de ce projet de recherche

Je certifie être disponible pour répondre aux questions des participantes concernant le projet de recherche, que les réponses des participantes ne pourront en aucun cas être pairées à des informations permettant de les identifier et que les participantes demeurent libres de mettre un terme à leur participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.



 Justine Tremblay

2020.08.22

Date

Consentement du participant

Je confirme avoir été informée verbalement et avoir compris la lettre d'information au sujet du projet : Développement de pratiques sensibles aux traumatismes auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité. J'ai bien saisi les conditions, les inconvénients et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

« En mentionnant « oui », vous indiquez :

- avoir été informée verbalement des informations relatives à l'étude;



- être une femme autochtone;
- avoir 18 ans ou plus;
- être d'accord pour participer à la recherche;
- être en accord pour que l'entretien soit enregistré. »

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent, à la fin de l'étude. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Si cette adresse venait à changer, prière d'en informer Justine Tremblay, étudiante responsable.

Appendice G

Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS**

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Développement de pratiques sensibles aux traumatismes auprès de femmes autochtones transigeant vers la parentalité**

Chercheur(s) : Anne-Marie Leclerc
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : IRSC

N° DU CERTIFICAT : CER-20-269-07.11

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 13 octobre 2020 au 13 octobre 2021

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité