

Expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes des Premières Nations en milieu urbain

Pregnancy and Perinatal Care Experiences of First Nations Women in a Urban Context

Justine Tremblay , Anne-Marie Leclerc , Roxanne Lemieux , Jessica Cleary, Eden Weizineau et Nicolas Berthelot 

Volume 7, numéro 2, 2024

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1115704ar>
DOI : <https://doi.org/10.62212/snahp-sips.111>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tremblay, J., Leclerc, A.-M., Lemieux, R., Cleary, J., Weizineau, E. & Berthelot, N. (2024). Expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes des Premières Nations en milieu urbain. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 7(2), 34–50.
<https://doi.org/10.62212/snahp-sips.111>

Résumé de l'article

Introduction : Pendant leur grossesse, plusieurs femmes des Premières Nations doivent transiter en milieu urbain pour obtenir des soins périnataux. Les enjeux d'accessibilité et la présence de certains facteurs de risque (ex., diabète gestationnel) sont omniprésents. Or, la méfiance qu'elles entretiennent face aux soins de santé et aux services sociaux pourrait contribuer à accroître leur vulnérabilité lors de cette période.

Objectifs : Décrire l'expérience périnatale de femmes des Premières Nations, leur appréciation des soins périnataux reçus et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnel·les de la santé.

Méthode : Une étude phénoménologique descriptive a été menée auprès de 10 femmes des Premières Nations transitant en milieu urbain. Des entretiens individuels ont été analysés selon la méthode de Giorgi (1997).

Résultats : Pour les participantes, la grossesse se révèle être une expérience positive et holistique, où toutes les dimensions de la santé sont influencées (physique, psychologique, émotionnel et spirituel). En ce qui a trait aux soins, le lien de confiance est primordial. Or, la majorité d'entre elles rapportent des expériences négatives lors des soins périnataux (ex., réactivation des traumas). Finalement, les participantes ont indiqué souhaiter obtenir plus d'information et bénéficier d'un accompagnement inclusif de leur culture lors de la période périnatale.

Discussion et conclusion : Pour les participantes, la maternité leur a donné l'occasion de prouver leur résilience. L'utilisation de leviers positifs favorise le mieux-être des femmes des Premières Nations. Il importe d'inclure les réalités et particularités culturelles de celles-ci dans les approches de soins dispensés par les professionnel·les de la santé lors de cette période de transition importante.





Science of Nursing
and Health Practices



Science infirmière
et pratiques en santé

Article de recherche empirique | Empirical research article

Expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes des Premières Nations en milieu urbain

Pregnancy and Perinatal Care Experiences of First Nations Women in a Urban Context

Justine Tremblay  <https://orcid.org/0009-0002-1738-7718> Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Québec, Canada

Anne-Marie Leclerc  <https://orcid.org/0000-0003-3451-3210> Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Roxanne Lemieux  <https://orcid.org/0000-0001-5014-6903> Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Jessica Cleary Collaboratrice autochtone, membre de la Nation Atikamekw

Eden Weizineau Collaboratrice autochtone, membre de la Nation Atikamekw

Nicolas Berthelot  <https://orcid.org/0000-0001-6781-0460> Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:

Anne-Marie Leclerc

Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca



Mots-clés

infirmière; suivi périnatal; grossesse; Premières Nations; pratiques sensibles aux traumatismes

Résumé

Introduction : Pendant leur grossesse, plusieurs femmes des Premières Nations doivent transiter en milieu urbain pour obtenir des soins périnataux. Les enjeux d'accessibilité et la présence de certains facteurs de risque (ex., diabète gestationnel) sont omniprésents. Or, la méfiance qu'elles entretiennent face aux soins de santé et aux services sociaux pourrait contribuer à accroître leur vulnérabilité lors de cette période. **Objectifs** : Décrire l'expérience périnatale de femmes des Premières Nations, leur appréciation des soins périnataux reçus et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnel·les de la santé. **Méthode** : Une étude phénoménologique descriptive a été menée auprès de 10 femmes des Premières Nations transitant en milieu urbain. Des entretiens individuels ont été analysés selon la méthode de Giorgi (1997). **Résultats** : Pour les participantes, la grossesse se révèle être une expérience positive et holistique, où toutes les dimensions de la santé sont influencées (physique, psychologique, émotionnel et spirituel). En ce qui a trait aux soins, le lien de confiance est primordial. Or, la majorité d'entre elles rapportent des expériences négatives lors des soins périnataux (ex., réactivation des traumatismes). Finalement, les participantes ont indiqué souhaiter obtenir plus d'information et bénéficier d'un accompagnement inclusif de leur culture lors de la période périnatale. **Discussion et conclusion** : Pour les participantes, la maternité leur a donné l'occasion de prouver leur résilience. L'utilisation de leviers positifs favorise le mieux-être des femmes des Premières Nations. Il importe d'inclure les réalités et particularités culturelles de celles-ci dans les approches de soins dispensées par les professionnel·les de la santé lors de cette période de transition importante.

Abstract

Introduction: During pregnancy, many First Nations women must travel to urban areas for perinatal care. Accessibility issues and the presence of certain risk factors (e.g., gestational diabetes) are omnipresent. Mistrust of health care and social services may increase their vulnerability during this period. **Objectives:** To describe the perinatal experience of First Nations women, their assessment of care received and how they would like to be accompanied by health professionals during this period. **Method:** A descriptive phenomenological study was conducted with 10 First Nations women transiting to urban areas for care. Individual interviews were analyzed using Giorgi's method (1997). **Results:** For participants in this study, pregnancy is a positive and holistic experience which all dimensions of health are influenced — physical, psychological, emotional and spiritual. In terms of care, trust is paramount. However, most participants reported negative experiences during their perinatal care (e.g., reactivation of traumas). Finally, in terms of expectations, they would like to receive more information and a sense of acknowledgment of their culture during this perinatal period. **Discussion and Conclusion:** For the participants, motherhood gave them the opportunity to prove their resilience. The use of positive levers promotes the well-being of First Nations women. It is essential to include the realities and cultural particularities of First Nations women in the approaches to care provided by health professionals during this important period.

Keywords

nurse; perinatal care; pregnancy; First Nations; trauma-informed care

INTRODUCTION

Pour la nation atikamekw, le mot enfant (*awacic*) se traduit par « petit être de lumière » (Coocoo, 2018, p. 4). Pour plusieurs femmes des Premières Nations, l'arrivée de cet enfant implique de transiter en milieu urbain pour obtenir des soins périnataux (Basile et al., 2023). En plus des enjeux d'accessibilité à ces services, qui entraînent des risques plus élevés de mortalité et de diagnostics tardifs (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019), ces femmes présentent un taux plus élevé de diabète gestationnel (Chen et al., 2019) 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). Malgré leurs besoins en matière de santé, elles sous-utilisent les soins et services offerts, ce qui peut se traduire par une aggravation des situations de crise auxquelles elles sont confrontées, ainsi qu'à un retard dans le dépistage de complications et leur prise en charge, ce qui peut avoir de graves conséquences pour elles et leur enfant à naître (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics [CERP], 2019; Nelson et Wilson, 2018). La méfiance ressentie envers les soins de santé et les services sociaux, et l'exposition à des expériences de discrimination feraient en sorte que certaines mères autochtones ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles tentent d'y accéder par peur d'être considérées comme une mauvaise mère (CERP). Les violences sociohistoriques vécues par les personnes autochtones (ex., pensionnats autochtones, stérilisations forcées) ont privé les mères autochtones de jouer leur rôle maternel et ces processus de colonisation ont eu pour conséquences de profonds traumatismes transgénérationnels (Kirmayer et al., 2014). Ceux-ci ont grandement contribué à la méfiance des femmes autochtones envers le système de santé québécois dans le contexte canadien (CERP).

Par ailleurs, il est maintenant connu que, même lorsque les soins et services sont offerts de manière bienveillante, le personnel peut, à son insu, créer de la détresse psychologique chez ces femmes, en raison du climat organisationnel et des

conditions dans lesquelles les services sont dispensés (Substance Abuse and Mental Health Services Association [SAMHSA], 2014). De plus, certains actes médicaux vécus comme intrusifs (ex., examens gynécologiques) lors du suivi de grossesse peuvent réactiver des traumatismes interpersonnels de l'enfance, comme la violence, les agressions sexuelles ou la négligence parentale (Montgomery et al., 2015).

Étant omniprésente dans l'expérience des soins obstétricaux, il importe que la pratique infirmière se sensibilise aux besoins des femmes des Premières Nations. En collaboration avec les femmes, les familles et les autres professionnel·les de la santé, le personnel infirmier assure des soins de proximité en périnatalité, tels que l'évaluation et la surveillance clinique, la promotion de la santé et la prévention de la maladie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2015). Les infirmières et infirmiers doivent contribuer activement à rendre l'expérience périnatale saine et sereine, de manière à créer une relation de confiance (OIIQ).

Les écrits scientifiques québécois sont limités en regard à l'expérience périnatale des femmes autochtones alors qu'il existe plusieurs besoins de santé non répondus chez cette population (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [RCAAQ], 2018). En effet, cette recherche visait à approfondir des témoignages exprimés en mars 2019, lors d'une consultation de notre partenaire de recherche autochtone, auprès de ses membres, quant à l'appréciation des soins de santé et services sociaux reçus, où il a notamment été mentionné que les examens de suivi ainsi que la médicalisation des soins périnataux pouvaient être vécus comme étant traumatisant sur le plan psychologique par la communauté autochtone (Leclerc, 2020).

OBJECTIFS

Suivant ces constats, les objectifs de cette étude étaient de décrire l'expérience périnatale de femmes des Premières Nations transitant en milieu urbain, leur appréciation des soins périnataux reçus et la façon dont elles aimeraient être accompagnées par les professionnel·les de la santé lors de cette période.

MÉTHODE

DEVIS DE RECHERCHE

Un devis de recherche qualitative de type phénoménologique descriptif (husserlienne) a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés (Fortin et Gagnon, 2022). Ce type de devis a permis de laisser la parole aux participantes face à une problématique qui les concerne 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 et Gagnon; Holloway et Galvin, 2024). Étant donné l'histoire coloniale d'une part, et la particularité des cultures autochtones des Premières Nations du Québec d'autre part, un devis qui considère l'expérience individuelle ancrée dans ces contextes devait être privilégié. 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. Le désir de donner une place centrale aux femmes en favorisant la tradition orale justifie le choix de ce devis.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET SÉLECTION DES PARTICIPANTES

Le recrutement des participantes s'est fait en novembre et décembre 2020, selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste par réseau (Fortin et Gagnon, 2022). Il s'est déroulé en collaboration avec un Centre d'amitié autochtone par le biais de publicités sur ses réseaux sociaux et la présentation de l'étude à des participantes potentielles par l'une de ses intervenantes. Les entretiens ont été réalisés virtuellement via la plateforme Zoom et ont été enregistrés en format audiovidéo. Rappelons que le partenariat de recherche avec le Centre d'amitié autochtone s'inscrit dans une stratégie d'amélioration des soins de santé et des services sociaux offerts à ses membres. Cet organisme offre des services aux membres des Premières Nations et des Inuit; principalement les nations atikamekw et w8banaki (abénakise). Deux femmes membres des Premières Nations (JC et EW) ont été désignées conjointement par le partenaire de recherche et l'équipe de recherche pour faire partie intégrante

de l'équipe de recherche. Elles ont contribué à toutes les étapes de la recherche.

Afin de pouvoir participer à l'étude, les femmes (Premières Nations ou Inuit) devaient être âgées de 18 ans ou plus et leur dernier accouchement devait avoir eu lieu entre mars 2016 (pour limiter le biais de mémoire) et mars 2020 (avant le début de la pandémie de la COVID-19). Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Dix femmes issues des Premières Nations (n = 10) ayant accouché dans la région de Trois-Rivières (milieu urbain), au Québec, Canada, ont participé à un entretien virtuel.

APPROCHE DE RECHERCHE PRIVILÉGIÉE

Toutes les phases de l'étude ont été guidées par une approche favorisant la sécurité culturelle chez les participantes potentielles, ainsi que par l'approche sensible aux traumatismes 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 (SAMHSA, 2014). Ces approches favorisent le sentiment de sécurité des participantes et minimisent le risque de réactivation des traumatismes (Milot et al., 2018; Tahatikonhsontóntie' Environnement réseau de recherche en santé autochtone du Québec, 2024). L'approche sensible aux traumatismes contribue à la qualité des services indépendamment du fait que les personnes qui en bénéficient aient vécu ou non un trauma. L'approche sensible aux traumatismes peut également guider la façon dont les projets de recherche sont réalisés (Nonomura et al., 2020). Ces principes ont été endossés lors des différentes phases de réalisation de la présente étude, d'abord dans la façon de mener l'étude. Plus précisément, ces principes 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, d'une part, et dans la manière de diffuser les résultats auprès des participantes et du Centre d'amitié autochtone, d'autre part.

À la suite de la conception du guide d'entretien par l'équipe de recherche, un prétest a été réalisé auprès d'une mère atikamekw. La moyenne du temps requis pour la passation était de 73 minutes. Une transcription des

enregistrements audiovidéo sous forme de verbatim a été faite. Un questionnaire sociodémographique a été administré. Il 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.

PROCÉDURE D'ANALYSES DES DONNÉES

Une analyse descriptive de l'échantillon a d'abord été réalisée afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Une analyse des données qualitatives a ensuite été menée selon la méthode de Giorgi (1997), avec le logiciel Nvivo 11. Différentes étapes d'un processus itératif ont été suivies pour cette analyse : (1) lecture des données; (2) identification des unités de signification; (3) clarification du sens de ces unités en créant des liens entre elles; (4) transformation du propos en concepts scientifiques; (5) intégration et résumé des informations permettant de décrire l'expérience (Giorgi).

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude a été menée en se basant sur les recommandations éthiques de la Politique des trois Conseils, quant à la recherche impliquant les Autochtones (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2022) du Protocole de recherche auprès des Premières Nations au Québec et au Labrador (Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2014) qui demandent de respecter les quatre principes d'action du PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession), et des Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones (Femmes autochtones du Québec Inc., 2012). L'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'université d'attache a été obtenue en octobre 2020 (CER-20-269-07.11).

RÉSULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques des 10 femmes des Premières Nations (neuf sont

de la nation atikamekw et une est de la nation w8banaki) ayant participé à l'étude sont présentées au Tableau 1.

Quant à l'analyse des résultats, deux grandes thématiques ont guidé la présentation des résultats en Figure 1 : (1) l'expérience périnatale des femmes et (2) l'accompagnement périnatal désiré.

1) L'EXPÉRIENCE PÉRINATALE DES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS

Bien qu'elles étaient invitées à parler de leur expérience de grossesse (prénatale), la totalité des participantes a partagé son expérience en faisant aussi référence au contexte pendant et après l'accouchement.

1.1 La grossesse : une expérience holistique.

Les femmes des Premières Nations ont abordé le vécu de leur grossesse selon des dimensions pouvant s'imbriquer l'une dans l'autre, soit leur état de santé physique, les facteurs psychologiques, les dimensions socioémotionnelles et leur quête spirituelle. Ces différentes facettes de leur expérience périnatale rappellent la roue de la médecine, un concept holistique de la santé des personnes autochtones représenté par un cercle divisé en quatre sections (blanc, noir, rouge et jaune), représentant notamment les quatre dimensions de la personne (physique, psychologique, émotionnelle et spirituelle) (Douglas, 2022). Ces quatre dimensions doivent être en équilibre pour le mieux-être des individus.

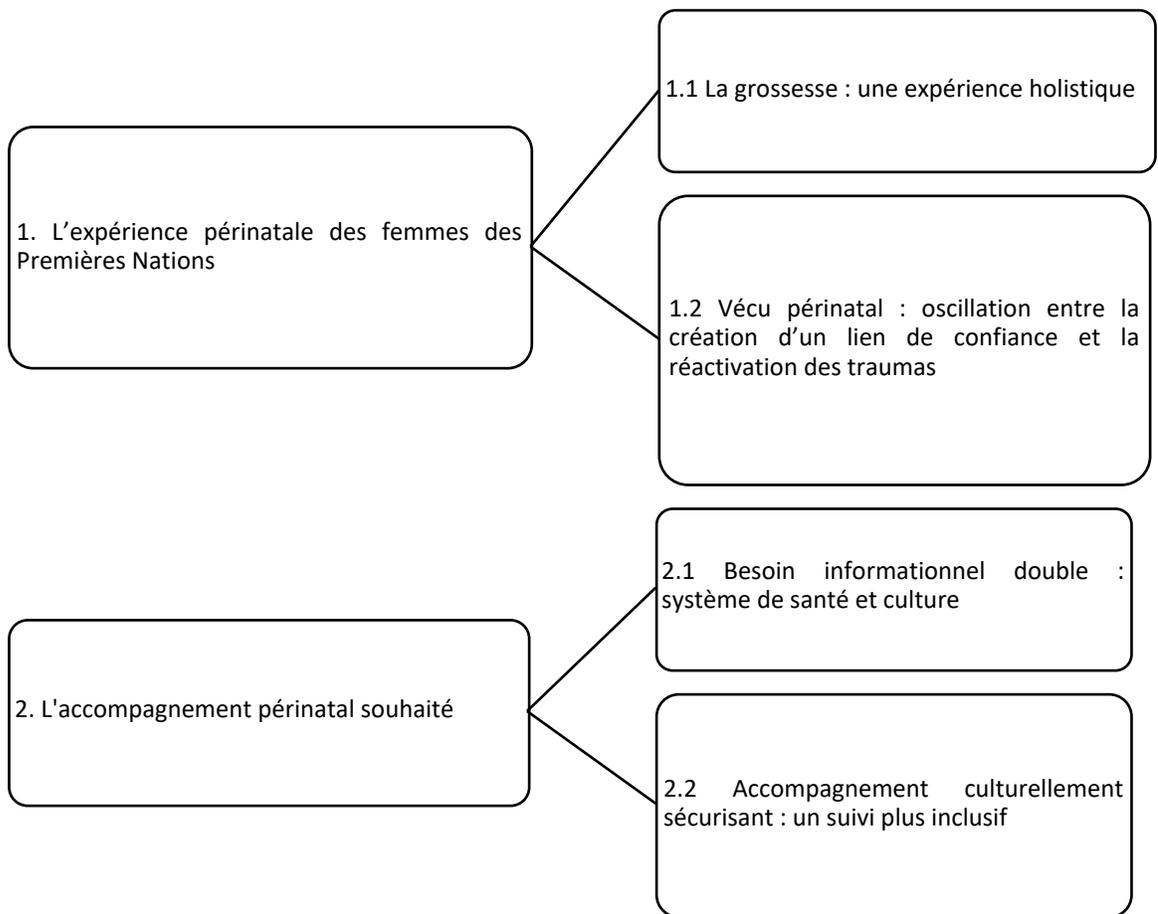
La dimension **physique** correspond à l'état de santé physique des femmes avant et durant la grossesse. Cela inclut les changements et transformations normales durant la grossesse et l'absence d'inconfort particulier. Une minorité de participantes avait des problèmes de santé physique préexistants avant 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 étaient nécessaires pour certaines d'entre elles. Une femme explique : « Ils m'ont diagnostiqué une maladie auto-immune. J'ai été hospitalisée sur le champ, tout le long de ma grossesse, 36 semaines, jusqu'à tant [jusqu'à ce] que j'accouche. » (Participante 7)

Tableau 1*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)
	w8banaki	1 (10)

Figure 1

Schématisation des résultats



Par la suite, la dimension **psychologique** représente les différents éléments pouvant affecter la condition mentale avant et durant la grossesse. Quelques participantes étaient affectées par des troubles de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété, ainsi que par des problèmes de toxicomanie, avant leur grossesse. De plus, l'état psychologique des participantes s'est vu affecté par de l'insécurité financière et des craintes reliées au contexte présent ou antérieur (ex., épisodes de violence conjugale, crainte du jugement des proches, crainte de perdre le bébé à la suite d'une fausse couche antérieure, appréhensions de subir à nouveau de mauvais traitements médicaux ou de la discrimination). Cette participante illustre : « On dirait qu'au début, j'avais peur envers le jugement des autres, que ma famille s'inquiète trop parce qu'il [le bébé] va manquer de quelque chose ou comme un peu les préjugés sur les mamans autochtones. » (Participante 2)

Par ailleurs, la majorité des femmes a été surprise par le fait d'apprendre qu'elles étaient enceintes. La plupart d'entre elles étaient aux études ou en période de transition situationnelle (ex., nouvel emploi, nouvelle relation amoureuse ou déménagement) lorsqu'elles ont appris leur grossesse. La combinaison de rendez-vous de suivi de grossesse et d'exigences scolaires était décrite par certaines comme étant stressante et nécessitant davantage d'organisation, malgré la flexibilité du personnel enseignant. 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 ne 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 quelque part, tu sais, c'est un sacrifice à faire aussi pour accéder à une meilleure vie avec mon enfant. (Participante 1)

Tel qu'indiqué précédemment, l'insécurité financière a également été ressentie par certaines participantes. Malgré les défis financiers rencontrés, les femmes ont rapporté avoir démontré une force et une résilience face à leur situation. Finalement, la totalité des femmes

interrogées souligne que l'attente d'un enfant a eu des répercussions positives dans leur cheminement personnel.

La dimension **émotionnelle** a également été évoquée par les participantes. Ce sous-thème fait référence au soutien des proches (conjoint, ami-es, famille et communauté), que ce soit en lien avec les enseignements reçus (par les porteur-ses de savoirs autochtones), l'accompagnement aux rendez-vous ou le soutien financier et matériel. Par exemple : « Pendant que j'étais à l'hôpital [lors de l'accouchement] de ma première [fille], il y a ma belle-mère, ma sœur et ma belle-sœur qui sont allées faire le ménage chez moi en attendant qu'on rentre. » (Participante 3) 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'ami-es induite par des changements de mode de vie.

La dimension **spirituelle** de l'expérience des femmes inclut les croyances et les valeurs et s'applique de manière différente pour chacune des femmes. Elle s'exprime notamment par le désir de participer à des cérémonies traditionnelles. Certaines ont ressenti le besoin de renouer avec leur culture durant leur grossesse, ce que le Centre d'amitié autochtone leur a permis de faire.

J'aurais voulu aussi garder le placenta pour faire la cérémonie [...] 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 aidé à faire grandir dans le ventre de sa mère. C'est ce qui 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)

L'aspect holistique de la période périnatale est un concept essentiel à considérer pour un meilleur accompagnement des femmes des Premières Nations. Il est à noter que les quatre dimensions sont présentées de manière individuelle, mais chacune des dimensions est dynamique et en relation les unes avec les autres. Par ailleurs, les propos des femmes interrogées ont mis en lumière l'importance du suivi de grossesse réalisé par les professionnel·les de la santé dans leur expérience périnatale.

1.2 Vécu périnatal : oscillation entre la création d'un lien de confiance et la réactivation des traumas. Le suivi de grossesse a fait partie intégrante de l'expérience périnatale des participantes. Elles ont raconté les particularités du suivi périnatal reçu, en faisant référence aux différents types de suivi dans lesquels elles ont été impliquées (ex., médical, accompagnement à la naissance), aux services reçus (ex., cours prénataux) ou aux professionnel·les consulté·es (ex., médecin, infirmier·ère, nutritionniste, travailleur·se social·e). Deux sous-thèmes ont émergé de leurs propos en lien avec le concept de sécurité culturelle dans les soins de santé : ce qu'elles ont apprécié (pratiques culturellement sécurisantes) et ce qu'elles n'ont pas apprécié (pratiques dévalorisant l'identité culturelle et le mieux-être).

1.2.1 Éléments appréciés (pratiques culturellement sécurisantes). D'abord, les participantes ont aimé avoir un accueil chaleureux et rassurant par les professionnel·les de la santé et des services sociaux. Plusieurs participantes ont énoncé avoir pu bénéficier d'une communication bidirectionnelle et d'une attitude positive de la part des professionnel·les. Le fait d'avoir un suivi personnalisé, c'est-à-dire d'être considérée comme une personne à part entière et non comme un dossier médical, était aussi mentionné par plusieurs femmes. À ces éléments s'ajoute le respect s'exprimant par l'absence de préjugés envers les personnes autochtones et par l'ouverture envers la culture autochtone :

Ce que j'aimais aussi du service de santé de l'hôpital, c'est que les infirmières me disaient « Si tu es inquiète, tu as juste à appeler » [...] Je me sentais bien accueillie. Elles prenaient le temps de savoir mes inquiétudes, mes questionnements. Elles prenaient le temps de rassurer aussi. (Participante 5)

[La nutritionniste] je dirais que ça l'a été mon meilleur suivi de toute ma grossesse. [...] [Elle] 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)

1.2.2 Éléments pas appréciés (pratiques dévalorisant l'identité culturelle et le mieux-être). Ensuite, la majorité des participantes rapporte avoir vécu une approche discriminatoire, des propos stéréotypés ou des micro-agressions.

[Dans les cours prénataux, l'infirmière] a sorti une mauvaise information : « le placenta, il est fait comme ça puis là, il 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 je n'irais plus aux cours [prénataux]. (Participante 1)

Cet exemple de la Participante 1 illustre bien la dévalorisation de la culture par une certaine inconscience culturelle de l'infirmière. Le lien de confiance a été brisé suivant ces propos. 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)

Lors des entretiens, la majorité des femmes a partagé des expériences traumatiques vécues durant l'enfance ou lors d'une précédente grossesse et a 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 d'interventions qui ont été réalisées sans explication ni consentement (ex., baisser les pantalons brusquement avant un toucher vaginal, vérification des points de suture au niveau génital lors du sommeil). Par exemple : « 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)

Plusieurs mères ont partagé leur crainte à s'affirmer face aux professionnel·les de la santé concernant un comportement perçu comme inadéquat de leur part. La complexité des processus de plainte, la peur de ne pas être crues,

la mise en doute de l'objectivité du comité responsable des plaintes (ex., lorsque le médecin concerné y siège), la peur de représailles et l'idée que cela ne changera rien étaient au cœur de leur décision de ne pas porter plainte.

En terminant, bien que les femmes aient été questionnées sur leurs expériences négatives de l'accompagnement reçu dans un but d'amélioration, certaines ont mentionné leur désir de ne pas se victimiser face à ces expériences.

Des fois on reçoit des regards comme s'ils n'avaient jamais vu un Autochtone, on ne sait pas trop comment agir, on est souvent gêné... [...] Je ne veux pas me victimiser là-dedans, je ne suis pas quelqu'un qui se victimise non plus. [...] On n'a pas besoin de lancer des fleurs, mais au moins juste de respecter la personne. (Participant 6)

Ces résultats mettent donc en perspective que les pratiques culturellement sécurisantes passent notamment par la création d'un lien de confiance et que les pratiques dévalorisant l'identité culturelle et le mieux-être, qu'elles soient intentionnelles ou pas, peuvent réactiver des traumatismes.

2) L'ACCOMPAGNEMENT PÉRINATAL SOUHAITÉ

Les femmes ont été interrogées quant à la manière dont elles auraient voulu être accompagnées durant leur grossesse. Deux besoins traduisent leur discours, soit les besoins informationnels quant aux soins et services périnataux, ainsi que le besoin que les professionnel·les de la santé offrent une sécurité culturelle.

2.1 Besoin informationnel double : système de santé et culture. Quelques participantes ont partagé leur besoin de connaître leur état de santé et ses répercussions sur la suite de leur grossesse, les options en lien avec le lieu d'accouchement et d'avoir des explications quant aux étapes à suivre lors d'un déclenchement du travail (induction) ou d'une césarienne. Certaines femmes expliquent qu'elles auraient aimé connaître les ressources matérielles 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 après que je pouvais

demandé un ballon ou un bain. Mais non, on me laissait ... couchée... [...] Non, je n'avais pas eu d'information puis je n'ai pas demandé parce que je ne 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. (Participant 7)

Par ailleurs, les participantes ont mentionné désirer approfondir leurs connaissances en lien avec leur culture durant la grossesse. À cet effet, le Centre d'amitié autochtone a été nommé à maintes reprises par les participantes comme étant une ressource culturelle aidante dans un environnement sécurisant. 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.

Tu sais des recettes que les *kukum* [grand-mère] faisaient pour les femmes enceintes... Y avait-il des cérémonies justement pour femmes enceintes ? Je ne sais pas. Ça, c'est des choses qu'à la rigueur, j'aimerais connaître ou savoir que ça existe ou rendre ça accessible. (Participant 8)

En somme, plusieurs participantes ont nommé le manque d'information sur les ressources disponibles. Rappelons que le lieu d'accouchement n'est pas nécessairement le lieu de résidence de la femme, puisque certaines habitent en communautés autochtones et d'autres doivent se diriger vers des centres spécialisés en raison de leur état de santé (ou celui de l'enfant à naître) considéré à risque. D'ailleurs, la grossesse semble un moment décisif vers un rapprochement culturel, puisque les participantes ont nommé leur désir d'approfondir leurs connaissances quant aux pratiques traditionnelles autochtones, dont les différents rituels reliés à la venue d'un enfant.

2.2 Accompagnement culturellement sécurisant : un suivi plus inclusif. Finalement, plusieurs participantes ont verbalisé des attentes et des souhaits précis face à l'accompagnement des professionnel·les de la santé. D'une part, la plupart des participantes a souligné espérer un savoir-être empreint d'un accompagnement inclusif de la culture des Premières Nations et

d'une approche plus humaine, exempte de discrimination. Une participante a notamment suggéré de dispenser des cours prénataux abordant la culture autochtone. D'autre part, elles souhaitent également que les professionnel·les de la santé développent leurs connaissances culturelles (ex., notion de temps chez les Autochtones, alimentation traditionnelle, médecine traditionnelle, accompagnement d'une aînée). Bref, elles souhaitent que l'approche des soins soit adaptée à leur culture. Par exemple : « 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'orignal ou d'autres animaux. » (Participante 5)

En somme, ces résultats informent sur l'expérience périnatale des femmes et l'accompagnement périnatal désiré. La voix des participantes met en lumière la perspective holistique de la santé, les pratiques culturellement sécurisantes et celles qui le sont moins, tout en nommant les besoins des femmes des Premières Nations.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude permettent de décrire l'expérience périnatale des femmes des Premières Nations, leur appréciation des soins reçus ainsi que la manière dont elles désirent être accompagnées durant cette période par les professionnel·les de la santé. À notre connaissance, il s'agit de la première étude phénoménologique descriptive à se pencher sur ces éléments auprès des femmes autochtones vivant ou transitant en milieu urbain, au Québec.

Dans un premier temps, les résultats montrent la complémentarité et l'interdépendance des dimensions physique, psychologique, émotionnelle et spirituelle dans l'expérience de la grossesse des femmes des Premières Nations interrogées. Cela permet de souligner l'importance de tenir compte des différentes sphères liées à la roue de médecine et des interactions entre celles-ci, puisque la période prénatale peut entraîner des déséquilibres en

regard de ces quatre dimensions (First National Health Authority et Office of the Provincial Health Officer, 2021). Ces résultats sont cohérents avec les valeurs professionnelles infirmières qui placent l'expérience holistique de l'individu au cœur du soin (Pepin et al., 2024). Bien que les défis qu'elles vivaient avant la grossesse aient pu susciter des craintes quant à l'intégration de cette nouvelle réalité, la maternité leur a aussi donné l'occasion de découvrir ou confirmer leur capacité à s'adapter (First National Health Authority et Office of the Provincial Health Officer). D'ailleurs, les résultats ont permis de soulever la résilience des participantes, puisque pour la majorité, l'annonce de la grossesse était non attendue, dans un contexte d'études ou en période de transition situationnelle.

Dans un second temps, les participantes ont porté un regard mitigé face à l'accompagnement périnatal reçu. Tant les éléments appréciés que ceux qui ne l'ont pas été concordent avec ce que décrit la revue systématique de Kolahdooz et ses collaborateur·trices (2016), qui rapportent les expériences périnatales vécues par les femmes autochtones du Canada. Conformément aux propos recueillis dans la présente étude, ces auteur·trices ont soulevé qu'une relation professionnel·le-parturiente basée sur le respect et l'absence de jugement, ainsi que sur une pratique holistique et compréhensive de la culture était souhaitée par ces femmes (Oster et al., 2016). En contrepartie, le racisme, l'insensibilité culturelle et le contrôle limité face aux soins sont quant à eux associés à des éléments non appréciés qui perdurent depuis déjà longtemps dans les soins périnataux (O'Driscoll et al., 2011). La notion de sécurité culturelle demeure au centre des préoccupations et a d'ailleurs été clairement nommée par les participantes de l'étude comme étant essentielle. Malgré les appels à l'action émis dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) quant à la formation des professionnel·les de la santé, la majorité des programmes de baccalauréat en sciences infirmières, par exemple, n'inclut pas tous les principes de sécurité culturelle dans leur enseignement, selon un scan environnemental ayant inclus 101 programmes canadiens en sciences infirmières et pratique sage-femme

(Metheny et Dion Fletcher, 2021). L'application de ces principes est une piste concrète de solutions pour instaurer des pratiques culturellement sécurisantes et miser sur une appréciation de l'accompagnement reçu par les professionnel·les de la santé, dont le personnel infirmier.

La réactivation de traumatismes par les services publics de santé a été décrite par les participantes de la présente étude, dont certaines ont eu l'impression de vivre une forme de violence obstétricale. De telles expériences négatives, teintées par le racisme, la discrimination et les préjugés, ne seraient 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 (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues ou assassinées, 2019; Kolahdooz et al., 2016; Wright et al., 2019). Considérant que la grossesse est une période de fragilité pendant laquelle l'exacerbation de traumatismes est possible et peut se transmettre par la suite à l'enfant (Roy, 2014), le besoin de recourir à une approche sensible aux traumatismes afin d'éviter de traumatiser ou de retraumatiser apparaît évident (First National Health Authority et Office of the Provincial Health Officer, 2021; Wright et al.).

En plus de souhaiter que les professionnel·les garantissent un espace sécuritaire lors du suivi de grossesse, les participantes ont énoncé avoir des besoins d'informations lors de la période périnatale. Tout d'abord, elles souhaitent 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 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 collaborateur·trices (2021). De plus, le désir d'aborder les différentes modalités d'accouchement de même que la procédure pour récupérer le placenta a été nommé. Ces éléments sont habituellement abordés dans les cours prénataux (Naître et Grandir, 2023), mais l'accès et l'adéquation de ces

formations pour les femmes des Premières Nations est contestable. Alors que les enseignements liés à la périnatalité (ex., pratiques traditionnelles, remèdes contre les maux liés à la grossesse) et à la parentalité (ex., démonstrations d'affection, importance de la routine, modèle de rôle) étaient anciennement dispensés par une mère ou une *kukum* (grand-mère) de la communauté (Roy et al., 2015), il semble que l'adaptation des contenus des cours prénataux à la culture des Premières Nations reste à la discrétion de la personne formatrice. 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, il semble que cette information ne soit pas offerte de manière systématique. Afin de favoriser le mieux-être des femmes des Premières Nations et la transmission de la culture par l'entremise de cérémonies, il est demandé que le système de santé québécois soutienne et respecte les pratiques traditionnelles (First National Health Authority et Office of the Provincial Health Officer, 2021). Ensuite, les participantes ont énoncé le besoin de reconnecter avec leur culture lorsqu'elles étaient enceintes. La présence d'un lieu culturellement sécurisant est un point d'ancrage pour les familles habitant ou transitant en milieu urbain. 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.; Kolahdooz et al., 2016; Smylie et Firestone, 2016). Cette collaboration entre les services de santé et les instances autochtones est une avenue prometteuse recommandée lors de la Commission Viens (CERP; MSSS, 2021). Les bénéfices d'une combinaison de différentes sources d'informations (médicales et savoirs autochtones) ont d'ailleurs été démontrés dans plusieurs études (Blanchet-Cohen et al.; Kandasamy et al., 2017).

Le Tableau 2 présente une synthèse de l'ensemble des recommandations découlant de l'expérience et des besoins identifiés par les participantes.

Tableau 2*Synthèse des recommandations*

	Recommandations
1. Pratique clinique	<p>1.1. Adopter une approche infirmière holistique (abordant les quatre dimensions de la santé), culturellement sécurisante et sensible aux traumatismes auprès des femmes des Premières Nations en contexte de périnatalité.</p> <p>1.2. Offrir systématiquement de l'information sur les pratiques médicales et les ressources disponibles.</p>
2. Formation en sciences infirmières	<p>2.1. Donner de la formation aux infirmières et infirmiers quant au contexte sociohistorique, aux réalités, à la sécurité culturelle et aux valeurs des Premières Nations.</p> <p>2.2. Former le personnel infirmier sur les pratiques sensibles aux traumatismes.</p>
3. Gestion	<p>3.1. Assurer un engagement organisationnel afin d'inclure un contexte de sécurité et d'équité dans les politiques et procédures des établissements de santé.</p> <p>3.2. Adopter des procédures et protocoles pour une offre de soins et services périnataux culturellement sécurisants.</p>
4. Recherche	<p>4.1 Approfondir les barrières et les facilitateurs à assister aux cours prénataux tels que décrits par les femmes des Premières Nations.</p> <p>4.2 Explorer les défis du personnel infirmier œuvrant dans les unités mère-enfant.</p>

Ces recommandations peuvent s'appliquer à l'ensemble des professionnel·les de la santé, mais, puisque l'infirmière joue un rôle pivot et est responsable du suivi de grossesse, le Tableau 2 est présenté 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.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Malgré la pertinence sociale et scientifique de cette étude pour les pratiques en santé, celle-ci présente quelques limites. Une première d'entre elles concerne le fait que les résultats pourraient ne pas refléter la situation de l'ensemble des femmes des Premières Nations. En effet, les participantes ont été recrutées par l'entremise d'un seul Centre d'amitié autochtone, c'est-à-dire que l'étude s'est limitée aux femmes des Premières Nations membres de cet organisme. 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 échantillon (n = 10 participantes) composé majoritairement 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 des répercussions sur le déroulement de l'étude. La planification de ce projet avait une perspective davantage de proximité avec les participantes (ex., présence au Centre d'amitié autochtone, entretiens en face-à-face). Or, ce désir a été freiné par le confinement. La pandémie a également 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 influencés par les effets de la pandémie.

CONCLUSION

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 le mieux-être et un accompagnement sensible à leurs

besoins lors de cette période. Un devis de recherche intégrant une approche sensible aux traumatismes, comme celui de la SAMHSA (2014), a été utilisé afin de tenir compte du contexte sociohistorique des Premières Nations. Cela a permis de mener l'étude d'une façon sécurisante, notamment par la collaboration de deux expertes culturelles, et de déterminer l'accompagnement souhaité. L'aspect naturel et sacré entourant la maternité renforce le désir de plusieurs femmes des Premières Nations de recourir à un suivi périnatal plus holistique (voire moins médicalisé) et concordant davantage avec leurs valeurs traditionnelles autochtones. Néanmoins, le besoin criant d'inclure les réalités et particularités culturelles des femmes des Premières Nations dans les approches de soins (ex., formations, procédures, protocoles) dispensées par les professionnel·les de la santé a été identifié. 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. Les résultats de cette étude permettent de brosser un premier portrait de l'expérience prénatale et de l'accompagnement désiré par les femmes des Premières Nations transitant par les services publics de santé urbains au Québec. 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 aux personnes autochtones. En outre, le personnel infirmier est actuellement mobilisé et souhaite dispenser des soins de santé équitables et répondant aux véritables besoins des personnes autochtones (OIIQ, 2021).

Contribution des auteur·trices : JT a réalisé l'ensemble des étapes de ce projet. AML et RL ont supervisé toutes les étapes de ce projet et contribué à la révision de l'article. JC et EW ont collaboré à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. NB a collaboré à la conception du projet et contribué à la révision de l'article. L'ensemble des auteur·trices approuvent la version finale du manuscrit.

Remerciements : Les auteur·trices remercient chaleureusement les femmes qui ont participé au projet. *Mikwetc ! Wli Wni !*

Sources de financements : Les auteur·trices ont reçu un financement *Subvention de développement - genre et mieux-être autochtones* des Instituts de recherche en santé du Canada pour la réalisation de cette étude.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur·trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 20 Déc/Dec 2023 **Publié/Published**: 3 Juillet/July 2024

RÉFÉRENCES

- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador – APNQL. (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* (publication no C0352). <https://files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhhjfcc7hTI>
- Basile, S., Comat, I. et Cornellier, F. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1521/1/Rapport%20final-Accès%20aux%20services%20sages-femmes-October%202023.pdf>
- Blanchet-Cohen, N., Cloutier, E., Laroche, S., Lévesque, C. et 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>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.cnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Chen, L., Wang, W. J., Auger, N., Xiao, L., Torrie, J., McHugh, N. G. et 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>
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final*. Gouvernement du Québec. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97224
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html
- Coocoo, C. (2018). Nipowin et les Atikamekw Nehirowisiwok. *Frontières*, 29(2). <https://doi.org/10.7202/1044169ar>
- Douglas, V. K. (2022). *An introduction to indigenous health and healthcare in Canada : bridging health and healing* (2^e éd.). Springer Publishing Company.
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues ou assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place – volume 2 – un rapport complémentaire de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées – Kepec-Québec*. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf
- Femmes autochtones du Québec Inc. (2012, juin). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. https://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes_directrices_recherche.pdf
- First Nations Health Authority, Office of the Provincial Health Officer. (2021). *Sacred and strong: upholding our matriarchal roles. The health and wellness journeys of BC First Nations women and girls*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-Sacred-and-Strong.pdf>
- Fortin, M. F. et 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>
- Holloway, I. et Galvin, K. (2023). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (5^e éd.). Wiley Blackwell.
- Kandasamy, S., Vanstone, M., Oremus, M., Hill, T., Wahi, G., Wilson, J., Davis, A. D., Jacobs, R., Anglin, R. et 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). <https://doi.org/10.1177/1609406917696742>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P. et Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299–319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>

- Kolahdooz, F., Launier, K., Nader, F., Yi, K. J., Baker, P. N., McHugh, T. F., Vallianatos, H. et Sharma, S. (2016). Canadian Indigenous Women's Perspectives of Maternal 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>
- Leclerc, A.-M. (2020). Stratégie holistique | Rapport de projet 2018-2020. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Metheny, N. et Dion Fletcher, C. (2021). An Environmental Scan of Indigenous Cultural Safety in Canadian Baccalaureate Nursing and Midwifery Programs. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 53(4), 417–425. <https://doi.org/10.1177/08445621211016143>
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Chapitre 11 - Les pratiques sensibles au trauma. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (p. 251–271). Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021, mars). *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Montgomery, E., Pope, C. et Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(194), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Naître et Grandir. (2023, juillet). *Grossesse : les cours prénataux*. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre2/grossesse-cours-prenataux/>
- Nelson, C., Lawford, K. M., Otterman, V. et Darling, E. K. (2018). Mental health indicators among pregnant Aboriginal women in Canada: Results from the Maternity Experiences Survey. Indicateurs de santé mentale chez les femmes autochtones enceintes au Canada : résultats de l'Enquête sur l'expérience de la maternité. *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., et 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 (1982)*, 218, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.017>
- Nonomura, R., Giesbrecht, C., Jivraj, T., Lapp, A., Bax, K., Jenney, A., Scott, K., Straatman, A.-L. et Baker, L. (2020). *Toward A Trauma- And Violence-Informed Research Ethics Module: Considerations And Recommendations*. Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children. Western University. <https://kh-cdc.ca/en/resources/reports/Grey-Report---English.pdf>
- O'Driscoll, T., Kelly, L., Payne, L., St Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Minty, B. et Linkewich, B. (2011). Delivering away from home: The perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la médecine rurale : le journal officiel de la Société de médecine rurale du Canada*, 16(4), 126–130.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (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>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. <https://www.oiiq.org/documents/%2020147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>
- Oster, R. T., Bruno, G., Montour, M., Roasting, M., Lightning, R., Rain, P., Graham, B., Mayan, M. J., Toth, E. L. et 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 and childbirth*, 16(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1013-x>
- Pepin, J., Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5^e éd.). Chenelière Éducation.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (2018, décembre). *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
- Roy, A. (2019). Intergenerational Trauma and Aboriginal Women: Implications for Mental Health During Pregnancy. *First Peoples Child & Family Review*, 14(1), 211–224. <https://doi.org/10.7202/1071297ar>
- Roy, A., Thurston, W. E. et 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 (Final report)*. University of Calgary. <https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2020/01/voices-phaces-study-finalreport.pdf>
- Smylie, J. et Firestone, M. (2016). Chapter 19 – The health of indigenous peoples. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (3^e éd., p. 434-465). Canadian Scholars' Press Inc. <https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=CQkiDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA434&dq=Firestone,+M.+indigenou>

s&ots=QmRdB6_p5j&sig=5prKWQCHccO2cD6fqgbdGnB3JbA#v=onepage&q=Firestone%2C%20M.%20indigenou
s&f=false

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014, July). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (HHS publication no (SMA) 14-4884). <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>

Tahatikohsontóntie' Environnement réseau de recherche en santé autochtone du Québec ERRSA-Qc. (2024). *La sécurité culturelle en contexte de recherche en santé autochtone. Rapport final des discussions de la table ronde.* Kahnawá:ke.

Wright, A. L., Ballantyne, M. et Wahoush, O. (2019). Caring for indigenous families in the neonatal intensive care unit. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12338. <https://doi.org/10.1111/nin.12338>